

e-ISSN 2675-7656

V. 3, N. 2, 2020

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
Crhistinne 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. 3, N. 2, 2020

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

Ana Paula Rezende Goldfinger (SES/ESP)

Bianca Corrêa de Castro (SES/ESP)

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)

Christinne Cavalheiro Maymone Gonçalves (UFMS/SES)

Denise Rodrigues Fortes (ETSUS/SES)

Elizete da Rocha Vieira de Barros (UFMS)

Julio Henrique Rosa Croda (FIOCRUZ/UFOD)

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>	
 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PROSTATECTOMIZADO	7
<i>NURSING CARE FOR PROSTATECTOMIZED PATIENTS</i> Silvana Alves do Espírito Santo, Ana Paula de Assis Sales, Oleci Pereira Frota, Stefani Carvalho dos Santos	
 ARTIGOS DE REVISÃO <i>REVIEW ARTICLES</i>	
 INTEROPERABILIDADE ENTRE OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE BRASILEIROS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	17
<i>INTEROPERABILITY BETWEEN HEALTH INFORMATION SYSTEMS IN BRAZIL: AN INTEGRATIVE REVIEW</i> Patricia Rodrigues Sanine, Marcelo Alves da Silva	
 DEMANDAS DE JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	30
<i>DEMANDS FOR HEALTH JUDICIALIZATION: AN INTEGRATIVE REVIEW</i> Juscilene da Silva Maciel, Ana Paula de Assis Sales, Patrícia Moita Garcia Kawakame	
 RELATO DE EXPERIENCIA <i>EXPERIENCE REPORT</i>	
 PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL AOS TRABALHADORES DO COMPLEXO REGULADOR DE PERNAMBUCO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA	41
<i>HEALTH PROMOTION TO WORKERS IN THE PERNAMBUCO REGULATORY COMPLEX DURING A COVID-19 PANDEMIC: EXPERIENCE REPORT</i> Nathaly Alves Cavalcante, Fidel da Silva Bezerra, Ana Cláudia Silva de França, Katharine Fraga dos Santos, Edilene Maria da Silva Barbosa, Lucijane Maria da Silva Gaspar	
 RESUMOS <i>ABSTRACTS</i>	
 AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	48
Nathan Aratani	

Caros Leitores,

Em meio à pandemia de COVID-19, causada pela novo coronavírus SARS-CoV2, observamos impactos epidemiológicos sem precedentes na saúde da população e dos trabalhadores de saúde, além de uma incessante busca pela organização dos serviços para a prestação contínua do cuidado. Nesse cenário, as produções científicas no âmbito da saúde pública e coletiva multiplicaram-se.

De fato, não paramos! E os diversos estudos voltados para o Sistema Único de Saúde (SUS) continuam a investigar as potencialidades deste sistema para assistência, e vigilância de agravos junto à população, além de explorar os gargalos dos serviços, que ainda necessitam ser enfrentados.

No artigo, “Assistência de enfermagem ao paciente prostatectomizado”, por exemplo, observamos a prestação de serviços no SUS, mediante aos diagnósticos e intervenções de enfermagem na complexidade hospitalar e o desafio de prestar esta assistência de forma integral. A reflexão sobre os desafios do SUS continua nos artigos de revisão integrativa “Demandas de judicialização em saúde” e “Interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde brasileiros”, elucidam essas temáticas com destreza, e provocam em nós refletir sobre os gastos com o sistema público de saúde e o atual processo de produção de informação na saúde.

Sem desprender da situação pandêmica, o relato de experiência “Promoção de saúde mental aos trabalhadores do complexo regulador de Pernambuco durante a pandemia de COVID-19”, aborda a implementação de um projeto de intervenção, que buscou por meio de atividades físicas e abordagens psicológicas, promover conforto aos trabalhadores locais. Esta experiência reportada no Nordeste do país, retratada o alcance nacional da RSPMS e abre caminhos para divulgarmos cada vez mais vivências no campo da promoção da saúde e da qualidade de vida.

Por fim, celebramos esta edição que encerra as atividades do ano de 2020 da Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (RSPMS), homenageando a todos os colaboradores da RSPMS e, especialmente, aos trabalhadores do SUS: Nossos principais leitores! Esta edição e, outras que virão, são sempre dedicadas a vocês.

Com esperança de tempos melhores.

Boa leitura!

André Vinicius Batista de Assis
Editor de Comunicação da RSPMS

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PROSTATECTOMIZADO

NURSING CARE FOR PROSTATECTOMIZED PATIENTS

Silvana Alves do Espírito Santo¹, Ana Paula de Assis Sales²,
Oleci Pereira Frota³, Stefani Carvalho dos Santos⁴

RESUMO

Introdução: O câncer de próstata, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, é considerado a neoplasia maligna mais frequente nos homens e a segunda causa de óbito no Brasil. **Objetivo:** Identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem, prescritos a pacientes em pós-operatório de prostatectomia. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal, retrospectivo quantitativo com dados secundários coletados em prontuários. **Resultados:** Os diagnósticos de enfermagem (DE) prevalentes foram: Eliminação urinária prejudicada (15,38%); Risco de infecção (15,38%); Integridade da pele prejudicada (12,82%); e Ansiedade (12,82%). As intervenções mais prescritas foram: Orientar quanto aos cuidados com a ferida (13,04%); Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao tratamento (13,04%); Orientar quanto aos sinais e sintomas de infecção (8,70%); Oferecer informações sobre os cuidados pré e pós-operatório (8,70%). **Conclusão:** Os DE mais frequentes estiveram relacionados aos aspectos biológicos, referiram-se às necessidades psicossociais e nenhum relacionou-se à necessidade psicoespiritual. Este estudo fortalece e colabora com os saberes da enfermagem por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem, demonstrando como teoria e prática para o cuidar devem estar em processos contínuos de busca das melhores evidências clínicas.

Palavras-chave: Prostatectomia. Neoplasias da Próstata. Enfermagem Oncológica. Assistência de Enfermagem

ABSTRACT

Introduction: Prostate cancer, according to the World Health Organization, is considered the most frequent malignant neoplasm in men and the second leading cause of death in Brazil. **Objective:** To identify nursing diagnoses and interventions prescribed to patients in the postoperative period of prostatectomy. **Materials and Method:** This is a descriptive, cross-sectional, retrospective quantitative study with secondary data collected from medical records. **Results:** The prevalent nursing diagnoses (ND) were: Impaired urinary elimination (15.38%); Risk of infection (15.38%); Impaired skin integrity (12.82%); and Anxiety (12.82%). The most prescribed interventions were: Guidance on wound care (13.04%); Clarify patient doubts regarding treatment (13.04%); Provide guidance on signs and symptoms of infection (8.70%); Provide information on pre and postoperative care (8.70%). **Conclusion:** The most frequent NDs were related to biological aspects, only two diagnoses referred to psychosocial needs and none related to psychospiritual needs. This study strengthens and collaborates with nursing knowledge through the Nursing Care Systematization, demonstrating how theory and practice for care must be in continuous processes of seeking the best clinical evidence.

Keywords: Prostatectomy. Prostate neoplasms. Oncology Nursing. Nursing Assistance.

¹Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.
ORCID: 0000-0001-8662-1403. E-mail: silvanaalvesdoespiritossanto@gmail.com.

²Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.
ORCID: 0000-0002-1327-5383. E-mail: ana.sales@ufms.br.

³Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.
ORCID: 0000-0003-3586-1313. E-mail: olecifrota@gmail.com.

⁴Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.
ORCID: 0000-0001-9245-9887. E-mail: stefani.santos@ufms.br



INTRODUÇÃO

O câncer (CA) de próstata (CaP) é o segundo mais comum nos homens brasileiros, seguido apenas pelo CA de pele não-melanoma. Esse CA é considerado comum na terceira idade, por ser mais prevalente em homens a partir dos 65 anos (ARAÚJO *et al.*, 2015; MATA *et al.*, 2015). No Brasil, é o câncer de maior incidência entre os homens (desconsiderando-se dessa análise o câncer de pele não melanoma) e no estado de Mato Grosso do Sul a estimativa para o ano de 2020 era de 1.240 novos casos (INSTITUTO NACIONAL DO CANCÊR JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019).

A enfermagem, como uma profissão autônoma e inserida nos diferentes contextos de saúde, utiliza como método de trabalho a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, que se configura como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico (NASCIMENTO *et al.*, 2011).

No que se refere ao saber profissional, as ações exercidas pelo sujeito são imprescindíveis para uma assistência fundamental, caracterizada pelos significados atribuídos pelos enfermeiros. O enfermeiro é um profissional com ampla visão científica que pode desenvolver e implementar o processo de enfermagem, com base no raciocínio clínico. Esse conhecimento possibilita o trabalho em educação em saúde, tornando importante, nesse contexto, orientar, informar e analisar o conhecimento da clientela sobre o câncer de próstata (HORA *et al.*, 2020; ARAUJO *et al.*, 2019).

A SAE está pautada na implementação do Processo de Enfermagem (PE), que é considerado um plano de cuidados adequadamente utilizado, capaz de guiar e favorecer a continuidade da assistência de enfermagem, por meio da facilitação da comunicação entre enfermeiros e outros profissionais que prestam cuidados (NASCIMENTO *et al.*, 2011). O PE apresenta-se como um instrumento metodológico que possibilita ao enfermeiro identificar, compreender, descrever, explicar e prever os problemas de saúde do cliente, assim como determinar quais aspectos das respostas do cliente exigem intervenção profissional para alcançar resultados esperados (MATTOS, 2012).

Ademais, o Processo de Enfermagem (PE) é parte da atribuição do enfermeiro, como atividade de cuidado individualizado e coletivo, conforme a lei do exercício profissional e Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 1986; 2009).

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem prescritas a pacientes em pós-operatório de prostatectomia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de natureza quantitativa, retrospectivo e com uso de dados secundários. Realizado no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian em Campo Grande, MS, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016.

O período da coleta de dados ocorreu durante o segundo semestre de 2017 entre os meses de agosto a setembro. Incluíram-se no estudo prontuários de pacientes submetidos a qualquer modalidade (métodos) cirúrgica de prostatectomia, conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde - CID 10: C61 de CaP. Foram analisados 63 prontuários de pacientes com diagnóstico de CaP, sendo incluído no estudo

apenas os pacientes que foram submetidos à cirurgia de prostatectomia. Após a utilização do critério estabelecido a amostra foi composta por 52 prontuários de homens submetidos à prostatectomia. Dos 52 prontuários apenas 39 possuíam os diagnósticos de enfermagem citados na atual pesquisa.

O estudo foi realizado por meio da aplicação de um instrumento semiestruturado, elaborado pelos pesquisadores. Os dados clínicos foram organizados no programa Microsoft Office Excel 2007 e analisados por meio de estatística descritiva no programa Epi info™ versão 7.2.2.2. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e aprovado com o CAAE 68040817.5.0000.0021, respeitando todos os princípios éticos e metodológicos da pesquisa envolvendo seres humanos contidos na Resolução do CNS nº. 466/2012 e postulados internacionais.

No Brasil, a aplicação do PE iniciou-se com Wanda de Aguiar Horta, nos anos de 1960, que trouxe como referencial teórico a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow. Essa metodologia é composta de seis etapas, sendo o diagnóstico de enfermagem (DE) uma delas. Horta desenvolveu seus estudos a partir da teoria da motivação humana de Maslow, que se fundamenta nas necessidades humanas básicas e utiliza a denominação adotada por João Mohana, ou seja, necessidades psicológicas, psicossociais e psicoespirituais (HORTA, 1979; UBALDO, MATOS, SALUM, 2015).

Utilizou-se o processo de enfermagem, tendo como referencial o sistema da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), o objetivo da NANDA é a padronizar a linguagem diagnóstica utilizada pelo profissional enfermeiro (DANTAS *et al.*, 2020).

É importante destacar que, para o desenvolvimento de um bom processo de enfermagem, o diagnóstico da NANDA pode ser utilizado junto com a Teoria de Wanda Horta na Sistematização da Assistência de Enfermagem, pois uma complementa a outra e ambas podem trazer benefícios para o atendimento humanizado do paciente. Assim, essa estratégia foi adotada.

O processo de enfermagem de acordo com Horta caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas seis fases ou passos, a seguir (HORTA, 1979).

- I. Histórico de Enfermagem- roteiro sistematizado para o levantamento de dados (significativos para a enfermeira) do ser humano e que tornam possível a identificação de seus problemas.
- II. Diagnóstico de Enfermagem - A identificação das necessidades do ser humano que precisam de atendimento e a determinação, pela enfermeira, do grau de dependência deste atendimento em natureza e em extensão.
- III. Plano Assistencial - A determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido.
- IV. Plano de Cuidados/Prescrição de Enfermagem- Implementação do plano assistencial pelo roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano.
- V. Evolução de Enfermagem - Relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional.

- VI. Prognóstico de Enfermagem- Estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

RESULTADOS

A coleta de dados realizada em prontuários permitiu a identificação dos principais diagnósticos de enfermagem acometidos pelo CaP. A partir da identificação das Necessidades Humanas Básicas afetadas foram identificados (n=39) 12 diagnósticos de enfermagem.

Quanto à caracterização dos pacientes prostatectomizados, constata-se que a idade no momento de internação prevaleceu na média de 67,6 anos, variando entre 49 a 96 anos. Em relação às comorbidades, evidenciou uma maior proporção de Hipertensão Arterial Sistêmica (31,8%), Diabetes Mellitus (27,2%), Acidente Vascular Encefálico (9,09%), Dislipidemia (9,09%), Infarto Agudo do Miocárdio (9,09%), Insuficiência Cardíaca Congestiva (9,09%) e Alzheimer (4,55%).

Tabela 1 – Títulos de diagnósticos de enfermagem utilizando a taxonomia proposta pela NANDA mapeados pelas Necessidades Humanas Básicas. Campo Grande, MS, Brasil, 2017.

Necessidades Humanas Básicas	Diagnósticos de Enfermagem	F	%
Necessidades Biológicas			
Integridade física	Integridade da pele prejudicada	5	12,82
Segurança física/meio ambiente	Risco de infecção	6	15,38
Eliminação	Eliminação urinária prejudicada	6	15,38
	Risco de lesão do trato urinário	4	10,26
Nutrição	Risco de glicemia instável	1	2,56
Regulação Vascular	Risco de sangramento	1	2,56
Atividade física/Repouso	Intolerância a atividade	1	2,56
	Risco de recuperação cirúrgica retardada	1	2,56
Percepção dos órgãos dos sentidos	Dor aguda	1	2,56
Necessidades Psicossociais			
Segurança emocional	Ansiedade	5	12,82
Aprendizagem	Conhecimento deficiente relacionado à cirurgia	4	10,26
	Conhecimento deficiente relacionado aos cuidados com a ferida	4	10,26
Total		39	100,00

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados coletados (2017)

A coleta de dados realizada em prontuários permitiu a identificação dos Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de pacientes prostatectomizados. As intervenções de enfermagem foram apresentadas na tabela 2.

Tabela 2 – Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem identificados nos pacientes prostatectomizados assistidos no Hospital Universitário entre o período de 2015 a 2016. Campo Grande, MS, Brasil, 2017. (N=52).

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	%
Integridade da pele prejudicada	Não registrado.	—
Ansiedade	Ouvir atentamente o paciente;	4,35
	Proporcionar bem estar ao paciente.	8,70
	Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao tratamento;	13,04
Conhecimento deficiente sobre a cirurgia e ferida	Oferecer informações sobre os cuidados pré e pós-operatório;	8,70
	Oferecer informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico;	4,35
	Orientar sobre anestesia e cirurgia.	4,35
Dor aguda	Medicar conforme prescrição médica.	4,35
	Orientar quanto aos sinais e sintomas de infecção;	8,70
Risco de infecção	Orientar quanto aos cuidados com a ferida, quanto à lavagem de incisão com água e sabão;	13,04
	Orientar quanto aos cuidados com a lavagem das mãos com água e sabão	4,35
Eliminação urinária prejudicada	Investigar se existem fatores contribuinte para a dificuldade de eliminação urinária.	8,70
Risco de lesão do trato urinário	Não registrado	—
Risco de recuperação cirúrgica retardada	Orientar paciente quanto à necessidade de ingestão de nutrientes que contribuirão para recuperação do procedimento cirúrgico	4,35
Risco de sangramento	Não registrado	—
Risco de Glicemia instável	Orientar quanto à necessidade de mudança de hábitos alimentares	4,35
	Estimular a perda de peso para melhorar a recuperação	4,35
Intolerância a atividade	Estimular a participação nas atividades de autocuidado.	4,35

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados coletados.

