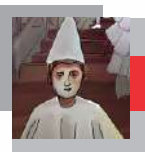




REVISTA
SERGIPANA
DE SAÚDE PÚBLICA





PARAFUSOS
Manifestação cultural de
Lagarto/SE.



REVISTA
SERGIPANA
DE SAÚDE PÚBLICA

Vol.2, nº 02, fluxo contínuo. 2023.



REVISTA
SERGIPANA
DE SAÚDE PÚBLICA

VOLUME 2, NÚMERO 2 | FLUXO CONTÍNUO 2023 | PUBLICAÇÃO FUNESA

EQUIPE EDITORIAL

COMITÊ EDITORIAL

Editora-chefe

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

Editora Executiva

Daniele Carvalho Castro ESP/FUNESA
(2022 a 2023)

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

Vinicius Vilela Dias

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

Carla Valdete Santos Cardoso

Diretor Administrativo e Financeiro

Vítor Luis Freire de Souza

Diretor Operacional

Caique da Silva Costa

Coordenação de Gestão Editorial

Dagna Patrícia de Souza Rodrigues Reis

Capa, Projeto Gráfico

Fernando de Jesus Caldas

Diagramação

Mário Cesar Fiscina Júnior

Revisão Ortográfica/Textual

Fabiana dos Santos

Normalização Bibliográfica

Laurides Batista Cruz

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

Semestral

ISSN: 2965-4327

1. Saúde Pública – Sergipe – Periódico

CDU: 614(813.7)(05)

Elaborada por Laurides Batista Cruz CRB 5/1424

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 fluxo contínuo

EDITORA FUNESA

Elaboração, distribuição e informações:

Travessa Manoel Aguiar Menezes, 49 - Getúlio Vargas.

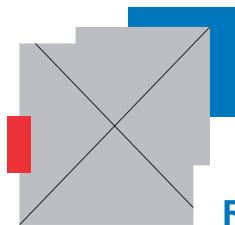
CEP 49055-750 - Aracaju, SE - Brasil

INDEXAÇÃO:

Periódica: Índice de revistas Latinoamericanas em Ciências

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidades exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião da Revista Sergipana de Saúde Pública (RSSP).



APRESENTAÇÃO

EDITORIAL

Sheilla da Silva Barroso	06
--------------------------------	----

ARTIGOS

TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (RAPS/SUS)	08
--	----

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 NO ESTADO DE SERGIPE ENTRE 2002 E 2012	25
--	----

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL E FREQUÊNCIA DA LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA NO NORDESTE BRASILEIRO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	36
--	----

CONSTRUÇÃO DE FERRAMENTAS PARA PADRONIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE URGÊNCIA DE SERGIPE	64
---	----

ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA	75
---	----



A Revista Sergipana de Saúde Pública tem a satisfação de colocar à disposição da comunidade científica e profissional o vol. 2, nº. 2 do ano de 2023. Apresentamos, neste novo número, um novo modelo/formato de publicação dos artigos científicos, a fim de promover maior agilidade na divulgação dos resultados de pesquisa, com maior visibilidade dos artigos e consequentemente uma maior interação entre autores e leitores.

Com o avanço da comunicação científica e a grande quantidade de estudos realizados, o processo de disseminação dos resultados produzidos carece de um processo mais célere de divulgação para impulsionar a busca por novos conhecimentos e consequentemente avançar em novas descobertas acerca de temáticas relevantes para o campo da saúde pública, tecnologia, educação, dentre outros. Vale ressaltar que o sistema de submissão permanece o mesmo. A diferença está na forma de disponibilização aos leitores.

A partir do segundo semestre do ano de 2023 a RSSP passa a adotar o modelo de publicação em fluxo contínuo semestral, os artigos são publicados assim que aprovados pelos pareceristas, sem a necessidade de esperar o fechamento de uma edição, mantendo todos os critérios de avaliação e editoração, dentro dos padrões éticos e morais estabelecidos pelas normas nacionais e internacionais de publicação de periódicos. É importante salientar aos leitores/autores que o cumprimento das publicações em suas respectivas datas estão em função das submissões dos artigos, bem como, de todo o processo que envolve a sua avaliação e editoração.

Apresentamos, neste novo número, 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 o trabalho intitulado “Perfil Epidemiológico de pacientes com diabetes melittus tipo 1 no Estado de Sergipe entre 2022 e 202”. Complementando os trabalhos deste nº

apresentamos três artigos de revisão, são eles: “Transtornos Mentais comuns e a Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (RAPS/SUS)”; “Distribuição espacial e frequência da Leishmaniose Visceral Canina no nordeste Brasileiro: uma revisão sistemática” e o “Enfrentamento da violência doméstica contra Crianças e Adolescentes na Atenção Primária em Saúde: revisão integrativa”. Por fim, mas não menos importante, apresentamos a comunidade científica um relato de experiência intitulado “Construção de ferramentas para padronização da classificação de risco em unidade de Urgência de Sergipe”.

Almejamos que este novo número favoreça o 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, com celeridade em sua divulgação.

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



Transtornos mentais comuns e a Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (RAPS/SUS): uma revisão integrativa

Resumo

^a. Klecia Batista¹

Introdução: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é uma rede temática do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como foco a oferta de cuidado em saúde mental. O presente artigo se propõe a discutir a organização dos serviços que compõem essa rede, em torno dos chamados Transtornos Mentais Comuns (TMC), que são caracterizados pela presença de sintomas difusos de adoecimento psíquico sem que haja o fechamento de um diagnóstico formal. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada entre os meses de fevereiro e julho de 2023, no site no Ministério da Saúde (MS). Para essa revisão, foram analisados documentos como leis e portarias do SUS, que tratam dos serviços que compõem a RAPS. **Resultados:** a pesquisa aponta que os serviços de atenção primária constituem o lugar privilegiado de cuidado em relação aos quadros de TMC, sem deixar de enfatizar a importância do trabalho em rede. **Conclusão:** constata-se a necessidade de discussão ampliada sobre as políticas públicas de atendimento aos usuários com TCM na RAPS.

Palavras-chave: serviços de saúde mental; Sistema Único de Saúde ; transtornos mentais.

Common mental disorders and the psychosocial care network of the unified health system (raps/sus): an integrative review

Abstract

Introduction: the Psychosocial Care Network (RAPS) is a thematic network of the Unified Health System (SUS) that focuses on offering mental health care. This article proposes to discuss the organization of the services that make up this network, around the so-called Common Mental Disorders (CMD), which can be characterized by the presence of diffuse symptoms of psychic illness without a formal diagnosis being concluded. **Methods:** this is an integrative literature review, carried out between February and July 2023, on the Ministry of Health (MS) website. For this review, documents such as laws and ordinances of the SUS, which deal with the services that make up the RAPS, were analyzed. **Results:** the result show the primary care services are the main place of care for people with CMD, while at the same time highlighting the importance of a health service network. **Conclusion:** there is a need to broaden the discussion about the brazilian public policies for persons with CMD.

Keywords: mental health services; Unified Health System; mental disorders.

^a. Doutorado em Saúde Coletiva, Faculdade Pio Décimo, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: klecia.rob@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica brasileira é um processo que transcorre num contexto de mobilização social e que coloca diversos questionamentos acerca da relação entre Estado e sociedade. Segundo Amarante (1995), é somente nos anos finais da década de 1970 – a partir da conjuntura da redemocratização – que a reforma psiquiátrica nacional assume a forma de um movimento mais concreto. Para o autor, os fundamentos desse movimento são uma crítica conjuntural ao sistema nacional de saúde mental e uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas.

O mesmo autor distingue quatro dimensões da reforma psiquiátrica, sendo elas: a teórico-conceitual, a jurídico-política, a técnico-assistencial e a sociocultural (Amarante, 2007). Conforme suas acepções, a dimensão teórico-conceitual refere-se aos fundamentos científicos dos movimentos de reforma psiquiátrica. A dimensão jurídico-política engloba a revisão de toda uma legislação estabelecida em torno de diagnósticos psicopatológicos, bem como a construção de uma noção de cidadania que não exclua as pessoas em sofrimento mental. A dimensão técnico-assistencial diz respeito à função dos serviços que se destinam ao cuidado em saúde mental, buscando promover reflexões acerca de seu funcionamento como lugar de controle e disciplina. Por fim, a dimensão sociocultural é “uma dimensão estratégica [...]”. Um dos princípios adotados nesta dimensão é o envolvimento da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica com o

objetivo de provocar o imaginário social a refletir sobre o tema da loucura” (Amarante, 2007, p. 73).

É importante reconhecer que todas as dimensões acima referidas estão articuladas de maneira inexorável, não sendo possível delimitar um tema de estudo sem tocar em todas elas. A título de organização didática, o presente artigo vai se concentrar na dimensão jurídico-política do problema investigado, que pode ser assim colocado: qual o lugar de cuidado a pessoas com Transtornos Mentais Comuns (TMC) na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)? Esse questionamento emerge da constatação, feita pela autora em sua experiência de campo, de que não há clareza em relação a esse lugar, o que dificulta a resolutividade do SUS em relação a estes processos de saúde-cuidado-adoecimento.

Sabe-se que os CAPS são serviços que se dedicam ao “atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (Brasil, 2011). Apesar disso, é comum que todo e qualquer sujeito em condições de sofrimento psíquico seja encaminhado aos CAPS, evidenciando um desconhecimento acerca do funcionamento da RAPS. Segundo Sampaio e Bispo Júnior (2021, p.2), “mesmo com o avanço das publicações na área, existe ainda a necessidade de desenvolvimento de pesquisas que contribuam para o debate nacional relacionado à interlocução entre os diversos pontos de atenção”. Assim, pessoas que apresentam quadro de TMC

chegam ao CAPS através de encaminhamentos de outros serviços que deveriam se responsabilizar pelo seu cuidado e, ao chegar lá, são encaminhadas de volta, entrando em um itinerário de idas e vindas que dificulta, certamente, a construção do vínculo dos usuários com a rede.

Transtornos Mentais Comuns (TMC) é um termo cunhado por Goldberg e Huxley (1992) para se referir a um conjunto de sintomas de sofrimento psíquico que tem intensidade suficiente para interferir nas atividades diárias do sujeito – incapacitando-o funcionalmente – mas que não preenchem critérios formais suficientes para um diagnóstico de transtornos referidos nas classificações oficiais, Classificação Internacional de Doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM). Os principais sintomas inclusos são uma notável ansiedade, fadiga, irritabilidade, insônia, esquecimento, queixas somáticas inespecíficas e sentimento de inutilidade (Goldberg; Huxley, 1992).

Faz-se importante destacar que a denominação de Transtornos Mentais Comuns não é consensual, sendo possível identificar, tanto na literatura acadêmica quanto na língua corrente entre profissionais da área, termos como sofrimento difuso, problemas de nervos, problemas psicológicos, entre outros (Fonseca, 2007). De qualquer forma, deve-se considerar que, em sua maioria, quando essas manifestações se apresentam aos diversos pontos de atenção do SUS, elas são avaliadas imediatamente como decorrentes de algum desequilíbrio químico e que há o início da medicamentali-

zação.

Diante desse quadro, a pesquisa aqui apresentada se desenhou com o objetivo principal de identificar as opções de cuidado disponíveis para pessoas com quadros de TMC na RAPS/SUS. Entende-se que os resultados de uma pesquisa como esta podem promover reflexões acerca das práticas desenvolvidas nos serviços que compõem essa rede e proporcionar o desenvolvimento de fluxos mais resolutivos de cuidado.

MÉTODOS

Este estudo consiste em uma revisão integrativa de literatura, tomando como base algumas legislações do campo da saúde mental e outras fontes secundárias, obtidas por meio de levantamento bibliográfico e com base na experiência vivenciada pela autora referente à temática da saúde mental. De acordo com Ercole, Melo e Alcoforado (2014), uma revisão integrativa de literatura permite a combinação de materiais de diferentes naturezas.

A pesquisa foi dividida em seis fases: (1) elaboração da pergunta norteadora; (2) busca ou amostragem na literatura; (3) coleta de dados; (4) análise crítica dos estudos incluídos; (5) discussão dos resultados; e (6) apresentação da revisão integrativa. Utilizou-se a estratégia PICO: População (usuários), Interesse (repercussões para a saúde mental e estratégias de enfrentamento no tratamento de TMC) e Contexto (Rede de Atenção Psicossocial). Como resultado, obteve-se a seguinte

Quadro 1 - Legislações identificadas e não analisadas

Modalidade/número	Ano	Assunto
Portaria n.º 336	2005	Estabelece as modalidades de CAPS e equipe mínima
Portaria n.º 245	2005	Destina incentivo financeiro para implantação de CAPS
Portaria n.º 3.089	2011	Dispõe sobre o financiamento dos CAPS - custeio
Portaria n.º 130	2012	Redefine o CAPS AD III e os incentivos financeiros
Portaria n.º 615	2013	Leite materno e alimentos sólidos ou semissólidos.

Fonte: elaborado pelo autor (2023).

pergunta norteadora: “Qual o lugar de cuidado para pessoas com TMC na RAPS?”.

O período de busca do material foi entre os meses de fevereiro e abril de 2023. Para identificação dos documentos legais (leis e portarias) foi realizada uma busca no *site* do Ministério da Saúde (www.gov.br/saude/pt-br), no tópico legislação, utilizando os termos “legislação RAPS”, “legislação saúde mental SUS”, “portarias RAPS” e “portarias CAPS”. Após esse levantamento, foram elencados os materiais que não foram analisados, por não terem relevância para o estudo, descritos no quadro 1. Após a leitura da temática, foram selecionados 07 (sete) materiais para análise, descritos no quadro 2.

Após essa seleção, os materiais foram analisados em duas etapas. Primeiramente, os materiais foram lidos exaustivamente, com o objetivo de organizar a análise em partes. Após essa primeira leitura, optou-se por dividir a análise de acordo com os diferentes níveis de atenção à saúde do SUS (primária,

secundária e terciária). No segundo momento, foi feita a articulação das especificidades de cada nível de atenção com as características do objeto-alvo desse artigo: TMC.

O eixo central das análises e discussões empreendidas neste artigo é constituído pelos debates presentes na literatura especializada – livros e artigos – acerca da Reforma Psiquiátrica brasileira. Ou seja, o solo sobre o qual se constroem as bases deste artigo é permeado por vislumbres antimanicomiais.

RESULTADOS

Para melhor organização dos resultados, foi construído um quadro resumido contendo: modalidade/número, ano e assunto abordado, na perspectiva de facilitar a leitura sucinta de informações sobre os artigos, conforme apresentado no Quadro 2. Para discussão dos resultados foram construídas categorias inerentes aos achados

Quadro 2 – Leis e Portarias analisadas

Modalidade/número	Ano	Assunto
Lei n.º 10.216	2001	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
Portaria n.º 336	2002	Dispõe sobre modalidades, organização e funcionamento do CAPS.
Portaria n.º 3.088	2011	Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.
Portaria n.º 148	2012	Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e incentivos financeiros de investimento e de custeio.
Portaria n.º 854	2012	Altera tabela de procedimentos dos CAPS.
Portaria n.º 953	2012	Inclui na Tabela do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) os Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e dá outras providências.
Portaria n.º 2.436	2017	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS.
Portaria n.º 3.588	2017	Altera as Portarias de Consolidação n.º 3 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

Fonte: elaborado pelo autor (2023).

para contemplar o objetivo proposto pelo estudo.

DISCUSSÃO

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Nesse primeiro tópico da discussão, pretende-se desenvolver, a partir dos materiais analisados, os eixos da proposta da organização de uma rede de atenção psicos-

social. O principal material que aqui é analisado é a Portaria n.º 3.088/2011, que institui e organiza a RAPS no SUS. A organização em rede surge como uma estratégia para enfrentamento de um novo cenário demográfico e epidemiológico caracterizado, segundo Mendes (2011), por uma tripla carga de doenças, envolvendo: 1) uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; 2) o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos,

como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada; e 3) o forte crescimento das causas externas.

De acordo com Mendes (2011), num cenário em que prevaleciam as doenças infecciosas e as condições agudas de adoecimento, fazia sentido a existência de um sistema de saúde fragmentado, no qual a ação é reativa à demanda e as intervenções têm finalidade curativa e reabilitadora. Na medida em que esse perfil se transforma e que as formas de adoecimento estão predominantemente articuladas com os modos de vida e condições de existência, torna-se imperativo – para uma atenção à saúde mais resolutiva – organizar a atenção à saúde por meio de um ciclo completo de atendimento. Dessa maneira, garantir-se-ia a continuidade e a integralidade do cuidado. Quinderé, Jorge e Franco (2014) afirmam que a proposta de trabalho em rede faz sentido na saúde porque este campo é marcado pelo movimento e pela multiplicidade de portas de entrada e de fluxos de atendimento. Para os autores, uma rede funciona de acordo com o trabalho das equipes de saúde, que se articulam em torno dos problemas de saúde dos usuários, definindo os caminhos a serem percorridos em cada caso.

Para que essa estrutura se efetive, uma Rede de Atenção à Saúde deve ser composta, em sua estrutura operacional, por cinco componentes:

O centro de comunicação, a APS [Atenção Primária à Saúde]; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e

sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós (Mendes, 2011, p.86).

Dadalt *et. al.*, (2023) realizaram uma revisão de literatura com o objetivo de investigar a coordenação do cuidado em redes, tomando como foco o papel da Atenção Primária em Saúde (APS). Nesse estudo, os autores identificaram que as estratégias implementadas em rede estão alinhadas com o que se preconiza ao nível de políticas públicas, visando a qualificação do cuidado e reforçando a importância da coordenação a partir da APS. Entre essas estratégias, os autores enfatizam a definição de fluxos assistenciais regidos por protocolos clínicos terapêuticos, o compartilhamento de informações através de sistemas de informação efetivos e a qualificação profissional das equipes.

No âmbito do SUS, algumas redes de atenção foram estruturadas, sendo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) apenas uma delas. Segundo Moreira e Bosi (2023), a RAPS pode ser considerada uma rede temática que tem como foco a saúde mental e que se articula com outras redes temáticas de forma a garantir a integralidade do cuidado. Instituída na Portaria n.º 3.088/2011, a RAPS teve seus objetivos assim definidos:

ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos

de atenção e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (Brasil, 2011).

Lima e Guimarães (2019) evidenciam que a organização da RAPS propicia um novo arranjo organizativo de serviços e estratégias, visando a integralidade e a continuidade do cuidado e a construção de vínculos horizontais entre atores e setores. Segundo a já citada Portaria n.º 3.088/2011, a RAPS é constituída pelos serviços: Unidade Básica de Saúde, as equipes de Consultório na Rua, as equipes de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, os Centros de Convivência, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as salas de estabilização, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, as Unidades de Acolhimento, os serviços de Atenção em Regime Residencial, as enfermarias especializadas em hospitais gerais, os serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, os serviços Residenciais Terapêuticos e as ações de reabilitação psicossocial (Brasil, 2011).

Vale ressaltar que em uma rede de atenção, os serviços que compõem a atenção secundária e terciária representam os pontos nos quais se manifestam a temática da rede de forma restrita, pois é nesses níveis que se impõe a necessidade da especialização das atividades técnicas. “Todos os

demais componentes das redes de atenção à saúde, a APS, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança são transversais a todas as redes temáticas, sendo, portanto, comuns a todas elas” (Mendes, 2011, p.87).

Isso quer dizer que, no caso de cuidados em saúde mental, a oferta de cuidado na RAPS deve ser distribuída pelos serviços de acordo com os níveis de complexidade. Os tópicos a seguir vão explorar as atribuições de cada nível de atenção da RAPS, buscando fazer uma articulação dessas atribuições com o público formado por pessoas com TMC. Opta-se aqui por iniciar pelos níveis de atenção especializados (secundário e terciário), deixando a atenção primária como tópico final da análise.

Antes de iniciar na análise propriamente dita, faz-se importante destacar que os componentes da RAPS Atenção Residencial de Caráter Transitório, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial não foram objetos de análise neste estudo. Isso porque os primeiros são destinados ao cuidado com pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, enquanto as Estratégias de Desinstitucionalização são voltadas ao acolhimento de pessoas egressas de internação de longa permanência. Já a Reabilitação Psicossocial é vista como uma potente ferramenta para o público em geral, mas por não constituir um ‘lugar’ – e sim um conjunto de iniciativas – não foi investigado dentro do objetivo aqui proposto.

A Atenção Secundária na RAPS e os TMC

A Portaria n.º 3.088/2011 define como ponto de atenção especializada da RAPS os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nessa mesma portaria, em seu sétimo artigo, é deliberado que os CAPS realizam atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Vale dizer que os CAPS foram pensados e estruturados, no Brasil, no bojo dos movimentos reformistas e que seu estabelecimento como serviço de saúde mental é anterior à sua regulamentação. O primeiro CAPS do país surgiu em 1987, em São Paulo, e tinha como objetivo construir uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária, garantindo tratamento de intensidade máxima a pessoas com graves dificuldades de relacionamento e inserção social (São Paulo, 1982).

É somente após a publicação da Lei n.º 10.216, em 2001, que os CAPS passam a ser regulamentados. A Portaria do Ministério da Saúde n.º 336, do ano de 2002, estabelece as modalidades de CAPS – I, II ou III –, de acordo com critérios de abrangência populacional. No primeiro parágrafo do art. 1º dessa portaria, define-se que os CAPS I, II e III cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental – sendo distintos pela capacidade operacional de cobertura populacional – e devem estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial.

Além dessas três modalidades, a mesma portaria estabelece outras duas, com

especificidades de público: o CAPS I, destinado ao cuidado com o público infantil e adolescente e o CAPS AD, que direciona serviços e ações específicas para as pessoas em sofrimento mental decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas. É importante citar que outra portaria mais recente – a Portaria n.º 3.588, de 2017, do Ministério da Saúde – acresce àquelas a modalidade CAPS IV, que destina cuidado de pessoas com quadros graves e intensos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, funcionando vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana (Brasil, 2017a).

A assistência prestada aos usuários do CAPS inclui, de maneira geral, as seguintes atividades: atendimento individual especializado, atendimento em grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimentos à família e atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social. No caso dos CAPS III, acrescenta-se a essa lista a possibilidade de acolhimento noturno e os CAPS AD realizam, além das atividades acima descritas, o serviço de desintoxicação.

Conforme apresentado acima, os CAPS constituem o ponto de atenção especializada da RAPS e, como tal, ocupam uma posição estratégica na rede. Pode-se dizer que os CAPS representam o núcleo da clínica e dos saberes especializados na prestação de cuidado em saúde mental no SUS, articulando os demais pontos da rede. No entanto, apesar desse lugar estratégico, é necessário registrar – a partir das Portarias n.º 336/2002 e n.º 3.088/2011, do Ministério da Saúde – que o público coberto pelos cuidados oferecidos nos CAPS são pessoas com transtornos

mentais severos e persistentes, além de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Assim sendo, parece restar indiscutível que o nível de atenção secundário da RAPS não constitui o lugar regulamentado para o cuidado as pessoas que apresentem quadro de TMC. Apenas a título de informação, vale a pena marcar a diferenciação entre os TMC e os transtornos mentais graves e persistentes, de forma a não restar dúvidas sobre qual é o público coberto pelos CAPS. Como dito em outra seção, os TMC são marcados por manifestações sintomáticas difusas que, apesar de interferirem em alguns aspectos na vida da pessoa, não cumprem os critérios suficientes para o fechamento de um diagnóstico formal de algum dos transtornos listados nos manuais diagnósticos e estatísticos oficiais. Jansen *et al* (2011) enfatizam que os principais sintomas dos TMC – insônia, fadiga, esquecimento, irritabilidade, dificuldades de concentração e queixas somáticas – trazem impactos negativos na qualidade de vida. Esses autores reconhecem, contudo, que a ênfase no acompanhamento dos casos de TMC deve ser na prevenção e na promoção de saúde e, assim sendo, a atenção especializada não é o foco do cuidado para tais casos. Em comparação com os TMC, os transtornos mentais graves – esses sim, público dos CAPS e da atenção especializada da RAPS – são aqueles que produzem uma perda significativa de funcionalidade social. Segundo Chiaverini (2011), quando essa perda tende a se perpetuar para o resto da vida, eles são chamados de graves e persistentes. Esta mesma autora propõe uma divisão didática e simplificada dos

transtornos graves em quatro categorias: psicóticos, afetivos graves, espectro impulsivo-compulsivo e da personalidade.

Por fim, apenas a título de ressalva, é importante dizer que o fato de os transtornos graves e persistentes constituírem o público prioritário dos CAPS, esse não é o único lugar de cuidado para essas pessoas. Assim como, para qualquer outro caso que demanda cuidados na RAPS, o público de transtornos mentais graves deve ter garantido seu acesso aos pontos de atenção dos diferentes níveis.

A atenção terciária na RAPS e os TMC

A Portaria n.º 3.088/2011, do Ministério da Saúde, define como pontos de atenção terciária da RAPS as enfermarias especializadas em hospitais gerais e os serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Além disso, consideram-se pontos de atenção terciária da RAPS os serviços de atenção às urgências e emergências, como as salas de estabilização, as UPA e as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro.

As enfermarias especializadas em hospitais gerais oferecem, segundo a mesma portaria, “tratamento hospitalar para casos graves relacionados a transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinência e intoxicações severas” (Brasil, 2011). O cuidado ofertado no âmbito da enfermaria especializada em Hospital Geral deve se dar na forma de um tratamento de curta duração, até a estabilida-

de clínica.

Já os serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferecem suporte hospitalar através do acolhimento em regime de curtíssima ou curta permanência, respeitando as determinações da Lei n.º 10.216/2001.

A Portaria n.º 148, de 2012, do Ministério da Saúde, é a que define as normas de funcionamento e habilitação desses serviços hospitalares. Em seus termos, explicita as atividades a serem ali desenvolvidas, a saber:

I - avaliação clínica e psicossocial realizada por equipe multiprofissional, devendo ser considerado o estado clínico/psíquico do paciente; II - abordagem familiar, incluídas orientações sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento em outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial; e III - articulação com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para construção do Projeto Terapêutico Singular (Brasil, 2012, art. 4º, I, II, III).

A Portaria do Ministério da Saúde n.º 953, de 2012, explicita os procedimentos que estão incluídos na diária de saúde mental em serviços hospitalares, sendo os principais ali definidos: tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio, tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e/ou disruptivo, tratamento clínico para avaliação diagnóstica de transtornos mentais e adequação terapêutica, incluindo necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas, tratamentos clínicos de transtornos mentais e comportamentais devido ao

uso de álcool, tratamentos clínicos de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de crack, tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso das demais drogas e/ou outras substâncias psicoativas.

Ao contrário do que acontece na regulamentação da atenção secundária – onde está especificado que os CAPS são serviços voltados ao cuidado às pessoas com transtornos graves e persistentes – não há, nas duas portarias que regulamentam os serviços hospitalares de referência em saúde mental, menção alguma a uma tipificação de transtornos alvos do cuidado na atenção terciária. Isso porque, por se tratarem de serviços hospitalares, subentende-se que os processos de saúde-adoecimento-cuidado ali presentes são aqueles que exigem procedimentos de alta complexidade, independentemente de diagnósticos clínicos.

Dessa maneira, embora não seja possível identificar um público específico para os serviços hospitalares, é presumível que as condições de adoecimento ali direcionadas são aquelas que exigem tecnologias duras de cuidado, incluídas aí as internações e as intervenções em crise. Nesse caso, ficam excluídos do cenário da atenção hospitalar – assim como dos serviços de atenção à urgência e emergência – os TMC em suas manifestações cotidianas.

Deve-se lembrar que os TMC envolvem sintomas difusos, que têm intensidade suficiente para interferir nas atividades do sujeito, mas que não cumprem os critérios necessários para um diagnóstico formal (Goldberg; Huxley, 1992). Essas características fazem com que os TMC se configurem

como quadros que exigem uma atenção longitudinal. No entanto, deve-se reconhecer que pessoas com quadros de TMC podem também requerer cuidados no nível terciário de atenção, na medida em que todos estão sujeitos à irrupção de uma sintomatologia aguda de mais alta complexidade. Portanto, a atenção terciária pode se configurar, em certas situações, como lugar de cuidado para o público aqui analisado. Assim, como afirmando anteriormente, garante-se que qualquer pessoa tem direito a circular pelos pontos de atenção dos diversos níveis, de acordo com suas necessidades.

A atenção primária na RAPS e os TMC

O nível primário de atenção em saúde é a principal porta de entrada de uma Rede de Atenção, constituindo-se também como o lugar de coordenação de cuidado e de ordenação das ações e serviços disponibilizados na rede (Brasil, 2017). A Portaria n.º 2.436, de 2017, do Ministério da Saúde, aprova a atualização da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que, em seu artigo 2º, define:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017, art. 2º).

