

REVISTA

SERGIPANA

DE SAÚDE PÚBLICA

V.2, n.1, jun. 2023





BARCO DE FOGO

LEI Nº. 7.690 DE 23 DE JULHO DE 2013.
Torna o Barco de Fogo da Cidade de
Estância patrimônio Imemorial do Estado
de Sergipe



REVISTA
SERGIPANA
DE SAÚDE PÚBLICA

V.2, n.1, jun. 2023



ESCOLA DE SAÚDE
PÚBLICA DO ESTADO
DE SERGIPE



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO

EQUIPE EDITORIAL

COMITÊ EDITORIAL

Editora-chefe

Sheilla da Silva Barroso ESP/FUNESA
(22/08/2022 - ATUAL)

Editora Executiva

Daniele Carvalho Castro ESP/FUNESA

Editora Assistente

Daniele de Araújo Travassos ESP/FUNESA

Editor Científico

Ricardo Burg Ceccim (UFRGS)

CONSELHO EDITORIAL

Ana Carla Ferreira Guedes da Cruz (ESP)/FUNESA

Ana Lucia Santos da Silva (USP)

Cátia Maria Justo (UFS)

Frederico Leão Pinheiro (UFS)

Gustavo Ávila Dias (UFBA)

João Batista Cavalcante Filho (UFS)

Marco Aurélio de Oliveira Góes (SES)

Paulo Almeida Júnior (UNIT)

Priscilla Daisy Cardoso Batista (UFS-Lagarto)

Sheilla da Silva Barroso (ESP/FUNESA)

Política de Revisão

Duplo Cego aos pares

EXPEDIENTE

Governador do Estado

Fábio Cruz Mitidieri

Vice-Governadora

José Macedo Sobral

Secretaria de Estado da Saúde**Secretária**

Walter Gomes Pinheiro Júnior

Superintendente Executivo

Vinícius Vilela Dias

Escola de Saúde Pública de Sergipe (ESP)**/ Fundação Estadual de Saúde-FUNESA****Diretora Geral**

Carla Valdete Santos Cardoso

Diretor Administrativo e Financeiro

Vitor Luis Freire de Souza

Diretor Operacional

Caique da Silva Costa

Coordenação de Gestão Editorial

Taynara dos Santos Dias

Capa, Projeto Gráfico e Diagramação

Fernando de Jesus Caldas

Revisão Ortográfica/Textual

Fabiana dos Santos

Normalização Bibliográfica

Laurides Batista Cruz

Licenciamento Open Access

Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0.

Permitida a reprodução parcial desta obra, desde que citada a fonte.**Periodicidade - semestral**

Tiragem - 100 exemplares

Distribuição - gratuita

EDITORA FUNESA

Elaboração, distribuição e informações:

Travessa Manoel Aguiar Menezes, 49 - Getúlio Vargas.

CEP 49055-750 - Aracaju, SE - Brasil

INDEXAÇÃO:

Periódica: Índice de revistas Latinoamericanas em Ciências

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Revista Sergipana de Saúde Pública / Fundação Estadual de Saúde. – v.2, n.1, jun., 2023 - Aracaju: Funesa, 2023.

Semestral

1. Saúde Pública – Sergipe – Periódico

CDU: 614(813.7)(05)

Elaborada por Laurides Batista Cruz CRB 5/1424



APRESENTAÇÃO

EDITORIAL

Sheilla da Silva Barroso e Daniele Carvalho Castro06

ARTIGOS ORIGINAIS

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SERGIPE: O OLHAR DE MÉDICOS CUBANOS E BRASILEIROS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Cátia Maria Justo, Marco Aurélio de Oliveira Góes, Victor Vilhena Barroso, João Batista Cavalcante Filho, Felipe Rosa dos Santos Lima, Larissa Noletto Isidoro 07

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS EM SERGIPE

Lívia Santos Cisneiros de Oliveira, Rosana Apolonio Reis Andrade, Ignez Aurora dos Anjos Hora, Regiane Cristina do Amaral 23

PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EM PRÉ-TERMOS EGRESSOS DE UMA MATERNIDADE NO NORDESTE BRASILEIRO

Esther Alves Régis dos Santos; Jhennifer Nogueira Franqueta de Jesus; Márcia Estela Lopes da Silva; Sarah Cristina Fontes Vieira; Ikaro Daniel de Carvalho Barreto 32

AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E DOS ÓBITOS DA COVID-19 EM ARACAJU NOS PRIMEIROS MESES DE PANDÊMIA

Thaís Moraes de Araújo, Jessika Mary Ferreira de Oliveira 46

OFERTA DA FONOAUDIOLOGIA PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM SERGIPE: 2012 A 2021.

Alice Fontes Monteiro Ramos, José Marcos de Jesus Santos, Marcus Valerius da Silva Peixoto58

A GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE EM ÂMBITO MUNICIPAL: ESPERANÇANDO UM SUS MELHOR

Marcio Lemos, Fernanda Rodrigues Santana de Goes, Emily Regina Martins Freire Nardelli, Roniélcio Ramos Maceda, Ana Paula dos Santos Prata, Duanne Marcelle de Carvalho, Acácia Priscilla de Souza Lírio, Amanda Gomes dos Santos, Suzana Kelly de Oliveira Ramos77

FORMAÇÃO EM SAÚDE NO ESTADO DE SERGIPE: A CONTRIBUIÇÃO DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO NA RECEPÇÃO DOS DISCENTES

Viviane Rocha, Tais Azevedo dos Santos, Marcio Lemos 84



A Revista Sergipana de Saúde Pública tem a satisfação de colocar à disposição da comunidade científica e profissional seu segundo volume. Apresentamos, neste novo volume, um conjunto de temáticas diversas e relevantes que oportunizam troca de experiências e difusão de conhecimento entre profissionais de saúde, discentes, docentes, gestores e bem como da sociedade em geral que endossam a pluralidade da produção de conhecimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa perspectiva, a seção Artigos Originais apresenta seis artigos. São eles: “Atenção Primária em Sergipe: o olhar de médicos cubanos e brasileiros do programa mais médicos”; “Perfil epidemiológico dos pacientes com necessidades especiais em Sergipe”; “Prevalência de aleitamento materno em pré-termos egressos de uma maternidade no Nordeste brasileiro”; “Avaliação do sistema de vigilância epidemiológica e dos óbitos da covid-19 em Aracaju nos primeiros meses de pandemia”, “Oferta da fonoaudiologia pelo sistema único de saúde em Sergipe – 2012/2021” e “Formação em saúde no estado de Sergipe: a contribuição do estágio supervisionado na percepção dos discentes”.

Complementando os trabalhos da presente edição, apresentamos um relato de experiência, “A gestão do trabalho e da educação na saúde em âmbito municipal: esperando um SUS melhor”, que aborda os temas da gestão do trabalho e educação na saúde, relatando o desenvolvimento e qualificação de trabalhadores da saúde, bem como do processo de transformação das práticas profissionais através de dispositivos de Educação Permanente em Saúde.

Almejamos que este novo número favoreça a compartilhamento de informações técnico-científicas e incentive a elaboração de novas produções científicas, endossando o debate sobre a importância dos estudos e contribuições em defesa do SUS.

Agradecemos a colaboração de todos os avaliadores, autores e leitores, registrando a importância de ampliar o debate sobre a importância da circulação e democratização do conhecimento atendendo os objetivos da Revista Sergipana de Saúde Pública.

Sheilla da Silva Barroso
Editora-chefe

Daniele Carvalho Castro
Editora executiva

Atenção Primária em Sergipe: O olhar de médicos cubanos e brasileiros do programa Mais Médicos

^a Cátia Maria Justo

^b Marco Aurélio de Oliveira Góes

^c Victor Vilhena Barroso

^d João Batista Cavalcante Filho

^e Felipe Rosa dos Santos Lima

^f Larissa Noleto Isidoro

Resumo

Objetivo: Avaliar através da perspectiva dos profissionais do Programa Mais Médicos (PMM), a Atenção Primária à Saúde (APS), com base nos atributos essenciais e derivados e identificando diferenças nas avaliações de médicos brasileiros e médicos cubanos. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo transversal utilizando o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*Primary Care Assessment Tool - PCATool*) para profissionais da saúde com os médicos do Programa Mais Médicos (PMM) lotados no estado de Sergipe no período de 1º de dezembro de 2017 a 31 de janeiro de 2018. Os médicos foram subdivididos em 2 grupos: médicos brasileiros do PMM (PMM Brasil) e médicos cubanos do PMM (PMM Cuba). **Resultados:** Foram respondidos 182 questionários, sendo 87 PMM Brasil e 95 PMM Cuba. A média dos escores geral e essencial corresponde, respectivamente, a 7,72 e 7,37. O atributo acessibilidade foi o que obteve pior avaliação (4,8), tanto entre PMM Brasil quanto PMM Cuba. O atributo com melhor avaliação em ambos os grupos foi a orientação familiar (9,11). Os médicos de equipes que participaram do Programa Nacional da Melhoria e do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) apontaram proporcionalmente maior escore geral considerado alto, assim como nos atributos de integralidade (serviços disponíveis) e orientação comunitária. **Conclusões:** O estudo identifica que, apesar das diferenças na avaliação entre PMM Brasil e PMM Cuba, os dois grupos demonstram uma orientação para os atributos da APS, com grande fragilidade quanto à acessibilidade.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; estratégia saúde da família; avaliação de serviços de saúde; *PCATool*.

Primary Care in Sergipe: The view of cuban and brazilian doctors in the Mais Médicos program

Abstract

Objective: To evaluate, through the perspective of professionals from the most medical program (PMM), Primary Health Care (PHC), based on essential and derived attributes, identifying differences in the evaluations of Brazilian doctors and Cuban doctors. **Materials and methods:** This is a cross-sectional study using the Primary Care Assessment Tool (PCATool) for health professionals with doctors from the Mais Médicos Program (PMM) located in the state

^a. Docente. Doutorado em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: catia_justo@hotmail.com

^b. Docente. Doutora em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: maogoes@gmail.com

^c. Docente. Especialização em Gestão de Emergências no SUS-GES. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil.

E-mail: victor.vb@hotmail.com

^d. Docente. Doutorando em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail:

joao.cavalcante@academico.ufs.br

^e. Discente do Curso de Medicina campus UFS-Lagarto. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail:

fr.lima@msn.com

^f. Discente do Curso de Medicina campus UFS-Lagarto. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil.

E-mail: lahisidoro@hotmail.com

Recebido: 16/09/2022

Aprovado: 31/01/2023

of Sergipe on the 1st of December from 2017 to January 31, 2018. The doctors were subdivided into 2 groups: Brazilian doctors from the PMM (PMM Brasil) and Cuban doctors from the PMM (PMM Cuba). **Results:** 182 questionnaires were answered, being 87 PMM Brazil and 95 PMM Cuba. The average of the general and essential scores were respectively 7.72 and 7.37. The attribute accessibility was the one with the worst evaluation (4.8), both between PMM Brazil and PMM Cuba. The attribute with the best evaluation in both groups was family orientation (9.11). Physicians from teams that participated in the National Program for the Improvement and Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) showed a proportionally higher general score considered high, as well as in the attributes of integrality (available services) and community orientation. **Conclusions:** the study identifies that despite the differences in the assessment between PMM Brasil and PMM Cuba, both groups demonstrate an orientation towards the attributes of PHC, with great fragility regarding accessibility.

Keywords: primary health care; family health strategy; evaluation of health services; *PCA-Tool*.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia de estruturação dos sistemas de saúde que visa o acesso universal às ações e serviços, para que sejam mais efetivos e eficientes e reduzam as iniquidades em saúde. De acordo com Starfield, existem características fundamentais que consistem nos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados (orientação familiar e orientação comunitária e competência cultural), os quais indicam serviços de APS com qualidade adequada para suprir a população adstrita (STARFIELD, 2002; OPAS, 2018).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), que possui como princípios a universalidade de acesso aos serviços de saúde e a integralidade da assistência, tem como principal porta de entrada aos serviços de saúde a APS e, dentro dela, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal estratégia de sua expansão, consolidação e qualificação (BRASIL, 1990; GIOVANELLA *et al.*, 2015).

Apesar de sua abrangência no país, há dificuldades estruturais importantes em relação à APS desde sua instituição na década de 1990, como falta de insumos básicos (nebulizador, glicosímetro, acesso à Internet) e também escassez de profissionais médicos, ou dificuldade de alocação dos mesmos por diversos motivos, como falta de remuneração adequada, falta de reconhecimento entre os pares, vínculos trabalhistas precários e ausência de formação compatível com a ESF. Dentre as diversas estratégias adotadas para melhorar o atendimento médico adequado à população, foi proposto em 2013 o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM) (GIOVANELLA *et al.*, 2016).

O PMM estava inserido em um conjunto de medidas dentro da política de qualificação da assistência à saúde e trouxe significativos avanços quanto ao provimento emergencial desses profissionais, principalmente em regiões mais carentes. Além de médicos formados no Brasil, o programa regulamentou a inserção de médicos formados no

exterior (brasileiros ou não), incluindo os médicos intercambistas cubanos (CONASS, 2013; KEMPER, 2019).

A avaliação da APS é uma tarefa complexa e que exige a participação de diversos olhares, entre esses o dos profissionais de saúde. Devido a sua própria amplitude, uma avaliação específica costuma se restringir a apenas uma de suas perspectivas. Neste sentido, o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária *Primary Care Assessment Tool (PCATool)* mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS (BRASIL, 2010).

Outra forma de avaliar a qualidade dos serviços prestados à população é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Esse foi instituído com o objetivo de permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica em todo o Brasil, com garantia de um padrão nacional de qualidade comparável. Com o PMAQ-AB, o Ministério da Saúde passa a condicionar o repasse de uma parte dos recursos da APS a um processo de avaliação de resultados (BRASIL, 2012).

O PMM e o PMAQ-AB são estratégias para a ampliação e qualificação da APS no país. O objetivo deste estudo foi avaliar, na perspectiva dos profissionais do PMM, a APS oferecida nas unidades de saúde dos municípios de Sergipe, de acordo com os atributos considerados essenciais e derivados e, dessa forma, contribuir para a identificação de situações que possam ser trabalhadas pela gestão, buscando aumentar a qualidade do atendimento oferecido à população.

MÉTODOS E METÓDOS

Foi realizado um estudo transversal com médicos do Programa Mais Médicos (PMM) lotados no estado de Sergipe, brasileiros (PMM Brasil) e intercambistas cubanos (PMM Cuba).

O estado de Sergipe conta com uma população de aproximadamente 2.278.308 pessoas, das quais estima-se que 87,43% estão cobertas pela APS, sendo a ESF a principal estratégia de cobertura (82,13%), de acordo com o Ministério da Saúde. Para cobrir tal população, a ESF conta com 605 equipes, dentre as quais 190 delas eram compostas por médicos do PMM, no período do estudo (11).

A presença e extensão dos atributos da APS foram avaliados através do instrumento validado *PCATool-Brasil* (versão para profissionais de saúde) para os médicos do PMM que estavam em exercício em Sergipe entre 1º de dezembro de 2017 e 31 janeiro de 2018.

O *PCATool-Brasil* é um instrumento validado que mede a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, resultando na obtenção de um escore geral através de um questionário subdividido em 08 partes: acesso de primeiro contato/acessibilidade; longitudinalidade; coordenação (integração de cuidados); coordenação (sistema de informações); integralidade (serviços disponíveis); integralidade (serviços prestados); orientação familiar e orientação comunitária. Com esse instrumento, obteve-se o Escore Geral da APS (Grau de Orientação à APS), o Escore Essencial (o

que avalia os atributos essenciais) e os escores individuais de cada atributo. O instrumento foi validado para uso nacional e é amplamente utilizado por diversos pesquisadores para avaliar a qualidade da atenção primária. Os valores dos escores obtidos pela escala original do instrumento são transformados para uma escala que varia de 0 a 10, sendo os valores iguais ou superiores a 6,6 considerados como alto escore.

Junto ao PCATool-Brasil, foi aplicado questionário com variáveis para identificar o perfil do profissional (sexo, faixa etária, tempo de formação, experiência em APS, país onde nasceu e país onde se formou) e relacionadas ao local de atuação (relação com equipe, relação com comunidade e participação da equipe no PMAQ-AB).

Na análise estatística, as características sociodemográficas dos usuários em estudo, assim como as informações e impressões sobre o local de trabalho, foram apresentadas de forma descritiva, para a amostra geral e por tipologia do médico, classificados como PMM Brasil (médicos brasileiros) e PMM Cuba (médicos cubanos). Utilizou-se a média (desvio padrão), a frequência absoluta e relativa.

Para a tabulação dos dados, foi utilizado o programa *Microsoft Excel*, obtendo-se as médias do atributo. Os resultados foram apresentados utilizando a média dos escores, a mediana e desvios padrão. Além da análise da média dos escores, foi realizada a classificação desses em alto (igual ou maior que 6,6) e baixo (inferior a 6,6).

A análise estatística foi realizada com a utilização do *software livre OpenEpi*

(<http://www.openepi.com>). Para identificar diferenças entre as médias, foi utilizado o teste t de *student*, com intervalo de confiança de 95%, considerando a diferença significativa quando o valor de p foi menor que 0,05 ($p < 0,05$).

Este estudo atende a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, sendo aprovado sob parecer n.º 2.537.681.

RESULTADOS

O formulário foi respondido por 182 dos 190 médicos do Programa Mais Médicos (PMM) lotados no estado de Sergipe (95,8%), sendo 95 médicos intercambistas cubanos (PMM Cuba) e 87 brasileiros (PMM Brasil). Entre os PMM Brasil, 69% fizeram a sua graduação em medicina no Brasil e, dos que fizeram fora do país, a maioria se graduou na Bolívia (17,24%). Os médicos estavam lotados em 49 (65,3%) dos 75 municípios do estado. Houve predomínio do sexo feminino (58,79%). A média de idade foi de 34 anos (+7,0), sendo menor entre brasileiros, com média de 33 anos (+6,6) em relação aos cubanos, que apresentaram média de 35 anos (+7,2) (Tabela 1).

Quanto à experiência prévia no trabalho na APS, 31,9% referiram ter entre 2 a 5 anos, sendo que o tempo médio dos médicos do PMM Brasil foi de 3,7 anos (+4,4), enquanto nos do PMM Cuba foi de 9,8 anos (+7,2). E em relação à especialização prévia, 20% dos médicos brasileiros a tinham

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas dos profissionais do PMM lotados em Sergipe em dezembro de 2017 e janeiro de 2018.

Variáveis	PMM Brasil		PMM Cuba		Total Geral	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Feminino	37	42.53	70	73.68	107	58.79
Masculino	50	57.47	25	26.32	75	41.21
Faixa etária						
24 a 29 anos	26	29.89	30	31.58	56	30.77
30 a 39 anos	54	62.07	47	49.47	101	55.49
40 a 49 anos	5	5.75	13	13.68	18	9.89
50 a 59 anos	0	0,00	4	4.21	4	2.20
60 a 69 anos	2	2.30	1	1.05	3	1.65
Cor/raça (Conclusão)						
Não informado	1	1.15	3	3.16	4	2.20
Branca	34	39.08	52	54.74	86	47.25
Negra	11	12.64	16	16.84	27	14.84
Parda	41	47.13	24	25.26	65	35.71
País de Graduação						
Bolívia	15	17.24	0	0.00	15	8.24
Brasil	60	68.97	0	0.00	60	32.97
Cuba	4	4.60	95	100.00	99	54.40
Paraguai	4	4.60	0	0.00	4	2.20
Rússia	1	1.15	0	0.00	1	0.55
Venezuela	3	3.45	0	0.00	3	1.65
Especialização prévia						
Não	69	79.31	4	4.21	73	40.11
Sim	18	20.69	91	95.79	109	59.89
Experiência na APS						
Até 2 anos	33	37.93	0	0.00	33	18.13
De 2 a 5 anos	36	41.38	22	23.16	58	31.87
De 5 a 10 anos	10	11.49	37	38.95	47	25.82
Mais de 10 anos	8	9.20	36	37.89	44	24.18
Total Geral	87	100.00	95	100.00	182	100.00

Fonte: Elaborada de acordo com dados da pesquisa (2023).

em relação aos 95,78% dos cubanos.

Em relação à região de atuação, metade dos profissionais atuavam em zona

rural e a outra metade na zona urbana. Os profissionais estavam locados em todas as regiões de saúde do estado, principalmente

Tabela 2 - Aspectos sobre o atual local do trabalho dos profissionais do PMM lotados em Sergipe em dezembro de 2017 e janeiro de 2018.

Variáveis	PMM Brasil		PMM Cuba		Total Geral	
	n	%	n	%	n	%
Zona de trabalho						
Zona Rural	35	40.23	56	58.95	91	50.00
Zona Urbana	52	59.77	39	41.05	91	50.00
Região de Saúde						
Aracaju	22	25.29	2	2.11	24	13.19
Estância	11	12.64	23	24.21	34	18.68
N. S. da Glória	6	6.90	13	13.68	19	10.44
Itabaiana	8	9.20	7	7.37	15	8.24
Lagarto	12	13.79	17	17.89	29	15.93
Propriá	13	14.94	14	14.74	27	14.84
N. S. do Socorro	15	17.24	19	20.00	34	18.68
Equipe aderiu ao PMAQ - AB						
Não	22	25.29	16	16.84	38	20.88
Sim	65	74.71	79	83.16	144	79.12
Nível de satisfação com o trabalho no serviço atual						
Insatisfeito	9	10.34	0	0.00	9	4.95
Indiferente	5	5.75	1	1.05	6	3.30
Satisfeito	56	64.37	56	58.95	112	61.54
Muito satisfeito	17	19.54	38	40.00	55	30.22
Nível de satisfação com a equipe de saúde						
Insatisfeito	4	4.60	1	1.05	5	2.75
Indiferente	4	4.60	0	0.00	4	2.20
Satisfeito	42	48.28	40	42.11	82	45.05
Muito satisfeito	37	42.53	54	56.84	91	50.00
Total Geral	87	100.00	95	100.00	182	100.00

Fonte: Elaborada de acordo com dados da pesquisa (2023).

nas regiões de Estância e Nossa Senhora do Socorro (Quadro 2).

Quanto ao nível de satisfação com o trabalho no serviço atual, relatada pelos profissionais, 61,54% se mostraram satisfeitos e 30,22% muitos satisfeitos. Entre os PMM Cuba, os que se mostraram insatisfeitos ou tinham nível indiferente de satisfação representaram 1,05% da amostra. Já entre os PMM Brasil, esse quesito representou 16,09%. Quanto ao nível de satisfação em relação à equipe de saúde na qual o profissio-

nal estava inserido, 45,05% referiram estar satisfeitos e 50% muito satisfeitos. A maioria (79,12%) dos médicos relataram adesão das suas equipes ao PMAQ-AB (Quadro 2).

O escore essencial, obtido por meio da média dos atributos acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade, apresentou alto escore entre os profissionais do PMM, assim como Escore Derivado. Desta forma, quanto ao grau de orientação à APS, expresso pelo Escore Geral da APS, composto pelos Escores Essencial e Derivado,

Tabela 3 - Média e desvio padrão dos escores individualizados de cada atributo da APS, segundo PCATool-Brasil, Sergipe, dezembro de 2017 e janeiro de 2018.

Atributos	PMM Brasil (n=87)		PMM Cuba (n=95)		Total (n=182)		Valor de p
	média	DP	média	DP	média	DP	
Escore Essencial	7.06	0.94	7.65	0.70	7.37	0.87	< 0.05
Acessibilidade	3.94	1.43	5.58	1.57	4.80	1.71	< 0.05
Longitudinalidade	7.62	1.17	7.94	1.14	7.78	1.16	0.06
Coordenação - integração de cuidados	6.90	1.46	7.70	1.18	7.32	1.38	< 0.05
Coordenação - sistema de informações	8.37	1.55	7.51	1.39	7.92	1.53	< 0.05
Integralidade - serviços disponíveis	7.15	1.37	7.91	1.06	7.55	1.27	< 0.05
Integralidade - serviços prestados	8.42	1.31	9.24	0.97	8.84	1.21	< 0.05
Escore Derivado	8.13	1.53	9.36	0.96	8.78	1.42	< 0.05
Orientação familiar	8.63	1.59	9.54	0.88	9.11	1.34	< 0.05
Orientação comunitária	7.62	1.47	9.22	1.04	8.46	1.50	< 0.05
Escore Geral	7.33	0.98	8.08	0.65	7.72	0.90	< 0.05

Fonte: Elaborada de acordo com dados da pesquisa (2023).

com base no instrumento PCATool-Brasil versão profissional da saúde aplicado nos médicos do PMM, revela que os serviços avaliados no estado podem ser classificados como serviços de forte orientação à APS, pois a média dos escores (7,72) supera o ponto de corte definido de 6,6 na escala contínua padronizada de 0 a 10, conforme pode ser observado. Apesar desse fato ser constatado tanto no ponto de vista dos PMM Brasil (7,33) como do PMM Cuba (8,08), a avaliação foi significativamente maior entre os últimos para a maioria dos atributos (Tabela 3).

Verifica-se que o atributo que obteve a menor média (4,80) foi acessibilidade, tanto para PMM Brasil (3,94) como para PMM Cuba (5,58). Destacam-se dentre os atributos melhor avaliados pelos profissionais: orientação familiar (9,11), integralidade – serviços prestados (8,84) e orientação

comunitária (8,46) (Tabela 3).

Na quadro 4, o escore individual de cada profissional do PMM, para cada atributo, foi classificado em alto ($\geq 6,6$) ou baixo ($< 6,6$). Desta forma, o escore geral foi classificado como alto por 86,26% dos participantes e o escore essencial por 78,57%. A acessibilidade foi o atributo com pior avaliação, sendo considerado alto por apenas 17,03% médicos. Uma maior proporção de médicos do PMM Cuba avaliaram significativamente melhor, além dos escores essencial e geral, os atributos: acessibilidade, coordenação–integração de cuidados, integralidade–serviços disponíveis, integralidade–serviços prestados e orientação comunitária.

Quando se avaliou a associação da participação da equipe no PMAQ–AB com os atributos da APS, verificou-se a existência de

Tabela 4 - Avaliações dos atributos da APS pelos médicos do PMM Brasil e PMM Cuba, segundo *PCATool-Brasil*, Sergipe, dezembro de 2017 e janeiro de 2018.

Atributos	PMM Brasil		PMM Cuba		Total Geral	
	n	%	n	%	n	%
Acessibilidade*						
Alto	5	5.75	26	27.97	31	17.03
Baixo	82	94.25	69	72.63	151	82.97
Longitudinalidade						
Alto	70	80.46	85	89.47	155	85.16
Baixo	17	19.54	10	10.53	27	14.84
Coordenação - integração de cuidados*						
Alto	56	64.37	81	85.26	137	75.27
Baixo	31	35.63	14	14.74	45	24.73
Coordenação - sistema de informações						
Alto	80	91.95	83	87.37	163	89.56
Baixo	7	8.05	12	12.63	19	10.44
Integralidade - serviços disponíveis*						
Alto	59	67.82	81	85.26	140	76.92
Baixo	28	32.18	14	14.74	42	23.08
Integralidade - serviços prestados*						
Alto	79	90.80	93	97.89	172	94.51
Baixo	8	9.20	2	2.11	10	5.49
Orientação familiar						
Alto	82	94.25	94	98.95	176	96.70
Baixo	5	5.75	1	1.05	6	3.30
Orientação comunitária*						
Alto	68	78.16	92	96.84	160	87.91
Baixo	19	21.84	3	3.16	22	12.09
Escore Essencial*						
Alto	57	65.52	86	90.53	143	78.57
Baixo	30	34.48	9	9.47	39	21.43
Escore Geral*						
Alto	65	74.71	92	96.84	157	86.26
Baixo	22	25.29	3	3.16	25	13.74
Total Geral	87	100.00	95	100.00	182	100.00

* p<0,05 (IC95%).

Fonte: Elaborada de acordo com dados da pesquisa (2023).

Tabela 5 - Relação dos atributos da APS com a participação no PMAQ, Sergipe, dezembro de 2017 e janeiro de 2018.