DISCUSSÃO

Perante análises evidenciadas neste estudo o câncer de próstata é muitas vezes complicado por comorbidades ou outras doenças preexistentes, como doenças cardiovasculares, doença cerebrovascular, diabetes e outros cânceres primários relacionados à idade, que acabam por competir em relação às causas de óbito com o próprio câncer (MODESTO *et al.*, 2017).

Corroborando com esta pesquisa outro estudo, mostra que há poucos cuidados prescritos para as necessidades espirituais. Compreende-se que, na atuação profissional, ainda há escassez da visão holística, ou seja, da necessidade de enxergar o ser humano como um ser “bio-psico-social-espiritual”, que transcende o aspecto físico (NOVAES; TORRES; OLIVA, 2015). Segundo Santos *et al.* (2016) as crenças e as práticas religiosas podem estar associadas com maior bem estar, melhor saúde mental e um enfrentamento mais bem sucedido de situações de alto estresse.

É importante que os pacientes submetidos a cirurgia de prostatectomia, recebam informações de autocuidado culturalmente congruentes que facilitem o processo de recuperação. Conhecer e se apropriar dos processos de recuperação cirúrgica e as possíveis complicações, disponibilizadas pelo Processo de Enfermagem no cuidado individualizado, melhoraram o enfrentamento dos problemas no pós-operatório.

Neste estudo, foi identificado o DE Conhecimento deficiente, assim também como no estudo de Kocacal e Karadag (2020), onde demonstraram a presença do mesmo DE em quase (68%) dos pacientes. Os pesquisadores trouxeram as intervenções de enfermagem relacionadas ao DE: Conhecimento deficiente, tais como: melhorar a comunicação por meio de educação em saúde voltada, informar sobre processo de recuperação e possíveis complicações, atentando-se para uma linguagem clara e coesa com as necessidades do paciente.

Pesquisa realizada por Rocha e Ivo (2015) enfatizam que a falta de conhecimento do procedimento ao qual será submetido, juntamente com o déficit de informações e assistência inadequada, podem levar os clientes no período pré-operatório a apresentar anseios, medos e temores. Este fato, associado ao ambiente hospitalar e as tecnologias utilizadas, pode prejudicar o processo de recuperação pós-cirurgia. O DE recuperação cirúrgica retardada pode estar diretamente ligado ao DE dor aguda, dessa forma merece atenção e foco redobrado, uma vez que poderá contribuir diretamente com a qualidade da assistência de enfermagem bem como para o tempo de internação hospitalar, afetando a segurança do paciente (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Para Romanzini, Carvalho e Galvão (2015), as complicações relacionadas com as fases de cicatrização da ferida cirúrgica (inflamação, proliferação, maturação) acarretaram prejuízos na recuperação do paciente, tais como: deiscência da ferida, ferida cirúrgica com presença de exsudato, infecção, dor persistente, edema, sangramento e mobilidade física prejudicada.

Neste aspecto, o DE Risco de recuperação cirúrgica retardada identificado neste estudo, relaciona-se com toda a fase cicatricial, sendo competência dos enfermeiros e equipe de enfermagem, se atentarem para cuidados com a pele, oferta de dieta prescrita, administração de fármacos prescritos e análise do estado geral do paciente como controle de sinais vitais, eliminações e relato de dor. Este conjunto de cuidados, parte da SAE e do PE, consolidam as intervenções de enfermagem.

No que concerne ao DE Integridade da pele prejudicada pode ser causado por procedimentos invasivos, tecido traumatizado ou incisão cirúrgica. Para tanto, ao avaliar o Risco de Integridade da pele prejudicada, o enfermeiro deve planejar e executar intervenções necessárias para a prevenção (KOCACAL, KARADAG, 2020; MENESES *et al.*, 2020).

A obstrução mecânica por coágulos sanguíneos, edema, trauma e procedimento cirúrgico, pressão e irritação do cateter ou balão e perda do tônus vesical podem estar relacionados ao DE Eliminação urinária prejudicada que foi encontrado em todos os pacientes do estudo de Kocacal e Karadag (2020).

Para Romanzini *et al.* (2018), sintoma psicológico como ansiedade está relacionado à pior qualidade de vida e bem-estar, como aumento da dor e sensibilidade aos sintomas, podendo influenciar negativamente a motivação, a energia do paciente, o enfrentamento da doença, a adesão ao tratamento e o processo de recuperação.

A principal desvantagem da realização da prostatectomia está relacionada à ocorrência de complicações, como incontinência urinária e disfunção erétil. O desenvolvimento da incontinência urinária após prostatectomia está

relacionado à deficiência dos esfíncteres interno e externo da uretra, à disfunção da bexiga e à fraqueza dos músculos do assoalho pélvico (GOMES *et al.*, 2019).

O diagnóstico Risco de glicemia instável foi identificado, de acordo com Souza, Carvalho e Paldino (2012) em pacientes com histórico de diabetes, apresentando, portanto, risco de glicemia instável devido ao grande período em jejum a que são submetidos. A taxa de açúcar no sangue se eleva em média, a cada três horas e a insulina faz a metabolização desta glicose, porém, nos pacientes diabéticos, essa compensação feita pela insulina é comprometida pela doença, sendo, em alguns casos, necessário o uso de medicamentos hipoglicemiantes para normalizar o nível sérico de glicose. O diabetes também aumenta o risco de infecção e causa alteração na coagulação.

Para pacientes com doenças crônicas como hipertensão e diabetes, e para aqueles que possuem outras comorbidades o uso dos dispositivos hospitalares e realização de procedimentos invasivos, tais como: acesso venoso, sonda vesical, bolsa coletora de urina e drenos, suportes de soro, restrição ao leito, além da presença da própria incisão cirúrgica, são fatores que aumentam o risco para infecção e evidencia o diagnóstico risco de infecção também encontrado no nosso e em outro estudo (SALDANHA, 2011).

Outros diagnósticos de risco, a saber: Risco de sangramento, compõem aqueles que podem estar presentes imediatamente após uma prostatectomia, como sangramento e choque. O sangramento pode acontecer a partir do leito dessa glândula, resultando na formação de coágulos, que obstruem o fluxo de urina no cateter. Essa obstrução gera muita dor e desconforto para o paciente (SMELTZER; BARE, 2015).

Outro diagnóstico presente nos pacientes estudados foi Dor aguda. A dor é um diagnóstico muito comum no pós-operatório imediato, descrita em termos de tal lesão e com duração de menos de seis meses. Na cirurgia da próstata, essa sensação desagradável pode estar relacionada à incisão, à escoriação da pele no local do cateter; e/ou aos espasmos vesicais. A irritabilidade da bexiga pode iniciar o sangramento e resultar na formação de coágulo, levando à retenção urinária (NASCIMENTO *et al.*, 2011; SALDANHA, 2011).

Na literatura estudada, encontrou-se um maior número de intervenções de enfermagem mencionadas na pesquisa realizada por Nascimento *et al.* (2011) na Clínica Cirúrgica de um Hospital escola, localizado na cidade de João Pessoa-PB, de 97 diagnósticos de enfermagem foram elaboradas 259 intervenções de enfermagem para pacientes submetidos à prostatectomia, algumas destas convergem com as encontradas no nosso estudo.

De acordo com o estudo de Santos *et al.* (2015) a cirurgia de prostatectomia gera muitas dúvidas e questões complexas para o paciente e sua família, pois envolve aspectos funcionais, urológicos e sexuais. Portanto, a equipe de saúde, principalmente a de enfermagem, deve conduzir métodos de orientação e comunicação para facilitar o restabelecimento desse paciente. Assim, orientações sobre o período pré, trans e pós-operatório são componentes essenciais de um cuidado centrado nas necessidades do paciente e sua família.

A possibilidade de identificação de outros fatores de risco para cada paciente prostatectomizado em combinação com os fatores “procedimento invasivo (cirurgia, cateterismo vesical de demora) e exposição a patógenos aumentada (hospitalização)”, favorece sobremaneira o direcionamento das ações individualizadas do enfermeiro no sentido de prevenir com maior efetividade as infecções e auxiliar para que o período de recuperação de cada paciente transcorra sem os transtornos das complicações infecciosas (NAPOLEÃO, CALDATO, PETRILLI FILHO, 2009; ROCHA, IVO, 2015).

CONCLUSÃO

Dentre estes DE identificados, destacaram-se: Risco de infecção; Eliminação urinária prejudicada; Integridade da pele prejudicada; Ansiedade; Risco de lesão do trato urinário; Conhecimento deficiente relacionado à cirurgia e aos cuidados com a ferida. As intervenções que apresentaram maior número de ocorrências foram: Orientar quanto aos cuidados com a ferida; Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao tratamento; Orientar quanto aos sinais e sintomas de infecção; Oferecer informações sobre os cuidados pré e pós-operatório; Investigar se existem fatores contribuinte para a dificuldade de eliminação urinária e Proporcionar bem estar ao paciente.

Os DE mais frequentes estiveram relacionados aos aspectos biológicos. Somente dois diagnósticos referiam-se as necessidades psicossociais e nenhum relacionado à necessidade psicoespiritual. Esta realidade mostra a importância da abrangência da assistência de enfermagem para além dos aspectos biológicos. É primordial que consideremos o ser humano, tanto nos aspectos biológicos, como emocionais e espirituais, para que obtenhamos uma assistência de qualidade.

O levantamento dos diagnósticos de enfermagem na população específica possibilitou o conhecimento das respostas humanas alteradas, contribuindo para o alcance de uma assistência individualizada e holística. Possibilitando também uma melhoria na assistência, uma vez que o diagnóstico retrata as reais necessidades dos pacientes, e, após a sua identificação, o enfermeiro terá subsídios, por meio das intervenções de enfermagem, identificar as ações necessárias à sua assistência.

Evidenciar os diagnósticos de enfermagem por meio de dados secundários é um primeiro passo, para trazer elementos à gestão e enfermeiros do serviço, elaborarem um conjunto de ações para melhorar a prática assistencial aos pacientes submetidos a prostatectomia.

Agradecimentos: O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/MEC – Brasil. Agradecemos ainda ao Instituto Integrado de Saúde e cursos de Graduação em Enfermagem e Programa de Mestrado Acadêmico em Enfermagem /UFMS.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, J. S. *et al.* Caracterização social e clínica dos homens com câncer de próstata atendidos em um hospital universitário. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 196-203, 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/2015>. Acesso em: 26 fev. 2017.

ARAUJO, M. S. M. *et al.* Factors associated with quality of life with prostate cancer. **International Journal of Development Research**, v. 9, n. 2, p. 25620-25624, 2019. Disponível em: <http://journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/14766.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. **Lei nº. 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1986]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 26 fev. 2017.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados. Brasília, DF: Conselho Federal de Enfermagem, [2009]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 26 fev. 2017.

DANTAS, T. P. *et al.* Diagnósticos de Enfermagem para pacientes com COVID-19. **Journal Health NPEPS: Núcleo de Pesquisa e Extensão em Política, Planejamento, Organização e Práticas (individual e coletiva) em Saúde**, v. 5, n. 1, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4575>. Acesso em: 15 mar. 2020.

GOMES, C. R. G. *et al.* Intervenções de enfermagem para incontinência urinária e disfunção sexual após prostatectomia radical. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 32, n. 1, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900015>. Acesso em: 17 maio 2020.

HORA, K. O. B. *et al.* Os significados atribuídos ao cuidado de si pelos enfermeiros da oncologia pediátrica à luz da revisão integrativa. **International Journal of Development Research**, v. 10, n. 2, p. 34704-34709, 2020. Disponível em: <http://journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/18155.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2020: incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2020.

KOCACAL, E.; KARADAG, E. Diagnósticos de Enfermagem e intervenções NIC em adultos do sexo masculino que passaram por prostatectomia radical. **Revista da escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 54, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018038003541>. Acesso em: 15 ago. 2020.

MATA, L. R. F. *et al.* Autoeficácia e morbidade psicológica no pós-operatório de prostatectomia radical. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 806-13, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00806.pdf. Acesso em: 26 fev. 2017.

MATTOS, C. P. S. **Importância da sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico**. 2012. 37 f. Monografia (Pós-Graduação em Enfermagem em UTI) - Universidade Castelo Branco, Salvador, 2012. Disponível em: <http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/EU/EU20/MATTOS-carla-patricia.PDF>. Acesso em: 11 out. 2017.

MENESES, L. B. A. *et al.* Validação de intervenções para risco de integridade da pele prejudicada em adultos e idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0258>. Acesso em: 15 ago. 2020.

MODESTO, A. A. D. A. *et al.* Um Novembro não Tão Azul: Debatendo Rastreamento de Câncer de Próstata e Saúde do Homem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2017.

NAPOLEÃO, A. A.; CALDATO, V. G.; PETRILLI FILHO, J. F. Diagnósticos de enfermagem para o planejamento da alta de homens prostatectomizados: um estudo preliminar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 286-94, 2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a08.htm>. Acesso em: 02 mar. 2017.

NASCIMENTO, D. M. *et al.* Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 165-73, 2011. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/pdf/v13n2a02.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2017.

NOVAES, E. S.; TORRES, M. M.; OLIVA, A. P. V. Diagnósticos de enfermagem em clínica cirúrgica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 26-31, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/1982-0194-ape-028-001-0026.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2017.

RIBEIRO, K. R. A. *et al.* Pós-Operatório de Revascularização do Miocárdio: Possíveis Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 11, n. 3, p. 801-808, 2019. Disponível em: <HTTP://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.801-808>. Acesso em: 17 jun. 2020.

ROCHA, D. R.; IVO, O. P. Assistência de enfermagem no pré-operatório e sua influência no pós-operatório: uma percepção do cliente. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 2, p. 170-178, 2015. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/631/545>. Acesso em: 11 out. 2017.

ROMANZINII, A. E.; CARVALHO, E. C.; GALVÃO, C. M. Recuperação cirúrgica retardada: análise do conceito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 5, p. 668-75, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680526i>. Acesso em: 10 out. 2017.

ROMANZINI, A. E. *et al.* Preditores de bem-estar e qualidade de vida em homens submetidos à prostatectomia radical: estudo longitudinal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2601.3031>. Acesso em: 10 mar. de 2020.

SALDANHA, E. A. **Diagnóstico de enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato de prostatectomia de um hospital universitário de Natal-RN**. 2011. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências e Saúde - Universidade Federal de Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/14731>. Acesso em: 15 set. de 2017.

SANTOS, D. R. F. *et al.* Atividades de enfermagem ao paciente prostatectomizado. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 513-519, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4218>. Acesso em: 10 out. 2017.

SANTOS, S. C. *et al.* Percepção e caracterização de saúde dos homens: em um centro de referência. In: 5º CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 2016, Porto Portugal. **Anais [...]** Porto: Universidade Lúsofona, PT, 2016. p. 698-705. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/download/812/798>. Acesso em: 17 jun. 2020.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

SOUZA, T. M.; CARVALHO, R.; PALDINO, C. M. Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésico. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 33-47, 2012. Disponível em: <http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/2.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

UBALDO, I.; MATOS, E.; SALUM, N. C. Diagnóstico de enfermagem da NANDA-I com base nos problemas segundo teoria de Wanda Horta. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 687-694, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/40468/26628>. Acesso em: 06 mar. 2017.

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

Recebido: 29/06/2020

Aprovado: 04/11/2020

INTEROPERABILIDADE ENTRE OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE BRASILEIROS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

INTEROPERABILITY BETWEEN HEALTH INFORMATION SYSTEMS IN BRAZIL:
AN INTEGRATIVE REVIEW

Marcelo Alves da Silva¹, Patricia Rodrigues Sanine²

RESUMO

Introdução: O Brasil possui muitos sistemas de informação em saúde, utilizados para subsidiar o financiamento e as tomadas de decisões dos serviços de saúde. A interoperabilidade refere-se à capacidade de troca de informações entre estes sistemas, fator que qualifica as informações e favorece a integralidade do cuidado, prevista nos princípios do SUS. Entretanto, observa-se uma fragmentação na integração destes sistemas. Buscando aprimorar a comunicação entre estes sistemas e, conseqüentemente, o processo de gestão da informação e da assistência à saúde, objetivou-se identificar os padrões de interoperabilidade utilizados no SUS e suas características apresentadas na literatura.