É importante ressaltar, assim como sinaliza Mendes (2011), que os componentes da atenção primária são comuns a todas as

redes temáticas, ou seja, são serviços e ações que não são exclusivos de uma determinada rede. Os principais pontos de atenção desse nível – no que diz respeito à RAPS – são as Unidades Básicas de Saúde, as equipes de atenção básica para populações específicas e os Centros de Convivência.

A já citada Portaria n.º 3.088, de 2011, do Ministério da Saúde, define que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm como responsabilidade, na RAPS, “desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (Brasil, 2011). Sobre as equipes de atenção básica para populações específicas, a mesma portaria destaca o Consultório na Rua – que atua de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para pessoas em situação de rua – e as equipes de apoio à Atenção Residencial de caráter Transitório. Por fim, acerca dos Centros de Convivência, a portaria define como uma unidade pública “onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade”. Por opção didática, a discussão vai englobar todos esses serviços em conjunto, pensando nas atribuições e responsabilidades das equipes de atenção básica de maneira geral.

Os pontos de atenção primária têm sido concebidos, tanto ao nível das políticas públicas quanto ao nível dos debates acadêmicos da área, como um espaço de acolhida e resolutividade de questões de saúde mental. Devido à proximidade que esses pontos têm com as famílias e comunidades,

estima-se que a atenção primária constitua um espaço onde uma grande parte das pessoas com transtornos mentais leves estão sendo atendidas (Brasil, 2004). Jansen *et. al.*, (2019) realizaram uma pesquisa transversal com o objetivo de verificar a prevalência de TMC e sua associação com a qualidade de vida entre jovens e constataram, nesse estudo, a necessidade de uma atenção básica mais capacitada para o rastreamento e prevenção dos quadros de TMC. Segundo os autores, as políticas públicas de saúde dão prioridade ao rastreamento dos transtornos mentais graves, mas os TMC têm alta prevalência na população e trazem prejuízos significativos para a qualidade de vida.

É justamente por isso que Figueiredo e Onocko (2009) defendem que o avanço da Reforma Psiquiátrica depende de uma inserção mais efetiva da saúde mental na atenção primária. Vale ainda ressaltar que os TMC são marcados, entre outras coisas, por sintomas somáticos inespecíficos e os serviços de atenção primária constituem a principal porta de entrada para queixas relacionadas a estes sintomas. Ademais, é importante considerar que os TMC estão relacionados às condições de vida em comunidade, conforme indicam Goldberg e Huxley (1992).

Para enfatizar esse aspecto, vale citar a pesquisa de Santos *et al* (2019), que identificaram uma prevalência de TMC significativamente maior nos seguintes grupos socio-demográficos: mulheres, pessoas com mais de 60 anos, praticantes de umbanda/candomblé e evangélicos, viúvos, pessoas que não frequentaram a escola, desempregados e pessoas com rendas mais baixas.

Associar a prevalência dos TMC com condições de vida e de existência aponta para a necessidade de considerar a importância de ações de promoção de saúde no planejamento do cuidado em relação a esses casos. Promoção de saúde constitui um princípio da atenção primária, sendo caracterizada pela extensão do olhar para o território e o perfil das pessoas. Nos termos da Política Nacional de Atenção Básica, a promoção de saúde considera:

a determinação social dos processos saúde-doença para o planejamento das intervenções da equipe [...]. A partir do respeito à autonomia dos usuários, é possível estimular formas de andar a vida e comportamentos com prazer que permaneçam dentro de certos limites sensíveis entre a saúde e a doença, o saudável e o prejudicial, que sejam singulares e viáveis para cada pessoa. Ainda, numa acepção mais ampla, é possível estimular a transformação das condições de vida e saúde de indivíduos e coletivos, através de estratégias transversais que estimulem a aquisição de novas atitudes entre as pessoas, favorecendo mudanças para modos de vida mais saudáveis e sustentáveis (Brasil, 2017, Cap.I).

A fim de reforçar a importância da atenção primária no cuidado a pessoas com TMC, deve ser ressaltado aqui o estudo de Campos e Nascimento (2007), no qual há a constatação de que grande parte dos usuários do SUS que chegam aos serviços especializados em saúde mental – como os CAPS – não consegue ter suas necessidades em saúde supridas pelas tecnologias ali desenvolvidas. Para os autores, as tecnologias leves de cuidado – envolvendo a mobilização e articulação de recursos institucionais, comunitários, individuais, materiais e subjetivos com o usuário e rede social – são determinantes para um efetivo enfrentamento das

queixas em saúde mental.

O reconhecimento da Atenção Primária como lugar fundamental de cuidado a pessoas com TMC na RAPS não se faz sem questionamentos importantes. Não deve ser ignorado o fato de que existem dificuldades, por parte de equipes de atenção básica, a lidar diretamente com casos que envolvam sofrimento psíquico. Assim, apesar da compreensão da determinação social nos processos de adoecimento, é possível identificar práticas não condizentes nos serviços de saúde de atenção primária. Ao realizar uma revisão integrativa de artigos publicados entre os anos de 2017 e 2022 sobre a RAPS e seu funcionamento como rede, Pereira (2022) constatou que a Atenção Primária, no que tange a seu papel na RAPS, acaba recaindo em fluxos de cuidado especializados. A autora aponta para a permanência de uma lógica medicalizante e centrada no modelo biomédico. Se assim o é, torna-se difícil conceber estratégias de promoção de saúde, prevalecendo práticas curativistas que, por sua vez, não são as mais adequadas para o enfrentamento dos TMC.

Conforme Dimenstein, Lima e Macedo (2013), muitas dessas dificuldades estão relacionadas com problemas na organização dos processos de trabalho e na articulação de redes de cuidado e de responsabilização. Para os autores, o apoio matricial ou matriciamento representa uma estratégia bastante frutífera para lidar com esse problema, sendo entendido como “um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe de saúde com a finalidade de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações” (Dimenstein; Lima; Macedo, 2013, p.48). Entre os instru-

mentos que podem ser utilizados para concretizar essa proposta, destacam-se a elaboração do Projeto Terapêutico Singular, a consulta conjunta (envolvendo equipe de atenção básica e equipe especializada), a visita domiciliar conjunta, entre outros. Não é o objetivo deste artigo se aprofundar nas especificidades do matriciamento, sendo suficiente apontar que a utilização dos instrumentos acima citados fortalece a resolutividade da atenção primária em torno de adoecimentos psíquicos que configuram os casos de TMC.

Reforça-se, por fim, a constatação de que o nível primário de atenção à saúde representa um lugar privilegiado de cuidado para pessoas em sofrimento mental com quadros dos chamados TMC, mas não de exclusividade, conforme sinalizado nas seções anteriores. Quando se considera que a atenção primária coordena e ordena a rede, chega-se à conclusão de que uma de suas atribuições é organizar o itinerário de cuidado dos usuários dessa rede, identificando as demandas por ações especializadas ou de alta complexidade, fazendo as devidas articulações e mantendo-se como responsável pelos processos de produção de saúde.

CONCLUSÃO

Constata-se a necessidade de discussões mais amplas sobre os TMC nas políticas públicas de saúde, explicitando a associação entre sua sintomatologia difusa e as condições de vida e de existência em comunidade. Desse modo, são muitos os desafios relacionados à compreensão do lugar de cuidado para com esses quadros, destacando-se a

necessidade de conceber estratégias de promoção de saúde que sejam mais efetivas no enfrentamento dessas experiências de adoecimento. Nesse ponto, vale salientar que o nível primário de atenção representa um lugar privilegiado de cuidado.

Poderia ser apontada como uma limitação desta pesquisa o número reduzido de leis e portarias voltados para o cuidado integral de pessoas com TCM. No entanto, é importante lembrar que o termo Transtornos Mentais Comuns (TMC) pode ser referido por outras denominações nessas regulamentações, como transtornos leves ou sofrimento psíquico. Assim, mais do que a necessidade de formular mais leis e portarias, entende-se que é fundamental discutir a regulamentação já existente de forma mais extensiva com as equipes que compõem os mais distintos níveis de atenção, proporcionando uma melhor compreensão acerca das especificidades da cada forma de adoecimento. Entende-se que este é o caminho para que as práticas de cuidado sejam mais efetivas e fortaleçam movimentos antimanicomiais nas políticas públicas de saúde no Brasil.



REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BRASIL. Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 9 abr. 2001.

BRASIL. Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre modalidades, organização e funcionamento do CAPS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília. DF, p. 22, 20 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, n. 247, Brasília, DF, p. 230-232. 26 dez. 2011.

BRASIL. Portaria n.º 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. **Diário Oficial da União**: seção 1, n. 23, Brasília. DF, p. 33, 01 fev. 2012.

BRASIL. Portaria n.º 953, de 12 de setembro de 2012a. Inclui na Tabela do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, n. 178, Brasília, DF, p. 147, 13 set. 2012.

BRASIL. 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**: seção 1, n.183, Brasília, DF, p. 68, 22 set. 2017.

BRASIL. Portaria n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017a. Altera as Portarias de Consolidação n.º 3 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, n. 245, Brasília, DF, p. 236, 21 dez. 2017a.

CAMPOS, F.C.B.; NASCIMENTO, S.P.S. O apoio matricial: reciclando a saúde mental na atenção básica. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 24, p. 67-79, 2007.

CHIAVERINI, D. H. (org.) **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, Ministério da Saúde: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

DADALT, A. M., ROSA, A. B. da, MEGIER, E. R., BASSO, N., WEILLER, T. H. Estratégias de coordenação do cuidado da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde: um estudo de revisão. **Revista do Centro Universitário FAI – UCEFF**, Itapiranga, v. 2, n. 1, p. 1-23, 2023. Disponível em: <https://revistas.uceff.edu.br/reviva/article/view/92/328>. Acesso em: 02 jul. 2023.

DIMENSTEIN, M., LIMA, A. I., MACEDO, J.P Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária. *In*: PAULON, S., NEVES, R. **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013, p. 39-59.

ERCOLE, F. F., MELO, L. S. de, ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n.1, p. 9-11, 2014.

FERRAZZA, D. de A.; ROCHA, L. C. da; LUZIO, C. A. Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. **Gerais Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p. 255-265, jul. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202013000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2023.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO, R.C. Saúde mental da atenção básica: uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.1, n. 2, p. 112-131, 2009.

FONSECA, M. L. G. **Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e problema de nervos: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. Rio de Janeiro, p. 153. 2007.

GOLDBERG D., HUXLEY P. **Common Mental Disorders: a bio-social model**. London: Routledge, 1992.

JANSEN, K. MONDIM, T. C., ORES, L. C., SOUZA, L. D. de M., KONRADT. C. E. PINHEIRO, R. T., SILVA, R. A. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 440-448, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FC9bFMmLXx7nLP5fY88vrnr/?format-pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jul. 2023.

LIMA, D. K. R. R., GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 1-20, 2019. Acesso em: 23 jul. 2023.

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

MOREIRA, D. de J., BOSI, M. L. M. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde**

Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 1-22, 2019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/physis/a/mjgwj7Y7jH43BQBXPXGctYrb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 jul. 2023.

PEREIRA, J. C. S. **Como se dá a ordenação do cuidado das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS):** a partir de uma revisão integrativa. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022.

QUINDERÉ, P. H. D., JORGE, M. S. B., FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/physis/a/7zsMFLdhyQZJF7GmtPBTj6s/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 jul. 2023.

SAMPAIO, M. L., BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 1-16, 2021. Disponível em
<https://www.scielo.org/pdf/csp/v37n3/1678-4464-csp-37-03-e00042620.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2023.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde do Estado. **O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (Caps)**. Projeto de Implantação. São Paulo: SES/SP, 1982.

SANTOS, G. de B. V., ALVES, M. C. G., GOULDBAUM, M., CESAR, C. L. G., GIANINI, R. J. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. 1-10, 2021. Disponível em
<https://www.scielo.br/j/csp/a/B4xZbzc6ZLt5ghtsdXJq9gf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2023.



Perfil Epidemiológico de Pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 1 no estado de Sergipe entre 2002 e 2012.

^a Hebert Maia dos Reis
^b Gabriela Lelis da Silva
^c Wallace Brener Santana Campos
^d Marcus André Andres da Silveira
^e Elisama Daniella Gomes Ferreira

Resumo

Introdução: o diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é caracterizado por um distúrbio autoimune pela associação entre fatores genéticos e fatores ambientais, sendo responsável por 10% dos casos mundiais de diabetes mellitus. O diagnóstico e o tratamento precoce são indispensáveis na prevenção e na progressão das complicações crônicas, bem como dos distúrbios agudos. **Objetivo:** analisar o perfil epidemiológico de pacientes portadores de DM1 atendidos na rede pública de saúde de Sergipe, cadastrados no Sistema HiperDia entre 2002 a 2012. **Métodos:** estudo transversal, com abordagem descritiva e prospectiva não concorrente com base em dados secundários nos municípios do Estado de Sergipe. **Resultados:** no período analisado, entre os Estados do Nordeste, Sergipe apresentou o menor índice de casos de DM1. A maioria dos casos de DM1 se concentrou na faixa etária entre 30 e 59 anos e foi representado majoritariamente pelo sexo feminino. Os principais fatores de risco identificados foram sedentarismo e tabagismo, e as comorbidades associadas mais frequentes foram presença de pé diabético, acidente vascular encefálico e doenças renais. **Conclusão:** o sedentarismo é o principal fator de risco observado nos pacientes cadastrados. O conhecimento atualizado do perfil epidemiológico dessa população, pode auxiliar os profissionais e órgãos de gestão da saúde a desenvolver ações direcionadas para a redução da incidência da doença, bem como no planejamento de ações para o seu controle.

Palavras-chave: diabetes Mellitus tipo 1; epidemiologia; saúde pública.

Epidemiological Profile of Patients With Type 1 Diabetes Mellitus in the State of Sergipe between 2002 and 2012

Abstract

Introduction: Type 1 diabetes mellitus (DM1) is characterized by an autoimmune disorder due to the association between genetic factors and environmental factors, accounting for 10% of global cases of diabetes mellitus. Early diagnosis and treatment are essential for the prevention and progression of chronic complications, as well as acute disorders. **Objective:** to analyze the epidemiological profile of patients with DM1 treated in the public health network of Sergipe, registered in the HiperDia System between 2002 and 2012. **Methods:** cross-sectional study, with a non-competing descriptive and prospective approach based on secondary data in municipalities in the State of Sergipe. **Results:** in the period analyzed, among the Northeastern States, Sergipe had the lowest rate of DM1 cases. Individuals aged 30 to 59 accounted for the majority of carriers, while the majority were female. The main risk factors identified were physical inactivity and smoking, and the most frequent associated comorbidities were the presence of diabetic foot, stroke and kidney disease. **Conclusion:** a sedentary lifestyle is the main risk factor observed in registered patients. Up-to-date knowledge of the epidemiological profile of this population can help professionals and health management bodies to develop actions aimed at reducing the incidence of the disease, as well as planning actions for its control.

Keywords: diabetes mellitus type 1; epidemiology; public health.

^a Graduando em Medicina. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: hebertmaiar@gmail.com

^b Graduanda em Medicina. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: gabriela.lelis1115@gmail.com

^c Graduando em Medicina. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: wallacecampos04@gmail.com

^d Graduando em Medicina. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: marcusandre3773@gmail.com

^e Graduanda em Medicina. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: elisama.gferreira@gmail.com

Recebido: 09/08/2023

Aprovado: 16/10/2023

INTRODUÇÃO

O termo diabetes mellitus (DM) é conceituado como agrupamento de distúrbios metabólicos da glicose, com característica patogênica associada à elevação dos níveis de glicose no sangue (hiperglicemia), em virtude de falhas no mecanismo de ação e/ou secreção da insulina (SBD, 2016).

A atual classificação do DM é baseada em sua etiologia, sendo subdividida em quatro ordens clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional (ADA, 2017). O DM1, forma em análise neste estudo e, de acordo com a American Diabetes Association, responsável por 10% dos casos mundiais de DM, é resultado da deficiência de insulina decorrente da destruição das células beta-pancreáticas (Lampousi *et al.*, 2021). Em sua maioria, essa morte celular é intermediada por autoimunidade, sendo alguns dos seus marcadores autoimunes os autoanticorpos anti-insulina (IAA), antidescarboxilase do ácido glutâmico (GAD), antitirosinafosfatases (anti-IA-2) e antitransportador de zinco (ZnP8) (Zorena *et al.*, 2022).

Além desse mecanismo autoimune, determinados genes do sistema antígeno leucocitário humano (HLA) também demonstraram forte associação ao desenvolvimento do DM1, sendo responsável por cerca de 50% do risco genético de desenvolvimento da doença (Kim *et al.*, 2021). Ademais, os fatores ambientais atuam simultaneamente aos fatores genéticos, como infecções, consumo

precoce de cereais por crianças de até 4 meses, pré-eclâmpsia e outros, de modo a liberar autoantígenos das células beta-pancreáticas, os quais serão reconhecidos e atacados pelo sistema imune (Neves *et al.*, 2017).

As diferenças relacionadas à idade e as características metabólicas, genéticas e imunogenéticas do DM1 exigem uma abordagem personalizada para cada indivíduo, visto que, além da perda da secreção de insulina que ocorre de forma variável, a produção residual de insulina (peptídeo-c detectável) costuma ser mais comum no DM1 de início na idade adulta em comparação com o DM1 na juventude, enquanto a cetoacidose diabética se apresenta mais comum em jovens com a doença (Ehrmann *et al.*, 2020). O peptídeo c detectável está associado a um melhor controle glicêmico. A presença de outras condições autoimunes, obesidade, comorbidades e o desenvolvimento de complicações relacionadas ao diabetes também é variável (Lucier; Weinstock, 2023).

Pacientes com esse tipo de diabetes são insulino dependentes e necessitam da administração desse hormônio. O tratamento tem como objetivo a prevenção das complicações crônicas a níveis microvasculares, como nefropatias e retinopatias, e macrovasculares, como acidentes vasculares encefálicos, ao mesmo tempo que visa reduzir os riscos de distúrbios agudos como a hipoglicemia severa (Peres *et al.*, 2016).

O tratamento dessa patologia envolve

diversas esferas de atuação, de modo a não se restringir apenas à insulino terapia. Associada ao tratamento medicamentoso, a nutrição adequada e balanceada, exercícios físicos, o manejo do estresse e o conhecimento sobre os cuidados necessários mostram-se fortes aliados no manejo da DM1 (Dimeglio; Molina; Oram, 2018). Além disso, é fundamental que ocorra um acompanhamento de outros elementos da saúde do indivíduo, como o perfil lipídico, a pressão arterial, obesidade e outros fatores, que quando associados à DM1 poderão provocar mais danos (Haak *et al.*, 2019). Com o advento da tecnologia, novos tratamentos vêm sendo possibilitados e desenvolvidos, a exemplo do pâncreas artificial, terapia genética e terapia com células tronco (Akil *et al.*, 2021).

O DM1 é uma das doenças crônicas mais prevalentes em crianças em todo o mundo e com elevado erro de diagnóstico em adultos (Leslie *et al.*, 2021). Tendo em vista que o Brasil ocupa a 4ª posição entre os 10 países com maior número de diabéticos e a 3ª posição em número de crianças e adolescentes com DM1 (International Diabetes Federation, 2017), é indispensável o conhecimento acerca do seu panorama epidemiológico. Contudo, no estado de Sergipe, esse panorama ainda não está claro. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico de pacientes diagnosticados com DM1 atendidos na rede pública de saúde, e cadastrados no Sistema HiperDia, entre 2002 e 2012 no estado de Sergipe.

MÉTODOS

O estudo foi realizado utilizando-se do banco de registros do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), onde é possível acessar dados epidemiológicos públicos do Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia) atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um estudo transversal, com abordagem descritiva e prospectiva não concorrente (Hochmani *et al.*, 2005) com base em dados secundários sobre casos de diabetes mellitus tipo 1 no estado de Sergipe, Brasil.

Os dados foram coletados durante o mês de maio de 2023, sendo utilizada apenas a categoria de cadastros realizados para diabetes mellitus tipo 1, com as características sociodemográficas de idade e sexo, bem como as variáveis atribuídas às características epidemiológicas dos pacientes (sedentarismo, tabagismo, sobrepeso, pé diabético, acidente vascular encefálico (AVE), doença renal, infarto agudo do miocárdio, outros tipos de doenças coronarianas e amputação para pé diabético). A análise dos casos foi gerada a partir do software Microsoft Office Excel®, onde os valores, frequências e porcentagens foram delineados.

Tendo em vista que a coleta dos dados secundários foi realizada em um banco de registros de domínio público (DATASUS), sem identificação dos portadores, sob total anonimato e sigilo dos casos e, portanto, não constrange populações ou indivíduos na

apresentação dos resultados, este tipo de estudo não exige a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), conforme a Resolução n.º 510, de 07 de abril de 2016, disposta na Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011 (Brasil, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

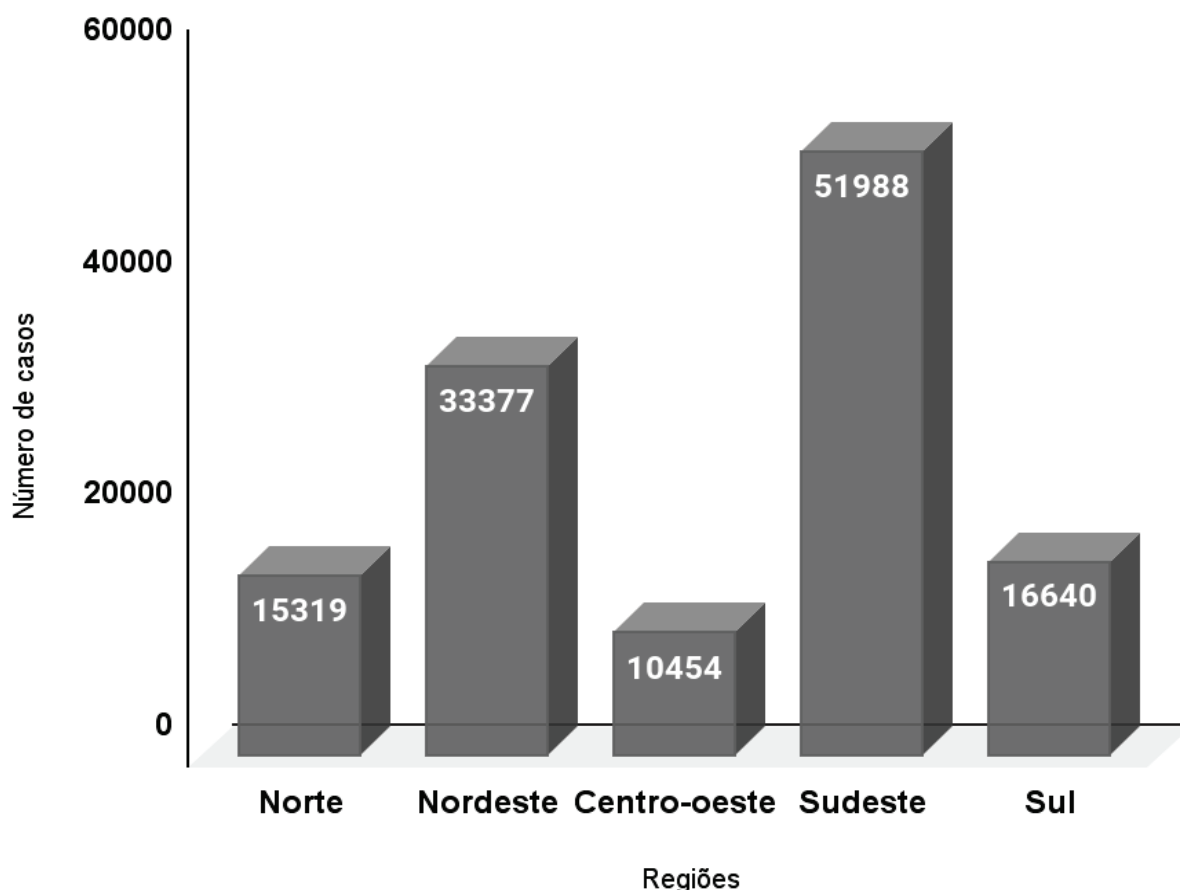
Em todo o país, foram notificados um total de 127.778 casos de DM1 no período de 2002 a 2012, com destaque para 33.377 na região Nordeste, dentre os quais 1.227 foram notificados em Sergipe (Gráfico 1). As regiões Sudeste e Nordeste foram as que apresentaram o maior número de casos de DM1 no território nacional, com 40,68% e

26,12%, respectivamente.

Os estados de São Paulo e Minas Gerais foram os que apresentaram maior número de casos de DM1 no território nacional, com 19,54% e 12,44% dos casos, respectivamente. Considerando o contingente populacional dos dois estados, é possível definir um paralelo entre o número de habitantes e a maior incidência de casos, visto que a população atingiu em São Paulo um total de 41.252.160 habitantes, enquanto em Minas Gerais o número de pessoas chegou a 19.595.309 (IBGE, 2010).

Entre os estados do Nordeste, Bahia e Maranhão se destacaram com o maior número de casos, com 28,45% (9.496 casos) e 15,17% (5.066 casos), respectivamente.

Gráfico 1 - Número de notificações de DM1 no Brasil por Região, 2002-2012.



Fonte: dados do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos Diabéticos, DATASUS (2023).

Em recorte, a Bahia apresentou o maior contingente populacional da região, com 14.016.906 habitantes, seguida por Pernambuco, Ceará e Maranhão, este com a população estimada em 6.574.789, de acordo com a estimativa populacional de 2010 do IBGE.

Entre as unidades da federação da região Nordeste, comparativamente com o seu contingente populacional, Sergipe apresentou o menor índice, com 2.068.017 habitantes. Dentre os casos de DM1 no período de 2002 a 2012, no país, Sergipe notificou um total de 1.227 casos, com 0,96%. Considerando a região nordeste, o Estado de Sergipe representou 3,67% dos casos (Gráfico 2).

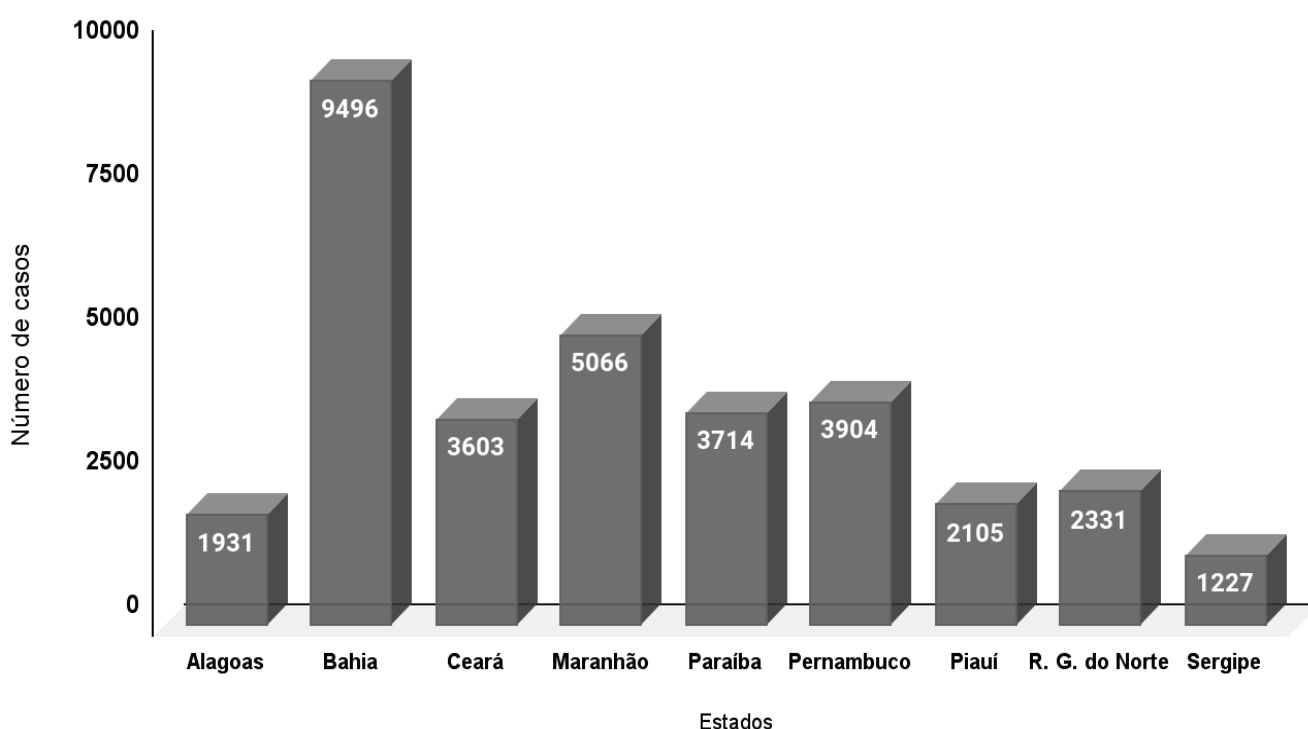
Em Sergipe, o estado de menor extensão territorial do Brasil, apresenta uma DM1 variável e recorrente, como observado no gráfico 3, sendo que no ano de 2006 apresentou o maior número de casos

registrados, e enquanto no ano de 2004 apresentou o menor número de casos.