Atributos	ADESÃO DA EQUIPE AO PMAQ-AB						OR (IC95%)	Valor de p
	Não		Sim		Total Geral			
	n	%	n	%	n	%		
Acessibilidade								
Alto	7	18.42	24	16.67	31	17.03	0.9 (0.35 - 2.4)	0.39
Baixo	31	81.58	120	83.33	151	82.97	-	-
Longitudinalidade								
Alto	32	84.21	123	85.42	155	85.16	1.1 (0.4 - 2.8)	0.41
Baixo	6	15.79	21	14.58	27	14.84	-	-
Coordenação - integração de cuidados								
Alto	24	63.16	113	78.47	137	75.27	2.1 (1.0 - 4.5)	0.05
Baixo	14	36.84	31	21.53	45	24.73	-	-
Coordenação - sistema de informações								
Alto	35	92.11	128	88.89	163	89.56	0.7 (0.1 - 2.3)	0.68
Baixo	3	7.89	16	11.11	19	10.44	-	-
Integralidade - serviços disponíveis								
Alto	21	55.26	119	82.64	140	74.92	3.8 (1.8 - 8.3)	< 0.05
Baixo	17	44.74	25	17.36	42	23.08	-	-
Integralidade - serviços prestados								
Alto	34	89.47	138	95.83	172	94.51	2.7 (0.6 - 10.3)	0.08
Baixo	4	10.53	6	4.17	10	5.49	-	-
Orientação familiar								
Alto	36	94.74	140	97.22	176	96.70	1.9 (0.2 - 11.3)	0.22
Baixo	2	5.26	4	2.78	6	3.30	-	-
Orientação comunitária								
Alto	28	73.68	132	91.67	160	87.91	3.9 (1.5 - 10.0)	< 0.05
Baixo	10	26.32	12	8.33	22	12.09	-	-
Score Essencial								
Alto	26	68.42	117	81.25	143	78.57	1.9 (0.9 - 4.4)	0.05
Baixo	12	31.58	27	18.75	39	21.43	-	-
Score Geral								
Alto	28	73.68	129	89.58	157	86.26	3.0 (1.2 - 7.5)	< 0.05
Baixo	10	26.32	15	10.42	25	13.74	-	-
Total Geral	38	100.00	144	100.00	182	100.00	-	-

Fonte: Elaborada de acordo com dados da pesquisa (2023).

correlação significativa com o escore geral avaliado como alto por 89.58% dos médicos. Também houve correlação significativa para os atributos integralidade (serviços disponíveis) e orientação comunitária (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Estudos demonstram que sistemas de saúde baseados em uma APS bem estruturada são mais resolutivos (STAR-

FIELD, 2002). No Brasil, a APS, denominada também de Atenção Básica, é definida como porta de entrada preferencial do SUS, sendo considerado um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas, cumprindo um papel estratégico na rede de atenção à saúde. Mas, para o cumprimento efetivo do seu papel no sistema de saúde, é necessária a garantia da presença dos seus atributos, como a identificação de que ela é a porta de entrada preferencial para a rede de atenção à saúde, como também de que atua como coordenadora do cuidado, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade (BRASIL, 2017).

O presente estudo evidenciou que, além de maior tempo de experiência na APS, os médicos do PMM Cuba apresentam também maior percentual de especialização prévia, 95,79%, se opondo aos 20,69% dos do PMM brasileiros. Tal fato é um reflexo das diferentes diretrizes de graduação em medicina de cada país, sendo em Cuba a especialização ao final do curso obrigatória, principalmente a especialização em Medicina Geral Integral (MGI), aqui denominada Medicina da Família e Comunidade, que deve ser precedida de qualquer outra especialização médica, mostrando a importância que a área tem no país (TERRA *et al.*, 2016).

Outro fato evidenciado foi a distribuição dos profissionais em áreas rurais e de difícil acesso. Os profissionais brasileiros ocupam 40,23% dos postos nessas regiões, enquanto os cubanos ocupam 58,95%. Isso se deve à própria estruturação do PMM, na qual os médicos brasileiros escolhem primeiro as vagas, e as demais são oferecidas aos

médicos intercambistas. Dessa forma, ficou evidente a importância dos médicos PMM Cuba no programa, para levar acesso médico em regiões historicamente desfavorecidas desses profissionais, levando a um acesso mais universal do SUS a cada vez mais cidadãos (BRASIL, 2013).

As regiões de Estância e Nossa Senhora do Socorro, que apresentam municípios com pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), foram as que receberam mais médicos do Programa, dado condizente com a alta vulnerabilidade e maior necessidade de quantitativo profissional (SERGIPE, 2017; ANDRADE *et al.*, 2017).

Em relação ao nível de satisfação profissional com o trabalho no atual serviço, bem como a satisfação com a equipe de saúde na qual o profissional trabalha, os brasileiros se apresentaram muito mais críticos e foram responsáveis por quase todos os comentários que colocavam o nível de satisfação como “indiferente” ou “insatisfeito” com as condições e relações de trabalho. Os cubanos deram mais respostas positivas e se colocaram como “satisfeito” ou “muito satisfeito” na maior parte da pesquisa. Diante disso, há uma dicotomia a se pensar, pois Cuba apresenta um sistema de saúde com índices comparáveis aos países desenvolvidos com um orçamento típico de uma região em desenvolvimento, porém apresenta uma cultura que estimula o solidarismo social e a importação profissional, bem como não oferta boas condições de trabalho, diminui a autonomia pessoal e profissional, tudo isso sob baixos salários, o que podemos relacionar com a maior aceitação de condições

desfavoráveis por profissionais cubanos (DAL PRÁ *et al.*, 2015; PAULA, 2017).

Em relação ao grau de orientação à APS, expresso pelo Escore Geral, composto pelos Escores Essencial e Derivado, com base no instrumento *PCATool*-Brasil versão profissional da saúde, mostrou que os serviços de atenção primária do estado podem ser classificados como serviços de forte orientação à APS, pois, no escore geral, o ponto de corte definido de 6,6 na escala contínua padronizada de 0 a 10 foi superado. Apesar de magnitudes nas diferenças entre as duas tipologias de médicos, os atributos que tiveram melhores e piores avaliações segundo os médicos do PMM Cuba e PMM Brasil foram os mesmos.

Aprofundando-se na análise por atributo, como tem sido observado em vários estudos, utilizando o *PCATool* para avaliar a APS no Brasil, seja com profissionais de saúde ou usuários dos serviços, o atributo com pior avaliação é o Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (IBAÑEZ *et al.*, 2006; VAN STRALEN *et al.*, 2008; ARAÚJO; *et al.*, 2015; BRUNELLI *et al.*, 2016; BATISTA *et al.*, 2016). Esse atributo é constituído por 09 indicadores que buscam saber sobre a possibilidade de funcionamento e atendimento da unidade de saúde nos finais de semana e no período noturno, facilidade de agendar consultas e entrar em contato com os profissionais (BRASIL, 2010). O baixo escore desse atributo acesso de primeiro contato retrata características do modelo de serviços de APS predominante no país, os quais funcionam apenas em horário comercial nos dias úteis da semana, assim como a dificuldade do

usuário de ter acesso aos profissionais fora desses horários previstos, refletindo fragilidades históricas da APS no Brasil.

O acesso é um fator condicionante para os outros atributos, ou seja, sem acessar o serviço não é possível prestar um cuidado longitudinal, integral e com coordenação dentro do sistema. E essa é uma importante limitação desse instrumento, pois considera, para o cálculo dos Escores Essencial e Geral, que os atributos tenham a mesma relevância para estabelecer uma média final, tendo em vista que cada critério tem um peso diferente na avaliação da medida da orientação à APS (BRASIL, 2010).

Os médicos entrevistados na presente pesquisa avaliaram de forma satisfatória o atributo longitudinalidade, sendo o único atributo em que não houve diferença estatística na média entre PMM Brasil e PMM Cuba. A longitudinalidade não é um atributo que deve estar presente apenas na APS, mas nela torna-se fundamental. É um atributo que se desenvolve na medida em que os usuários identificam aquele serviço de APS como seu local de atenção em saúde. Neste sentido, a definição de uma população adscrita, característica da estratégia de saúde da família, e a universalização do acesso à saúde no Brasil, pela expansão da Estratégia de Saúde da Família, podem explicar o bom desempenho desse atributo, tanto na avaliação de usuários como dos profissionais (PRATES *et al.*, 2017; GOMES, 2018).

O atributo essencial de coordenação, avaliado no estudo através do *PCATool* aplicado, é composto de duas dimensões, a integração de cuidados e o sistema de infor-

mação, com média de escores de 7,32 e 7,92, respectivamente. Quanto ao ponto de vista dos PMM Brasil e PMM Cuba, houve diferenças significativas nas médias dos escores entre os dois grupos. A média do PMM Brasil para dimensão de integração do cuidado foi inferior (6,90) em relação ao PMM Cuba (8,37). Para uma coordenação satisfatória, é preciso que a atenção primária e a subespecializada mantenham uma relação estreita mediante comunicação adequada e um sistema de referência e contrarreferência fortalecidos. Um baixo desempenho desse atributo pode evidenciar falhas nesta inter-relação (PRATES *et al.*, 2017). A coordenação do cuidado pela APS pode ser fortalecida através do desenvolvimento de sistemas de registro de informações compartilhados entre todos os serviços das redes de atenção à saúde (prontuário eletrônico) (OPAS, 2018).

Na análise da integralidade, são observadas também duas dimensões, a percepção sobre os serviços disponíveis e sobre os serviços prestados. Para garantir o cuidado integral, o serviço de saúde deve oferecer ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS (9). Na análise, os serviços prestados foram melhores avaliadas do que os disponíveis, o que tem sido observado em diversos estudos. Recente revisão sistemática indicou que o atributo integralidade apresentou bom desempenho no subitem serviços disponíveis em apenas 25% dos estudos, enquanto nos serviços prestados o desempenho foi bom na metade dos estudos (PRATES *et al.*, 2017).

A avaliação da atenção à saúde centrada na família (orientação familiar) apresentou a maior média de escores, independente da tipologia dos médicos, sendo classificado como alto por 96,70% dos participantes. Esse alto índice pode ser explicado pelo fato de a população do estudo ser composta por médicos que trabalham na estratégia de saúde da família, onde o uso das ferramentas de abordagem familiar é bastante exaltado. Em contrapartida, estudos com usuários têm encontrado escores menos satisfatórios, indicando que talvez o viés na formação leve o profissional a uma melhor avaliação desse componente (PAULA, 2017; PRATES *et al.*, 2017; GOMES, 2018).

A orientação comunitária, como atributo derivado da APS, origina-se da importância do reconhecimento por parte dos profissionais e serviços de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a realidade local, sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços (BRASIL, 2010). No presente estudo, foi encontrada média alta do escore (8,46) em relação à Orientação Comunitária, o que também tem sido observado quando é avaliado apenas o ponto de vista de profissionais e gestores, já que em estudos com usuários tem sido encontrado maior nível de insatisfação (ARAÚJO *et al.*, 2014). Observa-se que usuários e provedores do cuidado possuem expectativas divergentes em relação às dimensões de enfoque familiar e orientação comunitária (PAULA, 2017). A operacionalização da orientação comunitária permite o reconhecimento das

necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem, e facilita a análise situacional dessas necessidades numa perspectiva populacional para a integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde (GOMES, 2018).

Em relação ao grau de orientação à APS, expresso pelo Escore Geral, composto pelos Escores Essencial e Derivado, com base no instrumento *PCATool*-Brasil versão profissional da saúde, o estudo demonstrou que os serviços de atenção primária do estado onde os profissionais do PMM estavam lotados podem ser classificados como serviços de forte orientação à APS. Porém, uma grande fragilidade é evidenciada na identificação desse local como uma porta de primeiro acesso ao sistema de saúde.

O PMAQ - AB foi instituído pela portaria n.º 1.624, de 2011, do Ministério da Saúde, tendo como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com a garantia de um padrão comparável nacional, regional e localmente, ampliando a transparência e efetividade das ações direcionadas à atenção básica (BRASIL, 2015). Foi verificada uma melhor avaliação do escore geral pelos médicos que referiram que suas equipes fizeram parte do PMAQ - AB. Também foi identificada uma maior proporção de alta para os atributos de integralidade (serviços disponíveis) e orientação comunitária. Tais achados podem ser relacionados com as próprias propostas do PMAQ, que visam a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, através de conjuntos de ações que são implantados por cada equipe (BRASIL, 2015). Dessa forma,

fica compreensível o motivo pelo qual as equipes que participam do programa tenham desempenho acima do avaliado no *PCATool*.

CONCLUSÃO

Esse estudo traz importantes contribuições para as políticas públicas de atenção à saúde no estado de Sergipe, como também faz importante avaliação sobre a Atenção Primária no Brasil, inserindo o Programa Mais Médicos no contexto das políticas públicas de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Não se trata de discutir a conveniência do PMM, debater as questões e acordos políticos que o envolvem, como também não é intenção fazer comparações entre a atuação de médicos cubanos e brasileiros, mas, sim, avaliar a APS mediante ponto de vista dos dois grupos de profissionais que atuaram no Programa Mais Médicos. São necessários ainda melhorias em alguns dos atributos da APS, como por exemplo o “acesso de primeiro contato / acessibilidade”, que recebeu os menores escores na pesquisa, de maneira que investir em alternativas para a melhora desse atributo, consolidando a porta de entrada que é a APS para o SUS. Trabalhar os fatores que influenciam a satisfação dos profissionais é um ponto importante ajudando assim em uma maior qualidade do trabalho. E como atitude geral é necessária uma ampliação da cobertura com equidade da ESF, bem como investir em infraestrutura e contínua qualificação profissional, funcionando como estratégia para a melhoria da APS.



REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. B.; SANTOS, A. J. R.; CRUZ, F. S. L.; SANTOS, G. T.; VIEIRA, I. M. P.; MELO, J. M. G.; BRITO, M. L. M.; SANTOS, M. R.; DÓRIA, M. S. O.; SILVA, T. B. Vulnerabilidade social no Estado de Sergipe. *In*: MARGUTI, B. O; COSTA, M. A; PINTO, C. V. S. **Territórios em números**: insumos para políticas públicas a partir da análise do IDHM e do IVS de municípios e unidades da federação brasileira. Brasília: IPEA: INCT; 2017.

ARAÚJO, R. L.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Divulg Saúde Debate**; n. 39, p. 387-399, 2015.

ARAÚJO, J. P.; VIERA, C. S.; TOSO, B. R. G. O.; COLLET, N.; NASSAR, P. O. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. **Acta paul. Enferm**, v. 27, n. 5, p. 440-446, 2014.

BATISTA, V. C. L.; RIBEIRO, L. C. C.; RIBEIRO, C. D. A. L.; PAULA, F. A.; ARAÚJO, A. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. **Sanare**, Sobral, v. 15, n. 2, p. 87-93, 2016.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055-18059.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: primarycare assessment tool pcatool – Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n.º 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n.º 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**; 23 outubro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de Atenção Básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e Nasf**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, v. 183, n. Seção 1, p. 67–76, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 30 mar. 2019.

BRUNELLI, B.; GUSSO, G. D. F.; SANTOS, I. S.; BENSENOR, I. J. M. Avaliação da presença e extensão dos atributos de atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do Município de São Paulo. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS (Brasil). **Programa Mais Médicos**: nota técnica. Disponível em: https://www.conas.org.br/wp-content/uploads/2013/09/NT-23-2013-Programa-Mais-Me%CC%81cos_site.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.

DAL PRÁ, K. R.; MINELLI, D. S.; MARTINI, D.; FETZNER, R. R. T.; FONTANA, K. C. O Sistema nacional de saúde cubano: caracterização dos serviços de atenção primária à saúde. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, DF, v. 9, n. 2, p. 91-103. 2015.

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; FAUSTO, M. C. C. R.; FUSARO, R. E.; MENDONÇA, M. H. M.; GAGNO, J. **Novos caminhos**: tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras: nota técnica 5/2015. Brasília, DF: Região e Redes: Caminho da Universalização da Saúde no Brasil, 2015.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F.; BOUSQUAT, A.; LIMA, J. G.; SEIDL, H.; FRANCO, C. M.; FUSARO, E. R.; ALMEIDA, S. Z. F. A provisão emergencial de médicos pelo programa mais médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Cien. Saúde Colet.**, v. 21, n. 9, p. 2697-2708, 2016.

GOMES, M. F. P.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da estratégia saúde da família sob a ótica dos profissionais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 3, 2018.

IBAÑEZ, N.; ROCHA, J. S. Y.; CASTRO, P. C.; RIBEIRO, M. C. S. A.; FORSTER, A. C.; NOVAES, M. H. D.; VIANA, A. L. A. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

KEMPER, E.S. Avaliação da qualidade da atenção primária no programa mais médicos. **Revista da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde**, v. 1, n. 1, p. 75-87, 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Qualidade da atenção primária no programa mais médicos**: a experiência dos médicos e usuários. Brasília, DF: OPAS, 2018.

PAULA, J. B. **Análise do ciclo de política do programa mais médicos no Brasil**: Cooperação Cuba Brasil e seus efeitos para o trabalho médico, 2017. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Programa de Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017.

PRATES, M. L.; MACHADO, J. C.; SILVA, L. S.; AVELAR, P. S.; PRATES, L. L.; MENDONÇA, E.T.; COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M. Desempenho da atenção primária à saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1881-1893, 2017.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. Núcleo Estratégico (Nest. SES). **Análise do histórico da cobertura de saúde da família de Sergipe:** regiões de saúde e seus municípios (competência novembro/2016). Aracaju, SE: Secretaria de Estado da Saúde, 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TERRA, L. S. V.; BORGES, F. T.; LIDOLA, M.; HERNÁNDEZ, S. S.; MILLÁN, J. I. M.; CAMPOS, G. W. S. Análise da experiência de médicos cubanos numa metrópole brasileira segundo o método paideia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 21, n.9, p. 2525-2836, 2016.

VAN STRALEN, C. J.; BELISARIO, A. S.; LIMA, A. M. D.; MASSOTE, A. W.; OLIVEIRA, C. L. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região centro-oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, n. 24, p. 148-158, 2008.



Perfil Epidemiológico das pessoas com deficiência em Sergipe

^{a.} Lívia Santos Cisneiros de Oliveira, 
^{b.} Rosana Apolonio Reis Andrade, 
^{c.} Ignez Aurora dos Anjos Hora, 
^{d.} Regiane Cristina do Amaral 

Resumo

Introdução: No Brasil, em 2010, aproximadamente 24% da população apresentava algum tipo de deficiência e 25% da população no estado de Sergipe. Devido a tal demanda, em 2004, foi criada a Política Nacional de Saúde Bucal que, entre outras, foi instituída o atendimento em nível secundário em saúde para as Pessoas com Deficiência (PD). **Objetivo:** Verificar o perfil das PD atendidas no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de São Cristóvão/SE e os procedimentos odontológicos mais realizados. **Materiais e métodos:** Para tal, foram analisados os prontuários dos PD atendidos no período de janeiro de 2019 até setembro de 2022. **Resultados:** Foi verificado que houve atendimento em 2019 de 101 pacientes, 2020 de 71 pacientes, 2021 em 33 pacientes e, em 2022, 87 pacientes. A cidade de origem dos PD é em 68,7 % do município sede do CEO (São Cristóvão). Sobre o diagnóstico dos pacientes, os mais prevalentes foram autismo (10%), seguido de síndrome de Down (4%) e paralisia cerebral (4%). Do total de procedimentos realizados, 160 ATF (Aplicação Tópica de Flúor), seguido por 148 profilaxias, 116 adequações do meio bucal, 138 exodontias, 98 restaurações com resina, 58 restaurações com amálgama, 111 atendimentos de periodontia (raspagem e alisamento radicular) e 45 orientações de higiene oral. **Conclusões:** Diante dos dados, observou-se que o CEO de São Cristóvão se comporta com predomínio de atendimentos de seus municípios e ainda há alta prevalência de atendimento de exodontias.

Palavras-chave: acesso; odontologia; pessoas com deficiência; saúde pública.

Epidemiological Profile of people with disabilities in Sergipe

Abstract

Introduction: In Brazil, in 2010, approximately 24% of the population had some type of disability and 25% of the population the State of Sergipe . Due to this demand, in 2004 the National Oral Health Policy was created, which, among others, established secondary level oral health care for People with Disabilities (PD). **Objective:** verify the profile of the PD assisted at the Dental Specialties Center (CEO) of São Cristóvão/SE and the most performed dental procedures. **Materials and methods:** For this purpose, the medical records of the PD attended from January 2019 to September 2022 were analyzed. **Results:** It was verified that there was assistance in 2019 of 101 patients, 2020 of 71 patients, 2021 of 33 patients and in 2022 of 87

^{a.} Graduanda de Odontologia. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: liviacisneiros@academico.ufs.br
^{b.} Graduanda de Odontologia. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: rosana.apolonio@gmail.com
^{c.} Graduanda de Odontologia. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: ignezaurora22@gmail.com
^{d.} Docente de Odontologia. Doutorado em Odontologia. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: amaralre@yahoo.com.br

Recebido: 16/03/2023

Aprovado: 17/04/2023

patients. The city of origin of the PDs is 68.7% of the municipality where the CEO is located (São Cristóvão). Regarding the diagnosis of patients, the most prevalent were autism (10%), followed by Down syndrome (4%) and cerebral palsy (4%). Of the total number of procedures performed, 160 ATF (Topical Application of Fluoride), followed by 148 prophylaxis, 116 adequacy of the oral environment, 138 extractions, 98 resin restorations, 58 amalgam restorations, 111 periodontics care (scaling and root planing) and 45 oral hygiene guidelines. **Conclusions:** In view of the data, it was observed that the CEO of São Cristóvão behaves with a predominance of attendances from their municipalities and there is still a high prevalence of towards attendance of tooth extractions.

Keywords: access; dentistry; disabled people; public health.

INTRODUÇÃO

Segundo o Caderno de Atenção Básica n.º 17 (BRASIL, 2008), paciente com necessidades especiais (PD) em odontologia é todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que dificultem uma situação odontológica convencional. As razões das necessidades especiais são inúmeras e abarcam desde doenças hereditárias, deficiências congênitas, até as alterações que ocorrem ao longo da vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento, entre outros.

No Brasil, segundo o IBGE (2010), 45.606.048 milhões de pessoas declararam ter, pelo menos, uma das deficiências (visual, auditiva e motora, de acordo com o seu grau de severidade mental ou intelectual), correspondendo a 23,9 % da população brasileira.

Os PD são um grupo de alto risco às doenças periodontais e à cárie dentária. Isso porque a higiene oral é prejudicada devido às condições físicas e mentais decorrentes das patologias que possuem. Associa-se a isso o uso de diversos medicamentos que contribu-

em para a redução do fluxo salivar e a procura tardia por atendimento odontológico (SHARDOSIM *et al.* 2015; (ANDRADE; *et al.*, 2022; DIAS; *et al.*, 2022).

Além disso, esses pacientes têm maior risco de desenvolverem má-oclusões, em decorrência de fatores como respiração bucal, sucção digital e interposição lingual. Isso pode ocasionar, entre outras alterações, o apinhamento dental, que é também um agente dificultador da higienização oral e que favorece o surgimento de lesões de cárie (DIAS *et al.*, 2022).

Diante disso, em 2004, foi criada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), cujas diretrizes têm o atendimento odontológico ao PD em nível secundário de atenção por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (BARROS; *et al.*, 2002; RODRIGUES; *et al.*, 2005; MOREIRA *et al.*, 2005; BRASIL, 2006), a fim de garantir um atendimento integral a este paciente, o que inclui a saúde bucal.

O Estado de Sergipe conta com 12 CEOs, sendo 07 CEOs de administração estadual, localizados nos municípios de Boquim, Capela, Laranjeiras, Nossa Senhora

da Glória, Propriá, Tobias Barreto e São Cristóvão (Secretaria de Saúde de Sergipe) e 5 municipais localizados em Aracaju, Canindé de São Francisco, Estância, Lagarto e Nossa Senhora do Socorro. O CEO, como faz parte do serviço especializado, necessita que o paciente seja atendido, primeiramente, na atenção básica, não funcionando como porta de entrada ao serviço de saúde (MORAIS JUNIOR *et al.*, 2018; CONDESSA *et al.*, 2014). Afinal, pela Portaria n.º 793, de 24 de abril de 2012, a Atenção Básica de Saúde deve realizar ações de apoio matricial com os demais níveis de atenção ou Rede de Atenção ao PD (BRASIL, 2012a; CALDAS *et al.* 2013).

Segundo o último censo do IBGE 2010, o Estado de Sergipe contou com 518.568 pessoas que declararam ter alguma deficiência (auditiva, mental, visual, motora), de um total de 2.068.017, ou seja, 25% da população. Um retrato de uma alta demanda, visto que a prevalência se mostra mais alta que a nacional, o que pode sobrecarregar o sistema de saúde pública, necessitando otimização e verificação de possíveis gargalos do mesmo (BRASIL, 2007; BRASIL, 2020).

Desta forma, o objetivo do presente estudo foi verificar o perfil dos Pacientes com Necessidades Especias (PD) atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de São Cristóvão/SE e os procedimentos odontológicos mais realizados.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esse estudo foi submetido ao comitê

de ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, de acordo com a Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e aprovado segundo CAAE 91726818.8.0000.5546. Trata-se de um estudo epidemiológico observacional em que foram coletados dados dos prontuários dos pacientes (PD) atendidos no CEO de São Cristóvão, no período de janeiro de 2019 até agosto de 2022.

O CEO de São Cristóvão é tipo III, com 07 equipes odontológicas, e atende aos municípios de Areia Branca, Barra dos Coqueiros, Frei Paulo, Itabaiana, Itaporanga D'Ajuda, Malhador, Moita Bonita e Ribeirópolis. O CEO iniciou suas atividades no ano de 2010, contudo, no ano de 2020, durante a pandemia, teve suas atividades suspensas de março até junho, retornando em julho apenas com atendimento de urgências. Em agosto de 2020, retornou com os atendimentos eletivos sem produção de aerossóis, em setembro deram continuidade com procedimentos eletivos com produção de aerossóis em pacientes que já eram atendidos pelo CEO e em outubro abriram novas vagas para atendimento e realização de todos os procedimentos anteriormente citados. De 09 de abril até 29 de setembro de 2021, a unidade passou por uma reforma, ficando com as atividades suspensas nesse intervalo de tempo. A unidade ainda não conta com prontuários eletrônicos, apenas com os físicos, e conta com uma dentista especialista em PD que trabalha 16 horas semanais (CNES, 2022).

Os dados coletados foram: idade, gênero, local de origem, procedimentos

realizados, diagnóstico e tempo de atendimento.

Foram realizadas análises descritivas dos dados, sendo para tal utilizado o pacote da *Microsoft Excel*®.

RESULTADOS

Foi verificado que houve atendimento em 2019 de 101 pacientes, 2020 de 71 pacientes, 2021 em 33 pacientes e em 2022 em 87 pacientes, sendo alguns pacientes (8) que tiveram sua primeira consulta em 2008. Foram avaliados 292 prontuários, sendo 124 prontuários pertencentes ao sexo feminino e 168 do sexo masculino e média de idade de 32 (± 21).

A cidade de origem dos PD são em 68,7 % do município sede do CEO (São Cristóvão), como mostrado no gráfico 1.

Sobre o diagnóstico dos pacientes, o mais prevalente foi de autismo (10%), seguido de síndrome de *Down* (4%) e paralisia

cerebral (4%). Sobre o encaminhamento, 60% foram realizados pelo profissional cirurgião dentista e 36% por nenhum profissional, constatou-se que 36% dos prontuários não estavam preenchidos com encaminhamento. Verificou-se no período analisado um abandono de 30 % por parte do paciente ao tratamento.

Do total de procedimentos realizados, foram realizadas 160 Aplicações Tópicas de Flúor (ATF), seguido por 148 profilaxias, 116 adequação do meio bucal (que envolvem restaurações provisórias, como por exemplo com ionômero de vidro), 138 exodontias, 98 restaurações com resina, 58 restaurações com amálgama, 111 atendimentos de periodontia (raspagem e alisamento radicular) e 45 orientações de higiene oral.

Ao se comparar o quantitativo de procedimentos registrados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no período de janeiro de 2019 a setembro de 2022 para o CBO 223288

Gráfico 1 - Número de pacientes atendidos segundo município de origem. Centro de Especialidades Odontológicas de São Cristóvão-SE.



Fonte: Centro de Especialidades Odontológicas de São Cristóvão/SE (2023).

(Pacientes com Necessidades Especiais), verifica-se que os valores apresentados nos prontuários de forma manual são superiores aos registrados no DATASUS. No DATASUS, foram registrados no ano de 2019, 53 atendimentos, e, em 2020, 36 atendimentos. Nos demais anos este item aparece sem produção.

DISCUSSÃO

O CEO de São Cristóvão faz parte do Estado de Sergipe como CEO de administração estadual, é um CEO de nível III, contando com 07 equipes odontológicas e atende os PD durante 16 horas semanais, como 01 profissional especializado.