Métodos: Trata-se de revisão integrativa com busca no repositório SciELO, utilizando os descritores: “Informática em Saúde”, “Sistemas de Informação em Saúde”, “Gestão da Informação em Saúde”, além das palavras-chave: “Padrões de Interoperabilidade” e “Health Information Interoperability”. Não houve limitações quanto ao idioma e ano de publicação. **Resultados:** Localizou-se quatro publicações, cujos resultados foram agrupados conforme a semelhança do conteúdo. Evidenciou-se carência de estudos e a existência de sete padrões de interoperabilidade que pouco mantêm a interoperabilidade necessária. **Conclusão:** Reforça-se a necessidade de esforços governamentais, de modo a normatizar e fomentar a adoção de padrões de interoperabilidade no desenvolvimento de sistemas de informação em saúde, bem como de políticas que valorizem e estimulem o processo de produção de informação, envolvendo capacitação de profissionais e gestores, que precisam se apropriar das questões tecnológicas e estratégicas.

Palavras-chave: Informática em saúde. Informática Médica. Sistemas de informação em saúde. Gestão da informação em saúde. Computação em informática médica.

ABSTRACT

Introduction: Brazil has many health information systems to support the financing and management of health services. Interoperability is the ability to exchange information between these systems. It qualifies the information and favors the integrality of care provided in Brazilian Health System. However, there is no link between these systems. In order to improve this communication, the objective was to identify the interoperability standards used in SUS and their characteristics presented in the literature. **Methods:** It's an integrative review, through a SciELO database research, using the descriptors: “Informática em Saúde”, “Sistemas de Informação em Saúde”, “Gestão da Informação em Saúde”, beyond the keywords: “Padrões de Interoperabilidade” e “Health Information Interoperability”. The language and year of publication were not limited. The result was grouped according to content similarity. **Results:** Four publications were located. There was a lack of studies and the existence of seven interoperability standards that do not maintains the necessary interoperability. **Conclusion:** It reinforces the need for governmental efforts to standardize and foster the adoption of interoperability standards in the development of health information systems, as well as policies that value and stimulate the process of information production, involving training of professionals and managers, who need to appropriate technological and strategic issues.

Keywords: Medical informatics. Health information systems. Health information management. Medical informatics computing.

¹Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, São Paulo, Brasil.
ORCID 0000-0002-2717-9392. E-mail: marceloalves1988@gmail.com

²Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Botucatu, São Paulo, Brasil. ORCID 0000-0002-7668-0327. E-mail: patsanine@yahoo.com.br



INTRODUÇÃO

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) ou Registro Eletrônico em Saúde (RES) são componentes inter-relacionados que permitem coletar, processar e armazenar dados, além de subsidiarem profissionais e gestores, das diversas áreas de atuação, no planejamento e tomada de decisões, seja para prestação de cuidado ou fins administrativo e de gestão (BRASIL, 2015; MARIN, 2010; SALES, PINTO, 2019; SOUZA, MEDEIROS, MARTINS, 2019).

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), os SIS foram concebidos com finalidades distintas para atender as necessidades das diferentes áreas da atenção à saúde, entretanto, isoladamente, sem considerar o processo da assistência em sua totalidade. Por este motivo, as bases de dados no âmbito do SUS são compostas por vários SIS, baseados em diferentes tecnologias, o que resulta na fragmentação e redundância na produção de informações em saúde de todo país (ARAÚJO, REZENDE, QUEIROGA, SANTOS, 2016; BRASIL, 2015; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011; FREIRE, MEIRELLES, CUNHA, 2019; SIQUEIRA, OLIVEIRA, OLIVEIRA, 2016).

Exemplificam estes SIS, o Sistema de Cadastro do Cartão Nacional de Saúde (SCNS/CADSUS); o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES); o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS); o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI); o Sistema de informação de Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), dentre vários outros (BRASIL, 2015).

Cabe mencionar que para além dos SIS de âmbito nacional, existem sistemas próprios das gestões estaduais e municipais, além dos resultantes do sistema privado e da saúde suplementar, criados para atender demandas específicas de cada local (ARAÚJO, REZENDE, QUEIROGA, SANTOS, 2016; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Historicamente, mesmo entre os SIS federais, estes não foram desenvolvidos sob a óptica do “padrão de interoperabilidade”, ou seja, a partir de mecanismos que possibilitassem a comunicação, organização e troca conjunta de informações com outras ferramentas (SALES, PINTO, 2019; SIQUEIRA, OLIVEIRA, OLIVEIRA, 2016; SOUZA, MEDEIROS, MARTINS, 2019). Por este motivo, em sua maioria, estes diferentes SIS não se comunicam entre si, especialmente os de bases governamentais em relação aos demais. Este fato, também, chamado de convergência de padrões de interoperabilidade, além de gerar indicadores paralelos, muitas vezes, requer um duplo registro (BRASIL, 2015; FREIRE, MEIRELLES, CUNHA, 2019; LORENZETTI *et al.*, 2014; SIQUEIRA, OLIVEIRA, OLIVEIRA, 2016).

A adoção desses padrões de interoperabilidade no desenvolvimento dos SIS, através de conceitos e terminologias universais (especialmente relacionados à identificação de indivíduos, profissionais e estabelecimentos) permite a troca de dados entre diferentes plataformas, de modo que informações sejam compartilhadas, otimizando processos e recursos (BRASIL, 2011; HAMMOND, CIMINO, 2006; PETRY *et al.*, 2009).

Especialmente nas situações em que o objetivo é a identificação padronizada de dados, a adoção de padrões de interoperabilidade se faz necessária para evitar ineficiência, buscando maior efetividade na prestação de serviços em saúde por conta do excesso e diversidade de informações (HAMMOND, CIMINO, 2006; SALES, PINTO, 2019).

Cabe pontuar a existência de documentos para a regulamentação do uso de padrões de interoperabilidade em todo país, pelo menos desde 2011, reforçando a importância de tais informações constarem no CIISS - Catálogo de Padrões de Interoperabilidade de Informação de Sistemas de Saúde (BRASIL, 2011, 2015).

No entanto, estudos revelam que esta não é a realidade, acrescentando como desafios existentes, a demora em se adotar novas tecnologias de informação, destacando que a principal causa do fracasso da gestão, segundo os próprios gestores, provém da fragmentação dos serviços e da atenção à saúde em si (LORENZETTI *et al.*, 2014; SOUZA, MEDEIROS, MARTINS, 2019).

Diante desse contexto, reconhecendo a importância da interoperabilidade entre os diferentes SIS, questiona-se quais são os principais padrões de interoperabilidade existentes, bem como os benefícios que trariam para a gestão em saúde e as dificuldades em torno de sua efetiva utilização.

Assim, o presente trabalho objetivou identificar o que a literatura aborda sobre a adoção de padrões de interoperabilidade de sistemas de informação em saúde brasileiros, como meio de aprimorar a comunicação entre os sistemas e, conseqüentemente, o processo de gestão da informação e da assistência à saúde do SUS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica sistemática alicerçada no método da revisão integrativa, que utiliza dados coletados em fontes secundárias.

Optou-se por este método devido a sua maior abrangência, que permite uma análise ampla envolvendo estudos de várias abordagens (incluindo os não experimentais) e, deste modo, favorecendo a identificação de um número maior de estudos e de como estes são abordados (BOTELHO, CUNHA, MACEDO, 2011; MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008; SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

Por referir-se a um método sistematizado de revisão, produz “um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem” (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010, p. 103), assim como para o levantamento de evidências na área das ciências humanas e sociais (BOTELHO, CUNHA, MACEDO; 2011).

Sistematizado em seis etapas, a revisão integrativa deve ser composta pela formulação da questão da pesquisa, seguida da busca na literatura, coleta dos dados, análise crítica dos estudos incluídos/categorização, análise crítica/avaliação dos resultados, discussão dos resultados e síntese ou apresentação da revisão integrativa (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008; SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

Considerando que a formulação da pergunta é a responsável pela definição dos critérios que norteiam todos os passos do trabalho, julgou-se pertinente explicitá-la com maior clareza: Quais são os principais padrões de interoperabilidade existentes no SUS? Quais seus benefícios para a gestão em saúde e dificuldades na utilização?

Realizou-se uma adaptação da recomendação PRISMA - Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises (MOTHER; LIBERATI; TETZLAFF; ALTMAN, 2009), para atender as necessidades deste tipo de revisão, tanto na construção do protocolo de pesquisa, quanto na apresentação dos resultados.

No presente trabalho todas as etapas foram seguidas, selecionando-se o repositório *Scientific Electronic Library Online* (SciElo.org) para a busca das publicações nacionais, independentemente do idioma e ano de sua

publicação, desde que com referência ao Brasil. Buscando evitar viés de seleção, as publicações denominadas “literatura cinzenta” não foram incluídas na análise.

As características do estudo foram especificadas por meio da estratégia PVO (população, variável e resultado), derivando na eleição dos termos: “Sistemas de Informação em Saúde Brasileiros”, “Sistema de Reconhecimento de Padrões” e “Interoperabilidade da Informação em Saúde”, cujo descritores combinados pelos operadores booleanos "AND" e "OR" resultaram na estratégia de busca: ((Sistemas de Informação em Saúde) OR (Sistema de Reconhecimento de Padrões)) AND (Interoperabilidade da Informação em Saúde).

Reconhecendo a escassez de estudos com esta abordagem, incluiu-se na busca as palavras-chave: Gestão da Informação em Saúde; *Medical Informatics*; *Public Health Informatics*; e Padrões de Interoperabilidade.

A busca foi realizada em 07 de fevereiro de 2020 e seu resultado foi organizado em um instrumento de coleta construído no programa Excel® contendo as informações básicas para a análise: Autor; Ano da publicação; País do estudo; Objetivo do estudo; Se atendia aos critérios de inclusão; o Padrão de interoperabilidade que abordava; além da interoperabilidade da informação, representada pelas dificuldades e benefícios relacionados à utilização daquele Padrão.

Do total de estudos localizados (n=07), foram excluídos da análise aqueles que após a leitura não abordavam a interoperabilidade da informação em sistemas de saúde brasileiros (n=03). Os dados resultantes dos estudos elegíveis foram extraídos e organizados por agrupamento, conforme a semelhança do conteúdo.

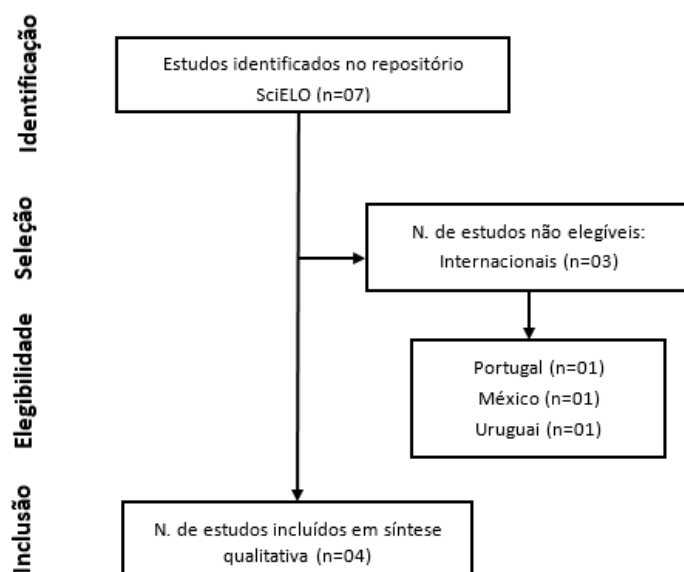
Assim, a análise e discussão dos resultados buscaram identificar os padrões utilizados, articulando a interoperabilidade da informação em saúde, ou seja, a capacidade de compartilhamento e comunicação entre os sistemas de informação em saúde com suas respectivas dificuldades e benefícios pontuados para a gestão pública.

Em virtude do escopo do trabalho – revisão bibliográfica obtida a partir de dados de domínio público -, o protocolo deste material não passou por apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-CONEP), porém, manteve o rigor dos critérios definidos em seu protocolo inicial.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Localizou-se sete estudos, no qual todos abordaram os padrões de interoperabilidade entre os SIS, no entanto, somente quatro deles atenderam aos critérios pré-definidos de inclusão, conforme apresentado na **Figura 1**. Os detalhes dos estudos encontram-se apresentados no **Quadro 1**.

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos estudos para identificar padrões de interoperabilidade de sistemas de informação em saúde brasileiros.



Fonte: Revisão integrativa, 2020. Adaptação do fluxograma proposto pelo modelo PRISMA (MOTHER, LIBERATI, TETZLAFF, ALTMAN, 2009).

Quadro 1 – Caracterização dos estudos sobre interoperabilidade entre Sistemas de Informação em Saúde (SIS), conforme os respectivos autores, ano de publicação, país do estudo, padrões de interoperabilidade, dificuldades e benefícios.

Autor	Ano	País	Padrões de interoperabilidade	Dificuldades	Benefícios
LACERDA <i>et al.</i>	017	Brasil	SOA	Falha de comunicação; Mal funcionamento de equipamentos; Erros de transmissão; Dependência de componente para tratar possíveis falhas.	Evitação de desperdício de recursos; Ampliação do acesso; Integração entre dispositivos diferentes; Facilidade de aplicações; transmissão de dados por longas distâncias.
SIQUEIRA, OLIVEIRA, OLIVEIRA	016	Brasil	SOA; HL7; DICOM;	Sistemas legados; Incompatibilidade entre padrões;	Evitação da fragmentação da informação; Interação com dispositivos móveis.
RONCHI <i>et al.</i>	012	Brasil	<i>OpenEHR</i> ; ISO 13606	Especificidades do atendimento; Interface pouco qualificada; Alto custo financeiro com equipe técnica.	Organização do Registro; Reutilização de dados; Facilidade no compartilhamento do conhecimento; Acesso controlado aos dados; Geração de base de conhecimento para sistemas de apoio à decisão.
HOVENGA	008	Brasil	HL7; <i>OpenEHR</i>	Falta de regulamentação governamental	Otimização do processamento confiável de dados; Geração de informações e conhecimento; Subsídio as práticas baseadas em evidências

Fonte: Revisão integrativa, 2020.

Considerando que a base de dados consultada é referência para os estudos brasileiros, conforme o esperado, quatro deles eram publicações nacionais (HOVENGA, 2008; LACERDA *et al.*, 2017; SIQUEIRA, OLIVEIRA, OLIVEIRA, 2016; RONCHI *et al.*, 2012), no entanto, chama atenção a localização de três estudos estrangeiros (OJEDA-CARRENO, COSIO-LEON, NIETO-HIPOLITO, 2017; PINHEIRO, 2018; GHIGLIA, 2019).

Apesar do pequeno número, é interessante notar que quase se equivale as publicações brasileiras. Este fato pode sinalizar a busca por maior divulgação do tema, mesmo diante de barreiras, como as representadas pela dificuldade de acesso à estudos no próprio idioma, uma vez que se evidenciou predomínio de publicações em inglês.

Esta limitação, quando somada a fragmentação e desarticulação existe entre os diferentes serviços, das várias esferas governamentais, ganha uma magnitude ainda maior que acaba por reforçar a falta da padronização, mesmo diante de regulamentação governamental, conforme evidenciado em vários estudos (BRASIL, 2011, 2015; HOVENGA, 2008; OJEDA-CARRENO, COSIO-LEON, NIETO-HIPOLITO, 2017; PINHEIRO, 2018).

Considerando que os SIS possuem o principal objetivo de coletar dados e gerar conhecimento – evidências necessárias para gerir recursos, coordenar ações e, conseqüentemente, aprimorar a qualidade do serviço e atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde -, são importantes ferramentas para o gerenciamento das informações e, principalmente, de gestão (MARIN, 2010). Para tanto, a garantia da qualidade da sua extração, assim como sua administração como indicador de saúde, devem ser pontos imprescindíveis (GONÇALVES; SAMPAIO, 2015).

Neste sentido, quando garantida a fidedignidade da informação em saúde, esta é considerada um insumo estratégico para o fortalecimento do processo de tomada de decisões, pois além de apoiar o contínuo processo de conhecimento, favorece a avaliação, fatores que permitem o controle e a eficácia na execução das ações (DRUMOND JUNIOR, 2017; TROCCOLI, 2011).

Cabe ressaltar que esses sistemas, por trabalharem com dados pessoais de saúde, como por exemplo, prescrição médica, imagens radiológicas e resultados de exames laboratoriais, precisam ser tratados de diferentes formas, conforme às necessidades de informações demandadas para cada caso e serviço de saúde (OJEDA-CARRENO, COSIO-LEON, NIETO-HIPOLITO, 2017; TROCCOLI, 2011).

Esta especificidade de cada necessidade, principalmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), ganha uma dimensão imensurável, pois encontra-se presente em todos os segmentos (administrativo ou assistencial) com diferentes finalidades, como exemplificado pelos sistemas de cadastro de usuários, de estabelecimentos e profissionais, registro da produção ambulatorial e hospitalar, além daqueles voltados para faturamento e repasse financeiro, entre vários outros (BRASIL, 2009, 2015; FREIRE, MEIRELLES, CUNHA, 2019; SOUZA, MEDEIROS, MARTINS, 2019; TROCCOLI, 2011).