A região de Estância engloba as cidades de Arauá, Boquim, Cristinápolis, Estância, Indiaroba, Itabaianinha, Pedrinhas, Santa Luzia do Itanhi, Tomar do Geru e Umbaúba. Destas, o município de Estância se destaca com maior número de casos no período em questão, contabilizando 116 notificações, 38% dos casos totais na região de saúde. Seguido de Lagarto, com as cidades de Lagarto, Poço Verde, Riachão Dantas, Salgado, Simão Dias e Tobias Barreto, sendo Lagarto a possuir o maior número de casos, totalizando 176 notificações, 71,54% dos casos totais.

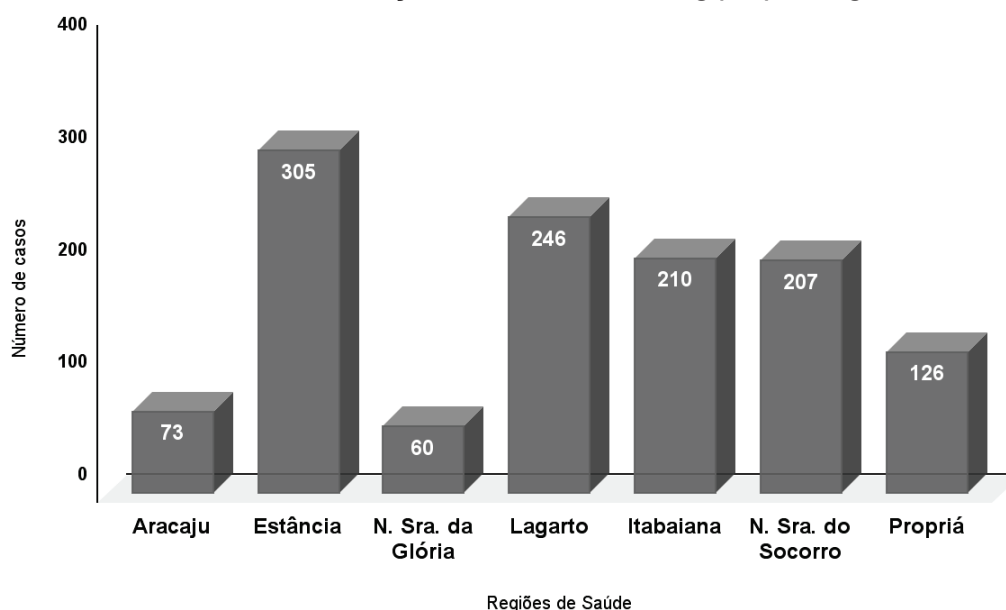
A região de saúde de Itabaiana é composta por Areia Branca, Campo do Brito, Carira, Frei Paulo, Itabaiana, Macambira, Malhador, Moita Bonita, Nossa Senhora Aparecida, Pedra Mole, Pinhão, Ribeirópolis, São Domingos e São Miguel do Aleixo, com destaque para Itabaiana, com 83 notificações, 39,52% dos casos totais.

Gráfico 2 - Número de notificações de DM1 no Nordeste por Estado, 2002-2012.



Fonte: dados do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos Diabéticos, DATASUS (2023).

Gráfico 3 - Número de notificações de DM1 em Sergipe por região de saúde, 2002 - 2012



Fonte: DATASUS - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos Diabéticos (2023).

É possível observar na tabela 1 uma considerável amplitude entre as faixas etárias dos portadores, variando entre menores de 14 a maiores de 80 anos. Além disso, verificou-se maior prevalência de DM1 na população feminina. A prevalência de DM1 em 2006 teve como destaque a região de saúde Nossa Senhora do Socorro, com a incidência de 65 notificações, representando 33% dos casos totais (197). Já o ano de 2004 teve as regiões de saúde de Propriá e Itabaiana com os maiores números de notificações, sendo 4 em cada região,

representando 22,22% dos casos, respectivamente.

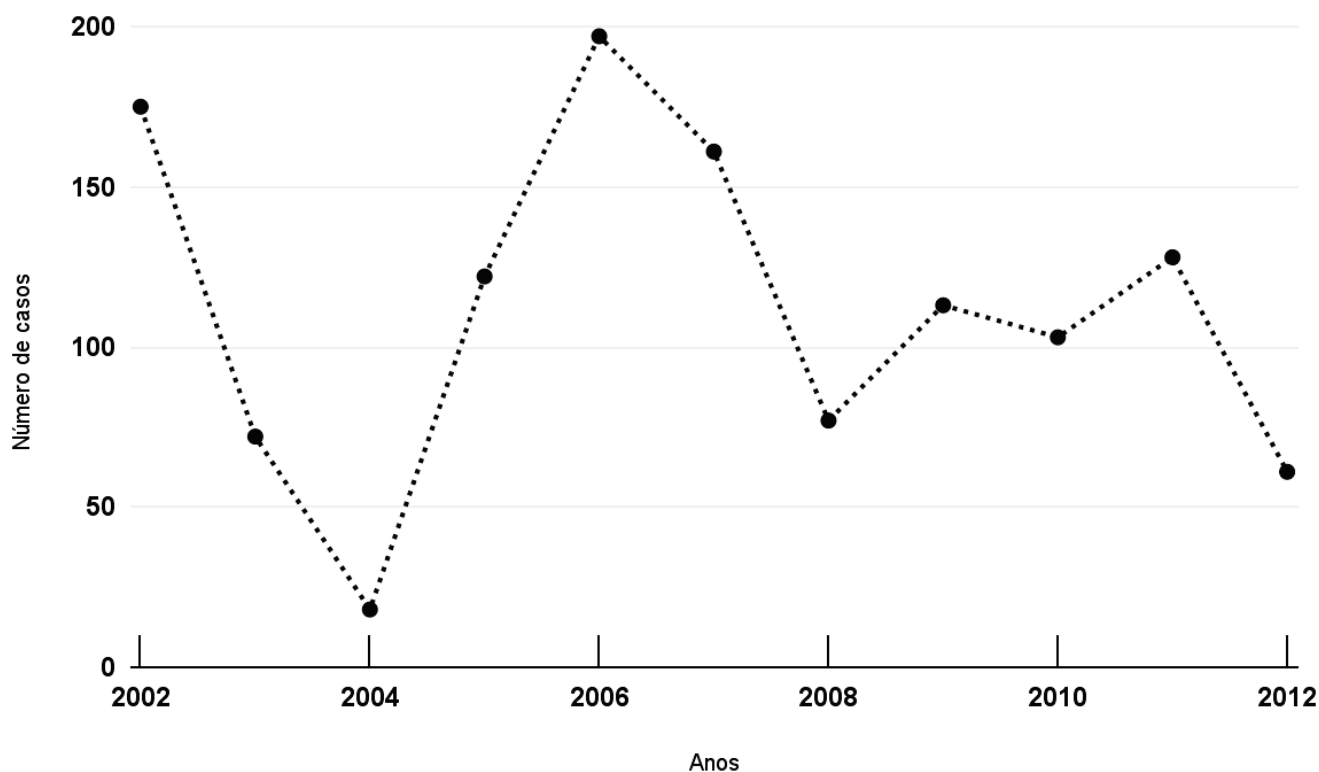
O estado de Sergipe possui sete Regiões de Saúde: Nossa Senhora da Glória, Propriá, Itabaiana, Lagarto, Nossa Senhora do Socorro, Aracaju e Estância, com seus respectivos números de casos sendo apresentados no gráfico 4. Dentre elas, a região de Estância se destaca com maior número de casos no período em questão, representando 24,85% dos casos de Sergipe, seguido de Lagarto, com 20,04% e Itabaiana, com 17,11%.

Tabela 1 - Perfil epidemiológico dos pacientes com DM1 em Sergipe, 2002-2012.

Características Sociodemográficas		N.º	%
Sexo	Feminino	763	62,2
	Masculino	464	37,8
Faixa etária	< 15 anos	48	3,91
	15 a 29 anos	140	11,41
	30 a 59 anos	663	54,03
	> 60 anos	376	30,64

Fonte: dados do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos Diabéticos, DATASUS (2023).

Gráfico 4 - Número de notificações de DM1 no estado de Sergipe, 2002-2012



Fonte: dados do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos Diabéticos, DATASUS (2023).

A maior parte das notificações de DM1 foram referentes a indivíduos de 30 a 59 anos, correspondendo a 663 casos (54,03%), apesar da DM1 ser conhecida como a “diabetes juvenil”, devido ao seu alto índice de diagnósticos em crianças e adolescentes mundialmente (World Health Organization, 2018). Nesse contexto, tal fato pode ser explicado pela fase prolongada de início da doença e pelas sutilezas na distinção dos diferentes tipos de diabetes, o que não possibilita saber ao certo a incidência dessa doença em pessoas com menos de 20 anos (ADA, 2017). Em relação ao sexo, 763 eram do sexo feminino (62,20%) e 464 eram do sexo masculino (37,8%). A maior prevalência de casos

femininos é justificada pelo fato das mulheres serem mais atentas aos cuidados com saúde e buscarem com mais frequência os serviços de atendimento, tendo assim mais acesso ao diagnóstico (Araujo Filho *et al.*, 2017).

Quanto às demais variáveis atribuídas às características epidemiológicas dos portadores, verificou-se que em 409 casos os indivíduos eram sedentários (33,33%), em 226 casos eram tabagistas (18,41%), 232 estavam com sobrepeso (18,90%), 59 possuíam pé diabético (4,8%), 36 já haviam sofrido acidente vascular encefálico (2,93%), 29 sofreram de algum tipo de doença renal (2,36%), 18 já haviam sofrido infarto agudo

do miocárdio (1,46%), 28 sofreram de algum outro tipo de doença coronariana (2,28%) e 19 foram submetidos à amputação de pé diabético (1,54%), como representado na tabela 2.

Entre os fatores de risco, esse estudo verificou que o sedentarismo se destaca com maior frequência entre os diagnosticados. Já entre as comorbidades, a amputação de pé diabético eleva-se como fator principal. Ademais, esses resultados são corroborados por outros estudos acerca do perfil epidemiológico de DM1 em outras áreas do Nordeste. No estado do Piauí, por exemplo, o sedentarismo também foi verificado como fator de risco de maior frequência (30,8%) no mesmo período (Araújo Filho *et al.*, 2017). Na cidade de Salvador (BA), a amputação de pé diabético também foi notificada como comorbidade mais recorrente (2,7%), no mesmo intervalo (Palmeira; Pinto, 2015). A prevalência

dessas lesões é explicada pelas alterações no processo de cicatrização provocadas pela hiperglicemia e pelas disfunções leucocitárias, o que leva pequenos ferimentos a evoluírem para infecções, que terminam em amputação quando não realizado tratamento adequado precocemente (Lima *et al.*, 2022).

Essas comorbidades metabólicas decorrentes do DM1 são consequências diretas do diagnóstico tardio e dos aspectos genéticos da patologia. Suas complicações se resumem em distúrbios que podem acometer todo o organismo e elevam os índices de morbimortalidade (Macedo *et al.*, 2019). Como consequência disso, indivíduos com diabetes, comparados aos indivíduos com doença cardiovascular, por exemplo, apresentam três vezes mais risco de morte decorrente de complicações cardiovasculares (Izar *et al.*, 2022).

Em suma, levando em consideração

Tabela 2 - Perfil epidemiológico dos pacientes com DM1 em Sergipe, 2002-2012.

		Presença em N.º absoluto	%	Ausência em N.º absoluto	%
Fatores de risco	Sedentarismo	409	33,33	818	66,66
	Tabagismo	226	18,41	1001	81,58
	Sobrepeso	232	18,9	995	81,09
Comorbidades	Pé Diabético	59	4,8	1168	95,19
	AVE	36	2,93	1191	97,06
	Doenças Renais	29	2,36	1198	97,63
	Infarto Agudo do Miocárdio	18	1,46	1209	98,53
	Outras Doenças Coronarianas	28	2,28	1199	97,71
	Amputação de Pé Diabético	19	1,54	1208	98,45

Fonte: dados do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos Diabéticos, DATASUS (2023).

o atraso do início dos sintomas na DM (Araujo Filho *et al.*, 2017), o conhecimento do perfil de pessoas acometidas com DM1 possibilita um melhor rastreamento e auxilia em um diagnóstico precoce pelos profissionais da saúde, implicando em um início de tratamento rápido, o que influencia em uma redução da frequência de complicações mais graves, haja vista a possibilidade de redução significativa dos níveis glicêmicos dos pacientes já em seu primeiro ano de tratamento (Souza *et al.*, 2018).

CONCLUSÃO

Os resultados alcançados por esse estudo possibilitaram perceber que o Estado de Sergipe apresentou o menor índice de casos de DM1 em comparação aos demais estados do Nordeste. Em relação as regiões de saúde, no Estado de Sergipe, a que se destacou com o maior número de casos foi Estância. Ao analisar as variáveis sociodemográficas das notificações apresentadas no período observado, constatou-se que a maior parte dessa população é da faixa etária de 30 e 59 anos e do sexo feminino. Em relação aos fatores de risco, a presença de sedentarismo nos portadores da doença teve a maior prevalência, seguida de tabagismo e sobrepeso. Quanto às comorbidades, a presença de pés diabéticos sugeriu maior predominância, seguido de AVE e doenças renais.

A partir dos resultados encontrados neste estudo foi possível constatar a

importância da notificação precoce dos casos de DM1 e do acompanhamento contínuo da evolução da doença, para evitar agravos bem como buscar melhoria na qualidade de vida. É necessário levar em consideração o meio onde o indivíduo está inserido para que essas mudanças possam ser efetivas de acordo com sua realidade. Dessa forma, o conhecimento do perfil epidemiológico dessa população pode auxiliar os profissionais e órgãos de gestão da saúde a desenvolver não só ações direcionadas à redução da incidência de DM1, como também estratégias para o seu controle.



REFERÊNCIAS

- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). 2. Classification and Diagnosis of Diabetes. **Diabetes Care** v. 40, 2017; Suppl. 1: S11–S24.
- ARAÚJO FILHO A. C. A. A. *et al.* Perfil epidemiológico do diabetes mellitus em um estado do nordeste brasileiro. **Rev Fund Care Online**, v. 9, n. 3, p 641-647, 2017.
- AKIL, A. A. S. *et al.* Diagnosis and treatment of type 1 diabetes at the dawn of the personalized medicine era. **Journal of translational medicine**, v. 19, n. 1, p. 1-19, abr. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **HiperDia Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/hipertensao-e-diabetes-hiperdia/>. Acesso em: 11/05/2023
- BRASIL. Resolução Nº 510, de 7 de Abril de 2016. **Diário Oficial da União**: n. 98, p. 44, 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 22/09/2023.
- DIMEGLIO, L. A.; MOLINA, C. E.; ORAM, R. A. Type 1 diabetes. **Lancet**, v. 391, n. 10138, p. 2449-2462, 2018.
- EHRMANN, D. *et al.* Risk factors and prevention strategies for diabetic ketoacidosis in people with established type 1 diabetes. **Lancet Diabetes Endocrinol**, v. 8, n. 5, p. 436-446, 2020.
- HAAK, T. *et al.* Therapy of type 1 diabetes. **Experimental and clinical endocrinology & diabetes**, v. 127, n. 1, p. 27-38, 2019.
- HOCHMANI, B. *et al.* Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, suppl 2, 2005.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html> Acesso em: 22/09/2023.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. (IDF). **Diabetes Atlas 8th edition**. Brussels, Belgium: 2017. Disponível em: https://diabetesatlas.org/upload/resources/previous/files/8/IDF_DA_8e-EN-final.pdf Acesso em: 22/09/2023.
- IZAR, M. C. O. *et al.* Manejo do risco cardiovascular: dislipidemia. **Disponível em: diretriz.diabetes.ag.br/manejo_do_risco_cardiovascular_dislipidemia/#citação**. Acesso em: 22/09/2023.

KIM, S. S. *et al.* A comprehensive integrated post-GWAS analysis of Type 1 diabetes reveals enhancer-based immune dysregulation. **PloS One**, v. 16, n. 9, e0257265, 2021.

LAMPOUSI, A. M. *et al.* Dietary factors and risk of islet autoimmunity and type 1 diabetes: a systematic review and meta-analysis. **eBioMedicine**, v. 72: 103633, 2021.

LESLIE, R. D. *et al.* Adult-Onset Type 1 Diabetes: Current Understanding and Challenges. **Diabetes Care**, v. 44, n. 11, p. 2449–2456, 2021.

LIMA L. J. L. *et al.* Avaliação do autocuidado com os pés entre pacientes portadores de diabetes melito. **Jornal Vascular Brasileiro**, e-20210011, 2022.

LUCIER, J.; WEINSTOCK, R. S. **Diabetes Mellitus Type 1**. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507713/> Acesso em: 22/09/2023.

MACEDO, J. L. *et al.* Perfil epidemiológico do diabetes mellitus na região Nordeste do Brasil. **Research, Society and Development**, v. 8, n. 3, p. 1-10, 2019.

NEVES, C. *et al.* Diabetes Mellitus Tipo 1. **Revista Portuguesa de Diabetes**, v. 4, n. 12, p. 159 – 167, 2017.

PALMEIRA, C. S.; PINTO, S. R. Perfil epidemiológico de los portadores de diabetes mellitus en salvador, bahia, brasil (2002-2012). **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 240-249, 2015.

PERES, S. H. C. S. *et al.* Estilo de vida em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1: uma revisão sistemática. **Ciências de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 21, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional (GEN), 2016. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2494325/mod_resource/content/2/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf Acesso em: 22/09/2023.

SOUZA, A. L. V. *et al.* Perfil e evolução clínica dos pacientes com diabetes mellitus tipo 1: Estudo longitudinal em um centro de referência secundária de Minas Gerais. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, e-1111, 2018.

ZORENA, K. *et al.* Environmental Factors and the Risk of Developing Type 1 Diabetes - Old Disease and New Data. **Biology**, v. 11, n. 4, p. 608, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Diabetes. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1. Acesso em: 22/09/2023.



Distribuição espacial e frequência da leishmaniose visceral canina no nordeste brasileiro: uma revisão sistemática.

^a Camila Caroline Carlini
^b Ándria Silveira Almeida
^c Michelle Barreto Gomes Melo
^d Allan Dantas dos Santos
^e Márcio Bezerra Santos
^f Roseane Nunes de Santana Campos
^g Adriana Gibara Guimarães
^h Priscila Lima dos Santos

Resumo

Introdução: o Brasil está entre os sete países responsáveis por mais de 90% dos casos de leishmaniose visceral humana (LVH), sendo a região Nordeste a mais endêmica. A LV também afeta cães, que apresentam sintomas debilitantes e podem ser fatais. Os cães são os principais hospedeiros desse parasita. No entanto, há carência de dados epidemiológicos sobre leishmaniose visceral canina (LVC) no Brasil, principalmente na região nordeste. **Objetivo:** realizar uma revisão sistemática para demonstrar a frequência e a distribuição espacial da LVC nos estados do nordeste do Brasil. **Métodos:** as seguintes bases de dados foram utilizadas para busca eletrônica: Google Scholar, Lilacs, Scopus, Pubmed, Scielo, Web of Science, Cochrane, OpenGrey e OpenThesis. Os descritores de busca foram: leishmaniose visceral canina, nordeste do Brasil, Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe. **Resultados:** a análise dos 73 artigos selecionados demonstrou uma frequência de LVC de 4,1% no Nordeste do Brasil, entre 1973 a 2022. O estado da Bahia apresentou a frequência (43,9%) e o Piauí a menor (1,9%). **Conclusão:** os dados demonstram, pela primeira vez, o caráter endêmico da LVC em toda a região nordeste e o caráter propício de disseminação de LVC nessa região. Esses dados também destacam a necessidade de ações governamentais e aprofundamento das pesquisas por parte da comunidade científica.

Palavras-chave: análise espacial; revisão sistemática; *Leishmania* sp.; leishmaniose visceral.

Frequency and spatial distribution of canine visceral leishmaniasis in northeast Brazil: a systematic review.

Abstract

Introduction: Brazil is among the seven countries responsible for more than 90% of cases of human visceral leishmaniasis (LVH), with the Northeast region being the most endemic. VL also affects dogs, which have debilitating symptoms and can be fatal. Dogs are the main reservoir hosts for this parasite. However, there is a lack of epidemiological data on canine visceral leishmaniasis (CVL) in Brazil, mainly in the northeast region. **Objective:** therefore, the aim of this systematic review was to demonstrate the frequency and spatial distribution of CVL in the northeastern states of Brazil. **Methods:** the following databases were used for search electronic: Google Scholar, Lilacs, Scopus, Pubmed, Scielo, Web of Science, Cochrane, OpenGrey e OpenThesis. The following descriptors were used: canine visceral leishmaniasis, northeastern Brazil, Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte and Sergipe. **Results:** the analysis of the 73 selected articles showed a frequency of CVL of 4.1% in Northeast Brazil, from 1973 to 2022. The state of Bahia had the highest frequency (43.9%) and Piauí the lowest (1.9%). **Conclusion:** these data demonstrate, for the first time, the endemic character of CVL throughout the northeast region and the propitious nature of this region for its development. These data also highlight the need for government actions and further research by the scientific community.

Keywords: spatial analysis; systematic review; *Leishmania* sp.; visceral leishmaniasis.

^a Camila Caroline Carlini - Post Graduate Program in Applied Sciences to Health, Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, Brasil, camilacaroline_2006@hotmail.com
^b Ándria Silveira Almeida - Post Graduate Program in Applied Sciences to Health, Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, Brasil, andria-almeida@hotmail.com
^c Michelle Barreto Gomes Melo - Post Graduate Program in Sciences to Health, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Brasil, michellebarretog@hotmail.com
^d Allan Dantas dos Santos - Department of Morphology, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Brasil, allanufs@hotmail.com
^e Márcio Bezerra Santos - Department of Morphology, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Brasil, bio_marcio2006@hotmail.com
^f Roseane Nunes de Santana Campos - Department Veterinary Medicine, Universidade Federal de Sergipe, Campus do Sertão, Brasil, roseane_nunes@hotmail.com
^g Adriana Gibara Guimarães - Department of Pharmacology, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Brasil, adrianaqibara@hotmail.com
^h Priscila Lima dos Santos - Department of Health Education, Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, Brasil, plimabio@gmail.com

INTRODUÇÃO

A leishmaniose visceral (LV) é uma antroponose crônica, também conhecida como calazar. É considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) uma doença tropical negligenciada e emergente, estando entre as dez principais doenças. Entre 2011 e 2021, houve um declínio de casos nos países da América, com exceção de 2020. Ao não tratar a doença adequadamente, a taxa de letalidade nos países em desenvolvimento pode chegar a 100% em dois anos (Costa *et al.*, 2015; Lins *et al.*, 2018; OMS, 2022).

O Brasil teve mais de 96% de novos casos humanos de LV registrados na América Latina em 2017 e está entre os sete países com maior número de casos registrados. Em 2021 os cinco municípios com maior quantidade de casos na América Latina foram no Brasil, sendo dois, São Luís e Fortaleza, no nordeste do país (OMS, 2019; OMS, 2021).

A região nordeste do Brasil é a área mais endêmica para a doença, devido a diversidade climática, onde prevalece um ambiente quente e úmido que favorece o ciclo evolutivo do vetor (Brito *et al.*, 2016; Lins *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2017). Esse vetor se chama flebotomíneos hematófagos *Lutzomyia longipalpis*. As fêmeas ingerem a *Leishmania* sp. na forma de amastigotas, através do repasto sanguíneo, que no organismo do flebotomíneo sofre diferenciações até a forma infectante do parasita, a promastigota metacíclica (Mendonça *et al.*, 2017; Schimming; Silva, 2012)

Os casos de LV no Nordeste do Brasil

começaram a ser notificados na década de 1950, com o primeiro surto na cidade de Sobral, estado do Ceará. A transmissão da LV também foi relatada pela primeira vez nessa região, na cidade de Teresina, capital do estado do Piauí, no início da década de 1980 (Gontijo; Melo, 2004). O relatório da OMS de 2019 mostrou que, na região nordeste, o estado do Maranhão apresenta vários estágios de contaminação, variando de baixo a muito alto o número de casos, mostrando que a LV, nesse estado, é um dos principais problemas de saúde pública (Nogueira *et al.*, 2021; OMS, 2019).

Recentemente, as ocorrências de LV têm aumentado em áreas urbanas. Os cães desempenham um papel importante nesta doença, na medida em que atuam como o principal reservatório de *Leishmania* sp. nestas áreas. No entanto, estima-se que cerca de 70 espécies animais podem ser infectadas com *Leishmania* sp., como gatos, marsupiais, ratos e cavalos, porém não há certeza se eles podem ser considerados reservatórios (Morales - Yuste *et al.*, 2022; OMS, 2019).

Além disso, os sinais clínicos dessa doença são semelhantes aos de outras parasitoses. Os cães podem apresentar febre, perda de peso, onicogribose, dermatites (principalmente no focinho e orelhas) e problemas oftalmológicos, que podem levar a erros de diagnóstico (Morales - Yuste *et al.*, 2022; Schimming; Silva, 2012).

Embora diagnosticar e tratar os casos de leishmaniose visceral humana (LVH) seja importante, isso não constitui uma medida de controle, pois o ser humano não desempenha

um papel decisivo no ciclo do parasita. Canídeos continuam sendo o reservatório mais importante, especialmente em áreas urbanas. Assim, o controle de vetores e reservatórios em áreas endêmicas são as estratégias públicas mais utilizadas (Morales-Yuste *et al.*, 2022; Werneck, 2014).

Sabendo da importância dessa patologia e que a região Nordeste do Brasil é a que apresenta um quantitativo de casos elevados no país, esta revisão sistemática tem como objetivo demonstrar a frequência e distribuição espacial dos casos de LVC na região.

MÉTODOS

Este estudo analisou artigos publicados sobre LVC no nordeste do Brasil, para responder à seguinte pergunta norteadora: "Com que frequência ocorre leishmaniose visceral canina no nordeste do Brasil?". Não houve restrição quanto à data de publicação.

Esta revisão sistemática seguiu as diretrizes PRISMA (do inglês, Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis), e a estratégia PECOS foi: P - paciente ou problema a ser abordado (cães); E - exposição a ser considerada (nordeste do Brasil); C - comparador a ser considerado (não se aplica); O - desfecho de interesse (casos de LVC); S - desenho do estudo (epidemiológico) (Brasil, 2014; Moher *et al.*, 2015).

Critérios de elegibilidade

Foram incluídos nesse estudo, estudos epidemiológicos abordando a

frequência, prevalência ou ocorrência de LVC em municípios e/ou estados da região Nordeste. Foram excluídos estudos que apresentassem apenas dados sobre LVH ou outras espécies animais, estudos sobre outras regiões do Brasil e outros países, somados a relatos de casos, estudos caso-controle e resumos submetidos a congressos.

Estratégia de busca de artigos

Para elaboração da estratégia de busca, foram usadas as seguintes palavras-chave e seus respectivos sinônimos no MeSH (do inglês, *Medical Subject Headings*) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), que atenderam aos critérios do PECOS: leishmaniose visceral; cães; Brasil; Sergipe; Alagoas; Bahia; Pernambuco; Paraíba; Rio Grande do Norte; Maranhão; Piauí; Ceará.

Após a definição dos descritores, foi aplicada a seguinte estratégia de busca (visceral leishmaniasis) OR (kala-azar) OR (kala azar) OR (black fever) OR (fever black)) AND (canine) OR (dogs) OR (canis familiaris)) AND ((Brazilian northeast) OR (Alagoas) OR (AL) OR (Bahia) OR (BA) OR (Ceará) OR (CE) OR (Maranhão) (MA) OR (Paraíba) OR (PB) OR (Pernambuco) OR (PE) OR (Rio Grande do Norte) OR (RN) OR (Piauí) OR (PI) OR (Sergipe) OR (SE), em nove bases de dados eletrônicas: Google Scholar, Lilacs, Scopus, Pubmed, Scielo, Web of Science, Cochrane, OpenGrey e OpenThesis, nos idiomas português e inglês. Na atualização de revisão de dezembro de 2022, a base de dados OpenGrey estava inacessível e essa base de dados não foi atualizada.

Os autores (CCC e ASA) realizaram buscas e análises independentes dos artigos. Na primeira busca, os artigos foram analisados quanto ao título e resumo, artigos duplicados foram excluídos e as divergências foram sanadas por um terceiro autor (PLS). Aqueles que atenderam aos critérios de elegibilidade foram selecionados para leitura do texto completo. O Kappa foi estabelecido como 0,503, $p < 0,077$ (intervalo de confiança, IC: 0,353 a 0,653), o que indica concordância moderada entre os autores.