Apesar de ser um CEO do tipo estadual, no presente estudo, encontrou-se que a grande maioria dos atendidos pertencerem ao município sede ao CEO, como o estudo de Andrade, Fonseca e Amaral (2022), que analisou outros CEOs Estaduais do Estado de Sergipe. Este fato se deve, provavelmente, devido à dificuldade de transporte destes pacientes.

Para serem atendidos nos CEOs, os PD devem passar, primeiramente, pela Unidade Básica de Saúde e, em caso de necessidade, serem encaminhados à atenção especializada (JUNIOR *et al.* 2018). Como a demanda de PDs advindos dos outros municípios que são da cobertura do CEO de São Cristóvão é baixa, espera-se que os cirurgiões-dentistas das UBS (Unidade Básica de Saúde) dessas cidades estejam responsáveis pelo atendimento odontológico aos PD dessa região. No entanto, a literatura

mostra que a maioria dos clínicos gerais não se sente preparada para atender esse público (BARROS *et al.* 2013; CONDESSA *et al.* 2014; SCHARDOSIM *et al.* 2015; DASILVA *et al.*, 2021;).

Em relação aos procedimentos realizados, nota-se que os tratamentos curativos são predominantes. Isso pode ser justificado pela procura tardia por atendimento odontológico devido à falta de informação por parte dos responsáveis dos PD (SCHARDOSIM *et al.*, 2015). Somado a isso, está a deficiente interação multiprofissional entre os profissionais responsáveis pelo tratamento do PD que não orientam os cuidadores sobre a importância do tratamento odontológico precoce (OLIVEIRA *et al.*, 2011). Justifica-se essa informação através do presente estudo, que mostra baixo percentual de encaminhamentos do PD ao CEO por parte de profissionais de outras áreas.

Verifica-se que 30% dos PD abandonaram o tratamento no período analisado, muito provavelmente devido à pandemia por COVID-19 (Coronavírus Disease), em que os serviços de saúde ficaram fechados ou passaram por adequações para se enquadrarem a novas regras de vigilância em saúde. Isso pode favorecer o abandono do paciente às consultas ou a procura por outros serviços, públicos ou privados (SANTOS *et al.* 2014). No ano de 2020, os atendimentos no CEO de São Cristóvão ficaram suspensos de março a junho devido à pandemia pela COVID-19. No ano de 2021, também houve uma pausa nos atendimentos no período de 09 de abril até 29 de setembro para a realização de reforma na unidade. Por isso, a menor

quantidade de atendimentos aos PD durante esses anos.

Ao fazer um diagnóstico do acesso dos usuários dos CEOs Estaduais de Sergipe, Andrade *et al.* (2021) encontraram que a cobertura de saúde bucal (Atenção Primária em Saúde) foi estatisticamente associada ao percentual de pobreza, ou seja, pessoas que recebem bolsa família têm menor acesso aos serviços de saúde bucal. Os autores encontraram ainda que a maior parte dos atendimentos nos CEOs acontecia por parte dos usuários residentes nos municípios-sede do CEO, assim como falhas de referenciação do mesmo, o que pode dificultar o acesso dos usuários.

Foi verificado ainda que os procedimentos indicados nos prontuários dos PD estão além do registrado no DATASUS. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Couto *et al.* (2021) em que os profissionais registravam seus procedimentos no BPA C (Boletim de Produção Ambulatorial Coletivo). Entretanto, de acordo com a Portaria n.º 911, de 29 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012b), fica estabelecido que os procedimentos odontológicos realizados no PD devem ser carregados exclusivamente por meio de cadastro na BPA-I (Boletim de Produção Ambulatorial Individual). Portanto, registros desses procedimentos comunicados de forma diversa do que estabelece a referida Portaria podem interferir no desempenho do Centro de Especialidade, bem como no repasse de recursos financeiros destinados ao custeio mensal (ANDRADE; *et al.*, 2020).

CONCLUSÃO

Verifica-se, pelos dados do presente estudo, que a maioria dos usuários do CEO são moradores de São Cristóvão. Como também, que ainda há predomínio de usuários com algum tipo de deficiência ocasionando dificuldade de atendimento na Atenção Básica, como autismo (10%), seguido de síndrome de *Down* (4%) e paralisia cerebral (4%). Também há, ainda, prontuários que não têm informação dos pacientes de forma completa, como de onde e por quem estes foram encaminhados.

Foi encontrada alta prevalência de tratamento como exodontia, o que demonstra a demora na procura por atendimento e, ainda, abandono de 30% por parte do paciente ao tratamento.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), por meio do Edital Universal (2018), pelo financiamento do estudo. À FUNESA (Fundação Estadual de Saúde) por sempre colaborar com as pesquisas realizadas.



REFERÊNCIAS

- ANDRADE, F. B.; PINTO, R. S.; ANTUNES, J. L. F. Tendências nos indicadores de desempenho e monitoramento de produção dos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 36, 2020.
- ANDRADE, R. A. R. *et al.* Acesso para portadores de necessidades especiais nos CEOs de Sergipe. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 3, p. e56610313829, 2021.
- ANDRADE, R. A. R.; FONSECA, E. P.; AMARAL, R. C. Barreiras no acesso dos pacientes com necessidades especiais aos serviços odontológicos especializados. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.8, n.4, p.26355-26368, 2022.
- BARROS, A. L. O.; HORA, I. A. A.; SANTOS, M. T. B. R. Análise do perfil do profissional cirurgião-dentista que atende pacientes com necessidades especiais. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v.15, n.3, p. 38-44, 2013.
- BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, I. A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p. 709-717, 2002.
- BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretária de Avaliação e Informação. **Cadastro Único. CECAD 2.0**. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/cecad20/painel03.php>. Acesso em: 14 fev. 2023.
- BRASIL. Portaria n.º 793, de 24 de abril de 2012. Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. 25 abr 2012a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 14 abr. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 911/SAS, de 29 de agosto de 2012. Inclui no serviço 114 - serviço de atenção em saúde bucal, a classificação 007 – atendimento à pessoa com deficiência na tabela de serviços/classificação do sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 30 ago. 2012b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde bucal. Brasília: Ministério da saúde, 2008. **Cadernos de Atenção Básica n.º 17**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf. Acesso em: 28 fev. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto n.º 6.135, de 26 de junho de 2007**. Dispõe sobre o cadastro único para programas Sociais do governo federal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2007/Decreto/D6135.htm. Acesso em: 8 ago. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Bucal – CGSB **Cidades que possuem centros de especialidades odontológicas – CEO**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/mapas/CEO/SE>. Acesso em: 14 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de saúde Bucal**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnsb>. Acesso em: 20 mar. 2022.

CALDAS, J. R. A. F.; MACHIAVELLI, J. L. **Atenção e cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com deficiência** – Introdução ao estudo. Disponível em: <https://editora.ufpe.br/books/catalog/download/269/278/814?inline=1>. Acesso em: 14 abr. 2023.

CONDESSA, A. M. *et al.* Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos centros de especialidades odontológicas, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 5, 2020.

COUTO, G.R. *et al.* Analysis of performance of specialized dental care in a care network for people with special needs. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e35710212678-e35710212678, 2021.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/profissionais-ativos/2806706449549>. Acesso em: 12 nov. 2022.

DA SILVA, R. L. *et al.* Dificuldades encontradas nos encaminhamentos de pacientes para atenção secundária de saúde. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 49, n. Especial, p. 74-0, 2021.

DIAS, H. H. P.; SOUZA, J. A. S. Tratamento odontológico em crianças com necessidades especiais: uma revisão de literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. São Paulo, v. 8, n.10, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades, estados, Aracaju**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/se/aracaju.html>. Acesso em: 28 fev. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2010. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/3425#resultado>. Acesso em: 20 mar. 2023.

MORAIS JUNIOR, R. C. M.; CARVALHO, L. G. A.; RIBEIRO, I. L. A.; CASTRO, R. D. Avaliação nacional dos centros de referência odontológica para atendimento de pacientes com necessidades especiais. **REFACS**, v. 6, n. 2, p. 166-173, 2018.

MOREIRA, R. S. , A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cadernos de Saúde pública**. v.21, n.6, p.1665-1675. 2005.

OLIVEIRA, A. L. B. M.; GIRO, E. M. A. Importância da abordagem precoce no tratamento odontológico de pacientes portadores de necessidades especiais. **Odonto**, p. 45-51, 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE PÚBLICA (OPAS). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **A política nacional de saúde bucal no Brasil**: registro de uma conquista histórica. Brasília: OPAS, 2006. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-3875>. Acesso em: 28. fev. 2023.

RODRIGUES, A. A. A. O.; ASSIS, M. M. A. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas- Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 273-285, 2005.

SANTOS, C. M. L. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com necessidades especiais atendidos em um centro de especialidades odontológicas do interior baiano. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.38, n.1, p.83-94 jan./mar. 2014.

SCHARDOSIM, L. R.; COSTA, J. R. S.; AZEVEDO, M. S. Abordagem odontológica de pacientes com necessidades especiais em um centro de referência no sul do Brasil. **Revista da ACB**, v. 4, n.2,2015. Disponível em: <https://www.rvacbo.com.br/ojs/index.php/ojs/article/view/254>. Acesso em: 15 fev. 2023.



Prevalência de aleitamento materno em pré-termos egressos de uma maternidade no Nordeste brasileiro

^a. Esther Alves Régis dos Santos

^b. Jhennifer Nogueira Franqueta de Jesus

^c. Márcia Estela Lopes da Silva

^d. Sarah Cristina Fontes Vieira

^e. Ikaro Daniel de Carvalho Barreto

Resumo

Objetivo: Analisar a prevalência de aleitamento materno aos seis meses de idade em pré-termos egressos de uma maternidade de referência no Nordeste brasileiro. **Materiais e métodos:** Estudo transversal com análise retrospectiva de dados secundários obtidos de 487 pré-termos, nascidos entre janeiro de 2018 e dezembro de 2019. **Resultados:** A amostra foi constituída de 487 recém-nascidos pré-termos, sendo 64,5% pré-termos extremos ou moderados (> 28 a < 34 semanas de idade gestacional); 30,4% prematuros tardios (> 34 e < 37 semanas de idade gestacional); e 5,1% prematuros muito extremos (idade gestacional < 28 semanas). A prevalência de aleitamento materno aos 6 meses foi de 42,1%, estando o aleitamento materno exclusivo presente nesta idade em apenas 13,8%. A idade média de interrupção do aleitamento materno foi de 4,8 meses. Houve relação de significância estatística entre a duração do aleitamento materno exclusivo e a presença do aleitamento materno aos 6 meses de idade corrigida. **Conclusões:** Os resultados desta pesquisa evidenciam uma baixa prevalência de aleitamento materno no primeiro ano de vida dos pré-termos egressos da maternidade, com taxa aquém do recomendado pela Organização Mundial da Saúde.

Palavras-chave: aleitamento materno; recém-nascido prematuro; prevalência; desmame; continuidade da assistência ao paciente.

Prevalence of breastfeeding in preterm infants discharged from a maternity in the Brazilian Northeast

Abstract

Objective: To analyze the prevalence of breastfeeding at 6 months of age in preterm infants discharged from a reference maternity hospital in northeastern Brazil. **Materials and methods:** cross-sectional study with retrospective analysis of secondary data obtained from 487 preterm infants born between January 2018 and December 2019. **Results:** The sample consisted of 487 premature, being 64.5% of them extreme or moderate preterm (> 28 to < 34 weeks of gestational age); 30.4%, late preterm (> 34 and < 37 weeks); and 5.1%, very extreme preterm (< 28 weeks). The prevalence of breastfeeding at 6 months was 42.1%, with exclusive breastfeeding being present at this age at just 13.8%. The average age at breastfeeding interruption was 4.8 months. There was a statistically significant relationship between the duration of exclusive breastfeeding and the presence of breastfeeding at 6 months of corrected

^a. Graduanda em Medicina. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: esther.a.regis@gmail.com

^b. Graduanda em Medicina. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: jhenniferfranqueta@hotmail.com

^c. Docente. Mestre em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: estelaelss@academico.ufs.br

^d. Programa de Pós-Graduação do Departamento de Medicina e Ciências da Saúde. Doutorado em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: sarahcfv@yahoo.com.br

^e. Pós-doutor em Biometria e Estatística Aplicada. Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: daniel.carvalho.ib@gmail.com

Recebido: 20/12/2022

Aprovado: 17/04/2023

age. **Conclusions:** The results of this research show a low prevalence of breastfeeding in the first year of life of preterm infants discharged from the maternity hospital, with a rate below that recommended by the World Health Organization.

Keywords: breastfeeding; premature newborn; prevalence; weaning; continuity of Patient care.

INTRODUÇÃO

Os nascidos pré-termo (< 37 semanas de Idade Gestacional (IG)) são vulneráveis a diversas condições que aumentam sua morbidade e mortalidade, tendo o aleitamento materno (AM) um papel de relevância na redução da incidência e gravidade de enfermidades prevalentes na infância, na maturação gastrointestinal e estado nutricional, além de melhorar o desenvolvimento neurosensorial da linguagem, motricidade orofacial, audição e sistema imunológico (BOQUIEN, 2018; HUMBERG *et al.*, 2020; NAKAMURA *et al.*, 2020).

Devido à sua relevância, o aleitamento materno exclusivo (AME) sob livre demanda é preconizado pela Organização Pan-Americana de Saúde e Ministério da Saúde do Brasil para nascidos a termo e pré-termo durante, pelo menos, os 06 primeiros meses de vida, quando então recomenda-se a introdução da alimentação complementar saudável (BRASIL, 2019). No entanto, diferentes fatores têm sido relatados na literatura científica como de risco para o desmame precoce, como o conceito popular equivocado da existência de leite materno (LM) fraco, a falta de conhecimento materno sobre a relevância do AM e a confusão bicos pelo uso de chupeta ou mamadeira (LIMA; *et al.*; MARTINS, 2018).

Especificamente em prematuros, alguns aspectos adicionais precisam ser pontuados, recém-nascidos prematuros tendem a apresentar reflexos orais reduzidos, hipotonia muscular e distúrbios respiratórios, o que são desafios à estimulação do AM, visto que interferem nas suas habilidades de sucção, deglutição e respiração (CAVALCANTE *et al.*, 2018; DAMASCENO *et al.*, 2022).

Lactentes prematuros em aleitamento materno tendem a apresentar menor taxa de reinternação hospitalar por patologias após a alta (REED *et al.*, 2019), como enterocolite necrosante e sepse (CORTEZ *et al.*, 2018); e cerca de 11,3% dos nascidos vivos no Brasil são prematuros (BRASIL, 2020). Dessa forma, o conhecimento sobre a realidade atual do aleitamento materno em nascidos pré-termo revela-se como de grande relevância para saúde pública, visto que suscitará discussões sobre o aprimoramento de medidas atuais para o estímulo à persistência do aleitamento materno nesta população vulnerável e, através do conhecimento sociodemográfico, poderá ser utilizada como subsídio para novas ações locais incentivadoras ao aleitamento materno após a alta hospitalar. Entretanto, observa-se escassez de estudos que avaliem a prevalência do AM nessa

população após a alta hospitalar no Brasil, especialmente na região Nordeste e, especificamente, no estado de Sergipe.

Desse modo, o presente estudo teve por objetivo principal analisar a prevalência de aleitamento materno aos seis meses de idade em pré-termos egressos de uma maternidade no Nordeste brasileiro. E, como objetivos secundários: avaliar presença de relação de significância estatística entre dados antropométricos, tempo de internação e a presença do AM; identificar a idade média de interrupção do AM, assim como levantar dados para subsidiar melhorias no acompanhamento desses lactentes com relação ao aleitamento materno em seu primeiro ano de vida.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com análise retrospectiva de dados secundários do ambulatório de seguimento para pré-termos (PT) nascidos na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL), unidade de atenção materno-infantil de alto risco pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS) em Aracaju, Sergipe. A MNSL é referência em Método Canguru no Nordeste brasileiro, tendo o recém-nascido o direito a percorrer as quatro etapas do citado Método Canguru, conforme a demanda individualizada. A primeira etapa consiste na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); a segunda, na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa); a terceira, no Alojamento

Conjunto (ALCON), podendo o recém-nascido (RN) ir diretamente para esta etapa após o parto, se não houver necessidade das anteriores. E, por fim, a quarta etapa ocorre após a alta hospitalar, com assistência multiprofissional oferecida em Ambulatório de Seguimento.

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SERGIPE, 2019), a MNSL registrou, em 2018, 5.447 nascidos prematuros ou em situação de risco. O método de amostragem desta pesquisa foi por conveniência e para cálculo da amostra utilizou-se margem de erro de 4% e nível de confiança de 95%, utilizando o *Easy Sample Size Project*. Foram incluídos os prontuários de crianças com idade gestacional ao nascer inferior a 37 semanas, nascidas na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (Aracaju/SE) no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019, e que mantiveram acompanhamento até os 12 meses de vida no ambulatório de seguimento ou que já haviam feito interrupção completa do AM antes do sexto mês de idade corrigida (IC). Foram excluídos os prontuários de pré-termos cujo seguimento foi interrompido antes de completado o sexto mês de idade corrigida; ou na presença de malformação craniofacial, contraindicação ao AM (uso materno de drogas incompatíveis, mães infectadas por HIV/HTLV, ou que realizam quimio/radioterapia) ou óbito.

Foi utilizada a classificação de aleitamento materno da Organização Mundial da Saúde (Quadro 1) e analisadas as variáveis relacionadas ao nascimento, dados maternos, dados antropométricos, interna-

Quadro 1 - Nomenclatura utilizada nos tipos de aleitamento materno

TIPO DE ALEITAMENTO MATERNO	DEFINIÇÃO
Aleitamento materno (AM)	Recebimento de leite materno direto da mama ou ordenhado, independentemente de outros alimentos ou não.
Aleitamento materno exclusivo (AME)	Somente leite materno, direto da mama ou ordenhado.
Aleitamento materno predominante (AMP)	Somente leite e água/bebidas à base de água (chás, infusões)/ sucos de frutas.
Aleitamento materno misto (AMM)	Leite materno e outros tipos de leite.
Aleitamento materno complementado (AMC)	Leite materno e alimentos sólidos ou semissólidos.

Fonte: Brasil (2009, p. 11) – adaptado.

ção e tipo de alimentação. Para cruzamento de dados com a idade gestacional ao nascer, optou-se pela divisão da amostra em três grupos: PT extremo ou moderado (> 28 a < 34 semanas de IG), PT tardio (> 34 e < 37 semanas de IG) e PT muito extremo (< 28 semanas de IG).

As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa percentual. As variáveis contínuas foram descritas por meio de média, mediana, desvio padrão e intervalo interquartil. O teste Qui-Quadrado e o teste Exato de Fisher foram utilizados para avaliar a hipótese de independência entre variáveis categóricas. O teste de *Shapiro-Wilk* foi utilizado para avaliar a hipótese de aderência das variáveis contínuas à distribuição normal. Quando esta não foi rejeitada, foi aplicado o teste T para avaliar igualdade de médias independentes, caso contrário, foi utilizado o Teste de *Mann-Whitney* para avaliar a hipótese de igualdade de medianas independentes. O nível de significância adotado em todo o estudo foi de

5% e o software utilizado foi o *R Core Team* 2021 (Versão 4.1.0).

O projeto do estudo, sob o título “Prevalência do aleitamento materno em nascidos pré-termo no primeiro ano de vida”, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CEP/Conep/UFS): parecer n.º 5.106.381 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) n.º 44567320.8.0000.5546.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 487 recém-nascidos pré-termos (RNPT), sem grande discrepância entre os sexos (proporção 1:1, aproximadamente); sendo 64,5% (N = 314) PT extremo a moderado (> 28 a < 34 semanas de IG); 30,4% (N = 148), PT tardio (> 34 e < 37 semanas de IG); e 5,1% (N = 25), PT muito extremo (< 28 semanas de IG). A faixa etária materna predominante foi de 20 - 34 anos (58,5%; N = 285) e não houve disparidade em relação à procedência, visto que

Tabela 1 - Valores do *Apgar*, tempo de internação nas etapas do Método Canguru, duração do aleitamento materno e ganho de peso

	Média (DP ¹)	Mediana (IIQ ²)
APGAR1	7,3 (1,8)	8 (6-9)
APGAR5	9 (0,9)	9 (8-10)
APGAR10	7,4 (1,4)	7 (7-8)
Tempo na UTIN³ (dias)	4 (3,3)	3 (2-5)
Tempo na UCINCa⁴ (dias)	3,7 (1,6)	3 (3-5)
Tempo na UCINCo⁵ (dias)	2,4 (1,9)	2 (1-3)
Tempo na ALCON⁶ (dias)	2,1 (1,9)	2 (1-2)
AME⁷ até:	1,6 (2,2)	0 (0-3)
Idade da interrupção do AM⁸ (meses)	4,8 (4,8)	3 (1-8)
Ganho de peso por dia até 30 dias antes da interrupção do AM (g/dia)	34,6 (13,6)	34,8 (25,4-44,5)

Legenda: (1) DP – Desvio Padrão. (2) IIQ – Intervalo Interquartil. (3) UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. (4) UCINCa – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru. (5) UCINCo – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional. (6) Alojamento Conjunto. (7) Aleitamento Materno Exclusivo. (8) Aleitamento Materno.

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

43,3% (N = 211) eram da Grande Aracaju e 54,6% (N = 266) eram das demais cidades; em 2,1% (N = 10) dos prontuários essa informação estava ausente. Notou-se predominância de primigestas (45,2%; N = 220); e 71,3% (N = 347) não referiram aborto prévio. Quanto à via de parto, 57,9% (N = 282) dos RNPTs nasceram por parto cesáreo e 39,4% (N = 192) parto vaginal; os demais não foram documentados (2,7%; N = 13). Cerca de 85,2% (N = 415) foram nascidos de gestação única. Os valores do *Apgar*, tempo de internação nas etapas do Método Canguru, duração do aleitamento materno e ganho de peso em até 30 dias anteriores à interrupção completa do AM estão na Tabela 1.

Em relação aos dados antropométricos ao nascimento, cerca de 60,4% (N = 294)

nasceram com 1500 g - 2500 g (baixo peso); a maioria (80,9%; N = 394) nasceu com perímetro cefálico (PC) adequado para a idade (z-score < +2 e > -2), e 52,2% (N = 254) com comprimento adequado para a idade (z-score < +2 e > -2), de acordo com as curvas do *Intergrowth-21st*. No momento da alta hospitalar, o percentual de RNPT com peso entre 1500 g e 2500 g aumentou para 84,8% (N = 413). Durante a internação na maternidade, 80,9% (N = 394) estiveram na UTIN; 77,0% (N = 375) na UCINCo; 67,6% (N = 329) na UCINCa; e 91,4% (N = 445) da amostra não passou pelo ALCON. Os dados antropométricos, idade da interrupção do AM e o tempo de internação em cada fase do Método Canguru nos prematuros em AM aos seis meses estão relatados na Tabela 2.

Tabela 2 - Relação entre as variáveis e presença do aleitamento materno aos 6 meses

	Aleitamento materno aos seis meses				p-valor
	Sim		Não		
	Média (DP ¹)	Mediana (IIQ ²)	Média (DP ¹)	Mediana (IIQ ²)	
APGAR1	7,4 (1,9)	8 (7-9)	7,2 (1,8)	8 (6-9)	0,051 ^w
APGAR5	9,1 (0,9)	9 (9-10)	8,9 (0,9)	9 (8-10)	0,021 ^w
APGAR10	7,3 (2,1)	7 (6-8,5)	7,5 (0,6)	7,5 (7-8)	0,536 ^w
Peso no mês do desmame (g)	7603,2 (1324,7)	7355 (6600-8630)	4347,9 (2370,8)	3805 (2866-5285)	<0,001 ^w
Perímetro cefálico ao nascer (cm)	29,9 (2,4)	30 (28,5-31,5)	29,1 (2,8)	29,5 (28-30,5)	<0,001 ^w
Perímetro cefálico ao desmame (cm)	43,6 (1,9)	44 (42,3-45)	37 (3,8)	36,7 (34-39,1)	<0,001 ^w
Comprimento ao nascer (cm)	39,6 (3,7)	40 (37,8-41,5)	38,7 (3,8)	39,5 (37-41)	<0,016 ^w
Comprimento no mês do desmame (cm)	66,3 (7,9)	66,6 (62,8-70)	52,2 (6,4)	51 (47,2-57)	<0,001 ^w
Tempo na UTIN³ (dias)	3,1 (2,5)	2 (2-3)	4,6 (3,6)	3 (2-7)	<0,001 ^w
Tempo na UCINCa⁴ (dias)	3,4 (1,3)	3 (2,5-4)	3,8 (1,8)	4 (3-5)	<0,052 ^w
Tempo na UCINCo⁵ (dias)	1,9 (1,2)	2 (1-2)	2,7 (2,2)	2 (1-3)	<0,001 ^w
Tempo na ALCON⁶ (dias)	1,4 (0,6)	1 (1-2)	2,5 (2,2)	2 (2-3)	<0,004 ^w
AME até:	3,3 (2,5)	3 (1-6)	0,5 (1)	0 (0-0)	<0,001 ^w
Idade do desmame (meses)	10,8 (2,8)	13 (8-13)	1,7 (1,8)	1 (0-3)	<0,001 ^w
Ganho de peso por dia ao desmame (g/dia)	14 (5)	12,9 (10,3-18,1)	37,8 (11,6)	36,1 (29,8-45,8)	<0,001 ^t

Legenda: (1) DP – Desvio Padrão. (2) IIQ – Intervalo Interquartil. (3) UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. (4) UCINCa - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru. (5) UCINCo - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional. (6) Alojamento Conjunto. (7) Aleitamento Materno Exclusivo. (8) Aleitamento Materno.

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Aos seis meses de IC, 16,6% (N = 81) estavam em AMM; 13,8% (N = 67), em AME; 11,3% (N = 55), em AMC; e 0,4% (N = 2) em AMP. Além disso, nascidos com idade gestacional entre 28 e 34 semanas tiveram uma taxa de prevalência do AM aos seis meses

maior que os demais, de modo que tal taxa foi de 66% (N = 182) nesse grupo; contra 26,6% (N = 75) dentre os PTs tardios (IG 34 - 36+6/7); e 7,4% (N = 21) nos PTs muito extremos (IG < 28 semanas).

No que tange aos 67 lactentes em

AME aos seis meses de idade, a média de Apgar no primeiro minuto foi de 7,5 (DP = 1,7; Mediana = 8) e de 9,2 (DP = 0,8; Mediana = 9) no quinto minuto. Nesses, 82,1% (N = 55) e 55,2% (N = 37) nasceram com PC e comprimento adequados para idade ao nascimento (z-escore < +2 e > -2), respectivamente. A idade média de interrupção do AM neste grupo foi de 10,6 meses (DP = 2,7; Mediana 12), estando o ganho de peso na consulta anterior (até 30 dias) à interrupção do AM de 14,8 g/dia em média (DP = 5,5; Mediana 12,2). Ainda dentre esses lactentes, houve registro dos dados antropométricos dentro dos 30 dias anteriores à interrupção do AM de apenas seis deles, dentre os quais 66,7% (N = 4) estavam com PC adequado para a idade (z-escore < +2 e > -2) e 83,3% com comprimento adequado (z-escore < +2 e > -2). Quanto à média de permanência nas unidades de cuidados, têm-se: 2,4 dias (DP = 1,3; Mediana 2) na UTIN; 3,5 dias (DP = 1,5; Mediana 3) na UCINCa; 1,8 dias (DP = 1,1; Mediana = 1) na UCINCo; e 2,9 dias (DP = 1,8; Mediana = 3) no ALCON.

DISCUSSÃO

A prevalência de aleitamento materno aos seis meses foi de 42,1%, estando o aleitamento materno exclusivo presente nesta idade em apenas 13,8%. Uma das Metas Globais de Nutrição até 2025 adotadas pela Assembleia Mundial da Saúde é aumentar a taxa do AME nos primeiros seis meses de vida para pelo menos 50%, independentemente da IG ao nascer (BRASIL, 2019). Em nossa amostra, constituída por recém-

nascidos pré-termos (RNPT), a prevalência de AME aos seis meses foi aquém do almejado, o que, associado aos resultados também abaixo de 50% na literatura científica recente, evidencia o grande desafio em âmbito mundial em que se constitui o alcance desta meta.

Estudo, também brasileiro, com 242 RNs com até 33 semanas de IG, nascidos em um hospital com o selo Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) no Rio de Janeiro, apontou uma prevalência de 1,2% e de AM e AME aos seis meses, valor abaixo do encontrado em nosso estudo (MÉIO *et al.*, 2018). Ademais, um estudo observacional longitudinal na China com 280 nascidos prematuros apresentou uma prevalência de 22,5% de AME aos seis meses de IC, valor semelhante ao relatado em uma coorte na Itália, 27% (WANG, 2019; PERTIE *et al.*, 2019).