Assim como a desarticulação intersetorial, a fragmentação de dados, a falta de comunicação e a pouca interoperabilidade foi evidenciada em grande parte dos estudos (BRASIL, 2009; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011; FREIRE, MEIRELLES, CUNHA, 2019; SALES, PINTO, 2019; SOUZA, MEDEIROS, MARTINS, 2019) e destacam como uma de suas conseqüências, o retrabalho e aumento de gastos desnecessários (ARAÚJO, REZENDE, QUEIROGA, SANTOS, 2016).

Como ilustrado por Pinheiro e colaboradores (2016), a eficácia da aplicação dos recursos públicos está diretamente relacionada à gestão do conhecimento, que se dá através da informação gerada pelos SIS.

No entanto, conforme reconhecido pelo próprio governo federal, esta lógica fragmentada da organização do SUS e da atuação do Estado e de suas instituições ocasionaram, nas últimas décadas, vários problemas no modelo de operabilidade dos SIS (BRASIL, 2015; SOUZA, MEDEIROS, MARTINS, 2019).

Estes problemas listados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), também foram identificados no presente estudo, como: sistemas criados com viés de faturamento ao invés de manter alinhado ao assistencial; a coleta baseada em papel, para digitação posterior, que acarretam erros de informação e reduplicação do trabalho; além da dificuldade em associar dados das diferentes bases pelo fato dos SIS não se comunicarem (SIQUEIRA, OLIVEIRA, OLIVEIRA, 2016; LACERDA *et al.*, 2017; RONCHI *et al.*, 2012; HOVENGA, 2008; PINHEIRO, 2018; OJEDA-CARRENO, COSIO-LEON, NIETO-HIPOLITO, 2017).

Autores como Drumond Junior (2017) alertam que a qualidade da informação é apenas uma consequência das etapas executadas em todo o processo da utilização de SIS, chamando atenção desde a coleta, até a disponibilização destas informações.

De fato, quando analisadas as soluções de sistemas para coleta de dados e geração de informações de diversas organizações e mesmo dos diferentes níveis de atenção à saúde, é possível observar disparidade e divergência entre os indicadores, conforme já apontado em outro estudo (ARAÚJO, REZENDE, QUEIROGA, SANTOS, 2016).

Diante de toda esta diversidade dos processos de trabalho e dos SIS, somados a impossibilidade de se utilizar uma única ferramenta que atenda a toda a abrangência das necessidades de uma boa organização, os resultados evidenciados reforçam a necessidade de uma articulação de tecnologias da informação, com as de gestão e de saúde, bem como a criação de mecanismos de monitoramento de todo o processo operacional envolvido (BRASIL, 2009, 2015; SOUZA, MEDEIROS, MARTINS, 2019).

Esta comunicação e necessidade de troca de informações entre diferentes SIS, levou ao desenvolvimento dos chamados “padrões para troca de dados”. Este conceito, criado em 1980, a partir de discussões entre indivíduos de uma organização norte-americana – AAMSI – é hoje chamado “interoperabilidade” (SIQUEIRA, OLIVEIRA, OLIVEIRA, 2016; HAMMOND, CIMINO, 2006; OJEDA-CARRENO, COSIO-LEON, NIETO-HIPOLITO, 2017; BRASIL, 2016).

Para garantir a interoperabilidade entre diferentes SIS, é necessário adotar os chamados “padrões de interoperabilidade”, por meio de diferentes componentes, como: arquétipos, vocabulários controlados, taxonomias, ontologias e outros métodos de organização e recuperação de informações (BRASIL, 2018).

A literatura destaca que este termo foi dividido em duas subcategorias: a interoperabilidade sintática, relacionada à estrutura da comunicação entre os diferentes sistemas (terminologias e regras) e a interoperabilidade semântica, que trata do significado e entendimento da comunicação (OJEDA-CARRENO, COSIO-LEON, NIETO-HIPOLITO, 2017).

No entanto, há outras formas de classificar a interoperabilidade de SIS, como a proposta pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011) que a subdivide em: intercâmbio de informações, realizada por meio de arquivos, como PDF e imagens, que podem ser legíveis por pessoas; e agregação de informações, que ocorre sem intervenção humana, por exemplo, provenientes de múltiplas fontes.

Hovenga (2008) esclarece que existem diferentes graus de interoperabilidade, que determinam a funcionalidade de suas aplicações. Destaca que, nos primeiros níveis, os dados são apenas transportados por máquinas (computadores) e transmitidos sem uma padronização, sendo que em um nível mais avançado, esta transmissão ocorre de forma estruturada, com dados interpretados pelas próprias máquinas, mas que para isso é necessário utilizarem os mesmos formatos e vocabulários.

Um exemplo prático de interoperabilidade entre SIS em um nível mais avançado seria a troca automatizada de resultados de exames de um laboratório externo para o registro eletrônico em saúde (ou prontuário eletrônico) de um usuário em um serviço de saúde (HOVENGA, 2008).

É importante esclarecer que a construção destes padrões de interoperabilidade utiliza vocabulários, também conhecidos como terminologias, que podem ser entendidas como uma lista específica de termos técnicos ou expressões usadas em um determinado campo, como na própria área médica (OJEDA-CARRENO, COSIO-LEON, NIETO-HIPOLITO, 2017).

Conforme já discutido, considerando a gama de áreas e as carências de articulação entre os setores, pode-se constatar uma grande diversidade de padrões de interoperabilidade, nitidamente evidenciada ao constar a utilização de pelo menos sete deles.

Ojeda-Carreño, Cosio-Leon e Nieto-Hipolito (2017) apontam o padrão de interoperabilidade denominado "HL7 – O HL7-V2" como sendo o primeiro protocolo de troca de mensagens, criado para prover um formato comum de transmissão de dados em texto entre SIS.

A partir de então, outras versões foram lançadas, tratando de outras complexidades e tecnologias, como: o HL7-V3, criado em 2004; o *HL7 Version 3 Clinical Document Architecture* (HL7 V3 CDA), em 2005; o *HL7 PHR-System Functional Model* (HL7 PHR-S FM), em 2008; e, por fim, uma versão que combinava as melhores características de todas as versões anteriores, trabalhando com aplicativo de telefones e dispositivos móveis, armazenamento em nuvem e SIS baseados em compartilhamento de dados – o *HL7 Fast Healthcare Interoperability Resources* (HL7 FHIR), desenvolvido em 2015 (SIQUEIRA, OLIVEIRA, OLIVEIRA, 2016; HOVENGA, 2008; OJEDA-CARRENO, COSIO-LEON, NIETO-HIPOLITO, 2017).

No entanto, mesmo diante de várias versões e de uma tentativa mais moderna e integrativa, o "HL7-V2" ainda é um dos padrões mais usados nos SIS, internacionalmente, até os dias atuais (OJEDA-CARRENO, COSIO-LEON, NIETO-HIPOLITO, 2017). Provavelmente, em função das vantagens de sua utilização, que apresenta:

[...] independência de linguagem de programação, banco de dados e sistema operacional. Propõe a integração com equipamentos médicos que já utilizam a versão 3 e a interoperabilidade de sistemas de saúde heterogêneos, permitindo integração com qualquer operadora, prestadora e agência governamental de saúde que desejar compartilhar informações de pacientes, tornando assim o prontuário eletrônico do paciente realmente completo e acessível. (PETRY *et al.*, 2009, p. 39)

Destaca-se que quatro das publicações abordaram o *OpenEHR*, destacando-a como uma tecnologia voltada para o chamado "e-health", ou "saúde digital". Desenvolvida pela fundação internacional de mesmo nome, que atua em especificações abertas, modelos de dados clínicos e softwares para criação de padrões, visa a interoperabilidade

de soluções em saúde (SIQUEIRA, OLIVEIRA, OLIVEIRA, 2016; RONCHI *et al.*, 2012; HOVENGA, 2008; OJEDA-CARRENO, COSIO-LEON, NIETO-HIPOLITO, 2017).

Segundo os estudos, este padrão define modelos que descrevem a semântica de arquétipos e *templates*, como a linguagem baseada em arquétipos (*Archetype Definition Language-ADL*), usada para fornecer definições de engenharia e interface de *software* (SIQUEIRA, OLIVEIRA, OLIVEIRA, 2016; RONCHI *et al.*, 2012; HOVENGA, 2008; OJEDA-CARRENO, COSIO-LEON, NIETO-HIPOLITO, 2017).

O padrão ISO 13606, desenvolvido pelo *European Committee for Standardization* – CEN (Comitê Europeu de Padronização), foi citado em apenas um dos artigos, apontando-o como um padrão baseado na especificação de openEHR que visa, também, prover interoperabilidade semântica entre diferentes sistemas (OJEDA-CARRENO, COSIO-LEON, NIETO-HIPOLITO, 2017). Porém, o ISO 12052 - *Digital Imaging and Communications in Medicine* – DICOM – (Imagem Digital e Comunicações em Medicina), mencionado em quatro dos trabalhos, é descrito como um dos padrões mais utilizados para dispositivos de imagens médicas, como por exemplo, em cardiologia, radiologia e radioterapia, trabalhando próximo ao padrão HL7 (SIQUEIRA, OLIVEIRA, OLIVEIRA, 2016; RONCHI *et al.*, 2012; HOVENGA, 2008; OJEDA-CARRENO, COSIO-LEON, NIETO-HIPOLITO, 2017).

Este padrão, basicamente, opera sob dois conceitos: objeto de classes, ou seja, representação dos dados demográficos e de exames de imagens; e serviço de classes, por meio de geração, operação e comunicação dos dados, armazenamento, consulta, recuperação e impressão dos dados (SIQUEIRA, OLIVEIRA, OLIVEIRA, 2016; RONCHI *et al.*, 2012; HOVENGA, 2008; OJEDA-CARRENO, COSIO-LEON, NIETO-HIPOLITO, 2017; BRASIL, 2018).

Cabe destacar que além destes padrões, o *Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms* - SNOMED-CT – (Nomenclatura Sistematizada de Termos Médico-Clínicos) foi citado apenas por Ojeda-Carreño, Cosio-Leon e Nieto-Hipolito (2017), mas no entanto, por ter sido desenvolvido com base em classificações e codificações de doenças, como a CID-10, possui 311.000 termos ativos, fornecendo códigos, conceitos (representando ideias clínicas), descrições (ligando termos legíveis por humanos a sinônimos que descrevem a mesma ideia) e relacionamentos (que ligam diferentes termos que possuem significados relacionados).

Apesar de menos utilizado, o padrão *Logical Observation Identifiers Names and Codes* – LOINC (Identificadores de Observação Lógica Nomes e Códigos), é compreendido como uma base de dados universal de padrões com codificação para identificação de observações clínicas e exames laboratoriais, permitindo a troca e gestão de resultados (OJEDA-CARRENO, COSIO-LEON, NIETO-HIPOLITO, 2017; BRASIL, 2018).

O *Oriented Architecture* – SOA (Arquitetura Orientada a Serviços), apesar de não ser um vocabulário ou padrão propriamente dito, conceitualmente, tem a mesma função de permitir a comunicação entre os SIS e tem sido amplamente utilizado no mundo (SIQUEIRA, OLIVEIRA, OLIVEIRA, 2016; LACERDA *et al.*, 2017).

No entanto, contrapondo essa conclusão, alguns estudos indicam que a interoperabilidade entre diferentes SIS é pouca e, em muitos casos, praticamente inexistente, mesmo com a utilização do SOA (ARAÚJO, REZENDE, QUEIROGA, SANTOS, 2016; PINHEIRO, 2018; SOUZA, MEDEIROS, MARTINS, 2019; FREIRE, MEIRELLES, CUNHA, 2019).

Ojeda-Carreño, Cosio-Leon e Nieto-Hipolito (2017) apontam problemas para a efetivação da interoperabilidade de uma forma mais abrangente, como a necessidade de resolver questões éticas e políticas em torno dos SIS. A variedade de padrões existentes também acaba sendo apontada como um destes problemas, bem como a dificuldade relacionada ao armazenamento e comunicação do crescente volume das diversas bases de dados.

Dessa forma, assim como já referenciado por Ojeda-Carreño, Cosio-Leon e Nieto-Hipolito (2017), percebe-se como um consenso a necessidade de legislação e diretrizes que definam o uso destes padrões pelas instituições, que pode ocorrer a partir de um trabalho coletivo para normatização.

Hovenga (2008) destaca a necessidade de uma direção nacional que permita de forma mais efetiva uma abordagem que não seja voltada ao desenvolvimento de sistemas “fechados”. Ou seja, o desenvolvimento de sistemas que possibilitem a interoperabilidade através do conceito de *OpenEHR*, visando fortalecer o sistema de saúde como um todo, no âmbito nacional e até mesmo uma mobilização internacional, que fortaleça as estratégias baseadas em evidências científicas.

Esse tipo de esforço já pode ser observado, na Europa, como a proposta desenvolvida no projeto *SemanticHealth* e *RIDE – Roadmap for Interoperability of eHealth Systems*), que construiu uma ferramenta que possibilita o desenvolvimento de roteiro de implementação e investigação na área da saúde e TIC, visando a interoperabilidade semântica (PINHEIRO, 2018).

Para além dessa iniciativa, outras medidas podem ser observadas, visando a normatização e o fomento da adoção dos padrões de interoperabilidade.

É importante lembrar que estas normas de regulamentação para os padrões de interoperabilidade entre os SIS, são relativamente jovem, no Brasil. Iniciado com a Portaria nº 2.073 de 2011, que regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade no âmbito do SUS, considerando todas as esferas do governo, bem como os sistemas privados e do setor de saúde suplementar (BRASIL, 2011; SOUZA, MEDEIROS, MARTINS, 2019).

Por meio dessa portaria, regras e diretrizes para a adoção dos padrões são estabelecidas. Pode-se constatar uma grande variedade de padrões: *openEHR*, para definição do RES/SIS; HL7, para interoperar sistemas em resultados e solicitações de exames; SNOMED-CT, para codificação dos termos clínicos e interoperabilidade semântica; troca de Informações na Saúde Suplementar – TISS, para troca de dados entre os planos de saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS; LOINC, para codificação dos exames laboratoriais; ISBT 128, para codificação de dados de identificação de etiquetas de produtos provenientes do sangue humano, células, tecidos e órgãos; SO 13606-2, para interoperar modelos de conhecimento relacionados à gestão; IHE-PIX (*Patient Identifier Cross-Referencing*), para associação de dados de usuários de diferentes SIS e demais classificações já utilizadas nos sistemas do SUS (CID, CIAP-2; Terminologia Unificada Saúde Suplementar – TUSS; Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, e tabela de procedimentos do SUS) (BRASIL, 2011).

No mesmo sentido, o extinto Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, por meio da Portaria nº 92, de 24 de dezembro de 2014, considerando o chamado “Governo Eletrônico” instituiu o e-PING, que buscava promover o apoio à interoperabilidade técnica, definindo “um conjunto mínimo de premissas, políticas e especificações técnicas que regulamentam a utilização da Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) na interoperabilidade de serviços de governo eletrônico” (BRASIL, 2018, p. 3).

Outros documentos, como a Portaria nº 589 de 20 de maio de 2015, que instituiu a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), o Decreto nº 10.046 de 9 de outubro de 2019, que dispõe sobre as regras gerais de compartilhamento de dados, pontuando entre elas viabilizar a interoperabilidade com a base integradora, assim como o Decreto nº 10.332 de 28 de abril de 2020, que estabeleceu algumas metas a serem cumpridas até 2022, são alguns dos documentos que reiteraram a posição do Estado em direção às recomendações preconizadas na

Portaria do Ministério da Saúde, avançando na busca por melhor integração dos SIS, além de objetivar orientar órgãos e entidades quanto ao planejamento de contratação, aquisição e atualização de sistemas, para estabelecer condições de interação com os demais Poderes e esferas de governo, tal qual com a sociedade em geral (BRASIL, 2015, 2019, 2020).

No entanto, para além das iniciativas governamentais, cabe pontuar importantes limitações, também, no campo da pesquisa e inovação tecnológica, como as identificadas em uma revisão realizada entre os anos de 2015 e 2017, que demonstrou que apesar de várias tentativas propondo soluções tecnológicas de interoperabilidade entre os SIS brasileiros, os estudos ainda mantinham o foco na constituição de um sistema e não na proposta de uma arquitetura de interoperabilidade (SOUZA; MEDEIROS; MARTINS, 2019).