Muitos dos estudos avaliados apresentaram dados que foram descritos como prevalências. No entanto, eles não usaram o número total de cães da população, mas sim o número de animais tratados na pesquisa. Portanto, no presente estudo, foi utilizado o termo frequência. Dos artigos incluídos, foram extraídos os seguintes dados: municípios do estudo, estado, frequências, número de animais analisados, número positivo para leishmaniose, fonte de dados, informações sobre casos humanos na região e presença de flebotomíneos.

Risco de viés

Para avaliar o risco de viés entre os artigos incluídos, foram utilizadas as recomendações do STROBE (do inglês, *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*). Estes fornecem uma lista para verificação do título, introdução, metodologia, resultado, discussão e financiamento, através de 22 perguntas.

Análises de distribuição espacial

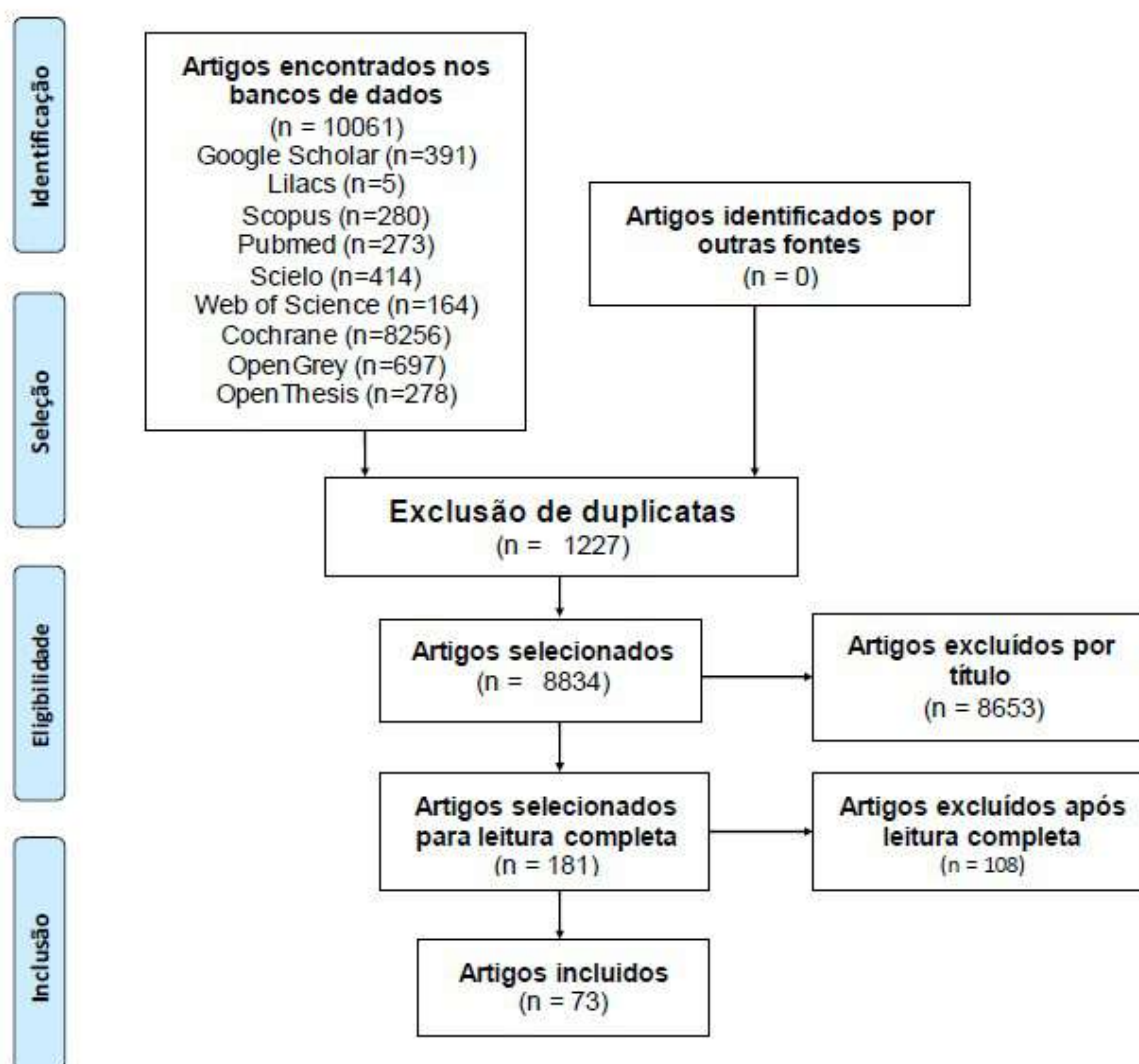
Os mapas de análise espacial foram elaborados utilizando-se o software Qgis 3.4.11 (do inglês, Qgis *Development Team*; Projeto de Fundação Geoespacial de Código Aberto). A entrada de dados foi o número de casos de LVC por município da região analisada. A base cartográfica da região nordeste do Brasil, em formato shapefile, e a latitude/longitude do sistema de projeção geográfica (do inglês, *Geodesic Reference System*; SIRGAS 2000) foram obtidas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

RESULTADOS

Descrição dos estudos sobre LVC

A estratégia de seleção dos artigos está descrita na Figura 1. Foi encontrado um total de 10.061 artigos. Dentre estes 1.227 foram excluídos por serem duplicados e 8.835 artigos não se enquadravam nos critérios de elegibilidade. Assim, este estudo, incluiu e analisou 73 artigos para esta revisão. As características dos estudos são apresentadas na Tabela 1.

Figura 1: Fluxograma descrevendo a estratégia de seleção de manuscritos



Fonte: autoria própria (2023).

Tabela 1: Dados gerais das publicações selecionadas

(Continua)

ARTIGO	ANO DE COLETA	ESTADO	CIDADE	FREQUÊNCIA (%)	AMOSTRA (ANIMAL)	POSITIVO	DADOS
Amóra et al., 2006	2003-2004	RN	Mossoró	37.87%	196	75	SINAN e CCZ
Andre et al., 2013	2006-2012	RN	Mossoró	16.1%	31,062	5010	Dados primários
Araujo et al., 2016	2013-2014	PE	Petrolina	37.30%	1,245	464	Dados primários
Ashford et al., 1998	1989-1993	BA	Jacobina	22.40%	848	190	Dados primários
Barbosa et al., 2010	2006-2007	MA	São Luís	67.00%	100	67	Dados primários
Barbosa et al., 2015	2012	RN	Natal	10.30%	1,426	147	Dados primários
Barboza 2006	2003-2004	BA	Lauro de Freitas Camaçari	17.4% 18.5%	147	27	Dados primários
Barboza et al., 2009	2006-2007	BA	Salvador	0.7%	811	6	Dados primários
Bernardino et al., 2020	2017	PB	Brejo Paraibano	29,3%	409	120	Dados primários
Braz et al., 2021	2018	PB	Mãe D'Água	18,6%	150	28	Dados primários
Brasil et al., 2018	2015-2016	PB	João Pessoa	2.80%	384	11	Dados primários
Brito et al., 2016	2011	PB	Campina Grande	4.30%	391	50	Dados primários
Campos et al., 2017	2008-2014	SE	Aracaju	7.07%	–	–	SINAN e CCZ
Castro, 2008	2002-2005	MA	Imperatriz	3.92%	29,016	1111	SMS
Caulcanti et al., 2017	2014-2015	PI	Florianópolis	41.80%	9,000	121	Dados primários
Costa et al., 2014	2006-2012	RN	Mossoró	39.00%	71	28	Dados primários
Costa et al., 2015	2012-2013	MA	São Bento Baixada Maranhense Cururupu Mangue Caxias Mata dos Cocais (São Luís)	59.16%	960	568	Dados primários

(Continuação)

Cunha et al., 2022	2011-2018	RN	Every state	10,6%	231123	24642	SMS e LACEN
Dantas-Torres, 2006	1995-2006	PE	Paulista	40.30%	322	130	Dados primários
Dantas-Torres et al., 2005	2003-2004	PE	Recife	0.00%	85	0	Dados primários
Dantas-Torres et al., 2010	Jun/05	PE	São Vicente Ferrér	29.3%	41	12	Dados primários
Evaristo et al., 2020	2016-2017	PE	Afrânio Dormentes Cabrobó Lagoa Grande Orocó Santa Maria da Boa Vista	42,8%	462	198	Dados primários
Evaristo et al., 2021	2014-2015	PE	Petrolina	87,1%	178	155	Dados primários
Felipe et al., 2011	2006-2008	MA	Raposa	47.80%	138	66	Dados primários
Fernandes et al., 2016	2013-2014	PB	João Pessoa Campina Grande Sousa Cajazeira Patos	5.9% 3.6% 7.2% 4% 18.4%	1,043	81	Dados primários
Fernandes et al., 2018	2014-2015	PB	Brejo da Cruz	6.00%	200	12	Dados primários
Ferreira et al., 2013	2013	PB	Areia	69.40%	36	25	Dados primários
Fraga et al., 2012	1997-2010	BA	Jequié	31.10%	421	249	IOC e CCZ
Freitas et al., 2010	2005-2009	EC	Fortaleza	72.20%	359,522	2829	Dados primários
Garcia, 2004	2002-2003	MA	Raposa	39.71%	350	139	Dados primários
Goes et al., 2012	1999 - 2008	IF	Aracaju	5.40%	58,161	3140	SINAN e CCZ
Gonçalves, 2014	2011-2012	BA	Camaçari	19.80%	800	158	Dados primários
Guedes et al., 1974	1973	PB	João Pessoa	3.80%	424	16	Dados primários

(Continuação)

Guimarães et al., 2005	2005	MA	São José de Ribamar	22.70%	79	18	Dados primários
Julião, 2007	2002-2003	BA	Camaçari	21.70%	258	56	Dados primários
Junior et al., 2015	2010	BA	Buerarema	50.30%	292	147	Dados primários
Leite, 2014	2007-2012	BA	Barreiras	60.80%	7,581	4614	SMS
Lima et al., 2012	1990-2010	RN	Parnamirim	32.50%	346	101	Dados primários
Lins et al., 2018	2016	PE	Garanhuns	2.40%	242	6	Dados primários
Martins, 2008	2008	AL	Maceió	1,9%	425	8	Dados primários
Matos et al., 2006	2004-2005	RN	Mossoró	28.00%	139	39	Dados primários
Melo et al., 2006	2004	BA	Lauro de Freitas, Camaçari e Dias D'Ávila	87.00%	209	182	Dados primários
Morais et al., 201	2012	PE	Recife	76.00%	275	209	Dados primários
Nogueira et al., 2021	2020	MA	São Luís	45,8%	190	87	Dados primários
Oliveira et al., 2021	2020	SE	Itabi Nossa Senhora da Glória Nossa Senhora Aparecida São Miguel do Alexo Frei Paulo Itabaiana Aracaju São Cristóvão Nossa Senhora das Dores	34,69%	467	162	Dados primários
Oliveira et al., 2005	2005	BA	Salvador	26.73%	101	27	Dados primários
Oliveira et al., 2010	2002	BA	Dias D'Ávila	6.70%	312	21	Dados primários
Oliveira et al., 2016	2012	BA	Ituberá	15.00%	399	134	Dados primários

(Continuação)

Perez et al., 2016	2013-2014	PI	São João	7%	129	9	Dados primários
Pessoa-e-Silva, et al., 2019	2014	PE	Caruaru; Goiana	100% 37.36%	125	48	Dados primários
Pimentel et al., 2015	2001 - 2010	PE	Petrolina	19.10%	600	115	Dados primários
Queiroz et al., 2009	1990-2002	RN	Natal São Miguel	79.6% 20.6%	151	63	Dados primários
Rocha et al., 2018	2007-2013	AL	Every state	9.90%	45,112	4466	CCZ e LACEN
Rodrigues et al., 2017	2009-2013	EC	Fortaleza	5.7%	537,567	30722	SINAN e SMS
Rondon et al., 2008	2005-2007	EC	Fortaleza	23.9%	1381	331	Dados primários
Sales, 2019	2015-2016	PE	Pesqueira	12.60%	300	38	Dados primários
Santos et al., 2010	2007	PE	Garanhuns	16.00%	256	41	Dados primários
Santos et al., 2014	2004-2010	PI	Bom Jesus	7.55%	53	4	Dados primários
Seixas, 2012	2009-2010	BA	Lauro de Freitas, Camaçari	21.29%	216	46	Dados primários
Silva e Braga, 2010	2003-2005	PE	São Vicente Ferrér	12.30%	503	62	Dados primários
Silva et al., 2021	2015-2016	PB	Santa Luzia	15,49%	749	116	Dados primários
Silva et al., 2021	2015-2016	PB	Santa Luzia	15,49%	749	116	Dados primários
Silva et al., 2021	2020	PI	Teresina	18,6%	742	138	CCZ
Silva et al., 2010	2006	BA	Camaçari	14.80%	358	53	Dados primários
Silva et al., 2016	2012	PB	Patos	12.98%	362	41	Dados primários
Silva et al., 2017	2015	PB	São José de Espinharas Santa Terezinha São Mamede São José do Bonfim Patos	37.7% 26% 39.4% 16.1% 40.2%	306	118	Dados primários

(conclusão)

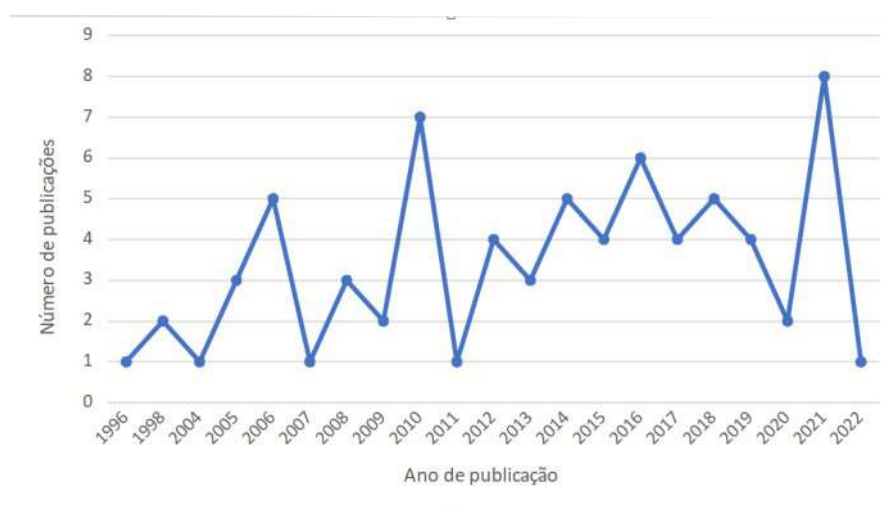
Silva et al., 2018	2011	PB	Cajazeiras Patos Uiraúna Sousa	20% 7.2% 16.3% 10.5%	411	53	Dados primários
Silva et al., 2019	2009-2018	AL	Taquarama	4.40%	467	21	SMS e LACEN
Sousa-Paula, 2019	2008-2017	EC	Sobral	3.80%	73,964	2,833	Dados primários
Souza et al., 2014	2005-2010	PE	Caruaru	16.20%	7,740	1258	CCZ e SMS
Varjão et al., 2021	2018-2019	BA	Muritiba	15,17%	351	55	Dados primários
Veloso et al., 2021	2020	PI	Teresina	39%	810	–	Dados primários
Vexenat, 1998	1985-1992	PI	Teresina	1.90%	559,977	10944	SMS

Fonte: dados da pesquisa (2023).

Os artigos analisados foram publicados entre 1974 e 2022 (gráfico 1) e o primeiro registro de LVC na região Nordeste do Brasil foi no estado da Paraíba em 1974. Observou-se uma tendência crescente no número de artigos sobre LVC ao longo do período de tempo deste estudo. O maior número de artigos publicados foi publicado entre 2010 e

2011, tendo um aumento entre 2020 e 2021. Além disso, foi observado que 95% dos artigos avaliados foram publicados, entre 2004 e 2021. Antes de 2004, apenas 3 publicações foram encontradas, sobre a temática pesquisada.

Gráfico 1: Tendência temporal dos artigos sobre LVC na região Nordeste do Brasil (1974 – 2022).



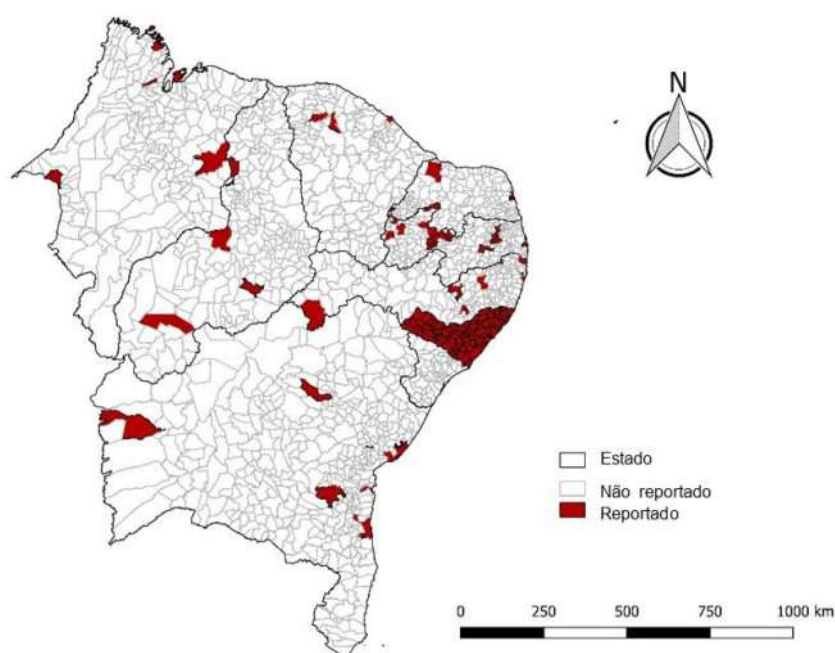
$$(y = 0.1982x + 1.2807; R^2 = 0.4023)$$

Fonte: dados da pesquisa (2023).

Os estudos avaliados foram realizados apenas em 170 (9,4%) dos 1.794 municípios da região Nordeste (Figura 2). Além disso, 101 desses municípios (66,88%) estão no Estado de Alagoas e foram avaliados em um único artigo através da avaliação de dados secundários (Rocha *et al.*, 2018). Os estados com maior número de estudos foram Bahia

(22%), Pernambuco (18%), Paraíba (17%), Rio Grande do Norte (11%) e Maranhão (10%). Os Estados com os maiores períodos de estudo foram Pernambuco e Rio Grande do Norte (23 anos cada) e os períodos mais curtos foram observados nos Estados de Alagoas, Maranhão e Paraíba (8 anos cada).

Figura 2: Distribuição espacial dos municípios com dados sobre LVC no Nordeste do Brasil, a partir de manuscritos publicados no período de 1974 a 2010.



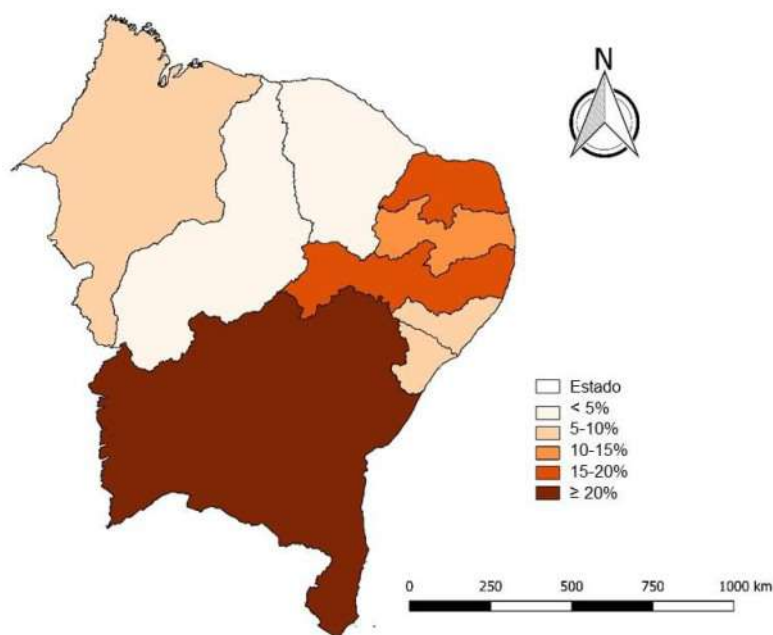
Fonte: dados da pesquisa (2023).

Um total de 2.015.456 cães foram avaliados em relação à infecção por *Leishmania* sp., e a frequência de cães positivos foi de 4,9% (n = 100.362), ao longo do período de 48 anos desta revisão. A Figura 3 ilustra a distribuição espacial dos casos de LVC no Nordeste do Brasil por Estado, entre 1973 e 2020. Conforme descrito acima, o Estado da Bahia apresentou a maior frequência de LVC (43,2%), seguido por Pernambuco (21,3%), Paraíba (13,79%), Rio Grande do Norte (16,38%), Alagoas (9,9%), Maranhão (6,67%), Sergipe (5,73%), Ceará (3,78%) e Piauí (2,02%).

Frequência de LVC no Nordeste do Brasil

O Quadro 1 apresenta os dados gerais dos 73 artigos selecionados para compor esta revisão. Foram tabuladas informações sobre o período, o município e o estado de origem dos casos apresentados nos estudos, bem como, achados de cães positivos para *Leishmania* sp. (% e n), número total de cães (n), fonte de dados, dados de LVH, número de cães eutanasiados e presença de flebotomíνας.

Figura 3: Distribuição espacial dos casos de LVC no Nordeste do Brasil, de 1973 a 2022.



Fonte: autoria própria (2023).

A análise dos dados da LVC revelou que a prevalência de cães positivos variou de 0,0% em Recife, Pernambuco (Dantas-Torres *et al.*, 2005), a 87,1% relatada por Barrouin-Melo *et al.* (2006) em três municípios do Estado da Bahia. Além disso, 14 artigos analisados (22,6%) apresentaram frequências de cães positivos acima de 40%, principalmente na Bahia, Pernambuco e Maranhão. O número total de cães avaliados variou de 36 a 559.977. Para fins de sistematização, os dados são descritos a seguir de acordo com cada estado da região Nordeste do Brasil.

Bahia

A frequência média de ocorrência no estado da Bahia foi de 43,2%. Casos de LVC são registrados na Bahia desde 1989, em Jacobina, na região norte deste estado

(Ashford *et al.*, 1998). Oito dos 16 estudos selecionados analisaram a região metropolitana da Bahia, que abrange a capital do estado (Salvador) e os municípios de Camaçari, Lauro de Freitas e Dias D'Ávila, entre outros. Nessa região, a frequência tem oscilado: de 6,7% em Dias D'Ávila em 2002 (Oliveira *et al.*, 2010) para 87% em três municípios em 2004 (Barrouin-Melo *et al.*, 2006) e de volta para 21,3% nos municípios de Lauro de Freitas e Camaçari em 2010 (Seixas *et al.*, 2012), que constituem o recorde mais recente nessa região. As maiores incidências descritas no estado foram encontradas na região metropolitana (87%) (Barrouin-Melo *et al.*, 2006), região oeste (Barreiras - 60,8) (Leite, 2014), região sul (Buerarema - 50,3%) (Leça Júnior *et al.*, 2015) e região sudoeste (Jequié - 31,1%) (Paranhos - Silva *et al.*, 1996).

Pernambuco

A frequência média no Estado de Pernambuco foi de 19,5%. O primeiro estudo publicado apresentou dados da capital Recife, com frequência de infecção por LVC de 0% entre 85 cães analisados entre 2003 e 2004 (Dantas-Torres *et al.*, 2005). No entanto, os dados coletados do ano de 2012 da capital Recife mostraram uma frequência de 76% entre 275 cães (Morais *et al.*, 2013). Altas taxas de infecção também foram relatadas nas regiões do interior do Estado, a saber: área rural de São Vicente Ferrer (29,3%) (Dantas-Torres *et al.*, 2010); Paulista (40,3%) (Dantas-Torres, 2006); e Petrolina (37%) (Araujo *et al.*, 2016).

Rio Grande do Norte

De um total de sete estudos realizados no estado do Rio Grande do Norte, com frequência média de 16,3%, quatro deles relataram a frequência de LVC no município de Mossoró, distante 278 quilômetros da capital do estado, Natal (Amóra *et al.*, 2006; André *et al.*, 2013; Costa *et al.*, 2014; Matos *et al.*, 2006). Comparando cães de áreas urbanas e rurais, Amóra *et al.* (2006) relataram frequências de 43% e 50%, respectivamente.

Em Natal, 10,3% dos 1.426 cães analisados por Barbosa *et al.* (2015) foram positivos para teste sorológico. Na região metropolitana de Natal, Lima *et al.* (2012) descreveram uma frequência de 32,5% em Paranamirim. Queiroz *et al.* (2009) avaliaram 54 cães em diferentes municípios da região metropolitana e relataram que a frequência

de LVC foi de 79,6%. Neste mesmo estudo, cães da região oeste do Estado, no município de São Miguel, foram avaliados: a frequência de positividade sorológica para *Leishmania* sp. foi de 20,6%.

Paraíba

A Paraíba teve frequência média de 13,79%. O primeiro estudo publicado na região Nordeste do Brasil foi desenvolvido na região litorânea do Estado, na capital João Pessoa, em 1974. Nesse estudo 16 (3,8%) dos 424 cães avaliados tiveram sorologia positiva para LVC (Guedes *et al.*, 1974). Quarenta anos depois, a frequência de cães positivos aumentou para 5,9%.

Entre 2015 e 2016, os dados do Brasil demonstraram que a frequência de cães com sorologia positiva para LVC havia diminuído para 2,8% (Brasil, 2018). No estudo de Fernandes *et al.* (2016) avaliaram a capital João Pessoa e 4 municípios do interior entre 2013 e 2014. A segunda maior frequência foi encontrada em Patos com (40,2%), em estudos realizados nas regiões do interior denominados de assentamentos que continham um grupo de 5 municípios na Paraíba resultando em uma frequência de 38,6% (SILVA *et al.*, 2017), e a menor em Campina Grande (3,6%) (FERNANDES *et al.*, 2016).

A região do Brejo Paraibano teve alta frequência com 29,3% (Bernardino *et al.*, 2020), e o município de Mãe D'Água com 18,6% (Braz *et al.*, 2021). O município de Patos foi avaliado em outros três estudos, que relataram aumento na frequência de positividade para LVC em cães: 7,2% em 2011

(Silva *et al.*, 2018); 11,3% em 2012 (Silva *et al.*, 2016); 18,4% em 2015 (Fernandes *et al.*, 2016). A maior frequência foi encontrada em Areias (69,4%), porém o estudo avaliou apenas 36 animais (Ferreira *et al.*, 2013).

Alagoas

Os estudos analisados referente ao Estado de Alagoas apresentaram frequência média de 9,9% para os casos de LV. No estudo retrospectivo desenvolvido por Rocha *et al.* (2018) foram avaliados os casos de LVC ocorridos em um período de sete anos em todo o Estado de Alagoas. Os dados utilizados para o estudo foram de 45.112 cães registrados nos Centros de Controle de Zoonoses (ZCCs) e no Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) desse Estado, os autores relataram uma frequência de LVC de 6,1% entre 2007 e 2013. A maior frequência foi registrada em 2007 (30%) e a menor em 2012 (6,1%). Em Maceió, capital do Estado, observou-se que 1,9% das 425 amostras de soro canino analisadas foram positivas para LVC em 2008 (Martins, 2008). No município de Taquarema, interior do Estado, os dados disponibilizados pelo setor de endemias da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) registrou ao todo 13 novos casos de LVC no primeiro trimestre de 2018 (Silva *et al.*, 2019).

Maranhão

Os sete estudos publicados com dados referente aos casos de LV do Estado do Maranhão apresentaram frequência

média de 6,67%. Dois estudos descreveram altas taxas de infecção por LVC na capital São Luís. Barbosa *et al.* (2010) relataram uma frequência de 67% entre os anos de 2006 e 2007, enquanto Nogueira *et al.* (2021) observaram uma frequência de 45,8% entre 2013 e 2016. Ambos os estudos foram realizados em uma região endêmica para LV humana. Costa *et al.* (2015) em estudo realizado entre 2012 e 2013, avaliou 6 municípios maranhenses que possuíam seis diferentes ecossistemas e, neste estudo, a frequência geral de municípios foi de 59,1%. No município de Raposa, também no Maranhão, foram realizados dois levantamentos: Garcia (2004) encontrou uma frequência de 47,8% em uma amostra de 138 animais enquanto Felipe *et al.* (2011), encontraram uma frequência de 39,7% em sua pesquisa entre 2006 e 2008.

