

e-ISSN 2675-7656

V. 5, N. 1, 2022

Revista de Saúde Pública

de Mato Grosso do Sul

Publicação da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DR. JORGE DAVID NASSER

SES
Secretaria de Estado
de Saúde



GOVERNO
DO ESTADO
Mato Grosso do Sul

Governador do Estado
Reinaldo Azambuja Silva

Vice-Governador
Murilo Zauith

Secretário de Estado de Saúde
Geraldo Resende Pereira

Secretária Adjunta de Estado de Saúde
Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves

Diretor-Geral Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e
Diretor da Escola de Saúde Pública
André Vinicius Batista de Assis

Governo do Estado de Mato Grosso do Sul
www.ms.gov.br

Secretaria de Estado de Saúde
www.saude.ms.gov.br

Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser
www.esp.ms.gov.br

e-ISSN 2675-7656

V. 5, N. 1, 2022

Revista de
Saúde Pública
de Mato Grosso do Sul

Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul

A revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul é uma publicação Semestral editada pela Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser.

Governo do Estado de Mato Grosso do Sul Secretaria de Estado de Saúde

Comitê Editorial

Editoras Chefe

Inara Pereira da Cunha – (SES/ESP)

Maria de Lourdes Oshiro – (SES/ESP)

Editor de Normalização e Produção

Marcos Rubens Alves da Silva
Bibliotecário – (CRB1/2791)

Marli Vitor da Silva
Bibliotecária – (CRB1/3279)

Editor de Comunicação

André Vinicius Batista de Assis – (SES/ESP)

Conselho Editorial

Editores Adjuntos

Edgar Oshiro (SES/ESP)

Estela Marcia Rondina Scandola (SES/ESP)

Marcia Naomi Santos Higashijima (SES/ESP)

Editores Associados

Adélia Delfina da Mota Silva Correa (UFMS)

Ana Rita Barbieri (UFMS)

Cibele Moura Sales (UEMS)

Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves (UFMS/SES)

Denise Rodrigues Fortes (ETSUS/SES)

Elizete da Rocha Vieira de Barros (UFMS)

Julio Henrique Rosa Croda (FIOCRUZ/UGFD)

Karine Cavalcante da Costa (ATENÇÃO BÁSICA/SES)

Laís Alves de Souza Bonilha (UFMS)

Luiz Claudio Santos Thuler (INCA/RJ)

Mauricio Pompilio (UFMS/UNIDERP)

Rogério Dias Renovato (UEMS)

Rosa Malena Xavier (Uneb)

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul

Avenida Senador Filinto Müller, 1480 – Vila Ipiranga

79.074-460 – Campo Grande – MS – Brasil

Tel.: (67) 3345-8000 – E-mail: revistasp@saude.ms.gov.br

Disponível em: <http://revista.saude.ms.gov.br/index.php/rspms>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) – Brasil

R454 Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul / Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. -- Vol. 1, n. 1, (2018) - . - Campo Grande, MS: Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, 2018 -.

v.

Semestral

ISSN 2675-7656 Online

ISSN 1981-9722 Impresso

1. Saúde Pública. 2. Periódico. I. Mato Grosso do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. II. Título.

CDD 614.058171 (23)

Bibliotecários Responsáveis: Marcos Rubens Alves da Silva CRB1/2791

Marli Vitor da Silva CRB1/3279

Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião da revista.



Este é um periódico de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

SUMÁRIO

EDITORIAL	5
ARTIGOS ORIGINAIS	
<i>ORIGINAL ARTICLES</i>	
DETERMINANTES DA CONDIÇÃO BUCAL E DA NECESSIDADE DE TRATAMENTO DE GESTANTES ACOMPANHADAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO PARANÁ	7
<i>ORAL HEALTH DETERMINANTS AND THE NEED FOR TREATMENT OF PREGNANT WOMEN ACCOMPANIED IN BASIC HEALTH UNITS IN A LARGE CITY OF PARANÁ</i>	
Milena Correa da Luz, Vitoria Monteiro, Amanda Kovalczuk, Carolina Wantroba, Ana Claudia Rodrigues Chibinski, Márcia Helena Baldani Pinto	
SOBREVIDA E ÓBITO NEONATAL DE PREMATUROS ADMITIDOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAIS NO INTERIOR DO NORDESTE BRASILEIRO	20
<i>NEONATAL SURVIVAL AND DEATH OF PREMATURES ADMITTED TO NEONATAL INTENSIVE CARE UNITS IN THE INTERIOR OF NORTHEASTERN BRAZIL</i>	
Raquel Cristina Gomes Lima, Verônica Cheles Vieira, Joice Silva Machado, Danielle Souto de Medeiros	
UMA VEZ CESÁREA, SEMPRE CESÁREA? - IMPACTO DO EXCESSO DE CESÁREAS EM MATO GROSSO DO SUL	34
<i>ONCE A CAESAREAN, ALWAYS A CAESAREAN? – THE IMPACT OF THE EXCESS OF CESARIAN SECTIONS IN MATO GROSSO DO SUL</i>	
Angela Amanda Nunes Rios, Camem Simone Grilo Diniz	
O TRABALHO DO PSICÓLOGO NO CAPS FRENTE À DEMANDA POR PSICOTERAPIA	45
<i>THE WORK OF THE PSYCHOLOGIST IN CAPS AGAINST THE DEMAND FOR PSYCHOTHERAPY</i>	
Jainatan Rocha da Silva	
RELATO DE CASO	
<i>CASE REPORT</i>	
FORTALECENDO O USO DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS PARA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: RELATO DE CASO NEV PMCG	58
<i>STRENGTHENING THE USE OF SCIENTIFIC EVIDENCE IN POLICYMAKING: NEV PMCG CASE REPORT</i>	
Andressa de Lucca Bento, Saú Pereira Tavares de Oliveira, José Hydemitsu Higa, Kassandhra Pereira Zolin, Luis Fernando Garcia da Silva, Fauhber da Silva Cardoso, Gabriel Valdes	
RESUMOS	
<i>ABSTRACTS</i>	
O OLHAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PARA A SUA PRÁTICA PROFISSIONAL: TRABALHO PREVISTO, TRABALHO REAL E A INFLUÊNCIA DOS PROCESSOS DE FORMAÇÃO	68
Monique Nunes Fiuzza Dias	

Caros Leitores,

Estamos em um período de mudanças, marcado pela transição do Governo e, mais uma vez o Sistema Único de Saúde (SUS) se reafirma como uma importante Política de Estado. Neste sentido, a Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (RSPMS) reforça o seu compromisso em disseminar informações científicas de forma aberta, sendo um veículo de informação especializada em saúde pública, coletiva e educação em saúde.

A divulgação científica promove a publicização da *práxis* e, rompe com o fechamento estrutural em torno de uma ou mais áreas ou dispositivos. Em tempos de informações desconstruídas acerca da manutenção do bem-estar, a exemplo das *fake news* sobre as vacinas, torna-se fundamental pensar em formas de dialogar com a população sobre a credibilidade e segurança das ações e serviços ofertados.

Os artigos dessa edição questionam, demonstram e explicam algumas práticas, nos diferentes níveis de atenção à saúde, e incluem temáticas complexas como a saúde materno infantil. O primeiro artigo “Determinantes da condição bucal e da necessidade de tratamento de gestantes acompanhadas em unidades básicas de saúde de um município do Paraná” chama a atenção para os indicadores e para a necessidade de trabalhar a saúde integral das gestantes, reconhecendo que esse período é marcado por alterações comportamentais biológicas e, havendo um imaginário social que distancia as gestantes dos serviços de saúde bucal.

Apesar do Brasil ter registrado um decréscimo das taxas ao longo das três últimas décadas, os óbitos neonatais, assim como o incentivo às cesarianas eletivas, denunciam disparidades sociais, que poderiam em sua maioria ser evitadas à partir da mudança na mentalidade social e formação permanente dos profissionais, é o que evidenciam os artigos “Sobrevida e óbito neonatal de prematuros admitidos em unidades de terapia intensiva neonatais no interior do Nordeste Brasileiro” e “Uma vez cesárea, sempre cesárea? - Impacto do excesso de cesáreas em Mato Grosso do Sul”.

A formação e a concepção sobre os serviços ressurgiram em dois outros estudos. Em “O olhar do agente comunitário de saúde para a sua prática profissional: trabalho previsto, trabalho real e a influência dos processos de formação”, os agentes comunitários entrevistados puderam falar sobre as suas formações e os desafios que encontram no dia a dia, quando são surpreendidos pelas demandas dos territórios. Fato semelhante é debatido em “O trabalho do psicólogo no CAPS frente à demanda por psicoterapia” quando os autores afirmam que há uma compreensão teórica do que os Centros de Atenção Psicossocial significam na Rede de Atenção Psicossocial, mas, por falta de informação, os usuários chegam aos dispositivos requerendo a realização de psicoterapia individual.

Formas de comunicar e transmitir a informação com seriedade, passam por mecanismos mais fiáveis e, nas últimas décadas, o Brasil tem se atentado à importância da construção dos Núcleos de Evidência. Por meio de um relato de caso, o trabalho intitulado “Fortalecendo o uso de evidências científicas para formulação de políticas públicas: relato de caso NEV PMCG” fornece dados capazes de ser reproduzidos a fim de superarem barreiras na elaboração das políticas públicas.

Por fim, agradecemos aos colaboradores e a todos que confiam no trabalho da RSPMS. Que ao longo do ano que se inicia, possamos seguir mais uma vez juntos na luta por um SUS de qualidade!

Boa leitura!

André Vinicius Batista de Assis
Editor de Comunicação da RSPMS

DETERMINANTES DA CONDIÇÃO BUCAL E DA NECESSIDADE DE TRATAMENTO DE GESTANTES ACOMPANHADAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO PARANÁ

ORAL HEALTH DETERMINANTS AND THE NEED FOR TREATMENT OF PREGNANT WOMEN ACCOMPANIED IN BASIC HEALTH UNITS IN A LARGE CITY OF PARANÁ

Milena Correa da Luz¹, Vitoria Monteiro², Amanda Kovalczuk³, Carolina Wantroba⁴, Ana Claudia Rodrigues Chibinski⁵, Márcia Helena Baldani Pinto⁶

RESUMO

Introdução: Durante a gestação ocorrem alterações biológicas e comportamentais na vida da mulher, com possíveis reflexos na saúde bucal. **Objetivo:** Avaliar os determinantes da condição bucal e da necessidade de tratamento de gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde em um município do Paraná. **Materiais e Métodos:** O estudo foi conduzido com 236 gestantes, recrutadas nas Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Ponta Grossa. Foram realizadas entrevistas utilizando questionário pré testado, e exame clínico para a obtenção de índices que avaliaram a presença de biofilme, condição periodontal e experiência de cárie. As associações foram verificadas por análises bivariadas: teste qui-quadrado de Pearson e coeficiente de correlação de Spearman. ($p < 0,05$). **Resultados:** 63,3% das gestantes se declararam brancas, com idade entre 21 e 35 anos (60,6%), renda familiar de até dois salários-mínimos (61,0%), não trabalhava fora (56,4%) e possuía nível de escolaridade de ensino médio incompleto ou mais (65,7%). Quanto à condição bucal, o número médio de dentes cariados, perdidos e restaurados foi de $6,5 \pm 4,9$, e 36,9% possuíam dentes cariados não tratados. Gestantes mais velhas, com menor renda familiar e não brancas apresentaram maiores prevalências de dentes cariados, perdidos e restaurados. A escolaridade, o número de filhos e o fato de a gestante trabalhar fora demonstrou associação com a condição bucal. Gestantes que realizaram tratamento odontológico durante a gravidez tiveram maior número de dentes restaurados. **Conclusão:** Gestantes mais velhas e com pior condição social apresentaram pior saúde bucal e maior necessidade de tratamento. O pré-natal odontológico pode amenizar tais desigualdades.

Palavras-chave: Gestantes. Saúde Bucal. Serviços de Saúde Bucal.

ABSTRACT

Introduction: During pregnancy, biological and behavioral changes occur in a woman's life, with possible consequences for oral health. **Objective:** To evaluate the determinants of the oral condition and the need for treatment of pregnant women using the Unified Health System in a municipality in Paraná. **Materials and Methods:** The study was conducted with 236 pregnant women, recruited from Basic Health Units in the urban area of Ponta Grossa. Interviews were carried out using a pre-tested questionnaire, and clinical examination to obtain indices that evaluated the presence of biofilm, periodontal condition and caries experience. Associations were verified by bivariate analyses: Pearson's chi-square test and Spearman's correlation coefficient. ($p < 0.05$). **Results:** 63.3% of pregnant women declared themselves white, aged between 21 and 35 years (60.6%), family income of up to two minimum wages (61.0%), did not work outside the home (56.4%) and had incomplete secondary education or more (65.7%). Regarding oral condition, the mean number of decayed, missing and restored teeth was 6.5 ± 4.9 , and 36.9% had untreated decayed teeth. Older pregnant women with lower family income and non-white had higher prevalence of decayed, lost and restored teeth. Schooling, the number of children and the fact that the pregnant woman worked outside the home showed an association with the oral condition. Pregnant women who underwent dental treatment during pregnancy had a greater number of teeth restored. **Conclusion:** Older pregnant women with worse social status had worse oral health and greater need for treatment. Dental prenatal care can alleviate such inequalities.

Keywords: Pregnant Women. Oral Health. Dental Health Services.

1 Universidade Estadual de Ponta Grossa, Departamento de Odontologia. Ponta Grossa, PR, Brasil. ORCID: 0000-0003-2218-7219. E-mail: mi.c.luz@hotmail.com.

2 Universidade Estadual de Ponta Grossa, Departamento de Odontologia. Ponta Grossa, PR, Brasil. ORCID: 0000-0003-0775-9362. E-mail: vick-monteiro@hotmail.com.

3 Universidade Estadual de Ponta Grossa, Departamento de Odontologia. Ponta Grossa, PR, Brasil. ORCID: 0000-0002-7327-9773. E-mail: amandakovalczuk12@gmail.com.

4 Universidade Estadual de Ponta Grossa, Departamento de Odontologia. Ponta Grossa, PR, Brasil. ORCID: 0000-0002-3523-7839. E-mail: carolwantroba@hotmail.com.

5 Universidade Estadual de Ponta Grossa, Departamento de Odontologia. Ponta Grossa, PR, Brasil. ORCID: 0000-0001-7072-9444. E-mail: anachibinski@hotmail.com.

6 Universidade Estadual de Ponta Grossa, Departamento de Odontologia. Ponta Grossa, PR, Brasil. ORCID: 0000-0003-1310-6771. E-mail: marciabaldani@gmail.com.



INTRODUÇÃO

A gravidez é um período delicado na vida da mulher, marcado por alterações emocionais e fisiológicas, provocadas pela alta circulação de hormônios sexuais femininos no organismo (LEELAVATHI et al., 2018). A presença de sistema imunológico alterado, aumento de ingestão de alimentos cariogênicos associados a uma higiene bucal inadequada, são fatores predisponentes para mudanças na cavidade bucal (MAGALHÃES, 2021).

O acompanhamento da saúde bucal durante a gestação foi reconhecido como um importante problema de saúde pública em todo o mundo (LEELAVATHI et al., 2018). Nesse sentido, é preconizado pela Política Nacional de Saúde Bucal, no Brasil, que ao dar início ao seu pré-natal na Atenção Básica, a gestante seja encaminhada para uma consulta odontológica (BRASIL, 2017). Alguns fatores foram identificados como determinantes da utilização de serviços odontológicos durante a gravidez: fatores demográficos, socioeconômicos, psicológicos, comportamentais e necessidade percebida (ROCHA et al., 2018b).

O monitoramento da condição bucal em gestantes é de extrema importância, para tanto, o registro da condição, sua distribuição e a influência que os fatores sociodemográficos exercem nesse contexto são essenciais para o planejamento e execução de serviços odontológicos voltados à prevenção e ao controle de doenças bucais para esse grupo populacional. No entanto, há poucos estudos abordando a saúde bucal desta população.

Diante da falta de estudos em larga escala sobre a epidemiologia da condição bucal em gestantes, esse trabalho tem como objetivo avaliar os determinantes sociais da condição bucal e da necessidade de tratamento de gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde de um município de grande porte do estado do Paraná (PR).

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo é observacional do tipo transversal e foi conduzido com uma amostra não probabilística por conveniência de 236 gestantes, recrutadas em 23 das 47 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana do município de Ponta Grossa – PR. O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Ponta Grossa (CAAE: 01595318.8.0000.0105) e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde SMS. As gestantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (pelo responsável, em caso de menor de idade), de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa foi feita entre junho de 2019 e janeiro de 2020, e as entrevistas eram realizadas individualmente. As gestantes eram convidadas a participar do estudo enquanto aguardavam a consulta médica de pré-natal na sala de espera das UBS e as que aceitavam participar eram entrevistadas com um

formulário estruturado que foi pré-validado em estudo piloto. As perguntas se davam sobre características sociodemográficas (idade da mulher, cor da pele, estado civil, se trabalhava fora de casa, renda mensal da família e nível de escolaridade), aspectos da gravidez (trimestre gestacional e se a mulher já possuía algum filho ou não) e uso de serviços odontológicos (se a gestante havia consultado dentista durante a gravidez). Após a entrevista, as participantes eram convidadas a realizar um exame clínico bucal, que era feito por uma das duas examinadoras previamente calibradas, no consultório odontológico da própria UBS. Em casos de unidades de saúde sem cadeira odontológica era utilizado consultório móvel, que foi disponibilizado pelo Setor de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa – PR. Os exames eram realizados em ambiente isolado, com boa iluminação e utilizando espelho bucal, sonda exploradora, sonda periodontal OMS e pinça clínica, bem como algodão e evidenciador de placa (Visuplac[®]) para avaliação de biofilme dentário. Todas as normas de biossegurança foram sempre seguidas e respeitadas.

Para a calibração das examinadoras, foram realizados 20 exames clínicos em duplicata em mulheres entre 18 e 40 anos de idade, nas clínicas odontológicas da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Os exames duplicados foram realizados com intervalo de uma hora para a avaliação do índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) e de uma semana para o índice de dentes cariados, perdidos e restaurados (CPO-D) e Índice Periodontal Comunitário (CPI). Ao final as examinadoras se reuniram para discussão das divergências nos resultados de cada índice. Os Índices Kappa obtidos para CPO-D, CPI e IHO-S respectivamente foram: intra-examinador 1: 0,94, 0,76 e 0,77, intra-examinador 2: 0,91, 0,96 e 0,76, inter-examinadores: 0,90, 0,74 e 0,78.

No exame clínico era avaliada experiência de cárie e a necessidade de tratamento através do índice epidemiológico CPO-D e os critérios de diagnóstico para dente hígido versus cariado seguiram o protocolo utilizado no levantamento epidemiológico SB Brasil, realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). A condição periodontal foi avaliada através do índice CPI (BRASIL, 2012) e a higiene bucal pelo índice IHO-S (GREENE; VERMILION, 1964). Os resultados obtidos em cada exame foram anotados nos campos específicos do roteiro individual de entrevista.

Os dados obtidos foram tabulados em planilha Excel do Microsoft Office e submetidos a análise estatística pelo software SPSS for Windows versão 20.0. As associações entre os dados categóricos foram analisadas pelo teste Qui-quadrado de Pearson. Após teste de Shapiro Wilk para normalidade, as variáveis contínuas foram analisadas por estatística não paramétrica, obtendo-se o coeficiente de correlação de Spearman. As associações foram consideradas significativas ao nível de 5% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

A amostra foi composta de 236 gestantes que realizaram o acompanhamento pré-natal em 23 Unidades Básicas de Saúde de Ponta Grossa–PR. A Tabela 1 demonstra as características sociodemográficas e da gravidez.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e da gravidez. Gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde de Ponta Grossa – PR, junho/2019 – janeiro/2020 (n = 236).

	N	%	IC 95%
Idade (n = 236)			
≤ 20 anos	72	30,5	25,0–36,4
21 – 35 Anos	143	60,6	54,7–66,5
> 35 anos	21	8,9	5,5–12,7
Trimestre gestacional (n = 236)			
Primeiro (1 a 13 semanas)	44	18,6	14,0–23,7
Segundo (14 a 26 semanas)	77	32,6	27,1–38,6
Terceiro (27 a 40 semanas)	115	48,7	42,8–54,7
Primeiro filho (n = 236)			
Sim	99	41,9	36,0–47,9
Não	137	58,1	52,1–64,0
Estado civil (n = 236)			
Casada/ união estável	187	79,2	74,2–83,9
Solteira/ divorciada/ viúva	49	20,8	16,1–26,8
Cor/raça (n = 236)			
Branca	150	63,6	57,6–69,9
Não branca	86	36,4	30,1–42,4
Trabalha fora (n = 236)			
Sim	103	43,6	37,7–50,0
Não	133	56,4	50,0–62,3
Renda familiar mensal (n = 236)			
≤ dois salários-mínimos	144	61,0	55,1–67,4
> dois salários-mínimos	92	39,0	32,6–44,9
Escolaridade (n = 236)			
Fundamental completo ou menos	81	34,3	28,0–40,3
Médio incompleto ou mais	155	65,7	59,7–72,0
Última consulta ao dentista (n = 234)			
Menos de um ano	163	69,7	63,7–75,6
De um a dois anos	49	20,9	15,8–26,5
Três anos ou mais	22	9,4	6,0–13,2
Consultou o dentista durante a gravidez (n = 236)			
Sim	136	57,6	50,8–64,0
Não	100	42,4	36,0–49,2

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

As características clínicas da condição bucal das gestantes estão apresentadas na Tabela 2. Observa-se que a maioria apresentou histórico de cárie. Clinicamente, parte das gestantes necessitavam de tratamento como restaurações, exodontias e próteses superiores ou inferiores. Menos da metade da amostra possuía dentes perdidos. Com relação à condição periodontal, apenas 17,3% apresentavam gengiva e periodonto hígidos, sendo o cálculo dental a condição mais frequente, seguido por sangramento gengival. Complementando, quanto à presença de biofilme, mais da metade das gestantes apresentaram higiene bucal considerada inadequada.

Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo a condição bucal e necessidade de tratamento. Gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde de Ponta Grossa – PR, junho/2019 – janeiro/2020 (n = 236).

	N	%	IC 95%
Experiência de cárie (CPO-D \geq 1)			
Presente	211	89,4	85,2 – 93,
Ausente	25	10,6	6, – 14,8
Dentes cariados não tratados (componente C)			
1 ou mais	85	36,0	29,7 – 42,4
Nenhum	151	64,0	57,6 – 70,3
Dentes perdidos (componente P)			
1 ou mais	92	39,0	32,1 – 45,3
Nenhum	144	61,0	54,7 – 67,8
Dentes restaurados (componente O)			
1 ou mais	188	79,7	74,2 – 84,7
Nenhum	48	20,3	15,3 – 25,8
Presença de sangramento gengival			
Sim	120	50,8	44,9 – 56,8
Não	116	49,2	43,2 – 55,1
Presença de cálculo			
Sim	133	56,4	49,6 – 62,3
Não	103	43,6	33,7 – 50,4
Presença de bolsa periodontal			
Sim	51	21,6	16,5 – 27,1
Não	185	78,4	72,9 – 83,5
Higiene bucal considerada boa (IHO-S)			
Sim	99	41,9	35,6 – 48,3
Não	137	58,1	51,7 – 64,4
Necessidade de tratamento			
Sim	115	48,7	42,4 – 55,1
Restauração	80	33,9	28,0 – 40,2
Endodontia	12	5,1	2,1 – 8,1
Exodontia	29	12,3	8,5 – 16,5
Prótese superior (fixa ou removível)	37	15,7	11,0 – 20,8
Prótese inferior (fixa ou removível)	59	25,0	19,9 – 30,9
Não	121	51,3	44,9 – 57,6

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

A Tabela 3 apresenta os resultados da análise descritiva das variáveis contínuas. Observa-se que a condição que acomete maior número de sextantes é o sangramento gengival à sondagem. Com relação à experiência de cárie, o CPO-D médio das gestantes foi de 6,5, com pequena variação em relação ao valor da mediana.