CONCLUSÃO

Assim, pode-se concluir que a interoperabilidade possibilita maior acesso a dados de diferentes repositórios e, conseqüentemente, a geração de conhecimento, necessário para o aprimoramento da prestação dos serviços em saúde pública, através de uma gestão eficiente, que deve tomar ações assertivas, evitando o desperdício de recursos acarretado pela falta de informações.

Apesar desta revisão da literatura ter se limitado a apenas um repositório de publicações, acredita-se que as análises não foram prejudicadas, uma vez que a base de dados é de ampla abrangência no país e que os resultados atenderam o objetivo, permitindo confirmar a existência de diferentes padrões de interoperabilidade de SIS, e que sua utilização não deveria significar um problema. Desde que haja a possibilidade de comunicação entre eles, de modo a se evitar o retrabalho por parte dos profissionais, duplicidades, fragmentação, ampliando a capacidade da geração de informação de qualidade para - agregar conhecimento e apoiar a tomada de decisões – dificuldades evidenciadas pela falta de comunicação e integração destes sistemas.

A própria falta de conhecimento sobre as tecnologias implantadas representa dificuldades que impactam em sua utilização. Neste sentido, se constata a importância de políticas que valorizem e estimulem o processo de produção de informação, envolvendo capacitação de profissionais e gestores, que precisam se apropriar das questões tecnológicas e estratégicas, assim como o incentivo às pesquisas voltadas a tecnologias para arquitetura de interoperabilidade.

Como abordado pelos trabalhos estudados nessa revisão, ainda são necessários esforços por parte de governos, de modo a normatizar e fomentar a adoção de padrões de interoperabilidade no desenvolvimento de sistemas de informação em saúde, bem como resolver questões legais e éticas, principalmente, em torno de dados dos usuários, que devem ser preservados.

Apesar de evidenciada a necessidade de esforços coletivos, envolvendo organizações, estudiosos do assunto e participação popular, buscando interoperar de maneira eficiente os SIS e, conseqüentemente, trazendo os benefícios propostos, os resultados demonstram uma tendência crescente quanto à utilização destes padrões.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Y. B.; REZENDE, L. C. M.; QUEIROGA, M. M. D.; SANTOS, S. R. Sistemas de Informação em Saúde: inconsistências de informações no contexto da Atenção Primária. **J Health Inform.**, v. 8, p. 164-70, 2016. Complemento.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, maio-ago. 2011. Disponível em: <http://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1220/906>. Acesso em: 05 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde, v. 1 - Produção e disseminação de informações sobre saúde no Brasil).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.073, de 31 de agosto de 2011. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 63, 1 set. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2073_31_08_2011.html. Acesso em: 15 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 589 de 20 de maio de 2015. Institui a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). **Diário Oficial da União**: edição 96, seção 1, Brasília, DF, p. 72, 22 maio 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0589_20_05_2015.html. Acesso em: 04 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistemas de informação da atenção à saúde**: contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS. Brasília, DF: Cidade Gráfica e Editora LTDA, out. 2015.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **Padrões de Interoperabilidade de Governo Eletrônico**. Documento de Referência da ePING – Versão 2018. Disponível em: <http://eping.governoeletronico.gov.br/>. Acesso em: 05 ago. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 10.046, de 9 de outubro de 2019. Dispõe sobre a governança no compartilhamento de dados no âmbito da administração pública federal e institui o Cadastro Base do Cidadão e o Comitê Central de Governança de Dados. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 2, 10 out. 2019. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2019/decreto-10046-9-outubro-2019-789223-norma-pe.html>. Acesso em: 05 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações. Decreto nº 10.332, de 28 de abril de 2020. Institui a Estratégia de Governo Digital para o período de 2020 a 2022, no âmbito dos órgãos e das entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: edição 81, seção 1, Brasília, DF, p. 6, 29 abr. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.332-de-28-de-abril-de-2020-254430358>. Acesso em: 15 mai. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. Sistemas de Informação em Saúde. In: CONASS (org.). **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. v. 1, p. 170-205. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS)

DRUMOND JUNIOR, M. Análise de dados secundários nos serviços de saúde. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. (org.). **Avaliação em Saúde**: construções para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu, p. 115-123, 2017.

FREIRE, M.; MEIRELLES, R. F.; CUNHA, F. J. A. P. Convergências de padrões de interoperabilidade para o fluxo de informações entre as redes de atenção à Saúde no portal do DATASUS. **Ponto de Acesso**, v. 13, n. 1, p. 87-101, 2019.

GHIGLIA, M. M. C. Historia clínica electrónica: herramienta para la continuidad de asistencia. *Rev Méd Urug.*, Montevideu, v. 35, n. 3, p. 212-217, 2019.

GONÇALVES, J.; SAMPAIO, J. O Acompanhamento de Indicadores de Saúde no Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica: Uma Experiência no Distrito Sanitário de João Pessoa/PB. **Rev. bras. ci. Saúde**, v. 19, n. 1, p. 55-60. 2015.

HAMMOND, W. E.; CIMINO, J. J. Standards in biomedical informatics. In: SHORTLIFFE, E. H.; CIMINO, J. J. (org.). **Biomedical informatics**: computer applications in health care and biomedicine. 3. ed. New York: Springer Science Business Media, 2006. p. 265-311,

- HOVENGA, E. J. S. Importance of achieving semantic interoperability for national health information systems. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 158-167, 2008.
- LACERDA, J. M. T. *et al.* SOA-BD: Service Oriented Architecture for Biomedical Devices. **Res. Biomed. Eng.**, v. 33, n. 2, p. 166-172, 2017.
- LORENZETTI, J. *et al.* Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enferm.**, v. 23, n. 2, p. 417-25, 2014.
- MARIN, H. F. Sistemas de Informação em Saúde: considerações gerais. **J Health Inform**, v. 2, n. 1, p. 20-24, 2010.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto Enferm.** v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.
- MOTHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D. G. (The PRISMA Group). Preferred Reporting Items for Systematic Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Med**, v. 6, n. 7, p. e1000097, 2009. Disponível em: <http://www.prisma-statement.org>. Acesso em: 10 fev. 2020.
- OJEDA-CARRENO, D.; COSIO-LEON, M. A.; NIETO-HIPOLITO, J. I. Relevant Tools for Tackling Interoperability Problems on Heterogeneous Electronic Health Record Systems: An Exploratory Research. **Rev. mex. ing. bioméd**, México, v. 38, n. 1, p. 25-37, 2017.
- PETRY, K. *et al.* Utilização de um middleware baseado no padrão HL7 para promover a interoperabilidade com sistemas legados na área da saúde. **Rev. Bras. Eng. Bioméd.**, v. 25, n. 1, p. 29-40, 2009.
- PINHEIRO, A. L. S. *et al.* Gestão da Saúde: O uso dos Sistemas de Informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. e3440015, 2016.
- PINHEIRO, A. P. Os sistemas de informação na prática do médico de família: onde está a interoperabilidade? **Rev Port Med Geral Fam**, Lisboa, v. 34, n. 4, p. 250-254, 2018.
- RONCHI, D. C. M. *et al.* Desafios no desenvolvimento de prontuários eletrônicos baseados em arquétipos: avaliação fisioterapêutica funcional. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 25, n. 3, p. 497-506, 2012.
- SALES, O. M. M.; PINTO, V. B. Tecnologias digitais de informação para a saúde: revisando os padrões de metadados com foco na interoperabilidade. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v. 13, n. 1, p. 208-221, 2019.
- SIQUEIRA, O. M. P.; OLIVEIRA, R. A. N.; OLIVEIRA, A. A. Integração de Sistemas de Informação em Saúde com a Utilização de Service Oriented Architecture (SOA). **JISTEM J.Inf.Syst. Technol. Manag.**, v. 13, n. 2, p. 255-274, 2016.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em: 05 ago. 2020.
- SOUZA, A. C. R.; MEDEIROS, A. P.; MARTINS, C. B. Technical interoperability among EHR systems in Brazilian public health organizations. **Revista Brasileira de Computação Aplicada**, v. 11, n. 2, p. 42–55, 2019.
- TROCCOLI, F. T. Sistemas de Informação. In: IBÁÑEZ, N., ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec Cealag, 2011.

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

Recebido: 26/06/2020

Aprovado: 11/11/2020

DEMANDAS DE JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

DEMANDS FOR HEALTH JUDICIALIZATION: AN INTEGRATIVE REVIEW

Juscilene da Silva Maciel¹, Ana Paula de Assis Sales², Patrícia Moita Garcia Kawakame³

RESUMO

Introdução: A judicialização do direito à saúde é algo recente e crescente no Brasil esses processos consistem na reclamação por bens e serviços de saúde na justiça, por qualquer cidadão brasileiro, pautado na constituição federal de 1988 que garante o direito à saúde. Observa-se em estudos que a maior demanda judicial ocorre por medicamentos, e a maioria dos processos são deferidos, fator que traz à tona uma discussão acerca da efetividade das políticas públicas de saúde e do acesso aos serviços de saúde e insumos oferecidos pelo SUS. **Objetivo:** descrever as demandas por judicialização em saúde descritas nos últimos 6 anos e compreender os impactos desse fenômeno, social e financeiro perante o SUS. **Métodos:** trata-se de uma revisão integrativa onde foram avaliadas as publicações em periódicos em saúde e direito no período de 2011 a 2017. A coleta de dados foi realizada nas bases de dados MEDLINE, PUBMED e LILACS utilizando os descritores controlados: Judicialização da saúde, Políticas de saúde e Direito à saúde. A avaliação dos artigos foi feita de maneira criteriosa, fragmentado em sete níveis de evidência, classificados de I a VII, considerando maior a evidência, à medida que se aproximarem do I. **Resultados:** foram selecionados 11 artigos e todos apontaram nível V de evidência. **Conclusão:** as demandas judiciais por medicamentos se confirmam como a primeira mais deferida no judiciário, com maior gasto e aflora a reflexão sobre os riscos oferecidos às políticas de saúde e o SUS.

Palavras-chave: Judicialização da saúde. Políticas de saúde. Direito à saúde.

ABSTRACT

Introduction: The judicialization of the right to health is something recent and growing in Brazil. These processes consist of the claim for health goods and services in court, by any Brazilian citizen, based on the 1988 Federal Constitution that guarantees the right to health. It is observed in studies that the greatest judicial demand occurs for medicines, and most of the lawsuits are accepted, a factor that brings up a discussion about the effectiveness of public health policies and access to health services and supplies offered by SUS. **Objective:** describe the demands for judicialization of health described in the last 6 years and understand the impacts of this phenomenon, social and financial before SUS. **Methods:** this is an integrative review where publications in health and law journals were evaluated from 2011 to 2017. Data collection was performed in the MEDLINE, PUBMED and LILACS databases using the controlled descriptors: Judicialization of health, Health policies and Right to health. The evaluation of the articles was done in a careful way, fragmented into seven levels of evidence, classified from I to VII, considering the evidence greater, as they approach I. **Results:** 11 articles were selected and all of them indicated level V of evidence. **Conclusion:** the judicial demands for medicines are confirmed as the first most deferred in the judiciary, with greater expenditure and the reflection on the risks offered to health policies and SUS emerges.

Keywords: Judicialization of health. Health policies. Right to health.

¹ Enfermeira Graduada pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, Brasil.

ORCID: 0000-0002-1395-030X. E-mail: jucism@gmail.com

² Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, Brasil.

ORCID: 0000-0002-1327-5383. E-mail: anasales.sales@gmail.com.

³ Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, Brasil.

ORCID: 0000-0003-2562-3506. E-mail: patricia.kawakame@ufms.br.



INTRODUÇÃO

Segundo Nunes e Ramos Júnior (2016) há no Brasil uma crescente demanda judicial na área da saúde. Esse fenômeno é definido como judicialização do direito à saúde. Para Marques (2005) a judicialização da saúde é um processo intersistêmico, o qual interfere no relacionamento entre Executivo e Judiciário, entre o sistema político e o jurídico.

Apesar da importância e da atualidade do tema, não há conhecimento da sua dimensão nem das tendências temporais e espaciais, e esse processo tem se desenvolvido com contornos ainda desconhecidos, acarretando inegável impacto nas contas públicas e dificultado a consecução dos princípios organizacionais do Sistema Único de Saúde (NUNES; RAMOS JÚNIOR, 2016).

Ao abordar a judicialização da saúde no Brasil nota-se que é uma questão recente. E pode ser entendida como judicialização da saúde, uma ampla e diversa questão de reclame de bens e direitos nas cortes, sendo: insumos, instalações, medicamentos, assistência em saúde, entre outras demandas a serem protegidas pelo princípio do direito à saúde previsto em Constituição Federal mais exatamente no art. 196, que traz que a saúde é um direito de todos e dever do estado (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014).

Ao perceber a ausência de opções mais claras e acessíveis para obter serviços e produtos de saúde, os usuários do SUS têm buscado assistência no judiciário, sendo, Defensoria Pública, Ministério Público e a advocacia liberal (SANT'ANA, 2015).

Esses processos deram ensejo à intervenção judicial nas atividades dos gestores da saúde pública, pois o Poder Judiciário passou a ser mais acionado para buscar e garantir a realização do Direito à Saúde. Então nesse mesmo contexto nota-se a crescente demanda em Juízo por acesso à saúde e ao analisar de perto esse fenômeno recente compreendemos a sua importância (SANT'ANA, 2015).

Diante desse cenário, surgiu a necessidade da realização de estudos que demonstrem um panorama desse fenômeno crescente no nosso país, para que os serviços como um todo se organizem de forma hierárquica a respeito do assunto, visando à diminuição dos processos judiciais em saúde, através de planejamento e gestão das políticas públicas de saúde.

Sendo assim, este estudo fez um levantamento na literatura sobre as demandas de judicialização em saúde entre os anos de 2011 e 2017, elencando os impactos desse fenômeno, social e financeiro perante o SUS.

MÉTODOS

A metodologia utilizada foi uma revisão de literatura integrativa, que é considerado um método mais abrangente de revisão, permitindo pesquisa experimental e não experimental. Uma revisão integrativa tem amplos propósitos como: definir conceitos, rever teorias, avaliar evidências e analisar questões metodológicas de uma determinada temática (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Para a realização desta revisão integrativa foram seguidas seis etapas, sendo elas: questionamento de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, extração de informações, categorização em níveis de evidência, avaliação crítica, análise e síntese de revisão (BROOME, 2000)

Na primeira etapa foi levantada a seguinte questão norteadora: Quais são as demandas por judicialização em saúde descritas na literatura nos últimos 6 anos e quais os impactos desse fenômeno, social e financeiro perante o SUS?

Na segunda etapa ficaram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados na íntegra nos idiomas Português e Inglês em periódicos indexados no LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE e PUBMED na área de saúde e direito, no período de 2011 a 2017, que abordassem as demandas por judicialização em saúde, custos despendidos e as características dos usuários desse recurso.

Ainda nessa etapa ficou estabelecido os critérios de exclusão: periódicos de outras bases de dados, fora do período descrito e artigos que não respondam a problemática da pesquisa.

A terceira etapa foi composta pela busca dos descritores controlados, utilizando MEDLINE, PUBMED e LILACS e o Descritores em Ciências de Saúde (DeCS) para os descritores 'Judicialização da Saúde', "Políticas de Saúde", "Direito à saúde". Para a busca dos estudos foram realizadas combinações entre os descritores utilizando os operadores booleanos AND e OR.

Os artigos foram acessados na íntegra pelo portal de periódicos CAPES a partir de uma Virtual Private Network (VPN) oferecida pela biblioteca da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br/>.

Quadro 1 – Relação de base de dados com os cruzamentos das palavras chaves, número de artigos encontrados e selecionados.

Revista	Descritores	Artigos encontrados	Artigos selecionados
LILACS	"Judicialização da saúde" AND "direito a saúde"	80	1
LILACS	"Judicialização da saúde" AND "Políticas de saúde".	58	3
LILACS	"Judicialização da Saúde" AND "Direito a saúde" AND "Políticas de saúde"	45	6
PUBMED	"Judicialization of health" AND Health policies AND Rightto health	9	0
PUBMED	"Judicialization of health" AND "Health policies"	26	0
PUBMED	"Judicialization of health" AND "Rightto health"	15	1
MEDLINE	"Judicialização da saúde" AND "direito a saúde"	0	0
MEDLINE	"Judicialização da saúde" AND "Políticas de saúde".	0	0
MEDLINE	"Judicialização da Saúde" AND "Direito a saúde" AND "Políticas de saúde"	0	0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Os níveis de evidência dos estudos foram atribuídos conforme Melnyk e Fineout-Overholt (2011), que propõem as evidências em 7 níveis: Nível 1 – Revisão sistemática e metanálise de ECRC; Nível 2 – Evidências de um ou mais estudo ECRC; Nível 3 – Experimento controlado não-randomizado; Nível 4 – Caso controle ou estudo de coorte; Nível 5 – Revisão sistemática ou estudos qualitativos descritivos; Nível 6 – Um único estudo descritivo ou um único qualitativo; Nível 7 – Opinião de especialistas.