Sergipe

Dois estudos realizados no Estado de Sergipe no período de 15 anos, apresentaram uma frequência média de 5,5%. Goes *et al.* (2012) relataram que a frequência de cães positivos para LVC entre 1999 e 2008 foi de 5,4%. No período subsequente, de 2008 a 2014, Campos *et al.* (2017) observaram que a frequência na população canina aumentou 7,1%. Os dados referentes ao interior do Estado não foram analisados.

Ceará

Dentre os nove Estados da região Nordeste, o Ceará apresentou a menor frequência média, de 1,9%. Dentre os quatros

estudos publicados no Ceará, três deles apresentaram dados da capital, Fortaleza.

Entre novembro de 2005 e fevereiro de 2007, cães errantes e domiciliados em Fortaleza apresentaram frequências de soropositividade para LVC de 21,4% e 26,2%, respectivamente (Rondon *et al.*, 2008). Freitas *et al.* (2010) analisaram a medula óssea de 2.829 cães domésticos entre março de 2005 e fevereiro de 2009, e observaram frequência de soropositividade de 72,2%. Entre 2009 e 2013, Rodrigues *et al.* (2017) constataram que a frequência de LVC foi de 5,7%, por meio da avaliação de 39.626 animais. No interior, no município de Sobral, utilizando dados do CCZ, Sousa-Paula *et al.* (2019) constataram que a frequência de soropositividade para LVC entre 2008 e 2017 foi de 3,8% (2.833/73.964).

Piauí

Dos seis estudos realizados no estado do Piauí, quatro municípios diferentes foram avaliados e a capital, que apresentou frequência de LVC de 1,9% (VEXENAT, 1998). Em Bom Jesus, entre 53 cães selecionados em um raio de 200 metros de casas em que foram registrados casos de LV humana, a soropositividade para LVC foi encontrada em 7,55% (Santos *et al.*, 2014). Em São João do Piauí, dos 129 cães analisados, 9 (6,9%) apresentaram positividade para *L. infantum* (Perez *et al.*, 2016). Em Floriano, usando dados de seu CCZ, Cavalcanti *et al.* (2017) relataram que 121 casos de LVC ocorreram entre 2014 e 2015 e, com base no número estimado de

cães na área urbana, calcularam que a frequência dessa parasitose era de 41,8%. Dois estudos recentes, publicados em 2021, avaliaram a capital Teresina, mas um restringiu sua pesquisa a apenas um distrito do município, obtendo uma frequência de 18,6% (Silva *et al.*, 2021), e o segundo abrangeu 10 distritos que corresponderam a 50% dos casos de HVE entre 2008 e 2010, obtendo amostra maior e frequência de 39%.

Análise de viés

Foi utilizada a estratégia STROBE para análise dos 73 artigos selecionados. No geral, houve uma falha metodológica importante, de modo que 43 desses artigos não atenderam ao requisito da questão 4, ou seja, não indicaram os elementos-chave do desenho do estudo. Além disso, as questões 9 e 10, que abordam o viés de publicação e a questão de como o tamanho da amostra foi determinado, não foram seguidas por 36 e 47 dos artigos, respectivamente. Entre as 22 questões levantadas no STROBE, apenas as questões 18 e 20, que se referem a se os autores descreveram os principais resultados e os discutiram, foram abordadas de forma satisfatória em todos os artigos publicados.

A ausência de estudos epidemiológicos em cães, ou sua fragilidade, pode ser explicada por alguns fatores: dificuldade em coletar e analisar um número representativo da população canina; inviabilidade de monitoramento de animais para estudos de coorte; e ausência de estratégias de triagem aliadas à indisponibilidade de banco de dados, seja municipal, estadual ou nacional.

DISCUSSÃO

Esta revisão sistemática reuniu levantamentos de dados epidemiológicos sobre a LVC na região Nordeste do Brasil e destacou as frequências em cada estado. No entanto, os dados desses estudos refletem apenas parcialmente a realidade dessa região, pois apenas 8,75% dos municípios da região foram analisados em 46 anos de pesquisa, dos quais a frequência absoluta de cães LV positivos foi de 4,2%. A dificuldade em obter dados realistas que seguissem o mesmo padrão de coleta e processamento foi uma das limitações deste estudo, por isso foram mantidas as publicações que tivessem o valor da frequência na região estudada, independentemente do método diagnóstico utilizado.

Apesar do longo período entre a primeira e a última publicação encontrada, o que pode ser considerado um viés para a publicação desta revisão, podemos analisar quando houve maior interesse na busca de novos casos de LVC, fato ocorrido após 2004, visto que antes deste ano existem apenas três estudos epidemiológicos publicados, dois em 1998 e o primeiro em 1974 (Ashford *et al.*, 1998; Guedes *et al.*, 1974; Vexenat, 1998).

O aumento do número de casos e a falta de um medicamento para tratamento eficaz em cães podem ter sido fatores que contribuíram para o aumento das pesquisas. Em 2008, foi proibido, no Brasil, o tratamento de cães com medicamentos de uso humano (Brasil, 2008) e a recomendação da OMS era que cães infectados fossem eutanasiados, que é a medida de controle da doença mais

polêmica, visto que muitos tutores não querem sacrificar seus cães porque os veem como membros da família.

Em 2016 o Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento e pelo Ministério da Saúde liberou o medicamento para o tratamento LVC (Brasil, 2016), porém, o alto custo desse produto acaba impossibilitando o tratamento do animal, voltando-se a necessidade de recomendar a eutanásia, mesmo que as pesquisas mostrem que essa recomendação tem pouco ou nenhum impacto na propagação da doença (Vaz *et al.*, 2020; Werneck *et al.*, 2014), pois hoje se sabe que cães não são os únicos animais infectados com *Leishmania* sp. No entanto, outros animais com contato direto com humanos, como gatos, cavalos e galinhas, não tem confirmação de poderem ser considerados reservatórios (Roque; Jansen, 2014; Sousa *et al.*, 2021).

Dentre os nove Estados da região Nordeste, a Bahia, a Paraíba e o Estado de Pernambuco apresentaram os maiores números de publicações com os maiores índices de LVC. A presença da instituição pública de pesquisa Fundação Oswaldo Cruz que tem como objeto de estudo pesquisas nas áreas epidemiológica e terapêutica da leishmaniose visceral canina, pode explicar o maior número de artigos disponíveis. Porém, mesmo nesses Estados, o conhecimento sobre o impacto da LVC em municípios distantes das capitais é escasso. No Rio Grande do Norte, mais de 50% dos estudos foram realizados em Mossoró (Amóra *et al.*, 2006; André *et al.*, 2013; Costa *et al.*, 2014; Matos *et al.*, 2006), onde se encontra o centro da instituição

federal que oferece o curso de medicina veterinária.

Foram encontrados boletins epidemiológicos sobre a LV nos diferentes Estados da federação que mostram os índices da doença em alguns períodos determinados. No entanto, apenas os boletins dos Estados da Bahia e do Ceará apresentaram dados caninos. Esses arquivos não foram incluídos neste levantamento por estarem fora dos padrões determinados na metodologia desta revisão, mas podem servir de exemplo para outros Estados (Brasil, 2022a; Brasil, 2022b).

Em artigos publicados usando dados secundários, esses dados foram coletados dos CCZs. Os dados mostraram que nos municípios em que o CCZ buscou ativamente novos casos, a frequência de cães positivos diminuiu. No entanto, em locais onde a frequência de cães positivos foi estimada através de dados de conveniência (avaliando apenas os sinais e sintomas de LVC), as frequências tenderam a ser maiores. Um estudo realizado em Presidente Prudente - SP (Souza *et al.*, 2019) avaliou e destacou a importância dos CCZs para o controle da LVC, demonstrando que, nos municípios em que os CCZs têm atividade baixa ou inexistente, a ação dos agentes de combate às endemias que atuam nesses órgãos públicos na busca de casos de LVC é reduzida ou não existe, não havendo uma conscientização da população.

No estudo realizado por Nogueira *et al.*, (2021), foram pesquisados casos de LVC em um período em que o CCZ na cidade de São Luís - MA foi desativado por falta de financiamento e estrutura, e encontraram

frequência de 45,8% em área endêmica do município que tinha cobertura do referido órgão. Locais que implementam buscas ativas para *Leishmania* sp. também levam conhecimento à população, ajudando assim no combate à doença.

No Brasil, não há obrigatoriedade de registro dos casos de LVC. Por outro lado, os casos detectados em seres humanos precisam ser notificados ao Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Essa ausência de registro afeta os dados sobre a real prevalência da doença em cães, o que pode levar à subnotificação dos casos, favorecendo a manutenção do ciclo de transmissão da LV (Brasil, 2017). Uma sugestão viável é a criação de um banco de dados de casos caninos, de forma que torne obrigatória a notificação, não só para CCZs, mas também para clínicas, laboratórios e veterinários autônomos.

Apesar de 23% dos estudos avaliados apresentarem frequências de LVC acima de 40%, houve flutuações significativas entre as frequências relatadas nesses estudos. Isso pode ser explicado pelos diferentes períodos de análise (de 6 meses a 21 anos) e, principalmente, pelos diferentes tamanhos amostrais dos estudos. O artigo de Dantas-Torres *et al.* (2005) descreveu uma frequência de 0% na cidade do Recife, ou seja, completamente diferente de Morais *et al.*, (2013), que relataram uma frequência de 76% no mesmo município. O primeiro grupo de pesquisa coletou 85 amostras de uma área urbana restrita da cidade, enquanto o outro grupo analisou 275 animais. Da mesma forma, Pessoa-e-Silva *et al.*, (2019)

avaliaram cães abrigados no CCZ e encontraram uma frequência de 100% no município de Caruaru - PE, mas avaliaram apenas 34 animais de área endêmica. Esses dados mostram a importância de determinar um número mínimo de animais que devem ser avaliados para determinar se uma área é endêmica para a doença e, preferencialmente, atingir o maior espaço possível na região, pois quando a coleta é realizada em uma pequena área, as chances de viés aumentam.

No Brasil, o controle da LV é baseado no diagnóstico e tratamento humano, combate aos vetores, eliminação dos reservatórios, medidas profiláticas para cães e ações de educação em saúde para a população. Essas informações estão publicadas no Manual de Vigilância e Controle da LVC, elaborado pelo Ministério da Saúde, no qual a perspectiva é reduzir a mortalidade e a morbidade em 50%, até o ano de 2022 (Brasil, 2006). No entanto, essas ações são muitas vezes difíceis de se implementar. Segundo Zuben e Donalísio (2016), que avaliaram seis dos principais municípios endêmicos do Brasil (Bauru, Campo Grande, Fortaleza, Campinas, Goiânia e Belo Horizonte), os principais problemas na aplicação das medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde são as seguintes: falta de autonomia dos gestores municipais; baixa adequação do programa à realidade dos municípios; a recusa da população em atender os agentes comunitários de saúde; indicação de cães para eutanásia; alto custo dos métodos diagnósticos; e baixo investimento em campanhas de prevenção. Apesar dos

esforços para implementar o controle da LV, os dados coletados mostram que a frequência da LVC na região Nordeste do Brasil ainda é alta e, portanto, há necessidade de reforçar os programas de controle.

Em 2006, foi lançado o Manual de Vigilância e Controle da LV (Brasil, 2006), que constatou as ações que vinham sendo implementadas para reduzir o número de casos no país (Brasil, 2006). Apesar das ações determinadas pelo referido manual, os CCZs apresentam dificuldades na implementação dos protocolos, devido à falta de recursos e de pessoal capacitado. Em diversas situações, os agentes responsáveis pelo programa não são médicos veterinários e não possuem conhecimento para realizar coleta de amostras de animais, o que dificulta a busca de casos. A falta de investimento do governo tem levado à paralisação das buscas por falta de material para coleta e processamento dos exames, além da falta de recursos para fazer buscas nas áreas rurais.

CONCLUSÃO

Esta revisão sistemática permitiu avaliar os dados publicados na literatura científica sobre a ocorrência de LVC na região Nordeste do Brasil, considerada a região mais endêmica do país para LV. Percebeu-se que estudos sobre o perfil epidemiológico dos casos de LVC são escassos e que pesquisas sobre a real prevalência dessa doença em áreas endêmicas são necessárias como medida

emergencial, aliada ao controle da doença. Além da necessidade de implementar um banco de dados canino e revisar o manual de controle para adequar os protocolos à realidade local.

Universidades e institutos de pesquisas do país se mostram necessários para a análise da real situação da LVC no Brasil, pois seus estudos contribuem na descoberta dos mecanismos fisiopatológicos da doença e dos fatores que levam à resistência do parasita, assim como a busca constante por tratamentos.

A falta de estrutura e pessoal treinado nos CCZs é uma das principais dificuldades no diagnóstico de novos casos e, portanto, na compreensão do real cenário epidemiológico da LV, já que esses centros são os que deviam levar mais informação à população, além da busca ativa por novos focos da doença.



REFERÊNCIAS

- AMÓRA, S. S. A.; SANTOS, M. J. P.; ALVES, N. D.; COSTA, S. C. G. da.; CALABRESE, K. da S.; MONTEIRO, A. J.; ROCHA, M. F. G. Fatores relacionados com a positividade de cães para leishmaniose visceral em área endêmica do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. **Ciência Rural**, v. 36, p. 1854–1859, 2006.
- ANDRE, W. P. P.; FONSECA, Z. A. A. de S.; RIBEIRO, W. L. C.; BESSA, É. N.; PAIVA, K. A. R. de; MOURA, E. S. R.; COELHO, W. A. C.; PEREIRA, J. S. Analysis of cases of human leishmaniasis and its relation to euthanasia of animals collected by the central control of zoonoses Mossoró-RN. **Revista Brasileira de Higiene e Sanidade Animal**, v. 7, p. 212–224, 2013.
- ARAÚJO, A. C.; COSTA, A. P.; SILVA, I. W. G.; MATOS, N. N. V. G.; DANTAS, A. C. S.; FERREIRA, F.; MARCILI, A.; HORTA, M. C. Epidemiological aspects and risk factors for infection by *Leishmania infantum* chagasi in dogs from municipality of Petrolina, Northeastern Brazil. **Veterinary Parasitology: regional Studies and Reports**, 2016.
- ASHFORD, D. A.; DAVID, J. R.; FREIRE, M.; DAVID, R.; SHERLOCK, Í. R. de A.; EULÁLIO, M. C.; SAMPAIO, D. P.; BADARÓ, R. Studies on control of Visceral Leishmaniasis: impact of dog control on canine and human Visceral leishmaniasis in Jacobina, Bahia, Brazil. **American Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 59, p. 53–57, 1998.
- BARBOSA, D. S.; ROCHA, A. L.; SANTANA, A. A.; SOUZA, C. D. S. F. de; DIAS, R. A.; COSTA-JÚNIOR, L. M.; ABREU-SILVA, A. L. Seroprevalence and epidemiological variables associated with canine visceral leishmaniosis in an endemic area of the municipality of São Luís, Maranhão, Brazil. **Ciência Animal Brasileira**, v. 11, n. 3, p. 653-659, 2010.
- BARBOSA, I. R.; CARLOTA, F. C.; ANDRADE-NETO, V. F. de. Soroepidemiological survey of canine *Leishmania* infections from peripheral areas in Natal, Northeast Brazil. **The Ogy Journal Pen Microbiolo**, v. 9, p. 43–47, 2015.
- BARBOZA, D. C. P. M.; GOMES NETO, C. M. B.; LEAL, D. C.; BITTENCOURT, D. V. V.; CARNEIRO, A. J. B.; SOUZA, B. M. P. S.; OLIVEIRA, L.S.; JULIÃO, F. S.; SOUZA, V.M.M.; FRANKE, C. R. Estudo de coorte em áreas de risco para leishmaniose visceral canina, em municípios da Região Metropolitana de Salvador, Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde e Produção Animal**, v. 7, p. 152–163, 2006.
- BARBOZA, D. C. P. M.; LEAL, D. C.; SOUZA, B. M. P. da S.; CARNEIRO, A. J. B.; GOMES NETO, C. de M. B.; ALCÂNTARA, A. C. de; JULIÃO, F. da S.; MOURA, S. A. B. de; PERALVA, L. M. P., FERREIRA, F., FRANKE, C. R. Inquérito epidemiológico da leishmaniose visceral canina em três distritos sanitários do Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde e Produção Animal** 10, 434–447, 2009.
- BARROUIN-MELO, S. M.; LARANGEIRA, D. F.; de ANDRADE FILHO, F. A.; TRIGO, J.; JULIÃO, F. S.; FRANKE, C. R.; AGUIAR, P. H. P.; SANTOS, W. L. C.; PONTES-DE-CARVALHO, L. Can spleen aspirations be safely used for the parasitological diagnosis of canine visceral leishmaniosis? A study on asymptomatic and polysymptomatic animals. **Veterinary Journal**, v. 171, p. 331–339, 2006.

BERNARDINO, M. D. G. D. S.; ANGELO, D. F. D. S.; SILVA, R. B. S.; SILVA, E. G. D.; SILVA, L. F. F.; VAZ, A. F. D. M.; AZEVEDO, S. S. D. High seroprevalence and associated factors for visceral leishmaniasis in dogs in a transmission area of Paraíba state, Northeastern Brazil. **Revista Brasileira de Parasitologia Veterinária**, v. 29, 2020.

BRASIL, A. W. D. L.; Machado, D. M. R.; Da Silva, M. A. R. X.; De Castro Barrosa, N.; Silva, R. B. S.; De Melo, M. A.; Langoni, H.; Santos, C. D. S. A. B.; De Azevedo, S. S. Prevalence and risk factors associated with *Leishmania* spp. and *Trypanosoma cruzi* infections in dogs presented at veterinary clinics in João Pessoa, Paraíba state, northeastern Brazil. **Ciências Agrárias**, v. 39, p. 2293–2300, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico da Leishmaniose Visceral no Estado da Bahia**, Salvador, n. 1, mar, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.426, de 11 de Julho de 2008**. Proíbe o tratamento de leishmaniose visceral canina com produtos de uso humano ou não registrados no Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1426_11_07_2008.html. Acesso em: 17 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. **Nota Técnica nº 11/2016/CPV/DFIP/SDA/GM/MAPA**. Disponível em: <http://www.gov.br/agricultura/pt-br/insumos-agropecuarios/insumos-pecuarios/produtos-veterinarios/legislacao-1/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-11-2016-cpv-dfid-sda-gm-mapa-de-1-09-2016.pdf>. Acesso em; 17 mai. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2006. **Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral**, Brasília.

BRAZ, B. M. D. A.; LEITE, D. P. D. S. B. M.; SILVA, R. B. S.; SILVA, M. L. C. R. D.; AZEVEDO, A. C. D. F. S.; MARTINS-FILHO, E.; MELO, M. A. D. Factors associated with *Leishmania* infection in dogs and geospatial analysis in the Sertão of Paraíba, Northeast Brazil. **Revista Brasileira de Parasitologia Veterinária**, v. 30, 2021.

BRITO, F. G.; LANGONI, H.; SILVA, R. C.; ROTONDANO, T. E. F.; MELO, M. A. de, da PAZ, G. S. Canine visceral leishmaniasis in the Northeast Region of Brazil. **Journal of Venomous Animals and Toxins Including Tropical Diseases**, 2016.

CAMPOS, R.; SANTOS, M.; TUNON, G.; CUNHA, L.; MAGALHÃES, L.; MORAES, J.; RAMALHO, D.; LIMA, S.; PACHECO, J.A.; LIPSCOMB, M.; De JESUS, A.R.; ALMEIDA, R.P. Epidemiological aspects and spatial distribution of human and canine visceral leishmaniasis in an endemic area in northeastern Brazil. **Geospat Health**, 2017.

CASTRO, G. N., 2008. **Leishmaniose visceral humana e canina no município de**

COSTA, A.P. da, COSTA, F.B., SOARES, H.S., RAMIREZ, D.G., ARAÚJO, A.C., FERREIRA, J.I.G. da S., TONHOSOLO, R., DIAS, R.A., GENNARI, S.M., MARCILI, A. Environmental factors and ecosystems associated with canine visceral leishmaniasis in Northeastern Brazil. **Vector-Borne and Zoonotic Diseases** **15**, 765–774, 2015.

COSTA, K.F. L., AMÓRA, S.S.A., COUTO, C.F. A., SOUZA, C.S.F., SILVA, L.F., D'ESCOFFIER, L.N., SOUSA, M.L.R., KAZIMOTO, T.A. Awareness of visceral leishmaniasis and its relationship to canine infection in riverside endemic areas in Northeastern Brazil. **Rev Soc Bras Med Trop** **47**, 607–612, 2014.

COURA-VITAL, W., MARQUES, M.J., VELOSO, V.M., ROATT, B.M., AGUIAR-SOARES, R.D.O., REIS, L.E.S., BRAGA, S.L., MORAIS, M.H.F., REIS, A.B., CARNEIRO, M. Prevalence and Factors Associated with *Leishmania infantum* Infection of Dogs from an Urban Area of Brazil as Identified by Molecular Methods. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, 2011.

CUNHA, E. A., LINS, S. C., SILVA, R. B. S., LIMA, I. D., VILELA, V. L. R., PORTELA, R. A., AZEVEDO, S. S. Canine Visceral Leishmaniasis in Rio Grande do Norte State, Northeastern Brazil-Spatial Analysis. **Acta Scientiae Veterinariae**, **50**, 2022.

DANTAS-TORRES, F., 2006. **Epidemiologia da leishmaniose visceral no município de Paulista, estado de Pernambuco, nordeste do Brasil** (Dissertação - Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz. 2006.

DANTAS-TORRES, F., APARECIDA Da, M., FAUSTINO, G., LIMA, O. C. C., ACIOLI, R.V. Epidemiologic surveillance of canine visceral leishmaniasis in the municipality of Recife, Pernambuco Vigilância epidemiológica de leishmaniose visceral canina no município de Recife, Pernambuco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 2005.

DANTAS-TORRES, F., PAIVA-CAVALCANTI, M., FIGUEREDO, L.A., MELO, M.F., SILVA, F.J.; SILVA, A.L.; ALMEIDA, E. L.; BRANDÃO-FILHO, S. P. Cutaneous and visceral leishmaniosis in dogs from a rural community in northeastern Brazil. **Veterinary Parasitologic** **170**, 313–317, 2010.

EVARISTO, A. M. D. C. F.; SEVÁ, A. D. P.; OLIVEIRA, G. M. B. D.; SILVA, I. W. G. D.; FERREIRA, M. S.; SOUZA, E. A. R. D.; HORTA, M. C. Canine leishmaniasis in the semi-arid region of Pernambuco, northeastern Brazil: epidemiology, factors associated with seropositivity and spatial analysis. **Revista Brasileira de Parasitologia Veterinária**, **29**, 2020.

EVARISTO, A. M. D. C. F.; ARAUJO, A. D. C.; COSTA, A. P.; SALES, K. G. D. S.; da SILVA, J. A. M.; DANTAS-TORRES, F.; HORTA, M. C. Comparison of serological and molecular tests to investigate *Leishmania* spp. infections in stray dogs from an area of intense visceral leishmaniasis transmission in Brazil. **Revista Brasileira de Parasitologia Veterinária**, v. 30, 2021.

FELIPE, I. M. A.; AQUINO, D. M. C. D.; KUPPINGER, O.; SANTOS, M. D. C.; RANGEL, M. E. S.; BARBOSA, D. S.; CALDAS, A. D. J. M. *Leishmania* infection in humans, dogs and sandflies in a visceral leishmaniasis endemic area in Maranhão, Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 106, p. 207-211, 2011.

FERNANDES, A. R. F.; COSTA, D. F.; PIENTA, C. L. R. M.; ARAÚJO, K. N., SILVA, R. B. S., MELO, M. A.; LANGONI, H.; MOTA, R. A.; AZEVEDO, S. S. Occurrence and risk factors of zoonoses in dogs and owners in sertão, paraíba state, northeastern Brazil. **Semina: Ciências Agrárias** v. 39, p. 1057–1065, 2018.

FERNANDES, A. R. F.; PIMENTA, C. L. R. M.; VIDAL, I. F.; OLIVEIRA, G. C.; SARTORI, R. S.; ARAÚJO, R. B.; MELO, M. A.; LANGONI, H.; AZEVEDO, S. S. Fatores de risco associados às soropositividades para *Leishmania spp.* e *Trypanosoma cruzi* em cães no Estado da Paraíba, Brasil. **Revista Brasileira de Parasitologia Veterinária**, v. 25, 90–98, 2016.

FONSECA JÚNIOR, J. D. F.; MAZZINGHY, C. L.; FRANÇA, E. C.; PINOW, A. C. S.; de Sousa Almeida, K. Leishmaniose visceral canina: Revisão. **Pubvet**, v. 15, 168, 2020.

FERREIRA, E. P.; RIBEIRO, L. P. S.; VIEIRA, T. S. W. J.; VIEIRA, R. F. C. Soroprevalence of canine visceral leishmaniasis in a rural area os Paraíba state, Brazil - preliminary data. **Acta Veterinaria Brasilica**, v. 7, p. 568–569, 2013.

FRAGA, D. B. M.; SOLCÀ, M. S.; SILVA, V. M. G.; BORJA, L. S.; NASCIMENTO, E. G.; OLIVEIRA, G. G. S.; PONTES-DE-CARVALHO, L. C.; VERAS, P. S. T.; SANTOS, W. L. C. Temporal distribution of positive results of tests for detecting *Leishmania* infection in stray dogs of an endemic area of visceral leishmaniasis in the Brazilian tropics: A 13 years survey and association with human disease. **Veterinary Parasitologic**, v. 190, 591–594, 2012.

FREITAS, J. C. C.; CÉLIA, D.; NUNES-PINHEIRO, S.; ABREU, C. R. A. Geographical variation in clinical signs and prevalence of *Leishmania sp.* infection among dogs in Fortaleza, Ceará State, Brazil. **Acta Scientiae Veterinariae**, v. 38, 289–294, 2010.

GARCIA, A. M. **Estudo de infecção e doença do cão (Canis familiares) por leishmania (Leishmania) chagasi em uma área endêmica na Ilha de São Luís - Maranhão, Brasil.** 2004. (Dissertação - Mestrado em Saúde e Ambiente). Universidade Federal do Maranhão. 2004.

GÓES, M. A. O.; MELO, C. M.; JERALDO, V. L. S. Série temporal da leishmaniose visceral em Aracaju, estado de Sergipe, Brasil (1999 a 2008): aspectos humanos e caninos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, 298–307, 2012.

GONÇALVES, M. B. **Prevalência, distribuição e identificação de prováveis fatores de risco para leishmaniose visceral canina em Camaçari-BA.** 2014 (Dissertação - Mestrado em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa). Fundação Oswaldo Cruz. 2014.

GONTIJO, C. M. F.; MELO, M. N. Leishmaniose visceral no Brasil: quadro atual, desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia** 7, 338–349, 2004.

GUEDES, G. E.; MAROJA, A.; CHAVES, E.; ESTÉLIO, J.; CUNHA, M. J.; ARCOVERDE, S. Calazar no litoral do estado da Paraíba, Brasil. Encontro de 70 casos humanos e 16 caninos. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 16, p. 265–280, 1974.

GUIMARÃES, K. S.; BATISTA, Z. S.; DIAS, E. L.; GUERRA, R. M. S. N. C.; COSTA, A. D. C.; OLIVEIRA, A. S.; CALABRESE, K. S.; CARDOSO, F. O.; SOUZA, C. S. F.; VALE, T. Z.; COSTA, S. C. G.; ABREU-SILVA, A. L. Canine visceral leishmaniasis in São José de Ribamar, Maranhão State, Brazil. **Veterinary Parasitology**, v. 131, p. 305–309, 2005.

JULIÃO, F. D.; SOUZA, B. M. P. S.; FREITAS, D. S.; OLIVEIRA, L. S.; LARANGEIRA, D. F.; DIAS-LIMA, A. G.; SOUZA, V. M. M.; BARROUIN-MELO, S. M.; MOREIRA JUNIOR, E. D.; PAULE, B.J.A.; FRANKE, C.R. Investigação de áreas de risco como metodologia complementar ao controle da leishmaniose visceral canina. **Pesquisa Veterinária Brasileira**, v. 27, p. 319–324, 2007.

LEÇA JÚNIOR, N.F.; GUEDES, P.E.B., SANTANA, L.N., ALMEIDA, V. A., CARVALHO, F.S., ALBUQUERQUE, G.R., WENCESLAU, A.A., MUNHOZ, A.D., SILVA, F.L. Epidemiology of canine leishmaniasis in southern Bahia, Brazil. **Acta Tropica** **148**, 115–119, 2015.

LEITE, M.D.X., 2014. **Leishmaniose visceral canina - distribuição geográfica e delimitação de áreas de risco em Barreiras, Bahia**. (Dissertação - Mestrado em Ciência Animal nos Trópicos). Universidade Federal da Bahia. 2014.