Tabela 3 - Estatísticas descritivas das variáveis clínicas contínuas. Gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde de Ponta Grossa – PR, junho/2019 – janeiro/2020 (n = 236).

	Mín.	Máx.	Mediana	Média	Desvio padrão
IHOS*	0	3	1,5	1,5	0,6
Sextantes com periodonto hígido	0	6	4,0	3,7	1,9
Sextantes com sangramento gengival	0	6	1,0	1,1	1,4
Sextantes com cálculo dental	0	5	1,0	0,7	0,8
Sextantes com bolsa periodontal rasa ou profunda	0	4	0,0	0,3	0,8
CPO-D**	0	24	6,0	6,6	4,9
C (dentes cariados)	0	11	0,0	0,7	1,3
P (dentes perdidos por cárie)	0	19	0,0	1,0	2,0
O (dentes restaurados)	0	17	4,0	4,6	4,2

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

* IHOS – Índice de Higiene Oral Simplificado; ** Índice de dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O)

Na Tabela 4, a análise bivariada realizada através do teste qui-quadrado de Pearson ($p \leq 0,05$) demonstrou as associações entre as variáveis de condição bucal categóricas, como dependentes, e as demais variáveis do estudo. Houve associação significativa entre a quantidade de dentes cariados, perdidos, restaurados e a presença de sangramento gengival com a idade e se nota associação entre dentes cariados, necessidade de tratamento e presença de bolsa periodontal com cor/raça e renda. Também houve associação entre a quantidade de dentes cariados, restaurados e necessidade de tratamento com a escolaridade da mãe, associação entre a presença de dentes perdidos, restaurados e bolsa periodontal com o fato da gestante ser primigesta. Houve relação da presença de dentes cariados e de bolsa periodontal com o fato de a gestante trabalhar fora. Também houve associação entre a presença de dentes restaurados e de bolsa periodontal com o fato de a gestante ter ido ao dentista durante a gravidez.

Tabela 4 - Associação entre experiência de cárie dentária, necessidade de tratamento, condição periodontal e higiene bucal com fatores socioeconômicos, características da gravidez e consulta odontológica. Gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde de Ponta Grossa – PR, junho/2019 – janeiro/2020 (n = 236).

	Dentes Cariados n (%)	Dentes Perdidos n (%)	Dentes Restaurados n (%)	Necessidade de tratamento n (%)	Sangramento gengival n (%)	Cálculo dental n (%)	Bolsa periodontal n (%)	Boa higiene bucal n (%)
Idade								
Até 20 anos	36 (50,0) ^a	14 (19,4) ^a	47 (65,3) ^a	35 (48,6)	43 (59,7) ^a	38 (52,8)	17 (23,6)	29 (40,3)
21 a 35 anos	42 (29,4)	66 (46,2)	123 (86,0)	67 (46,9)	72 (50,3)	80 (55,9)	26 (18,2)	60 (42,0)
> 35 anos	7 (33,3)	12 (57,1)	18 (85,7)	13 (61,9)	5 (23,8)	15 (71,4)	8 (38,1)	11 (52,4)
Cor/raça autodeclarada								
Branca	44 (29,3) ^a	53 (35,3)	120 (80,0)	63 (42,0) ^a	71 (47,3)	86 (57,3)	26 (17,3) ^a	64 (42,7)
Não branca	41 (47,7)	39 (45,3)	68 (79,1)	52 (60,5)	49 (57,0)	47 (54,7)	25 (29,1)	36 (41,9)
Estado civil								
Casada/união estável	65 (34,8)	78 (41,7)	148 (79,1)	91 (48,7)	96 (51,3)	105 (56,1)	40 (21,4)	85 (45,5)
Solteira/divorciada/viúva	20 (40,8)	14 (28,6)	40 (81,6)	24 (49,0)	24 (49,0)	28 (57,1)	11 (22,4)	15 (30,6)
Escolaridade								
Fundamental incompleto ou menos	37 (45,7) ^a	32 (39,5)	57 (70,4) ^a	48 (59,3) ^a	43 (53,1)	45 (55,6)	19 (23,5)	28 (34,6)
Ensino médio completo ou mais	48 (31,0)	60 (38,7)	131 (84,5)	67 (43,2)	77 (49,7)	88 (56,8)	32 (20,6)	72 (46,5)
Trabalha fora								
Sim	29 (28,2) ^a	43 (41,7)	87 (84,5)	46 (44,7)	51 (49,5)	61 (59,2)	14 (13,6) ^a	45 (43,7)
Não	56 (42,1)	49 (36,8)	101 (75,9)	69 (51,9)	69 (51,9)	72 (54,1)	37 (27,8)	55 (41,4)
Renda familiar								
Dois salários-mínimos ou menos	62 (43,1) ^a	56 (38,9)	112 (77,8)	80 (55,6) ^a	79 (54,9)	81 (56,2)	40 (27,8) ^a	55 (38,2)
Mais de dois salários-mínimos	23 (25,0)	36 (39,1)	76 (82,6)	35 (38,0)	41 (44,6)	52 (56,5)	11 (12,0)	45 (48,9)
Trimestre gestacional								
Primeiro	16 (36,4)	20 (45,5)	34 (77,3)	23 (52,3)	18 (40,9)	26 (59,1)	9 (20,5)	20 (45,5)
Segundo	24 (31,2)	24 (31,2)	63 (81,8)	33 (42,9)	38 (49,4)	40 (51,9)	17 (22,1)	30 (39,0)
Terceiro	45 (39,1)	48 (41,7)	91 (79,1)	59 (51,3)	64 (55,7)	67 (58,3)	25 (21,7)	50 (43,5)
Primeiro filho								
Sim	39 (39,4)	26 (26,3) ^a	72 (72,7) ^a	42 (42,4)	54 (54,5)	52 (52,5)	15 (15,2) ^a	42 (42,4)
Não	46 (33,6)	66 (48,2)	116 (84,7)	73 (53,3)	66 (48,2)	81 (59,1)	36 (26,3)	58 (42,3)
Foi ao dentista durante a gestação								
Sim	46 (33,8)	54 (39,7)	118 (86,8) ^a	67 (49,3)	69 (50,7)	70 (51,5)	23 (16,9) ^a	64 (47,1)
Não	39 (39,0)	38 (38,0)	70 (70,0)	48 (48,0)	51 (51,0)	63 (63,0)	28 (28,0)	36 (36,0)
Prevalência na amostra	85 (36,0)	92 (39,0)	188 (79,7)	115 (48,7)	120 (50,8)	133(56,4)	51(21,6)	137 (58,1)

Fonte: Dados da pesquisa (2020); Teste Qui-quadrado de Pearson. ^a p≤0,05.

A Tabela 5 apresenta as associações entre as variáveis de saúde bucal, quanto à experiência de cárie, presença de biofilme/ higiene bucal e condição periodontal. Observa-se que quanto maior o índice de higiene oral (pior higiene bucal) menor o número de sextantes com periodonto hígido, maior a quantidade de sextantes com sangramento gengival e maior o número de dentes cariados. Quanto maior a quantidade de sextantes hígidos (sem sangramento, cálculo ou bolsa periodontal), maior a quantidade de dentes restaurados e maior o índice CPO-D. Quanto maior o número de sextantes com sangramento, menor o número de dentes restaurados e menor o índice CPO-D. Observa-se também uma correlação entre o número de sextantes com cálculo em relação ao número de dentes com bolsa periodontal. Quanto maior o número de dentes cariados maior o número de dentes perdidos, bem como maior o valor total do índice CPO-D. Quanto maior o número de dentes perdidos maior também o índice CPO-D.

Tabela 5 - Matriz de correlações de Spearman. Associação entre as variáveis de condição de saúde bucal. Gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde de Ponta Grossa – PR, junho/2019 – janeiro/2020 (n = 236).

	IHOS	Sextantes hígidos	Sextantes com sangram.	Sextantes com cálculo	Sextantes com bolsa periodontal	C	P	O	CPO-D
IHOS*	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Sextantes hígidos	-0,296 ^a	1,0	-	-	-	-	-	-	-
Sextantes com sangramento	0,235 ^a	-0,708 ^a	1,0	-	-	-	-	-	-
Sextantes com cálculo	0,153	-0,400 ^a	-0,032	1,0	-	-	-	-	-
Sextantes com bolsa periodontal	0,146	-0,463 ^a	0,060	0,177 ^a	1,0	-	-	-	-
C (cariados)	0,216 ^a	-0,130	0,063	0,057	0,103	1,0	-	-	-
P (perdidos por cárie)	0,120	-0,022	-0,090	0,024	0,066	0,190 ^a	1,0	-	-
O (obturados)	-0,146	0,293 ^a	-0,265 ^a	-0,122	-0,099	-0,045	0,121	1,0	-
CPO-D**	0,067	0,227 ^a	-0,261 ^a	-0,094	-0,005	0,216 ^a	0,448 ^a	0,236	1,0

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

* IHOS – Índice de Higiene Oral Simplificado; ** Índice de dentes cariados (C), perdidos (P) e obturador (O); ^a correlação significativa ao nível de 5%.

DISCUSSÃO

A gestação é uma condição que envolve mudanças fisiológicas, biológicas, mentais e sociais da mulher, podendo impactar na saúde bucal (MAGALHÃES, 2021). Além disso fatores socioeconômicos, demográficos, comportamentais e necessidade percebida, também podem influenciar na saúde bucal das

gestantes, sendo identificados como determinantes da utilização dos serviços odontológicos durante a gestação (ROCHA et al., 2018a; ROCHA et al., 2018b).

O presente estudo foi conduzido com gestantes que realizaram pré-natal nas UBS, classificadas como gestação de risco baixo ou intermediário, e as características encontradas na amostra se assemelham ao estudo realizado por Pacheco et al. (2020) no qual a amostra foi formada em sua maioria por gestantes brancas ou pardas, com idade entre 20 e 34 anos (adultas jovens), escolaridade média de 9 anos de estudo ou mais e que possuíam companheiro (a). O estudo de Retori et al. (2020) realizado em Santa Maria – RS, também teve resultados semelhantes, classificando a maioria das gestantes da pesquisa com idade média de 24 anos, brancas e com nível de escolaridade acima de 8 anos e o mesmo se fez presente no estudo de Oliveira et al. (2020), onde a média de idade das gestantes foi de 27 anos e o nível de escolaridade foi ensino médio completo ou mais, e demonstrou que a maioria das gestantes (65,1%) da amostra relatou não trabalhar fora, resultado que também foi encontrado no presente estudo (56,4%).

Como esperado para uma população de adultos jovens, a maioria das gestantes examinadas apresentaram história presente ou passada de cárie (89,4%), e o CPO-D médio foi de 6,5, 36,9% possuía dentes cariados não tratados e 39% dentes perdidos. Resultados muito semelhantes foram encontrados em um estudo com puérperas de Feira de Santana – BA de Trindade et al. (2017) onde o CPO-D médio foi de 5,7, prevalência de dentes cariados não tratados de 36% e de dentes perdidos de 33%. No estudo de Rosell et al. (2013), realizado com gestantes que procuraram atendimento odontológico junto à Clínica de Odontologia Preventiva da Faculdade de Odontologia de Araçatuba/UNESP, no período de abril de 2008 a agosto de 2010, pode-se verificar que todas as gestantes possuíam experiência de cárie (CPOD>0). A pesquisa de Cunha et al. (2021), realizada no município de Juiz de Fora - MG verificou um CPO-D médio de 7,8 entre as gestantes do estudo e os resultados encontrados por Carvalho (2019) demonstraram um CPO-D médio da sua amostra de 8,7, resultado que difere dos achados no presente trabalho.

Ao analisar a presença de biofilme, mais da metade das gestantes no presente estudo apresentaram higiene bucal considerada inadequada (58,1%). No estudo de Carvalho (2019) o IHO-S apresentou na maioria da amostra (41,1%) uma higiene bucal considerada como regular. No estudo de Retori et al. (2020) cerca de 77% da amostra realizava escovação >2 vezes por dia e nos resultados demonstrados por Cunha et al. (2021), a maioria das gestantes (81,8%) se disse escovar os dentes >3 vezes ao dia.

Quanto à condição periodontal, o cálculo dental foi a condição mais prevalente nessa pesquisa (56,4%), o que corrobora com os achados de Rosell et al. (2013), onde 70,6% da amostra apresentou a mesma situação clínica. Já no estudo de Cunha et al. (2021) a maioria das gestantes da amostra (81,8%) apresentou sangramento gengival à sondagem e 36,4% exibiram bolsa periodontal, concordando com os achados do estudo de Payal et al. (2017) no qual cerca de 60% da amostra apresentou doença periodontal, sendo o sangramento gengival a alteração mais prevalente. No estudo feito por Barros (2018) no Piauí, 72,3% das gestantes apresentaram tanto sangramento quanto cálculo dental e nenhuma delas apresentou bolsa

periodontal. Estudos associam o agravamento do processo inflamatório gengival durante a gravidez com as alterações hormonais, deficiência nutricional e aumento de placa bacteriana, favorecidos por fatores locais e o estado transitório de imunodepressão (BOTELHO et al., 2019; NASCIMENTO et al., 2012).

Destacando os determinantes sociais da condição bucal das gestantes que participaram desse estudo, observou-se que gestantes mais velhas apresentaram maior quantidade de dentes cariados, perdidos, restaurados, porém a presença de sangramento gengival foi identificada com maior frequência entre as gestantes mais novas. Resultado esse que pode ser explicado pelo fato de que as mulheres mais jovens não tenham passado por tantas consultas odontológicas e não tenham sido tão expostas a orientações de higiene bucal quanto as mais velhas. Em outro estudo as gestantes mais jovens apresentaram maior presença da doença periodontal sendo que, além da idade, o fumo também foi relacionado a problemas gengivais (MOIMAZ et al., 2010).

Destaca-se também o fato de que gestantes não brancas e com menor renda familiar apresentaram maior prevalência de dentes cariados, bolsa periodontal e maior necessidade de tratamento. Identificar associação entre baixa renda e agravos de saúde bucal no Brasil é, simultaneamente, apontar que inserido nesse grupo de vulnerabilidade, uma série de outras características, inclusive a cor da pele. No documento SB Brasil 2003, as prevalências percentuais encontradas no CPO-D da amostra pesquisada, apontaram que, pessoas brancas possuíam mais dentes restaurados (70,7%) que pessoas pretas (46,6%) e pardas (47,9%), demonstrando que há um acesso maior ao dentista por pessoas brancas (BRASIL, 2003). Barbato et al. (2007) reportaram, com base nos dados do SB Brasil 2003, maior taxa de perda dentária para pessoas que apresentavam renda de até meio salário-mínimo, moradores rurais, pretos e pardos, com baixa escolaridade e os que não frequentavam o dentista há mais de 3 anos.

Gestantes com menor nível de escolaridade apresentaram maior prevalência de dentes cariados, restaurados e necessidade de tratamento. Estudos afirmam que o nível de escolaridade é um fator socioeconômico determinante das condições de saúde bucal de uma população, assim como da adesão ao atendimento odontológico durante a gravidez (ROCHA et al., 2018b). Mulheres com menor escolaridade apresentam menor chance de visitar o dentista na gravidez do que as mais instruídas (ROCHA et al., 2018a; ROCHA et al., 2018b).

Gestantes com mais de um filho apresentaram maior quantidade de dentes perdidos, restaurados e bolsa periodontal. Provavelmente pelo fato de que, mulheres com um número maior de filhos, acabam deixando as suas necessidades em segundo plano, seja por falta de tempo ou falta de percepção sobre a sua saúde. No estudo de Bastiani et al. (2010) observou-se que as mães primigestas são mais receptivas a receber informação relacionada aos cuidados com a saúde, o que corrobora com os achados nesse estudo.

Gestantes que não trabalham fora foram identificadas com maior prevalência de dentes cariados e bolsa periodontal. Segundo o estudo de Lamarca et al. (2012) mulheres com maior renda e que trabalhavam

fora apresentavam menor impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, o que pode indicar que apresentavam condição bucal melhor.

Das mulheres que participaram do presente estudo, as que foram ao dentista durante a gravidez apresentaram mais dentes restaurados e a presença de bolsa periodontal. Segundo o estudo de Pacheco et al. (2020) gestantes que passaram por consulta odontológica durante a gravidez tiveram menos impacto na qualidade de vida e segundo os achados de Musskopf et al. (2018) mulheres grávidas que receberam cuidados periodontais básicos durante o tratamento odontológico perceberam melhorias em seu estado de saúde bucal.

Com relação a associação entre as variáveis de saúde bucal, foi observado no presente estudo que quanto maior o índice de higiene oral (pior higiene bucal) menor o número de sextantes com periodonto hígido, maior a quantidade de sextantes com sangramento gengival e maior o número de dentes cariados. O que reforça o estudo de Rares et al. (2016) que afirma que a manutenção dos níveis do biofilme dental consiste em fator relevante para a manutenção de boa saúde bucal.

Quanto maior a quantidade de sextantes hígidos (sem sangramento, cálculo ou bolsa periodontal), maior a quantidade de dentes restaurados e maior o índice CPO-D. O que pode ser explicado pelo fato de que as gestantes que passaram por tratamento odontológico e tiveram seus dentes restaurados também receberam orientações sobre higiene bucal e manutenção da saúde bucal.

Quanto maior o número de sextantes com sangramento, menor o número de dentes restaurados e menor o índice CPO-D. Observa-se também uma correlação entre o número de sextantes com cálculo em relação ao número de dentes com bolsa periodontal, o que era esperado, visto que a presença de cálculo dental causa uma desordem no periodonto, sendo considerado fator facilitador para o surgimento de bolsas periodontais.

Apesar dos resultados obtidos apresentarem-se importantes para a compreensão do perfil epidemiológico da condição bucal de gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde, algumas limitações devem ser consideradas. Dentre elas, destaca-se o desenho transversal, o qual não permite que sejam estabelecidas relações de causalidade. Além disso, deve-se considerar que parte dos dados são relativos ao relato das mulheres entrevistadas, sendo essas informações subjetivas e sujeitas a viés de memória.

Este estudo apresentou informações a respeito das características bucais de gestantes no município de Ponta Grossa- PR e identificou os fatores sociais que podem estar relacionados a elas. Apesar das limitações, os resultados aqui relatados são consistentes com outros relatos na literatura e podem servir para orientar os gestores na organização do acesso às redes de atenção à saúde no período gestacional.

CONCLUSÃO

Foram identificados como determinantes sociais da condição bucal das gestantes a idade, a cor/raça, a renda, a escolaridade, gestante primigesta e o fato de trabalhar fora ou não. Gestantes que realizaram tratamento odontológico durante a gravidez tiveram maior número de dentes restaurados, aumentando também as chances de terem recebidos informações sobre a sua saúde bucal e saúde bucal do bebê, reforçando a importância da atenção multiprofissional no pré-natal.

REFERÊNCIAS

BARBATO, P. R. *et al.* Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do estudo epidemiológico nacional (Projeto SB Brasil 2002–2003). **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1803-1804, 2007.

BARROS, M. K. **Avaliação da saúde bucal de gestantes assistidas pelo programa de pré-natal de unidades básicas de saúde da zona urbana de Corrente, Piauí**: uma intervenção clínica em busca da melhoria da saúde bucal. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher) - Universidade Federal do Piauí, Piauí, 2018.

BASTIANI, C. *et al.* Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. **Odontologia Clínico-Científica**, Recife, PE, v. 9, n. 2, p. 155-160, 2010.

BOTELHO, D. L. L. *et al.* Odontologia e gestação: a importância do pré-natal odontológico. **SANARE (Sobral, Online)**, Sobral, CE, v. 18, n. 2, p. 69-77, jul./dez., 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Banco de dados da pesquisa Condições de Saúde Bucal da População Brasileira Levantamento Epidemiológico**. Brasília, DF: SB Brasil, 2003.

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). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 23 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf. Acesso em: 23 set. 2022.

CARVALHO, D. C. S. **Condições de saúde bucal e conhecimento em saúde materna e infantil de gestantes no município de Lagarto-SE**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, 2019.

CUNHA, *et al.* Percepção de gestantes sobre atenção odontológica. **HU Rev.**, Juiz de Fora, MG, v. 47, p. 1-8, 2021.

GREENE, J. C.; VERMILION, J. R. The simplified oral hygiene index. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 68, n. 1, p.7-13, 1964.

LAMARCA, G. A. *et al.* Oral health related quality of life in pregnant and post partum women in two social network domains; predominantly home-based and work-based networks. **Health and Quality of Life Outcomes**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 5, 2012.

LEELAVATHI L, *et al.* Conhecimento, atitude e práticas relacionadas à saúde bucal entre as gestantes atendidas em um hospital público. **Int. J. Community Dent.**, Chennai, v. 6, p. 16-20, 2018.

MAGALHÃES, A. D. **Características associadas ao acesso a serviços odontológicos públicos pela população de pessoas com deficiência e gestantes do Distrito Federal**. 2021. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2021.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Associação entre condição periodontal de gestantes e variáveis maternas e de assistência à saúde. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 10, n. 2, p. 271-278, 2010.

- MUSSKOPF, M. L. *et al.* Oral health related quality of life among pregnant women: a randomized controlled trial. **Braz. Oral Res.**, [s. l.], v. 32, p. 2, 2018.
- NASCIMENTO, E. P. *et al.* Gestantes frente ao tratamento odontológico. **Revista Brasileira Odontológica**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 125-130, jan./jun. 2012.
- OLIVEIRA, *et al.* Análise da Saúde Periodontal e Qualidade de Vida de Gestantes Atendidas pelo SUS no Município de Maceió, Alagoas. **Brazilian Journal of health Review Braz.**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 10208-102, 21 jul./ago., 2020.
- PACHECO, S. T. K. *et al.* Saúde bucal e qualidade de vida de gestantes: a influência de fatores sociais e demográficos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 25, n. 6, p. 2315-232, 2020.
- PAYAL, *et al.* Oral health of pregnant females in central India. **Journal of Education and Health Promotion**, [s. l.], v. 6, 2017.
- RARES, *et al.* Condição Periodontal em gestantes: análise do serviço público, serviço privado e trimestre gestacional. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, v. 20, n. 1, p. 29-36, 2016.
- RETORI, P. *et al.* Associação entre higiene bucal e qualidade de vida relacionada à saúde bucal de gestantes. **Pesquisa, sociedade e desenvolvimento**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. e137911811, 2020.
- ROCHA, J. S. *et al.* Barriers and facilitators to dental care during pregnancy: a systematic review and meta synthesis of qualitative studies. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, p. 8, 2018a.
- ROCHA, J. S. *et al.* Determinants of dental care attendance during pregnancy: a systematic review. **Caries Research**, Basel, Suíça, v. 52, p. 139-152, 2018b.
- ROSELL, F. L. *et al.* Impacto dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida de gestantes. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 13, n. 3, p. 287-293, 2013.
- TRINDADE, S. C. *et al.* Condição bucal de puérperas atendidas em um hospital público no município de Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, [Feira de Santana], v. 7, n. 1, p. 44-50, 2017.