Em nosso estudo, a idade média na interrupção do AM foi de 4,8 meses, resultado semelhante ao de quatro meses, em estudo realizado em hospital certificado por Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (MÉIO *et al.*, 2018); e maior que o valor de três meses encontrado em estudo em Portugal, Espanha (RODRIGUES, 2018). Quanto à duração do AME, no presente estudo sua mediana foi entre zero e três meses, sendo o valor de três meses encontrado no relatório sobre aleitamento materno do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), cuja amostra continha 14.558 crianças brasileiras sem restrição de idade gestacional (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2021).

Observou-se ainda que as crianças

com AM presente no sexto mês de idade corrigida tinham em seu histórico uma duração de AME maior em comparação àquelas cujo o AM foi interrompido antes dos seis meses. Estudo caso-controlado com brasileiros nascidos a termo na Paraíba, acompanhados até o segundo ano de vida, evidenciou que a interrupção precoce do AME aumenta em 4,71 vezes a chance de manter o aleitamento materno por tempo menor (MENDES *et al.*, 2019). Diante disso, embora nossa amostra seja composta por prematuros, este dado levanta a hipótese de que o AME pode ser um fator promotor da presença de AM aos seis meses na população prematura.

Um estudo transversal com RNPT nascidos em duas IHAC brasileiras em Pernambuco apontou uma alta taxa de AME na alta hospitalar de (85,2%), porém com queda significativa ao compará-la ao 30º dia de vida (46,3%), relação essa de significância estatística ($p < 0,001$) (LIMA *et al.*, 2019). Isso sugere que, a despeito das orientações e medidas promotoras do AM durante a internação, as dificuldades na adaptação à rotina domiciliar constituem ainda um desafio à efetividade da manutenção das taxas de AME. A principal justificativa para a introdução de outros alimentos e/ou líquidos foi a alegação de “leite insuficiente”. É de suma importância, portanto, o acompanhamento regular após a alta da maternidade para redução do desmame precoce.

Em nosso levantamento, assim como em estudo prospectivo com prematuros de dois hospitais Amigos da Criança no Sudeste brasileiro, não houve associação de relevância estatística entre a idade materna e a

presença do AM aos 6 meses de idade corrigida. Essa ausência de associação no presente estudo também se aplica aos outros dados maternos (número de gestações anteriores, paridade, gestação gemelar e procedência) (BALAMINUT *et al.*, 2019). No entanto, em estudo observacional prospectivo italiano com amostra de prematuros tardios somente, a idade materna acima de 35 anos e gravidez gemelar foram fatores de risco para interrupção precoce do AM (CRIPPA *et al.*, 2019). Além disso, em outros estudos, a idade materna mais jovem foi um fator associado também ao AME, relação não avaliada em nossa pesquisa (WANG, 2019; CRIPPA *et al.*, 2019).

Não houve relação de significância estatística entre o tipo de parto e a prevalência do AM ($p 0,651$). A despeito de a prematuridade por si só não ser uma indicação ao parto cesáreo (SUNG; MAHDY, 2022), o predomínio de 57,9% dessa via nesta amostra reflete uma realidade já documentada anteriormente em outros grupos populacionais, especialmente, porém não exclusivamente, em gestações de alto risco. Em estudo descritivo e prospectivo com 84 prematuros assistidos em dois hospitais Amigos da Criança 59,5% dos partos foram via cesariana (BALAMINUT *et al.*, 2018). Estudo epidemiológico transversal com 3.448 gestantes acompanhadas em ambulatório de alto risco no sul do Brasil identificou que 72,8% da amostra realizaram parto cesariano (ANTUNES *et al.*, 2020).

Nesse contexto, infere-se a idade materna avançada, influências culturais, cesariana anterior e comorbidades maternas

como fatores de risco para o parto cesáreo, sendo a decisão coparticipativa entre a díade gestante-obstetra um fator de proteção a uma escolha individualizada (FERNANDES; *et al.*, 2019). Outrossim, nascidos com idade gestacional entre 28 e 34 semanas tiveram uma taxa de prevalência do AM aos 6 meses maior que os demais ($p = 0,005$), de modo que tal taxa foi de 66% no grupo de PT extremo ou moderado ($IG > 28$ e < 34 semanas).

Este valor acima do encontrado nos PTs tardios (26,6%) gera a hipótese de que o primeiro grupo, possivelmente, implique em maior cuidado no pós-alta, exercendo a equipe de saúde papel importante na promoção do AM. O menor valor dentre os PTs muito extremos, por sua vez, sugere que adicionais fatores podem estar interferindo no AM neste grupo, como o tempo de suporte ventilatório e outras variáveis não avaliadas neste estudo. Nos Estados Unidos, o recebimento do leite materno também diferiu entre os tipos de prematuridade, porém com maior prevalência de AM em nascidos com IG entre 34 a 36 semanas que foram internados na UTIN (CHIANG *et al.*, 2017).

Além disso, no presente estudo, a presença de AM aos 6 meses foi associada a um menor tempo de internação na UTIN, UCINCo e ALCON ($p < 0,001$; $p = 0,001$ e $p = 0,004$, respectivamente). Um estudo com 500 chineses PT com antecedente em UTIN demonstrou o fator psicológico como de grande relevância na duração do AM (JIANG; JIANG, 2022). A presença de um filho em UTIN foi associada à tendência à ansiedade, exaustão emocional e física graves nos pais e depressão pós-parto. Porém, por sua vez, foi

reduzida a sensação de autoeficácia da amamentação materna, diminuindo, assim, a taxa de manutenção do AM.

Ainda segundo Jiang *et al.* (2022), puérperas com maiores níveis de apoio familiar têm menor risco de desmame precoce e são mais propensas a manterem o AM após a alta hospitalar. A necessidade de adiamento do início da amamentação para o transporte para a UTIN ao nascer também é apontada como um fator desfavorável à taxa de AME aos 6 meses, sendo a extração manual do leite materno por longos períodos uma das causas de descontinuação do AM neste grupo.

Neste estudo, assim como no levantamento de Lima *et al.*, (2019), a despeito da existência de Banco de Leite Humano, a política de apoio às ordenhas, ajuste de amamentação e realização de orientações acerca da relevância do LM, durante a permanência na maternidade, a queda do AME após as primeiras semanas depois da alta hospitalar podem indicar a existência de dificuldades na adaptação à rotina domiciliar, no que se refere ao contexto cultural e social, por exemplo.

Embora o *Apgar* não tenha apresentado relevância estatística significativa, outro estudo brasileiro com prematuros e a termo apontam o *Apgar* entre 8 e 10 no 1º minuto como fator de proteção à amamentação na primeira hora de vida, prática promotora do AM no primeiro ano de vida (SACO *et al.*, 2019; MARTINS *et al.*, 2021). Observou-se nesta amostra uma elevação do percentual de prematuros com peso entre 1500 g e 2500 g (baixo peso) ao nascer, de 60,4% para

84,8% na alta hospitalar. Contudo, essa elevação pode ser justificada pela redução concomitante do número de recém-nascidos com peso entre 1000 g e 1500 g (de 27% para 1,3%). Este aumento também ocorreu no grupo com peso ao nascer igual ou maior que 2500 g, passando de 0,4% para 12,7% na alta da maternidade. Semelhantemente ocorreu em outro estudo brasileiro (MÉIO *et al.*, 2018); nele, o peso médio foi de 1254,3 g (DP: 370,4) ao nascimento e de 2210,8 g (DP: 529,8) ao receber alta. Não houve relação de significância estatística entre a prevalência de AM aos 6 meses e o peso ao nascer ($p = 0,117$).

Ainda no que diz respeito ao peso na alta da maternidade ($p = 0,010$), a maior parte das crianças amamentadas aos 06 meses haviam recebido alta com peso entre 1500 g e 2500 g (91,5%). Essa predominância ocorreu também no grupo sem AM, porém em percentual menor (82,1%). Não há análise desta variável em outros estudos recentes. Vale ressaltar que durante muitos anos o peso mínimo foi o critério para a indicação de alta da maternidade em neonatos prematuros e/ou de alto risco e/ou baixo peso ao nascer. Entretanto, entrou em desuso pela *American Academy of Pediatrics* e Sociedade Brasileira de Pediatria e outras diretrizes, preconizando-se atualmente critérios como estabilidade fisiológica, padrão consistente de peso adequado, educação familiar quanto aos cuidados e asseguramento de assistência adequada após a alta (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012; MARTINS *et al.*, 2021).

Em RNPTs admitidos em UTIN na

Etiópia, houve associação estatisticamente significativa entre o início tardio da ordenha e a maior duração da internação com as chances de falha na AME já no momento da alta (DEGAGA; *et al.*, 2020). Em adição, em pesquisa qualitativa (BALAMINUT *et al.*, 2018), o desmame precoce no domicílio foi atribuído, principalmente, aos seguintes motivos: o LM havia “secado” (39,1%), dificuldade de sucção (34,8%), “leite insuficiente” (21,7%) e introdução de uso de mamadeira (17,4%); com coexistência de fatores em alguns casos. Desse modo, novamente a necessidade de orientações contínuas do manejo da amamentação e seguimento a longo prazo desta população é ratificada.

CONCLUSÃO

Em conclusão, os resultados desta pesquisa evidenciam uma baixa prevalência de aleitamento materno no primeiro ano de vida dos pré-termos egressos de maternidade pública em um estado do Nordeste brasileiro, com taxa abaixo do recomendado pela OMS no sexto mês de vida. Os dados retratados reforçam a importância do planejamento e de medidas que fortaleçam a rede de atenção multidisciplinar pós-alta hospitalar. Ressalta-se que são necessários novos estudos, com outros delineamentos, para melhor compreensão da relação de causalidade para o desmame precoce nesta população de alto risco. Como limitações do presente estudo, menciona-se o viés de informação pelo método de coleta em dados secundários, sujeito à ausência de registro de informações dos dados maternos em alguns dos

prontuários. Não foram avaliadas particularidades quanto a deficiências de sucção e/ou deglutição, métodos de introdução do LM e o conhecimento das puérperas sobre a amamentação durante a internação. O delineamento do estudo não permite a determinação da relação de causa e efeito, não sendo o objetivo desta pesquisa.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

AGRADECIMENTOS

Sinceros agradecimentos à gerência e à equipe multidisciplinar da Maternidade Nossa Senhora de Lourdes e Ambulatório *Follow-up* por viabilizarem a execução da pesquisa.



REFERÊNCIAS

- ANTUNES, M. B., ROSSI, R. M.; PELLOSO, S. M. Relationship between gestational risk and type of delivery in high risk pregnancy. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, n. e03526, 2020.
- BALAMINUT, T. *et al.* Aleitamento materno em prematuros egressos de hospitais amigos da criança do Sudeste. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2018.
- BOQUIEN, C.Y. Human milk: an ideal food for nutrition of preterm newborn. **Frontiers in pediatrics**, vol. 6, p. 295. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. **Estatísticas vitais - nascidos vivos: nascidos vivos em 2020**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 01 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Atenção Básica. -- Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- BYERLY, T.; *et al.* Prematurity and breastfeeding initiation: v sibling analysis. **Acta Paediatr**, v. 109, n. 12, p. 2586-2591, 2020.
- CAVALCANTE, S. *et al.* Habilidades de recém-nascidos prematuros para início da alimentação oral. **Rev Rene**, v. 19, e32956, 2018. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-947618>. Acesso em: 21 nov. 2021.
- CHIANG, K. *et al.* Receipt of Breast Milk by Gestational Age. United States: **Morbidity and mortality weekly report**, v. 68, n. 22, p. 489–493, 2017.
- CORTEZ, J. *et al.* Maternal milk feedings reduce sepsis, necrotizing enterocolitis and improve outcomes of premature infants. **Journal Of Perinatology**, v. 38; n. 1, p. 71-74, 2018.
- CRIPPA, B. L. *et al.* Do a Few Weeks Matter? Late Preterm Infants and Breastfeeding Issues. **Nutrients**, v. 11, n. 2, p. 312, 2019.
- DAMASCENO, E. *et al.* Desafios no aleitamento materno em prematuros internados na UTI neonatal: uma revisão integrativa. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 3, p. 1492–1505, 2022.
- DEGAGA, G.; SENDO, E.; TESFAYE, T. Prevalence of exclusive breast milk feeding at discharge and associated factors among preterm neonates admitted to a neonatal intensive care unit in public hospitals, addis ababa, Ethiopia: A Cross-Sectional Study. **Pediatric health, medicine and therapeutics**, v. 11, p. 21–28, 2020.

FERNANDES, J.; CAMPOS, G.; FRANSCISCO, P. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 406-416, 2019.

HUMBERG, A. *et al.* Preterm birth and sustained inflammation: consequences for the neonate. **Seminars in immunopathology**, vol. 42, n. 4, p. 451-468, 2020.

JIANG, X; JIANG, H. Factors associated with post NICU discharge exclusive breastfeeding rate and duration amongst first time mothers of preterm infants in Shanghai: a longitudinal cohort study. **Int Breastfeed J.** 2022 May 2;17(1):34.

LIMA, A.; NASCIMENTO, D.; MARTINS, M. The practice of breastfeeding and the factors that take to early weaning: an integrating review. **Journal Health Biol Sci.** n. 6; v. 2; p. 189-196, 2018.

LIMA, A.P.E. *et al.* Exclusive breastfeeding of premature infants and reasons for discontinuation in the first month after hospital discharge. **Revista Gaucha de Enfermagem**, v. 3, n. 40, 2019.

MARTINS, F. *et al.* Breastfeeding patterns and factors associated with early weaning in the Western Amazon. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, n. 21, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002134>>. Acesso em: 15 mai. 2022.

MÉIO, M. *et al.* Breastfeeding of preterm newborn infants following hospital discharge: follow-up during the first year of life. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2403-2412, 2018.

MENDES, S. C. *et al.* Fatores relacionados com uma menor duração total do aleitamento materno. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, 2019.

NAKAMURA, K. *et al.* Exclusively breastfeeding modifies the adverse association of late preterm birth and gastrointestinal infection: a nationwide birth cohort study. **Breastfeed Med**, v. 15; n. 8; p. 509-515, 2020.

PERTIE, R. *et al.* Breastfeeding during the first year of life: estimates using records generated in general pediatrics. **Minerva pediatria**, v. 71, n. 2, p. 116–124, 2019.

REED, R.A. *et al.* Assessing the risk of early unplanned rehospitalisation in preterm babies: EPIPAGE 2 study. **BMC Pediatr**, v. 19, n. 1, p. 451, 2019.

RODRIGUES, C. *et al.* Portuguese EPICE (Effective perinatal intensive care in europe) network. the type of feeding at discharge of Very preterm infants: neonatal Intensive care units policies and practices make a difference. **Breastfeeding medicine**, v. 13, n. 1, p. 50–59, 2018.

SACO, M. C. *et al.* Contato pele a pele e mamada precoce: fatores associados e influência no aleitamento materno exclusivo. **Texto Contexto Enferm**, v. 28, n. e20180260, 2019.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. **Mais de cinco mil crianças nasceram na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes em 2018**. Governo do Estado de Sergipe, 08 jan. 2019. Disponível em: <https://saude.se.gov.br/mais-de-cinco-mil-criancas-nasceram-na-maternidade-nossa-senhora-de-lourdes-em-2018/>. Acesso em: 25 fev. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de seguimento ambulatorial do prematuro de risco. **Departamento Científico de Neonatologia da SBP**, 2012. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/seguimento_prematuro_ok.pdf. Acesso em: 30 mar. 2022.

SUNG, S.; MAHDY, H. Cesarean section. **StatPearls Publishing**, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31536313/>. Acesso em: 25 abr. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Aleitamento materno: prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI**, 2019. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relations/>. Acesso em: 01 abr. 2022.

WANG, Y.; *et al.* Factors affecting breastfeeding outcomes at six months in preterm infants. **Journal of human lactation**, v. 35, n. 1, p. 80-89, 2019.



Avaliação do sistema de vigilância epidemiológica de óbitos de Covid-19 em Aracaju nos primeiros meses de pandemia

^aThaís Morais de Araújo

^bJessika Mary Ferreira de Oliveira

Resumo

Objetivo: Avaliar os atributos, qualidade dos dados, oportunidade e representatividade do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Covid-19 (SIVEP-Gripe), a partir dos óbitos por Covid-19, no município de Aracaju. O SIVEP-GRIPE é o sistema de informação de vigilância epidemiológica da Gripe, implantado no Brasil no ano 2000 com finalidade de monitorar o vírus influenza. Em 2020 passou a controlar os casos de óbitos por Covid-19. **Materiais e métodos:** Realizou-se estudo descritivo de avaliação do sistema de vigilância epidemiológica da Covid-19, a partir dos óbitos decorrentes da Covid-19 registrados no SIVEP-Gripe entre 14 de março de 2020 a 30 de junho de 2021, residentes do município de Aracaju, Sergipe, Brasil. Foram avaliados os atributos qualidade dos dados (completitude), oportunidade, a partir da avaliação do intervalo de tempo de três períodos da vigilância e representatividade. **Resultados:** A média da completitude das variáveis obrigatórias e essenciais do sistema obteve mais de 81% de preenchimento, sendo a qualidade dos dados considerada como regular. Foi considerado inoportuno quanto a tempo de notificação (44,35%) e coleta de nasofaringe (66,76%) e oportuno para encerramento da investigação (96,75%). Foi observado maior percentual de óbitos em pessoas acima de 60 anos (66,8%), do sexo masculino (56,98%), pardos (50,15%) e com cardiopatia preexistente (33,47%). **Conclusões:** O SIVEP-Gripe precisa ser melhorado desde os critérios que envolvem as unidades sentinelas até o processo de trabalho realizado pelas Secretarias de Saúde. Recomenda-se investir em treinamento de recursos humanos de todos os operadores do sistema, contribuindo para que os trabalhadores percebam as falhas e busquem melhorar o acompanhamento de SRAGs.

Palavras-chave: Covid- 19; sistemas de informação em saúde; vigilância epidemiológica.

Evaluation of the epidemiological surveillance system of deaths by Covid-19 in Aracaju in the first months of the pandemic

Abstract

Objective: To evaluate the attributes of data quality, timeliness and representativeness of the Covid-19 Epidemiological Surveillance System (SIVEP-Gripe), based on Covid-19 deaths in the municipality of Aracaju. **Materials and methods:** Descriptive study evaluating the Covid-19 epidemiological surveillance system, based on deaths resulting from Covid-19 recorded in SIVEP-Gripe between March 14, 2020 and June 30, 2021, residents of the municipality of Aracaju. The attributes data quality (completeness), timeliness, based on the evaluation of the time interval of three surveillance periods and representativeness were evaluated. **Results:** The average completeness of the mandatory and essential variables of the system obtained

^a. Enfermeira. Pós-graduanda em gestão em saúde. Centro Universitário Estácio de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: thais-morais@outlook.com.br

^b. Enfermeira Epidemiologista. Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) da Secretaria de Saúde, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: jmfo.clinicol@gmail.com

Recebido: 03/02/2023

Aprovado: 11/05/2023

more than 81% of completion, with data quality considered as fair. It was considered inopportune in terms of notification time (44.35%) and nasopharyngeal collection (66.76%) and opportune for closing the investigation (96.75%). We observed a higher percentage of deaths in people over 60 years old (66.8%), male (56.98%), brown (50.15%) and with pre-existing heart disease (33.47%). **Conclusions:** SIVEP-Gripe needs to be improved from the criteria involving the sentinel units to the work process carried out by the Health Secretariats. It is recommended to invest in human resources training for all system operators, helping workers to perceive failures and seek to improve the monitoring of SARS.

Keywords: Covid-19; health information systems; epidemiological monitoring.

INTRODUÇÃO

Corona Virus Disease (Covid-19) é uma infecção grave causada pelo SARS-CoV-2 (sigla do inglês *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*), vírus de origem chinesa que foi detectado pela primeira vez em dezembro de 2019. Devido a sua elevada taxa de transmissão, no primeiro trimestre de 2020 a doença já havia se alastrado pelos cinco continentes. Frente a essa realidade, em março do respectivo ano, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elevou a situação da doença para pandemia (DUARTE *et al.*, 2020).

O surgimento da Covid-19 gerou mudanças no comportamento da população mundial, a exemplo do isolamento social que foi a principal medida utilizada para conter sua propagação. A doença se destaca devido a elevada taxa de transmissão e de letalidade que no Brasil, no ano de 2020, antes das vacinas, foi de 3,9% (CORRÊA *et al.*, 2020; DUARTE, 2020).

Diante desse cenário, foi essencial que os serviços de saúde realizassem o monitoramento da doença para acompanhar seu comportamento no território brasileiro e, dessa forma, estabelecer medidas preventi-

vas e assistenciais. Para isso, foram realizadas atualizações contínuas tanto dos processos como do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).

O SIVEP-Gripe foi implantado no Brasil no ano 2000 com o objetivo de monitorar o vírus *Influenza*, já em 2009, houve a implantação da vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) para monitorar a propagação do vírus Influenza A (H1N1). Em 2020, devido à gravidade da pandemia, o sistema passou por atualizações para controlar os casos de óbitos decorrentes da Covid-19 (BRASIL, 2020).

A vigilância da Covid-19 apresenta inúmeros objetivos, sendo possível elencar: a identificação precoce do surgimento de casos da doença; determinação de critérios para notificação e registro dos casos suspeitos em serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados; estabelecimento dos métodos de investigação laboratorial; monitoramento e descrição do padrão de morbidade e mortalidade; monitoramento das características clínicas e epidemiológicas; realização de rastreamento, monitoramento e isolamento

dos casos de infecção; estabelecimento de medidas preventivas e de controle e utilização de uma comunicação transparente da situação epidemiológica brasileira (BRASIL, 2021; KAWA *et al.*, 2021).

O SIVEP-Gripe é alimentado mediante uma Ficha de Registro Individual *on-line* que contém informações acerca dos dados clínicos de saúde, socioeconômicos e desfecho dos casos de síndromes gripais e síndromes respiratórias agudas graves de indivíduos hospitalizados ou não e/ou óbitos. Na Ficha de Registro Individual, existem campos obrigatórios (cuja falta de preenchimento impede o registro do dado) e outros que, mesmo não sendo obrigatórios, podem ser considerados essenciais para a investigação dos casos (BRASIL, 2020; BRASIL, 2021).

Diante do exposto e por ser uma situação considerada ainda recente, faz-se importante fazer uma avaliação do SIVEP-Gripe com o propósito de obter informações para concluir se o seu funcionamento é eficaz, pois trata-se de um aliado essencial para a realização do monitoramento dos casos de óbito por Covid-19.

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo geral avaliar os atributos qualidade dos dados, oportunidade e representatividade do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Covid-19 a partir dos óbitos, no município de Aracaju, no período de 14 de março 2020 a 30 de junho de 2021 e efetuar as recomendações que possam contribuir para melhorias do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Covid-19.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, baseado na análise de dados de acesso restrito do sistema de vigilância da Covid-19, a partir dos óbitos decorrentes da Covid-19 registrados no SIVEP-Gripe (SERGIPE, 2021), no município brasileiro de Aracaju, Sergipe, no período de 14 de março de 2020 a 30 de junho de 2021. O acesso aos dados restritos foi possibilitado devido a função exercida por uma das autoras na Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE), e sua utilização para fins de publicação ocorreu após a autorização da SES/SE.

Os atributos quantitativos selecionados foram oportunidades e representatividades, já o atributo qualitativo foi qualidade, em consonância com *Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems*, diretrizes criadas pelo *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* com o intuito de promover uma melhor utilização dos recursos de saúde pública através da criação de um sistema de saúde pública de qualidade (MONTALVÃO, 2017).

O CDC não estabelece qual o melhor tipo de sistema de vigilância, mas destaca a importância de atentar-se ao surgimento de novos problemas relacionados à saúde ou novos agentes infecciosos, assim como as alterações epidemiológicas de doenças já existentes (CDC, 2001).

A qualidade dos dados é um atributo relacionado ao produto-informação (documentos, dados ou textos) que, ao ser considerado em termos precisos e identificáveis, é

capaz de ser quantificado e mensurado (BATISTA, 2021). Para avaliar a qualidade dos dados, considerou-se a completude de 10 variáveis obrigatórias e 24 essenciais da Ficha de notificação, segundo percentual de preenchimento da variável, sendo: “excelente” (> 95% de preenchimento com registro válido), “bom” (<95 a >90%), “regular” (<90 >80%), “ruim” (<80 > 50%) e “muito ruim” (<50%).

Quanto à oportunidade, entende-se como o intervalo mínimo de tempo para o diagnóstico e notificação da doença de forma a possibilitar o planejamento de ações de controle (CDC, 2001). Para Batista (2021), este é um atributo importante para os sistemas de vigilância, trata-se do período mínimo para realizar a notificação do agravo de forma a contribuir com o planejamento de ações de controle.

Para análise da oportunidade foram analisados, calculando em dias, os seguintes indicadores: 1) Diferença entre a data de notificação do caso e a internação, sendo considerado oportuno o intervalo em até um dia de internação; 2) Diferença entre a data de internação do paciente e coleta de amostra nasofaríngea, sendo considerada oportuna a proporção de 70% dos casos com coleta de amostra nos primeiros 7 dias de internamento em relação ao total de coletas. Importa salientar que a coleta da amostra foi realizada em pacientes internados; 3) Proporção de casos com encerramento laboratorial e notificação no sistema em prazo igual ou inferior a 60 dias, sendo considerado oportuno o sistema que tiver realizado 70% das notificações dentro do prazo preconizado.

A representatividade é um atributo que admite a descrição, de forma fidedigna com a realidade, do comportamento de uma doença ao longo do tempo e sua distribuição na população por lugar e pessoa (BATISTA, 2021). Para a representatividade, foi avaliado como o sistema descreve com precisão a ocorrência do evento ao longo do tempo e sua distribuição na população segundo as variáveis lugar (bairro onde residia o paciente) e pessoas (faixa etária, sexo, escolaridade, raça/cor e comorbidades preexistentes).

Para a representatividade por lugar e pessoas, foi realizada uma comparação entre as fichas de notificação do SIVEP-Gripe e os dados do Boletim Covid-19, disponibilizado pelo Observatório de Sergipe, entre os anos de 2020 e 2021.

O SIVEP-Gripe será classificado com alta representatividade se as duas categorias (lugar e pessoa) forem satisfatórias; regular se somente uma delas for satisfatória e com baixa representatividade se nenhuma variável for satisfatória. As categorias lugar e pessoa serão consideradas satisfatórias ou insatisfatórias.

Os dados utilizados para a análise foram obtidos mediante busca ativa no sistema de vigilância Epidemiológica da Covid-19, no período de março a abril de 2023. Foram incluídas todas as notificações de óbitos de indivíduos que foram internados com diagnóstico positivo para Covid-19, residentes no município de Aracaju/SE, no intervalo de tempo entre março de 2020 a junho de 2021.

Utilizou-se o *Microsoft Excel*® 2013 para a tabulação dos dados e o *software Epi-*

info, versão 7.2.4.0 para a coleta desses dados analisados. O estudo seguiu as diretrizes e normas da Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a ética da pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Entre o período de 14 de março 2020 a 30 de junho de 2021, foram registrados 1.883 óbitos no município de Aracaju, o que representa 32,63% dos óbitos pelo novo coronavírus ocorridos em todo o estado de Sergipe.

Avaliada a completitude dos dados das variáveis obrigatórias, esta foi considerada excelente, haja vista que 100% dos campos foram preenchidos. Para variáveis essenciais a completitude foi considerada ruim, pois apresentou média percentual de 62,49% dos registros válidos entre as 24 variáveis analisadas, sendo 54,16% da completitude dos dados considerada excelente, 8,33% como bom, 25% como regular, 8,33% como ruim e 4,18% como muito ruim. A média percentual entre a completitude das variáveis obrigatórias e essenciais do sistema obteve mais de 81% de preenchimento, sendo a qualidade dos dados considerada como regular.

Para análise da oportunidade, foi analisado o tempo entre a data de internação devido a complicações da Covid-19 e da notificação dos casos (Tabela 1), onde 44,35% dos lançamentos obedeceram ao período de um dia. Já ao analisar o período entre a internação e a amostra de secreção da nasofaringe de pacientes hospitalizados

Tabela 1 - Período entre a internação e a notificação dos casos em Aracaju, no período de março de 2020 a junho de 2021.