LIMA, I.D., QUEIROZ, J.W., LACERDA, H.G., QUEIROZ, P.V.S., PONTES, N.N., BARBOSA, J.D.A., MARTINS, D.R., WEIRATHER, J.L., PEARSON, R.D., WILSON, M.E., JERONIMO, S.M.B. *Leishmania infantum chagasi* in Northeastern Brazil: Asymptomatic infection at the urban perimeter. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 86, 99–107, 2012.

LINS, T.N.B., SOUZA, I.B., BARROS, G.M.M. R., SANTOS, C.V.B., E SILVA, R.P., ALVES, L.C., CARVALHO, G.A., RAMOS, R.A.N. Seroprevalence and spatial distribution of canine leishmaniasis in an endemic region in Brazil: How has the situation changed after 10 years? **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 51, p. 680–682, 2018.

MARTINS, I. V. **Aspectos epidemiológicos e de hemostasia na Leishmaniose visceral canina**, 2008. (Dissertação - Mestrado em Ciências Veterinárias). Universidade Federal Rural de Pernambuco. 2008.

MATOS, M.M., FILGUEIRA, K.D., AMORA, S.S.A., SUASSUNA, A.C.D., AHID, S.M.M., ALVES, N.D. Ocorrência da leishmaniose visceral em cães em Mossoró, Rio Grande do Norte, **Ciência Animal**, p. 51-54, 2006.

MENDONÇA, I.L., BATISTA, J.F., SCHALLIG, H., CRUZ, M. S.P., ALONSO, D.P., RIBOLLA, P.E.M., COSTA, D.L., COSTA, C.H.N. The performance of serological tests for *Leishmania infantum* infection screening in dogs depends on the prevalence of the disease. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 59, 2017.

MORAIS, R. C. S.; GONÇALVES, S. C.; COSTA, P. L.; SILVA, K. G.; SILVA, F. J.; SILVA, R. P. E.; BRITO, M.E.F.; BRANDÃO-FILHO, S.P., DANTAS-TORRES, F.; PAIVA-CAVALCANTI, M. Detection of *Leishmania infantum* in animals and their ectoparasites by conventional PCR and real time PCR. **Exp Appl Acarol**, v. 59, p. 473–481, 2013.

MORALES-YUSTE M, MARTÍN-SÁNCHEZ J, CORPAS-LOPEZ V. Canine Leishmaniasis: Update on Epidemiology, Diagnosis, Treatment, and Prevention. **Veterinary Science**, v. 27, n. 8, 2022.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D. G. **Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement**. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*, v. 2, n. 24, 2015.

NOGUEIRA, R. A.; LIRA, M. G. S.; SANTOS, S. I. P.; MONDÊGO-OLIVEIRA, R.; ANDRADE, F. H. E.; SOUSA, E. M.; BARBOSA, D. S.; ABREU-SILVA, A. L.; CARVALHO, R.C. Intense transmission of visceral leishmaniasis in a region of northeastern Brazil: A situation analysis after the discontinuance of a zoonosis control program. **Revista Brasileira de Parasitologia Veterinária**, 2021.

OLIVEIRA, L. C. P.; ARAÚJO, R. R.; ALVES, C. R.; MOUTA-CONFORT, E.; LÓPEZ, J. A.; MENDONÇA-LIMA, F. W. Seroprevalence and risk factors for canine visceral leishmaniasis in the endemic area of Dias D'Ávila, State of Bahia, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, p. 400-404, 2010.

OLIVEIRA, L. S.; JULIÃO, F. S.; SOUZA, V. M. M.; FREITAS, D. S.; SOUZA, B. M. P. S.; PAULE, B. J. A.; AGUIAR, P. H. P.; BARROUIN-MELO, S. M., FRANKE, C. R. A utilização da imunofluorescência indireta no diagnóstico de rotina da leishmaniose visceral canina e suas implicações no controle da doença. **Ciência Animal Brasileira**, v. 6, p. 41–47, 2005.

OLIVEIRA, T. N. A.; GUEDES, P. E. B.; SOUZA, G. B.; CARVALHO, F. S.; ALBERTO CARLOS, R. S.; ALBUQUERQUE, G. R.; MUNHOZ, A. D.; SILVA, F. L. Diagnosis and epidemiology of canine leishmaniasis in southeastern Bahia, Brazil. **Genetics and Molecular Research**, 2016.

OLIVEIRA, M. R.; NETO, M. B. O.; BEZERRA, T. L.; SILVA, W. S. I.; PAZ, W. S.; SANTOS, I. G., LIMA, V. F. S. Canine leishmaniasis in an endemic region, Northeastern Brazil: a comparative study with four groups of animals. **Parasitology Research**, v. 120, p. 3915-3923, 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Leishmaniose: Informe Epidemiológico das Américas**. Versão em português. Washington, D. C. 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56832>. Acesso em 17 mai 2023.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Leishmaniose: Informe Epidemiológico das Américas**. Versão em português. Washington, D. C. 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55386>. Acesso em: 17 mai 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Leishmaniose: Informe Epidemiológico das Américas**. Versão em português. Washington, D. C. 2019. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50505>. Acesso em: 17 mai 2023.

PARANHOS-SILVA, M.; FREITAS, L. A. R.; SANTOS, W. C.; GRIMALDI Jr, G.; CARVALHO, L. P.; OLIVEIRA-DOSSANTOS, A. J. A cross-sectional serodiagnostic survey of canine leishmaniasis due to *Leishmania chagasi*. *American Journal of Tropical Medicine Hygiene*, v.55, n.1, p.39-44, 1996.

PEREZ, T. D.; FIGUEIREDO, F. B.; JUNIOR, A. A. M. V.; SILVA, V. L.; MADEIRA, M. F.; BRAZIL, R. P.; COURA, J. R. Prevalence of american trypanosomiasis and leishmaniasis in domestic dogs in a rural area of the municipality of São João do Piauí, Piauí state, Brazil. **Rev Inst Med Trop Sao Paulo**, 2016.

- PESSOA-E-SILVA, R.; VAITKEVICIUS-ANTÃO, V.; ANDRADE, T. A. S.; SILVA, A. C.; OLIVEIRA, G. A.; TRAJANO-SILVA, L. A. M.; NAKASONE, E. K. N.; PAIVA-CAVALCANTI, M. The diagnosis of canine visceral leishmaniasis in Brazil: Confronting old problems. **Exp Parasitol**, v. 199, p. 9–16, 2019.
- PIMENTEL, D. S.; RAMOS, R. A. N.; SANTANA, M. A.; MAIA, C. S.; CARVALHO, G. A.; SILVA, H. P.; ALVES, L. C. Prevalence of zoonotic visceral leishmaniasis in dogs in an endemic area of Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 48, p. 491–493, 2015.
- QUEIROZ, P. V. S.; MONTEIRO, G. R. G.; MACEDO, V. P. S.; ROCHA, M. A. C.; BATISTA, L. M. M.; QUEIROZ, J. W.; JERÔNIMO, S. M. B.; XIMENES, M. F. F. M. Canine visceral leishmaniasis in urban and rural areas of Northeast Brazil. **Res Vet Sci**, v. 86, p. 267–273, 2009.
- ROCHA, M. A. N.; MATOS-ROCHA, T. J.; RIBEIRO, C. M. B.; ABREU, S. R. O. Epidemiological aspects of human and canine visceral leishmaniasis in state of alagoas, northeast, Brazil. **Brazilian Journal of Biology**, v. 78, p. 609–614, 2018.
- RODRIGUES, A. C. M.; MELO, A. C. F. L.; JÚNIOR, A. D. S.; FRANCO, S. O.; RONDON, F. C. M.; BEVILAQUA, C. M. L. Epidemiologia da leishmaniose visceral no município de Fortaleza, Ceará. **Pesquisa Veterinária Brasileira**, v. 37, p. 1119–1124, 2017.
- RONDON, F. C. M.; BEVILAQUA, C. M. L.; FRANKE, C. R.; BARROS, R. S.; OLIVEIRA, F. R.; ALCÂNTARA, A. C.; DINIZ, A. T. Cross-sectional serological study of canine Leishmania infection in Fortaleza, Ceará state, Brazil. **Vet Parasitol**, v. 155, p. 24–31, 2008.
- ROQUE, A. L. R.; JANSEN, A. M. **Wild and synanthropic reservoirs of Leishmania species in the Americas**. *International Journal for Parasitology: Parasites and Wildlife*, v.3, n.3, p.251-262, 2014.
- SALES, K. G. D. S.; MIRANDA, D. E.; COSTA, P. L.; SILVA, F. J.; FIGUEREDO, L. A.; BRANDÃO-FILHO, S. P.; DANTAS-TORRES, F. Home sweet home: Sand flies find a refuge in remote indigenous villages in north-eastern Brazil, where leishmaniasis is endemic. **Parasit Vectors**, 2019.
- SANTOS, J. M. L.; DANTAS-TORRES, F.; MATTOS, M. R. F.; LINO, F. R. L.; ANDRADE, L. S. S.; SOUZA, R. C. A.; BRITO, F. L. C.; BRITO, M. E. F.; BRANDÃO-FILHO, S. P.; SIMÕES-MATTOS, L. Prevalência de anticorpos antileishmania spp em cães de Garanhuns, Agreste de Pernambuco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, p. 41–45, 2010.
- SANTOS, J. P.; SILVA, T. P. D.; LIMA, MENDONÇA, D. W. G. I. L. Leishmaniose visceral no município de Bom Jesus, Piauí, Brasil. **Acta Veterinaria Brasilica**, p. 236–241, 2014.
- SCHIMMING, B. C.; SILVA, J. R. C. P. Leishmaniose visceral canina: revisão de literatura. **Revista Científica Eletrônica de Medicina Veterinária**, p. 1-17, 2012.
- SEIXAS, M. M.; TORRES, J.; JUNIOR, M.; FRANKE, C. R.; BARROUIN-MELO, S. M. Positividade para leishmaniose visceral canina: existem fatores caninos que contribuem? **Revista Baiana**, v. 36, 358–367, 2012.

SILVA, J. E.; OLIVEIRA, I. N.; BARBOSA, J. P. F.; LIRA, T. P. S.; LIMA, A. M. S.; SANTOS, C.B. Epidemiologia da Leishmaniose Visceral Canina no município de Taquarana – AL (2009-2018). **Diversitas Journal**, v. 4, 393–402, 2019.

SILVA, O. A.; BRAGA, G. M. S. Leishmaniose visceral canina no município de São Vicente Férrer, Estado de Pernambuco, Brasil. **PUBVET, Publicações em Medicina Veterinária e Zootecnia**, 2010.

SILVA, F. T. S.; SANTOS, J. T.; NETTO, E. M.; BAVIA, M. E.; NAKATANI, M.; SOUZA, F. D. P.; CARDIM, L. L.; CARNEIRO, D. D. M. T. Aspectos clínicos da leishmaniose visceral canina no distrito de Monte Gordo, Camaçari (BA). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, 783–795, 2010.

SILVA, R. B. S.; MENDES, R. S.; SANTANA, V. L.; SOUZA, H. C.; RAMOS, C. P. S.; SOUZA, A. P.; ANDRADE, P. P.; MELO, M. A. Aspectos epidemiológicos da leishmaniose visceral canina na zona rural do semiárido paraibano e análise de técnicas de diagnóstico. **Pesquisa Veterinária Brasileira**, v. 36, 625–629, 2016.

SILVA, J. D.; MELO, D. H. M.; COSTA, J. A. G., COSTA, D. F.; SILVA, R. B. S.; MELO, M. A.; AZEVEDO, S. S.; ALVES, C. J. Leishmaniose visceral em cães de assentamentos rurais. **Pesquisa Veterinária Brasileira**, v. 37, 1292–1298, 2017.

SILVA, R. B. S.; PORTO, M. L.; BARBOSA, W. O.; SOUZA, H. C.; MARQUES, N. F. S. P.; AZEVEDO, S. S.; ANDRADE, P. P.; MELO, M. A. Seroprevalence and risk factors associated with canine visceral leishmaniasis in the State of Paraíba, Brazil. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 51, p. 683–688, 2018.

SILVA, L. A. M.; BRAGA, J. U.; SILVA, J. P.; CRUZ, M. D. S. P.; OLIVEIRA, A. L. S.; WERNECK, G. L. Spatial distribution of Leishmania seropositive dogs in the Angelim neighborhood, Teresina, Piauí, Brazil: Appraisal of three spatial clustering methods. **GeoJournal**, v. 86, p. 2457-2465, 2021.

SILVA, R. B. S.; FRANCO-SILVA, L. F.; LIMA, D. A.; FREITAS, A. B. A. D. A.; RAMALHO, W. M.; MELO, M. A. D. Spatial analysis of canine leishmaniasis in an area of transmission of the semi-arid region of the State of Paraíba, Brazil. **Revista Brasileira de Parasitologia Veterinária**, v. 30, 2021.

SOUSA-PAULA, L. C.; SILVA, L. G.; SALES, K. G. S.; DANTAS-TORRES, F. Failure of the dog culling strategy in controlling human visceral leishmaniasis in Brazil: A screening coverage issue? **PLoS Negl Trop Dis**, v. 13, 2019.

SOUZA, Z. C.; BRANDESPIM, D. F.; AGRA, M. C. R.; SIMÕES-MATTOS, L. Leishmaniose visceral canina e humana em Caruaru, Pernambuco, no período de 2005 a 2010. **Revista de Patologia Tropical**, v. 43, 2014.

SOUSA, E. C.; ALVES MACHADO, A. P.; SARAIVA DOS REIS, A.; LIMA DE OLIVEIRA, F. L. **Risco e transmissão da Leishmaniose Visceral associada à prevalência da doença em Teresina-Piauí**. O mundo da Saúde, São Paulo, v. 45, n, p. 327–336, 2021.

SOUZA, C. P. DE.; SILVA, P. F. DA.; MORENO, M. DE C.; D'ANDREA, L. A. Z. **Serviços de zoonoses e o seu papel na vigilância em saúde para Leishmaniose Visceral**. Colloquium Vitae 11, 24–32, 2019 BRASIL, Ministério da Saúde., 2017. **Portaria nº 782**.

VARJÃO, B. M.; PINHO, F. A. D.; SOLCÀ, M. D. S.; SILVESTRE, R.; FUJIMORI, M.; GOTO, H.; BARROUIN-MELO, S. M. Spatial distribution of canine Leishmania infantum infection in a municipality with endemic human leishmaniasis in Eastern Bahia, Brazil. **Revista Brasileira de Parasitologia Veterinária**, v. 30, 2021.

VAZ, T. P.; GAMA-MELO, M. O.; QUARESMA, P. F.; GONTIJO, C. M. F.; SANTOS, G.; BARBOSA, F. S.; FONTES, G. . Evaluation of the euthanasia of seropositive dogs for canine visceral leishmaniasis as the only method of controlling the disease in the enzootic area in the Midwestern Minas Gerais. **Pesquisa Veterinaria Brasileira**, v. 40, p. 107–112, 2020.

VELOSO, E. C. M.; NEGREIROS, A.; J. P., MOURA, L. D.; NASCIMENTO, L. F. M.; SILVA, T. S., CRUZ, M. D. S. P. Socio-economic and environmental factors associated with the occurrence of canine infection by Leishmania infantum in Teresina, Brazil. **Veterinary Parasitology: Regional Studies and Reports**, 24, 2021.

VEXENAT, J. A. **The epidemiology of visceral leishmaniasis in Teresina, Piaui State, Brazil, with special emphasis on diagnosis and transmissibility of canine infection**. 1998. (Tese (Doctor of Philosophy). University de London, School of Hygiene & Tropical Medicine, London, 1998.

WERNECK, G. L. Visceral leishmaniasis in Brazil: rationale and concerns related to reservoir control. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, 851–856, 2014.

ZUBEN, A.P.B.; DONALÍSIO, M.R. **Dificuldades na execução das diretrizes do Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral em grandes municípios brasileiros**. Cadernos de Saúde Pública, n. 32, 2016.



Construção de ferramentas para padronização da classificação de risco em Unidade de Urgência de Sergipe

^aKatherine Olga Correia Alves Santos ■
^bBeatriz Cristina Machado Rodrigues ■
^cJulia Carolina Lima Fonseca Mello ■
^dCamila Freire Barreto ■
^eAna Thais Fontes Santos ■
^fGuilherme Coelho Dantas ■
^gMaria do Carmo de Oliveira ■

Resumo

Introdução: as Unidades de Urgência 24 horas utilizam o acolhimento com classificação de risco para atender efetivamente os quadros clínicos ou agudizados. Contudo, alta demanda e falta de sistematização para a realização desse processo dificultam a identificação dos pacientes graves e agilidade no fluxo de atendimento ao aumentar o tempo de espera no atendimento dos usuários. **Objetivo:** descrever a construção e implementação do protocolo operacional padrão (POP) melhorar o fluxo de atendimento na Unidade de Urgência 24 horas em um município sergipano. **Métodos:** trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência sobre o processo de construção de um POP para a classificação de risco e de ferramentas para implementação na unidade, realizado entre novembro de 2022 e fevereiro de 2023. As fundamentações teóricas para construção do protocolo seguiram as diretrizes do Ministério da Saúde sobre acolhimento com classificação de risco e instrumentos adotados em outras unidades de urgência. **Conclusões:** o uso de ferramentas assistenciais padronizadas é essencial para a resolutividade da superlotação e fluxo de comunicação nas unidades de urgência. Assim, o estudo identificou a necessidade da padronização da classificação de risco, bem como a sua importância para a sensibilização da população.

Palavras-chave: acolhimento; avaliação em enfermagem; emergências; SUS.

Construction of tools for standardizing risk classification in a 24-hour Urgency Unit in Sergipe

Abstract

Introduction: the 24-hour Emergency Units use reception with risk classification to effectively deal with clinical or acute conditions. However, high demand and lack of systematization for carrying out this process make it difficult to identify critically ill patients and speed up the flow of care by increasing the waiting time for users. **Objective:** to describe the construction and implementation of tools to optimize the flow of care in the 24-hour emergency unit in a municipality of Sergipe, from the standardization of risk classification. **Methods:** this is a descriptive study of the experience report type about the process of developing a standard operating protocol for risk classification and implementation tools in the 24-hour emergency unit. It was carried out between November 2022 and February 2023. The guidelines of the Ministry of Health for risk classification with user embracement and instruments adopted in other emergency units were used as the theoretical basis of the protocol. **Conclusions:** the use of standardized care tools is essential for resolving overcrowding and the flow of communication in emergency units. Thus, the study identified the need to standardize risk classification, as well as its importance for raising awareness among the population.

Keywords: user embracement; nursing assessment; emergencies; SUS.

^aGraduada em Enfermagem. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil, enf.katherineolga@gmail.com

^bGraduada em Enfermagem. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil, beatrizcmrodrigues@gmail.com

^cGraduada em Enfermagem. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil, juliacarolinalfmello@gmail.com

^dEspecialista em Gestão das Clínicas. Hospital Sírio Libanês Ensino e Pesquisa, São Paulo, São Paulo, Brasil, camilla_fb@hotmail.com

^ePós-graduada em Urgência e Emergência. Universidade Cândido Mendes, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, thaisfontes1@live.com

^fDoutorado pelo departamento de Medicina Preventiva da USP, médico de família da Prefeitura de Niterói, RJ, Brasil, profguicdantas@gmail.com

^gDoutorado em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil, enffer2@gmail.com

Recebido: 21/04/2023 Aprovado: 10/10/2023

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecido no Brasil no ano de 1990, porém estima-se que as políticas de saúde só iniciaram a se expandir no Estado de Sergipe no ano de 2001 com a implementação da Reforma Sanitária e do Projeto “Saúde Todo Dia” (Maia; Oliveira; Vargas, 2011). Os dados disponibilizados pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) em abril de 2023 demonstra que a cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) encontra-se em 111,55% no estado de Sergipe e 97,19% no município de São Cristóvão, demonstrando o potencial para ofertar uma assistência de qualidade a população (Brasil, 2020).

O plano plurianual (PPA) do Estado de Sergipe 2020-2023 é responsável por melhorar e garantir o acesso à assistência prestada aos usuários que encontram-se em situação de urgência e emergência, assim pode-se perceber a necessidade de uma continuidade no investimento para a Atenção Especializada à Saúde, visando aprimorar a funcionalidade da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) presentes desde 2016 (Sergipe, 2020).

A RUE é composta de serviços de Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) 192; Sala de Estabilização; Força Nacional do SUS; Unidade de Pronto Atendimento (UPA24h); Unidades Hospitalares e Atenção Domiciliar, cujo objetivo é ampliar e integrar o acesso do usuário em situação de

emergência aos serviços de saúde com agilidade (Mato Grosso do Sul, 2019).

A classificação de risco é parte fundamental do serviço na Unidade de Urgência e emergência tendo como propósito à agilidade no atendimento a partir da anamnese integrada ao acolhimento, devendo ser feita por profissional com conhecimento técnico, sendo este responsável por avaliar e discriminar a sintomatologia de cada usuário (Brasil, 2021). Um dos profissionais habilitados para este tipo de atendimento são os enfermeiros. Dentre os procedimentos que fazem parte da sua atuação profissional está a classificação de risco, realizado no momento do acolhimento, como preconizado pela Resolução Cofen n.º 661/2021.

Uma vez que a Urgência 24h atende diariamente casos de diversas complexidades e um grande número de usuários, a atualização de protocolos específicos para o atendimento, precisam ser padronizados e resolutivos, de modo a diminuir a demanda excessiva por atendimento, evitando prejuízo para os usuários, bem como para o serviço em saúde (Brasil, 2021).

Diante do exposto, a ferramenta denominada Protocolo Operacional Padrão (POP) é usada no SUS como forma de orientação para a organização dos serviços nas Unidades de Saúde. Este instrumento serve a propósitos gerenciais e assistenciais, pois descreve e sistematiza atividades burocráticas e técnicas, com a intenção de padronizar os resultados atingidos por tais práticas, minimizar os desvios na execução de tarefas e suprimir os erros (Peixoto *et al.*, 2023).

A ausência de uma fonte norteadora unificada para a classificação de risco na Unidade da Urgência 24h, é o foco do grupo de graduandos do projeto Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde).

O PET-Saúde em seus objetivos visa à contribuição para a educação permanente ao estabelecer a relação entre ensino e serviço, impactando em resolutividade para a comunidade. O programa reúne em grupos docentes e discentes da universidade, além de profissionais e gestores municipais de saúde (Brasil, 2023).

Desta forma, o objetivo deste artigo é relatar a experiência dos graduandos do curso de enfermagem participantes do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde/2022 - 2023) na formulação e implantação do POP para uma Unidade de Urgência 24h. Esse, por sua vez, teve como finalidade melhorar o fluxo de atendimento na Urgência e alcançar uma maior padronização na classificação de risco que é realizada pelos enfermeiros da Unidade.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência do tipo de caráter descritivo que remonta à vivência de três graduandas do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe (UFS) atuando no PET-Saúde 2022-2023 sob orientação de uma coordenadora, um tutor e das preceptoras responsáveis pelo acompanhamento e desenvolvimento das atividades necessárias para o planejamento de ações estratégicas a fim de

melhorar o serviço da Unidade de Urgência 24h.

O trabalho foi desenvolvido na Unidade de Urgência de um município sergipano, da Região Metropolitana de Aracaju no período de novembro de 2022 a fevereiro de 2023. Ao longo do projeto foi possível observar que a Unidade de Urgência 24h apresentava demanda intensa no fluxo de usuários em todos os meses do ano com base no quantitativo de fichas preenchidas para o atendimento.

Para que o atendimento seja realizado, o usuário ao chegar na unidade é recepcionado e encaminhado à sala de acolhimento, em seguida ao consultório médico. Caso seja necessário este usuário é encaminhado às salas de medicações para realizar o tratamento medicamentoso e assistência de saúde qualificada na unidade. No momento do acolhimento é realizado o processo de classificação de risco baseada nos critérios do protocolo de Manchester.

A Classificação de Risco de Manchester utiliza cinco cores para diferenciar a gravidade de cada usuário, sendo vermelho (Emergente: atendimento em 0 minuto), laranja (Muito urgente: atendimento em 10 minutos), amarelo (Urgente: atendimento em 60 minutos), verde (Pouco urgente: atendimento em 120 minutos) e azul (Não urgente: atendimento em 240 minutos) (Oliveira *et al.*, 2021).

No decorrer do projeto foi possível observar que por diversas vezes os enfermeiros não destacavam qual era a classificação de risco do usuário atendido, seja na ficha de atendimento ou durante a orientação verbal, e os usuários não

conseguiram identificá-la. Desta forma, foi necessário a construção do POP (Figura 1) para auxiliar na classificação de risco e aprimoramento do fluxo de usuários na Urgência.

O POP de classificação de risco foi criado a partir da análise de protocolos operacionais padrão utilizados a partir das diretrizes do MS (Brasil, 2009), utilizando as cores vermelho, amarelo, verde e azul. A cor vermelha indica atendimento de emergência e deve ser imediato, amarelo indica urgência e atendimento em até 15 minutos, verde são as consultas não urgentes e atendimento em até uma hora e azul são as consultas de pouca complexidade com atendimento em até quatro horas. Desse modo, foi necessário alterar a ficha de atendimento, confeccionar dois cartazes (Figuras 2 e 3)

sobre classificação de risco e em seguida alinhar com a gerente da unidade de urgência 24h como os procedimentos podem auxiliar na tomada de decisão referente a classificação de risco para cada paciente, levando em consideração as queixas apresentada pelo usuário e o protocolo da unidade (Pontes; Oliveira; Joventino, 2021; Neves; Sanches; Souza, 2019).

O POP foi organizado em descrição introdutória, glossário de siglas, objetivos, justificativas, critérios para classificação dos usuários, competências e responsabilidades, classificação de risco, referências, histórico de revisão e anexos. A introdução aborda a Política Nacional de Atenção às Urgências que define a atuação das Unidades de Urgência incluindo o procedimento de classificação de risco.

Figura 1 – Capa do cartaz do Protocolo Operacional Padrão



Fonte: elaboração dos autores(2023)

Figura 2 – Cartaz sobre Classificação de Risco Unidade de Urgência 24h



Fonte: elaboração dos autores (2023)

Legenda: PAS (pressão arterial sistólica); pressão arterial diastólica (PAD); FC (Frequência Cardíaca); SpO₂ (saturação de oxigênio no sangue); bpm (batimentos por minuto); irpm (incursões respiratórias por minuto); ECGlasgow (escala de Coma de Glasgow); T (temperatura); mmHg (Milímetro de mercúrio); mg/dL (Miligramas por decilitro).

Figura 3 – Cartaz sobre estratificação do tempo de espera conforme Classificação de Risco Unidade de Urgência 24h em município sergipano



Fonte: elaboração dos autores (2023)

Os critérios para classificação de usuários são definidos em prioridades de 0 a 3 segundos, seguido do esquema de cores para classificação de risco. As competências e responsabilidades orientam o papel do enfermeiro no acolhimento. A classificação de risco foi organizada através de guia para consulta que reuniu os casos clínicos mais frequentes na unidade, ressaltando as considerações clínicas para usuários na faixa etária pediátrica, em que cada caso possui sinais e sintomas diferenciados conforme a gravidade e correspondentes a cor dada na classificação de risco.

A título de exemplificação, um usuário atendido com queixa de intoxicação relata ingestão de veneno há mais de seis horas e ainda não apresentou sintoma, este usuário é classificado com urgência (amarelo). Em casos de instrumentos não padronizados, o mesmo quadro poderia ser classificado como amarelo ou laranja. Portanto, essa ferramenta busca de forma prática oferecer um instrumento de consulta para assegurar o atendimento de qualidade e trazendo fluidez para o fluxo. Dessa forma, após o processo de construção ocorreu a revisão do protocolo pelos gestores responsáveis pelas urgências do município, sendo a implementação autorizada durante reunião com o colegiado da Unidade de Urgência. Em seguida, uma cópia física foi disponibilizada na sala de acolhimento e triagem.

Nesse contexto, os cartazes informativos construídos tiveram como base o POP em funcionamento na unidade (Figuras 2 e 3). O primeiro deles foi disposto na sala de acolhimento, o qual contém

quatro colunas identificadas com as cores da classificação de risco adotadas e em cada uma estão pontuados os padrões clínicos conforme a gravidade do caso, como os valores de referência para os sinais vitais. A ideia central dessa ferramenta é dinamizar a avaliação inicial com agilidade e qualidade. O outro cartaz (Figura 3) tem como público alvo a população e está localizado na recepção da unidade e esclarece sobre o tempo de espera de cada classificação.

Durante a implantação e adaptação inicial do POP foi observado a dificuldade dos profissionais em estabelecer uma comunicação efetiva com os usuários ao esclarecer o funcionamento da triagem, principalmente no que se refere a explicar a classificação de risco efetuada durante a consulta; a não aceitação de alguns usuários sobre a avaliação clínica a respeito de suas queixas no momento de classificação e a alta demanda não condizente com o tempo de espera previsto. Após cerca de um mês de implantação do POP de Classificação de Risco, somado aos cartazes expostos na unidade, pode-se perceber a curiosidade dos usuários e acompanhantes ao se deparar com os cartazes expostos e quais os benefícios gerados por essa organização.

Em paralelo, a unidade de Urgência recebe alunos em estágio universitário, advindos de instituições públicas e particulares, que puderam acompanhar o acolhimento realizado pelo profissional habilitado, conforme preconizado pelo Cofen e utilizando o protocolo unificado elaborado seguindo as diretrizes do MS. A participação dos estudantes durante o processo de classificação de risco junto aos enfermeiros, foi

evidenciada a partir da relação construída no momento do ensino-aprendizagem.

DISCUSSÃO

Dentro desse contexto, a Unidade de Urgência é responsável por atender casos agudos ou agudizados com um fluxo que permita o acolhimento, a classificação de risco, a estabilização e, se necessário, a regulação na Rede de Saúde (Brasil, 2015). Porém, no cenário brasileiro, observa-se que o perfil de atendimento nas urgências não é focado em situações agudas, crônicas agudizadas e urgentes, já que esses locais têm sido utilizados como porta de entrada ao sistema de saúde pelos usuários (Souza *et al.*, 2020).

A realidade encontrada na Unidade de Urgência de um município sergipano, da Região Metropolitana de Aracaju dialoga bastante com outras regiões do Brasil (Santos *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2021). Assim, observa-se o aumento do fluxo de usuários nessas unidades em busca de resolução de problemas de menor gravidade, os quais poderiam ser atendidos na APS devido a sua inserção na RUE (Tofani *et al.*, 2023).

O acolhimento com classificação de risco é uma etapa da gestão do tempo de espera na Unidade de Urgência. Ademais, a organização do serviço em fluxos otimiza a linha de cuidado ofertada ao usuário. Assim, a comunicação entre as outras unidades de saúde da RUE proporciona a continuidade do atendimento aos usuários (Pícoli; Cazola; Maurer, 2016). A classificação de risco ao ser bem executada pelos enfermeiros e bem

compreendida pelos usuários demonstra que a Unidade de Urgência deve ser focada nos casos clínicos graves e agudizados, visto que os atendimentos eletivos e as ações de promoção à saúde conseguem ser realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os casos crônicos não têm resolução apenas com intervenções em curto prazo (Guedes *et al.*, 2014; Souza *et al.*, 2023). As mudanças no processo de classificação de risco são necessárias para inibir os momentos de superlotação do serviço e a diminuição da qualidade da assistência prestada aos usuários (Sacoman *et al.*, 2019). Nesse sentido, a dispersão das informações sobre classificação de risco prejudica o fluxo de atendimento, pois entre os enfermeiros pode ocorrer a diferenciação da percepção da gravidade dos casos clínicos e entre os usuários não havia a interpretação adequada sobre a organização do atendimento. Por isso, o uso de ferramentas estratégicas visa assegurar a eficácia do trabalho dos profissionais de saúde (Campos *et al.*, 2020).

O POP, sendo uma ferramenta fundamental no meio organizacional, é uma excelente referência para a padronização das atividades desenvolvidas nas instituições de saúde e replicável nas Unidades de Urgência. A partir da sua inserção na unidade de saúde é possível desenvolver estudos para analisar de curto em longo prazo sobre os efeitos dessa ferramenta no atendimento aos usuários, além de gerar modelos de intervenções bem-sucedidos quanto à superlotação das urgências (Corrêa *et al.*, 2020).

Essa prerrogativa demonstra a necessidade do protocolo para embasar o funcionamento do serviço, sendo um guia

para enfermeiros na classificação de risco que norteie a tomada de decisão clínica e padronize a linguagem usada por todo o fluxo de atendimento (Brasil, 2021).

Assim como, sabe-se que a participação ativa dos profissionais envolvidos é primordial para a adesão as mudanças propostas. Contudo, a dinâmica de trabalho nas urgências produz dificuldades quando é necessário reunir toda a equipe para os momentos de educação permanente, já que o atendimento aos usuários não pode ser interrompido e alguns profissionais não conseguem comparecer devido a outros vínculos empregatícios (Silva; Vriesmann, 2019). Por consequência, a apresentação do POP à equipe precisa ocorrer de forma gradativa e dinâmica até todos os profissionais serem contemplados, por meio da conciliação das escalas de trabalho e/ou em encontros on-line (Couto *et al.*, 2019).

De modo geral, percebeu-se que, a conexão entre membros do PET-Saúde e a gerência da Unidade de Urgência demonstrou-se ser fundamental para a implantação do POP, pois o processo precisa envolver os profissionais de forma fluida e articulada com as necessidades do serviço, para incorporar o POP no seu processo de trabalho, assim é possível alcançar os objetivos propostos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, o POP é uma ferramenta que unifica o processo de trabalho e apresenta resultados positivos quando o preenchimento da ficha de

atendimento dos usuários é realizado de maneira adequada, já que viabiliza a comunicação entre a equipe e proporciona agilidade no fluxo de atendimento. A presença dos cartazes expositivos na Urgência demonstra ser também uma ferramenta informativa para os usuários e auxilia no processo de sensibilização da população sobre o papel da Urgência na RUE. Desse modo, a inserção de ferramentas na Unidade potencializou a oferta de assistência à saúde com maior qualidade, pois o POP e os cartazes relacionados facilitam o processo de classificação de risco. Apesar das intervenções iniciadas, permanece a necessidade da educação em saúde com da população para elucidar o fluxo de atendimentos conforme o protocolo adotado na Unidade de Urgência. Nesse sentido, fica evidente para as alunas do PET-SAÚDE 2022/23 que o diálogo com a população sobre classificação de risco deve ser exercido para além do período acadêmico. Sendo assim, é oportuno que sejam desenvolvidos estudos que analisem o nível de satisfação dos usuários nas Unidades de Urgência e os efeitos em longo prazo da implementação do protocolo de classificação de risco.

AGRADECIMENTOS

Ao Ministério da Saúde e à UFS pelo PET-Saúde e aos profissionais da Unidade de Urgência 24h pelo acolhimento durante a realização do projeto. Bem como a nossos orientadores e à Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão por viabilizar o campo para o desenvolvimento do projeto.



REFERÊNCIAS

- BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Rede de atenção às urgências e emergências: avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS)**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_28.pdf. Acesso em: 01 ago. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de educação pelo trabalho para Saúde: gestão e assistência**. 10. ed. . Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sqtes/pet-saude/10a-edicao-gestao-assistencia>. Acesso em: 7 ago. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-aaz/s/samu-192/rede-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias-1/rede-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias>. Acesso em: 23 jun. 2023.
- BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Manual+de+Acolhimento+e+Classificacao+A7%A3o+de+Risco+da+Rede+SES-DF+E2%80%93+2%C2%AA+Edi%C3%A7%C3%A3o.pdf/e0fad4af-49c5-eb7f-e599-cd201e4f5b22?t=1648646213456>. Acesso em: 23 jun. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 6 ago. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde e-Gestor AB**. 2020. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 23 jun. 2023.
- CAMPOS, T. S. *et al.* Acolhimento e classificação de risco: percepção de profissionais de saúde e usuários. **Rev. Bras. Promoç. Saúde (Online)**. Fortaleza, fev. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN n.º 661/2021, de 9 de março de 2021**. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco.: Brasília, DF, 11 mar. 2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021_85839.html. Acesso em: 3 abr. 2023.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Rede de atenção às urgências e emergências: avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS)**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_28.pdf. Acesso em: 01 ago. 2023.
- CORRÊA, G. T. *et al.* Uso de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) comportamentais na realização de atividades profissionais. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 1011-1017, jun. 2020.

COUTO, R. F. *et al.* **Educação permanente em saúde na emergência de um hospital universitário do Rio de Janeiro**. 2019. Disponível em:
<https://app.homologacao.uff.br/riuff/handle/1/15139>. Acesso em: 28 ago. 2023.

GARCIA, M. V.; REIS, R. K. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 261-268, jan. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jxrzvyjSYvh3jFRwSQwXQdK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 ago. 2023.

GUEDES, H. M. *et al.* Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. **Rev. Enf. Ref.** Coimbra, v. 4, n.1, p.37-44, fev./mar., 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239971004>. Acesso em: 7 ago. 2023.

MAIA, V.; VARGAS, M. M.; OLIVEIRA, C. C. C. Saúde pública em Sergipe: novas perspectiva. **Revista Gestão Pública: práticas e desafios**. Recife, v. 2, n. 3, p.206-221, jun. 2011.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de ações em saúde. **Rede de urgência e emergência – RUE**: apresentação. 2019. Disponível em: <https://www.as.saude.ms.gov.br/redes-de-atencao-a-saude/grupo-condutor-da-rede-de-urgencia-e-emergencia-rue/rede-de-urgencia-e-emergencia-rue-apresentacao/>. Acesso em: 23 jun. 2023.

MOCCELLIN, A. S. *et al.* **Integração entre universidade e serviços de saúde: a experiência do pet-saúde interprofissionalidade – Universidade Federal de Sergipe (UFS)**. Florianópolis: Editora Tribo da Ilha, 2021.

NEVES, C. D. R.; SOUZA; G. M. V. B.; SANCHES, C. T. A percepção da enfermagem sobre acolhimento com classificação de risco em unidades de pronto atendimento. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, [S.l.], v. 35, n. 69, p. 68-82, out. 2019..

OLIVEIRA, V. L. G., *et al.* Manchester Screening System: difficulties faced by nurses in risk classification. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 3, e3911124358, 2022.

PEIXOTO, R. B. *et al.* Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo. **Procedimento e rotinas operacionais de saúde**. Fortaleza, 2022. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2022/05/POP-SAUDE-SOCIOEDUCATIVO-2022-2023.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2023.

PÍCOLI, R. P.; CAZOLA, L. H. O.; MAURER, N. M. J. S. Usuários de classificação de risco azul em uma unidade de pronto atendimento. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2016.

PONTES, T.O.; OLIVEIRA, B. S. B.; JOVENTINO, E.S. Caracterização de pacientes com classificação de risco vermelha em uma unidade hospitalar filantrópica. **R. pesq.: cuid. fundam. online**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 164-169, jan./ dez. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8072>.

RIBEIRO, B. C. O.; DE SOUZA, R. G.; DA SILVA, R. M. A importância da educação continuada e educação permanente em unidade de terapia intensiva–revisão de literatura. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 2, n. 3, p. 167-175, 2019.

RICCIULLI, F. M.; CASTANHEIRA, E. R. L. O papel da estratégia da saúde da família e comunidade na rede de urgências e emergências. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 25, p.83-109, 2022.

SACOMAN, T. M., *et al.* Implantação do sistema de classificação de risco manchester em uma rede municipal de urgência. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 354-367, abr-jun, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912105>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nSqT5yZ4vQnB6BRzCZwDn6y/>. Acesso em: 25 ago. 2023

SANTOS, L. F. B. *et al.* Superlotação dos leitos da Unidade de Pronto Atendimento 24h em uma cidade no sudoeste da Bahia como evidência de uma fragilidade no contexto da atenção primária à saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 2, p. 8285-8300, 2023.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. **Acolhimento com Classificação de Risco no Serviço de Urgência e Emergência**. Ribeirão Preto, SP, v.1, 2020. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/prot-acolhimento-risco.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2023.

SERGIPE. Lei n.º 8645/2020. **Plano Plurianual 2020/2023**. Aracaju: Governo Estadual de Sergipe, 2020. Disponível em: <http://arquivos.setc.se.gov.br/PPA/2020/Plano%20Plurianual%202020-2023.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2023.

SILVA, A. L. C. *et al.* Conhecimento da população relacionado à assistência das unidades de pronto atendimento de Curitiba-PR. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 25, n. 1, 2021.

SILVA, J. T. D.; VRIESMANN, L. C. Educação permanente em saúde em serviços de urgência e emergência hospitalar. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.13, n.14, p.154–172, 2019.

SOUZA, L. C. A. *et al.* Motivos apresentados por usuários para a utilização inadequada de Unidades de Pronto Atendimento. **Revista de Salud Pública**, v. 22, p. 440-446, 2023.

SOUZA, L. C., *et al.* Fatores associados ao uso não urgente de unidades de pronto atendimento: uma abordagem multinível. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n.1, p. 56–65, 9 abr. 2020.

TOFANI, L. F. N., *et al.* A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Saúde. Soc.**, São Paulo, v. 32, n. 1, 2023.



Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na atenção primária em saúde: revisão integrativa

^a Maria Karina Melo de Oliveira
^b Luís Ricardo Santos de Melo
^c Andreia Freire de Menezes
^d Lara Leite de Oliveira
^e Rosemar Barbosa Mendes

Resumo

Introdução: a violência doméstica é um fenômeno que acomete milhões de crianças e adolescentes em todo o mundo, desencadeando diversas consequências a curto, médio e longo prazo. Para enfrentá-la, a Atenção Primária em Saúde emerge como uma importante estratégia visto sua singularidade na prestação dos serviços. **Objetivo:** sintetizar as ações de enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na Atenção Primária em Saúde. **Métodos:** trata-se de uma revisão integrativa com estudos obtidos nas bases de dados BVS MS, SciELO, PubMed e EMBASE, norteada pela pergunta de pesquisa: "Quais as ações de enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na Atenção Primária em Saúde?". Os estudos investigados abordam a implementação de ações preventivas, através de programas educativos: SOS ajuda para os pais, Safe Environment for Every Kids, Practicing Safety e Play Nicely, e de educação em saúde, além de relatos de profissionais da saúde frente ao enfrentamento dos casos de violência doméstica contra crianças, adolescentes e suas dificuldades. **Resultados:** a síntese foi capaz de evidenciar diferentes ações de enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes no contexto da Atenção Primária à Saúde, que demonstram sua relevância através de resultados satisfatórios. **Conclusão:** por fim, fica evidente a necessidade de maiores esforços para seu combate, tanto por meio da disseminação de informações sobre os cuidados às crianças e adolescentes e da capacitação de profissionais de saúde, quanto através do fortalecimento de outros setores da saúde.

Palavras-chave: adolescente; Atenção Primária à Saúde; criança; maus-tratos infantis; violência doméstica.

Facing domestic violence against children and adolescents in primary health care: integrative review

Abstract

Domestic violence is a phenomenon that affects millions of children and adolescents around the world, triggering several consequences in the short, medium and long term. To face it, Primary Health Care emerges as an important strategy, given its uniqueness in the provision of services. Thus, the research seeks to synthesize the actions to confront domestic violence against children and adolescents in Primary Health Care. This is an integrative review with studies obtained from the VHL MS, SciELO, PubMed and EMBASE databases, guided by the research question: "What are the actions to confront domestic violence against children and adolescents in Primary Health Care?". The studies investigated address the implementation of preventive actions, through educational programs: SOS help for parents, Safe Environment for Every Kids, Practicing Safety and Play Nicely, and health education, in addition to reports of health professionals coping with cases of domestic violence against children and adolescents and their difficulties. Finally, the synthesis was able to highlight different actions to combat domestic violence against children and adolescents in the context of Primary Health Care, which demonstrate their relevance through satisfactory results. Furthermore, the need for greater efforts to combat it is evident, both through the dissemination of information about child and adolescent care and the training of health professionals, and through the strengthening of other health sectors.

Keywords: adolescent; Primary Health Care; child; child abuse; domestic violence.

^a Graduada de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil. karinamelo15@hotmail.com

^b Graduando em Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil. luis_ricardo01@outlook.com

^c Doutora em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Brasil. deiamenezes1@hotmail.com

^d Doutora em Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Brasil. lara.leite1903@gmail.com

^e Doutora em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Brasil. rosemarbm@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno social complexo, que compromete o direito fundamental à vida, à saúde, ao respeito, à liberdade e à dignidade humana (UNICEF, 1998). Globalmente, estima-se que um bilhão de crianças e adolescentes sofram algum tipo de violência a cada ano (WHO, 2020). Além disso, o ambiente familiar é o mais comum e ocorre muitas vezes de forma velada, tornando de difícil controle (SPSP, 2011).

A persistência desse cenário contrasta com as legislações que visam assegurar a proteção de crianças e adolescentes, a exemplo da Convenção sobre os Direitos da Criança, aceita por 196 países, incluindo o Brasil (UNICEF, 1990), além do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990), que dispõe sobre a proteção integral desse público. Portanto, é crucial analisar quais as ações em vigor que abordam essa questão, especialmente no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), onde os profissionais mantêm contato prolongado com a comunidade, o que facilita a identificação das mudanças comportamentais e físicas (Brasil, 2017).

Os tipos principais de violência que acometem as crianças e adolescentes são a violência física, sexual, psicológica, e a negligência. A violência física é caracterizada como o uso da força física de forma intencional, podendo ferir, provocar danos ou mesmo levar à morte deixando, ou não, marcas evidentes (SPSP, 2011). A sexual é qualquer ação em que uma pessoa, obriga outra, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações

sexuais, ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção (WHO, 2012).

A violência psicológica ou emocional trata-se da restrição de movimentos, de atitudes que denigrem, ridicularizam, ameaçam e intimidam; discriminação, rejeição e outras formas não físicas de tratamento hostil (OMS, 2016). Já a negligência representa atos ou atitudes de omissão, de forma crônica, no tocante à higiene, nutrição, saúde, educação, proteção e afeto, apresentando-se em vários aspectos e níveis de gravidade, sendo o abandono o grau máximo (ABRAPIA, 1997).

Há diversos fatores que desencadeiam a violência, seja a individual, familiar ou social: uso como prática pedagógica (Carmo; Harada, 2006), problemas financeiros, que geram conflitos familiares e desestabilização emocional (Conger; Conger; Martin, 2010), padrões culturais de normalização ao uso da violência (UNICEF, 2014), baixo nível educacional, exposição à violência precocemente, uso de substâncias como álcool e drogas, disfunções familiares, casamento precoce ou forçado, fácil acesso à armas de fogo, além da proteção ausente ou precária contribuem para a permanência deste cenário (UNICEF, 2006).

A exposição à violência, como vítima ou testemunha, particularmente na primeira infância, tem um impacto significativo no desenvolvimento dos indivíduos (WHO, 2016). Além de provocar mortes, esses eventos traumáticos precoces tornam as vítimas mais suscetíveis a desenvolver transtornos de humor, doença física, pior desempenho educacional, abuso de substâncias nocivas, distúrbios alimentares, doenças crônicas (WHO, 2020), envolver-se em violência interpessoal e

tentar suicídio (Hughes *et al.*, 2017).

Dessa forma, a presente pesquisa justifica-se com base na alta prevalência da violência doméstica contra as crianças e adolescentes, que desencadeia consequências nocivas a curto, médio e longo prazo, e da Atenção Primária como nível de saúde estratégico neste enfrentamento, visto o acesso facilitado às unidades, a frequência com que a população o utiliza e, sobretudo, o vínculo estabelecido entre esta e os profissionais. Assim, há uma grande oportunidade em identificar as problemáticas, preveni-las e combatê-las (WHO, 2020; WHO, 2016; Hughes *et al.*, 2017; Brasil, 2017).

Objetiva-se, portanto, sintetizar, com base na literatura nacional e internacional, as ações de enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na Atenção Primária em Saúde. Assim, a revisão integrativa contribuirá na medida em que reúne estudos diversos e é realizada com metodologia já testada e aplicada, o que promove o conhecimento sob variadas perspectivas desse fenômeno, auxiliando na tomada de decisões (WHITTEMORE; KNAFI, 2005).

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, que consiste em seis etapas: elaboração da pergunta de pesquisa, amostragem, extração de dados, análise dos estudos incluídos, interpretação dos dados e apresentação da revisão integrativa (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

A questão norteadora elaborada foi: “Quais as ações de enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes

na Atenção Primária em Saúde?”. Esta foi confeccionada a partir da estratégia PCC, em que P: população, C: conceito e C: contexto (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2015). Nesta pesquisa, a população é representada pelas crianças e adolescentes, o conceito trata-se da violência doméstica e o contexto refere-se à Atenção Primária em Saúde.

Foram utilizadas como base de dados a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS MS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Public Medline (PubMed) e Excerpta Medica Database (EMBASE). Os critérios de inclusão foram: artigos científicos, em todos os idiomas, sem restrição de período temporal, que abordem a temática da presente pesquisa e respondam à questão norteadora. Já os critérios de exclusão foram: revisões, pesquisas pré-clínicas, estudos não disponíveis de forma gratuita e na íntegra, público alvo majoritariamente adulto, e estudos que abordem a violência por parceiro íntimo, que se trata do comportamento em uma relação íntima, por tratar-se de relação interpessoal distinta da que ocorre com crianças, adolescentes e seu núcleo familiar, a qual necessita de intervenções específicas.

As estratégias de busca foram realizadas em abril de 2023, por meio da combinação dos descritores e seus sinônimos, pesquisados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), no MeSH (Medical Subject Headings) e no Emtree (Embase Tree), com os operadores booleanos AND e OR, truncamentos, aspas e parênteses utilizando os elementos do acrônimo PCC. Tais estratégias encontram-se disponibilizadas no Quadro 1 contido no material suplementar.

Para a extração dos dados dos estudos

incluídos, feita de forma duplo cego, utilizou-se um instrumento adaptado para a referente pesquisa, composto pelos seguintes tópicos: identificação do estudo, objetivos, características metodológicas, resultados, discussão e conclusões (Ursi; Galvão, 2006). Para facilitar o acesso e a recuperação das informações, o instrumento foi transposto no Google Forms. Além disso, os dados foram posteriormente transferidos para o software de planilhas eletrônicas Microsoft Excel®, onde as divergências foram resolvidas em comum acordo entre os revisores.

Por fim, cada estudo foi avaliado para identificar o Nível de Evidência - NE, por meio do sistema de classificação da Oxford Centre For Evidence-Based Medicine - OCEBM (OCEBM, 2011). Esta classificação compreende cinco níveis, desde revisões sistemáticas e ensaios randomizados de alta qualidade (Nível I), até raciocínio baseado em mecanismo (Nível V). Cada nível representa um grau diferente de confiabilidade e qualidade dos estudos utilizados na pesquisa. Os artigos incluídos nesta revisão possuem nível de evidência entre I e IV.

RESULTADOS

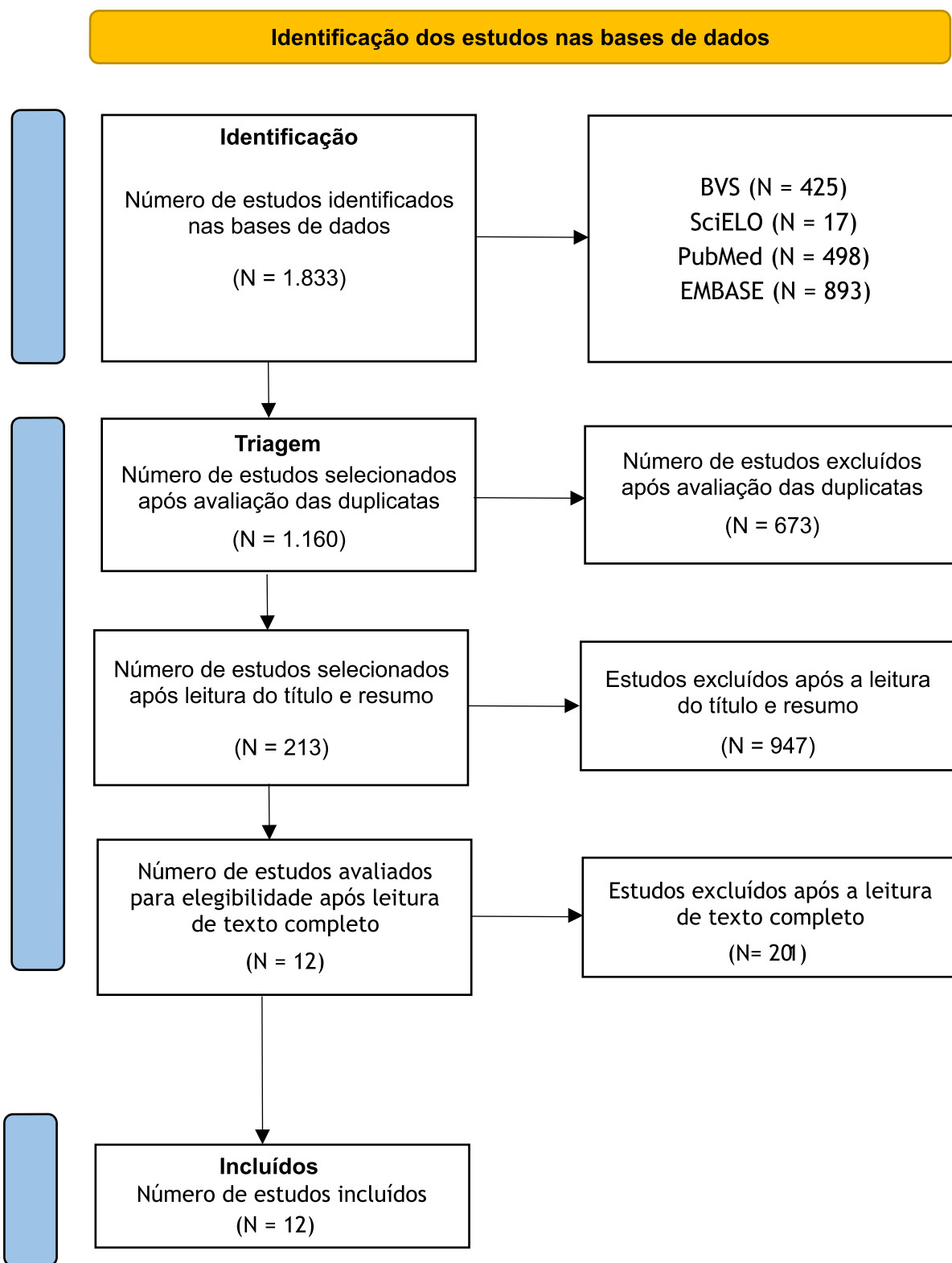
A busca resultou em 425 estudos identificados na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS MS), 17 na SciELO, 498 na PubMed e 893 estudos na EMBASE. Os 1.833 estudos identificados foram armazenados na ferramenta Rayyan, onde foram excluídos de maneira automática 673 estudos duplicados. Em seguida ocorreu a triagem em duplicata e cega por 2 autores, pela leitura do título e resumo dos 1160

estudos restantes, em que foram avaliados a população do estudo, a exposição, o contexto, bem como os critérios de inclusão e exclusão, utilizando um guia elaborado pelos revisores para auxiliar o processo de seleção, guia este composto pelo objetivo, pergunta de pesquisa, estratégia PCC e desenho de estudo, conforme figura 1.

A amostra final foi composta por 12 estudos, publicados no período de 2010 a 2021, com características metodológicas diversas, incluindo Estudo Transversal, Ensaio Clínico Randomizado, Ensaio Controlado, Estudo Controlado Randomizado de Cluster, Estudo Descritivo e Intervenção do tipo antes e depois. Dos 12 estudos, seis (50%) apresentaram abordagem qualitativa, quatro (33,33%) quantitativas e dois (16,66%) quali quantitativo, conforme visualizado nos Quadros 1 e 2 (Oveisi *et al.*, 2010; Dubowitz *et al.*, 2011; Chung *et al.*, 2019; Eismann, 2019; Scholer *et al.*, 2012; Scholer, 2015; Gonzaga; Brino, 2021; Carlos; Pádua; Ferriani, 2017; Andrade *et al.*, 2011; Ávila; Oliveira; Silva, 2012; Mappelli *et al.*, 2020; Leite *et al.*, 2016).

Dos estudos incluídos, seis (50%) foram realizados no Brasil, todos esses em Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família, majoritariamente no estado de São Paulo, com apenas um no Rio Grande do Sul. Já os estudos no exterior foram realizados em sua maioria nos Estados Unidos, somando-se cinco (41,67%) estudos, e um no Irã, feitos em clínicas de cuidados primários. Houve seis (50%) pesquisas publicadas na língua portuguesa e seis (50%) na língua inglesa (Oveisi *et al.*, 2010; Dubowitz *et al.*, 2011; Chung *et al.*, 2019; Eismann, 2019; Scholer *et al.*, 2012; Scholer, 2015; Gonzaga;

Figura 1 - Diagrama de fluxo do processo de seleção dos estudos nas bases de dados



Fonte: dados da pesquisa (2023)

Brino, 2021; Carlos; Pádua; Ferriani, 2017; Andrade *et al.*, 2011; Ávila; Oliveira; Silva, 2012; Mappelli *et al.*, 2020; Leite *et al.*, 2016).