A quinta etapa consistiu na interpretação com a discussão dos resultados de forma tradicional, e na sexta etapa foram apresentados os aspectos que compõem esta revisão integrativa.

RESULTADOS

Para de uma forma sintética apresentar a amostra selecionada nesta revisão optou-se por elaborar um quadro onde descreve-se os 11 artigos selecionados. Quanto à classificação do nível de evidência todos apresentaram nível V. O sumário dos artigos selecionados estão apresentadas no Quadro 2 e 3.

Quadro 2 – descreve-se as bases de dados, os autores, os objetivos, os tipos de estudo e o local de estudo.

Base de Dados	Autores e	Objetivos	Tipos de estudo	Local do estudo
1.LILACS	ARRUDA, S. C; 2017.	Compreender o fenômeno da Judicialização do acesso à Saúde Pública no Estado de Mato Grosso.	Qualitativo baseado em pesquisa documental.	Mato Grosso, Brasil.
2.LILACS	SILVA, E; ALMEIDA. C. K; PESSOA, C. S. G. 2017.	Analisar o perfil do gasto da saúde pública no Distrito Federal com medicamentos não padronizados.	Pesquisa documental, qualitativa e quantitativa.	Distrito Federal, Brasil
3.LILACS	WANG, D. W, L. et. al. 2014;	Analisar o impacto dessas decisões para a gestão orçamentária da política de saúde no município de São Paulo por meio de uma estimativa de gastos com a judicialização para o ano de 2011.	Pesquisa documental, qualitativa e quantitativa.	São Paulo, Brasil.
4.LILACS	PINTO, C. D. B; CASTRO, C. G. S. O. C. 2015.	Caracterizar a gestão da Assistência Farmacêutica, frente ao cenário da judicialização, em municípios de Mato Grosso do Sul.	Estudo descritivo, de desenho transversal	Mato Grosso do Sul, Brasil.
5.LILACS	NUNES, O. C. F; JÚNIOR, R. N. A. 2016	Caracterizar a judicialização do direito à saúde no Estado Ceará, dimensionar sua magnitude e descrever o perfil dos sujeitos, das patologias e dos objetos demandados.	Estudo transversal de natureza quantitativa e descritiva, a partir dos registros de processos judiciais no Estado do Ceará	Ceará, Brasil.

6.LILACS	BIEHL, J. PETRYNA, A. 2016.	Descrever a luta de pais para que filhos portadores de mucopolissacaridose tenham acesso a medicamentos caros em nome do direito universal à saúde.	Estudo qualitativo, descritivo.	Rio de Janeiro, Brasil.
7.LILACS	MAZZA, F. F; MENDES, A. N. 2013.	Questionar o posicionamento do Supremo Tribunal Federal (STF), ao analisar os acórdãos que tratam do direito à saúde e orçamento público em 2011.	Revisão bibliográfica e documental.	São Paulo, Brasil.
8.LILACS	RAMOS, R. S; GOMES, A. M. T. 2014.	Descrever e discutir a estrutura das representações sociais da judicialização das ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.	Estudo qualitativo	Rio de Janeiro, Brasil
9.LILACS	ZAGO. B. et. al. 2016.	Objetivo: estudar a ocorrência de judicialização da saúde em treze municípios de pequeno porte no Meio-Oeste de Santa Catarina, sul do Brasil, no período de 2007 a 2012, analisar os aspectos bioéticos relacionados e propor soluções.	Pesquisa retrospectiva, quali-quantitativa, descritiva e transversal.	Santa Catarina Brasil
10.LILACS	LEITÃO, L. C. A. et. al. 2014.	Objetivo: Conhecer o impacto das demandas judiciais sobre a organização dos serviços públicos de saúde.	Revisão sistemática de 2007 a 2011.	Paraíba, Brasil.
11.PUBMED	CHIEFFI, A. L; BARRADAS, B, C, R; GOLBAUM, M. 2017.	Estudo descritivo com dados secundários sobre processos de medicação.	Estudo descritivo com dados secundários sobre processos de medicação.	São Paulo, Brasil.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

No quadro 3: apresenta-se a o nível de evidência e a síntese dos artigos incluídos na presente revisão integrativa.

Quadro 3 - Nível de evidência e síntese dos artigos

Artigo	Nível de Evidência dos estudos	Síntese das principais conclusões
1	V	A cada dia no estado do MT, aumentam as demandas de judicialização em saúde, colocando em evidência a necessidade de se discutir políticas públicas de saúde a fim de garantir o direito dos cidadãos, sem a intervenção de vias judiciais.
2	V	Observou-se que as demandas via judicialização por medicamentos tem um padrão, e apresenta participação importante nos gastos públicos. Fator que deve ser estudado para um melhor planejamento e a definição de estratégias.
3	V	Concluiu-se que os gastos da Secretaria Municipal de Saúde com judicialização da saúde para o ano de 2011 foi estimado em aproximadamente R\$ 8,8 milhões, dito isso, o resultado mostra que por volta de 55% dos recursos gastos são para fornecer medicamentos e insumos. Esses valores são desafiadores para os gestores que geralmente lidam com recursos financeiros limitados.
4	V	Nos resultados 6.100 processos foram encontrados, desses 1825 ou 30% eram relativos a demandas de saúde e dentro desse grupo 42% demandavam medicamentos. Conclui-se que há impacto sobre direto sobre a gestão provocando aumento de gastos e desestruturação dos serviços.
5	V	Ao analisar os bens requeridos totalizou-se 1.623 demandas em 965 processos. Dessas 1.079 solicitações eram por medicamentos, o que representa 66,5% do total. E conclui-se que há uma clara tendência de ampliação do número de processos no Estado do Ceará, reforçando que o processo de judicialização do direito à saúde encontra espaço mesmo em áreas menos desenvolvidas do Brasil.
6	V	Aborda desde a constituição federal de 88, acompanhada da criação do SUS, a divisão de gastos nos três níveis de governos como parte da descentralização. E a partir dos ativistas com HIV/AIDS surgiu então a exigência do direito constitucional relacionado a medicamentos. Os pais descrevem a luta para ter acesso aos medicamentos e a rotina diária de quem tem o bem-estar determinado pelo judiciário.
7	V	Há questionamentos sobre judicialização da saúde devido ao seu individualismo, e por andar na contramão das políticas públicas, porém esse direito constitucional deve ser garantido. Há necessidade de equilíbrio e proporcionalidade nas decisões por parte do Poder Judiciário nas questões que envolvam a judicialização da saúde devido ao orçamento que anda lado a lado com essas demandas.
8	V	Os profissionais e saúde são desfavoráveis a judicialização da saúde, mas acreditam que diante da crise apresentada pela saúde, acaba se tornando um caminho para garantia de direitos dos cidadãos. Conclui-se que o estado é ineficaz na execução da política de saúde.
9	V	Observou-se durante os anos 2007 a 2012 um considerável avanço das demandas judiciais por medicamentos nos Municípios do Meio-Oeste Catarinense, sobretudo nos anos 2011 e 2012. Indicando que o fenômeno da judicialização é muito recente e agudo na região estudada. A discussão da temática por equipes multiprofissionais e formação de comitês bioéticos se fazem necessário para combater a escassez dos recursos da saúde, e consequentemente a redução da judicialização.
10	V	O estudo concluiu que maior parte das demandas judiciais em saúde são proveniente da região Sudeste, a maior parte dos medicamentos pleiteados são padronizados pelo SUS, houve ainda solicitações de medicamentos não registrados pela ANVISA.
11	V	O estudo indica um aumento de 63% nos processos de judicialização em saúde. E conclui-se que a judicialização da saúde no Estado de São Paulo com as características apresentadas nesse estudo é uma ameaça para o SUS.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

DISCUSSÃO

Diante do conceito de saúde mais abrangente que a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1946) definiu "como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças e outros danos", reconheceram-se então o direito fundamental do ser humano, o direito à saúde. A partir dessa concepção mais ampla

de saúde os governos passaram a incluí-la como direito nos tratados internacionais, como na declaração dos direitos humanos de (1948) e no protocolo sobre direitos econômicos, sociais e culturais de (1988), onde a saúde é indispensável e o estado tem obrigação de dar condições à execução desse direito (TRAVASSOS *et al.*, 2013).

Segundo Zago *et al.* (2016) a judicialização da saúde é a obtenção de procedimentos médicos, medicamentos ou insumos através da via judicial. A Constituição Federal brasileira, de 1988, no artigo 6º e 196, foi quem garantiu à população o direito à saúde e responsabilizou o Estado como provedor de diversos tipos de produtos e serviços relacionados à saúde. Desde então a legislação brasileira determina que aproximadamente 12% dos orçamentos estaduais e 15% dos municipais sejam destinados à saúde e, destes, uma parte é destinada a compra de medicamentos. Porém quando há uma dispensação judicial, esse percentual é afetado.

Em 19 de setembro de 1990, ocorreu um marco, a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei nº 8.080 e a saúde passou a ser direito de todos, sendo garantido o acesso universal e igualitário por meio das ações e serviços de saúde, incluindo a formulação da política de medicamentos (ARRUDA, 2017).

No Brasil, o fenômeno da judicialização da saúde ganhou maior evidência nos anos 90, onde pacientes positivos para (HIV) se uniram através de Organizações não Governamentais (ONG) ou outras associações criadas em sua defesa, coletivamente, pleitearem novos medicamentos e tratamentos. Tendo uma liminar julgada favorável contra o Estado de São Paulo, para fornecimento gratuito de medicamentos pelo Poder Público. A partir dessa decisão houve precedente para ajuizamento de outras demandas (TRAVASSOS *et al.*, 2013).

Segundo Biehl e Petryna (2016) a judicialização da saúde, tendo como solicitantes pessoas com HIV, ainda é frequente nos dias atuais, devido a evolução da indústria farmacêutica e os efeitos colaterais que alguns medicamentos disponibilizados pelo SUS, os mesmos solicitam os mais atuais e com menos efeitos colaterais. O custo total das terapias de tratamento para HIV/AIDS mais que dobrou de 193 milhões para 414 milhões de dólares entre 2004 e 2005, já representando o pleito dessas novas tecnologias medicamentosas.

O SUS fornece aos seus usuários medicamentos padronizados e gratuitos de acordo com protocolos clínicos e diretrizes. Porém existem medicamentos que não estão contemplados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e a partir de diversos fatores o usuário pode solicitar o mesmo baseado no direito à saúde. Durante a revisão se confirmou a maior demanda por medicamentos, contabilizando cerca de R\$ 21 milhões em Santa Catarina para o cumprimento de decisões judiciais favoráveis a medicamentos (SILVA; ALMEIDA; PESSOA, 2017).

Segundo Leitão *et al.* (2014), a maioria das demandas judiciais no Brasil são decorrentes da região Sudeste e pleitearam medicamentos em sua maioria já inclusos no RENAME, houve ainda solicitações de medicamentos que não são reconhecidos pela ANVISA contrapondo a Política Nacional de Medicamentos, que preza pela qualidade, eficácia e segurança do usuário. As demandas nesse estudo estão diretamente relacionadas a doenças crônicas como hipertensão e Diabetes.

Dê acordo com Arruda (2017), de novembro a dezembro de 2011 no estado do Mato Grosso, foram contabilizadas 86 demandas, dessas 83% foram por defensoria pública, 13% por advogado particular e 2% pelo ministério público estadual e o mesmo percentual para a procuradoria geral do estado. Dentre as decisões judiciais a autora também confirma que na maioria dos casos os processos são deferidos, chegando a 57%. As demandas foram: 14 processos de cirurgia oftalmológica, 11 cirurgias ortopédicas, 05 cirurgias neurológicas, 06 Home Care, 03 UTI's, 11 exames, 07 outras cirurgias, 02 consultas com especialistas, 01 oxigenioterapia, 18 medicamentos, 02 suplementos

alimentares, 02 solicitações de materiais de cirurgias e 04 outros (cadeiras de rodas, solicitação de botton e Tratamento Fora do Domicílio). Observou-se que a maior demanda era por medicamentos na ocasião da pesquisa.

Embora a maior demanda por judicialização se dê na área de medicamentos, outras necessidades em saúde também ficaram evidentes nos estudos, chama a atenção no estudo de Arruda (2017), as atividades de Home care, prática essa em sua historicidade vinculada a assistência de enfermagem.

Nota-se no estudo de Borges e Ugá (2005) que não existem casos em que houve o indeferimento no estado do Rio de Janeiro, indicativo de que o Poder Judiciário tem se manifestado sempre em favor do usuário quando se trata de solicitações de medicamentos.

O Home CARE vem com o intuito de reduzir custos hospitalares e humanizar as práticas de saúde. As doenças crônicas não transmissíveis são diretamente associadas ao envelhecimento populacional e resultam em limitações que potencializam o desenvolvimento de incapacidades funcionais, sendo assim, a organização de estratégias de cuidado são desafiadoras para gestores e sociedade, que buscam alternativas que atendam às demandas específicas dessa população que aumenta a cada dia e de suas famílias que necessitam de mão de obra qualificada para o cuidado, medicamentos e insumos (IBIDEM).

No município de São Paulo os gastos com judicialização da saúde chegou a aproximadamente R\$ 7,2 milhões, exceto as demandas que não necessitam de licitação que somam mais R\$ 1,5 milhão. Desses por volta de 55% (R\$ 4.856.794,85) dos recursos gastos pelo município para cumprir decisões judiciais servem ao fornecimento de medicamentos e insumos que fazem parte das listas da União e dos estados. Desse valor, R\$ 3.890.219,04 são gastos em medicamentos e insumos adquiridos por meio de licitação para atender ações judiciais. Os autores ainda concluem que a maior parte do gasto judicializado do município de São Paulo é direcionada à aquisição de medicamentos e insumos. Reforçando características particularizadas que afetam a organização federativa do SUS e que precisam ser melhor compreendidas e discutidas (WANG *et al.*, 2014).

Dê acordo com o estudo de Pinto e Castro (2015) no estado de Mato Grosso do Sul nos anos de 2008 a 2011 no Tribunal de Justiça do estado 1.825 processos eram relacionados a demandas de saúde, sendo 771 processos ou 42% demandando medicamentos. Observou-se ainda um aumento de judicialização da saúde nesse período de 47%. Sendo 82% julgada como favorável ao demandante. Quanto aos medicamentos demandados o maior percentual 25% eram relacionados a doenças que envolvem o sistema cardiovascular.

Segundo Chieffi, Barradas e Golbaum (2017) entre os anos de 2010 e 2014 ocorreram 56.345 processos contra o Estado de São Paulo, solicitando medicamentos, insumos médicos e hospitalares. Evidenciou-se um aumento de 63% nos casos de Judicialização da Saúde, e desse número de processos se confirma a maior demanda por medicamentos, correspondendo a 62% e 38% para outros itens. O estudo aborda ainda a ameaça que esse fenômeno representa para o SUS, onde os processos correm de forma individual, não segue os regulamentos do nosso sistema de saúde e as políticas de saúde. O cumprimento da constituição é individual e a incidência de processos aumentam a cada dia, alegando que o SUS não trabalha com novas tecnologias ou com produtos de maior custo, o que não é justificado de fato.

No estudo de Nunes e Ramos Júnior (2016) também se observou um aumento de judicialização da saúde a partir do ano 2007. Foram elencados 1.757 processos até agosto de 2012 e após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão restaram 965 processos que foram trabalhados e analisados. Desses 964 eram demandas de pessoa física,

52,5% eram pessoas do sexo feminino, 45,1% casadas, a média de idade foi de 53,4 anos, com desvio-padrão de 23,1 anos. Os advogados privados somam 660 ações representando 68,4% e 305 ações por defensores públicos. Quando se analisa os bens requeridos de 965 processos, demandando 1.623 itens, observou-se que 1.079 solicitações eram por medicamentos o que representa 66,5% do total, seguida por 233 que solicitavam insumos e 105 alimentações entre outros com percentual menos relevante. Os autores ainda concluem que a judicialização traz problemas, mas também melhorias, mas não é suficiente para efetivação do direito à saúde, já que se trata de um direito social com relevante dimensão política.

A judicialização da saúde é decorrente da implementação ineficaz de políticas públicas de saúde, onde os usuários encontram demora no atendimento, baixa resolutividade nos seus problemas ou necessidade de saúde, e mediante a ordem judicial esse cenário muda, os atendimentos tornam-se mais rápidos e as dificuldades antes sentidas tendem a desaparecer. Ainda no contexto da judicialização da saúde conhecendo que a maior demanda é por medicamentos, a falta de conhecimento técnico para avaliar a indicação adequada da terapêutica, pode ocasionar risco a vida de outras pessoas, já que causas individuais oneram maior recurso e que no geral não estão previstos em orçamento (RAMOS; GOMES, 2014).

Como exposto acima à questão do individualismo nos direitos sociais, na execução das ordens judiciais de direito a saúde é vista de forma negativa com relação as políticas públicas de saúde coletiva, porém quando se aborda a efetivação dos direitos constitucionalmente garantidos via judicialização da saúde abre precedente para um maior número de pessoas terem acesso ao serviço, insumo ou medicamento necessário, podendo melhorar as políticas de saúde existentes ou criando novas. Ainda refletindo a respeito o mesmo estudo indica que ao desviar fundos para o cumprimento das decisões judiciais para tratamentos ou medicamentos, automaticamente se retira recursos de políticas públicas de saúde sérias e elaboradas que beneficiariam diversas pessoas. Então se questiona o cumprindo ou o descumprindo a constituição federal, já que a garantia do direito de seletor cidadão, diminui a igualdade do acesso a saúde de uma coletividade (MAZZA; MENDES, 2013).

CONCLUSÃO

Ao analisar os artigos, nessa revisão evidenciaram-se os seguintes aspectos: a partir da visão ampliada do conceito de saúde, e da Constituição de 1988 que garantiu à saúde como direito e dever do estado, seguido pela criação do Sistema Único de Saúde a saúde passou a ser mais acessível e com certeza de melhor qualidade. Mas devido a diversos fatores como a demora no atendimento, na resolutividade, ou ausência da terapêutica indicada para o seu estado de saúde, surgiu esse fenômeno crescente que é a judicialização da saúde.

Todos os estudos dessa revisão integrativa são brasileiros, fato que chamou atenção, pois afirmam que a judicialização do direito a saúde é um problema predominantemente do Brasil.

Os artigos evidenciam como as principais demandas judiciais, medicamentos, cirurgias, insumos, consultas com especialistas, alimentação, Home care e exames. Os mesmos representam um elevado custo aos cofres públicos e um grande desequilíbrio aos gestores com relação aos gastos com a saúde coletiva, mas em cumprimento a Constituição Federal vem obtendo grande percentual de pareceres favoráveis, o que é muito positivo aos que recorrem a esse direito e de grande preocupação para o SUS.

O assunto é bastante controverso com autores a favor do recurso da judicialização da saúde, justificando em falhas nas políticas de saúde e o cumprimento da Constituição, e há quem defenda uma forma de barrar esses processos devido ao risco que o SUS é colocado, a falta de profissionais do judiciário com conhecimento técnico suficiente para atender essas demandas e os recursos que não podem ser previsto ou planejados de forma antecipada colocando sempre de lado a saúde coletiva para o cumprimento de uma determinação judicial individual. Os gestores precisam estar atentos a esse fenômeno que tem impacto, financeiro, social e político, revisando políticas de atenção à saúde, aprimorando o Sistema Único de Saúde a fim de combater esse tipo de acesso à saúde, atendendo as demandas com qualidade, eficácia e resolutividade.

A também a análise do ponto de vista que caso o número de judicialização da saúde continue a crescer possa ser positivo para que aprimorem as políticas públicas de saúde, incluindo serviços, medicamentos e insumos que são amplamente demandados.

A temática vem sendo amplamente discutida e esse estudo contribui com relevantes evidências para a reflexão e discussão da temática junto ao judiciário, gestores de saúde e usuários do serviço. Ficando evidente a necessidade de estudos com dados atualizados, para o melhor planejamento, custeio e melhoria do SUS, diminuindo a judicialização da saúde e ampliando as políticas públicas de saúde, pautada na saúde coletiva, universal, qualificada e eficaz. Os estudos que abordam a judicialização da saúde são de grande importância para apresentar um panorama desse fenômeno no Brasil.

Para a enfermagem há um grande desafio no âmbito do cuidado domiciliar, pois com o aumento da expectativa de vida dos brasileiros, vem se tornando cada vez mais comum a necessidade dessa assistência, que já apresenta evidências nas judicializações de saúde.

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, S. C. Análise sobre a judicialização da saúde no Estado de Mato Grosso no período de 2011-2012. **Caderno libero-Americano. Direito Sanitário**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 86-111, jan./mar. 2017. Disponível em: <http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/308/438>. Acesso em: 05 out. 2017.
- BIEHL, J.; PETRYNA, A. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 173-192, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000100173&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 out. 2017.
- BORGES, D. C. L.; UGA, M. A. D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 59-69, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v26n1/07.pdf>. Acesso em: 02 out. 2017.
- BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B. L, KNALF, K. A. (org.). **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. 2. ed. Philadelphia (USA): WB Saunders. p. 50-231. 2000.
- CHIEFFI, A. L.; BARRADAS, R. C. B.; GOLBAUM, M. Legal access to medications: a threat to Brazil's public health system? **BMC Health Research**, São Paulo, v. 17, p. 1-12, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5517947/pdf/12913_2017_Article_2430.pdf. Acesso em: 05 out. 2017.
- DINIZ, D.; MACHADO, T. R. C.; PENALVA, J. A. Judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Revista Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 591-598, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.23072012>. Acesso em: 19 mar. 2017.
- LEITÃO, L. C. A. *et al.* Judicialização da saúde na garantia do acesso ao medicamento. **Revista de salud pública**, Bogotá, v. 16, n. 3, p. 360-370, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v16n3.33795>. Acesso em: 20 out 2017.

MARQUES, S. B. **A relação do sistema jurídico e do sistema político na garantia do direito social à assistência farmacêutica: o caso do Estado de São Paulo**. 2005. 261 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MAZZA, F. F.; MENDES, A. N. Decisões Judiciais e Orçamento: Um olhar sobre a saúde pública. **Revista Direito sanitário**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 42-65, 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/75519>. Acesso em: 05 out. 2017.

MELNYK, B. M.; FINEOUT, O. E. **Evidence- Based Practice in Nursing e Healthcare: A Guide to Best Practice**. 2. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2011.

NUNES, C. F. O.; RAMOS JÚNIOR, A. N. Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 192-199, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-192.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2017.

PINTO, C. D. B. S.; CASTRO, C. G. S. O. C. Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul. **Revista Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500171&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 5 out. 2017.

RAMOS, R. S.; GOMES, A. M. T. A. Judicialização da Saúde Pública no Brasil: Um estudo de representações sociais. **Revista Cuidarte**, v. 5, n. 2, p. 827-36, 2014. Disponível em: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/124>. Acesso em: 05 out. 2017.

SANT'ANA, R. N. A relevante atuação da defensoria pública no desenvolvimento do SUS. Conselho Nacional de Secretários de saúde. 2015. Disponível: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_15B.pdf. Acesso em: 19 mar. 2017.

SILVA, E. M. S.; ALMEIDA, K. C.; PESSOA, G. S. C. Análise do gasto com judicialização de medicamentos no Distrito Federal Brasil. **Caderno libero-Americano de Direito Sanitário**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 112-126, 2017. Disponível em: <http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/358/445>. Acesso em: 05 out. 2017.

TRAVASSOS, D. V. *et al.* Judicialização da Saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. **Revista Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3419-3429, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100031>. Acesso em: 19 mar. 2017.

WANG, D. W. L. *et al.* Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1191-1206, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122014000500006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 05 out. 2017.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

ZAGO, B. *et al.* **Aspectos Bioéticos da Judicialização da Saúde por Medicamentos em 13 Municípios no Meio-Oeste de Santa Catarina, Brasil**. **Revista Acta bioethica**, Santiago, v. 22, n. 2, p. 293-302, 2016. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2016000200016. Acesso em: 05 out. 2017.

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

Recebido: 30/06/2020

Aprovado: 17/12/2020

PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL AOS TRABALHADORES DO COMPLEXO REGULADOR DE PERNAMBUCO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA

HEALTH PROMOTION TO WORKERS IN THE PERNAMBUCO REGULATORY COMPLEX DURING A COVID-19 PANDEMIC: EXPERIENCE REPORT

Nathaly Alves Cavalcante¹, Fidel da Silva Bezerra², Ana Cláudia Silva de França³, Katharine Fraga dos Santos⁴, Edilene Maria da Silva Barbosa⁵, Lucijane Maria da Silva Gaspar⁶

RESUMO

Introdução: Com a pandemia da COVID-19, houve um aumento de sofrimento mental entre os profissionais de saúde. **Objetivo:** Descrever a experiência do processo de implementação de um projeto de intervenção de saúde mental aos trabalhadores do Complexo Regulador de Pernambuco durante a pandemia da COVID-19. **Apresentação da experiência profissional:** Relato de experiência, iniciado em maio de 2020, foram feitas oferta de escuta individual, relaxamento, ginástica laboral e oficina educacional. **Resultados:** Ocorreu pouca adesão dos profissionais as atividades, os que participaram sinalizaram positivamente e elencaram os benefícios adquiridos, referindo sobre a importância das atividades realizadas para diminuir o estresse do trabalho e melhorar a qualidade de vida. **Considerações finais:** A saúde mental é impregnada de estigmas e preconceitos, podendo essa percepção ter influenciado na não adesão dos profissionais aos serviços ofertados. Também consideramos ter havido falta de estímulo e incentivo dos gestores com a não flexibilização dos horários para a participação. Isso traz a reflexão de que mesmo em tempos de pandemia, há ainda muitos desafios a trilhar nessa área.

Palavras-chave: Pandemia. Saúde Mental. Coronavírus. Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

Introduction: With the COVID-19 pandemic, there was an increase in mental suffering among health professionals. **Objective:** To describe the experience of the process of implementing a mental health intervention project for workers in the Regulatory Complex of Pernambuco during the COVID-19 pandemic. **Presentation of professional experience:** An experience report, started in May 2020, was an offer made of individual listening, relaxation, gymnastics and educational workshop. **Results:** There was little adherence by professionals to activities, those who participated positively signaled and listed the benefits gained, referring to the importance of the activities carried out to reduce work stress and improve quality of life. **Final considerations:** Mental health is impregnated with stigmas and prejudices, and this perception may have influenced the professionals' non-adherence to the services offered. We also consider that there was a lack of encouragement and encouragement from managers with the lack of flexibility in the hours for participation. This brings the reflection that even in times of pandemic, there are still many challenges to be faced in this area.

Keywords: Pandemics. Mental Health. Coronavirus. Occupational Health.

¹ Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil.
ORCID: 0000-0003-3553-3766. E-mail: nathyalvescavalcante@gmail.com

² Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil.
ORCID: 0000-0001-5311-5109. E-mail: fideelsilva@gmail.com

³ Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil.
ORCID: 0000-0002-0033-9018. E-mail: franca.silvac@hotmail.com

⁴ Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil.
ORCID: 0000-0003-4183-5488. E-mail: katy_fraga@hotmail.com

⁵ Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil.
ORCID: 0000-0001-6854-669X. E-mail: edilene.barbosa@upe.br

⁶ Secretaria Estadual de Saúde, Recife, PE, Brasil.
ORCID: 0000-0002-5335-3585. E-mail: jane.gaspar@hotmail.com



INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades. Desta forma a saúde mental é um componente indispensável para a saúde do indivíduo sendo mais que a ausência de transtornos ou deficiências mentais. Desta maneira torna-se importante que a promoção da saúde mental seja realizada em todos ambientes inclusive no trabalho (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

A Pandemia do novo coronavírus é uma infecção viral transmitida pelo SARS-CoV-2, com alto poder de transmissibilidade. A identificação dos primeiros casos ocorreu na China, na província de Wuhan em Dezembro de 2019. Atualmente não há vacina que possa combater o vírus e o número de casos vem aumento em todo o mundo. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o evento constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). No Brasil a epidemia foi declarada Emergência de Saúde Pública em fevereiro de 2020, através da portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 (GARCIA; DUARTE, 2020).

Desde então o Brasil iniciou medidas de combate e controle a COVID-19, dentre elas a reestruturação e ampliação da capacidade de atendimento dos serviços de saúde já existentes, abertura de enfermarias com leitos específicos, ampliação estrutural das Unidades de Terapias intensivas (UTI) e a instalação de hospitais de campanha em vários locais distintos (CRODA; GARCIA, 2020).

Nesse contexto, os profissionais de saúde têm papel fundamental, uma vez que para o funcionamento dessas estruturas um grande número de profissionais foi recrutado, com cargas de trabalho rigorosas e exaustivas. Prevê-se também o aumento dos níveis de estresse no ambiente de trabalho, aumento da demanda de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) eo treinamento adequado para utilizá-los (HUMEREZ; OHL; SILVA, 2020).

Recentes pesquisas relatam que desde a instalação da pandemia da COVID-19 houve um aumento de sofrimento mental entre os profissionais de saúde, relacionados com vários fatores, incluindo: condições de trabalho inadequadas, carga de trabalho excessiva, baixos salários, falta de EPI, falta de capacitação específica para atuar frente à pandemia. Esses fatores expõem os profissionais da linha de frente ao risco de contaminação, de preconceito por serem possíveis disseminadores da doença e de afastamento de seus familiares, o que acarreta sentimentos de angústia, medo, desamparo, ansiedade, entre outros sentimentos e emoções (FERNANDES, RIBEIRO, 2020; PIRES, 2020).

Helioterio *et al.* (2020) corroboram com esses achados e referem a importância de se reorganizar as formas de trabalho, discutindo a necessidade de oferecer apoio psicossocial no local de trabalho, diminuição das jornadas, valorização do profissional, melhora nas condições, sendo essas as formas alternativas de promoção à saúde dos profissionais que estão na linha de frente.

Tem sido verificada uma grande demanda por leitos de UTI no Estado de Pernambuco, sendo a taxa de ocupação em torno de 98%. Nas unidades de atenção à saúde houve o aumento de números de doentes e mortes, além de um acréscimo no tempo de espera por uma vaga nessas unidades. Esses fatos também têm refletido no aumento do estresse nos profissionais do Complexo Regulador de Pernambuco de forma significativa, causando aumento das demandas psicológicas e de acolhimento desses profissionais (DIÁRIO DE PERNAMBUCO, 2020).

O Complexo Regulador de Pernambuco é o órgão que realiza atendimentos e encaminhamentos dos usuários

suspeitos ou portadores do novo coronavírus e outras comorbidades aos serviços de saúde no estado de Pernambuco.

Diante desse contexto o presente relato tem como objetivo descrever a experiência do processo de implementação de um projeto de intervenção em saúde mental aos trabalhadores do Complexo Regulador de Pernambuco durante a pandemia da COVID-19.

APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

No mês de maio de 2020, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco fez um pedido aos programas de residência do estado, solicitando o remanejamento de profissionais residentes aos serviços de maior demanda, sendo o Complexo Regulador um desses. Ao grupo dos residentes dos programas de Saúde Mental e os do programa de Psiquiatria foi incubida a elaboração e execução de um projeto que promovesse a saúde mental dos colaboradores, nascendo assim a “Central da Mente”.

O projeto proposto foi elaborado por quatro residentes de enfermagem psiquiátrica sob a orientação das coordenadoras assistencial e pedagógica. Para o seu desenvolvimento, foram realizados encontros presenciais e virtuais entre os residentes e os coordenadores do Complexo Regulador, sendo os encontros entre os residentes mais frequentes, pois além de autores, seriam os executores do projeto. O grupo de execução das atividades foi composto por cinco residentes, sendo quatro enfermeiros e uma educadora física.

Essa proposta de trabalho foi elaborada com o intuito de minimizar agravos à saúde mental e de ofertar apoio e acolhimento aos 230 servidores do Complexo Regulador nos níveis elementar, médio técnico e superiores, incluindo no cotidiano dos profissionais práticas de saúde mental, cujos objetivos foram:

- Promoção do bem estar e melhoria na qualidade de vida dos profissionais;
- Redução dos agravos à saúde mental do público alvo;
- Satisfação dos usuários com os serviços oferecidos;
- Êxito na funcionalidade do ambiente de trabalho.

As atividades são realizadas no espaço onde está alocada temporariamente o Complexo Regulador, no Centro de Convenções de Pernambuco, localizado no bairro de Salgadinho, na cidade de Olinda-PE. O espaço utilizado é um local de realização de grandes eventos científicos, artísticos e de entretenimento. Nesse momento está adaptado para servir de apoio a Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco.

As atividades oferecidas foram: escuta individual qualificada, relaxamento, ginástica laboral e oficina educacional.

Escuta individual qualificada - de acordo com Mesquita e Carvalho (2014) é um método de oferta de acolhimento e incentivo aos indivíduos para melhorar a comunicação e a compreensão das preocupações vivenciadas no dia a dia. Sendo essa uma ação ativa e dinâmica, que exige esforço por parte do ouvinte na identificação dos aspectos verbais e não verbais da comunicação.

Relaxamento - promoção de técnicas de momentos de alívio da tensão, em oposição a momentos de contração muscular, proporcionando assim, um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e

diminuição de ansiedade e medo (BORGES; FERREIRA, 2013).

Ginástica laboral - conhecida popularmente como ginástica da empresa, objetiva a prevenção e a compreensão não só dos distúrbios físicos e emocionais, como também o surgimento de doenças que o trabalho repetitivo e monótono pode ocasionar, podendo causar acidentes de trabalho e baixa produtividade (FREITAS-SWERTS; ROBAZZI, 2014).

Oficinas educacionais - estratégia com fundamentação técnico-científica e popular, atuando no processo de transformação de comportamento, mediada por práticas educativas que exaltem a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida e de sua prática profissional (SILVEIRA *et al.*, 2012).

Esta série de atividades foram propostas com o intuito de colaborar para que os servidores desenvolvessem autonomia em aliviar as tensões e comportamentos que venham a favorecer o sofrimento e adoecimento psíquico. A divulgação das atividades deu-se através de grupos de redes sociais, fixação de folders nas portas das salas, do refeitório e repouso.

Os desafios começaram no momento em que os espaços designados para a execução das atividades não foram adequadamente organizados e readaptações no projeto original e no ambiente se fizeram necessárias. Ocorreram sucessivas tentativas de organização do espaço, pois a ideia inicial seria de que o projeto fosse posto em prática ainda no mês de maio de 2020, contudo, infelizmente não foi possível concretizá-lo, devido às deficiências encontradas da estrutura e falta de materiais.

Em 03 de junho deu-se início as atividades práticas que ocorreram no horário de 13h até as 21h, para contemplar diferentes profissionais, pois alguns trabalham em regime de plantão e outros como diaristas. Em virtude de regimes de trabalho diferentes e da pouca adesão dos profissionais, as atividades foram mudadas para o horário de 10h às 19h, na tentativa de conseguir uma maior adesão.

Na semana inicial foi esperado que uma quantidade pequena de profissionais procurasse a “Central da Mente” e que com o passar dos dias esse número fosse aumentando, pois se esperava que as atividades ganhassem popularidade por meio da divulgação pelos próprios participantes.

A adesão dos profissionais as atividades de alongamento e automassagem foi mais significativa do que as sessões de relaxamento, oficinas de arte psicoeducacionais e escuta individual qualificada que foi uma das atividades mais comprometidas, o espaço era inadequado, pouco acolhedor e nada confortável e a deficiência de matérias ainda persistia para as outras atividades

Alguns profissionais em seus intervalos de descanso optavam por se recolherem no repouso a participar das atividades, apesar da pouca adesão às atividades, sendo 35 o número total de participantes, as avaliações dos contemplados foram positivas e elencavam os benefícios adquiridos por meio de depoimentos e caixinha de elogios e sugestões. Referiam a importância das atividades realizadas para diminuir o estresse do trabalho e a melhora da qualidade de vida. Entretanto, relataram também que não houve estímulos para participarem das atividades pelos coordenadores dos respectivos setores e sem incentivo e flexibilização de horários não havia oportunidade para frequentar o espaço da “Central da Mente”.

DISCUSSÃO

Nossa população alvo foram os profissionais de saúde que não trabalham lidando com cuidados diretos à pacientes acometidos pela COVID-19, mas sim aqueles que regulam os leitos dos casos que necessitam de cuidados hospitalares. Recentemente, estudo realizado com enfermeiros, 234 da linha de frente e 292 que não trabalhavam na linha de frente, mostrou um acometimento maior destes últimos pela via de “traumatização secundária”, onde o sofrimento psicológico resulta da empatia pelas vítimas de um evento específico (LI *et al.*, 2020).

Schmidt *et al.* (2020) referem que o estresse e os sentimentos de impotência diante da pandemia são esperados e dentro dessa proposta os profissionais poderão buscar apoio emocional e cuidar da saúde mental. O combate ao coronavírus é intenso e desgastante, e o profissional também precisa de cuidados, sendo o gerenciamento da saúde mental fundamental para o seu bom desempenho pessoal e profissional.

Giroto e Diehl (2016), referem haver uma tendência em anulação e desconsideração do sofrimento no meio de trabalho. A angústia que leva ao adoecimento, tende a ser discriminada, estigmatizada e excluída, além disso, quando a angústia é manifestada na empresa, trabalhadores e gestores não sabem como lidar.

Baseado nesse cenário, ofertamos um espaço de cuidado em saúde mental para esse perfil de profissionais, que lidam constantemente com tais sentimentos, porém, encontramos alguns entraves que não permitiram que o nosso projeto procedesse como desejado, com uma adesão menor do que foi estimada, falta de estrutura física adequada, pouco incentivo das coordenações para flexibilização dos horários de pausa e número reduzido de facilitadores.

A Central da Mente era um espaço ofertado onde os profissionais poderiam fazer diversas atividades complementares que propõem a promoção da saúde mental dos profissionais trazendo benefícios. Ademais, faz-se necessário a construção de práticas que extrapolam a abordagem individual curativa e apontem para abordagens interdisciplinares e intersetoriais (HIGA *et al.*, 2015) – para incorporar ações de prevenção primária, assistência e promoção da saúde, legitimando desta forma um olhar que não se prende em aspectos biológicos, mas que inclui o psíquico e o social e a atuação sobre os problemas humanos no trabalho a partir de outro locus, o do serviço de saúde (SATO; LACAZ; BERNARDO, 2006).

Na percepção dos residentes a procura aos serviços foi mais para o alívio das tensões corporais na tentativa de redução das tensões emocionais. Houve uma priorização das sensações de alívio mais rápidas, como relaxamento muscular. Ferreira (2017) diz que o exercício físico é capaz de promover benefícios não só corporais como também psicológicos, sendo a prática uma forma de ‘descarregar’ as tensões acumuladas. A qualidade da saúde mental é subjetiva e ainda percebida como tabu social, principalmente no ambiente de trabalho.

Nas discussões que a equipe de residentese coordenadores semanalmente realizaram, pode-se avaliar que a saúde mental é impregnada de estigmas e preconceitos, sendo os termos mente, saúde mental, psiquiatria entre outros ainda são avaliados como de menor valia ou significado de loucura e ou doença mental, podendo essa percepção ter influenciado na não adesão dos profissionais aos serviços ofertados.

Outro fato que pode ter contribuído para a baixa adesão seria a divulgação insuficiente. A utilização de redes sociais, hoje regada de fake news leva algumas pessoas a não lerem ou não valorizarem todas as mensagens que recebem (SILVA, 2019). Houve também falhas na estrutura física, tornando o espaço pouco atrativo e acolhedor. E por

fim a falta de estímulo e incentivo dos gestores (coordenações) com a não flexibilização de horários, o que fez com que muitos ficassem desmotivados para frequentar o espaço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi discutido entre a equipe sobre possíveis erros para uma má adesão ao serviço ofertado. Sendo concluído que além de falta de interesse pela maioria dos funcionários do Complexo Regulador, houve déficit na divulgação, alteração da estrutura que o grupo teria do auditório inicialmente e modificação das atividades e das ideias primárias do projeto de intervenção.

Isso traz a reflexão de que mesmo em tempos de pandemia, reconhecendo que a COVID-19 trouxe uma ameaça gigantesca a saúde mental das pessoas, há ainda muitos desafios a trilhar nessa área. E avaliando as grandes possibilidades de sofrimento e adoecimento psíquico, nesse momento, muitos esforços deverão acontecer para a ampliação e divulgação da importância da promoção e manutenção da saúde mental, existe muito desconhecimento sobre a temática e pouco incentivo de promoção e prevenção nos ambientes de trabalho.

REFERÊNCIAS

- BORGES, E.; FERREIRA, T. Relaxamento: estratégia de intervenção no stress. **Rev. Port. Enferm. Saúde Mental.**, n. 10, p. 37-42, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n10/n10a06.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2020.
- CRODA, J. H. R.; GARCIA, L. P. Resposta imediata da vigilância em saúde à epidemia da COVID-19. **Epidemio. Serv. Saude.**, v. 29, n. 1, p. e2020002, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v29n1/2237-9622-ress-29-01-e2020002.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2020.
- DIÁRIO DE PERNAMBUCO. Fila para leitos de UTI da Covid-19 de Pernambuco tem cerca de 50 pessoas. Recife, 03 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/vidaurbana/2020/06/fila-para-leitos-de-uti-da-covid-19-em-pernambuco-tem-cerca-de-50-pess.html>. Acesso em: 26 jun. 2020.
- FERNANDES, M. A.; RIBEIRO, A. A. A. Salud mental y estrés ocupacional en trabajadores de la salud a la primera línea de la pandemia de COVID-19. **Rev. Cuid.**, v. 11, n. 2, p. e1222, 2020. Disponível em: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/1222/1524>. Acesso em: 24 jun. 2020.
- FERREIRA, A. M. Influência da prática de exercícios físicos no estresse **Rev. Científica. FacMais.**, v. 11, n. 4, 2017. Disponível em: <http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2018/01/9-INFLU%C3%84NCIA-DA-PR%C3%81TICA-DE-EXERC%C3%84CIOS-F%C3%84SICOS-NO-ESTRESSE.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2020.
- FREITAS-SWERTS, F. C. T.; ROBAZZI, M. L. C. C. Efeitos da ginástica laboral compensatória na redução do estresse ocupacional e dor osteomuscular. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 22, n. 4, p. 629-636, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00629.pdf. Acesso em: 25 jun. 2020.
- GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemio. Serv. Saude.**, v. 29, n. 2, p. e2020222, 2020. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v29n2/2237-9622-ess-29-02-e2020222.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2020.
- GIROTTTO, C.; DIEHL, L. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre a possível relação entre o diagnóstico e as situações de trabalho. **POLÊMICA.**, v. 16, n. 2, p. 90-115, 2016. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/download/22904/16372>. Acesso em: 24 jun. 2020.
- HELIOTERIO, M. C. *et al.* COVID-19: why is health protection for health workers a priority in combating the pandemic? **SciELOPreprints.**, 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/664/855>. Acesso em: 25 jun. 2020.

- HIGA, E. F. R. *et al.* A intersetorialidade como estratégia para promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Interface.**, v. 19, supl. 1, p. 879-891, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000500879&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 jun. 2020.
- HUMEREZ, D. C.; OHL, R. I. B.; SILVA, M. C. N. Saúde mental dos profissionais de enfermagem do Brasil no contexto da pandemia Covid-19: ação do conselho federal de enfermagem. **Cogitare enferm.**, v. 25, p. e74115, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/74115/40808>. Acesso em: 24 jun. 2020.
- LI, Z. *et al.* Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. **Brain, Behavior, and Immunity.**, v. 88, p. 916-919, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889159120303093>. Acesso em: 24 jun. 2020.
- MESQUITA, A. C.; CARVALHO, E. C. A escuta terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 48, n. 6, p. 1127-1136, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1127.pdf. Acesso em: 24 jun. 2020.
- PIRES, R. R. C. Os efeitos sobre grupos sociais e territórios vulnerabilizados das medidas de enfrentamento à crise sanitária da Covid-19: propostas para o aperfeiçoamento da ação pública. **Ipea. Nota Técnica Diest.**, Brasília, n. 33, 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200408_nota_tecnica_diest.pdf. Acesso em: 26 jun. 2020.
- SATO, L.; LACAZ, F. A. C.; BERNARDO, M. H. Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na saúde pública de São Paulo. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 11, n. 3, p. 281-288, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2006000300005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 jun. 2020.
- SCHMIDT, B. *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, p. e200063, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v37/1678-9865-estpsi-37-e200063.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2020.
- SILVA, A. F. Porque é que as fake news se transformaram em protagonistas do jornalismo contemporâneo? **Comunicação Pública [Online]**, v. 14, n. 26, 2019. Disponível em: <https://journals.openedition.org/cp/4139>. Acesso em: 26 jun. 2020.
- SILVEIRA, R. E. *et al.* Oficinas com professores: educação em saúde para o manejo com adolescentes. **Acta. Paul. Enferm.**, v. 25, número especial 2, p. 169-174, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/pt_27.pdf. Acesso em: 25 jun. 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2. Acesso em: 26 jun. 2020.

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

Recebido: 28/06/2020

Aprovado: 14/12/2020

AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ARATANI, Nathan¹. **Avaliação do acompanhamento pré-natal em serviços de Atenção Primária à Saúde**. Orientador: Oswaldo Yoshimi Tanaka. 2020. 178f. Tese (Doutorado em Ciência da Saúde) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

RESUMO

Introdução: As políticas públicas e programas do Ministério da Saúde brasileiro tiveram como princípio ampliar o acesso aos serviços primários de saúde, tais como ao acompanhamento pré-natal, o qual deveria ser prioritariamente orientado por equipes de estratégia de saúde da família, atuando segundo modelos alternativos de atenção à saúde, entretanto, de acordo com os indicadores de saúde, sugere-se não ter ocorrido à incorporação de tais modelos alternativos de atenção ao seu processo de trabalho. É necessário ancorar a prática de serviços longitudinais de cuidado em saúde, como estímulo à superação efetiva do tão indesejado modelo hospitalocêntrico. **Objetivo:** Avaliar o acompanhamento pré-natal em serviços de Atenção Primária em Saúde. **Metodologia:** Estudo avaliativo, composto por três recortes orientado pelos pressupostos da Rede Cegonha. A primeira avaliação deu-se por meio do estudo ecológico de séries temporais, o qual objetivou identificar o comportamento de indicadores relacionados à atenção pré-natal no decorrer de uma década (2007 a 2017). Um rol de indicadores foi listado (matriz diagnóstica da Rede Cegonha) e os dados foram coletados nos sistemas de informação de saúde do Ministério da Saúde para todas as capitais brasileiras e no distrito federal. A análise dos dados permitiu analisar a magnitude e tendência temporais. O segundo recorte avaliativo foi substanciado pela coleta e análise de dados primários de gestantes em atendimento nos serviços de atenção especializada com o objetivo de compreender melhor como diferentes modelos de atenção primária podem influenciar na longitudinalidade do cuidado prestado. Testes de regressão logística foram executados para analisar as variáveis individuais e de serviços de atenção primária, associadas à longitudinalidade do acompanhamento pré-natal em diversos modelos de unidade básica de saúde, a saber: modelo tradicional, estratégia de saúde da família e modelos mistos. O terceiro recorte teve como meta identificar experiências exitosas que contribuíram para a qualificação da assistência pré-natal por meio de uma revisão integrativa de literatura. A revisão literária foi realizada nas bases de dados PubMed e LILACS, e buscou publicações indexadas a partir de 2006. **Resultados:** A ampliação do acesso a consultas pré-natais em 15 capitais brasileiras foi identificada durante o período de uma década; contudo, tal expansão não resultou na esperada melhoria de indicadores de morbidade por sífilis congênita e HIV (em menores de cinco anos) e de mortalidade materna e neonatal. Os aspectos que favoreceram a longitudinalidade do cuidado prestado as gestantes em diferentes tipos de unidades básicas de saúde foram: ser gestante negra ou parda em unidades de saúde da família e a escolaridade (menos de sete anos) nas unidades tradicionais. Os serviços que têm entre seu rol de práticas a visita domiciliar e a composição das equipes com agentes comunitários de saúde apresentaram maiores chances de atingir a manutenção da longitudinalidade do cuidado. Grupos de educação em saúde durante a gestação e a reestruturação dos aspectos organizacionais dos serviços prestados através da incorporação do uso de tecnologias de informação e da definição de fluxos assistenciais locais foram definidos como boas práticas e estratégias a serem adotadas pelas equipes e serviços de saúde. **Conclusões:** Equipes de estratégia de saúde da família, serviços de atenção primária e a Rede Cegonha possibilitaram avanços no acompanhamento pré-natal, com destaque para a ampliação do acesso a ele. A incorporação de práticas e modelos alternativos de atenção à saúde nos distintos serviços prestados ainda é incipiente.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Cuidado Pré-natal. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Qualidade da Assistência à Saúde.

¹ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-4602-7319. E-mail: nathan_20@msn.com





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