INTERVALO DE TEMPO	QUANTIDADE	(%)
UM DIA	1.161	44,35
ATÉ CINCO DIAS	330	13,74
MAIS DE CINCO DIAS	520	21,66
SEM PREENCHIMENTO DA DATA DA INTERNAÇÃO	390	16,24
TOTAL	2.401	100

Fonte: SIVEP-Gripe. Sergipe (2021).

que vieram a óbito por Covid-19 (Tabela 2), nota-se que mais da metade dos lançamentos efetuados (66,76%) obedeceram ao prazo de 7 dias.

Já ao analisar o período entre a internação e a coleta da amostra de secreção da

Tabela 2 – Período entre a internação e a coleta da amostra de secreção da nasofaringe em Aracaju, no período de março de 2020 a junho de 2021.

INTERVALO DE TEMPO	QUANTIDADE	(%)
SETE DIAS	1.603	66,76
ATÉ DEZ DIAS	169	7,04
MAIS DE DEZ DIAS	191	18,24
SEM PREENCHIMENTO DA DATA DA COLETA DE AMOSTRAS	390	7,96
TOTAL	2.401	100

Fonte: SIVEP-Gripe. Sergipe (2021).

nasofaringe de pacientes hospitalizados que vieram a óbito por Covid-19, foram obtidas as seguintes informações inseridas na Tabela 2.

O atributo referente a oportunidade da obtenção de amostras foi considerado insatisfatório, tendo apenas 66,76% das amostras oportunas no período estudado. Este indicador foi calculado através da proporção de casos com coleta nos primeiros 7 dias de internação em relação ao total delas.

O terceiro indicador da oportunidade analisado foi o período decorrido entre o encerramento da investigação laboratorial e a data da notificação, como mostra a Tabela 3 a seguir.

Tabela 3 – Período entre o encerramento da investigação e a data da notificação dos óbitos por Covid-19, Aracaju, no período de março de 2020 a junho de 2021.

INTERVALO DE TEMPO	QUANTIDADE	(%)
60 DIAS	2.323	96,75
MAIS DE 60 DIAS	67	2,79
SEM PREENCHIMENTO DA DATA DE ENCERRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO	11	0,46
TOTAL	2.401	100

Fonte: SIVEP-Gripe. Sergipe (2021).

Com relação à oportunidade nos encerramentos dos casos, o indicador alcançou 96,7%, sugerindo que as amostras registradas nos referidos anos apresentaram encerramento laboratorial oportuno no sistema de informação. Para isso, calculou-se a proporção de casos com encerramento

laboratorial no sistema em relação ao total de amostras colhidas.

Nesta pesquisa, foi verificado o intervalo dos três períodos analisados e calculada a média entre eles, obtendo-se como resultado 69,27%. Ou seja, o atributo oportunidade foi considerado inoportuno.

Ao avaliar a representatividade do SIVEP-Gripe quanto à variável lugar, foi constatado que os três bairros que mais tiveram óbitos por Covid-19 foram: Farolândia, com 115 óbitos (4,79%), seguido pelo Bairro Luzia, com 102 óbitos (4,25%) e Jabotiana, com 95 óbitos (3,96%). Em 7,91% dos casos, o campo estava sem informação.

O sistema de vigilância da Covid-19 é descentralizado e encontra-se em todos os estados do Brasil. A proporção de casos e óbitos pela Covid-19 são acompanhados por meio dos Boletins Epidemiológicos Semanais e gráficos divulgados pelas Secretarias de Estado da Saúde dos respectivos entes (SERGIPE, 2021). Quanto à representatividade por lugar, esta foi avaliada como satisfatória.

Com relação à variável pessoa, a Tabela 4 retrata o perfil sociodemográfico dos casos que vieram a óbito em decorrência do Covid-19 em Aracaju.

Em relação ao perfil sociodemográfico dos casos de óbito por Covid-19, observa-se na Tabela 4 a seguir, que as faixas etárias mais acometidas foram primeiramente a de 60 a 69 anos, seguido de 70 a 79 anos, maioria idosos da terceira idade, contudo, a doença pode acometer qualquer grupo etário. O Covid-19 é uma patologia que apresenta maiores riscos de agravamento

Tabela 4 – Perfil sociodemográfico dos óbitos por COVID-19, em Aracaju, no período entre março de 2020 a junho de 2021.

Variáveis	N	(%)
Faixa etária		
0 - 19 anos	24	1,00
20 - 29 anos	22	0,92
30 - 39 anos	121	5,04
40 - 49 anos	240	10,00
50 - 59 anos	391	16,28
60 - 69 anos	544	22,66
70 - 79 anos	550	22,91
≥80 anos	509	21,20
Sexo		
Feminino	1.033	43,02
Masculino	1.368	56,98
Grau de Escolaridade		
0 - Sem escolaridade/analfabeto	119	4,96
1 - Fundamental 1º Ciclo (1ª a 5ª série)	283	11,79
2 - Fundamental 2º Ciclo (6ª a 9ª série)	186	7,75
3 - Médio (1º ao 3º ano)	308	12,83
4 - Superior	148	6,16
5 - Não se aplica	1.347	56,10
9 - Ignorado	10	0,42
Cor/raça		
Branca	435	18,12
Preta	128	5,33
Amarela	29	1,21
Parda	1.204	50,15
Ignorado	605	25,20
Comorbidades		
Cardiopatia	1.096	33,47
Puérpera	02	0,06
Doença Hematológica Crônica	19	0,58
Doença Hepática Crônica	27	0,82
Síndrome de Down	02	0,06
Asma	21	0,64
Diabetes Mellitus	755	23,05
Doença Neurológica Crônica	109	3,33
Pneumopatia Crônica	78	2,38
Imunodeficiência/Imunodepressão	56	1,71
Doença Renal Crônica	138	4,21
Obesidade	229	6,99
Outros	743	22,69

Fonte: SIVEP-Gripe. Sergipe (2021).

em idosos e pessoas com comorbidades, em Aracaju, a representatividade por comorbidade mostrou uma maior incidência em portadores de cardiopatia (33,47%) e Diabetes mellitus (23,05%).

Na representatividade por sexo, a maior parte dos casos de óbitos foi do sexo masculino. Na representação de cor/raça, houve uma predominância na cor parda, com 50,15%, porém, 25% dos casos foram ignorados. Quanto à representação escolaridade, predominou o nível de escolaridade ensino médio (12,83%); todavia, uma grande parte das notificações de óbito não tiveram esse dado informado; dessa forma, 56,1% dos casos foram marcados com “não se aplica” e 0,42% dos casos foram ignorados.

Os resultados encontrados para sexo, comorbidade e faixa etária foram comparados com as projeções disponibilizadas pela Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe, durante o mesmo período. Após comparação foram verificadas similaridades em relação a faixa etária, com maioria de idosos, do sexo masculino, com presença de cardiopatias, podendo representar essa distribuição da Covid-19 na população sergipana de forma geral (OBSERVATÓRIO DE SERGIPE, 2021).

Apesar da representatividade encontrada com as variáveis faixa etária, comorbidade e sexo, não foi possível detalhar o perfil epidemiológico por meio das outras variáveis, portanto, no quesito pessoa, o SIVEP-Gripe foi considerado com representatividade insatisfatória. Por fim, a avaliação final de representatividade do sistema, englobando os dois componentes, foi classificada com

representatividade regular.

DISCUSSÃO

Para Corrêa *et al.* (2020), é extremamente importante que seja realizada a avaliação da qualidade dos dados de um sistema, pois trata-se de um atributo que determina a completude e validade dos dados inseridos nos sistemas de informação de vigilância epidemiológica. Através da realização da avaliação é possível conhecer o potencial das informações encontradas. Na maioria das vezes, os Sistemas de informação em saúde (SIS) são a única fonte de informação segura para análise epidemiológica, dessa forma, uma baixa qualidade dos dados pode interferir na adoção de estratégias de intervenção adequadas para minimizar os impactos das patologias e sua disseminação para outras áreas (DUARTE *et al.*, 2020).

Considerando os resultados deste estudo, a média entre a completude das variáveis obrigatórias e essenciais foi considerada regular. Na análise do perfil dos casos, as variáveis escolaridade e raça/cor são importantes para caracterizar a população, uma vez que é de conhecimento que a Covid-19 é uma patologia que envolve fatores socioambientais e atinge a população mais vulnerável que sofre com a falta de conhecimentos e com a dificuldade em obter recursos para proteção individual, como máscaras e luvas. Todavia, apesar da importância dessas variáveis, houve um quantitativo significativo de casos das variáveis raça e escolaridade ignoradas ou marcadas como “não se aplica”.

Segundo Pacheco (2021), a ausência de determinadas informações nas fichas dos pacientes pode interferir de forma negativa na qualidade dos dados do sistema; além disso, pode causar uma certa dificuldade em determinar o perfil dos casos que foram a óbito devido a Covid-19 em Aracaju. O autor afirma ainda que há uma baixa confiabilidade nos SIS devido à elevada omissão no preenchimento de campos importantes, embora não obrigatórios, nas fichas dos casos, o que afeta a qualidade dos dados.

Em casos como os da Covid-19, em que a taxa de letalidade no Brasil chegou a 3,9% em 2020, sendo considerada alta, um dos principais atributos da vigilância epidemiológica é a oportunidade de notificar o mais breve possível a internação, realizar a coleta da amostra da secreção, possibilitando a adoção de medidas adequadas de tratamento (BRASIL, 2021; DUARTE *et al.*, 2020). Um desempenho avaliado como ruim nesse atributo pode ser um fator importante para a ocorrência de óbitos relacionados à doença, uma vez que a vigilância detectará de forma tardia a dinâmica do vírus e isso poderá implicar na implementação de medidas apropriadas para contê-lo (MONTALVÃO, 2017).

Apenas duas das variáveis avaliadas obtiveram um parâmetro considerado aceitável de oportunidade, que foram: “notificação do internamento” e “coleta de amostra nasofaríngea”; enquanto que a variável “encerramento laboratorial” foi considerada oportuna. Sendo assim, após calcular a média entre as três variáveis e obter resultado inferior a 70%, este estudo avaliou o sistema como inoportu-

no. Os resultados apresentaram semelhança com a avaliação da oportunidade de um estudo avaliativo do Sistema de Vigilância da dengue, onde a oportunidade de notificação e encerramento laboratorial foram considerados inoportunos (PACHECO, 2021).

As informações evidenciam que em Aracaju, durante o período inicial de pandemia, a oportunidade para notificação de internação e para realizar a coleta de amostras apresentou-se como uma problemática a ser enfrentada, pois foi observada a ausência de agilidade para a coleta de amostras e de notificação do internamento no município.

Sobre a representatividade, esta foi avaliada como regular. Foi verificado que a representatividade é satisfatória quanto ao lugar e insatisfatória quanto às pessoas, ao acompanhar os SIVEP-Gripe por determinado tempo. Em um estudo realizado por Batista (2021), ao avaliar a representatividade do sistema de vigilância da Covid-19 foi identificado que o sistema é capaz de descrever a distribuição dos casos sintomáticos no tempo, pessoa e lugar, apesar da falta de informação quanto a determinadas variáveis.

CONCLUSÃO

É possível considerar que o Sistema de Vigilância da Covid-19 de Aracaju/SE demonstrou-se inoportuno e de representatividade regular, embora tenha se mostrado prejudicado devido à ausência de preenchimento das variáveis raça/cor e escolaridade na maioria dos casos.

Apesar do SIVEP-Gripe ser um siste-

ma de fácil manipulação e descentralizado, ainda requer melhoria na qualidade das informações inseridas. A falta de preenchimento de campos não obrigatórios pode sinalizar ausência de sensibilidade dos operadores do sistema quanto à captação de informações relevantes, afetando a qualidade dos dados, motivo este do resultado da qualidade dos dados ser avaliada como regular.

Para a elaboração deste estudo foram encontradas limitações, como a presença de falhas no preenchimento das informações da ficha de notificação do sistema, impedindo a descrição condizente com a realidade concreta do perfil aracajuano. Sendo assim, é recomendado que seja realizada uma sensibilização dos gestores e demais profissionais da saúde quanto à importância do preenchimento de todos os dados, ainda que não obrigatórios, para determinar o perfil epidemiológico da população, assim como para que sejam planejadas ações de saúde eficientes.

Por fim, recomenda-se a realização de mais estudos sobre esta temática, visto que são poucas as pesquisas que visam analisar o perfil epidemiológico dos óbitos por Covid-19 em Aracaju e em Sergipe. Além disso, é importante salientar que as evidências científicas auxiliam pesquisadores e gestores a determinarem o perfil mais exposto à letalidade por Covid-19.



REFERÊNCIAS

BATISTA, F. L. **Avaliação da qualidade dos dados, oportunidade e representatividade do sistema de vigilância da COVID-19 na macrorregião de saúde jequitinhonha, Minas Gerais, 2020.** 2021. 151 f. Monografia (Pós-Graduação em Ensino e Saúde. UFVJM. 2021 Disponível em: http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/bitstream/1/2729/1/francinne_laureth_bbatista.pdf. Acesso em: 31 mar 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **COVID-19: registro de casos suspeitos no e-SUS VE.** 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8237>. Acesso em: 08 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Procedimento do Sistema de Informações sobre Mortalidade.** Brasília. Fundação Nacional de Saúde: Brasília, 2001. Disponível em: https://www.bvsmg.gov.br/bvs/publicacoes/sis_mortalidade.pdf. Acesso em: 22 jul. 2021

CENTER FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION (CDC). Updated Guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the Guidelines working group. **Morbidity and mortality weekly report.** v. 50, n. RR-13, p. 1-35, 2001. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5013.pdf> Acesso em: 31 mar. 2023.

CORRÊA, P. R. L. *et al.* A importância da vigilância de casos e óbitos e a epidemia da COVID-19 em Belo Horizonte, 2020. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/KFqNwDz3HN7QNc5PgXWnwKK/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 03 mar. 2023.

DUARTE, M. M. S. *et al.* Descrição dos casos hospitalizados pela COVID-19 em profissionais de saúde nas primeiras nove semanas da pandemia, Brasil, 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 5, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/xmWGR4FpGyfDMHDdvLbktRj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2023.

KAWA, H. *et al.* Desempenho dos municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro nas hospitalizações por Covid-19. Estudo baseado no SIVEP-Gripe. **Research, Society and Development**, v. 1, n. 1, p. e25710111611-e257101116112021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11611>. Acesso em: 09 jul. 2021.

MONTALVÃO, E. A. **Avaliação de atributos do sistema de vigilância sentinela da síndrome gripal no município do Rio de Janeiro, Brasil, 2013-2014.** 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/30877/2/ve_Elisa_Alves_ENSP_2017.pdf. Acesso em: 02 mar. 2023.

OBSERVATÓRIO DE SERGIPE. Secretaria Geral de Governo. **Boletim COVID-19: Sergipe e território nacional.** 2021. Disponível em: <https://docs.observatorio.se.gov.br/wl/?id=KrqC5CMD5E9z5gOPb8XGNegIQZ16Xkl2>. Acesso em: 18 abr. 2023.

PACHECO, C. C. A. **Avaliação da representatividade, valor preditivo positivo, completude e oportunidade do Sistema de vigilância da dengue no Brasil de 2018 a 2020.** 2021. Monografia. (Especialização em Epidemiologia para Vigilância e Controle do *Aedes aegypti* e de arboviroses). Universidade de Brasília, 2021. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/32776/1/2021_CarolinaDeCastroAraujoPacheco_tcc.pdf. Acesso em: 21 abr. 2023.

SERGIPE. Secretaria da Saúde do Estado de Sergipe. **Boletim COVID-19 – 46º Semana Epidemiológica.** 2021. Disponível em: <https://www.todoscontraocorona.net.br/>. Acesso em: 27 nov. 2021.

SERGIPE. Secretaria da Saúde do Estado de Sergipe. **Sistema de vigilância epidemiológica para síndromes gripais agudas (SIVEP-GRIPE).** Ficha de registro individual – casos de síndrome respiratória grave – Hospitalizado do SIVEP-GRIPE. 2021. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Guia-de-vigilância-epidemiológica-da-covid_19_15.03_2021.pdf. Acesso em: 15 out. 2021.



Oferta da Fonoaudiologia pelo Sistema Único de Saúde em Sergipe: 2012 a 2021

^{a.} Alice Fontes Monteiro Ramos
^{b.} José Marccos de Jesus Santos
 Marcus Valérius da Silva Peixoto

Resumo

Objetivo: descrever a oferta da fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde no estado de Sergipe no período de 2012 a 2021. A inclusão do fonoaudiólogo nos serviços públicos promoveu mudanças no processo de trabalho, com foco numa abordagem integral e intervenção em diversos setores. Porém, observa-se desigualdade na disposição e *déficit* no quantitativo desse profissional. **Materiais e métodos:** estudo ecológico, descritivo e observacional, utilizando dados secundários do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS do Departamento de Informática do SUS e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2012 a 2021 no estado de Sergipe. As variáveis foram: número de fonoaudiólogos, número de procedimentos realizados, grupos de procedimentos e nível de complexidade. Análise estatística descritiva a partir da variação proporcional percentual do período investigado. **Resultados:** houve evolução na oferta da fonoaudiologia no estado de Sergipe, evoluindo de 74 para 251 fonoaudiólogos, porém somente as regiões de saúde Aracaju e Lagarto tiveram as maiores ofertas (1,71/10.000 e 1,44/10.000, respectivamente), apresentando mais de 01 fonoaudiólogo/10.000 habitantes em 2021. Observou-se aumento acentuado na oferta dos procedimentos a partir de 2015. Destacaram-se atendimentos na média complexidade com 97% em 2021, predominando procedimentos clínicos (68%) e de finalidade diagnóstica (29%). **Conclusões:** evidenciou-se evolução da oferta da fonoaudiologia e número de procedimentos em Sergipe (2012 a 2021), porém observou-se oferta insuficiente e disparidades entre os municípios, dificultando o acesso e ampliação da oferta fonoaudiológica.

Palavras-chave: acesso aos serviços de saúde; fonoaudiologia; oferta; sistema único de saúde.

Speech therapy provide by the united health system in sergipe - 2012 to 2021

Abstract

Objective: To describe the offer of speech therapy in the Unified Health System in the State of Sergipe from 2012 to 2021. The inclusion of speech therapists in public services promoted changes in the work process, focusing on a comprehensive approach and intervention in different sectors. However, there is inequality in the willingness and deficit in the quantity of this professional. **Materials and methods:** Ecological, descriptive and observational study, using secondary data from the National Register of Health Establishments, Outpatient Information System of the SUS do Department of Informatics of SUS and the Brazilian Institute of Geography and Statistics from 2012 to 2021 in the state of Sergipe. The variables were: number

^{a.} Pós-graduada em Saúde da Família pela residência multiprofissional em Saúde. Universidade Federal de Sergipe (UFS). Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: alicefontes.afr@gmail.com

^{b.} Pós-graduando em Saúde Coletiva. Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão. São Cristóvão, Sergipe, Brasil. E-mail: jsmarcos@alumni.usp.br

^{c.} Doutorando em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Sergipe (UFS). Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: marcus.valerius@academico.ufs.br

Recebido: 18/04/2023

Aprovado: 18/05/2023

of speech therapists, number of procedures performed, groups of procedures and level of complexity. Descriptive statistical analysis based on the percentage proportional variation of the investigated period. **Results:** There was an evolution in the supply of speech therapy in the state of Sergipe, evolving from 74 to 251 speech therapists, but only the Aracaju and Lagarto health regions had the highest offers (1.71/10,000 and 1.44/10,000, respectively) with more of 1 speech therapist/10,000 inhabitants in 2021. There was a sharp increase in the offer of procedures from 2015 onwards. Medium complexity services stood out with 97% in 2021, predominantly clinical procedures (68%) and diagnostic purposes (29%). **Conclusions:** There was an evolution in the supply of speech therapy and the number of procedures in Sergipe (2012 to 2021), however, insufficient supply and disparities between municipalities were observed, making it difficult to access and expand the supply of speech therapy.

Keywords: access to health services; speech therapy; offer; health unic system.

INTRODUÇÃO

Diante do processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) que iniciou a partir de 1988, buscou-se construir uma nova concepção de saúde, relacionando-a como qualidade de vida dos indivíduos, incluindo os aspectos físico, mental e social. Dessa maneira, o acesso à prestação de serviços de saúde universal e igualitária a todos os indivíduos tornou-se um direito, sendo dever do Estado cumpri-lo, tendo como princípios do SUS a universalidade, integralidade e equidade (SILVA *et al.*, 2022).

A Fonoaudiologia é a ciência responsável por atuar nos processos da comunicação humana, à qual concerne à prevenção e promoção da saúde, avaliação e tratamento de agravos (BRASIL, 1981). No ano 1980, iniciou sua inserção nos serviços públicos de saúde, com foco na reabilitação. Com a criação do SUS, ocorreu a expansão da sua atuação para os diferentes níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária). A inclusão do profissional fonoaudiólogo na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil se deu de forma mais ampla com a criação dos

Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008 (BRASIL, 2008; MARTINS *et al.*, 2022).

A inclusão do fonoaudiólogo na APS promoveu diversas mudanças no processo de trabalho dos profissionais, com o foco em políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde por meio de práticas interdisciplinares. A Fonoaudiologia, com foco anterior pautado em práticas assistencialistas, vem expandindo seus processos de trabalho a uma abordagem integral, com perspectiva da humanização, acolhimento e vínculo (BERNARDI, 2007; MEDEIROS *et al.*, 2009), sobretudo a partir das orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais que propõem a formação voltada para as premissas do SUS e em conformidade com as Redes de Atenção à Saúde (RAS), para que as ações sejam pautadas no perfil epidemiológico do território referente ao nível de atenção em que atua (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019; CFF, 2021).

Nessa conjuntura, observa-se que os fonoaudiólogos atuam em todos os níveis de

atenção, podendo intervir em diversas áreas, com inserção em Unidades Básicas de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Ambulatórios de Especialidades, Centros Especializados de Reabilitação, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais, Maternidades, Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), Unidade Educacionais, Programa de Saúde na Escola (PSE), Vigilância em Saúde do Trabalhador, entre outras instituições da comunidade, com atendimentos em todos os ciclos da vida (LIPAY *et al.*, 2007; CFF, 2015).

Muitos avanços no âmbito do SUS foram alcançados para que o acesso universal seja uma realidade para todos os usuários, porém o grande desafio do serviço público refere-se à prestação de serviços em saúde, onde se verifica que há desigualdade na disposição de profissionais entre as regiões, incluindo-se a Fonoaudiologia (SANTOS *et al.*, 2017). Pesquisas realizadas em diferentes estados brasileiros reforçaram a ocorrência das desigualdades, assim como revelam quantidade insuficiente de fonoaudiólogos para atendimento à população, considerando o número populacional (MIRANDA *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2017; VIÉGAS *et al.*, 2018).

Segundo trabalho de Miranda *et al.* (2015), com dados coletados dos anos 2000, 2005 e 2010, observou-se que as regiões Norte e Nordeste apresentaram *déficits* superiores à defasagem nacional no quantitativo de fonoaudiólogos, conforme número de habitantes em todos os anos, onde o Nordeste obteve média 4,31, enquanto a média nacional foi 6,07 (procedimento/1.000 habi-

tales). Em outro estudo, Sousa *et al.* (2017) verificaram em suas pesquisas o aumento de 62,1% da oferta de profissionais fonoaudiólogos na atenção básica entre 2008 e 2013, porém, apesar desse aumento, mostrou-se desigualdade em todo território nacional.

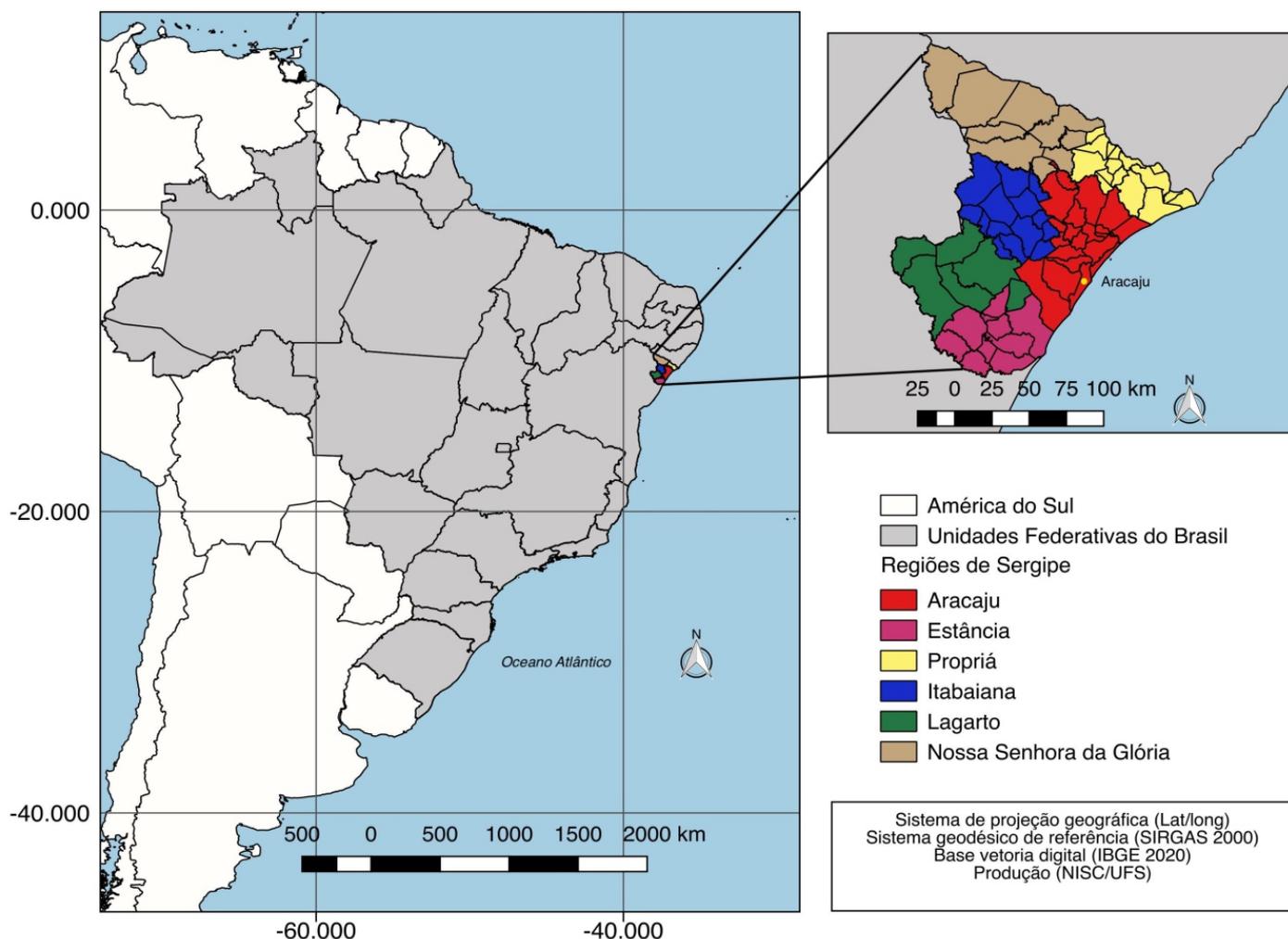
Desse modo, justifica-se a realização dessa pesquisa devido à necessidade de conhecimento sobre os dados referentes à oferta de serviços de Fonoaudiologia no estado de Sergipe, de forma a revelar a situação do serviço, bem como as prioridades para estratégias de melhoria. Assim, o objetivo deste estudo foi descrever a oferta da fonoaudiologia no sistema único de saúde no Estado de Sergipe no período de 2012 a 2021.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo e observacional, de distribuição espacial e série temporal, no período de 2012 a 2021, usando dados secundários de quantidade de profissionais fonoaudiólogos e produção fonoaudiológica no estado de Sergipe, no Nordeste brasileiro.

Sergipe é um dos estados brasileiros que formam a região Nordeste, menor unidade federativa brasileira em extensão, com área territorial de 21.938,188 km² e população estimada em 2021 de 2.338.474 habitantes, possuindo 75 municípios e sete regiões de saúde: Aracaju, Estância, Propriá, Itabaiana, Lagarto, Nossa Senhora da Glória e Nossa Senhora do Socorro, descritas na Figura 1. Tem como capital Aracaju, a cidade mais populosa do estado (IBGE, 2021).

Figura 1 – Mapa político do Brasil, evidenciando o estado Sergipe e suas regiões geográficas.



Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Os dados utilizados são provenientes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – Recursos Humanos; Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ambos disponíveis para domínio público.

Os dados provenientes do SIA/SUS, coordenado pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, processado pelo DATASUS, da Secretaria Executiva do

Ministério da Saúde, permitem aos gestores municipais e estaduais o processamento das informações de atendimento ambulatorial registrados nos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial (APAC, BPA e RAAS) pelos prestadores públicos e privados no SUS.