A partir da leitura na íntegra, de forma crítica e minuciosa, verificou-se, nas pesquisas incluídas, que foram abordadas a violência física, psicológica, sexual e a negligência contra o público infantil e adolescente no contexto intrafamiliar. Além disso, a síntese dos achados foi feita pela similaridade das temáticas, e os principais resultados foram sumarizados conforme os tópicos: ações preventivas, com sete artigos (58,33%), e atendimentos às vítimas, com cinco (41,66%), como visualizado nos Quadros 1 e 2, respectivamente (Oveisi *et al.*, 2010; Dubowitz *et al.*, 2011; Chung *et al.*, 2019; Eismann, 2019; Scholer *et al.*, 2012; Scholer, 2015; Gonzaga; Brino, 2021; Carlos; Pádua; Ferriani, 2017; Andrade *et al.*, 2011; Ávila;

Oliveira; Silva, 2012; Mappelli *et al.*, 2020; Leite *et al.*, 2016).

Dos estudos que abordaram o enfrentamento da violência doméstica em unidades de cuidados primários por meio de ações preventivas, uma (14,29%) foi realizada no Brasil, uma (14,29%) no Irã e cinco (71,43%) nos Estados Unidos - EUA (OVEISI *et al.*, 2010; Dubowitz *et al.*, 2011; Chung *et al.*, 2019; Eismann, 2019; Scholer *et al.*, 2012; Scholer, 2015; Gonzaga; Brino, 2021).

Em quatro (57,14%) destes estudos foi feita capacitação para profissionais de saúde das unidades, em um (14,29%) foi feito para mães, um (14,29%) para os pais, incluindo pai e mãe, e um (14,29%) para gestantes. Em seis (85,71%) dos estudos, o enfrentamento foi feito por meio de programas educativos, sendo eles: *Safe Environment for Every Kids - SEEK*, em dois estudos; *Practicing Safety*, em

Quadro 1 - Caracterização dos estudos incluídos e síntese dos artigos selecionados - ações preventivas

Autor / Ano de publicação	Título	Tipo de Estudo	NE	Objetivo	População do estudo/ País	Enfrentamento	Resultados
Oveisi <i>et al.</i> , 2010	Prevenção primária de conflito e abuso entre pais e filhos em mães iranianas: um estudo controlado randomizado	Ensaio Clínico Randomizado - Quantitativo	I	Avaliar se os ambientes de cuidados primários de saúde podem ser usados para envolver e fornecer uma intervenção preventiva para mães de crianças	Mães com filhos entre 2 e 6 anos/ Irã	Programa de educação parental "SOS ajuda para os pais"	Foi verificado que a implementação do programa em um ambiente de saúde de vacinação foi bem-sucedida, havendo melhora nas habilidades parentais e diminuição da frequência e intensidade de comportamentos conflituosos e abusivos destes com seus filhos.
Dubowitz <i>et al.</i> , 2011	O ambiente seguro para cada modelo infantil: impacto nos profissionais de cuidados primários pediátricos	Estudo Controlado Randomizado - Quantitativo	II	Examinar se o modelo <i>Safe Environment for Every Kid (SEEK)</i> de cuidados primários aprimorados melhoraria as atitudes, conhecimento, conforto, competência e comportamento dos profissionais de saúde infantil em relação ao enfrentamento dos principais fatores de risco para maus-tratos infantis.	Profissionais de saúde infantil/ EUA	Programa <i>Safe Environment for Every Kid (SEEK)</i>	Houve melhora nas atitudes, conhecimento, conforto, competência e no comportamento dos profissionais de saúde diante do enfrentamento dos fatores de risco para maus-tratos infantis, com um aumento de 20 pontos percentuais na triagem de cada fator de risco.

(Continuação)

Chung <i>et al.</i> , 2019	Avaliação de risco de abuso e negligência infantil: melhoria da qualidade em um ambiente de atenção primária.	Intervenção do tipo antes e depois - Quali Quantitativo	IV	Melhorar a avaliação de risco de Abuso e Negligência Infantil e o fornecimento de recursos por meio do uso de <i>Smart Tools</i> padronizados em um registro eletrônico de saúde com base em adaptações locais feitas para o programa <i>Practicing Safety</i> .	Profissionais de saúde/ EUA	Programa <i>Practicing Safety</i>	Após a implementação do <i>Smart Tools</i> no prontuário eletrônico e das capacitações aos profissionais de saúde, houve um aumento da avaliação de riscos para abuso e negligência infantil.
Eismann, 2019	Integração do Modelo de Ambiente Seguro para Todas as Crianças (SEEK) em todas as configurações de atenção primária.	Ensaio Clínico Randomizado - Quali quantitativo	I	Avaliar a generalização do modelo <i>Safe Environment for Every Kid</i> (SEEK) para outras configurações de cuidados primários e identificar as barreiras e facilitadores para integrá-lo na prática clínica padrão.	Médicos/ EUA	Programa <i>Safe Environment for Every Kid</i> (SEEK)	É possível implementar o Programa <i>Safe Environment for Every Kid</i> (SEEK) em outros ambientes de Atenção Primária. Porém, há algumas barreiras: falta de tempo dos profissionais, não possuir conhecimento suficiente para solucionar os problemas, falta de acompanhamento de rotina e não saber se os encaminhamentos foram eficazes.
Scholer, 2012	Um breve programa melhora o aconselhamento de mães com filhos que apresentam agressividade persistente.	Ensaio Controlado - Quantitativo	III	Determinar se uma breve intervenção pode afetar a forma como os residentes pediátricos aconselham a mãe de uma criança com persistentes agressões em uma situação do mundo real.	Residentes pediátricos/ EUA	Programa multimídia <i>Play Nicely</i>	Foi constatado que os residentes que receberam a capacitação por meio do programa <i>Play Nicely</i> transmitiram maiores estratégias de intervenção para as mães a fim de lidar com a agressividade do filho, em detrimento do grupo que não recebeu a capacitação.
Scholer, 2015	Uma Intervenção Breve Facilita Discussões Sobre a Disciplina na Atenção Primária Pediátrica.	Estudo Descritivo - Quantitativo	III	Determinar se uma intervenção de 5 a 10 minutos, integrada na visita de puericultura, pode ajudar os pais a discutir a disciplina com seu médico e, em caso afirmativo, como.	Pais de crianças de 1 a 5 anos de idade/ EUA	Programa multimídia <i>Play Nicely</i>	100% dos pais relataram que o programa ajudou na discussão sobre disciplina dos filhos com os médicos pediatras. De acordo com algumas falas: ajudou a expressar o problema que está passando, ajudou a saber o que perguntar ao médico, conheceu melhores estratégias disciplinares, aumentou o conhecimento e a vontade de discutir com o médico, entre outros.
Gonzaga; Brino, 2021	Prevenção de Maus-tratos Infantis: Prática em Grupo com Gestantes em Unidade de Saúde	Ensaio Clínico Randomizado - Qualitativa	II	Debater possibilidades de ações que poderiam ir na contramão da violência, por meio de espaços de diálogo em grupo.	Gestantes/ BRASIL	Educação em Saúde	As gestantes relataram que a educação em Saúde auxiliou nos cuidados infantis.

Fonte: dados da pesquisa (2023)

Quadro 2 - Caracterização dos estudos incluídos e síntese dos artigos selecionados - atendimento às vítimas

Autor / Ano de publicação	Título	Tipo de Estudo	NE	Objetivo	População do estudo/ país	Enfrentamento
Carlos <i>et al.</i> , 2017	Violência contra crianças e adolescentes: a perspectiva da Atenção Primária à Saúde	Pesquisa Transversal - Qualitativa	III	Analisar o atendimento prestado pelas Unidades Básicas de Saúde às famílias envolvidas em violência doméstica intrafamiliar contra crianças e adolescentes.	Profissionais de saúde/ BRASIL	Após a constatação de violência, os profissionais elaboraram diferentes estratégias de cuidado, incluindo visitas domiciliares e consultas individuais. Foi enfatizado que as reuniões de equipe são ferramentas importantes para a melhoria da assistência

(Continuação)

Andrade <i>et al.</i> , 2011	A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo	Pesquisa Transversal - Qualitativa	III	Compreender a experiência (visões e práticas) dos profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra crianças e adolescentes, descrevendo a identificação dos casos e a assistência prestada às vítimas em Unidades Básicas de Saúde.	Profissionais das UBSs/ BRASIL	A população busca a Rede de Atenção à Saúde apenas quando se certifica da extrema gravidade da agressão. Ao reconhecerem algum caso de violência física, os profissionais contatam o Conselho Tutelar ou a polícia. É feita consultas com psicólogo, porém, há uma alta demanda para esse profissional, gerando uma longa fila de espera e sobrecarga do mesmo.
Ávila; Oliveira; Silva., 2012	Conhecimento dos Enfermeiros frente ao abuso sexual.	Pesquisa Transversal - Qualitativa	III	Conhecer a prática profissional dos enfermeiros de 5 Unidades Básicas de Saúde da Família de um município do extremo sul do Brasil, quanto ao abuso sexual de crianças e adolescentes.	Enfermeiras/ BRASIL	O atendimento não é padronizado, muitas vezes é pautado por instinto, tratado de forma isolada, desarticulado com a Rede de Atenção à Saúde e em muitos casos se limita ao atendimento emergencial. Relatam também que encaminham as vítimas para o hospital, para o médico, pronto-socorro e instituições de acompanhamento psicológico.
Mapelli <i>et al.</i> , 2020	Rede intersetorial de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes em contexto de ruralidade.	Pesquisa Transversal - Qualitativo	III	Analisar a rede intersetorial construída a partir da Atenção Primária em Saúde em contexto rural para enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes.	Profissionais de saúde/ BRASIL	Há uma lógica referencial entre profissionais e outras instituições, como encaminhar as vítimas para especialistas, assistentes sociais, serviços de saúde mental, sendo o Centro de Atenção Psicossocial referência para alguns profissionais. O atendimento é realizado por meio de intervenções mais curativas e menos preventivas; não houve compartilhamento de ações com outras instituições e seus membros. Percebeu-se o silêncio e a tentativa de "evitar" os casos, em decorrência das unidades não saberem como proceder diante da violação dos direitos de crianças e adolescentes e se sentirem isoladas.
Leite <i>et al.</i> , 2016	Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica	Pesquisa Transversal - Qualitativo	III	Analisar as ações relatadas por enfermeiros da atenção básica à saúde no enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes, a partir da perspectiva da atenção integral à saúde.	Enfermeiras/ BRASIL	A atuação limitou-se à notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência, repasse dos casos de violência para outros profissionais ou setores e orientação aos familiares quanto ao apoio do conselho tutelar.

Fonte: dados da pesquisa (2023)

Figura 2 - Ações de enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na APS



Fonte: Dados da Pesquisa (2023)

um estudo; *Play Nicely*, em dois estudos; e *SOS ajuda para os pais*, em um estudo (Oveisi *et al.*, 2010; Dubowitz *et al.*, 2011; Chung *et al.*, 2019; Eismann, 2019; Scholer *et al.*, 2012; Scholer, 2015; Gonzaga; Brino, 2021), conforme a figura 2.

Em dois estudos foram implementados o programa *SEEK*, ou seja, Ambiente Seguro para Todas as Crianças, que consistiu em fornecer capacitações e ferramentas necessárias aos profissionais da saúde para que estes possam avaliar os fatores de risco que levam os pais de crianças de até 5 anos a serem violentos com seus filhos, como a depressão, abuso de substâncias, violência por parceiro íntimo, insegurança alimentar e estresse (Dubowitz *et al.*, 2011; Eismann, 2019).

Quanto ao estudo que examinou se o modelo *SEEK* melhoraria as atitudes, o conhecimento, conforto, competência e comportamento dos profissionais diante do enfrentamento dos fatores de risco para maus-tratos infantis, os resultados mostram

que houve um aumento de 20 pontos percentuais na triagem de cada fator de risco para o grupo de intervenção, em detrimento do controle (Dubowitz *et al.*, 2011).

O outro estudo que avalia esse mesmo modelo aponta que é possível implementá-lo em outros ambientes de atenção primária, porém que há algumas barreiras, como a falta de tempo dos profissionais, não possuir conhecimento suficiente para solucionar os problemas, falta de acompanhamento de rotina e não saber se os encaminhamentos foram eficazes (Eismann, 2019).

Outra pesquisa nesta mesma vertente foi feita a partir da implementação do programa *Practicing Safety*, em que foi introduzido *Smart Tools* no prontuário eletrônico, além dos profissionais de saúde terem recebido capacitações para identificação de sinais e sintomas de abuso e negligência infantil, avaliação de risco de violência e a tomada de decisões sobre o encaminhamento de casos (Chung *et al.*, 2019).

Foi constatado que houve um aumento

da avaliação de riscos pelos profissionais e que esse programa pode ser aplicado na prática, sendo facilmente adaptado ao prontuário. Porém, não houve evidências da redução dos casos de maus-tratos (Chung *et al.*, 2019).

Igualmente, o programa multimídia de apresentação curta denominada Play Nicely foi conduzido em dois estudos. Esse programa defende a não violência, concentrando-se em fornecer alternativas para gerenciar os comportamentos das crianças (Scholer *et al.*, 2012; Scholer, 2015).

O primeiro estudo teve como público-alvo 19 residentes pediátricos, em que foi avaliado, após a capacitação, se conseguem orientar mães com dificuldades em lidar com a agressividade do filho. A capacitação dos profissionais foi feita por meio de palestras relativamente curtas, onde foi demonstrado o programa e feitas discussões. Após essa etapa, foi feita uma simulação com os residentes, por meio de uma chamada telefônica que foi gravada, onde os mesmos orientaram a suposta mãe de filho com agressividade persistente (Scholer *et al.*, 2012).

Esse estudo verificou que houve diferenças significativas entre o grupo intervenção e controle. Os residentes que foram capacitados ofertaram mais orientações sobre quais medidas adotar frente às situações estressoras: aconselhar a mãe a estabelecer uma regra ao filho (100% vs 31%), redirecionar (83% vs 8%), promover empatia (50% vs 0%) e desencorajar o uso de punição física (83% vs 31%) (Scholer *et al.*, 2012).

O segundo estudo foi direcionado a 129 pais de crianças de 1 a 5 anos, durante cerca

de 5 a 10 minutos, enquanto estavam na sala de exames das unidades de saúde. Os pais assistiram a vinhetas que apresentavam diferentes maneiras de disciplinar as crianças. Dos participantes da intervenção, 100% concordaram que o programa ajudou na discussão sobre disciplina com os médicos pediatras de seus filhos (Scholer, 2015).

Outro enfrentamento baseado em orientação aos pais foi verificado em uma pesquisa com 224 mães iranianas, que possuíam filhos de 2 a 6 anos. Conduziu-se o programa SOS ajuda para os pais, em que um prestador de cuidados de saúde ensinou sobre o papel das habilidades parentais e erros comuns na criação dos filhos, além das mães realizarem dramatizações e vídeos, que foram mostrados e discutidos (Oveisi *et al.*, 2010).

Foi verificado, por meio da avaliação por escalas, a melhora nas habilidades parentais e diminuição da frequência e intensidade de comportamentos conflituosos e abusivos. No grupo intervenção, 33,3% que responderam ao questionário sobre práticas parentais e 37% que responderam ao questionário sobre abuso infantil apresentaram pelo menos 25% de melhora. Já no grupo controle houve pelo menos 25% de melhora em 0% dos que responderam ao primeiro questionário e 12% no segundo (Oveisi *et al.*, 2010).

Além disso, em pesquisa feita no Brasil com oito gestantes, quatro no grupo intervenção e quatro no controle, algumas com filhos já nascidos, foi realizado, ao longo de dois meses, reuniões semanais. As gestantes puderam aprender sobre o desenvolvimento infantil e práticas parentais adequadas, além

de compartilhar experiências. Todas as gestantes afirmaram que recomendariam o grupo para amigos, participariam novamente e que o grupo ajudou na educação e nos cuidados infantis (Gonzaga; Brino, 2021)

Em contrapartida, houve cinco estudos incluídos que abordaram o atendimento prestado pelos profissionais de saúde às vítimas de violência em Unidades de Saúde do Brasil. Todos possuem abordagem qualitativa, 40% feito por meio de entrevistas semiestruturadas e grupos focais, 40% apenas por entrevistas semiestruturadas e 20% por meio apenas de grupos focais. As pesquisas tiveram como participantes os profissionais de saúde de diversas categorias profissionais (Carlos; Pádua; Ferriani, 2017; Andrade *et al.*, 2011; Ávila; Oliveira; Silva, 2012; Mappelli *et al.*, 2020; Leite *et al.*, 2016)..

A partir da leitura dos artigos, verificou-se que a assistência às vítimas de violência doméstica não ocorre de maneira organizada. Em 100% desses estudos, os profissionais relataram falta de preparo para atender as vítimas, assim, estes tendem a encaminhá-los para outras instituições da Rede de Atenção à Saúde - RAS como o conselho tutelar, hospitais, polícia e os serviços de saúde mental, principalmente, além de outros profissionais, a exemplo do médico e assistentes sociais, pois acreditam que possam oferecer um serviço mais adequado. Apesar disso, não há *feedback* dos casos, devido à desarticulação da rede e muitas vezes há também atuação insatisfatória desses serviços (Carlos; Pádua; Ferriani, 2017; Andrade *et al.*, 2011; Ávila; Oliveira; Silva, 2012; Mappelli *et al.*, 2020; Leite *et al.*, 2016).

Além disso, devido à sobrecarga de trabalho nas unidades, como demonstrado em 80% das pesquisas, e da escassez de profissionais na unidade, referido em 40%, há a dificuldade dos profissionais em participar de capacitações e realizar ações preventivas (Andrade *et al.*, 2011; Ávila; Oliveira; Silva, 2012; Mappelli *et al.*, 2020; Leite, 2016).

Foi mencionado também o medo frente a assistência e notificação dos casos. Esse sentimento foi relatado em 80% dos estudos, e ocorre devido à possibilidade de represália dos agressores, já que não há proteção aos profissionais que se encontram em situação vulnerável visto a proximidade e facilidade de acesso da comunidade às unidades, especialmente quando o familiar retira a denúncia ou mantém-se em silêncio (Andrade *et al.*, 2011; Ávila; Oliveira; Silva, 2012; Mappelli *et al.*, 2020; Leite *et al.*, 2016).

Igualmente, o atendimento é pautado muitas vezes no modelo biomédico, visto que algumas unidades realizam a assistência baseada no pronto atendimento, além de atendimento emergencial (Andrade *et al.*, 2011; Ávila; Oliveira; Silva, 2012; Mappelli *et al.*, 2020; Leite *et al.*, 2016).

Ademais, em um dos estudos verificou-se a dificuldade de acesso dos profissionais à comunidade, pois se tratava de um local comandado por criminosos, o que demonstra que esse problema pode ser ainda mais complexo, necessitando da articulação de outras instâncias (Eismann, 2019). Apenas um estudo comentou que são feitas visitas domiciliares e consultas individuais para atender as vítimas e reuniões de equipe para tratar desse assunto (Carlos; Pádua; Ferriani, 2017).

DISCUSSÃO

Embora haja a preocupação quanto ao enfrentamento da violência contra as crianças e adolescentes, como demonstrado nos estudos supracitados, na prática, não ocorre de forma organizada, principalmente nas unidades de saúde do Brasil. Há falta de articulação da Rede de Atenção à Saúde, profissionais despreparados, sobrecarregados, baixa resolutividade dos setores de apoio, além de medo pelos profissionais de represália dos agressores (Carlos; Pádua; Ferriani, 2017; Andrade *et al.*, 2011; Ávila; Oliveira; Silva, 2012; Mappelli *et al.*, 2020; Leite *et al.*, 2016).

Enfatiza-se que há a necessidade da oferta de um serviço integral e resolutivo, como preconizado pelas políticas públicas, a exemplo da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, que estabelece como um de seus princípios a integralidade, em que o indivíduo deve ser cuidado levando-se em consideração todos os aspectos que envolvem sua saúde: físico, mental e social (Brasil, 2017).

Verifica-se, ainda, que apesar de a notificação ser obrigatória para todos os serviços que prestam assistência ao paciente, determinada pela Portaria n.º 1.271, de 2014 (Brasil, 2014), nem todos a fazem, o que é um alerta à subnotificação dos casos. Além disso, é assegurada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS (Brasil, 2009) a capacitação dos profissionais, porém, na prática isso não é visualizado (Carlos; Pádua; Ferriani, 2017; Andrade *et al.*, 2011; Ávila; Oliveira; Silva, 2012; Mappelli *et al.*, 2020; Leite *et al.*, 2016).

Além disso, a não adesão das condutas preconizadas pela Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1990) e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), que enfatizam a proteção das crianças e adolescentes contra a violência, também é corroborado pelos estudos incluídos.

Já nos estudos do exterior nota-se uma melhor articulação por meio da implementação de programas educativos. Esses programas melhoram a capacidade do profissional em identificar fatores de risco para a violência, a compreensão dos pais em como lidar com os comportamentos de seus filhos sem o uso da violência, entre outros, contribuindo no enfrentamento. Apesar disso, também é mencionada dificuldades em executar as ações, como falta de tempo dos profissionais e não possuir conhecimento suficiente (Oveisi *et al.*, 2010; Dubowitz *et al.*, 2011; Chung *et al.*, 2019; Eismann, 2019; Scholer *et al.*, 2012; Scholer, 2015; Gonzaga; Brino, 2021).

Evidencia-se a importância da continuidade das intervenções educacionais para prevenir a violência, como demonstrado, por exemplo, na pesquisa com as gestantes, realizada no Brasil, que verificou uma possível relação entre a baixa escolaridade e o potencial de abuso (Gonzaga; Brino, 2021). Ademais, as outras ações por meio da implementação de programas preventivos corroboram com a sua importância (Oveisi *et al.*, 2010; Dubowitz *et al.*, 2011; Chung *et al.*, 2019; Eismann, 2019; Scholer *et al.*, 2012; Scholer, 2015; Gonzaga; Brino, 2021).

Além disso, outra pesquisa (Lane; Dubowitz, 2009) verificou que a participação em conferências sobre maus-tratos infantis foi associada ao aumento do senso de competên-

cia na avaliação médica de negligência e ao aumento do senso de competência para testemunhar sobre todos os tipos de maus-tratos (Gonzaga; Brino, 2021; Lane; Dubowitz, 2009).

Destaca-se, portanto, que apesar das leis existentes de enfrentamento à violência doméstica, há grande dificuldade em combatê-la. A violência como forma de educação é normalizada e as condições socioculturais e econômicas deixam as vítimas ainda mais vulneráveis (UNICEF, 1990; Brasil, 2017; Carlos; Pádua; Ferriani, 2017; Andrade, *et al.*, 2011; Ávila; Oliveira; Silva, 2012; Mappelli *et al.*, 2020; Leite *et al.*, 2016; Brasil, 2014; Brasil, 2009; Brasil, 1990).

CONCLUSÃO

Os resultados da presente pesquisa foram satisfatórios na medida em que foram evidenciadas as ações de enfrentamento frente a violência doméstica contra as crianças e adolescentes. Os achados apresentados corroboram a necessidade da continuidade das medidas apresentadas, além da importância na implementação das ações em outras unidades de saúde. Ademais, é possível, a partir dos mesmos, ampliar o conhecimento sobre essa problemática e incluir a pauta em novas ações de saúde.



REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA (ABRAPIA). Guia de orientação para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Autores & Agentes Associados, 1997.

ANDRADE, E. M.; NAKAMURA, E.; PAULA, C. S.; NASCIMENTO, R.; BORDIN, ISABEL.; MARTIN, D. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 20, n. 1, p. 155 - 166, 2011.

ÁVILA, J. A.; OLIVEIRA, A. M. N.; SILVA, P. A. Conhecimento dos Enfermeiros frente ao abuso sexual. *Av.enferm. Bogotá*, v. 30, n. 2, p. 47-55.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescentes. Lei Federal n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 10 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.271 de 6 de junho de 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 10 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf. Acesso em: 10 abr. 2023.

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**: Seção 1, 2017.

CARLOS, D. M.; PÁDUA, E. M. M.; FERRIANI, M. G. C. Violência contra crianças e adolescentes: a perspectiva da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Enferm.* v. 70, n. 4, p. 871-877, 2017. Brasília.

CARMO, C.J.; HARADA, M.J.C.S. Violência física como prática educativa. *Rev. latinoam. enferm.* v. 14, p. 849-856, 2006.

CHUNG, E. K.; GUBERNICK, R. S.; LANOUE, M.; ABATEMARCO, D. J. Child Abuse and Neglect Risk Assessment: Quality Improvement in a Primary Care Setting. *Acad. pediatr.* v. 19, n. 2, p. 227-235, 2019.

CONGER, R. D.; CONGER, K. J.; MARTIN, M. J. Socioeconomic status, family processes and individual development. *Journal of Marriage and Family*, 2010.

DUBOWITZ, H.; LANE, W. G.; SEMIATIN, J. N.; MAGDER, L. S.; VENEPALLY, M.; JANS, M. The Safe Environment for Every Kid Model: Impact on Pediatric Primary Care Professionals. *Pediatrics.* v. 127(4), p 962-70, 2011.

EISMANN, E. A. Integration of the Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model Across Primary Care Settings. *Clin. pediatr.* v. 58, n. 2, p. 166–176, 2019.

GONZAGA, D. S. K.; BRINO, R. F. Prevenção de Maus-tratos Infantis: Prática em Grupo com Gestantes em Unidade de Saúde. *Psicol. cienc.* 2021.

HUGHES, K.; BELLIS, M. A.; HARDCASTLE, K. A.; SETHI, D.; BUTCHART, S.; MIKTON, C.; JONES, L.; DUNNE, M. P. The effect of Multiple Adverse Childhood Experiences on Health: a Systematic Review and Meta-analysis. *Lancet Public Health.* v. 2, p. 356–366, 2017.

LANE, W. G.; DUBOWITZ, H. Primary care pediatricians' experience, comfort and competence in the evaluation and management of child maltreatment: do we need child abuse experts? *Child Abuse Negl.* v. 33, n. 2, p. 76 - 83. 2009.

LEITE, J. T.; BESERRA, M. A.; SCATENA, L.; SILVA, L. M. P.; FERRIANI, M. G. C. Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. *Rev. gaúch. enferm.* v. 37, n. 2, e55796, 2016. DOI: 10.1590/1983-1447.2016.02.55796.

MAPPELLI, L.D.; SABINO, F. H. O.; COSTA, L. C. R.; SILVA, J. L.; FERRIANI, M. G. C.; CARLOS, D. M. Rede intersetorial de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes no contexto rural. *Rev. gaúch. enferm.* v. 41, e20190398, 2020.

MENDES, K. D.; SILVEIRA, R. C.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto Enferm.* v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **INSPIRE**: sete estratégias para pôr fim à violência contra crianças. 2016. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33852>. Acesso em: 2 abr. 2023.

OVEISI, S.; ARDABILI, H. E.; DADDS, M. R.; MAJZADEH, R.; MOHAMMADKHANI, P.; RAD, J. A.; SHAHRIVAR, Z. Primary prevention of parent-child conflict and abuse in Iranian mothers: a randomized-controlled trial. *Child Abuse Negl.* v. 34, n. 3, p. 206-213, 2010.

SCHOLER, S. J. A brief Intervention facilitates discussions about discipline in pediatric primary care. *Clin. pediatr.* v. 54, n. 8, p. 732-737, 2015.

SCHOLER, S. J.; REICH, S. M.; BOSHERS, R. B.; BICKMAN, L. A brief program improves counseling of mothers with children who have persistent aggression. *J. interpers. violence.* v. 27, n. 6, p. 991-1004, 2012.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO (SPSP). **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência / Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente**. Coordenação: Renata Dejtiar Waksman, Mário Roberto Hirschheimer. Brasília: CFM, 2011. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/manual%20atendimento%20crianca%20adol escnte.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2023.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual** 2015.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. (UNICEF). **Hidden in Plain Sight: A Statistical Analysis of Violence Against Children.** 2014.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. (UNICEF). **O direito à sobrevivência e ao desenvolvimento: crianças de até 6 anos.** Brasília, 2006.

URSI, E.S.; GALVÃO, C.M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev Latino-am Enfermagem.** v. 14(1), p.124-31, 2006.

WHITTEMORE, R.; KNAFI, K. The integrative review: update methodology. **Journal of Advanced Nursing,** v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). Global Plan of Action to Strengthen the Role of the Health System Within a National Multisectoral Response to Address Interpersonal Violence, in **Particular Against Women and Girls, and Against Children.** 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511537>. Acesso em: 10 abr. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **Global status report on preventing violence against children.** Geneva, 2020. Disponível em: https://reliefweb.int/report/world/global-status-report-preventing-violence-against-children-2020-enru-gclid=CjwKCAjwxr2iBhBJEiwAdXECw9x-yB0EMnZ70HKJ5HAg-7vS_m5iE9kWm0n3HxWyKx6FtGbRtk0Uhh0CQAYQAvD_BwE. Acesso em: 10 abr. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **World report on violence and health.** Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>. Acesso em: 10 abr. 2023.





Aracaju, 2023.

Acesse todo o conteúdo da
Revista Sergipana de Saúde Pública