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 30/07/2022

ACEITO: 01/11/2022

SOBREVIDA E ÓBITO NEONATAL DE PREMATUROS ADMITIDOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAIS NO INTERIOR DO NORDESTE BRASILEIRO

NEONATAL SURVIVAL AND DEATH OF PREMATURES ADMITTED TO NEONATAL INTENSIVE CARE UNITS IN THE INTERIOR OF NORTHEASTERN BRAZIL

Raquel Cristina Gomes Lima¹, Verônica Cheles Vieira², Joice Silva Machado³, Danielle Souto de Medeiros⁴

RESUMO

Introdução: Mortes infantis representam grave problema de saúde pública, pois são mortes precoces e, em sua maioria, evitáveis. **Objetivo:** avaliar o óbito e a sobrevivência dos prematuros internados em Unidades de Terapia Intensiva neonatais no interior da Bahia. **Materiais e métodos:** trata-se de estudo de coorte não concorrente, incluindo prematuros internados entre janeiro de 2016 a dezembro de 2017. A variável dependente foi o óbito neonatal. Foram realizadas análises bivariadas através do teste de Log Rank. A fim de realizar a análise do tempo para a ocorrência do óbito foi utilizado o método não paramétrico de Kaplan-Meier e suas respectivas curvas de sobrevivência. Considerou-se significância estatística o p valor $\leq 0,05$. **Resultados:** Obteve-se uma amostra de 400 prematuros. Evoluíram com maior mortalidade no período neonatal: prematuros do sexo feminino (14,5%), prematuros extremos (56,5%), extremo baixo peso (57,7%), pequenos para idade gestacional (16,8%), com Apgar de 5º minuto menor que 7 (29,6%), submetidos a reanimação avançada na sala de parto (51,8%), com hipotermia moderada à admissão (23,4%), com alguma morbidade (15,8%) e submetidos a alguma cirurgia (22,2%). As variáveis com significância estatística na análise bivariada foram: idade gestacional, peso de nascimento, Apgar 5º minuto, reanimação neonatal, morbidade e temperatura de admissão. Para estas variáveis foram construídas curvas de sobrevivência de Kaplan Meier. **Conclusão:** observou-se predomínio dos óbitos no período neonatal precoce, influência da sobrevivência com as características biológicas dos prematuros, atenção neonatal e condições associadas. É necessário melhoria na condução do pré-natal e assistência peri parto.

Palavras-chave: Recém-Nascido Prematuro. Óbito. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Sobrevida. Estimativa de Kaplan-Meier.

ABSTRACT

Introduction: Infant deaths represent a serious public health problem, as they are early deaths and, for the most part, preventable. **Objective:** this study aimed to evaluate the death and survival of preterm infants hospitalized in Neonatal Intensive Care Units in the interior of Bahia. **Materials and methods:** this is a non-concurrent cohort study, including preterm infants hospitalized between January 2016 and December 2017. The dependent variable was neonatal death. Bivariate analyzes were performed using the Log Rank test. In order to analyze the time to death, the non-parametric Kaplan-Meier method and their respective survival curves were used. Statistical significance was considered when p value ≤ 0.05 . **Results:** a sample of 400 preterm infants was obtained. Evolved with higher mortality in the neonatal period: female preterm infants (14.5%), extreme preterm infants (56.5%), extremely low birth weight (57.7%), small for gestational age (16.8%), with 5th minute Apgar less than 7 (29.6%), undergoing advanced resuscitation in the delivery room (51.8%), with moderate hypothermia at admission (23.4%), with some morbidity (15.8%) and submitted to some surgery (22.2%). The variables with statistical significance in the bivariate analysis were: gestational age, birth weight, Apgar 5th minute, neonatal resuscitation, morbidity and temperature at admission. For these variables, Kaplan Meier survival curves were constructed. **Conclusion:** there was a predominance of deaths in the early neonatal period, influence of survival with the biological characteristics of preterm infants, neonatal care and associated conditions. Improvement in prenatal care and peripartum assistance is needed.

Keywords: Premature Infants. Death. Neonatal Intensive Care Units. Survival. Kaplan-Meier Survival Curves.

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Ciências Naturais. Vitória da Conquista, BA, Brasil. ORCID: 0000-0001-5344-3508. E-mail: rcglima@gmail.com

² Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde. Vitória da Conquista, BA, Brasil. ORCID: 0000-0001-6395-4096. E-mail: veronicheles@gmail.com.

³ Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde. Vitória da Conquista, BA, Brasil. ORCID: 0000-0001-6479-2148. E-mail: Joicemachado0403@gmail.com.

⁴ Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde. Vitória da Conquista, BA, Brasil. ORCID: 0000-0002-2480-8990. E-mail: daniellesoutomedeiros@gmail.com.



INTRODUÇÃO

Mortes infantis representam grave problema de saúde pública, pois são mortes precoces e, em sua maioria, evitáveis. O período neonatal é o mais vulnerável de sobrevivência infantil. Globalmente, quase metade de todas as mortes em menores de 5 anos de idade ocorrem nesse período, com estimativa de 2,4 milhões de óbitos nos primeiros 28 dias de vida, no ano de 2020 (WHO, 2019). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a maioria dessas mortes ocorreram na África Subsaariana e sul da Ásia (MESHRAM; GAJIMWER; BHONGADE, 2019). As principais causas desses óbitos, nos menores de 5 anos de idade, foram a prematuridade, complicações no parto (asfixia) e as causas infecciosas (WHO, 2019).

A prevalência mundial da prematuridade evidencia números crescentes, com taxas variando de 9,0% nos países de alta renda e 12% nos países de baixa renda, sendo que o Brasil ocupa a 10ª posição mundial (WHO, 2012). A diminuição da idade gestacional de nascimento associa-se com maiores repercussões anatômicas, fisiológicas e metabólicas, e, conseqüentemente, maior necessidade de utilização de técnicas de cuidados intensivos neonatais e menor sobrevida (HILLMAN; KALLAPUR; JOBE, 2012).

A sobrevivência dos prematuros cresceu expressivamente nas últimas décadas, principalmente devido aos avanços na medicina perinatal, com o advento das unidades de terapia intensiva neonatal, desenvolvimento da ventilação mecânica, uso do corticoide antenatal, à introdução do surfactante exógeno e à regionalização da atenção perinatal (SBP, 2017b). Porém, apesar de tantos avanços tecnológicos, existem diferenças na sobrevivência dos prematuros a depender do local de nascimento. Nos países de baixa renda, aproximadamente, metade dos recém-nascidos com menos de 32 semanas não sobrevivem, devido à falta de cuidados custo-efetivos, já nos países de alta renda observa-se sobrevivência de quase todos esses prematuros (WHO, 2012).

No Brasil, apesar de, aproximadamente, 99% dos nascimentos ocorrerem em hospitais, existe irregularidade na distribuição desses hospitais, com vazios assistenciais nas áreas mais pobres e distantes dos grandes centros, acarretando iniquidades de acesso aos serviços assistenciais de parto e nascimento de alto risco no país (SBP, 2018). Tal cenário demonstra a necessidade de conhecer essa população que nasce em locais mais distantes dos grandes centros urbanos ou das capitais, através da obtenção de dados epidemiológicos confiáveis sobre esta temática. Tendo como finalidade a melhoria da sobrevida e a redução das complicações.

Para tal, o objetivo desta pesquisa foi avaliar o óbito e a sobrevivência dos prematuros internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) neonatais no interior da Bahia, segundo suas características biológicas, atenção neonatal recebida e condições associadas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de coorte não concorrente, de base hospitalar, incluindo os prematuros admitidos em três UTI neonatais no período de 1 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2017. A pesquisa foi realizada na terceira maior cidade do estado da Bahia, sede do Núcleo Regional de Saúde Sudoeste, que possui o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,678, em 2010, situado na faixa de IDHM médio e renda per capita, em 2010, de R\$ 555,66 (IBGE, 2010).

A população foi acompanhada do dia da admissão nas unidades até os 27 dias de vida. Foram excluídos aqueles prematuros portadores de alguma anomalia congênita maior (cardiopatias congênitas complexas, atresias do trato gastrointestinal, defeitos da parede abdominal, hidrocefalia, encefalocele e hérnia diafragmática).

Foram realizadas análises dos prontuários armazenados no serviço de arquivo médico e estatístico dos três hospitais. As UTI neonatais possuem 10 leitos cada, sendo duas localizadas em hospitais de administração pública e a terceira em hospital de financiamento privado. Um dos hospitais públicos é a referência em gestação e nascimento de alto risco da região e possui residência médica em ginecologia/obstetrícia, pediatria e neonatologia. As equipes assistenciais destas unidades se assemelham e, portanto, seguem protocolos assistenciais semelhantes. As coordenações, diaristas e alguns plantonistas possuem Título de Especialista em Neonatologia pela Sociedade Brasileira de Pediatria. A maioria dos plantonistas possuem curso de reanimação neonatal em recém nascidos a termo e prematuros, pela referida sociedade.

A amostra foi obtida por conveniência (n=400). Entretanto, o menor tamanho amostral necessário para representar a população de prematuros da região foi estimado em 384 considerando os seguintes parâmetros: tamanho da população infinito (dado que não é possível estimar o total de prematuros que necessitariam de assistência intensiva neonatal visto que a região atende um grande número de municípios), frequência esperada de 50% (considerando os múltiplos desfechos avaliados), precisão de 5% e intervalo de confiança de 95%.

Os dados foram obtidos através de um questionário específico, baseado no instrumento do Inquérito Nascer para o Brasil (LEAL et al., 2012), por pesquisadores voluntários da área de saúde, após treinamento e sob supervisão de neonatologistas. Realizou-se um estudo piloto, em maio de 2018, com cerca de 20% do número total de prontuários, no período de novembro a dezembro de 2015, para as três UTI neonatais, cujo objetivo foi aprimorar o instrumento, padronizar e testar a logística de campo. O campo principal ocorreu no período de junho de 2018 a abril de 2019, utilizando questionário digital através do software Kobo Toolbox 1.4.8®.

A variável dependente foi o óbito durante o período neonatal, recuperando a causa imediata na declaração de óbito. O óbito foi classificado pelo tempo, em dias, decorridos desde a data de nascimento até

a ocorrência do mesmo e divididos em óbito neonatal precoce (menos de 7 dias) e óbito neonatal tardio (entre 7 e 27 dias de vida). Como o acompanhamento era diário, padronizou-se ½ período para os óbitos ocorridos em menos de 24 horas de vida.

As variáveis independentes avaliadas incluíram as relacionadas às características biológicas dos prematuros, atenção neonatal recebida e condições associadas. Os dados relacionados com as características biológicas dos prematuros foram: sexo (masculino ou feminino), idade gestacional do nascimento (semanas) e categorizada de acordo com a Organização Mundial de Saúde em: prematuro extremo (menos de 28 semanas), muito prematuro (28 a menos de 32 semanas) e prematuro moderado/ tardio (32 a menos de 37 semanas) (WHO, 2012). Para a obtenção da idade gestacional foi utilizada como preferência a data da última menstruação, seguida pela ultrassonografia precoce. Na impossibilidade desses achados, utilizou-se a avaliação de sinais físicos e neurológicos dos recém-nascidos. O peso de nascimento foi mensurado em gramas e classificado em: adequado/baixo peso (acima de 1.500 gramas), muito baixo peso (entre 1.000 e 1.500 gramas) e extremo baixo peso (menos que 1.000 gramas). Foram definidos como Pequenos para Idade Gestacional (PIG) os neonatos com escore z do peso de nascimento inferior a - 1,29 (Percentil 10%), de acordo com as curvas Intergrowth-21 (SBP, 2017a) e categorizados em não ou sim.

Para avaliar a atenção neonatal recebida foram utilizadas as seguintes variáveis: escore de Apgar do 5º minuto (Apgar < 7 e ≥ 7), manobras de reanimação na sala de parto (não teve, ventilação com pressão positiva (VPP) ou reanimação avançada: VPP acompanhada de massagem cardíaca e/ou uso de drogas) (GUINSBURG; ALMEIDA, 2016), temperatura de admissão na UTI neonatal (normotermia: temperatura axilar entre 36,5 e 37,5oC, hipotermia leve: temperatura axilar entre 36,0 e 36,4oC ou hipotermia moderada: temperatura axilar entre 32,0 e 35,9oC) (WHO, 1997). E as condições associadas avaliadas foram o diagnóstico de alguma dessas morbidades (sepse neonatal precoce, sepse neonatal tardia ou síndrome do desconforto respiratório) e realização de cirurgia, ambas categorizadas em não ou sim.

A análise das perdas foi obtida utilizando as informações disponíveis nos livros de admissão da enfermagem nas três unidades através da comparação entre a amostra obtida com a população total usando o teste qui-quadrado de Pearson ou de tendência linear. Segundo as seguintes variáveis: hospital de origem, peso ao nascer, idade gestacional, óbito e anos de 2016 e 2017.

O tempo de sobrevivência é considerado a probabilidade de ocorrência de determinado evento após o tempo de monitoramento (FÁVERO, 2015). Nesta pesquisa, o tempo de início de seguimento foi a data de nascimento e considerou-se como evento ou falha, a ocorrência do óbito. Os pacientes foram acompanhados em tempos diferentes e observados até a ocorrência do óbito ou censura (alta, transferência ou quando o recém-nascido completou 27 dias de vida).

A fim de realizar a análise do tempo para a ocorrência do óbito foi utilizado o método não paramétrico de Kaplan-Meier e suas respectivas curvas de sobrevivência (FÁVERO, 2015). Primeiramente, realizou-se a curva de sobrevivência durante o período neonatal, com marcação vertical separando o período

neonatal precoce e tardio. Calculou-se a frequência do óbito no período neonatal total, neonatal precoce e tardio segundo as características biológicas, atenção neonatal recebida e condições associadas. Foram realizadas análises bivariadas através do teste de Log Rank, entre estas variáveis independentes e o óbito neonatal, considerou-se significância estatística o p valor $\leq 0,05$. As variáveis independentes com significância estatística após análise bivariada foram selecionadas e construídas suas curvas da função de sobrevivência.

O programa Stata, versão 15.0 (Stata Corporation, College Station, USA) foi utilizado para as análises dos dados.

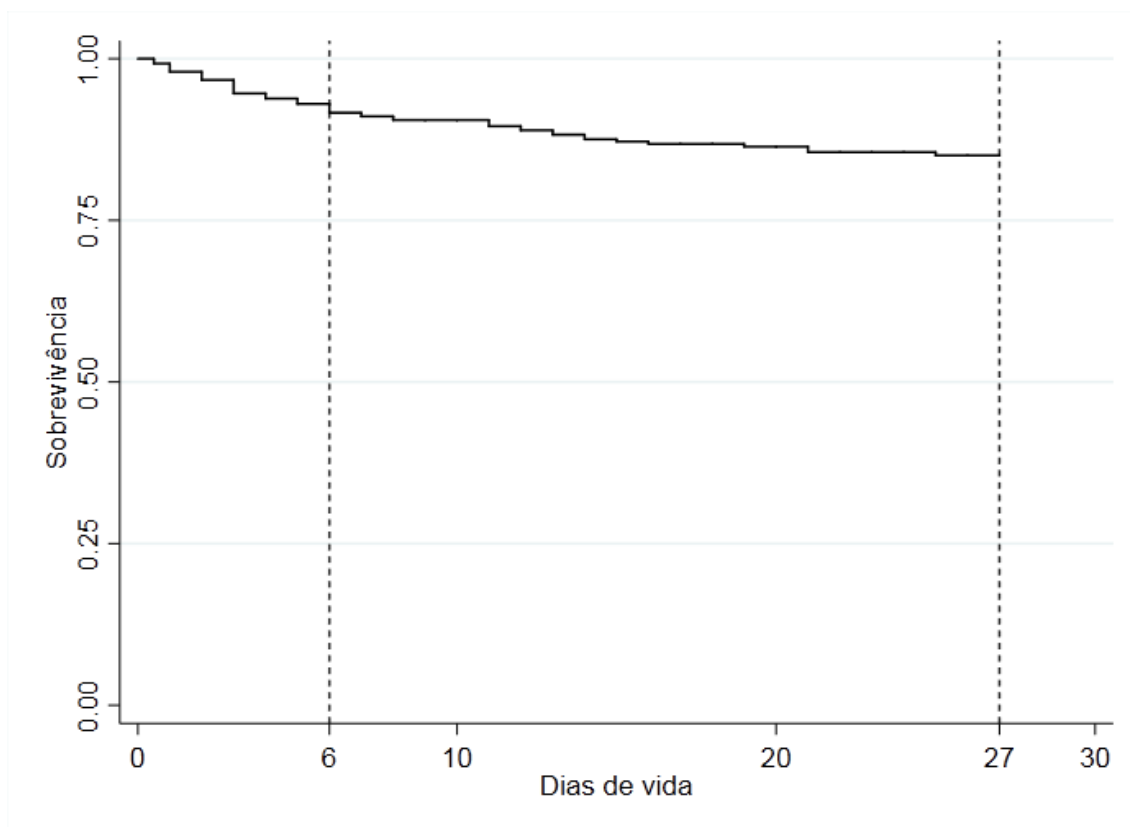
A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (CAAE: 79450717.4.0000.5556) e parecer consubstanciado 2.485.073.

RESULTADOS

Durante os dois anos do estudo foram admitidos 592 prematuros nas UTI neonatais, sendo excluídos 37 por possuírem malformações congênitas e 155 prontuários não foram localizados, permanecendo amostra de 400 prematuros. Os prontuários não localizados foram avaliados como possíveis perdas, sem a ocorrência de perda diferencial para as seguintes variáveis analisadas: hospital de origem (p valor de 0,261), peso ao nascer (p valor de 0,917), idade gestacional (p valor de 0,948), óbito (p valor de 0,939) e segundo os anos de 2016 e 2017 (p valor de 0,827), não sendo necessária a utilização de fatores de calibração para a condução das demais análises.

A sobrevida no período neonatal foi de 87,2% (Figura 1). A maioria dos óbitos ocorreu no período neonatal precoce (62,7%). As principais causas imediatas responsáveis por estes óbitos foram: choque séptico, síndrome do desconforto respiratório, hemorragia pulmonar, falência múltipla de órgãos e insuficiência renal aguda.

Figura 1 - Curva de sobrevivência dos prematuros para o período neonatal (n=400). Vitória da Conquista, 2016/2017.



Fonte: Dados da pesquisa.

Apresentaram maior mortalidade durante o período neonatal, os prematuros do sexo feminino (14,5%), classificados como muito prematuros (16,2%), prematuros extremos (56,5%), com muito baixo peso ao nascer (14,0%), extremo baixo peso ao nascer (57,7%), classificados como pequenos para idade gestacional (16,8%), que tiveram Apgar de 5º minuto menor que 7 (29,6%), que necessitaram de ventilação com pressão positiva na sala de parto (16,0%), reanimação avançada da sala de parto (51,8%), com hipotermia moderada a admissão nas UTI Neonatais (23,4%), que evoluíram com alguma morbidade (15,8%) e submetidos a alguma cirurgia (22,2%) (Tabela 1). Sendo que para realização da classificação de pequenos para idade gestacional foram excluídos 5 prematuros porque nasceram com menos de 24 semanas de idade gestacional.

Tabela 1- Óbito no período neonatal, neonatal precoce e tardio segundo as características dos prematuros, atenção neonatal e condições associadas. Vitória da Conquista, 2016/2017
(Continua)

Variáveis	Período Neonatal (n=400)			Neonatal Precoce (n=400)			Neonatal Tardio (n=328)*		
	Óbito		p valor [†]	Óbito		p valor [†]	Óbito		p valor [†]
	Não	Sim		Não	Sim		Não	Sim	
Sexo			0,366			0,516			0,524
Masculino	196 (88,7%)	25 (11,3%)		205 (92,7%)	16 (7,2%)		173 (95,6%)	9 (4,9%)	
Feminino	153 (85,5%)	26 (14,5%)		163 (91,0%)	16 (8,9%)		136 (93,8%)	10 (6,8%)	
Idade gestacional			< 0,001			< 0,001			< 0,001
Prematuro moderado/tardio	231 (97,5%)	6 (2,5%)		233 (98,3%)	4 (1,7%)		193 (98,9%)	2 (1,0%)	
Muito prematuro	98 (83,7%)	19 (16,2%)		108 (92,3%)	9 (1,7%)		97 (90,6%)	10 (9,3%)	
Extremo	20 (43,5%)	26 (56,5%)		27 (58,7%)	19 (41,3%)		19 (73,0%)	7 (26,9%)	
Peso nascimento			< 0,001			< 0,001			< 0,001
Adequado/ baixo peso	223 (98,2%)	4 (1,7%)		224 (98,6%)	3 (1,3%)		184 (99,5%)	1 (0,5%)	
Muito baixo peso	104 (85,9%)	17 (14,0%)		114 (94,2%)	7 (5,8%)		103 (91,2%)	10 (8,8%)	
Extremo baixo peso	22 (42,3%)	30 (57,7%)		30 (57,7%)	22 (42,3%)		22 (73,3%)	8 (26,7%)	
Pequenos para idade gestacional			0,441			0,489			0,710
Não	275 (88,4%)	36 (11,6%)		288 (92,6%)	23 (7,4%)		236 (94,8%)	13 (5,2%)	
Sim	74 (83,1%)	15 (16,8%)		80 (89,9%)	9 (10,1%)		73 (92,4%)	6 (7,6%)	
Apgar 5º minuto^a			< 0,001			< 0,001			0,267
< 7	38 (90,1%)	16 (29,6%)		42 (77,8%)	12 (22,2%)		38 (90,5%)	4 (9,5%)	
≥ 7	302 (70,3%)	33 (9,8%)		316 (94,3%)	19 (5,7%)		262 (94,9%)	14 (5,0%)	

Tabela 1- Óbito no período neonatal, neonatal precoce e tardio segundo as características dos prematuros, atenção neonatal e condições associadas. Vitória da Conquista, 2016/2017 (Conclusão)

Variáveis	Período Neonatal (n=400)			Neonatal Precoce (n=400)			Neonatal Tardio (n=328)*		
	Óbito		p valor [†]	Óbito		p valor [†]	Óbito		p valor [†]
	Não	Sim		Não	Sim		Não	Sim	
Manobras de reanimação			< 0,001			< 0,001			< 0,001
Não	205 (94,5%)	12 (5,5%)		208 (95,8%)	9 (4,1%)		182 (98,4%)	3 (1,6%)	
Ventilação com pressão positiva	131 (83,9%)	25 (16,0%)		143 (91,7%)	13 (8,3%)		114 (90,5%)	12 (9,5%)	
Reanimação avançada‡	13 (48,1%)	14 (51,8%)		17 (62,9%)	10 (37,0%)		13 (76,5%)	4 (23,5%)	
Temperatura na admissão^b			< 0,001			0,027			< 0,001
Normotermia	108 (90,7%)	11 (9,2%)		110 (92,5%)	9 (7,5%)		95 (97,9%)	2 (2,0%)	
Hipotermia leve	81 (97,6%)	2 (2,4%)		82 (98,8%)	1 (1,2%)		70 (98,6%)	1 (1,4%)	
Hipotermia moderada	85 (76,6%)	26 (23,4%)		98 (88,3%)	13 (11,7%)		79 (85,9%)	13 (14,1%)	
Morbidade			0,013			0,084			0,060
Não	94 (96,9%)	3 (3,0%)		94 (96,9%)	3 (3,0%)		64 (100,0%)	0 (0,0%)	
Sim	255 (84,1%)	48 (15,8%)		274 (90,4%)	29 (9,5%)		245 (92,8%)	19 (7,2%)	
Cirurgia			0,243			0,633			0,205
Não	328 (87,9%)	45 (12,0%)		344 (92,2%)	29 (7,8%)		288 (94,7%)	16 (5,3%)	
Sim	21 (77,8%)	6 (22,2%)		24 (88,9%)	3 (11,1%)		21 (87,5%)	3 (12,5)	

Fonte: Dados da pesquisa.