A quantidade de profissionais fonoaudiólogos foi obtida por meio de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no qual foi realizada média aritmética simples para obtenção do número anual de profissionais nos anos analisados (2012-2021). Foram utilizados

Quadro 1 – Classificação e categorização das variáveis analisadas referente à produção fonoaudiológica.

Variável	Descrição
Grupo de procedimento	Ações de promoção e prevenção em saúde
	Procedimentos com finalidade diagnóstica
	Procedimentos clínicos
	Órteses, próteses e materiais especiais
Nível de complexidade	Atenção básica
	Média complexidade
	Alta complexidade
	Não se aplica

Fonte: DATASUS - SIA/SUS (2021).

dados secundários disponíveis no SIA/SUS, referentes ao total anual de produção fonoaudiológica no estado de Sergipe, nos anos 2012 a 2021. Nesse sentido, aplicaram-se os seguintes filtros de busca: Por local de atendimento: Sergipe; Profissional - CBO: 07925 Fonoaudiólogo, 223810 Fonoaudiólogo, 223815 Fonoaudiólogo Educacional, 223820 Fonoaudiólogo em Audiologia, 223825 Fonoaudiólogo em Disfagia, 223830 Fonoaudiólogo em Linguagem, 223835 Fonoaudiólogo em Motricidade Orofacial, 223840 Fonoaudiólogo em Saúde Coletiva, 234430 Professor de Fonoaudiologia; Período – janeiro/2012 a dezembro/2021.

As principais variáveis utilizadas nesse estudo foram a quantidade de profissionais fonoaudiólogos e a quantidade de produção fonoaudiológica. Em relação a produção fonoaudiológica, utilizaram-se as seguintes variáveis descritas no Quadro 1.

Avaliou-se a oferta da fonoaudiologia

no estado de Sergipe a partir do cálculo de taxas a cada 10.000 habitantes, sendo considerado no numerador as seguintes variáveis: n.º de profissionais fonoaudiólogos ativos no CNES do município investigado; n.º de procedimentos realizados por município investigado; Grupo de procedimento; e Nível de complexidade.

Após a coleta de dados, criou-se um banco de dados eletrônico específico para este estudo no *Microsoft Office Excel Professional Plus*® 2016. Foi realizada a análise dos dados por meio de estatística descritiva, distribuindo a frequência das variáveis em categorias, sendo observada a variação proporcional percentual do período investigado. Para a construção dos mapas, foi utilizado o programa *QGIS 3.18 software (Creative Commons Attribution-ShareAlike 3.0 license CC BY-SA, Las Palmas, California, USA)*. A base cartográfica do Estado de Sergipe foi fornecida pelo Instituto Brasileiro

de Geografia e Estatística (IBGE). A projeção cartográfica corresponde ao sistema geodésico de referência SIRGAS 2000.

Em relação aos aspectos éticos, por se tratar de uma pesquisa com dados secundários de acesso e domínio públicos, sem a possibilidade de identificação dos indivíduos, não foram aplicados o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e Termo de anuência livre e esclarecida (TALE). E, assim, não se fez necessária a submissão/apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa no Brasil.

RESULTADOS

Distribuição da oferta de profissionais fonoaudiólogos

Observou-se que o número total de fonoaudiólogos vinculados aos municípios do estado de Sergipe evoluiu de 74, em 2012, para 251, em 2021. A oferta do profissional fonoaudiólogo para a população residente nos municípios passou de 0,34/10.000 hab em 2012 para 1,07/10.000 hab em 2021, apresentando um crescimento de 239,18%.

Entre as regiões de saúde que apresentaram maior evolução da oferta de fonoaudiólogos, estiveram em evidência as regiões de Lagarto e Itabaiana, apresentando crescimento de 0,08 em 2012 para 1,44 em 2021 e 0,08 em 2012 para 0,94 em 2021, por 10 mil habitantes, respectivamente.

Ao analisar o mapa da Figura 2, pode-se verificar acentuado crescimento da oferta em todo o estado a partir de 2018, mantendo-se em alta em 2021. Observou-se também

aumento importante da oferta de profissionais a partir do ano de 2019 nas regiões de Lagarto, Aracaju e Itabaiana. A região de Lagarto apresentou crescimento de 1,07/10.000 hab em 2012 para 1,44/10.000 hab em 2021. Já a região de Aracaju apresentou crescimento de 1,51/10.000 hab em 2012 para 1,71/10.000 hab em 2021. Já a região de Itabaiana, mostrou aumento de 0,79/10.000 hab em 2019 para 0,94/10.000 hab profissionais em 2021. Por fim, observa-se que as demais regiões apresentam pouco crescimento.

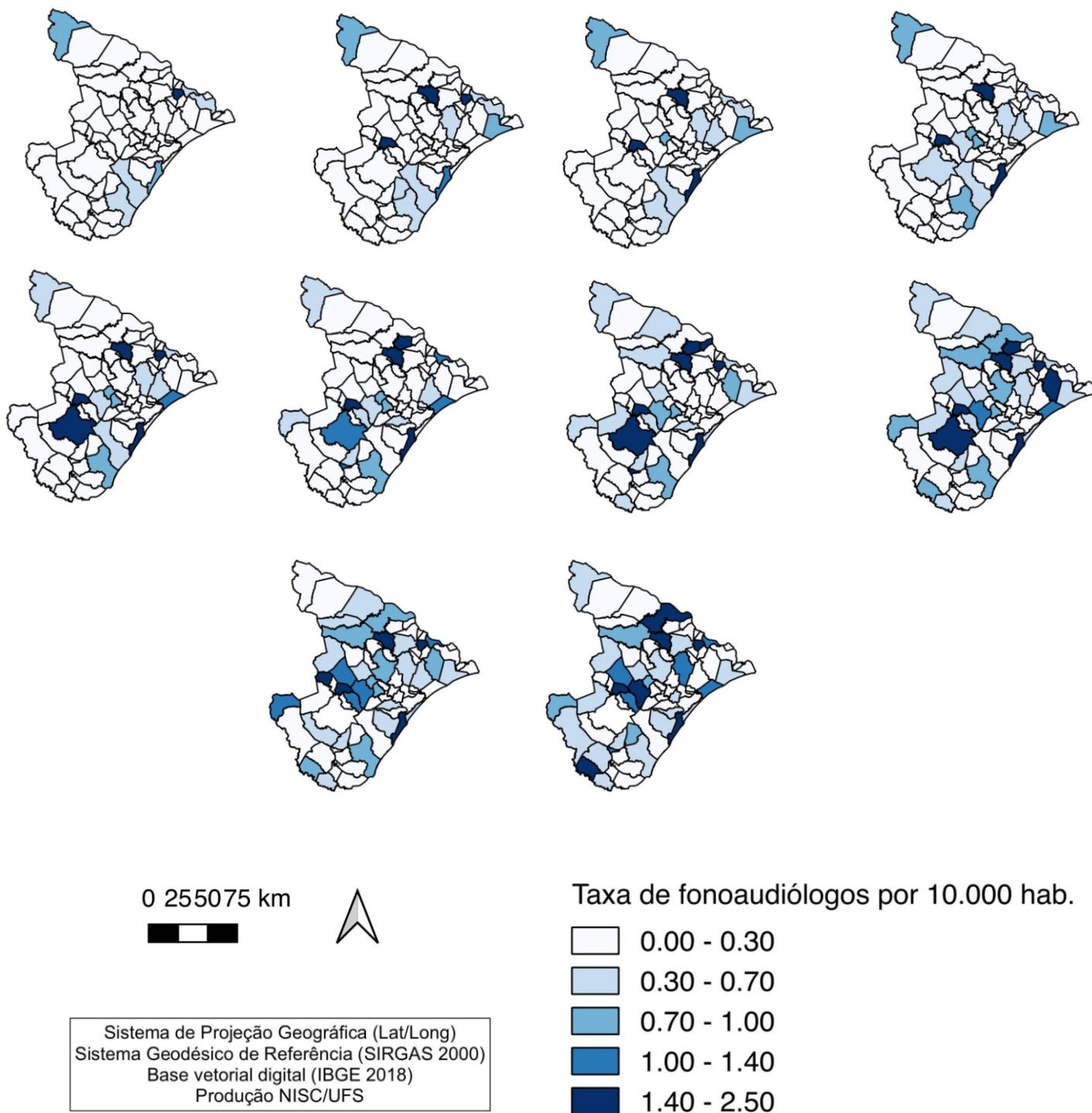
As regiões de Lagarto e Aracaju apresentaram, em 2021, mais de 01 fonoaudiólogo para cada 10.000 habitantes, em contraste com as demais regiões de saúde com menos de um profissional para o mesmo grupo de população em todos os anos investigados. No entanto, não se observou redução da oferta ao analisar os dados no último ano e no primeiro ano do período investigado.

Distribuição da oferta de procedimentos fonoaudiológicos

Na perspectiva dos procedimentos fonoaudiológicos realizados no período analisado, observou-se maior destaque para as regiões de Lagarto, Nossa Senhora do Socorro e Itabaiana, com evolução de 425,64%, 367,67% e 257,95%, respectivamente, ao utilizar as estimativas na base de 10.000 habitantes.

Verificou-se aumento acentuado na oferta dos procedimentos em todo o estado a partir de 2015, com ênfase na região de Lagarto. Em 2019, observa-se uma queda na

Figura 2 – Taxa de fonoaudiólogos por 10.000 habitantes por municípios no estado de Sergipe no período de 2012 a 2021.



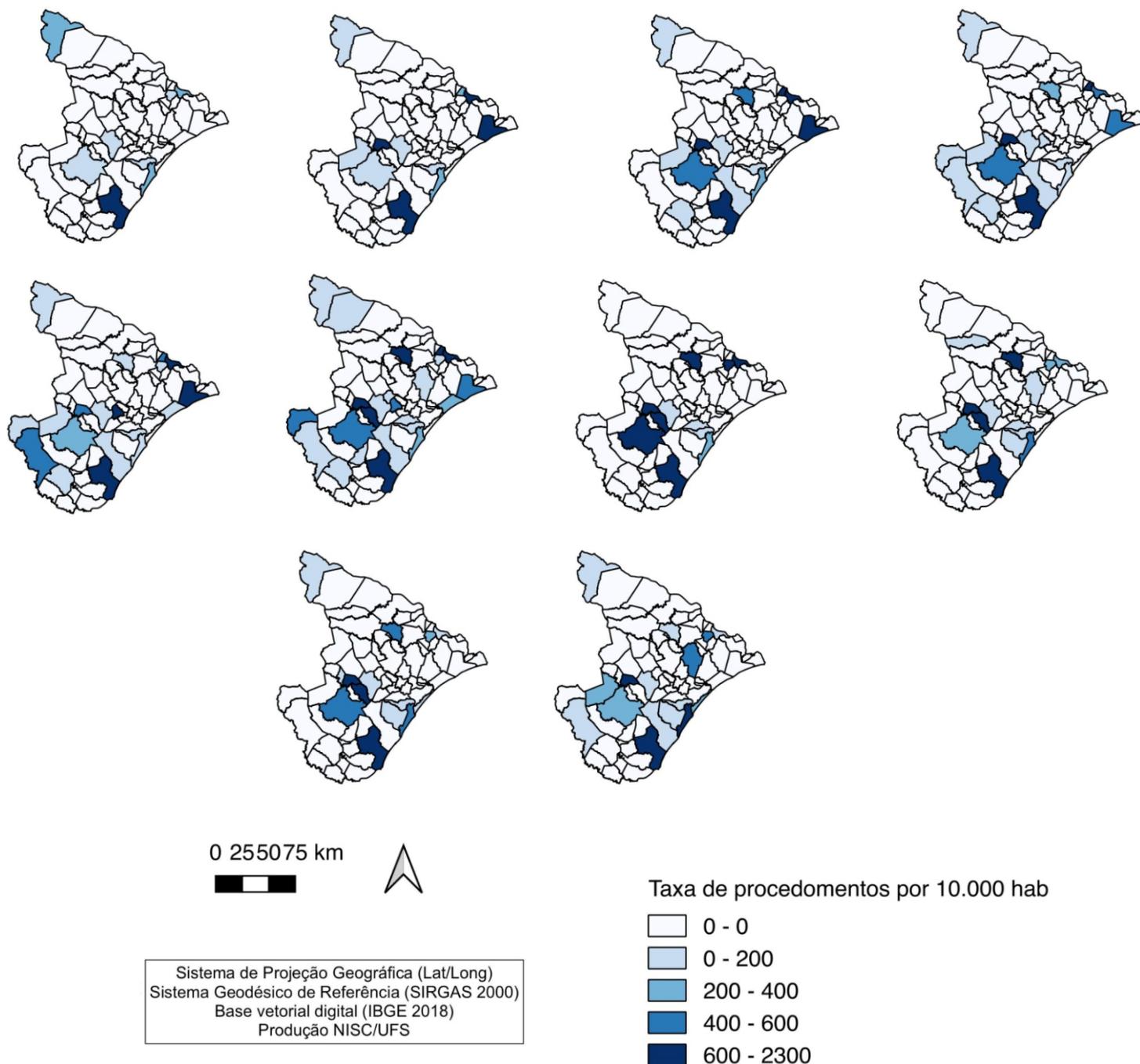
Fonte: DATASUS - SIA/SUS (2021).

realização dos procedimentos em grande parte das regiões do estado, voltando a aumentar no ano de 2021. Já em relação à região de Estância, observa-se a manuten-

ção da oferta de procedimentos em todo período investigado (figura 3).

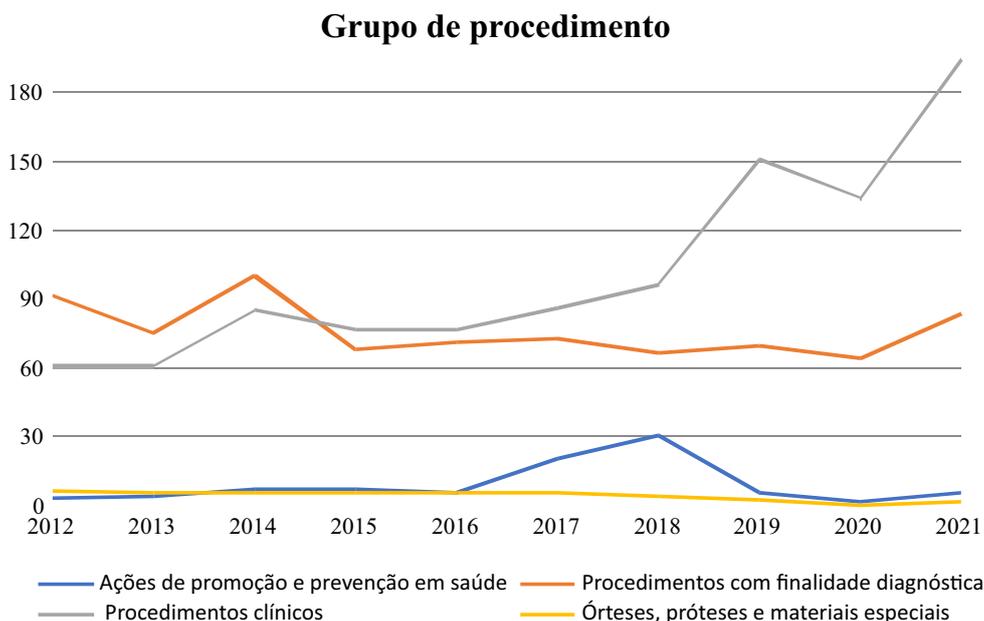
Em relação ao número total de procedimentos realizados, verifica-se maior

Figura 3 – Taxa de procedimentos por 10.000 habitantes por municípios no estado de Sergipe no período de 2012 a 2021.



Fonte: DATASUS - SIA/SUS (2021).

Gráfico 1 – Grupos de procedimentos fonoaudiológicos realizados no período de 2012 a 2021 no estado de Sergipe.



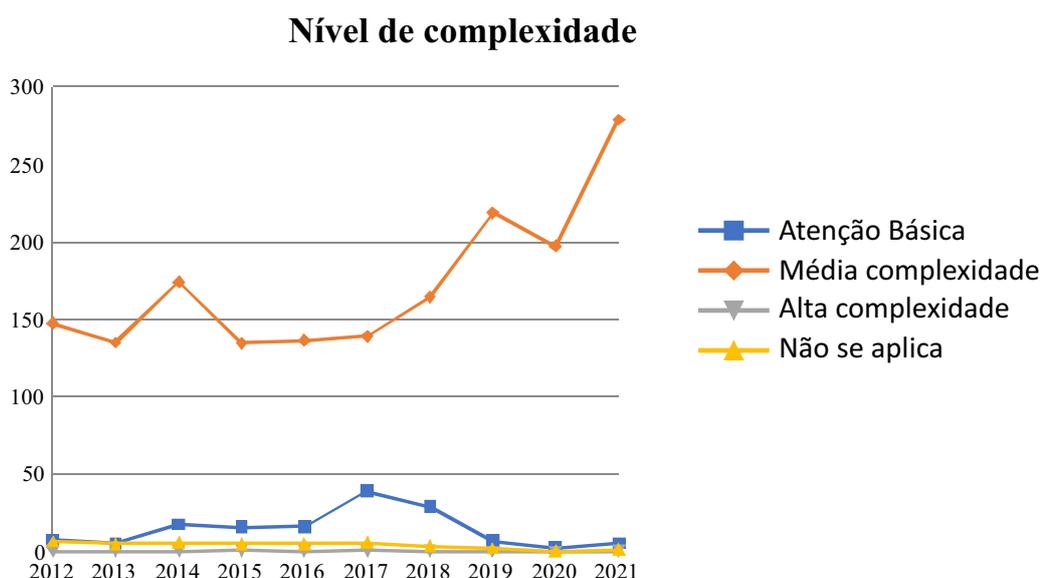
Fonte: DATASUS - SIA/SUS (2021).

quantitativo de procedimentos na região de Aracaju, onde em 2012 obteve 18.561 e, em 2021, 44.860 procedimentos registrados.

No gráfico 1, estão dispostos os resultados sobre os procedimentos fonoaudi-

ológicos referentes aos grupos de procedimentos por população residente, destacaram-se os procedimentos clínicos e procedimentos com finalidade diagnóstica, apresentando 60,62 (37%) e 91,63 (57%), respectiva-

Gráfico 2 – Nível de complexidade dos atendimentos fonoaudiológicos realizados no período de 2011 a 2021 no estado de Sergipe.



Fonte: DATASUS - SIA/SUS (2021).

mente em 2012, e 194,68 (68%) e 84,02 (29%), respectivamente em 2021. Observou-se número reduzido de ações de promoção e prevenção em saúde e adaptação de órteses, próteses e materiais especiais.

Referente ao nível de complexidade dos procedimentos realizados relacionados à população residente, observou-se destaque nos atendimentos em média complexidade, apresentando 147,63 (91%) em 2012 e 278,90 (97%) em 2021; seguido por procedimentos na atenção básica com 5,08 (5%) em 2012 e 5,31 (1%) em 2021, realizados para 10.000 habitantes. Observa-se ainda procedimentos que foram registrados como “Não se aplica” sem especificação do nível de complexidade 6,65 (4%) em 2012 e 1,53 (1%) em 2021 (gráfico 2).

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados nesse estudo demonstraram crescimento na oferta de fonoaudiólogos no Sistema Único de Saúde do Estado de Sergipe entre 2012 e 2021, evidenciando uma evolução de 239,18%. Resultado semelhante foi observado em estudo realizado no período de 2008 a 2013, que apontou o estado de Sergipe como uma das unidades federativas brasileiras com maior evolução relativa da oferta fonoaudiológica na Atenção Primária à Saúde, apresentando 799,82% de crescimento (SOUSA *et al*, 2017). Em outra pesquisa, observou-se aumento da oferta de profissionais com evolução relativa de 505,29% nos períodos de 2007 a 2016 em Sergipe (SILVA *et al*, 2021).

No entanto, evidenciam-se também grandes disparidades na oferta profissional entre as regiões de saúde no período investigado. Foi possível observar que, de modo geral, o número de profissionais está abaixo do recomendado pelo estudo realizado por Lessa *et al*. (2005), que traz a necessidade de fonoaudiólogos com estimativa sugerida para permitir a garantia do acesso universal, integral e igualitário de atendimentos fonoaudiológicos à população.

A proposta pelo estudo é descrita com 1 fonoaudiólogo/10.000hab na Atenção Básica, 1 fonoaudiólogo/50.000 hab. para a Média complexidade e 1 fonoaudiólogo/100.000hab para Alta Complexidade. Corroborando com outro estudo, no qual verificou-se que, apesar de Sergipe ter se destacado na evolução relativa da oferta de fonoaudiólogos, foi um dos estados que apresentou menor coeficiente de fonoaudiólogo no SUS com 0,90/100.000 habitantes em 2008 (SOUSA *et al*, 2017). Observou-se que somente duas regiões de saúde do estado de Sergipe apresentaram mais de 01 fonoaudiólogo/10.000hab no decorrer do período avaliado, as regiões de Aracaju e Lagarto (LESSA *et al.*, 2005).

A região de Aracaju é composta por oito municípios, dentre estes se podem destacar os dois municípios mais populosos dessa região: Aracaju e São Cristóvão, Ambos contêm *campus* da Universidade Federal de Sergipe (UFS) com oferta de cursos de graduação e pós-graduação na área de Ciências da saúde, incluindo curso de Fonoaudiologia. O campus de São Cristóvão é o mais antigo, inaugurado em 1968;

além de conter Centros Especializados em Reabilitação, Serviço de Atenção Domiciliar, CEREST, Hospitais, Maternidade, entre outros. Os achados são consistentes com estudo anterior realizado no período de 2007 a 2014, no qual, entre as capitais do Nordeste, Aracaju esteve em destaque como uma das capitais com maior oferta de profissionais em 2014, apresentando mais de quatro fonoaudiólogos/100.000hab (UFS, [2010?]; SANTOS *et. al*, 2017).

Já a região de Lagarto contém seis municípios, destacando-se o município de Lagarto o mais populoso da região, contendo um *campus* da Universidade Federal de Sergipe com oferta de cursos de graduação na área de Ciências da Saúde, incluindo curso de Fonoaudiologia, inaugurado em 2011. Ambos os polos da UFS contam com funcionamento de ambulatórios para atendimentos à população por alunos supervisionados durante o estágio. Verificou-se aumento acentuado da oferta de fonoaudiólogos a partir do ano de 2019 na região de Lagarto, podendo se correlacionar esse aumento com a inauguração e/ou funcionamento de Centro Especializado em Reabilitação III (CER III), Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), Programa Melhor em casa na região, Hospitais, entre outros (CNES, [2020?]).

É necessário considerar que os dados coletados no DATASUS não especificam os fonoaudiólogos que atuam apenas na Atenção Básica, mas de forma geral. Alguns pontos podem estar associados ao número reduzido de fonoaudiólogos no serviço público, como a recente inserção do fonoaudiólogo nos serviços de saúde e políticas

públicas, déficit na formação do profissional para atuação na Atenção Primária à Saúde (APS) e demanda reprimida para o atendimento, levando o profissional a optar por atuação clínica individual (LIPAY *et al.*, 2007).

O fonoaudiólogo atua com objetivo de promover o bem-estar do indivíduo e da sua comunidade, na prevenção, diagnóstico e tratamento nas alterações relacionadas a comunicação. Observa-se que a deficiência na oferta desse profissional provoca *déficit* na qualidade de vida da população.

Em relação aos procedimentos fonoaudiológicos, verificou-se aumento acentuado na oferta em todo o estado a partir de 2015. Essa evolução tem relação com a expansão da atuação do fonoaudiólogo nos serviços de saúde pública, assim como com a elaboração de políticas públicas e programas de saúde como Política Nacional de Saúde Auditiva, Política Nacional de Atenção Básica, Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, Centros de Especialidades em Reabilitação, Programa Saúde na Escola, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, entre outros, que favoreceram o aumento da atuação desse profissional no Sistema Único de Saúde (MIRANDA *et. al.*, 2015).

A atenção primária à saúde, também denominada Atenção Básica, corresponde à primeira porta de entrada do sistema de saúde para a rede assistencial, objetivando continuidade, integralidade e coordenação dentro do sistema na atenção à população, tendo como principal a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Com a finalidade de apoiar e aumentar a resolutividade e a abrangência das demandas dos pacientes, criou-se os

Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF) por meio da Portaria GM n.º 154, de 24 de janeiro de 2008, com realização de atendimento compartilhado, intervenções específicas e ações comuns no território (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009).

O fonoaudiólogo está entre os profissionais recomendados para compor a equipe do NASF/AB. A escolha da equipe de profissionais é de responsabilidade do gestor municipal, a partir das necessidades da população. Houve uma grande implantação dos NASF/AB pelo Brasil, apresentando 2.767 equipes atuantes em 2013, com salto para 5.221 equipes em 2017, o que indicou maior acesso à saúde para população (MELO *et al.*, 2018). Porém, observa-se que, apesar do aumento no número de equipes, ainda há um *déficit* do profissional fonoaudiólogo na APS, pois o mesmo não está presente em todas as equipes, sendo a quantidade de profissionais não compatível com a demanda (SOLEMAN *et al.*, 2015). Grande ameaça à continuidade da atenção à saúde se deu com a suspensão do financiamento das equipes pelo governo federal por meio da nota técnica n.º 3/2020-DESF/SAPS/MS, de modo que a manutenção das equipes ficou a ser definida pelos gestores municipais (BRASIL, 2020a).

A atenção básica está incluída como um dos componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, instituída pelo Ministério de Saúde mediante Portaria n.º 793 de 24 de abril de 2012, considerando a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência instituída pela Portaria n.º 1060, de 5 de junho de 2002, que objetiva a inclusão das pessoas com deficiência, em

toda a rede de atenção do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002; BRASIL, 2012).

De acordo com pesquisa pelo Censo Demográfico 2010, cerca de 24% da população Brasileira declarou ter algum grau de deficiência (45.606.048 milhões de brasileiros), sendo de grande necessidade o desenvolvimento de ações articuladas entre os setores para reabilitação, proteção e prevenção de agravos a essa população com ampliação dos serviços às pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências (IBGE, 2018).

A rede de cuidados à pessoa com deficiência tem como objetivo criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência no SUS. A rede conta com os pontos de atenção à saúde na atenção básica, especializada, hospitalar, urgência e emergência, articulados entre si com acesso regulado para garantir a integralidade do cuidado a cada ponto de atenção.

O ponto de atenção da especializada é composto principalmente pelos centros especializados em reabilitação que realizam a atenção ambulatorial especializada com diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, sendo organizado conforme o número de modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual e visual) disponível: CER II – duas modalidades; CER III – três modalidades de reabilitação; e CER IV – quatro modalidades (BRASIL, 2020b).

O instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual formulado pelo Ministério da Saúde em 2020 traz a composição da equipe multidisciplinar mínima preco-

nizada contendo fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro, professor de educação física, pedagogo e nutricionista, com foco em uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, com participação efetiva dos usuários e familiares para promoção de autonomia. Esses dados corroboram com o crescimento da oferta de fonoaudiólogos em todo estado, devido à implantação e ampliação de serviços de atenção em toda rede, como o NASF e os Centros Especializados em Reabilitação (BRASIL, 2020b).

Pode-se inferir também correlação do aumento na realização de procedimentos fonoaudiológicos ao crescimento de casos de microcefalia, com necessidade de estimulação precoce dessas crianças. Em 2015, foi decretada emergência em saúde no estado de Sergipe e, em 2016, foi publicada a Diretriz de Estimulação Precoce para Crianças de 0 a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

Nos anos de 2019 e 2020, observa-se uma queda na realização dos procedimentos em grande parte das regiões do estado, voltando a aumentar no ano de 2021. Pode ser associado ao início da pandemia da COVID-19, quando os serviços de saúde que não se enquadravam em urgência e emergência como os atendimentos presenciais de reabilitação fonoaudiológica e ações de prevenção e promoção de saúde, foram suspensos devido ao distanciamento social, o que trouxe grande impacto no acompanhamento desses pacientes com demanda (DIMER *et al.*, 2020).

Em relação ao tipo de procedimentos, os resultados trazem que os procedimentos clínicos e os procedimentos com finalidade diagnóstica tiveram destaque relacionado aos procedimentos realizados durante o período avaliado. Corroborando com esse achado, o estudo, realizado com dados de 2000, 2005 e 2010, observou destaque dos procedimentos associado aos atendimentos terapêuticos em todos os períodos analisados, apresentando 86,5%, 78,2% e 70,0% do total de procedimentos fonoaudiológicos realizados, respectivamente (MIRANDA *et al.*, 2015).

Observa-se também número diminuído de ações de promoção e prevenção em saúde e adaptação de órteses, próteses e materiais especiais. Ao analisar pesquisas anteriores (MEDEIROS *et al.*, 2009; MOLINAVEJONAS *et al.*, 2014), verificou-se que a inserção do fonoaudiólogo na saúde coletiva foi realizada de forma tardia devido ao desconhecimento das demandas fonoaudiológicas e, apesar de diversas modificações na atuação profissionais, ainda se faz necessário um modelo de formação que traga uma visão mais integral e ampla do sujeito para uma atuação de promoção e prevenção à saúde.

Há grande necessidade da atuação do fonoaudiólogo na atenção básica e no âmbito da promoção à saúde, pois promove maior resolubilidade dos casos, com atuação multiprofissional, reforçando a importância do profissional inserido nesse contexto e demonstrando a importância da atuação desse profissional nesse contexto de atenção para os outros profissionais.

Os atendimentos fonoaudiológicos na média complexidade apresentaram destaque quanto ao nível de complexidade, com 147, 63/10.000 hab. (91%) em 2012 e 278, 90/10.000 hab. (97%) em 2021, se comparados à atenção básica e alta complexidade. Corroborando com esse resultado, outros estudos demonstram maior concentração de fonoaudiólogos na Atenção Especializada (média complexidade/atenção secundária), assim como também nos setores de atenção terciária (MOREIRA *et al.*, 2009; RODES *et al.*, 2017).

Há uma desigualdade no acesso aos procedimentos fonoaudiológicos na APS, evidenciando a supervalorização da Atenção Especializada, assim como a formação de profissionais com destaque na reabilitação e atendimentos individualizados (FALCI *et al.*, 2013). Evidencia-se, então, a grande necessidade de fortalecimento da atuação do fonoaudiólogo na APS.

A pesquisa em questão utilizou dados secundários para análise, os quais apresentam grande importância para avaliação dos objetivos propostos na pesquisa, porém também apresentam limitações, pois os dados disponíveis podem nem sempre estarem completos e atualizados. A utilização desses dados permitiu a formulação de possíveis respostas aos cenários encontrados com o objetivo de estimular a realização de novos estudos que contribuam para o crescimento da oferta da Fonoaudiologia no SUS e, conseqüentemente, melhoria do acesso e atenção à saúde à população que necessita.

Observa-se presença de poucos

estudos sobre oferta da fonoaudiologia na Atenção Básica, assim como pouca clareza sobre os distúrbios relacionados ao processo de trabalho do fonoaudiólogo. Verifica-se necessidade do despertar sobre a importância desse profissional em toda a rede de atenção à saúde por meio de capacitações, levantamento das necessidades da população, entre outros. Torna-se também necessária a qualificação do fonoaudiólogo quanto à atuação no SUS e na Atenção Básica, tendo como estratégia os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, que atuam numa formação com visão multi e interdisciplinar, contribuindo para ampliação do acesso, resolutividade de demandas na atenção básica e encaminhamentos para a média complexidade quando necessário, visando uma atenção integral ao usuário (BRASIL, 2007; TAVONI *et al.*, 2022).

CONCLUSÃO

Os resultados descritos nesse estudo evidenciaram significativo crescimento da oferta da fonoaudiologia e número de procedimentos realizados no estado de Sergipe no período de 2012 a 2021. Porém, apesar desse crescimento, observou-se insuficiente oferta de fonoaudiólogos e disparidades entre os municípios, com predominância dos atendimentos clínicos e de finalidade diagnóstica na média complexidade. Verifica-se que a atenção básica é o nível que apresenta maior dificuldade na ampliação da oferta de fonoaudiólogo.

O fonoaudiólogo inserido nos serviços de saúde do SUS atua com ações de promo-

ção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de atenção à saúde, buscando promover maior resolubilidade dos casos e maior qualidade de vida dos indivíduos. No entanto, observa-se *déficit* na oferta desse profissional, revelando a necessidade da valorização da inserção e atuação do fonoaudiólogo no SUS.

Conclui-se com esse estudo a necessidade da presença de mais profissionais no sistema público de saúde, assim como da continuidade em realização de pesquisas e discussões acerca da oferta da fonoaudiologia, objetivando o reconhecimento da importância do acesso ao atendimento fonoaudiológico em toda rede para uma atenção à saúde mais eficiente, resolutiva, promovendo a integralidade do cuidado.



REFERÊNCIAS

BERNARDI, A. P. A. Fonoaudiologia na saúde coletiva: uma área em crescimento. **Rev CEFAC.**, v. 9, n. 2, 2007. Disponível em:
<https://www.redalyc.org/pdf/1693/169313370002.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2023.

BRASIL. Lei n.º 6.965 de 09 de dezembro de 1981. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo, e determina outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Presidência da República, 1981. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6965.htm. Acesso em: 24 jan. 2023.

BRASIL. **Portaria n.º 1060, de 5 de junho de 2002**. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a política nacional de saúde da pessoa portadora de deficiência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html. Acesso em: 01 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria interministerial n.º 45, de 12 de Janeiro de 2007. Dispõe sobre a residência multiprofissional em saúde e a residência em área profissional da Saúde e institui a comissão nacional de residência multiprofissional em saúde. Brasília: **Diário Oficial da União**, p. 5, 2007. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_45_2007.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Portaria n.º 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de apoio à saúde da família - NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília; DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 24 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na escola**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf. Acesso em: 03 fev. 2023.

BRASIL. **Portaria n.º 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do sistema único de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 01 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce**: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf. Acesso em: 30 de jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n.º 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Dispõe sobre núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica (NASF-AB) e programa previne

Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://craspsicologia.files.wordpress.com/2020/02/nt-nasf-ab-e-previne-brasil-1.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS**: instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual: centros especializados em reabilitação e oficinas ortopédicas. Ministério da Saúde, Brasília, 2020b. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzQ4NTE%2C>. Acesso em: 06 fev. 2023.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS EM SAÚDE (CNES). **Consulta Estabelecimento – Identificação**. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 03 fev. 2023.

CONSELHOS FEDERAL E REGIONAIS DE FONOAUDIOLOGIA (CRFa). **Contribuição da fonoaudiologia para o avanço do SUS**: 27 anos do SUS: a fonoaudiologia na conquista pela integralidade da atenção à saúde. Brasília: Conselho Federal e Regionais de Fonoaudiologiam, 2015. Disponível em: <https://www.fonoaudiologia.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Contribuicao-Fonoaudiologia-Avancao-do-Sus.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (CFF). **Fonoaudiologia nas redes de atenção**. Brasília: Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2021. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/wp-content/uploads/2021/01/CFFa_Guia_RAS.pdf. Acesso em: 25 jan. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução n.º 610, de 13 de dezembro de 2018. Aprovar o Parecer Técnico n.º 454/2018, que dispõe sobre as recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação Bacharelado em Fonoaudiologia. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 abr. 2019. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso610_Publicada.pdf. Acesso em: 25 jan. 2023.

DIMER, N. A. *et al.* Pandemia do COVID-19 e implementação de telefonaudiologia para pacientes em domicílio: relato de experiência. **CoDAS.**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 1-4, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/XSDnSgSsgb8hz4JHfct8Xpj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 de fev. 2023.

FALCI, D. M.; BELISÁRIO, S. A. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, Botucatu-SP, v. 17, n. 47, p. 885-99, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KR83XRR4M6qDnGfc5DLqw9s/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 fev. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**: nota técnica 01/2018: releitura dos dados de pessoas com deficiência no censo

demográfico 2010 à luz das recomendações do grupo de Washington. IBGE, 2018.

Disponível em:

https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf. Acesso em: 04 fev. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2020**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/se.html>. Acesso em: 27 jan. 2023.

LESSA, F. J. D.; MIRANDA, G. M. D. Fonoaudiologia e saúde pública. *In*: BRITO, A. T. B. (Org.) Livro de fonoaudiologia. São José dos Campos-SP: Pulso; 2005. p. 379-84.

LIPAY, M. S.; ALMEIDA, E. C. A fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública. **Rev. Ciênc Med.**, Campinas-SP, v. 16, n. 1, p. 31-41, jan./fev., 2007. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/541541/1073-2162-1-sm.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2023.

MARTINS, W. S.; SILVA, J. M.; SOUSA, F. O. S. Fonoaudiologia no núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: um estudo de caso sobre a caracterização da atuação na saúde vocal dos professores. **Distúrb Comun**, São Paulo, v. 34, n. 2, 2022. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/54909/39899>. Acesso em: 23 jan. 2023.

MEDEIROS, E. A.; MAIA, R. M.; CEDRO, M. O.; BARBOSA, M. L. A inserção da fonoaudiologia na estratégia saúde da família: vivências em Sobral – CE. **Ver. Políticas Públicas**, Sobral-CE, v. 8, n. 2, p. 7-15, 2009. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/14/11>. Acesso em: 03 fev. 2023.

MELO, E. A.; MIRANDA, L.; SILVA, A. M.; LIMEIRA, R. M. N. Dez anos dos núcleos de apoio à saúde da família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, p. 328-340, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SskhD8q88hvTkv3wgvvG5Tc/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 03 fev. 2023.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Assistência fonoaudiológica no SUS: a ampliação do acesso e o desafio da superação das desigualdades. **Rev CEFAC**. Recife, v. 17, n. 1, p. 71-79, fev. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/YDtjzfnwZDQT99PtHRtcy3K/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2023.

MOLINI-AVEJONAS, D. R.; ABOBOREIRA, M. S.; COUTO, M. I. V.; SAMELLI, A. G. Insertion and performance of speech-language pathology and audiology in family health support centers. **CoDAS**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 148-54, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/kZ339x8ptcygq9qLZ3GCXmD/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 03 fev. 2023.

MOREIRA, M. D.; MOTA, H. B. Os caminhos da fonoaudiologia no sistema único de saúde – SUS. **Rev. CEFAC**, v. 11, n. 3, p. 516-21, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/Y7BtfGzz53ZYgBfHQdFQfKg/?format=pdf>. Acesso em: 03 fev. 2023.

RODES, C. H. KUREBAYASHI, R.; KONDO, V. E.; LUFT, V. D.; GÓES, A. B. O acesso e o fazer da reabilitação na atenção primária à saúde. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 24, n. 1, mar. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/fp/a/XKcPn7McC5Z5FvvsbYH4WQP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 fev. 2023.

SANTOS, J. A. P.; ARCE, V. A. R.; MAGNO, L. D.; FERRITE, S. Provision of speech, language and hearing services in the public municipal healthcare network in the state capital of northeast Brazil. **Audiol Commun Res.**, Salvador, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/acr/a/MCTLMLGptnsKL5vqtBfdkfl/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 26 jan. 2023.

SILVA, R. P. M., NASCIMENTO, C. M. B.; MIRANDA, G. M. D.; SILVA, V. L. Evolução da oferta de fonoaudiólogos no SUS: um estudo sobre a correlação com os indicadores sociais no Brasil na última década. **CoDAS**, Recife, v. 33, n. 2, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/codas/a/GrKf7FqGD3xGcb9jXvFJf4y/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2023.

SILVA, P. G.; DIAS, T. A. Os desafios do direito à saúde no Brasil face a políticas de austeridades. **Essentia**, Sobral/CE, v. 23, n. 1, 2022. Disponível em:

<https://essentia.uvanet.br/index.php/ESSENTIA/article/view/480>. Acesso em: 23 jan. 2023.

SOUSA, M. F. S. NASCIMENTO, C. M. B.; SOUSA, F. O. S.; LIMA, M. L. L. T. Evolução da oferta de fonoaudiólogos no SUS e na atenção primária à saúde, no Brasil. **Rev. CEFAC**, Recife, v. 19, n. 2, p. 213-20, mar./abr. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/Mcvry4sLnF6S8GncT4S8H7L/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2023.

SOLEMAN, C.; MARTINS, C. L. The work of speech therapists under support center for family health (NASF): specificities of primary care. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 1241-53, jul./ago. 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/Z3WpKfZnT3kkGhSCHQFfCfN/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 10 fev. 2023.

TAVONI, J. R.; VIANNA, N.; FERNANDES, A. C. Panorama do acesso à fonoaudiologia com base no perfil de crianças e adolescentes encaminhados na atenção básica. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 24, n. 2, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/WmzCQzQ8w7BfjR8c3rFMKPG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE. **Portal UFS**: história: Conheça a UFS. Disponível em: <https://www.ufs.br/pagina/432>. Acesso em: 03 fev. 2023.

VIÉGAS, L. H. T.; MEIRA, T. C.; SANTOS, B. C. MISE, Y. F. Fonoaudiologia na atenção básica no Brasil: análise da oferta e estimativa do déficit, 2005-2015. **Rev. CEFAC**, Salvador, v. 20, n. 3, p. 353-362, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/XCntWPTTrfsS5xBLLsRc73Wc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 jan. 2023.



A gestão do trabalho e da educação na saúde em âmbito municipal: Esperançando um SUS melhor

^aMarcio Lemos

^bFernanda Rodrigues Santana de Goes

^cEmilly Regina Martins Freire Nardelli

^dRoniélcio Ramos Maceda

^eAna Paula dos Santos Prata

^fDuane Marcelle de Carvalho

^gAcácia Priscilla de Souza Lírio

^hAmanda Gomes dos Santos

ⁱSuzana Kelly de Oliveira Ramos

Resumo

Objetivo: Apresentar a experiência de uma Secretaria Municipal de Saúde na formulação e implantação de ações de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, dispositivos estes considerados indispensáveis para o pleno desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Relato de experiência:** Serão apresentadas ações e estratégias de aprimoramento da política de formação e desenvolvimento da força de trabalho, reconhecendo o caráter educativo do trabalho e o fortalecimento da dimensão político pedagógica da instituição, tendo como referência a estruturação da Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no município de São Cristóvão. **Resultados:** Têm-se que o fortalecimento desta diretoria e a priorização desta agenda estratégica configuram-se como possibilidade de combinações sinérgicas de conhecimentos, habilidades e atitudes expressas no fazer cotidiano, ressaltando importantes aspectos teóricos, políticos e metodológicos para a consecução de metas e objetivos institucionais. **Considerações finais:** Considera-se que na atual situação político-institucional de desafios do SUS, identifica-se a necessidade de um olhar mais elaborado para a questão da interseção entre trabalho e educação na saúde, fundamental à construção de novos modelos de atenção, gestão e constituição de sujeitos sociais comprometidos com as políticas e programas de saúde.

Palavras-chave: desenvolvimento institucional; educação na saúde; gestão do trabalho; política de saúde.

Work and health education management at the municipal level: 'Esperançando' the better SUS

Abstract

Objective: to present the experience of a Municipal Health Department in the formulation and implementation of Work and Health Education Management actions, devices considered

^a Consultor. Doutorando em Saúde Coletiva. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: marcio.eesp@gmail.com

^b Secretaria de Saúde. Especialização em Direito de Família e Políticas Sociais. Secretaria de Saúde do município de São Cristóvão, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: fernanda.santana@saocristovao.se.gov.br

^c Diretora de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Mestre em Direito Humanos. Secretaria de Saúde do município de São Cristóvão, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: regina.yllime@gmail.com

^d Coordenador da Educação na Saúde. Graduado em Saúde Coletiva. Secretaria de Saúde do município de São Cristóvão, Aracaju, Sergipe, Brasil E-mail: ronielcioramos@gmail.com

^e Coordenadora da Gestão do Trabalho. Secretaria de Saúde do município de São Cristóvão, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: daf.rhsaude.sc@gmail.com

^f Técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Especialista em Gestão de Políticas Públicas. Secretaria de Saúde do município de São Cristóvão, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: enf.duannemarcelle@gmail.com

^g Técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Mestre em Educação. Secretaria de Saúde do município de São Cristóvão, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: priscillalirio09@gmail.com

^h Técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Saúde do município de São Cristóvão, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: daf.rhsaude.sc@gmail.com

ⁱ Técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Saúde do município de São Cristóvão, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: suzankellyramos@gmail.com

Recebido: 11/08/2022

Aprovado: 31/04/2023

indispensable for the full development of the Unified Health System (SUS). **Experience report:** actions and strategies to improve the policy of training and development of the workforce will be presented, recognizing the educational character of the work and the strengthening of the pedagogical political dimension of the institution, with reference to the structuring of the Directorate of Labor Management and Health Education in the municipality of São Cristóvão. **Results:** this experience, the strengthening of this board and the prioritization of this strategic agenda was configured as a possibility of synergistic combinations of knowledge, skills and attitudes expressed in daily activities, highlighting important theoretical, political and methodological aspects for the achievement of institutional goals and objectives. **Final considerations:** it is considered that in the current political-institutional situation of challenges faced by the SUS, it is identified the need for a more elaborate look at the issue of the intersection between work and health education, fundamental to the construction of new models of care, management and constitution of social subjects committed to health policies and programs.

Keywords: institutional development; health education; work management; health policy.

INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e a formação dos trabalhadores da saúde continuam sendo uma área crítica, sendo evidenciados antigos problemas e trazendo consigo novos desafios (LEMOS; *et al.*, 2012). O debate sobre as competências na formação da força de trabalho para o SUS ocupa temática estratégica da discussão da política de saúde no Brasil há, pelo menos, 30 anos. No entanto, a qualidade do debate e da produção intelectual na área não resultou na institucionalização de ações transformadoras no setor (PIERONTONI, 2001; PINTO, 2013).

Cabe, a partir da Lei n.º 8.080 de 1990, à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios exercerem, entre outros, em seu âmbito administrativo: (a) formulação e a execução da política de formação e desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde; (b) a organização de um sistema de formação, em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação; e (c) a elaboração de programas de permanente aperfeiço-

amento de pessoal (BRASIL, 1990).

Vale destacar que as políticas públicas de saúde no Brasil, fundamentadas nas diretrizes do SUS, têm desenvolvido importante papel ao desencadear mudanças no processo de educação dos profissionais da saúde e nos mecanismos de desenvolvimento da força de trabalho. A criação no âmbito do Ministério da Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no ano de 2003, configurou-se como um marco político-institucional que possibilitou a institucionalização da política de educação na saúde e o estabelecimento de iniciativas relacionadas à reorientação da formação profissional, com ênfase na abordagem integral do processo saúde-doença, na valorização da Atenção Básica e na integração entre as Instituições de Ensino Superior (IES), serviços de saúde e comunidade, com a finalidade de propiciar o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2003).

Tal experiência promoveu avanços significativos no sentido de induzir que as

Secretarias Estaduais de Saúde assumissem maior protagonismo na formulação e desenvolvimento de ações na área, incluindo novos arranjos institucionais, mudanças em suas estruturas e organogramas, incorporação do tema na agenda estratégica, entre outros. Por outro lado, a descentralização destas ações, a partir da ampliação da capacidade dos municípios e seus sistemas locais de saúde em formular e desenvolver estratégias que apontem para eficiência e efetividade dos serviços de saúde e para melhoria da qualidade do atendimento à população, permanece sendo um grande desafio a ser enfrentado.

No tocante à estruturação da gestão do trabalho, destaca-se um implicador que é a construção histórica e cultural da operacionalização restrita da gestão de recursos humanos em saúde. Nesse sentido, a literatura apresenta necessidade de desenvolver mecanismos próprios nessa área para melhorar o seu desempenho, a exemplo das diretrizes para a elaboração de plano de cargos, carreiras e salários (PCCS) da saúde; do programa nacional de despreciação do trabalho no SUS; das mesas de negociação permanente do SUS (MNP-SUS); da qualificação da gestão do trabalho e da educação no SUS; e instituição de parcerias entre os Ministérios da Saúde, da Educação e Trabalho para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 2014, p. 7).

Dessa forma, destaca-se a estruturação da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde como importante instru-

mento de intervenção para seguir no direcionamento dado pelo Ministério da Saúde a partir da instituição da SGTES, ampliando a valorização do trabalhador e, conseqüentemente, a qualificação da oferta dos serviços de saúde.

Diante deste contexto, o presente relato busca apresentar a experiência pioneira e inovadora de uma Secretaria Municipal de Saúde no estado de Sergipe na formulação e implantação de ações de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, dispositivos estes considerados indispensáveis para o pleno desenvolvimento do SUS.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência que visa apresentar o processo de aprimoramento das ações de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde que foram desenvolvidas a partir de três estratégias principais: (1) a institucionalização de um setor formal (diretoria) no âmbito da secretaria de saúde; (2) a realização de uma análise situacional; e (3) a elaboração de um plano de ação.

A institucionalização da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde ocorreu em maio de 2022, alçando a pauta ao status de “segundo escalão”, integrando esforços de duas coordenações que passam a atuar de forma sinérgica, a partir de um planejamento estratégico, do compartilhamento de equipe e recursos e com estrutura física específica para o desenvolvimento de suas ações.

Logo na sequência, a formalização do setor. Com o apoio de uma consultoria

técnica especializada na área, foi realizada uma análise situacional, referente aos problemas, desafios, expectativas e metas. Essa atividade se propôs a avançar no alinhamento de objetivos comuns para o trabalho posterior, bem como na constituição de uma identidade grupal. Com base nas informações levantadas nas oficinas sobre os principais problemas e desafios da área, foi proposta a organização das mesmas a partir de núcleos de sentido, dispositivo que permite agrupar informações de forma articulada às etapas de formulação de estratégias para alcance de expectativas e enfrentamento de desafios.

Ainda no que se refere à análise situacional, foi realizado um movimento no sentido de identificar aspectos positivos e negativos que orientassem um plano estratégico para o desenvolvimento do projeto de apoio à estruturação da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, constituindo-se, portanto, como uma espécie de análise de viabilidade para o fortalecimento da mesma e de suas ações, entregas e produtos prioritários. Como dispositivo metodológico para esta análise foi utilizada a matriz *SWOT* (do inglês, Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats), como referência para síntese dos elementos que compõem os cenários interno e externo à diretoria.

A terceira e última etapa diz respeito à elaboração de um plano de ação, contendo diretrizes que orientem o trabalho da diretoria a partir do planejamento integrado das coordenações, da adoção de ferramentas que apoiem a organização de processos de

trabalho e da incorporação de estratégias de Desenvolvimento Institucional.

DISCUSSÃO

O conjunto de mudanças na área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito municipal, no sentido de aprimorar a capacidade técnico-política de sua diretoria de referência, resultou no desenvolvimento institucional da própria secretaria, ao articular, de forma sinérgica, conhecimentos, habilidades e atitudes expressas no fazer cotidiano, ressaltando importantes aspectos teóricos, políticos e metodológicos para a consecução de metas e objetivos.

A formalização de um setor no âmbito da secretaria de saúde, a Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde produziu resultados bastante satisfatórios no sentido de institucionalizar as ações na área. Tal movimento contemplou:

- inserção da diretoria no organograma e fluxograma da secretaria;
- identificação de entregas/metasp contidas nos instrumentos de gestão;
- definição de competências e atribuições preliminares;
- estruturação das coordenações de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde;
- definição de equipe de referência.

A realização de uma análise situacional resultou na identificação de dez (10) expectativas principais em relação ao projeto de apoio à estruturação da diretoria e o consequente aprimoramento da agenda de

Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. As informações levantadas nesta etapa permitiram a consecução de três eixos estruturantes (diretrizes) que orientam o planejamento integrado das coordenações para alcance de metas e objetivos institucionais e enfrentamento de desafios, a saber:

- alinhamento conceitual e metodológico;
- organização de processos de trabalho;
- elaboração de estratégias.

Ainda como resultado desta etapa, foi elaborada uma análise de cenário, a partir da qual foi possível identificar elementos que compõem os cenários internos (forças e fraquezas) e externos (oportunidades e ameaças) à Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, constituindo-se, portanto, como uma espécie de análise de viabilidade para o fortalecimento da mesma e de suas ações, entregas e produtos estratégicos.

A elaboração do plano de ação teve como referência os pressupostos e diretrizes do Planejamento Estratégico Situacional (MATUS, 1989). Nas etapas relacionadas ao “momento explicativo”, foi possível conhecer a situação atual, na qual foi possível identificar, priorizar e analisar problemas existentes no processo de trabalho da diretoria, de forma a considerar as diversas explicações e pontos de vista dos atores envolvidos, evitando-se priorizar uma leitura única e objetiva da realidade.

No “momento normativo”, foram elaboradas formulações para o enfrentamento dos problemas e necessidades identifica-

dos, priorizados e analisados no momento anterior, configurando-se como o momento de confecção de propostas de solução. Na etapa referente ao “momento estratégico”, foi possível analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias político-institucionais para se alcançarem os objetivos traçados. Em relação ao “momento tático operacional”, foi definido e implementado o modelo de gestão, desenvolvidos e colocados em prática os instrumentos para acompanhamento e avaliação do plano.

O SUS representa uma mudança substancial na forma como o Estado e a sociedade brasileira tradicionalmente percebiam as questões relacionadas à saúde e se organizavam para respondê-las, a partir de políticas e ações de saúde. Nesse contexto, segundo estudo de Machado (2018), analisar os desafios e perspectivas do processo de trabalho em saúde, identificando seus elementos e características, tem merecido atenção por parte dos gestores e instituições que buscam a correta adequação entre as necessidades da população usuária e seus objetivos institucionais.

Pensar em gestão do trabalho como política significa pensar estrategicamente, e pressupor a garantia de requisitos básicos para a valorização do profissional de saúde e do seu trabalho, tais como: carreira, salários, formas e vínculos de trabalho com proteção social; negociação permanente das relações de trabalho em saúde, capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, adequadas condições de trabalho, ética profissional, dentre outros. (MACHADO et al., 2015, p. 296).

A estruturação da Diretoria de Gestão

do Trabalho e da Educação na Saúde em âmbito municipal configura-se como uma estratégia de desenvolvimento institucional, entendido como um conjunto de mudanças qualitativas na organização e que se realiza processualmente, num determinado tempo e ritmo, a depender das ações e reações contextuais dentro ou no círculo de influências da instituição. Ao considerar que as instituições são formadas por sujeitos, podemos dizer que o desenvolvimento institucional se inter-relaciona ao desenvolvimento individual e coletivo.

Nesta perspectiva, a presente experiência passa a ser entendida como “projeto dinamizador” capaz de contribuir com a construção da viabilidade de uma proposta de fortalecimento e renovação das instituições, em que gestores e trabalhadores seriam os “sujeitos dinamizadores” desses processos de mudança (TESTA, 1995).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma política de formação e valorização dos trabalhadores da saúde que tenha a capacidade de dialogar e interagir com a realidade dinâmica das ações e dos serviços em âmbito municipal, estimulando a formação de perfis profissional ético-politicamente comprometidos com o SUS e a incorporação de dispositivos que engendram processos de autoanálise e implicação dos sujeitos, superando modelos instituídos e efetivando mudanças institucionais, além de desafiador, é um grande compromisso assumido por nós, o de esperar.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de políticas e programas nacionais da gestão do trabalho e da educação em saúde no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Decreto n.º 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 10 jun. Brasília, DF.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 21 jan. 2021.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

LEMOS, M.; ROCHA, M. N. D.; PEIXOTO, M.V.S. Estágio de vivência no SUS-BA: estratégia de reorientação da formação profissional em saúde. **Rev Baiana Saúde Pública**. v. 36, n. 1, p.263-9, 2012.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1971-1979, 2018.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Gestão, trabalho e educação em saúde: perspectivas teórico-metodológicas. *In*: BATISTA, T. W. F.; AZEVEDO, C. S.; MACHADO, C.V., (org.). **Políticas, planejamento e gestão em saúde**: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro. Fiocruz; 2015. Cap. 10. p. 294-321.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. *In*: Rivera, F. J. U. (org.). **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p. 105-176.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, p. 341-360, 2001.

PINTO, I. C. de M. *et al.* Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1525-1534, 2013.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.