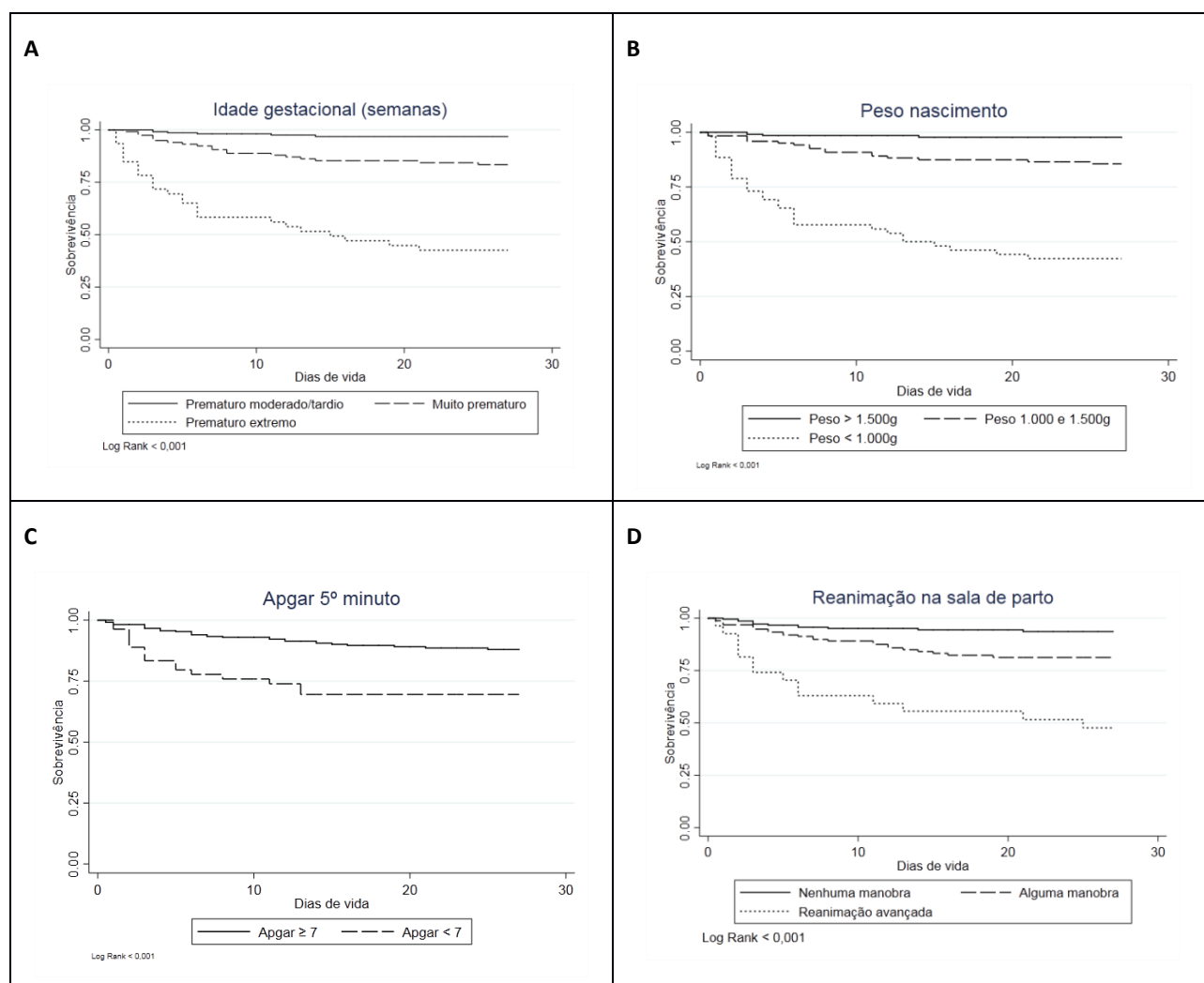
*n=328 (32 óbitos/40 alta ou transferência). † Teste Log Rank utilizado para análise de sobrevida através do método de Kaplan-Meier.

‡ Ventilação com pressão positiva acompanhada de massagem cardíaca e/ou drogas. a n=389 (perda de 2,75%). b n=313 (perda de 21,75%).

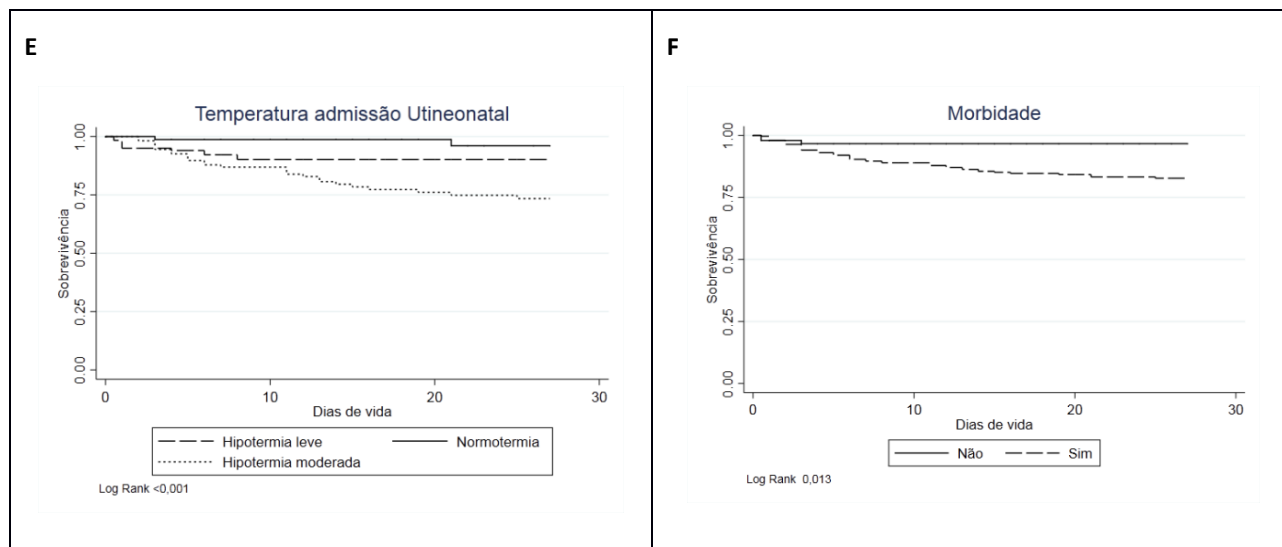
A análise bivariada demonstrou associação positiva entre o óbito neonatal e as seguintes variáveis independentes: idade gestacional de nascimento, peso de nascimento, Apgar de 5º minuto menor do que 7, manobras de reanimação na sala de parto, temperatura de admissão nas UTI neonatais e evolução com alguma morbidade. Para estas variáveis foram realizadas curvas de sobrevivência através do método de Kaplan-Meier, demonstrando menor sobrevida para os prematuros com as menores idades gestacionais, menores pesos de nascimento, Apgar de 5º minuto menor que 7, necessidade de alguma manobra de reanimação na sala de parto, temperatura de admissão entre 32 e 35,9º C e que evoluiu com alguma morbidade (Figura 2).

Figura 2 - Curvas de sobrevivência dos prematuros para o período neonatal segundo características dos recém-nascidos e atenção neonatal (n=400). Vitória da Conquista, 2016/2017.

(Continua)



(Conclusão)



Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Esta coorte de prematuros realizada no interior do Nordeste, revelou maior concentração dos óbitos no período neonatal precoce e menor sobrevivência dos prematuros com menor idade gestacional de nascimento, menor peso de nascimento, que necessitaram de alguma manobra de reanimação na sala de parto, com hipotermia moderada a admissão nas UTI e que apresentaram alguma morbidade (sepse neonatal precoce, sepse neonatal tardia ou síndrome do desconforto respiratório).

Nessa pesquisa, a taxa de sobrevivência neonatal foi inferior ao verificado em pesquisas internacionais. Zhou e colaboradores (2018), na China, encontraram sobrevivência geral de 92%, sendo de 69% para os prematuros com idade gestacional menor que 28 semanas e 99% para aqueles com idade gestacional de até 31 semanas (ZHOU et al., 2014), na Inglaterra, a sobrevivência foi de 91,3% dos prematuros com idade gestacional menor que 32 semanas (SANTHAKUMARAN et al., 2018). Sobrevida semelhante ao verificado nesta pesquisa foi identificado por Freitas e colaboradores (2012), na cidade de Viçosa, Minas Gerais onde 88,7% dos prematuros sobreviveram e a maioria dos óbitos ocorreu nos primeiros 6 dias de vida (FREITAS et al., 2012).

A predominância dos óbitos no período neonatal precoce foi evidenciada nesta pesquisa, fato corroborado por estudo realizado em oito estados brasileiros, entre os anos de 2010 e 2015, onde cerca de um quinto dos óbitos infantis aconteceram no primeiro dia de vida, sendo o baixo peso ao nascer, a prematuridade, mães adolescentes e com baixa escolaridade os principais fatores de risco identificados.

Causas que, segundo os autores, são consideradas evitáveis quando ofertado atenção adequada à mulher durante o período gestacional (TEIXEIRA et al., 2019).

Nesta coorte, quanto menor a idade gestacional menor a sobrevivência e menos de 50% dos prematuros extremos sobreviveram durante o período neonatal. Resultado semelhante foi observado em coorte realizada em Brasília – DF (CASTRO; RUGOLO; MARGOTTO, 2012), porém, estudo multicêntrico realizado na Inglaterra identificou maior sobrevivência dos prematuros mais imaturos (SANTHAKUMARAN et al., 2018). É conhecido que as complicações de curto e longo prazo da prematuridade relacionam-se inversamente com a idade gestacional, com maior risco de alterações neurológicas, sensoriais, cognitivas, comportamentais e na saúde geral (GUINSBURG et al., 2015) Porém, observa-se piores desfechos nos países menos desenvolvidos (WHO, 2012). A prevenção da prematuridade tange seu impacto nas famílias e nas estruturas de apoio e deve ser questão relevante e prioritária na agenda dos formuladores de políticas públicas de saúde (PINTO et al., 2019).

O baixo peso ao nascer é considerado importante fator de risco para a mortalidade infantil, e representa relevante indicador geral do nível de saúde da população podendo sofrer influências sócio demográficas, econômicas e ambientais (BRASIL, 2014). Nesta pesquisa, nascer com peso inferior a 1.500 gramas associou-se com menor sobrevivência neonatal. Sendo importante a detecção e identificação precoce de fatores associados ao baixo peso ao nascimento, ainda durante o acompanhamento pré-natal, para a implementação de intervenções em tempo oportuno (SOARES; MENEZES, 2010).

Os prematuros deste estudo com escore de Apgar no 5º minuto menor que 7 apresentaram menor sobrevida neonatal. O escore de Apgar é um método amplamente utilizado para retratar a vitalidade dos recém-nascidos após o nascimento e a resposta às manobras de ressuscitação (quando necessário), seu valor abaixo de 7 pode representar asfixia perinatal (WATTERBERG et al., 2015). Foi evidenciado, também, menor sobrevida neonatal naqueles prematuros que necessitaram de alguma manobra de reanimação na sala de parto. Resultados evidenciados, também, por outros autores (GUINSBURG et al., 2015; SILVA et al., 2014; ZHOU et al., 2014). A maioria dos prematuros, em decorrência da sua imaturidade anatômica e fisiológica, irá necessitar de auxílio para uma adequada transição cardiorrespiratória, fundamental para a adaptação à vida extrauterina (HILLMAN; KALLAPUR; JOBE, 2012). Sendo primordial o cuidado especializado dos profissionais aos recém nascidos no periparto, a fim de reduzir o sofrimento fetal e suas consequências. Com destaque para o acompanhamento do pediatra em todos os nascimentos, de maneira capacitada de acordo com atualizações dos procedimentos de reanimação neonatal (SBP, 2018).

A hipotermia no momento da admissão nas UTI neonatais, nesta pesquisa, associou-se com menor sobrevida no período neonatal. Estudo de coorte europeia, com 5.697 prematuros com idade gestacional menor que 32 semanas, identificou hipotermia na admissão em 53% dos bebês e o risco de óbito neonatal aumentou em mais de 70% para aqueles admitidos com temperatura inferior a 35,0oC (WILSON et al., 2016). No Brasil, estudo multicêntrico com 4.397 prematuros com peso inferior a 1.500g identificou incidência geral

de hipotermia na admissão nas UTI neonatais de 53,7%, variando entre os diversos centros pesquisados, de 19,8% a 93,3%. A temperatura corporal menor que 36,0°C aumentou em 1,29 vezes o risco de óbito durante o internamento e 1,40 vezes o risco de óbito neonatal precoce (CALDAS et al., 2019).

A manutenção da temperatura corporal adequada no recém-nascido é motivo de grande preocupação, pois, a hipotermia é considerada importante preditor de morbidade, de mortalidade em todas as idades gestacionais e um indicador de má qualidade da assistência neonatal (WILSON et al., 2016). Sendo fundamental a incorporação de técnicas de manutenção da temperatura corporal desde o nascimento até a admissão nas UTI neonatais, como medida relevante na melhoria do cuidado dos neonatos.

A característica retrospectiva deste estudo pode ter gerado algum viés de informação, o que seria uma possível limitação, visto que o registro nos prontuários depende do perfil do profissional e também da dinâmica dos plantões, podendo ocorrer subnotificações. Portanto, a fim de minimizar este viés priorizamos as análises das características dos prematuros e os cuidados recebidos, cujos dados estavam mais consistentes e confiáveis nos prontuários. Quase 1/3 dos prontuários não foram localizados, porém, obtivemos tamanho amostral suficiente e para as variáveis analisadas não ocorreu perda diferencial.

CONCLUSÃO

Em concordância com a maioria das pesquisas brasileiras, este estudo evidenciou predominância dos óbitos neonatais nos primeiros 6 dias de vida. A sobrevivência sofreu interferência com a idade gestacional e peso do nascimento, com a possibilidade de asfixia neonatal, necessidade de reanimação na sala de parto, hipotermia após o nascimento e diagnóstico de alguma morbidade (sepse precoce, sepse tardia ou síndrome do desconforto respiratório agudo). O que sugere necessidade de melhoria dos serviços de assistência ao pré-natal, a fim de reduzir as taxas de prematuridade e do baixo peso ao nascer, bem como reforço aos cuidados no periparto. Nesta região de saúde, dispomos, apenas, de um hospital de referência pelo SUS para acolher gestantes e recém nascidos de alto risco após o nascimento. Quando esse serviço esgota a sua capacidade resolutiva os nascimentos de risco ocorrem nas cidades circunvizinhas, nem sempre preparadas para os atendimentos especializados, fato que pode ter influenciado na sobrevivência destes prematuros.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido**: Guia para os Profissionais de Saúde – cuidados gerais. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. v. 1. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acesso em: 20 mai. 2022.

CALDAS, J. P. S. *et al.* Admission hypothermia, neonatal morbidity, and mortality: evaluation of a multicenter cohort of very low birth weight preterm infants according to relative performance of the center. *Eur J Pediatr*, [s. l.], v. 178, n. 7, p. 1023-1032, 2019.

CASTRO, M. P.; RUGOLO, L. M. S. S.; MARGOTTO, P. R. Sobrevida e morbidade em prematuros com menos de 32 semanas de gestação na região central do Brasil. **Ver. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 235-242, 2012.

FÁVERO, L. P. **Análise de dados**: Modelos de Regressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

FREITAS, B. A. C. *et al.* Características epidemiológicas e óbitos de prematuros atendidos em hospital de referência para gestante de alto risco. **Ver. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 386-392, 2012.

GUINSBURG, R. *et al.* Death or survival with major morbidity in VLBW infants born at Brazilian neonatal research network centers. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, Boca Raton, v. 6, n. 29, p. 1005-1009, 2015.

GUINSBURG, R.; ALMEIDA, M. F. B. de. **Reanimação do prematuro < 34 semanas em sala de parto**: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria, 26 jan. 2016. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DiretrizesSBPReanimacaoPrematuroMenor34semanas26jan2016.pdf. Acesso em: 10 maio 2022.

HILLMAN, N. H.; KALLAPUR, S. G.; JOBE, A. H. Physiology of transition from intrauterine to extrauterine life. **Clin Perinatol.**, [s. l.], v. 39, n. 4, p. 769-783, 2012.

IBGE. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/vitoria-da-conquista/panorama>. Acesso em: 10 jun. 2022.

LEAL, M. C. *et al.* Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive health**, [Rio de Janeiro], v. 9, n. 1, p.1-8, 2012.

MESHAM, R. M.; GAJIMWAR, V. S.; BHONGADE, S. D. Predictors of mortality in outborns with neonatal sepsis: A prospective observational study. **Nigerian Postgraduate Medical Journal**, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 216, 2019.

PINTO, F. *et al.* Born preterm: a public health issue. **Portuguese Journal of Public Health**, [s. l.], v. 37, n. 1, p. 38-49, 2019.

SANTHAKUMARAN, S. *et al.* Survival of very preterm infants admitted to neonatal care in England 2008–2014: time trends and regional variation. **Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed**, [s. l.], v. 103, n. 3, p. 208-F15, 2018.

SBP. **Monitoramento do crescimento de recém-nascido pré-termo**. Documento científico – Departamento Científico de Neonatologia, n. 1, fev. 2017a. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Neonatologia-Monitoramento-do-cresc-do-RN-pt-270117.pdf. Acesso em: 22 maio 2022.

SBP. **Prevenção da prematuridade**: uma intervenção da gestão e da assistência. Documento científico - Departamento Científico de Neonatologia, n. 2, nov. 2017b. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/prevencao-da-prematuridade-uma-intervencao-da-gestao-e-da-assistencia/>. Acesso: 15 ago. 2022.

SBP. **Nascimento Seguro**. Documento científico - Departamento Científico de Neonatologia, n. 3, abr. 2018. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Neonatologia_-_20880b-DC_-_Nascimento_seguro__003_.pdf. Acesso em: 10 ago. 2022.

SILVA, C. F. *et al.* Fatores associados ao óbito neonatal de recém-nascidos de alto risco: estudo multicêntrico em Unidades Neonatais de Alto Risco no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 355-368, 2014.

SOARES, E. S.; MENEZES, G. M. S. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. **Epidemiol. Serv. Saúde**, [s. l.], v.19, n.1, p.51-60, 2010.

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 e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 28, n. 1, e2018132, 2019.

WATTERBERG, K. L. *et al.* The Apgar Score. **Pediatrics**, [s. l.], v. 136, n. 4, p. 819-822, 2015.

WHO. **Born too Soon**: The Global Action Report on Preterm Birth. Geneva: World Health Organization, 2012. Disponível em: https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf. Acesso em: 29 jun. 2022.

WHO. Safe Motherhood Unit. Division of Reproductive Health. **Thermal protection of the newborn: a practical guide**. Geneva: World Health Organization, 1997. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63986/1/WHO_RHT_MSM_97.2.pdf. Acesso em: 29 maio 2022.

WHO. **Survive and thrive**: transforming care for every small and sick newborn. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326495/9789241515887-eng.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2022.

WILSON, E. *et al.* Admission hypothermia in very preterm infants and neonatal mortality and morbidity. **The Journal of Pediatrics**, Saint Louis, MO, v. 175, p. 61-67, 2016.

ZHOU, W-Q. *et al.* Neonatal outcomes of very preterm infants from a neonatal intensive care center. **World J Pediat**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 53-58, 2014.

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 30/08/2022

ACEITO: 18/11/2022

UMA VEZ CESÁREA, SEMPRE CESÁREA? - IMPACTO DO EXCESSO DE CESÁREAS EM MATO GROSSO DO SUL

ONCE A CAESAREAN, ALWAYS A CAESAREAN? – THE IMPACT OF THE EXCESS OF CESARIAN SECTIONS IN MATO GROSSO DO SUL

Angela Amanda Nunes Rios¹,
Camem Simone Grilo Diniz²

RESUMO

Introdução: O excesso de cesáreas é um problema de saúde pública. **Objetivos:** O objetivo desta pesquisa foi comparar os dados de nascimento do MS, com base na classificação por grupo de Robson para avaliar a prevalência de partos cirúrgicos ao longo de cinco anos. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo ecológico que utilizou os dados de nascimentos no Mato Grosso do Sul nos anos 2014 a 2019 originados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), acessados em novembro de 2021. A análise dos dados utilizou a Classificação de Robson, com análise estatística por algoritmo desenvolvido no ambiente estatístico R, previamente validado. **Resultados:** A taxa global de cesáreas no período foi de 62%, com maior contribuição do grupo 5 de Robson (mulheres com cesáreas prévias). A comparação entre os grupos demonstra que a prevalência em Mato Grosso do Sul está acima dos parâmetros nacionais e internacionais em todos os grupos. **Conclusão:** O excesso de partos cirúrgicos, em especial no grupo 5, poderia ser reduzido através do oferecimento seguro do parto vaginal depois de uma cesárea e com o estímulo para que as mulheres façam a tentativa de trabalho de parto. É recomendado o uso da Classificação de Robson nos serviços de saúde, tanto para o registro de dados epidemiológicos como para a tomada de decisão clínica sobre cada caso.

Palavras-chave: Sistema de Informação em Saúde. Cesárea. Nascido Vivo. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Excessive number of cesarean sections are a significant public health issue. **Objective:** The objective of this research is compare childbirth data from Mato Grosso do Sul (MS), using the Robson classification to assess the cesarean section rate over five years. **Materials and methods:** This is an ecological study which used data on births in Mato Grosso do Sul in the years 2014 to 2019 originated from Livebirth Information System (SINASC) and were accessed in November 2021. Data analysis used the Robson Classification, with statistical analysis by using the algorithm developed in the R statistical environment, previously validated. **Results:** The overall cesarean rate in the period was 62%, with a greater contribution from Robson's group 5 (women with previous cesareans). The comparison between the groups shows that the prevalence of cesarean sections in Mato Grosso do Sul is above national and international parameters in all groups. **Conclusion:** Excessive number of cesarean delivery, especially in group 5, could be reduced by offering safe vaginal delivery to women who had a previous cesarean section birth, and encouraging women to attempt normal labor. The use of the Robson Classification in health services is recommended, both for recording epidemiological data and for making clinical decisions about each case.

Keywords: Health Information Systems. Cesarean Section. Live Birth. Health Services Needs and Demand.

¹ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Campo Grande, MS. ORCID: 0000-0002-6843-496X. E-mail: angelarios@usp.br.

² Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, São, Brasil. ORCID: 0000-0002-0069-2532. E-mail: sidiniz@usp.br.



INTRODUÇÃO

No Brasil as altas taxas de cesáreas (TC) são um problema de saúde pública e refletem as diversas formas de desigualdade social. O modo de nascer pode afetar o desenvolvimento do neonato e sua saúde futura, por isso é necessário considerar os riscos e benefícios potenciais para informar às mães sobre os tipos de parto disponíveis, otimizar a comunicação e melhorar a educação em saúde (SOUZA, 2015).

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) disponibiliza informações para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde. O Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) é reconhecido como uma das principais fontes de informação para o monitoramento de indicadores de saúde relacionadas aos nascimentos em todo território nacional, com excelente cobertura e qualidade. Segundo dados do SINASC, em Mato Grosso do Sul (MS) foram registrados 263.349 nascimentos no período de 2014 a 2019. A cobertura da assistência ao pré-natal e ao parto hospitalar alcançaram mais de 98% de cobertura para estes nascimentos (BRASIL, 2018).

A Classificação de Robson (CR) é indicada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar as taxas de TC ao longo do tempo em um mesmo local e entre diferentes locais. Todas as gestantes no momento da internação para o parto podem ser imediatamente classificadas em um dos 10 grupos, usando apenas algumas características básicas: antecedente obstétrico, número de fetos, apresentação fetal, início do trabalho de parto e idade gestacional. A classificação permite a comparação e a análise das taxas de TC dentro e entre esses grupos (WHO, 2017).

O objetivo desta pesquisa foi comparar os dados de nascimento do MS, com base na classificação por grupo de Robson para avaliar a prevalência de partos cirúrgicos ao longo do período de 2014 a 2019 para essa população.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico que utilizou informação referente ao registro de nascidos vivos registrados no SINASC para o estado de Mato Grosso do Sul. Utilizamos o checklist Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) para garantir a reprodutibilidade do estudo (MALTA, 2010).

Os dados com a Classificação de Robson somente estão disponíveis a partir do ano de 2014. Todas as mulheres admitidas para o parto em qualquer serviço ou região são incluídas em um dos 10 grupos, a partir dos seguintes dados obstétricos: paridade, história de cesariana prévia, início do trabalho de parto, número de fetos, idade gestacional e apresentação fetal.

Para a análise descritiva dos nascidos vivos residentes em MS no período de 2014 a 2019, foram coletados os microdados disponíveis no website do DATASUS (<http://datasus.saude.gov.br/>) em novembro de 2021, por meio de um algoritmo desenvolvido para realizar o download e o pré-processamento de microdados do SINASC do no ambiente estatístico R Development Core Team (SALDANHA; BASTOS; BARCELLOS, 2019).

Foi realizada uma análise descritiva dos resultados para a obtenção das tabelas de frequência, com o intuito de caracterizar as ocorrências. Para descrição dos resultados foram utilizadas a frequência absoluta e a porcentagem para as variáveis categóricas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com número do parecer 4.464.028.

RESULTADOS

Foram analisados os dados de 263.349 nascidos vivos no período entre 2014 e 2019, dos quais 162.291 (62%) ocorreram por cesárea. A TC do Mato Grosso do Sul tem aumentado em todas as regiões. A Tabela 1 apresenta a Classificação de Robson dos dados de nascimentos de nascidos vivos em MS no período de 2014 a 2019. Estas informações nos possibilitam sugerir o planejamento de estratégias e intervenções para evitar cirurgias desnecessárias em grupos específicos de mulheres. A apresentação dos dados conforme padronizado pela OMS permite comparações entre os serviços e com outras pesquisas (WHO, 2017).

Tabela - Classificação de Robson. Comparação entre Mato Grosso do Sul, Brasil e recomendação da OMS (2014 a 2019).**

Grupo	Número de cesáreas no grupo (N)	Número de partos no grupo (N)	Tamanho do grupo (%)	Contribuição absoluta TC* (%) ¹	Contribuição relativa TC (%) ²	TC do grupo (%)	TC (%) no Brasil ³	TC proposta pela OMS** (%)
1	32894	56837	21,6	12,5	20,3	57,8	44,7	<10%
2	18664	23812	9,0	7,1	11,5	78,5	69,6	~20-35%
3	13529	55514	21,1	5,1	8,3	24,4	18,7	~3%
4	7902	13758	5,2	3,0	4,9	57,8	45,9	≤ 15%
5	63088	72129	27,4	24,0	38,9	87,5	85,2	50-60%
6	2499	2820	1,1	0,9	1,5	89,0	89,9	#
7	3633	4325	1,6	1,4	2,2	84,2	86,5	#
8	4522	5230	2,0	1,7	2,8	86,5	83,5	~60%
9	499	511	0,2	0,2	0,3	97,3	97,0	#
10	13983	26215	10,0	5,3	8,6	53,3	50,7	~30%
br/ind***	1078	2198	0,8	0,4	0,7	48,0	56,4	#
TOTAL	162291	263224	100,0	61,6	100,0	61,6	55,8	

Fonte: Sistema de Informação de Nascidos Vivos.

Notas: * TC = taxa de cesariana ** OMS = Organização Mundial de Saúde *** br/ind= branco ou não identificado # não há recomendação da OMS para grupos 6, 7 e 9

Grupo 1: nulípara, gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.

Grupo 2: nulípara, gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, com indução ou cesárea anterior ao trabalho de parto.

Grupo 3: múltipara (sem antecedente de cesárea), gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.

Grupo 4: múltipara (sem antecedente de cesárea), gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, com indução ou cesárea realizada antes do início do trabalho de parto.

Grupo 5: com antecedente de cesárea, gestação única, cefálica ≥ 37 semanas.

Grupo 6: todos partos pélvicos em nulíparas.

Grupo 7: todos partos pélvicos em múltiparas (incluindo antecedente de cesárea).

Grupo 8: todas as gestações múltiplas (incluindo antecedente de cesárea).

Grupo 9: todas as apresentações anormais (incluindo antecedente de cesárea).

Grupo 10: todas as gestações únicas, cefálicas, < 37 semanas (incluindo antecedente de cesárea)

1. A contribuição absoluta (%) de cada grupo para a taxa de cesárea (número de cesáreas de cada grupo dividido pelo número total de partos X 100).
2. A contribuição relativa (%) de cada grupo para a taxa de cesárea (número de cesáreas de cada grupo dividido pelo número total de cesáreas X 100).
3. Taxa de cesáreas por ano de referência e grupo de Robson. Brasil, 2014 a 2019. Painel de Monitoramento da Classificação de Robson.

Observamos na Tabela 1 que no MS o grupo de nulíparas com parto a termo e bebê cefálico (grupos 1 e 2) representam 30,6% da população, enquanto as multíparas sem cesárea prévia (grupos 3 e 4) representam 26,3% da população. Já as multíparas com cesárea prévia (grupo 5) representam 27,4% da população estudada.

Primeiramente vamos analisar as TC em nulíparas: no grupo 1 estão incluídas as que foram internadas em trabalho de parto espontâneo, o que corresponde a 21,6% dos nascimentos, com 57,8% por cesarianas. O grupo 2 inclui 9% da população, nulíparas que foram internadas para indução ou para cesárea anterior ao trabalho de parto. A TC foi de 78,5% no período estudado.

Quanto às mulheres que já tiveram um parto normal anterior, no grupo 3 estão 21% das multíparas que foram internadas em trabalho de parto espontâneo. Neste grupo a TC foi a mais baixa da população estudada, com média de 24,4% no período estudado. Já no grupo 4 estão as multíparas que tiveram parto vaginal anterior e internaram sem trabalho de parto, que correspondem à 5,2% da população estudada, em que 57,8% dos nascimentos foram por cesarianas no período estudado.

Finalmente, no grupo 5 estão a maior parte das mulheres desta série de nascimentos. Observe na coluna “Contribuição absoluta para a taxa de cesáreas” que as multíparas com antecedente de cesárea correspondem a mais de um quarto (27,4%) da população. Neste grupo a média de TC é de 87,5%, chegando a 100% em alguns municípios. A coluna “contribuição relativa para a taxa de cesáreas” mostra que 38,9% de todas os partos cirúrgicos foram em mulheres do grupo 5.

A apresentação pélvica no momento da internação de nulíparas e multíparas (grupo 6 e 7) representa 2,7% de todos os partos, com 86% de cesáreas. Gravidez de gemelares (grupo 8) correspondeu a 2% dos nascimentos, com TC de 87% enquanto a apresentação transversa (grupo 9) foi apenas 0,2% dos nascidos vivos. A taxa de prematuridade na população (grupo 10) foi de 10%, sendo que 53,3% dos prematuros nasceram por via cirúrgica.

Nossos dados corroboram o achado de que uma cesárea é fator de risco para cirurgias subsequentes, sejam por causas obstétricas ou não-obstétricas (5). Observamos que as chances deste desfecho são mais prevalentes nos grupos de mulheres com cesárea prévia (grupo 5), seguido pelo grupo de primíparas internadas sem trabalho de parto (grupo 2) e de multíparas internadas sem trabalho de parto (grupo 4). As TC são menores nas mulheres que foram internadas em trabalho de parto, sejam elas nulíparas ou multíparas (grupos 1 e 3), mas o MS tem taxas superiores ao Brasil, mesmo nestes grupos, o que pode ser observado na tabela.

DISCUSSÃO

As TC em cada grupo variam em diferentes hospitais e ambientes dependendo de sua capacidade/nível de complexidade, das características epidemiológicas da população atendida e das

diretrizes locais de manejo clínico, entre outros fatores. Para este estudo discutiremos os partos classificados nos grupos 1 a 5 de Robson, nos quais se incluem 222.050 nascimentos entre 2014 e 2019, o que corresponde a 84,3% dos nascimentos no período no estado de Mato Grosso do Sul.

A Organização Mundial da Saúde em suas recomendações para uma experiência positiva de parto, concluiu que as unidades de saúde com baixas TC e baixa mortalidade perinatal intraparto apresentavam poucas cesáreas desnecessárias e bons resultados maternos e perinatais. O trabalho recomendou que as estratégias para reduzir a frequência do procedimento devem incluir a prevenção de cirurgias desnecessárias em primíparas e melhor seleção de casos para indução e cesárea antes do trabalho de parto (WHO, 2018).

De acordo com a proposta de Classificação de Robson, para a maioria das mulheres nos grupos 1 a 4 é esperado que a gestação evolua para um trabalho de parto espontâneo e parto vaginal. A OMS recomenda que para reduzir a taxa geral de cesáreas (TC) os serviços devem investir ações direcionadas aos grupos 1, 2 e 5, com um protocolo de cuidados para nulíparas em trabalho de parto espontâneo (WHO, 2017).

A alta TC apresentada no grupo 4 (57,8%) sugere uma experiência materna anterior ruim em um parto vaginal e solicitação de parto cirúrgico antes do trabalho de parto em mulheres múltíparas. Outra explicação pode ser a realização de cesárea para fazer laqueadura tubária antes do início do trabalho de parto, o que é comum em locais onde o planejamento familiar não está facilmente disponível.

O grupo 5, que inclui as parturientes com cesárea anterior foi responsável por 38,9% de todas as cirurgias realizadas na população deste estudo, o que significa que houve alta TC nos anos anteriores, principalmente em primíparas. Os protocolos nacionais e internacionais recomendam ações para evitar a primeira cesariana. No entanto, quando uma primeira cirurgia é realizada, pouco se discute sobre o impacto no futuro reprodutivo dessas mulheres, já que a decisão da via de parto é uma questão controversa na obstetrícia.

No grupo 5, composto por mulheres que tiveram uma cesárea anterior, a TC é de 89%. O conceito há muito obsoleto “uma vez cesárea, para sempre cesárea” foi criado por Edwin B. Cragin em uma apresentação em Nova York no ano 1916, quando a cirurgia era extremamente rara e com uma incisão vertical no abdome. Em 1950 a técnica cirúrgica mudou, mas ainda hoje ter um parto vaginal após cesárea (PVPC / VBAC) é um grande desafio no Brasil. Poucas pessoas sabem desta possibilidade, e a maior parte da população não questiona os saberes médicos, o sistema de saúde ou a cultura de medicalização do parto.

O grupo 10 (nascimentos pré-termo) correspondeu a 10% dos nascimentos. Para uma população de risco normal, esse grupo deveria compor menos de 5% dos nascimentos, indicando que há alto risco de parto prematuro na população de Mato Grosso do Sul. Mais da metade dos prematuros nasceram por cesáreas (53,3%). Esta alta TC pode sugerir tanto complicações da gravidez como restrição de crescimento fetal ou pré-eclâmpsia, quanto a prematuridade iatrogênica provocada por cirurgias desnecessárias, agendadas com base em avaliações superestimadas da idade gestacional.

O uso excessivo de intervenções obstétricas é um fenômeno complexo e multifatorial, e as questões de desrespeito e do abuso no parto têm sido reconhecidas como problemas estruturais. As mulheres de baixo risco com frequência estão expostas a intervenções desnecessárias, enquanto gestantes e bebês com maior risco não têm acesso às intervenções em tempo oportuno. Sabendo-se que fatores médicos isoladamente podem não justificar o aumento nas taxas, torna-se de extrema importância o entendimento dos fatores associados à cesárea (MATTAR; DINIZ, 2012).

A mudança de paradigma e de cultura necessita de investimentos prolongados, especialmente na formação dos profissionais e na regulação dos serviços. A Rede Cegonha, publicada em 2011 foi uma política pública que investiu em ações para mudança do modelo de atendimento obstétrico, que incluíram adequação dos protocolos de cuidado em rede e educação dos profissionais de saúde. Porém não houve tempo suficiente para a produção de resultados consistentes, já que os investimentos foram interrompidos (BRASIL, 2011).

Cesarianas podem salvar a vida de crianças e prevenir mortalidade perinatal e morbidades severas como a asfixia. No entanto, nos partos espontâneos, a exposição aos hormônios maternos e fenômenos epigenéticos do trabalho de parto e a passagem pelo canal do parto promove uma importante etapa de desenvolvimento do feto para a preparação para a vida fora do útero. O aumento da concentração dos hormônios podem ser um sinal importante para a maturação pulmonar e neurogênese. Por isso, mesmo entre as mulheres com indicação de cesárea, é recomendado que elas considerem entrar em trabalho de parto para permitir uma melhor transição fetal-neonatal (SANDALL, 2018).

Para as mulheres, a cirurgia aumenta em três vezes o risco de morbidades severas na próxima gestação como hemorragia, histerectomia, apresentação anormal da placenta, ruptura uterina, de aborto e prematuridade nas gravidezes subsequentes, além de pior satisfação com a experiência de parto e menor chance de interações positivas após o parto (SANDALL, 2018).

A região Centro Oeste brasileira é identificada com a mais alta TC do país, o que indica o grau de hipermedicalização da atenção prestada nas maternidades e uma organização da rede de saúde que contribui para uma epidemia iatrogênica e social. Municípios com elevadas TC possuem leitos obstétricos sem estrutura e sem equipe preparada para atenção ao trabalho de parto de início espontâneo, o que coloca a mulher em situação de risco de desassistência caso não “eleja” o parto cirúrgico (LEAL et al., 2014).

A pesquisa “Nascer no Brasil” mostrou que na região centro-oeste a maior parte dos hospitais públicos e mistos está localizada nas capitais, sugerindo que há problemas de cobertura para as usuárias residentes fora das capitais. Preponderaram também hospitais com baixos volumes de partos e sem equipe obstétrica (BITTENCOURT et al., 2014). Vazios assistenciais impõem deslocamento geográfico para internação para o parto. Em um contexto de baixo suporte à assistência à gestante, este fator pode aumentar a probabilidade de morte materna e infantil, além de apontar que a regionalização da assistência ainda é um desafio (SOUZA, 2015).

Observamos que o número de mulheres que entram em trabalho de parto é cada vez menor no Mato Grosso do Sul. Com um índice tão alto de cirurgias, a maioria delas desnecessárias, o uso apropriado e seguro de cesáreas não é apenas um assunto individual entre médico e paciente, mas é também uma questão de saúde pública. A sociedade atual demanda por informação e por instrumentos que deem segurança aos profissionais e às mulheres para que o trabalho de parto seja reconhecido como uma etapa fundamental da gestação. A gestão da rede materna e infantil deve pautar-se pela melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança (WHO, 2017).

Apesar dos avanços já observados com o ativismo social, políticas públicas e treinamentos dos profissionais, uma real mudança nos cuidados materno-perinatais ainda demanda ações inovadoras para tornar visível, prevenir e enfrentar a violência contra as mulheres nas instituições de saúde e na formação dos profissionais de saúde. Esta agenda precisa de uma ação conjunta que traga junto agências governamentais, conselhos profissionais, sociedade civil, universidades e outras instituições (DINIZ et al., 2018).

É possível pensar em estratégias voltadas a reduzir a taxa de cesárea em grupos específicos. Nulíparas e múltiparas com devem ser estimuladas a levar a gestação até o início do trabalho de parto e não agendarem a cirurgia sem indicação clínica. Fortalecer as atividades de pré-natal voltadas para o cuidado integral, a vinculação da gestante à maternidade, o transporte seguro para urgências e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento (RATTNER, 2021).

Uma revisão sistemática (Chaillet; Dumont, 2007) investigou as estratégias para aumentar as taxas de VBAC, incluindo intervenção educativa realizada por um formador de opinião, feedback de auditoria, melhoria da qualidade e estratégias multifacetadas em gestações de baixo risco. A intervenção motivacional educacional implementada por 2 anos permitiu um aumento global da taxa de VBAC em torno de 5%, embora com heterogeneidade entre os centros de parto. É preciso oferecer educação permanente aos profissionais e apoio às mulheres para chegar a uma decisão compartilhada sobre o modo de parto.

Ter uma cesárea anterior é a indicação mais comum de uma nova cirurgia, o que leva a um efeito cascata, com crescente contribuição do grupo 5. Considerando os riscos das cirurgias e suas considerações sobre gestações futuras, incluindo as morbidades acumuladas por múltiplas cesáreas, são necessárias intervenções baseadas em evidências e programas para reduzir esses índices, considerando os riscos e benefícios de cada tipo de parto (Nakamura-Pereira et al., 2016)

Como mais de um quarto (27,4%) das parturientes têm uma cesárea anterior, para reduzir as TC é preciso encontrar estratégias para promover o parto vaginal após cesárea, conhecido pela sigla em inglês VBAC (Vaginal Birth After Cesarean). Na população aqui estudada, apenas 13% das mulheres do grupo 5 tiveram um parto vaginal.

Guise et al. (2010) publicaram uma síntese de evidências com novos insights sobre VBAC. Os resultados mostram que a VBAC é uma escolha segura para a maioria das mulheres com cesárea anterior

quando realizada em serviços com estrutura e equipe preparados para este atendimento. Nos EUA 74% das mulheres que tentaram o trabalho de parto tiveram o VBAC.

A tentativa de trabalho de parto pós-cesárea (TOLAC) deve ser oferecida como oportunidade de realizar um VBAC para mulheres com histórico de uma ou duas incisões transversais baixas anteriores, na ausência de outros fatores de risco. Centros equipados com uma unidade de anestesiologia dedicada à enfermagem de parto, um banco de sangue e uma unidade de radiologia intervencionista permitem aos médicos o manejo adequado das emergências dramáticas, embora raras, de ruptura uterina (MONARI et al., 2022).

O trabalho de parto tem sido considerado como um evento de risco pelos profissionais e pela família. A principal preocupação com o trabalho de parto após a cesárea é chance aumentada a ruptura uterina, por causa da cicatriz da cirurgia anterior. No entanto, o estudo de Guise et al, a ruptura uterina aconteceu em 3/1000 nascimentos, dessas rupturas 6% resultaram em morte perinatal. A razão de mortalidade materna atingiu 13.4/100.000 dos nascimentos por cesarianas repetidas, enquanto entre as que tentaram o trabalho de parto a razão foi de 3.8/100.000 nascimentos.

Os pontos fortes desse estudo foram o estudo dos indicadores a partir da base do SINASC, composta por centenas de milhares de nascimentos com uma ótima completude. A classificação de Robson indica as proporções populacionais das TC, evidentemente muito excedidas neste caso, como pode ser observado na comparação com as taxas nacionais e com as unidades de saúde de referência para o estudo da OMS.

A análise dos dados populacionais foi limitada pela falta de registro dos dados necessários para subdivisão dos grupos 2 e 4, que seriam importantes para entender como as diferenças na prática clínica (taxas de parto induzido ou cesárea sem trabalho de parto) contribuem para as TC em nulíparas e múltiparas sem cesárea anterior. Para a subdivisão no grupo 5, seria necessário saber o número de cirurgias prévias, porém estes dados não estão disponíveis.

CONCLUSÃO

Em toda a linha de cuidado perinatal é necessário investir em estratégias focadas em reduzir as cesáreas desnecessárias em primíparas e em possibilitar que as gestantes se sintam seguras em entrar em trabalho de parto e não sejam obrigadas pelo sistema a agendar uma cirurgia indesejada e sem indicação clínica.

Para muitas mulheres, uma grande motivação para “escolher” a cesárea é a expectativa (bastante realista) de uma experiência física e emocionalmente negativa no trabalho de parto. Para reduzir as taxas de cesárea, é essencial mudar o modelo de assistência. Esta mudança necessita de políticas públicas de curto e longo prazo que invistam em estratégias baseadas em evidências. Ações de aconselhamento e educação em saúde no pré-natal precisam ser planejadas para que as mulheres possam tomar decisões com autonomia,

incluindo protocolos de atendimento às complicações que podem surgir em mulheres com uma ou mais cesáreas. É fundamental que a rede de atenção ao parto tenha referências hospitalares para o parto vaginal, com ambiência adequada, equipe obstétrica de plantão e protocolos de cuidados baseados em evidências científicas.

Sugerimos futuros estudos que estabeleçam protocolos de preparação para o parto na atenção primária voltados para grupos específicos, com base na classificação de Robson. As nulíparas e mulheres com cesáreas anteriores devem ser prioritárias para estas intervenções.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Esta pesquisa foi financiada pela Fundação de Apoio ao Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul (FUNDECT), através do edital CHAMADA FUNDECT Nº 08/2020 – PPSUS. Nº processo: 71/000.479/2021.

REFERÊNCIAS

- BITTENCOURT, S. D. de A. *et al.* Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, p. S208 – S219, 2014. Supl. 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n.121, p. 109-111, 27 jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Como nascem os brasileiros: uma análise da adequação da assistência pré-natal e das indicações de cesárea por critérios de risco epidemiológico a partir do Sinasc. *In: Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. p. 21–37.
- CHAILLET, N.; DUMONT, A. Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis. **Birth**, [s. l.], v. 34 n. 1, p. 53–64, 2007.
- DINIZ, C. S. G. *et al.* Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. **Reproductive Health Matters**, London, v. 26, n. 53, p. 19–35, 2018.
- GUISE, J. M. *et al.* **Vaginal Birth After Cesarean: New Insights**, n. 191. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2010. 397 p. (Evidente Report/ Technology/Assessment).
- LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, p. S17 - S47, 2014. Supl. 1.
- MALTA, M. *et al.* Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 559-65, 2010.
- MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 107–120, 2012.
- MONARI, F. *et al.* Implementation of guidelines about women with previous cesarean section through educational/motivational interventions in providers. **Int J Gynecol Obstet**. v. 00, p. 1–7, 2022.
- NAKAMURA-PEREIRA, M. *et al.* Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. **Reproductive Health**, [s. l.], v. 13, n. S3, p. 128, 17 out. 2016.

RATTNER, D. (org). **Assistência ao parto e nascimento**: uma agenda para o século 21. Brasília: UNICEF; ReHuNa, 2021. Disponível em: www.unicef.org/brazil/media/17491/file/assistencia-ao-parto-e-nascimento-uma-agenda-para-o-seculo-21.pdf. Acesso em: 1 jul. 2022.

SALDANHA, R. de F.; BASTOS, R. R.; BARCELLOS, C. Microdatasus: pacote para download e pré-processamento de microdados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 9, 2019.

SANDALL, J. *et al.* Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. **The Lancet**, London, v. 392, n. 10155, p. 1349–1357, 2018.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). **Rev Bras Ginecol Obstet**, Ribeirão Preto, v. 37 n. 12, p. 549-551, 2015.

WHO. **Robson Classification**: Implementation Manual. Genebra: WHO, 2017.

WHO. **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Genebra: WHO, 2018.

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 09/06/2022

ACEITO: 14/10/2022

O TRABALHO DO PSICÓLOGO NO CAPS FRENTE À DEMANDA POR PSICOTERAPIA

THE WORK OF THE PSYCHOLOGIST IN CAPS AGAINST THE DEMAND FOR PSYCHOTHERAPY

Jainatan Rocha da Silva¹

RESUMO

Introdução: Tendo em vista a conjuntura social vigente, nota-se a necessidade de reformulação no fazer saúde, principalmente quando diz respeito à saúde pública. **Objetivo:** O objetivo desse trabalho consistiu em levantar dados sobre atuação do psicólogo (a) nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) frente à demanda por psicoterapia proveniente de usuários cujo perfil escapa à proposta do dispositivo, ou seja, pacientes não psiquiátricos. **Materiais e Métodos:** A metodologia adotada foi à técnica de análise de conteúdo com caráter descritivo e qualitativo, apresentando como amostra oito participantes, que atuam no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Resultados:** A partir da observação participante e da análise de conteúdo das entrevistas, foi identificado a presença de uma demanda por psicoterapia individual, que por sua vez, tem sido recebida pelos profissionais como etapa de triagem, para identificação do perfil usuário CAPS, seguido de encaminhamento. **Conclusão:** Assim, a partir da observação e análise de campo, foi possível conhecer o funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como o trabalho do profissional de psicologia no referido dispositivo.

Palavras-chave: Psicologia. Psicoterapia. Centro de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

Introduction: In view of the current social situation, there is a need for reformulation in health care, especially when it comes to public health. **Objective:** The objective of this work is to collect data on the role of the psychologist (a) in the Psychosocial Care Profile Centers (CAPS) in the face of the demand for psychotherapy from users who escape the proposal of the device, that is, non-psychiatric patients. And **Methods and Methods:** The methodology adopted was the technique of content analysis with a descriptive and qualitative character, presenting as a sample participants, which relevant materials in the Psychosocial Care Center (CAPS). **Results:** Based on participant observation and content analysis of the interviews, therapy was identified in the presence of an individual demand, which in turn, has been received by professionals as a screening step, for the CAPS profile, followed by referral. **Conclusion:** Thus, from the observation and analysis analysis, it was possible to know the functioning of the Psychosocial Care Center (CAPS), as well as the work of the psychology professional in that device.

Keywords: Psychology. Psychotherapy. Psychosocial Care Center.

¹ Centro Universitário Tiradentes (UNIT). Maceió, Alagoas, Brasil. ORCID: 0000-0003-4974-5284. E-mail: jainarochoa10@gmail.com.



INTRODUÇÃO

Tendo em vista a situação atual da saúde no Brasil, é notória a necessidade de mudanças em seu modo de fazer saúde, pois o que se percebe, é uma assistência ainda hospitalocêntrica e individualista, a qual passa a gerar uma estrutura fragmentada e reducionista no que diz respeito ao atendimento. Neste sentido, é importante salientar o valor que deverá ser dado a uma prática humanizada, acolhedora, e integraliza no atendimento frente ao usuário do serviço Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como um olhar ampliado em suas múltiplas necessidades.

Sobre este assunto, de acordo com Brum e Caneda (2020), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tem como perspectiva atender as pessoas em sofrimento psíquico, desde os mais severos, até aos persistentes, evitando assim o processo de internações desses usuários, e favorecendo a inclusão social e familiar. Com esta visão integrativa e humanizada de cuidado, pode-se pensar em uma prática de saúde mais holística e contextualizada, onde o sujeito possa ser percebido e atendido visando suas condições em um processo biopsicossocial. Para isto, é de fundamental importância um trabalho interdisciplinar, onde os saberes possam interagir entre si na perspectiva do compartilhamento das informações, bem como para resultados satisfatórios.

Nesta direção, compreender a dinâmica de funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) requer do psicólogo conhecer também o seu papel estratégico dentro do modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Para isto, é preciso ter como base o paradigma da Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 1995) e a Política Nacional de Saúde Mental, as quais têm procurado consolidar uma rede diversa de serviços, entre eles o CAPS. A regulamentação e normalização estão posta na Portaria nº 336 GM/02 do Ministério da Saúde, pela qual este dispositivo existe para atender prioritariamente pacientes com transtorno mental grave e persistente, justamente pela condição marginal que anteriormente ocupavam tanto no sistema de saúde como na sociedade em geral. Dentro dessa rede de atenção à saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possuem um papel substitutivo aos hospitais psiquiátricos, segundo o movimento pela desinstitucionalização dos ditos doentes mental.

Assim, embora o atendimento psicoterápico seja um dos procedimentos previstos no serviço CAPS, seu uso de forma exclusiva e por pessoas não cadastradas como usuárias no programa, gera algumas contradições. Com efeito, as práticas efetivas desenvolvidas pelo psicólogo no âmbito dos CAPS têm apontado à necessidade de uma atuação mais condizente com os objetivos do serviço oferecido aos usuários. Sendo assim, para que este profissional reconheça com clareza seu papel em meio a uma estrutura que pretende promover a interdisciplinaridade segundo a lógica responsiva de uma política pública, espera-se que ele saiba o que está fazendo e para quem, tanto no que se refere às pessoas a quem presta seu atendimento, quanto em termos institucionais.

É mister destacar em todo este processo, o quanto é de suma importância o trabalho do psicólogo no CAPS, visto que, o mesmo passa a contribuir para a melhoria da qualidade de vida do sujeito que está sendo atendido por meio do respectivo serviço. Neste sentido, faz-se necessário discutir acerca da conduta do profissional psicólogo (a) no que diz respeito ao atendimento das pessoas que chegam ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), uma vez que, isto implica em refletir acerca do desafio do psicólogo (a), em permanecer focado e engajado no exercício profissional condizente com a realidade o qual o mesmo está inserido e ao mesmo tempo não “fugir” do atendimento cujo perfil esteja de acordo com que a instituição se destina. Partindo deste princípio, o psicólogo (a) ao ser procurado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) por outro tipo de clientela - formada por sujeitos que não são portadores de transtornos mentais graves, precisa se privar de desenvolver uma prática exclusivamente clínica, mas saber, junto à equipe multiprofissional, identificar se a pessoa que o procura tem o perfil de usuário do CAPS, e não sendo o caso, poder encaminhá-lo para outro serviço.

Desta feita, o objetivo desse trabalho consistiu em compreender a dinâmica de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como o trabalho dos psicólogos nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) frente à demanda por psicoterapia vinda de pacientes não psiquiátricos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Em relação à metodologia adotada, foi utilizada a técnica da análise do conteúdo das entrevistas, de caráter descritivo a partir da abordagem de Bardin (2002, p. 12). Para ela, a abordagem supracitada é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações e que não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos” [...]. Em consonância ao que está sendo dito, Bardin (2002), comenta que a análise de conteúdo não se limita somente as informações prestadas, pois a mesma tem um caráter interpretativo e significativo.

Na concepção de Duarte, Mamede e Andrade (2009), a técnica de análise do conteúdo visa revelar como as pessoas pensam, atribuem sentidos e manifestam posicionamentos sobre determinado assunto.

Como embasamento teórico para realização desse trabalho, foi utilizado à revisão da literatura, onde foram utilizados estudos nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online (SciELO®)* e *Google Acadêmico®*, ambos são ferramentas de pesquisa com amplo acervo de publicações gratuitas. Como critério de inclusão, foram utilizados os estudos integralmente disponíveis para o acesso público, todos em língua Portuguesa Brasileira, onde foi dada preferência às publicações mais atualizadas as quais abordam a temática em questão. Já como critérios de exclusão foram excluídos os artigos os quais não abordaram o tema, bem como artigos em língua estrangeira.

Nesse sentido, a pesquisa de campo foi composta de duas fases. Na primeira etapa, houve o reconhecimento institucional prévio, com base no método de observação participante que permite uma

aproximação e interação entre pesquisador e entrevistado. Na etapa seguinte, os participantes da pesquisa foram submetidos a uma entrevista semiestruturada, que segundo Bauer e Gaskell (2002), o emprego da entrevista qualitativa fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação.

Por sua vez, a pesquisa ocorreu na Cidade de Maceió, Estado de Alagoas, no âmbito de 3 (três) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) localizado no município mencionado. Ressalte-se que no Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi), os profissionais se recusaram a participar da pesquisa, enquanto o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) não entrou na amostra dos dados coletados, por ser um trabalho especificamente voltado para dependentes de substâncias psicoativas, o que fugia da proposta desta pesquisa. Nesse sentido, além da autorização do Comitê de Ética, a pesquisa também teve autorização da Secretaria Municipal de Saúde e da Coordenação de Saúde Mental do Município de Maceió/AL, com as devidas autorizações, foi realizada a coleta dos dados.

Desta feita, foi utilizada uma entrevista qualitativa semidirigida, onde foi perguntado acerca das implicações para o trabalho do psicólogo ocorridas em virtude da demanda por psicoterapia por pacientes não portadores de transtorno mental grave e persistente, bem como se existe demanda por psicoterapia no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e como agir para não perder o foco no atendimento. As entrevistas foram áudio-gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para a análise dos dados. Assim, os participantes permaneceram à vontade para se posicionar acerca do que lhe foi perguntado, como também algo que acharam necessário ser colocado.

Assim sendo, a pesquisa teve como amostra conveniente oito psicólogas, sendo uma (coordenadora do CAPS), com faixa etária variando de 26 a 57 anos, onde as mesmas possuem mais de três anos de serviço prestado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Para resguardar a identidade das profissionais, as respostas estão com as iniciais dos nomes de cada uma das entrevistadas. Ao aceitar a participação, foi assegurado o sigilo das informações, e as demais garantias éticas que se fizeram necessárias, conforme a resolução CNS 196/96. Desta feita, a pesquisa ora apresentada, foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), onde o mesmo busca assegurar aos sujeitos envolvidos na pesquisa o sigilo das informações, bem como a garantia ética, para que assim possa ter um bom desempenho das várias etapas da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Evidencia-se a criação do CAPS como um dos benefícios trazidos pela Reforma Psiquiátrica no que diz respeito ao modo de tratar pessoa com transtorno mental, visto que estas pessoas podem ser tratadas em ambientes abertos, humanizados, próximos de seus familiares e com modos não coercitivos e prejudiciais como tradicionalmente ocorria em hospitais psiquiátricos, único modo de tratamento disponível a essas pessoas até há poucas décadas, que contribuía para sua exclusão social (SOARES *et al*, 2011).

Desta feita, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço que presta atendimento a comunidade e que integra a rede de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS), o mesmo parte da perspectiva de oferecer um lugar de cuidado clínico, bem como de reabilitação psicossocial. No tocante a este assunto, conforme declara Gessner e Langaro (2019, p. 75) o Centro de Atenção Psicossocial “é um serviço que busca fortalecer o exercício da cidadania e da participação social de usuários e familiares nos cuidados, utilizando os dispositivos da rede de saúde do seu território”.

Nesse contexto, conforme descreve Ramminger e Brito (2011, p. 151),

O Caps é um serviço aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde, que tem como objetivo acolher as pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

É de suma importância mencionar, o quanto a articulação da rede de assistência se faz necessário para um bom funcionamento do serviço de saúde pública, bem como para o desenvolvimento satisfatório das intervenções dos profissionais da saúde, visando um trabalho humanizado e integralizado do sujeito.

Em consonância ao que está sendo dito, de acordo com Cruz e Fernandes (2012, p. 95),

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se constituem, portanto, como dispositivos de atenção à saúde mental com valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, configurando-se como bandeira de tal movimento para fazer frente ao antigo modelo asilar.

Sobre este assunto, conforme declara Oliveira e Caldana (2016, p. 2), “a atenção psicossocial, modelo de cuidado em saúde mental vigente no Brasil, preconiza o trabalho interdisciplinar, intersetorial e territorial”.

Nesse sentido, as discussões a seguir foram construídas a partir da análise das entrevistas, onde foi possível o entendimento acerca do que foi coletado, tendo como foco os objetivos da pesquisa. Desse modo, foi feita a seguinte organização esquemática dos temas/questões norteadoras colocadas para os profissionais de psicologia do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na seguinte ordem: “Existe a demanda por psicoterapia?”, “Essa demanda é atendida?”; “A que poderíamos atribuir essa demanda?”; “Esse usuário é encaminhado? Para onde é encaminhado?”, “O que fazer para não perder o foco do atendimento?”

Quadro 1 - Falas das entrevistadas referentes à demanda.

EXISTE DEMANDA POR PSICOTERAPIA NO CAPS?	
R.A	“Raramente acontece, sempre quando chega ao CAPS, já vem com o transtorno instalado, sem o transtorno não vem.”
S.M	“Semanalmente, existe uma demanda abrangente”.
C.A	“Sempre vem, sempre são encaminhados, é frequente, sempre procuram o CAPS”.
L.M	“Com muita frequência, muita frequência... até pelo o fato deles entenderem aqui como um posto comum, eles acham que a gente pode fazer ambulatório.”
R.S	“A demanda é enorme, pois as pessoas confundem CAPS com Posto de Saúde.”
K.S	“Frequência mediana alta, pois muitas pessoas desconhecem o serviço do CAPS.”.
A.L	“Ultimamente estou recebendo mais pessoas com perfil CAPS, do que realmente as que não têm o perfil.”
R.P	“Existe a demanda, com muita frequência...”.

Fonte: Elaboração da autora.

Ao perguntar se existe demanda por psicoterapia, é notório perceber por meio das falas das entrevistadas que existe a demanda abrangente por psicoterapia, exceto R.A, que comenta que: “raramente acontece essa demanda” e A.L, diz que: “ultimamente está recebendo mais pessoas com perfil CAPS do que sem perfil”, mas isso não quer dizer que elas não recebam essa demanda por psicoterapia proveniente de usuários que fogem da proposta do dispositivo, pois observar-se a mudança de sentido, ou seja, certa divergência entre os relatos. A partir dos discursos, percebe-se que, em sua maioria, as entrevistadas compreendem que, de fato, há uma demanda por psicoterapia, por mais que tal busca não seja sempre manifesta na fala do sujeito, mas está evidente na motivação da procura pelo dispositivo.

Em consonância aos discursos supracitados, é bom frisar que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), é um dispositivo de atendimento de acesso aberto, onde suporta demandas que muitas das vezes não condiz com o seu objetivo. Sobre este assunto, na concepção de Gessner e Langaro (2019, p. 75), “o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um espaço comunitário que integra a rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde, constituindo-se um lugar de cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial para quem sofre com transtornos mentais severos e persistentes”.

Desta feita, em consonância ao que está sendo dito, para Cantele, Arpine e Roso (2012, p. 911), “alguns dos espaços de atuação do psicólogo brasileiro têm sido os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que compõem uma rede interligada que se origina da política da reforma psiquiátrica”.

No tocante ao que está sendo relatado, conforme descreve Oliveira, Takei e Azevedo (2017, p. 12),

As instituições como os CAPS, frutos da reforma psiquiátrica, não criam apenas um novo espaço terapêutico para o usuário. Criam, também, um lugar para o psicólogo e demais profissionais de saúde, endossando a produção de novas práticas, em especial aquelas que apostam na coletividade como um recurso terapêutico que favorece o restabelecimento do suporte social aos pacientes, tais como a reabilitação e reinserção do paciente psiquiátrico.

Neste sentido, para organizar as intervenções dentro desta lógica de atuação, o profissional de psicologia precisa entender o funcionamento do dispositivo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como, ter o conhecimento para quem se destina, caso contrário, haverá muitas demandas que fogem dos objetivos prescritos por este serviço.

Quadro 2 - Falas das entrevistadas referentes ao atendimento.

ATENDE OU NÃO ATENDE ESSA DEMANDA?	
R.A	“Não faço o atendimento, mas faço o acolhimento, a triagem para ver se o indivíduo tem o perfil para o CAPS ou não.”
S.M	“Escuto a pessoa, esclareço a proposta do CAPS e verifico se o indivíduo tem perfil para está no CAPS”.
C.A	“Não faço esse atendimento, mas faço uma avaliação para ver o quadro e realizo a primeira escuta.”
L.M	“Acolho e explico que no CAPS o tratamento é diferenciado, tem que ser feito um acolhimento bem feito”.
R.S	“Não atendo”
K.S	“Faz-se o acolhimento.”
A.L	“Não atendo”
R.P	“Não atendo, mas faço uma avaliação psicológica.”

Fonte: Elaboração da autora.

Mediante as falas das entrevistadas, percebe-se a referência dada ao não atendimento de usuários que vão à busca de psicoterapia nos CAPS, mas por outro lado, existe o acolhimento, a escuta para com essas pessoas. É importante notar, que entre as profissionais de psicologia entrevistadas, há uma compreensão clara acerca da prioridade do CAPS e de seus objetivos, e de como lidar com o sujeito que busca tal serviço, embora não como demanda prioritária, mas aproveitando o contato para orientação, direcionamento, e possível acolhida em caso de se enquadrar no perfil do dispositivo.

As informações e esclarecimentos voltados para as pessoas que não atendem aos objetivos do CAPS tornam-se de suma importância, visto que, as mesmas serão direcionadas para os serviços disponíveis da rede de assistência que poderão atendê-los.

Quadro 3 - Falas das entrevistadas referentes ao que se pode atribuir à demanda

A QUE PODERIAMOS ATRIBUIR ESSA DEMANDA?	
R.A	“Devido ao número pequeno de psicólogos nos ambulatórios diante da grande demanda da população.”
S.M	“Dificuldade de acesso aos ambulatórios e por alguém falar que no CAPS tem o psicólogo.”
C.A	“Por alguém falar sobre o CAPS e falar que tem psicólogo, os próprios usuários são os grande divulgadores, é a questão do “boca a boca”.
L.M	“Pela a falta de informações da população e até mesmo da própria rede de saúde.”
R.S	“A falta de informação, pois as pessoas confundem muito CAPS como posto de saúde.”
K.S	“Não ter conhecimento da rede e não ter conhecimento do serviço CAPS”.
A.L	“A falta de informações, procuram o serviço por não conhecer a proposta do serviço”.
R.P	“A falta de informação e por a rede de atendimento não funcionar adequadamente é o que gera essa demanda”.

Fonte: Elaboração dos autores.

Quando questionadas acerca do que gera essa demanda em busca de atendimento psicoterápico, é perceptivo por meio das falas das entrevistadas que a falta de informação é a principal causa de tal demanda. R.A, por sua vez, fala que: “devido ao número pequeno de psicólogos nos ambulatórios, e diante da grande demanda de pessoas em busca de psicoterapia é o que impulsiona tais pessoas irem à busca de atendimento nos CAPS”. A dificuldade de acesso na rede de assistência à saúde também é um ponto que foi citado como causadora dessa demanda.

Por outro lado, pode ser observado também, que tais psicólogas destacam a necessidade de um aprimoramento na rede de atenção à saúde, no que diz respeito à dificuldade de acesso que o usuário possui para conseguir atendimento na rede, assim como a desinformação da população como também dos próprios servidores. Neste sentido, é importante destacar, que uma rede assistencial fragmentada e desarticulada, dificulta o andamento satisfatório da prestação de serviços, o que impede que muitas pessoas não consigam acessar tais dispositivos.

Outro ponto importante, diz respeito à desinformação de alguns profissionais não só psicólogos, mas também de outros profissionais da saúde, quanto ao direcionamento e redirecionamento das pessoas para

os serviços específicos para cada demanda apresentada, pois a desinformação na maioria das vezes não é só do usuário para o serviço, mas também do serviço para o usuário, o que dificulta ainda mais na resolução de tais demandas.

Quadro 4 - Fala das entrevistadas referentes ao encaminhamento se é feito ou não.

É ENCAMINHADO? SE SIM PARA ONDE É ENCAMINHADO?	
R.A	“Sim, é encaminhado para a rede ambulatorial, em alguns casos para o Posto de Saúde do bairro Bebedouro e para alguns psicólogos “conhecidos” que trabalham no serviço público”.
S.M	“Sim, vai orientar qual o serviço ideal para tal demanda e encaminhar para o serviço que mais se adequa a demanda que o indivíduo está trazendo”.
C.A	“Faz o encaminhamento para o mais próximo que tenha psicólogo da residência da pessoa”.
L.M	Nada a declarar...
R.S	Sim, são encaminhados muitas vezes para a Central de Regulação de Serviços de Saúde (CORA) para fazerem marcação ou ao posto de saúde mais próximo.
K.S	“Sim, para o serviço ambulatorial mais próximo da residência do indivíduo”.
A.L	“Sim, são encaminhados para “as redes” que podem fazer esse atendimento (de psicoterapia individual), ou mesmo um posto de saúde que tenha psicólogos”.
R.P	“São encaminhados para as unidades de saúde, como as UBS, mais próxima da residência do indivíduo.”

Fonte: Elaboração do autor.

Diante das falas das entrevistadas, pode-se constatar que há os encaminhamentos de pessoas que buscam o serviço do Centro de Atenção Psicossocial de maneira descontextualizada. Somente **L.M** não respondeu à pergunta. Contudo, os demais profissionais entrevistados falaram que encaminham tal pessoa para as redes de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), seguindo aquele que é o propósito efetivo do dispositivo, ou seja, ser porta de entrada da rede de saúde, e desta feita, possibilitando o encaminhamento para ambulatorios e outros dispositivos necessários.

Por outro lado, nem sempre é assim que encontramos nos serviços públicos disponíveis na rede de assistência à saúde. Ao observar de perto tal realidade de demanda nos serviços, observamos que na maioria das vezes tanto o usuário desconhece para qual serviço se dirigir, como o próprio profissional. Assim, fica evidente que um serviço assistencial articulado e unificado, passa a ser de fundamental importância neste contexto de atenção voltada para as pessoas que necessitam de acolhimento humanizado e integralizado.

Sobre este assunto, na concepção de Bairos (2020, p. 2),

No cenário atual do campo da saúde mental brasileira, é preciso investir e ampliar os espaços de reflexão e de invenção de práticas que contemplem o cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico, no cotidiano dos serviços, potencializando a constituição da rede de atenção psicossocial.

Outro ponto importante a destacar, refere-se à capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais quanto ao atendimento e cuidado de pessoas que procuram pelos dispositivos cujo perfil escapa da proposta do serviço, bem como dos usuários que atendem aos objetivos de tais serviços, para que assim ambos possam se sentir contemplados diante do atendimento prestado.

Referente a este assunto, conforme declara Jesus (2020), nessa perspectiva, enquanto componente da equipe de saúde mental, os profissionais da Psicologia devem buscar espaço de atuação e ocupar importantes posições no que se refere aos processos constituintes da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A autora supracitada comenta ainda que, se faz necessário destacar o compromisso que o profissional de psicologia deve ter quando se diz respeito aos modos de intervenção que retirem o caráter elitista da psicologia, na perspectiva da efetivação de Políticas Públicas de saúde. Nesse ponto, é importante destacar o quanto as ações interdisciplinares tornam-se de suma importância nesse processo de tomada de decisões e de efetivação de Políticas Públicas de saúde, pois é por meio de intervenções articuladas e contextualizadas que o sujeito passa ser percebido de maneira integralizada e holística, e não de forma fragmentada e reducionista, possibilitando assim ao sujeito a autonomia diante de suas demandas e necessidades.

Quadro 5 - O que fazer para não perder o foco do atendimento.

COMO AGIR PARA NÃO PERDER O FOCO DO ATENDIMENTO?	
R.A	“Tomar conhecimento sobre a funcionalidade do CAPS e investir em uma política de prevenção de saúde”.
S.M	“Ter conhecimento do que é o CAPS, como este funciona e qual sua proposta, para isso tem que está sempre lendo e por dentro de todas as portarias no Ministério da Saúde”.
C.A	“Ver o que é prioritário é importante ser flexível”.
L.M	“Fazendo um acolhimento adequado, uma escuta adequada para que só assim possa perceber que tal pessoa não tem perfil para o CAPS”.
R.S	“Fazendo o encaminhamento.”
K.S	“Ao perceber que não se trata de um “perfil CAPS” se deve encaminhar”.
A.L	“Fazer o acolhimento para ter a percepção no que diz respeito se o indivíduo tem o perfil ou não para o CAPS.”
R.P	Nada a declarar...

Fonte: Elaboração da autora.

Ao analisar o último quadro, podemos constatar que quando foi perguntado acerca de “como agir para não perder o foco”, é muito presente na fala das entrevistadas a compreensão da necessidade de conhecer bem o funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), assim como o papel do

profissional neste dispositivo, para que a demanda que aparece por psicoterapia não atrapalhe o funcionamento natural do serviço CAPS.

Em consonância ao que está sendo dito, segundo Jesus (2020, p. 5),

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são políticas públicas inseridas na rede de atenção psicossocial, articulada com a saúde comunitária, visando à substituição dos hospitais psiquiátricos e de seus métodos de cuidado para uma nova proposta. Destinadas ao acolhimento de sujeitos com sofrimento psíquico persistente e severo, reforçando sua integração social e familiar, e na promoção de reabilitação psicossocial.

É importante destacar, que este processo de conhecimento acerca do dispositivo, parte de uma perspectiva lógica de saber os objetivos do serviço e para quem ele se destina. Outro ponto importante e que carece ser mencionado, refere-se à atuação do profissional de psicologia neste contexto de intervenções, pois nem sempre este profissional estar apto para o desenvolvimento de ações cujo objetivo seja o atendimento integralizado e holístico do sujeito.

No tocante a este assunto, percebe-se também, que a articulação e unificação dos serviços públicos destinados à população são deficientes, o que tende a dificultar ainda mais na resolução das demandas e queixas apresentadas. Assim, com uma visão integradora e contextualizada, as pessoas passam a ser atendidas de maneira que as demandas e necessidades sejam contempladas de forma democrática, pois é notório o quanto o número de pessoas com transtornos mentais está cada vez mais elevado.

Sobre este ponto, conforme descreve Rodrigues *et al.* (2017, p. 4),

O trabalho no CAPS, é para os profissionais um grande desafio diário, pois trabalhar com a psicose, os transtornos mentais, ou com pacientes em condições de drogadição, exige-se que o profissional ali presente mantenha uma postura, constantemente e uma condução emocional muito sucinta, pois ele se coloca perante o paciente como um mediador, como um ajudante na construção psíquica de significantes do paciente.

Não se deve negar, o quanto o redirecionamento das ações oriundas dos serviços públicos de saúde precisa de reformulação, visto que, existe uma demanda que muita das vezes foge da proposta do dispositivo. Neste sentido, cabe a cada profissional que trabalha nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), entender qual o seu papel dentro do serviço e para quem estão sendo direcionadas as suas intervenções.

CONCLUSÃO

Como resultado da observação de campo empreendida, assim como pela análise das entrevistas com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tornou-se possível uma maior compreensão acerca do trabalho do (a) psicólogo (a) no CAPS, frente à demanda por psicoterapia proveniente de usuários cujo perfil escapa à proposta deste dispositivo. Embora o trabalho tenha envolvido a observação da estrutura

dos CAPS e da dinâmica de funcionamento do serviço deste dispositivo, não foi fácil identificar a ocorrência de uma demanda espontânea tão presente de pessoas em busca de psicoterapia, uma vez que, o contato nesse sentido acabou sendo limitado quanto aos propósitos. Contudo, a existência da referida demanda foi comprovada na fala dos profissionais de psicologia entrevistados. A partir daí, foi possível investigar e conhecer a atitude dos psicólogos frente à demanda de pacientes não acometidos por transtorno mental grave e persistente que reivindicam atendimento psicoterápico.

Cabe ressaltar, que se verificou o fato de que os psicólogos conheciam bem o funcionamento do CAPS, seu regimento e o seu papel como profissional, por isso, embora acontecesse à demanda, havia sempre a busca em administrá-la de maneira coerente e com o objetivo de diminuí-la, utilizando-se com isso algum tipo de orientação. Embora a lógica da Reforma Psiquiátrica esteja sendo colocada em prática, ainda falta comunicação entre os diferentes profissionais e áreas envolvidas, assim como conhecimento por parte da população que, por não conhecer a funcionalidade de cada dispositivo, terminam criando uma demanda desnecessária. Além disto, a escassez de profissionais dentro do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos outros dispositivos têm dificultado uma prática e assistência mais relevante para comunidade. Em consonância ao que está sendo dito, é importante ressaltar o quanto se faz necessário, ações e serviços articulados e unificados com a finalidade de proporcionar ao usuário do serviço CAPS um atendimento integralizado diante de suas necessidades. Neste sentido, o trabalho do profissional de psicologia neste contexto torna-se de suma importância, visto que, é por meio de suas intervenções que o usuário se sentirá acolhido e atendido. Em paralelo a este assunto, é importante destacar, que um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar também se faz necessário para o atendimento de pessoas que procuram o serviço CAPS, sejam elas com alguma deficiência mental, ou não. O que se deve destacar é a necessidade de um atendimento holístico e integrador, onde as demandas de cada sujeito possam ser atendidas mediante as suas necessidades. Ponto importante a destacar, é o papel do profissional de psicologia neste contexto de promoção da saúde, na perspectiva de intervenções humanizadas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul/set, 1995. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/1995.v11n3/491-494/pt>. Acesso em: 13 jul. 2021.

BAIROS, Carlos. O trabalho do psicólogo em grupos de saúde mental no caps. **Anuário Pesquisa e Extensão UNOESC São Miguel do Oeste**, Joaçaba, v. 5, e24286, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/24286>. Acesso em: 23 ago. 2022.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2002.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George (org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: Um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente porte/complexidade e

abrangência populacional. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, n. 34, 20 fev. 2002. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 31 out. 2022.

BRUM, Hanna; CANEDA, Cristiana. Atuação do psicólogo no centro de atenção psicossocial (caps) em tempos de pandemia covid-19. **Anais do (Inter) Faces**, Cachoeira do Sul, RS, v. 1, n. 1, 2020. I Congresso Internacional Interfaces da Psicologia aproximando distâncias. Disponível em: <https://www.ulbracds.com.br/index.php/interfaces/article/view/2905/319>. Acesso em: 13 dez. 2021.

CANTELE, Juliana; ARPINI, Dorin; ROSO, Adriane. A Psicologia no Modelo Atual de Atenção em Saúde Mental. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 32, n. 4, p. 910-925, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/ShHmYs5bLGq7XGmWV3vL8pC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 set. 2022.

CRUZ, Kelliane de Sá; FERNANDES, Andréa Hortélio. Dispositivos Clínicos dos Psicólogos em CAPS de Salvador: entre Tutela e Clínica das Psicoses. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, MS, v. 4, n. 2, p. 94-105, jul./dez. 2012. Disponível em: <https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/175/239>. Acesso em: 12 set. 2022.

DUARTE, Sebastião; MAMEDE, Marli; ANDRADE, Sônia. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 620-626, 2009. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000400006>. Acesso em: 22 mar. 2020.

GESSNER, Riquele; LANGARO, Fabíola. Avaliação psicológica nos centros de atenção psicossocial (caps): um estudo teórico. **Revista PsicoFAE**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 75-94, 2019. Disponível em: <https://www.revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/236/146>. Acesso em: 15 mar. 2020.

JESUS, Silvana Rodrigues de. **Família e drogadição**: discussões sobre atuação do psicólogo no fortalecimento de vínculos familiares de usuários do CAPS AD. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) - Centro Universitário Doutor Leão Sampaio – UNILEÃO, Juazeiro do Norte, 2020. Disponível em: <https://sis.unileao.edu.br/uploads/3/PSICOLOGIA/P1296.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2022.

OLIVEIRA, Thais; CALDANA, Regina. Psicologia e práticas psicossociais: narrativas e concepções de psicólogos de centros de atenção psicossocial. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 7, n. 2, p. 02-21, dez. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v7n2/a02.pdf>. Acesso em: 12 set. 2022.

OLIVEIRA, Maise; TAKEI, Roberta; AZEVEDO, Fábio. Principais práticas do Psicólogo na reabilitação e reinserção do paciente psiquiátrico no Centro de Atenção Psicossocial, 2017. **Revista de trabalhos acadêmicos - universo salvador**, Salvador, BA, v. 3, n. 5, p. 1-15, Disponível em: <http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=1UNIVERSOSALVADOR2&page=article&op=view&path%5B%5D=5496>. Acesso em: 11 set. 2022.

RAMMINGER, Tatiana; BRITO, Jussara. “Cada CAPS é um CAPS”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 23, n. especial, p. 150-160, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/YHk38mTzb83XhgvZmGWRqht/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 set. 2022.

RODRIGUES, Fabiéli *et al.* **O trabalho do psicólogo nas políticas públicas do CAPS**. In: SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 25., 2017, [s. l.]. **Anais [...]**. [s. l.]: Unijuí – Universidade Regional, 2017. Disponível em: https://scholar.google.pt/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=O+TRABALHO+DO+PSIC%3%93LOGO+NAS+POL%3%8DTICAS+P%3%9ABLICAS+DO+CAPS&btnG=. Acesso em: 12 set. 2022

SOARES, Régis; VILELA, Juliane; BORBA, Letícia *et al.* O papel da equipe de enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial. **Esc Anna Nery (impr.)**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 110-115, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/TDQFQztY9MFSvYKHYkPfyFD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 set. 2022.

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 07/07/2022

ACEITO: 14/10/2022

FORTALECENDO O USO DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS PARA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: RELATO DE CASO NEV PMCG

STRENGTHENING THE USE OF SCIENTIFIC EVIDENCE IN
POLICYMAKING: NEV PMCG CASE REPORT

Andressa de Lucca Bento¹, Saú Pereira Tavares de Oliveira², José Hydemitsu Higa³,
Kassandhra Pereira Zolin⁴, Luis Fernando Garcia da Silva⁵, Fauhber da Silva Cardoso⁶, Gabriel Valdes⁷

RESUMO

Introdução: As evidências científicas podem apoiar a tomada de decisão em saúde, reduzindo as incertezas e aumentando a efetividade de uma política pública. A implementação de mecanismos para acessar, avaliar, adaptar e apoiar a aplicação dessas evidências científicas por tomadores de decisão – assistenciais ou gerenciais – diminui barreiras e facilita a institucionalização de uma cultura de uso de evidências científicas. O Núcleo de Evidências da Prefeitura Municipal de Campo Grande (NEV PMCG) é um desses mecanismos. **Apresentação do caso:** Instituído em maio de 2019, o NEV PMCG funciona como ponte entre o conhecimento científico e os serviços de saúde, colaborando na sensibilização e ampliação gradativa da tomada de decisão informada por evidências. Este relato apresenta seu histórico, método de trabalho e principais produções de 2021. **Discussão:** A implantação de núcleos de evidências no estado tem ajudado a superar as barreiras ao uso do conhecimento científico na elaboração de políticas públicas, com perspectiva de ampliação de seu uso no município. **Considerações finais:** O uso do conhecimento científico para gerar decisões e políticas mais eficazes é indispensável para a construção de uma sociedade mais justa e equânime. O NEV PMCG segue com clareza de sua missão institucional de fortalecer as políticas públicas através do uso sóbrio e eficaz do conhecimento científico.

Palavras-chave: Política Informada por Evidências. Gestão em Saúde. Política de Saúde. Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: Scientific evidence can support decision-making in health, reducing uncertainties and increasing the effectiveness of public policies. The implementation of mechanisms to access, evaluate, adapt and support the application of this scientific evidence by decision makers – be they from care or management – reduces barriers and facilitates the institutionalization of a scientific evidence use culture. The Evidence Center of the Municipality of Campo Grande (NEV PMCG) is one of these mechanisms. **Case presentation:** Established in May 2019, the NEV PMCG acts as a bridge between scientific knowledge and health services, collaborating in raising awareness and gradually expanding evidence-informed decision-making. This report presents its history, work process and main productions of 2021. **Discussion:** The implementation of evidence centers in the state has helped to overcome barriers to the use of scientific knowledge in the elaboration of public policies, with the perspective of expanding its use in the municipality. **Final considerations:** The use of scientific knowledge to generate more effective decisions and policies is indispensable for building a fairer and more equitable society. The NEV PMCG clearly pursues its institutional mission of strengthening public policies through the sober and effective use of scientific knowledge.

Keywords: Evidence-Informed Policy. Health Management. Health Policy. Public Health.

¹ Núcleo de Evidências da Prefeitura Municipal de Campo Grande, MS. Campo Grande, MS. Brasil. ORCID: 0000-0003-0609-803X. E-mail: nev.pmcg@gmail.com.

² Núcleo de Evidências da Prefeitura Municipal de Campo Grande, MS. Campo Grande, MS. Brasil. ORCID: 0000-0001-9710-855X. E-mail: nev.pmcg@gmail.com.

³ Núcleo de Evidências da Prefeitura Municipal de Campo Grande, MS. Campo Grande, MS. Brasil. ORCID: 0000-0003-3671-6177. E-mail: nev.pmcg@gmail.com.

⁴ Núcleo de Evidências da Prefeitura Municipal de Campo Grande, MS. Campo Grande, MS. Brasil. ORCID: 0000-0003-2423-7769. E-mail: nev.pmcg@gmail.com.

⁵ Núcleo de Evidências da Prefeitura Municipal de Campo Grande, MS. Campo Grande, MS. Brasil. ORCID: 0000-0002-7675-6459. E-mail: nev.pmcg@gmail.com.

⁶ Núcleo de Evidências da Prefeitura Municipal de Campo Grande, MS. Campo Grande, MS. Brasil. ORCID: 0000-0003-1079-8290. E-mail: nev.pmcg@gmail.com.

⁷ Núcleo de Evidências da Prefeitura Municipal de Campo Grande, MS. Campo Grande, MS. Brasil. ORCID: 0000-0002-9554-9463. E-mail: nev.pmcg@gmail.com.



INTRODUÇÃO

A tomada de decisão na administração pública é marcada por valores políticos, persuasão, negociação, conflitos, trocas e transigências (HEAD, 2015). A dinâmica política pode ser moldada pela forma como seus líderes pretendem segui-la, bem como pela influência de legisladores, lobistas, stakeholders, mídia, opinião pública, entre outros. De forma geral, os tomadores de decisão atuam articulando suas próprias experiências com valores e interesses sociais, influenciados, também, pela disponibilidade de recursos e pela oportunidade política (BARRETO, SOUZA, 2013; HEAD, 2015; RAMOS, SILVA, 2018).

O conhecimento científico pode ser usado no processo decisório, tornando as ações públicas mais efetivas, produzindo equidade e melhorando a qualidade de vida da população (BARRETO; SOUZA, 2013). O uso de evidências científicas na formulação de políticas públicas caracteriza as Políticas Informadas por Evidências (PIE), onde o propósito é informar os gestores sobre as estratégias disponíveis na literatura para enfrentamento de um problema, indicando as melhores evidências sobre seus efeitos, benefícios, incertezas e aspectos de sua implementação. As PIE oportunizam a escolha de estratégias sólidas que melhor se adequem à janela de oportunidade, governança e objetivos do formulador de políticas, adaptando-as sempre para o seu contexto e promovendo intervenções mais transparentes, eficazes e custo-efetivas – desafio especialmente significativo em países como o Brasil, onde resultados das políticas de saúde são condicionados também por fatores socioeconômicos e os recursos disponíveis são limitados (BRASIL, 2015; HEAD, 2015; RAMOS; SILVA, 2018).

Embora o uso de conhecimento científico seja considerado em todo mundo como um elemento importante para o desenvolvimento de políticas efetivas, o seu uso sistemático por tomadores de decisão ainda é incipiente. A pouca comunicação e colaboração entre pesquisadores e tomadores de decisão se destaca como fator limitante deste uso. A superação das dificuldades dos decisores em usar o conhecimento científico requer estratégias que considerem processos de tradução e de disseminação do conhecimento, adaptados a diferentes contextos institucionais e sociais (DIAS et al., 2015).

Ainda que pouco se saiba sobre a realidade do uso de evidências para a tomada de decisão em saúde pública na América Latina como um todo, iniciativas como a EVIPNet Brasil têm promovido o uso sistemático e transparente de evidências científicas na elaboração de políticas para a saúde. A rede brasileira atua na elaboração de materiais, na organização de oficinas de capacitação nos métodos de apoio às PIE, na organização e participação em eventos científicos, na articulação nacional das instituições que compõe a rede e, principalmente, na disseminação e no intercâmbio de estratégias de institucionalização do uso de evidências científicas na tomada de decisão em saúde (BRASIL, 2015; OLIVEIRA et al., 2020; DIAS et al., 2015; WICHMANN, CARLAN, BARRETO, 2016).

Uma das principais estratégias brasileiras é a criação de Núcleos de Evidências (NEV). Os NEV são grupos locais especializados na “tradução do conhecimento”, ou seja, no processo dinâmico e interativo de

síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação ética do conhecimento científico para o apoio decisório, formulação de políticas e melhor provisão de serviços públicos e produtos para a população. Este modelo descentralizado e com maior ênfase nas políticas locais atrai o tomador de decisão, levando-o a uma maior exposição a novas ideias e evidências e, em última instância, levando a políticas públicas mais bem informadas (BARRETO, SOUZA, 2013; OLIVEIRA et al., 2020).

O presente relato visa apresentar o histórico da criação, o processo de trabalho e as produções do Núcleo de Evidências da Prefeitura Municipal de Campo Grande (NEV PMCG) – uma plataforma local de tradução do conhecimento mantida pela Secretaria de Saúde do Município de Campo Grande/MS desde 2019.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Histórico

No ano de 2015, a EVIPNet Brasil (coordenada pelo Ministério da Saúde) passou a ofertar, no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), o Curso de Especialização em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências (ESPIE). Com carga-horária de 360 horas e objetivo de promover a institucionalização das PIE no país, o curso foi realizado em parceria com o Hospital Sírio-Libanês, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Observatório Ibero-americano de Políticas e Sistemas de Saúde (OIAPSS), sendo gradualmente ofertado em todo território nacional (WICHMANN; CARLAN; BARRETO, 2016).

Em 2017, Mato Grosso do Sul foi contemplado com sua primeira edição do ESPIE. Realizado na Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser - vinculada à Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Estado de Mato Grosso do Sul – o curso proporcionou sensibilização e capacitação para o uso de evidências na tomada de decisão em saúde a cerca de 40 profissionais vinculados à assistência, gestão e pesquisa em saúde. Dentre os alunos desta primeira turma, surgiu a iniciativa de implementação de Núcleos de Evidências locais no estado, bem como a possibilidade de parcerias interinstitucionais para implementação e operacionalização dos mesmos.

Na Prefeitura Municipal de Campo Grande, a iniciativa se concretizou através da Lei Municipal n. 6.201, de 09 de maio de 2019, que dispõe sobre a implantação do Núcleo de Evidências no Município (CAMPO GRANDE (MS), 2019a) e do Decreto n. 13.872, de 20 de maio de 2019, que dispõe sobre sua operacionalização (CAMPO GRANDE (MS), 2019b). A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (SESAU) disponibilizou inicialmente três servidores de nível superior com experiência de assistência e gestão, implicados em atividades acadêmicas, para dedicação exclusiva e integral às ações do NEV PMCG.

A Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) também implantou e regulamentou um Núcleo de Evidências vinculado à Faculdade de Medicina, o NEVMS. As duas instituições assinaram acordo

de cooperação em 17 de junho de 2019. Durante o período do acordo, o NEVMS cedeu espaço físico no campus, infraestrutura e logística para a execução das atividades dos núcleos, ficando os membros do NEV PMCG atuando sob coordenação do NEVMS, como um núcleo único. Em 17 de dezembro do mesmo ano, a UFMS celebrou novo acordo de cooperação, que incluiu a Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ MS) e o Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian ao NEVMS.

Com o avançar da pandemia do novo Coronavírus, a prefeitura verificou a necessidade de suspender o acordo e retomar a coordenação do NEV PMCG, não apenas para priorizar suas demandas, mas, principalmente, para expandir a possibilidade do uso de evidências científicas em auxílio a outros setores da administração pública afetados pelo COVID-19. Tal expansão se deu através de reuniões diretas entre os membros do núcleo e responsáveis por áreas do executivo municipal como segurança, cultura, turismo, desenvolvimento e mobilidade urbana, educação e outros. Nestas reuniões foram debatidos problemas enfrentados pelos setores, experiências relatadas na literatura científica e possibilidades de intervenções informadas por evidências. Como fruto deste período, foram elaborados projetos e planos de ação que, além de incorporados pelas pastas, passaram a ser monitorados e avaliados pela Subsecretaria de Gestão e Projetos Estratégicos – setor técnico da administração municipal criado especificamente para este fim. Com os planos de retomada devidamente instituídos nas demais áreas, a equipe concentrou novamente os esforços para as ações de saúde em 2021. No início deste ano, a equipe NEV PMCG foi gradualmente contemplada com quatro novos profissionais, realizando treinamento e adaptação necessários ao método de trabalho do núcleo no primeiro semestre, totalizando sete servidores efetivos, conforme previsto em decreto.

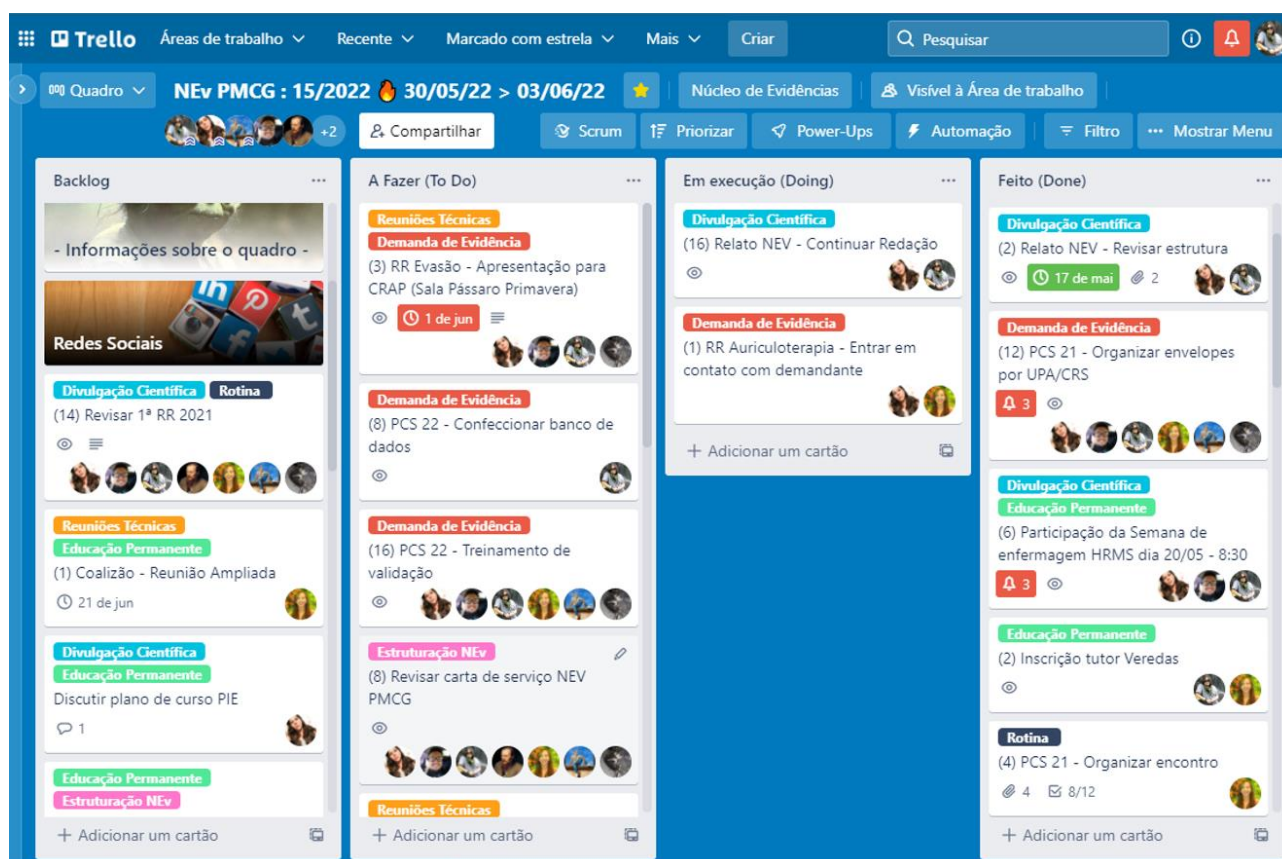
Processo de trabalho do NEV PMCG

O trâmite de solicitações ao NEV PMCG tem por princípio ser o mais simples, desburocratizado e acessível quanto possível – podendo o contato ocorrer por e-mail, telefonema, redes sociais (WhatsApp, Instagram, Facebook) ou Comunicação Interna (CI). Após acionamento, a coordenação do núcleo entra em contato direto com o demandante para ratificar a compreensão do escopo do problema, alinhar expectativas sobre o produto, definir a urgência de execução e estimar prazo para a entrega.

O NEV PMCG organiza seu processo de trabalho utilizando o SCRUM – um framework ágil de gestão de projetos aplicado em diversas organizações públicas e privadas por sua grande liberdade de adaptação, clareza de comunicação e eficiência. Neste método, todas as ações para realização de um determinado projeto são planejadas e alocadas em Sprints, um conjunto de atividades/funcionalidades a serem executadas em um intervalo de tempo predeterminado pela equipe (RAMOS, VILELA JUNIOR, 2017; SCRUM – Aprenda Scrum em 9 minutos, 2017).

No NEV PMCG, um Sprint tem duração de uma semana. Toda segunda-feira, a equipe revisa coletivamente as ações executadas na semana anterior (Sprint Review), compartilhando os processos adotados, resultados obtidos e dificuldades encontradas. Na sequência, observando a lista de ações, funcionalidades e produtos a serem entregues (Backlog), são priorizadas e elencadas as tarefas a serem executadas nesta semana (Sprint Planning), com estimativa do esforço necessário para cada ação (mensurado em carga horária), prazos, recursos e pessoas responsáveis (Grooming). Todo o processo é documentado e compartilhado visualmente através da ferramenta Trello – um quadro de kanban virtual acessível a todos os membros da equipe, conforme exemplificado na Figura 1. Além da execução de projetos, cada Sprint contempla carga-horária mínima de 2 horas de educação permanente a cada membro da equipe.

Figura 1 - Quadro kanban do Núcleo de Evidências da Prefeitura Municipal de Campo Grande.



Fonte: NEV PMCG (2022)

Diariamente, são realizadas conferências rápidas de 5 minutos no início do expediente (Daily Scrum) onde cada membro aponta ao grupo três informações: 1) Ações realizadas no dia anterior; 2) Ações a serem realizadas neste dia; 3) Possíveis impedimentos à realização do trabalho. Isso permite a execução de tarefas simultâneas e integradas – por exemplo, a busca de artigos em diferentes bases de dados com discussão e adaptação em tempo real das estratégias de busca ou mesmo a redação de diferentes módulos de um

manuscrito por pessoas diferentes e em tempos diferentes, sem comprometimento da qualidade ou coesão do produto final.

Produtos textuais como Revisões Rápidas, Sumários de Resumos e Sínteses Rápidas de Evidências são os principais trabalhos solicitados ao NEV PMCG. Esses estudos, amplamente denominados Respostas Rápidas, podem variar na busca, síntese e apresentação dos achados de acordo com a questão de pesquisa e da necessidade do demandante. Entretanto, todos possuem uma estrutura básica comum contendo um sumário executivo (resumo de uma lauda com as mensagens principais), descrição do método de pesquisa, apresentação dos resultados, conclusão, limitações do estudo, declaração de conflitos de interesse, referências e elementos pós textuais (apêndices e anexos).

Toda Resposta Rápida é elaborada coletivamente pelo grupo, com todos os membros participando da elaboração, execução e revisão final – o que permite a entrega em tempo hábil. A cada etapa do processo, o demandante é atualizado por WhatsApp. Com a finalização do manuscrito, é agendada uma reunião de entrega com o demandante da pesquisa e demais atores implicados, elencados por este.

Nesta reunião, o produto é apresentado pela equipe NEV PMCG no que tange a sua estrutura geral, método e achados da pesquisa, com interação direta dos participantes para elucidação de dúvidas, discussão e contextualização das evidências. O encontro presencial dura em média duas horas.

No portfólio de ações e produtos do NEV PMCG também consta a realização de palestras, oficinas e cursos para o uso do conhecimento científico na tomada de decisão. Em geral, as palestras são exposições curtas de sensibilização sobre o uso de evidências, enquanto as oficinas e cursos buscam instrumentalizar gestores e trabalhadores da assistência no acesso, avaliação, adaptação e aplicação dos estudos científicos para resolução de problemas clínicos e administrativos da saúde pública. Em 2021, as capacitações do NEV PMCG alcançaram mais de 200 profissionais em diferentes instituições de ensino e assistência à saúde.

Respostas Rápidas 2021

As pautas relacionadas à Judicialização da Saúde predominaram no início de 2021, com solicitações de evidências sobre tratamentos de alto custo para doenças e síndromes raras. Foram produzidas revisões rápidas sobre tratamentos disponíveis para Hipofosfatasia, uso de Ibutinibre para Leucemia Linfocítica Crônica e de Nursinersena para Atrofia Muscular Espinhal.

Uma vez que a necessidade jurídica foi melhor mapeada, averiguou-se mais de 40 medicamentos judicializados com necessidade de análise e embasamento. Frente à impossibilidade de atender simultaneamente todas as demandas com a elaboração e entrega de respostas rápidas próprias em tempo oportuno, uma nova estratégia foi adotada, otimizando o uso de respostas já elaboradas por instituições como a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) e o Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

A estratégia, ordenada em conjunto com a Procuradoria-Geral do Município (PGM) e a Coordenadoria-Geral Jurídica da SESAU (CGJ), consistiu na localização de tais estudos pelo NEV PMCG, catalogação e disponibilização dos mesmos em pasta virtual compartilhada em nuvem de acesso restrito (Google Drive). Além da curadoria do banco de dados, o NEV PMCG ficou responsável por sanar dúvidas sobre as respostas existentes e, em caso de tecnologia não contemplada no banco de dados, elaborar nova revisão de literatura. A estratégia aumentou a autonomia no uso de evidências dos órgãos jurídicos da prefeitura, não tendo sido necessário, até o momento, a elaboração de novas respostas rápidas para mediações judicializadas.

As Revisões Rápidas *“Corredores exclusivos de transporte coletivo – evidências sobre eficiência e relevância ambiental”* e *“Escovas de limpeza em Centrais de Materiais e Esterilização – características e cuidados”* possuíram contextos especiais. A primeira, consequência do período de apoio à outras pasta em 2020, propiciou mais uma vez ao NEV PMCG a atuação em área alheia à saúde. A segunda, pela urgência administrativa, foi realizada em apenas três dias.

Os Sumários de Resumos *“Nutrição Enteral – posicionamento adequado das sondas”* e *“Monitoramento de Sinais Vitais – evidências sobre frequência e rotina”* foram demandas oriundas de profissionais atuando na Rede de Urgência e Emergência Pré-hospitalar Fixa do município. Os produtos levaram a desdobramentos administrativos e assistenciais significativos em curto prazo, como a atualização dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) da rede e incorporação de nova tecnologia ao rol de insumos licitados pelo município.

Um sumário de resumos categoriza, quantifica e sumariza os resultados contidos nos resumos dos artigos selecionados sobre determinada temática, sem leitura de texto completo (BRASIL, 2019; CAMPO GRANDE (MS), 2020). Apesar de possuir uma produção mais célere, este produto oferta apenas uma visão geral sobre os resultados das pesquisas, sem avaliação pormenorizada de qualidade ou metodologia – o que aumenta a incerteza sobre os achados. Considerado o potencial impacto das respostas sobre a assistência, a equipe NEV PMCG viu a necessidade de estudar de forma aprofundada o texto completo dos estudos incluídos – de forma similar à Revisão Rápida – permitindo ao gestor maior segurança no processo decisório (apesar de tal leitura não constar no documento final, sendo discutida na reunião de entrega). Como aprendizado, a equipe reforçou que a oferta de Sumário de Resumos deve ser realizada esporadicamente, com responsabilidade e em indicações específicas, uma vez que Revisões Rápidas provém melhor estrutura para decisões em saúde pública – ainda que seu tempo de elaboração seja maior.

No segundo semestre de 2021, prevaleceu a produção de Revisões Rápidas e Sínteses Rápidas de Evidências, sendo todas direcionadas à gestão da Rede de Assistência em Saúde. Diferentes áreas técnicas demandaram os quatro produtos entregues neste período, sendo possível destacar a atenção primária e especializada. Estas respostas rápidas foram: *“Monitoramento ambulatorial dos casos de COVID-19 – evidência sobre método, frequência e efetividade”*, em julho; *“Exame citopatológico do câncer de colo do*

útero – estratégias para ampliação da cobertura”, em setembro; “Instrumentos validados de monitoramento da atenção primária em saúde”, em outubro, e; “Acolhimento a pessoas transexuais em serviços especializados de urologia e ginecologia”, em novembro.

DISCUSSÃO

Um estudo transversal realizado nas cinco principais Secretarias de Saúde do estado de Mato Grosso do Sul, antes da implantação de núcleos de evidências no estado, evidenciou baixa capacidade organizacional para implementação de PIE na Atenção Primária em Saúde (BENTO, 2020). Assim como em estudo paranaense similar (BECKER; RECH; REIS, 2018), os resultados demonstraram que gestores tendem a tomar decisões informados, principalmente, por veículos não científicos e diretrizes do Ministério da Saúde, com pouco reconhecimento de outras fontes de informação.

As principais barreiras para o emprego de periódicos científicos apresentadas na literatura também foram diagnosticadas em Mato Grosso do Sul, em especial a falta de tempo para acesso e leitura de artigos, pouca familiaridade com as buscas e linguagem científicas, falta de cultura e incentivos institucionais e pouca parceria com pesquisadores (BECKER, RECH, REIS, 2018; BENTO, 2020; INNVÆR et al., 2002; OLIVER et al., 2014). A implantação de núcleos de evidências no Estado têm ajudado a superar essas barreiras, especialmente na Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande.

Resultados qualitativos que exploraram a dificuldade de interação entre formuladores de política e pesquisadores evidenciaram que pode haver um clima de desconfiança entre os mesmos, com relatos de baixa demanda de produtos por gestores, falta de envolvimento, interesse e conhecimento (CORLUKA et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2020). A experiência do NEV PMCG demonstrou um aumento expressivo de solicitações ao núcleo a partir de 2020, possivelmente por passar a ser reconhecido como órgão de gestão e de apoio interno à PMCG, e não um órgão externo à administração pública municipal. Embora possam haver outros fatores confundidores que expliquem esse fenômeno, a percepção de que a equipe NEV PMCG é tão implicada nos problemas do serviço quanto quem origina as demandas, e que esta equipe possui capacidade de compreensão das barreiras, tempos e etapas necessárias para sua resolução ajudam na manutenção de uma relação de apoio mútuo, discrição e confiança.

Com onze respostas rápidas entregues em 2021, dois cursos, uma oficina e diversas palestras, o NEV PMCG tem sido produtivo. Um mapeamento, realizado em abril de 2019, abrangendo 15 núcleos de evidências do Brasil, apontou a prevalência de, em média, três atividades por ano, entre produtos de tradução do conhecimento e capacitações para o uso de evidências científicas (OLIVEIRA et al., 2020). É importante ressaltar que há diferenças significativas entre os contextos, tamanhos de equipes, exclusividade dos servidores, métodos de trabalho e os tipos de produtos mais demandados a cada núcleo; e ainda que,

quanto maior o tempo para a produção de um produto, melhor tende a ser sua qualidade metodológica e, conseqüentemente, a confiança em seus achados (OLIVEIRA et al., 2020).

A perspectiva para o futuro é a de ampliação do uso de evidências científicas para informar a tomada de decisão e reduzir incertezas em Campo Grande-MS. O NEV PMCG terminou 2021 com novas encomendas, envolvendo estudos sobre a profilaxia da raiva humana, a evasão de pacientes em tratamento de saúde mental dos serviços de saúde e a atualização do protocolo de classificação de risco na rede de urgência e emergência pré-hospitalar fixa do município. Há ainda a expectativa de criação de mais núcleos de evidências na região. Após atividades de sensibilização e treinamento, o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul está articulando a criação de seu próprio NEV, fruto de parcerias instituídas entre o hospital e o NEV PMCG.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento científico é dispendioso para ser gerado, porém até o momento é insubstituível na sua capacidade de avaliar racionalmente a realidade dos problemas com confiabilidade e imparcialidade. A administração pública, por sua vez, é uma atividade complexa com uma miríade de desafios e impactos na saúde e qualidade de vida de milhares de pessoas. O uso racional e efetivo do conhecimento científico para a geração de decisões e políticas mais eficazes não é apenas útil à administração, mas ferramenta indispensável à construção de uma sociedade mais justa e equânime.

O compartilhamento desta breve vivência em informar as políticas pública pelas melhores evidências científicas objetiva comunicar os caminhos percorridos e resultados obtidos por esta instituição. A análise das experiências deste núcleo pode melhor informar trabalhadores, gestores e pesquisadores sobre o processo de tradução do conhecimento no contexto prático e local, potencializando a mudança dos paradigmas administrativos e assistenciais da saúde e das diversas áreas de interesse público. O NEV PMCG segue com clareza de sua missão institucional de fortalecer as políticas públicas através do uso sóbrio e eficaz do conhecimento científico.

REFERÊNCIAS

- BARRETO, J. O. M.; SOUZA, N. M. Avançando no uso de políticas e práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piripiri-Piauí. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 25–34, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100004&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 1 jun. 2022.
- BECKER, L. A.; RECH, C. R.; REIS, R. S. Acesso à informação para tomada de decisão com base em evidências segundo a percepção de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Paraná, no ano de 2014. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, p. 1 – 7, 2018. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-34-07-e00003918.pdf>. Acesso em: 31 maio 2022.
- BENTO, A. L. **Institucionalização do uso de evidências científicas na tomada de decisão em Atenção Primária em Saúde**. 2020. 83 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde**: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Serviço de produção de evidências para apoio à tomada de decisão**: portfólio de produtos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsm.sau.br/bvs/publicacoes/servico_producao_apoio_evidencias_tomada_decisao_portifolio_produtos.pdf. Acesso em: 2 jun. 2022.

CAMPO GRANDE. Lei nº 6.201, de 9 de maio de 2019. Dispõe sobre a implantação do Núcleo de Evidência em Saúde (NEV) “Plataforma de Tradução do Conhecimento” no Município de Campo Grande e dá outras providências. **Diário Oficial [de] Campo Grande**: parte 1, Campo Grande, MS, ano 22, n. 5.571, p. 2, 10 maio 2019a.

CAMPO GRANDE. Decreto nº 13.872, de 20 de maio de 2019. Dispõe sobre a Operacionalização do Núcleo de Evidências em Saúde no Município de Campo Grande e dá outras providências. **Diário Oficial [de] Campo Grande**: parte 1, Campo Grande, MS, ano 22, n. 5.583, p. 1, 21 maio 2019b.

CAMPO GRANDE (MS). Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Gestão do Trabalho em Saúde. Núcleo de Evidências da Prefeitura de Campo Grande. **Produtos de Elaboração do NEV PMCG**. Campo Grande: NEV PMCG, 2020. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/1ye2iBSWURQrdUpgz1J5ICLqgcws5zUAv?usp=sharing>. Acesso em: 1 jun. 2022.

CORLUKA, A. *et al.* Exploring health researchers’ perceptions of policymaking in Argentina: a qualitative study. **Health Policy Plan.**, Oxford, Inglaterra, v. 29, p. ii40–ii49, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czu071>. Acesso em: 1 jun. 2022.

DIAS, R. I. S. C. *et al.* Estratégias para estimular o uso de evidências científicas na tomada de decisão. **Cad Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 316–322, 2015.

HEAD, B. W. Toward More “Evidence-Informed” Policy Making? **Public Adm Rev**, [s. l.], v. 76, n. 3, p. 472–484, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/puar.12475>. Acesso em: 01 jun. 2022.

INNVER, S. *et al.* Health policy-makers perceptions of their use of evidence: a systematic review. **J Health Serv Res Policy**, vol. 7, n. 4, p. 239–244, 2002. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1258/135581902320432778>. Acesso em: 01 jun. 2022.

OLIVER, K. *et al.* A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. **BMC Health Serv Res**, Manchester, v. 14, n. 2, p. 2-12, 2014.

OLIVEIRA, S. M. V. L. *et al.* Institucionalização das políticas informadas por evidências no Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, v. 44, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3028/discover>. Acesso em: 30 maio 2022.

RAMOS, A. B.; VILELA JÚNIOR, D. C. A Influência do Papel do Scrum Master no Desenvolvimento de Projetos Scrum. **Revista de Gestão e Projetos**, [São Paulo], v. 8, n. 3, p. 80–99, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/gep.v8i3.556>. Acesso em: 31 maio 2022.

RAMOS, M. C.; SILVA, E. N. Como usar a abordagem da Política Informada por Evidência na saúde pública? **Saúde Debate**, [s. l.], v. 42, n. 116, p. 296–306, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0296.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2022.

SCRUM – Aprenda Scrum em 9 minutos. Por MindMaster. 2017. 1 vídeo (9 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=XfvQWnRgxGO>. Acesso em: 02 jun. 2022.

WICHMANN, R. M.; CARLAN, E.; BARRETO, J. O. M. Consolidação da Rede para Políticas Informadas por Evidências – EVIPNet Brasil: relato da experiência nacional de construção de uma plataforma de tradução do conhecimento para o SUS. **Boletim Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 18–31, 2016.

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 03/06/2022

ACEITO: 07/10/2022

O OLHAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PARA A SUA PRÁTICA PROFISSIONAL: TRABALHO PREVISTO, TRABALHO REAL E A INFLUÊNCIA DOS PROCESSOS DE FORMAÇÃO

DIAS, Monique Nunes Fiuza¹. **O olhar do agente comunitário de saúde para a sua prática profissional: trabalho previsto, trabalho real e a influência dos processos de formação.** Orientadora: Angélica Ferreira Fonseca. 2020. 96 f. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde, Rio de Janeiro, 2020.

RESUMO

Introdução: Desde a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), foram observados avanços no cenário da saúde pública. A inscrição da saúde enquanto um direito é um grande marco. A reorganização assistencial brasileira, que parte de uma assistência médico centrada, hospitalocêntrica e excludente, em direção ao acesso universal, gratuito e com enfoque preventivo, também representa um grande avanço. A incorporação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ao SUS, contribuiu para esta reformulação, considerando os seus princípios e diretrizes, operacionalizados por meio de uma equipe multiprofissional. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são membros desta equipe, fortalecem o enfoque territorial e contribuem para que as ações preventivas na ESF sejam ressaltadas, considerando, principalmente, o seu papel educativo e de promotores da saúde. **Objetivo:** Discutir a relação entre a qualificação e a formação profissional do ACS e seus reflexos no cotidiano da sua prática e, de forma mais específica, identificar quais atribuições são mais relevantes em seu cotidiano laboral. **Métodos:** Foram analisados dados coletados por meio de entrevistas realizadas com 20 ACS, garantindo a representatividade das cinco regiões brasileiras. O presente estudo parte de um projeto mais amplo, de base qualitativa, intitulado Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências, que teve como objetivo analisar a formação profissional dos trabalhadores técnicos da ESF, considerando os seus princípios e diretrizes e as características do processo de trabalho. O estudo contemplou enquanto participantes: auxiliares/técnicos de enfermagem, os técnicos de saúde bucal (TSB), ACS e os agentes de combate a endemias (ACE), que integram equipes da ESF. A coleta de dados foi realizada em 20 municípios de 13 estados brasileiros. Apresentar índice de cobertura da ESF maior ou igual a 60% e equipes compostas por enfermagem, ACS, TSB e ACE, representam os critérios para compor a amostra. A pesquisa respeitou todos os preceitos éticos, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 1.064.681CAAE: 43320215.1.0000.5241. Considerando o objetivo traçado para este estudo, foram analisadas apenas as falas de ACS, selecionando, aleatoriamente, um representante de cada município, compondo a amostra de 20 participantes. **Resultados:** Com base na análise de conteúdo das entrevistas foi possível compor duas categorias de análise: “o saber acumulado do ACS” e a “valorização das atribuições sob a ótica do próprio profissional”. Com base nos achados contemplados na primeira categoria, foi possível discutir a relação existente entre a qualificação e a formação dos ACS e como tais processos refletem em seu cotidiano prático, de modo que o ACS passou por processos diretamente voltados para a prática profissional, com destaque ao Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE) e Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS); bem como cursos curtos e pontuais sobre temas especificamente ligados às atividades de coleta de dados ou temas relacionados as linhas de cuidado ou a epidemia de arboviroses. Mesmo com o investimento teórico relevante e significativo, tendo a sua importância reconhecida pelo ACS, o conhecimento empírico, adquirido na rotina e nas trocas

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7761-7768>. E-mail: moniquenfd@gmail.com.



com os outros colegas de trabalho, onde a principal referência é representada pela figura do enfermeiro, ainda assume centralidade para nortear a sua prática e compor a carga do seu saber profissional. Com base nos achados contemplados na segunda categoria, foi possível identificar quais atribuições são mais relevantes em seu cotidiano laboral, divididas entre o trabalho interno/burocrático e o trabalho no território desenvolvido pelo ACS, bem como ao maior valor que atribui às atividades desenvolvidas no território. Também é importante ressaltar a dicotomia existente entre o trabalho real – presente na fala dos participantes, contemplando as atribuições possíveis de serem praticadas – e o trabalho prescrito, ou seja, o conjunto de atribuições desenhadas para o cargo e que muitas vezes, não é possível praticá-las ou que, até mesmo, são desconhecidas pelo ACS. **Conclusão:** Os resultados encontrados evidenciam que o ACS atribuiu valor às raízes de atuação, ao trabalho educativo, no território e que o trabalho real é mais amplo que o trabalho previsto. Indica-se que a incorporação de inúmeras atividades se deve ao déficit de profissionais e a forma vaga com que as políticas de saúde tratam estes trabalhadores, em especial o principal documento que norteia a atenção básica a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Agente Comunitário de Saúde. Educação Profissional em Saúde. Qualificação Profissional. Trabalho em Saúde.



e-ISSN 2675-7656



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DR. JORGE DAVID NASSER

SES

Secretaria de Estado
de Saúde



**GOVERNO
DO ESTADO**

Mato Grosso do Sul