Formação em saúde no estado de Sergipe: A contribuição do estágio supervisionado na percepção dos discentes

^a. Viviane Rocha

^b. Tais Azevedo dos Santos

^c. Marcio Lemos

Resumo

Objetivo: Buscou-se analisar o processo de formação em Enfermagem, com ênfase no Estágio Curricular Supervisionado a luz das Diretrizes Curriculares Nacionais. **Método:** Estudo de caráter exploratório e abordagem qualitativa e quantitativa a partir da aplicação de questionários e de entrevistas semiestruturadas com discentes de uma Instituição de Ensino Superior do Estado referente a percepção dos mesmos sobre as principais competências e habilidades desenvolvidas nas práticas deste estágio. **Resultados:** Na percepção dos discentes as 6 competências centrais a serem desenvolvidas durante o estágio contribuíram de forma significativa para prepará-los para o exercício profissional: Atenção à Saúde (98%); Tomada de Decisões (93%); Comunicação (92%); Gestão (90,20%); Educação Permanente (87,40%) e Liderança (86,30%). Em relação a aptidão para o desenvolvimento destas competências no mundo do trabalho identificou-se que 33% se consideram muito aptos para a competência de Comunicação, 78,6% consideram-se aptos para a competência Atenção à Saúde e 20,6% reconhecem-se pouco aptos para a competência Gestão. Nenhuma competência ultrapassou 2% de discentes que se consideram não aptos para o exercício da mesma. Dentre as principais contribuições do estágio estariam a articulação com conhecimentos prévios e a participação do preceptor, sendo que os desafios estariam relacionados a problemas relacionados a inserção nos campos de práticas e incipiente planejamento do tempo frente as atividades. **Conclusões:** Tais elementos podem contribuir para definição de políticas e programas de fortalecimento das políticas educacionais voltadas para o sistema de saúde vigente, contribuindo assim para a conformação de um perfil profissional condizente com as demandas sociais.

Palavras-chave: educação em enfermagem; educação baseada em competências; competência profissional; estágios.

Health education in the state of Sergipe: The contribution of the supervised internship in the students perception

Abstract

Objective: The aim was to analyze the nursing education process, with emphasis on the Supervised Curricular Internship in the light of the National Curriculum Guidelines. **Method:** An exploratory study with a qualitative and quantitative approach based on the application of questionnaires and semi-structured interviews with students from a State Higher Education Institution regarding their perception of the main competences and skills developed in the practices of this internship. **Results:** In the perception of the students, the 6 core competencies to be developed during the internship contributed significantly to prepare them for professional practice: Health Care (98%); Decision Making (93%); Communication (92%); Management

^a. Pós-graduada em Enfermagem Dermatológica. Universidade Tiradentes UNIT. Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: vivianerocha_@outlook.com

^b. Graduação em Enfermagem. Universidade Tiradentes UNIT. Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: azevedo_tais@hotmail.com

^c. Consultor. Doutorando em Saúde Coletiva. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: marcio.eesp@gmail.com

Recebido: 30/07/2022 Aprovado: 20/04/2023

(90.20%); Permanent Education (87.40%) and Leadership (86.30%). Regarding the aptitude for the development of these competences in the world of work, it was identified that 33% considered themselves very apt for the Communication competency, 78.6% considered themselves apt for the Health Care competence and 20.6% recognized themselves if not fit for the Management competency. No competence exceeded 2% of students who consider themselves unfit to exercise the same. Among the main contributions of the internship would be the articulation with previous knowledge and the participation of the preceptor, and the challenges would be related to problems related to the insertion in the fields of practices and incipient time planning in relation to the activities. **Conclusions:** Elements can contribute to the definition of policies and programs to strengthen educational policies aimed at the current health system, thus contributing Such to the formation of a professional profile consistent with social demands.

Keywords: nursing education; competency based education; professional competence; stages.

INTRODUÇÃO

A formação de profissionais no âmbito da saúde continua sendo um processo crítico no Brasil. A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foram diagnosticados diversos problemas que refletem até hoje no processo de formação dos trabalhadores em saúde (LEMOS, 2012). Desde 1988 vêm sendo discutido qual seria o perfil profissional compatível com a realidade do país, destacando que o processo de formação em saúde deveria ser pautado na construção de competências e habilidades voltadas para as necessidades do sistema de saúde. No entanto, tais discussões não se traduziram em mudanças concretas dentro do setor da saúde (WINTER *et al.*, 2016).

Nesse sentido, a mudança no paradigma da saúde no Brasil evidenciou a necessidade de transformação no perfil dos trabalhadores em saúde, por meio da criação de estratégias e implementação de ações que articulassem de forma efetiva os setores da educação e saúde. No país, a área da Educa-

ção em Enfermagem vem passando por inúmeras transformações na tentativa de contribuir para formação de um perfil adequado às necessidades de saúde da população e referendado na produção de conhecimentos inovadores e de utilidade para a sociedade.

A necessidade de criação de um projeto de influência significativa no processo de formação nas profissões de saúde, vem se acumulando há muitos anos. Em várias carreiras, como na Enfermagem, constituíram-se movimentos organizados em busca da produção de melhores caminhos e estratégias para a inovação na organização dos cursos, o que culminou na elaboração das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (BRASIL, 2001).

Como central, a nova proposta buscava situar a formação dos profissionais de saúde como um projeto educativo que extrapola a educação para além do domínio técnico-científico da profissão e se estende pelos aspectos estruturantes de relações e

de práticas mais comprometidas e resolutivas. Nesse sentido as principais competências, gerais e específicas, para a área da Enfermagem seriam alcançadas através de metodologias ativas, com a formação de um perfil crítico e reflexivo, tendo o aluno como sujeito protagonista de sua aprendizagem, sendo o mesmo capaz de “aprender a aprender”, e tendo cursos voltados para ampliação e diversificação dos cenários de aprendizagem (BRASIL, 2001).

Estudos após a aprovação das DCN apontam que o objetivo das mudanças seria o de obter um padrão de qualidade compatível com as exigências do mundo contemporâneo e com o desenvolvimento científico, tecnológico e inovador da área, incorporando os avanços pedagógicos. Tais desafios envolveriam também propiciar aos discentes a capacidade de “aprender a aprender”, de trabalhar em equipe e de comunicar-se (AMÂNCIO FILHO, 2004). Envolveria o desenvolvimento de atividades com grau de relevância, com características interdisciplinares, visando sempre a capacidade de contribuir para a solução de problemas nacionais e para a formação de indivíduos criativos, críticos, empreendedores e, sobretudo, cidadãos comprometidos com a ética da causa pública.

Por sua vez a formação do enfermeiro para o mercado de trabalho não pode ser marcada somente por aspectos teóricos, sendo fundamental que o mesmo enquanto discente conheça seu espaço de atuação e experimente na prática os fundamentos da prática profissional (EVANGELISTA *et al.*, 2014). Tal reflexão encontra respaldo na

Resolução CNE/CES nº 3, de 2001, que estabelece a inclusão de forma obrigatória na grade curricular dos cursos de graduação em Enfermagem o Estágio Curricular Supervisionado (ECS), nos dois últimos períodos do curso. O intuito do mesmo seria o de contribuir com a expansão do conhecimento do discente e desenvolver competências como autonomia, liderança e comunicação efetiva (BRASIL, 2001).

Trata-se de uma modalidade de ensino relativamente nova nos cursos da saúde, implantada oficialmente na graduação em Enfermagem por meio da Resolução nº 3/2001 das Diretrizes Curriculares Nacionais (CONDE *et al.*, 2016). O ECS é, portanto, um instrumento importante e necessário para formação dos profissionais de Enfermagem, no qual desenvolvem habilidades profissionais e aperfeiçoam as técnicas e procedimentos realizados constantemente no exercício da profissão. O período de experiência em campo tem como função consolidar o aprendizado teórico/prático para formar profissionais cada vez mais capacitados e preparados para enfrentar o mercado de trabalho (DIAS *et al.*, 2014).

No sentido de atender as exigências legais e contribuir com sua missão social, os cursos de graduação em Enfermagem vem passando por inúmeras mudanças caracterizadas, entre outros, pela introdução de inovações metodológicas e pela busca de novos cenários de práticas que permitam transformar as relações de ensino-aprendizagem. Por outro lado, a expansão acentuada do ensino superior na área da Enfermagem e as assertivas constitucionais

sobre o perfil de egresso e as competências essenciais para a mesma exigem que sejam produzidas evidências científicas relacionadas a qualidade desta oferta (SANTOS; ROCHA, 2019).

Analisar elementos fundantes do ECS na graduação pode ser útil para o planejamento e ordenamento da formação dos Enfermeiros em Sergipe e no Brasil, contribuindo para definição de políticas e programas de fortalecimento das políticas públicas de saúde, uma vez que o estágio supervisionado é uma ferramenta de aproximação entre a academia e os serviços, possibilitando emprego de conhecimentos, competências e atitudes profissionais apreendidos pelo estudante (ESTEVES, 2010).

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada através de um estudo de caráter exploratório e abordagem qualitativa e quantitativa, no intuito de analisar o processo de formação em Enfermagem, com ênfase no Estágio Curricular Supervisionado. A abordagem quantitativa permitiu mensurar de forma objetiva alguns elementos relevantes da análise (DEMO, 2013). Por outro lado, a dimensão qualitativa permitiu descrever características do fenômeno contribuindo para compreensão de razões, motivações e elaboração de hipóteses (FERNANDES *et al.*, 2018). Valorizou-se, portanto, nesta dimensão aspectos subjetivos do referido processo educativo (KNECHTEL, 2014).

O cenário da pesquisa foi uma Instituição de Ensino Superior (IES) Privada do

estado de Sergipe, sendo ela considerada referência para o curso de Enfermagem, destacando-se pela sua infraestrutura, instalações modernas e alto nível de qualificação do corpo docente. Os sujeitos da pesquisa foram 110 discentes matriculados no 10º período, dos turnos manhã/tarde e tarde/noite, que cursaram no mínimo 60% (564 horas) da carga total do Estágio.

O momento empírico da pesquisa contemplou inicialmente a aplicação do questionário, contendo questões sobre as principais competências e habilidades desenvolvidas pelos discentes no Estágio Curricular Supervisionado e posteriormente a realização de entrevistas semiestruturadas com roteiro de perguntas, contendo perguntas subjetivas sobre a percepção dos discentes quanto as experiências no processo formativo.

O questionário foi elaborado a partir do instrumento utilizado no estudo de Esteves(2010) que teve como objetivo identificar as principais competências e habilidades desenvolvidas pelos discentes no ECS em uma IES. Os dados coletados foram organizados em planilhas, tabulados via Programa Microsoft Excel®, analisados por meio de estatística descritiva utilizando-se o software SPSS versão 23. As entrevistas por sua vez, foram realizadas de forma individual, gravadas e transcritas, respeitando a privacidade do sujeito da pesquisa, totalizando 23 participantes.

Após realizadas as transcrições das mesmas, realizou-se um processo de leitura e releitura do material, identificando-se repetições das unidades de registros presen-

tes no conteúdo das mensagens (BARDIN, 1977). Após tratamento do material foram organizados os resultados e realizadas inferências e interpretações a partir de evidências científicas.

O referido estudo foi aprovado no Comitê de Ética de Pesquisa (CAE: 96017718.3.0000.5371) conforme recomenda a resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Perfil dos Discentes

Destaca-se que o perfil dos participantes que responderam os questionários, quanto ao sexo, é de predominância feminina (85,4%), confirmando que a Enfermagem continua sendo uma profissão desempenhada majoritariamente por mulheres (VALADARES *et al.*, 2014). Os discentes em

Tabela 1 – Faixa etária dos discentes.

Idade	Porcentagem por faixa etária
20 a 24 anos	61,4%
24 a 29 anos	27,7%
30 a 34 anos	5,9%
34 a 39 anos	5,0%

Fonte: Elaboração própria (2022).

sua maioria concluíram o ensino médio em instituições de ensino privadas (56,6%) e no decorrer da graduação apresentaram um percentual baixo de participação em atividades como monitoria (17,5%) e estágio extra-curricular (29,1%), tendo maior envolvimento em projetos de extensão (39,8%). Quanto a idade, a faixa etária mais predominante corresponde ao grupo de 20 a 24 anos (61,4%), seguida do grupo de 24 a 29 anos (27,7%), conforme pode ser observado na Tabela 1.

O Desenvolvimento de Competências a partir do Estágio Curricular Supervisionado

O ECS permite ao discente a oportunidade de se autodescobrir como Enfermeiro e ampliar as oportunidades de desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências essenciais para o seu processo de formação. De acordo com as DCN's para os cursos de graduação em enfermagem, são 06 competências centrais a serem desenvolvidas durante o curso: Atenção à Saúde; Tomada de Decisões; Comunicação; Liderança; Gestão e Educação Permanente (SANTOS; ROCHA, 2019).

Atenção à Saúde

Identificou-se que 98% dos discentes afirmaram que o ECS colaborou de forma satisfatória para o desenvolvimento da competência atenção à saúde.

Esta competência pode ser definida como a organização estratégica do sistema e

da assistência de saúde em resposta às necessidades reais da população. Se faz presente em políticas, programas e movimentos de serviços a saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. O termo atenção à saúde instiga projetos no campo da assistência à saúde, dentro de processos culturais, históricos e políticos, para que as ações e serviços tornem-se de fato objetos e objetivos atingíveis por todos que os executam (BAPTISTA, 2005). Segundo as DCN, o Enfermeiro, no exercício de sua profissão deve estar apto e capacitado a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação a saúde, em nível individual e/ou coletivo e desta forma, ser capaz de pensar criticamente, analisar e propor mudanças no serviço (BRASIL, 2001).

Tomada de Decisão

Identificou-se que 93% dos discentes afirmaram que o ECS colaborou de forma satisfatória para o desenvolvimento da competência tomada de decisão.

O trabalho do Enfermeiro deve estar fundamentado na competência de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de materiais e insumos, de procedimentos e ato prático. Para obtenção dessa capacidade, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, norteadas por evidência científica (BRASIL, 2001). A tomada de decisão é um processo essencial no cotidiano de trabalho do Enfermeiro, no que se refere às ações de cuidado, de organi-

zação e gerenciamento (HAYASHIDA *et al.*, 2014).

Comunicação

Identificou-se que 92% dos discentes afirmaram que o ECS colaborou de forma satisfatória para o desenvolvimento da competência comunicação. A comunicação é importante para o desenvolvimento de coordenação de atividades grupais, o qual antecede o processo de liderança, proporcionando ao enfermeiro transferir, receber informações, conhecimentos, organizar seu serviço e explicar seus objetivos junto à sua equipe (CASAROTTO *et al.*, 2014).

Segundo as DCN, os profissionais de Enfermagem devem ser pessoas acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. O ato de se comunicar envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação (BRASIL, 2001).

Liderança

Identificou-se que 86,30% dos discentes afirmaram que o ECS colaborou de forma satisfatória para o desenvolvimento da competência **Liderança**. No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança

envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz (BRASIL, 2001).

Estudos anteriores discutem esta questão ao afirmar que o ato de liderar é algo inerente da profissão, mas que por outro lado o processo de formação desses profissionais hegemonicamente continua sendo pautado no aprimoramento técnico para execução de procedimentos, não privilegiando esta competência de forma central (KNOP *et al.*, 2017).

Gestão

Identificou-se que 90,20% dos discentes afirmaram que o ECS colaborou de forma satisfatória para o desenvolvimento da competência *Gestão*.

Segundo as DCN, os Enfermeiros devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto quanto dos recursos físicos e materiais, e de informação, da mesma maneira que devem ser capacitados a serem empreendedores, gestores, empregadores ou líderes de suas equipes (BRASIL, 2001). As competências gerenciais dos Enfermeiros se dão através da formação na graduação e de forma contínua nos serviços, uma vez que surgem novos padrões de gerência, decorrentes das transformações ocorridas no mundo do trabalho (SADE *et al.*, 2014).

Educação Permanente

Identificou-se que 87,40% dos discentes

afirmaram que o ECS colaborou de forma satisfatória para o desenvolvimento da competência educação permanente.

O profissional Enfermeiro deve aprender a aprender, ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre futuros profissionais e os profissionais dos serviços. Desta forma, devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática (BRASIL, 2001).

A educação permanente tem servido como espaço para pensar e executar a formação e o desenvolvimento pessoal, profissional e das equipes de saúde, visando trabalhar elementos que conferem a integralidade da atenção à saúde. Constitui-se, portanto, em uma das alternativas de mudanças no espaço de trabalho (CHODELLI *et al.*, 2014).

Aptidão para o Desenvolvimento de Competências no Exercício Profissional

Referente a este aspecto foi questionado aos discentes a respeito do sentimento de aptidão no exercício profissional de cada uma das seis competências citadas nesse estudo. Em relação a aptidão para o desenvolvimento destas competências no mundo do trabalho, identificou-se que 33% se consideram muito aptos para a competência de comunicação, 78,6% consideram-se aptos para a competência Atenção à Saúde e 20,6% reconhecem-se pouco aptos para a competência da Gestão. Nenhuma compe-

tência ultrapassou 2% de discentes que se consideram não aptos para o exercício da mesma, como pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2 – Percentual de aptidão para execução das competências após a graduação.

Competências	Muito Apto	Apto	Pouco Apto	Nada Apto
Atenção à Saúde	14,6%	78,6%	6,8%	-
Tomada de Decisões	13,6%	68,0%	17,5%	1,0%
Comunicação	33,0%	61,2%	5,8%	-
Liderança	24,5%	61,8%	13,7%	-
Gestão	13,7%	64,7%	20,6%	1,0%
Educação Permanente	19,4%	63,1%	15,5%	1,9%

Fonte: Elaborado pelos autores (2022)

Avanços e desafios do Estágio Curricular Supervisionado

Nesta etapa serão apresentados dados relacionados a percepção dos discentes quanto a experiência no ECS.

Ao serem questionados quanto aos fatores que facilitam o desenvolvimento de suas atividades, os discentes relataram a importância da mobilização de conhecimentos adquiridos durante a graduação frente a necessidade de aplicação de conhecimentos técnicos e científicos, o que pode ser evidenciado nas falas abaixo:

[...] quando seu campo de estágio você tem restrições, você tem limitações [...] (D09).

É as vezes é a instituição e alguns profissionais não abre espaço para que a gente possa desenvolver [...] (D13).

Muitas vezes o campo [...] que acaba dificultando muitas vezes as nossas habilidades sejam desenvolvidas [...] (D18).

Eu acho que quando o paciente não quer ser atendido, por ser estudante, quando a equipe não entende que você está ali para ajudar, pra aprender [...] (D21).

O ESC ao permitir aos discentes a vivência das realidades de saúde da população em que vive e com o universo de trabalho, consolidaria assim os conhecimentos adquiridos durante o curso, através da relação teoria/prática. Estudos apontam que o ECS não se limita ao contato do estudante com o contexto profissional, mas também de um aspecto relevante na formação do indivíduo em que acontece a transformação de subjetividades, despertando no discente a identidade profissional (MARRANE *et al.*, 2015).

Por outro lado, o profissional que desenvolve a função de supervisor/preceptor de ECS de Enfermagem possui um papel importante durante essa etapa, podendo influenciar de forma positiva ou negativa. Além da articulação teoria e prática, a participação do preceptor no processo de aprendizagem foi outro ponto positivo na percepção dos estudantes.

[...] minha preceptora também ajudou bastante, que ela é bastante compreensiva [...] (D03).

A dinâmica do preceptor, eu acho que é um dos fatos fundamentais pra desenvoltura [...] (D09).

É a autonomia que os preceptores dão durante o estágio [...] (D13).

Vale destacar que a supervisão proporciona reflexões sobre aspectos gerenciais, fazendo o discente repensar seu papel de forma crítico-reflexiva e contribuindo para a melhoria do processo ensino aprendizagem (RIGOBELLO *et al.*, 2015).

Por outro lado, foram identificadas algumas dificuldades para o desenvolvimento das atividades no ECS, que podem de alguma forma contribuir de forma negativa para o alcance das competências essenciais na formação do enfermeiro. A resistência por parte dos profissionais de saúde de algumas unidades de saúde, por exemplo, foi vivenciada por parte dos discentes:

[...] às vezes a instituição e alguns profissionais não abre espaço para que a gente possa desenvolver as ações [...] (D13).

[...] a postura de alguns profissionais que acaba dificultando muitas vezes que as nossas habilidades sejam desenvolvidas [...] (D18).

[...] eu acho que a equipe não entende que você está ali para ajudar e pra aprender [...] (D21).

Mesmo diante destas dificuldades a vivência no sistema de saúde contribuiria para o desenvolvimento de competências, se o cotidiano de trabalho for analisado de forma crítica e servir como um princípio educativo, no qual as possíveis “falhas” dos profissionais serviriam de modelo a ser superado. Assim o ECS viabilizaria aos discentes o aprimoramento da prática e do relacionamento interpessoal, visto que a colaboração e a comunicação são essenciais para uma boa relação no ambiente de trabalho e propiciam uma assistência mais humanizada, em que o compreender e respeitar o colega de profissão reflete de maneira positiva no cuidado

prestado aos pacientes (BERGAMIM *et al.*, 2013).

Outro aspecto relevante que pode dificultar o desenvolvimento de certas competências diz respeito a dificuldade dos discentes no planejamento e execução das atividades que envolvem, entre outras, demandas à realização de relatórios e planos de gestão:

Minha falta de organização e planejamento, em relação às datas [...] (D07).

Com certeza o excesso de tarefas, né, como lista de frequência que tem que ser manual, como a questão da quantidade de registros dos processos ao dia, a questão burocrática em si [...] (D17).

Outros fatores relatados com menor frequência dizem respeito a insegurança para vivenciar alguns campos de práticas do estágio e as dificuldades de lidar com as questões administrativas e de fluxos dentro das unidades.

Atuação Profissional

Em relação a atuação profissional após a graduação, os discentes afirmam estar preparados. Entretanto, após cumprirem quase todas as etapas de formação nos aspectos teóricos e científicos, os sentimentos de medo e insegurança estiveram presentes:

“Preparada sim, mas assim em alguns pontos acho que ainda um pouco insegura, mas não de exercer a técnica e alguns procedimentos, mas assim de conseguir liderar equipe [...]” (D01).

“Sim e não ao mesmo tempo. Sim porque eu acredito que em cinco anos de graduação, a gente aprende e adquire muito conhecimento, e não, pelo fato de nunca ter, vamos dizer assim, nunca ter vivenciado o que é ser enfermeiro sozinho [...]” (D02).

“Eu me sinto preparada, mas as vezes a

gente fica com medo, não cem por cento, a gente sempre fica com medo do que vai acontecer depois que sair daqui” (D10)

“É não sei, não aqui a gente trabalha estudante, também está muito acompanhado também com os professores, então a gente sempre tem um professor pra tirar uma dúvida, não sei como vai ser quando sair daqui [...]” (D13).

“[...] me sinto apta a atuar, lógico que não cem por cento né, a gente tem dúvidas, mas a questão liderança em si eu consegui desenvolver bastante [...]” (D17).

A finalização da graduação é um momento muito importante na vida do estudante de Enfermagem e, do mesmo modo que esse momento é prazeroso, ele traz consigo demandas de conhecimentos e aquisição de competências necessárias ao exercício profissional, ansiedade por ser responsável pelo cuidado de vidas humanas, inseguranças relativas ao mercado de trabalho e ao futuro profissional (COLOMBO *et al.*, 2014).

Desta forma, com atividades dinâmicas no ECS, demandam ajustes e mudanças que tragam ganho real para o graduando e para a instituição assistencial, para a melhoria da qualidade da assistência em Enfermagem, numa perspectiva que contemple o indivíduo na sua totalidade, com a necessidade de recuperar o significado desta experiência para as pessoas envolvidas (TREVISSAN *et al.*, 2013).

CONCLUSÃO

A finalidade do presente estudo foi identificar as principais competências e habilidades desenvolvidas pelos discentes na experiência do Estágio Curricular Supervisionado, bem como a percepção dos

mesmos quanto ao processo educativo vivenciado.

Diante dos dados analisados, ficou evidente que a vivência no cenário pré-profissionalizante possibilitou aos discentes a oportunidade de autodescobrimento como enfermeiro, por meio do desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências e habilidades essenciais para o exercício de sua futura profissão. Dessa forma, foi possível concluir que o ECS contribuiu de forma satisfatória para o processo de formação dos discentes que participaram do presente estudo. Destaca-se, entretanto, a necessidade, por parte das Instituições de Ensino Superior em Enfermagem, da permanente implementação de novos métodos que estimulem de forma efetiva o desenvolvimento destas competências, dada a dinâmica de modificação do processo de trabalho em saúde.

A expansão acentuada do ensino superior na área da Enfermagem e as assertivas constitucionais sobre o perfil de egresso e as competências essenciais para a mesma exigem que sejam produzidas evidências científicas relacionadas à qualidade desta oferta. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir com o surgimento de rodas de conversas e debates a respeito da Educação em Enfermagem e adequações nos planos pedagógicos das Instituições de Ensino Superior em saúde, para criação de currículos de graduação com maior interação entre ensino-serviço.



REFERÊNCIAS

AMÂNCIO-FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface Comum Saúde Educ.**, v. 8, n. 15, p. 375-80, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao sistema único de saúde e o que esperamos dele. *In*. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BERGAMIM, M. D; PRADO, C. Problematização do trabalho em equipe em enfermagem: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 134-7, jan./fev., 2013.

BRASIL. **Parecer CNE/CES nº.1133, de 07 de agosto de 2001**. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Diário Oficial da União, 03 out, 2001.

CASAROTTO, M. E. B; POLI, G. Competências necessárias ao enfermeiro e o processo de formação. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 6, n. 3, p. 25-44, 2014.

CHIODELLI, N; LENISE, M. P. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 2, 2014.

COLOMBO, T. F; CAMBIRIBA, A. F. F; FONTES, K. B. Percepções de egressos de enfermagem frente a inserção no mercado de trabalho. **Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 18, n. 1, p. 27-32, jan./abr., 2014

CONDE, E. P; SÁ, F. J. R. A. O pedagógico na evolução histórica legal do estágio supervisionado. **Espaço Currículo**, v. 9, n. 2, p. 349-358, 2016.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. Atlas. São Paulo, 2013.

DIAS, E. P; STUTZ, B. L; RESENDE, T. C. Expectativas de alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em instituições de saúde. **Rev. Psicopedagogia** v. 31, n. 94, p. 44-55, 2014.

ESTEVES, L. S. F. **Estágio curricular supervisionado**: possíveis contribuições para o desenvolvimento de competências do profissional enfermeiro. 2010. Tese (Mestrado em Educação) - Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, 2010.

EVANGELISTA, D. L; IVO, O. P. Contribuições do estágio supervisionado para a formação do profissional de enfermagem. Expectativas e desafios. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 3, n. 2, p. 123-130, dez., 2014.

FERNANDES, A. M; BRUCHÊZ, A; D'ÁVILA, A. A. F; CASTILHOS, N. C. Metodologia de pesquisa de dissertações sobre inovação: análise bibliométrica. **Desafio Online**, v.6, n.1, p.141-159, jan./abr., 2018.

HAYASHIDA, K. Y; BERNARDES, A; MAZIERO, V. G; GABRIEL, C. S. A tomada de decisão da equipe de enfermagem após revitalização do modelo compartilhado de gestão. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 286-93, 2014.

KNECHTEL, M. R. Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada. **Intersaberes**. Curitiba, 2014.

KNOP, A. L. K; GAMA, B. M. B. M; SANHUDO, N. F. Acadêmicos de enfermagem e o desenvolvimento da Liderança: desafios enfrentados no estágio curricular. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 7: e1378, 2017.

LEMOS, M. Desafios da formação em saúde: a implantação das diretrizes curriculares nacionais. **Novas edições acadêmicas**, 2012.

MARRAN, A. L; LIMA, P. G; BAGNATO, M. H. S. As políticas educacionais e o estágio curricular supervisionado no curso de graduação em enfermagem. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.89-108, jan./abr., 2015.

RIGOBELLO, J. L; BERNARDES, A; MOURA, A. A; ZANETTI, A. C. B; SPIRI, W.C; GABRIEL, C. S. Estágio curricular supervisionado e o desenvolvimento das competências gerenciais: a visão de egressos, graduandos e docentes. **Rev Esc Anna Nery**, 2018.

SADE, P. M. C; PERES, A. M; WOLFF, L. D. G. A. formação das competências gerenciais do enfermeiro: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE**, b. 8, n. 6, p. 1739-1745, 2014.

SANTOS, T. A; ROCHA, V. S. Educação em enfermagem no estado de Sergipe: análise do estágio curricular supervisionado. **Universidade Tiradentes**, 2019.

TREVISAN, D. D; MINZON, D. T; TESTI, C. V; RAMOS, N. A; CARMONA, E. V; SILVA, E. M. Formação de enfermeiros: distanciamento entre a graduação e a prática profissional. **Cienc Cuid Saude**, v. 12, n. 2, p. 331-337, abr./jun., 2013.

WINTER, J. R. F; PRADO, M. L; HEIDEMANN, I. V. S. B. A formação em enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde: percepção dos formandos. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 248-253, 2016.

VALADARES, A. F. M; MAGRO, M. C. S. Opinião dos estudantes de enfermagem sobre a simulação realística e o estágio curricular em cenário hospitalar. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n.2, p. 138-43, 2014.





Aracaju, 2023.

Acesse todo o conteúdo da
Revista Sergipana de Saúde Pública



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO