



Boletim do Instituto de Saúde
Volume 20 – nº 2 – Dezembro 2019
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529



**Síntese de evidências qualitativas para
informar políticas de saúde**

Instituto de Saúde

Rua Santo Antônio, 590 – Bela Vista
São Paulo-SP – CEP 01314-000
Tel: (11) 3116-8500 / Fax: (11) 3105-2772
www.isaude.sp.gov.br boletim@isaude.sp.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo
Dr. José Henrique Germann Ferreira

Instituto de Saúde

Diretora do Instituto de Saúde
Luiza Sterman Heimann

Vice-diretora do Instituto de Saúde
Sônia I. Venâncio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP
Tereza Etsuko da Costa Rosa

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP
Tereza Setsuko Toma

Diretor do Centro de Apoio Técnico-científico
Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo
Bianca de Mattos Santos

Boletim do Instituto de Saúde – BIS

Volume 20 – Nº 2 – Dezembro 2019
ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529
Publicação semestral do Instituto de Saúde
Tiragem: 2000 exemplares
Rua Santo Antônio, 590 – Bela Vista
São Paulo-SP – CEP 01314-000
Tel: (11) 3116-8500 / Fax: (11) 3105-2772
boletim@isaude.sp.gov.br

Instituto de Saúde – www.isaude.sp.gov.br
Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>

Editor
Márcio Derbli

Editores científicos
Tereza Setsuko Toma (Instituto de Saúde); Jorge Barreto e Maria Sharmila A. de Sousa (Fiocruz Brasília); Simon Lewin e Claire Glenton (Norwegian Institute of Public Health), Megan Wainwright (Durham University) e Cassia Baldini Soares (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo).

Núcleo de Comunicação Técnico-científica
Camila Garcia Tosetti Pejão

Administração
Bianca de Mattos Santos

Capa
Fátima Consales

Bibliotecária
Tania Isabel de Andrade

Diagramação
Fátima Consales, Vanessa Merizzi

Editoração, CTP, Impressão e Acabamento
Imprensa Oficial do Estado S/A – IMESP

Conselho Editorial

Alberto Pellegrini Filho – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Alexandre Kalache – The New York Academy of Medicine – Nova York – EUA

Camila Garcia Tosetti Pejão – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Carlos Tato Cortizo – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Ernesto Báscolo – Instituto de la Salud Juan Lazarte - Universidad Nacional de Rosario – Rosario – Argentina

Fernando Szklo – Instituto Ciência Hoje (ICH) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Francisco de Assis Accurcio – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte-MG – Brasil

Ingo Sarlet – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) – Porto Alegre-RS – Brasil

José da Rocha Carneiro – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Luiza S. Heimann – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Márcio Derbli – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Marcio Sussumu Hirayama – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Marco Meneguzzo – Università di Roma Tor Vergata – Roma – Itália

Maria Lúcia Magalhães Bosi – Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza-CE – Brasil

Maria Thereza Bonilha Dubugras – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP - Brasil

Nelson Rodrigues dos Santos – Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo-SP – Brasil

Raul Borges Guimarães – Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Presidente Prudente-SP – Brasil

Samuel Antenor – Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo - Unicamp - Campinas -SP – Brasil

Sônia I. Venâncio – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Tania Izabel de Andrade – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Tereza Setsuko Toma – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Sumário

Editorial	03
Sínteses de Evidências Qualitativas: guia introdutório Maria Sharmila A. de Sousa, Megan Wainwright, Cassia Baldini Soares.....	07
Uso da evidência qualitativa para informar decisões no Brasil e na região da América Latina Jorge Barreto, Simon Lewin.....	23
Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa Luciana Cordeiro, Cassia Baldini Soares	37
Implementação da gestão clínica pelo kanban nos serviços de emergência: uma revisão sistemática qualitativa Mariana Cabral Schweitzer, Allan Gomes de Lorena, Beatriz de Almeida Simmerman, Ademar Arthur Chioro dos Reis, Luiz Carlos de Oliveira Cecilio, Rosemarie Andreazza.....	44
Práticas humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática qualitativa Ieda Carla Almeida dos Santos de Souza Pastana, Erika Cardozo Pereira, Janaina Cristina Santos Lima, Mariana Cabral Schweitzer	54
O Cuidado de Adolescentes com Doença Falciforme: possibilidades e desafios Taís Rodrigues Tesser, Tereza Setsuko Toma, Luís Eduardo Batista.....	63
Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: Prevenção e Controle do Pé Diabético na Atenção Primária a Saúde Fernanda Maria Silva, Maria Corina Amaral Viana, Jorge Otávio Maia Barreto, Nathan Mendes Sousa, Ana Aline Gomes da Penha	77
Síntese de evidências para políticas de saúde: enfrentamento da sífilis congênita no âmbito da atenção primária à saúde Mariana de Sales Dias, Emiliania Maria Gaiotto, Marcia Regina Cunha, Lúcia Izumi Yasuko Nichiata	89
Percepções sobre o tratamento de homens com diagnóstico de sífilis: uma síntese rápida de evidências qualitativas Danielle Galindo Martins Tebet, Vanessa Calmont Gusmão Gigante, Wanessa da Silva Peres Bezerra, Jannayna Hammoud Brandão, Micheli Luize Grenzel, Anamaria Mello Miranda Paniago, Sílvia Helena Mendonça de Moraes, Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira, Jorge Otávio Maia Barreto	96

Motivações, pensamentos e sentimentos associados à ideação suicida de adolescentes brasileiros: uma síntese rápida de evidências qualitativas

Alex Sander Bachega, Sau Pereira Tavares de Oliveira, Andressa de Lucca Bento, Gabriel Valdes, Débora Dupas Gonçalves do Nascimento, Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira, Jorge Otávio Maia Barreto 105

Revisão Rápida para informar a Política Nacional de Medicamentos Biológicos no SUS

Cecilia Menezes Farinasso, Roberta Borges Silva, Betânia Ferreira Leite, Dalila Gomes Fernandes, Virginia Kagure Wachira, Aurelina Aguiar de Lima, Daniela Fortunato Rêgo, Luciana Simões Camara Leão, Camile Giaretta Sachetti 114

Acumuladores: uma revisão integrativa do potencial risco de disseminação de doenças transmitidas por vetores e outros animais nocivos à saúde

Lucia de Fátima Henriques, Marli Mendes da Costa, Cristina Sabbo, Ana Aparecida Sanches Bersusa 125

Prezados leitores,

Neste ano, em que o Instituto de Saúde está comemorando seu 50º aniversário, é com grande satisfação que oferecemos esta edição do BIS, com o propósito de discutir a relevância das evidências qualitativas para iluminar a tomada de decisão em políticas de saúde.

Em todo mundo tem crescido o interesse pelas evidências qualitativas, diante da percepção de que os processos de tomada de decisão precisam considerar fatores relacionados com o contexto social, cultural e axiológico, especialmente para a implementação das políticas públicas, a fim de melhorar sua efetividade. Nesse contexto, as sínteses de evidências qualitativas (SEQ) figuram como a primeira linha de esforços para sistematizar e traduzir, de forma transparente, o conhecimento científico disponível nos estudos qualitativos primários, a fim de torná-lo um subsídio acessível em tempo oportuno para a tomada de decisão.

Os dois primeiros artigos foram preparados sob encomenda para apresentar as sínteses de evidências qualitativas e suas possibilidades de aplicação no campo das políticas de saúde. Os demais artigos foram selecionados mediante chamada pública e revisão por pares, e trazem uma pequena mostra de como pesquisadores brasileiros têm utilizado evidências qualitativas para produzir estudos de síntese / tradução do conhecimento.

No texto introdutório sobre **sínteses de evidências qualitativas**, Sousa, Wainwright e Soares apresentam elementos sobre pesquisa qualitativa primária e fornecem informações sobre o que são SEQ, além de um guia sintético sobre onde encontrar orientações metodológicas para a condução de diferentes aspectos do processo de revisão, cada vez mais demandada na formulação de políticas de saúde.

Barreto e Lewin abordam a importância de se considerar as **evidências qualitativas** para fundamentar ações para políticas. Estudos de caso são apresentados para ilustrar como as evidências qualitativas podem informar o desenvolvimento de políticas para questões fundamentais dos sistemas de saúde. Os autores também discutem o que poderia ser feito no Brasil e na região para fortalecer o uso de evidências qualitativas na tomada de decisões.

A **revisão de escopo** (*scoping review*) é um tipo de síntese de evidências que pode mapear todo tipo de evidência e cujos resultados são geralmente apresentados de forma narrativa, valendo-se do apoio de gráficos e figuras demonstrativos dos resultados. Cordeiro e Soares trazem reflexões, a partir do desenvolvimento de uma revisão de escopo de caráter metodológico, sobre o uso da ferramenta *PRISMA extension for scoping review*, recomendada para fazer o relato desse tipo de revisão.

Schweitzer e colaboradores apresentam os resultados de uma **revisão sistemática**

qualitativ, que analisou a aplicação e implementação da gestão clínica pelo *kanban* (um cartão de sinalização para apresentar fluxos, sistemas e processos), nos serviços hospitalares de emergência.

A oferta de práticas humanizadoras na Atenção Básica é o foco da **revisão sistemática qualitativa** realizada por Pastana e colaboradores. Os resultados são apresentados como sínteses, que abordam as percepções sobre a oferta, assim como os aspectos que dificultam ou facilitam a implementação dessas práticas.

Uma **síntese de evidências para políticas** (*evidence brief for policy*), realizada por Tesser e colaboradores, apresenta três opções para políticas de atenção a adolescentes com doença falciforme. Os autores também trazem algumas considerações acerca de barreiras e preocupação com a equidade ao implementar tais opções, e contribuições do diálogo deliberativo sobre os resultados da síntese.

Silva e colaboradores abordam o problema do pé diabético, uma síndrome multifatorial que pode ocorrer em pessoas com diabetes mellitus. Por meio de uma **síntese de evidências para políticas**, os autores discutem quatro opções para políticas identificadas na literatura científica e considerações sobre sua implementação.

A sífilis congênita no âmbito da Atenção Primária é o foco da **síntese de evidências para políticas**, apresentada por Dias e colaboradoras e realizada como dissertação em um programa de mestrado profissional. São discutidas quatro opções para políticas, assim como as considerações sobre equidade e implementação dessas opções.

A **síntese rápida de evidências qualitativas**, realizada por Tebet e colaboradores,

aborda as percepções de homens sobre o tratamento de sífilis. A dificuldade de tratar os parceiros sexuais de mulheres com sífilis é bastante conhecida. Os autores apresentam os resultados em quatro categorias de análise que podem contribuir para compreender melhor os elementos do fenômeno abordado.

Motivações, pensamentos e sentimentos associados à ideação suicida em crianças e adolescentes são os aspectos abordados na **síntese rápida de evidências qualitativas**, realizada por Bacheга e colaboradores. Todos os trabalhos analisados trouxeram a ideação suicida como uma resposta à dor psíquica. No entanto, os autores chamam a atenção para a lacuna de estudos primários sobre esse relevante problema de saúde pública.

Farinasso e colaboradores relatam em uma **revisão rápida** os resultados com relação às principais barreiras relacionadas ao acesso ou uso de medicamentos biológicos no contexto de usuários, profissionais, gestão e sistema de saúde. Este estudo serviu de subsídio para as discussões do Grupo de Trabalho para a formulação da Política Nacional de Medicamentos Biológicos no âmbito do SUS, coordenado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde.

Acumuladores são pessoas reconhecidas por reunir excessivamente objetos ou animais domésticos de forma desordenada e desorganizada. Um possível risco de doenças transmitidas por vetores e outros animais é o problema abordado em uma **revisão integrativa**, apresentada por Henriques e colaboradoras. Os resultados referem-se à saúde da própria pessoa que tem esse distúrbio, assim como à saúde da família e da coletividade.

Desejamos a todos uma boa leitura desta edição temática do BIS, que consiste na primeira iniciativa no Brasil para a discussão e apresentação das sínteses de evidências qualitativas como subsídios valiosos para informar a tomada de decisão sobre questões e problemas de saúde pública.

Esta publicação lançada durante o simpósio “Using qualitative evidence to inform decisions in the SDG era: new frontiers and innovations – QESymposium”, em Brasília, de 9 a 11 de outubro de 2019, representa também um resultado de colaboração entre diferentes grupos e instituições, Instituto

de Saúde, Fiocruz Brasília, *Norwegian Institute of Public Health*, *Durham University* e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, entre outros, para a promoção das Políticas Informadas por Evidências e disseminação de produtos de tradução do conhecimento.

Editores convidados

Tereza Setsuko Toma (Instituto de Saúde);
Jorge Barreto e Maria Sharmila A. de Sousa
(Fiocruz Brasília); Simon Lewin e Claire Glenton
(*Norwegian Institute of Public Health*),
Megan Wainwright (*Durham University*) e
Cassia Baldini Soares (Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo).



Sínteses de Evidências Qualitativas: guia introdutório

Qualitative Evidence Synthesis: an introductory guide

Maria Sharmila A. de Sousa^I, Megan Wainwright^{II}, Cassia Baldini Soares^{III}

Resumo

Sínteses de evidências qualitativas (SEQs) têm sido crescentemente utilizadas na área da saúde e novos métodos têm proliferado. O aumento da demanda por SEQs é impulsionado principalmente pelo reconhecimento de que evidências sobre efetividade não são suficientes para melhorar a saúde, sendo preciso agregar evidências sobre as percepções dos envolvidos, além da viabilidade e componentes contextuais que obstaculizam ou favorecem implementação e equidade – categorias melhor exploradas por metodologias qualitativas. Este artigo introdutório fornece um panorama sobre o tema, servindo também como um roteiro para as metodologias de SEQs. Primeiramente, apresentamos elementos sobre pesquisa qualitativa primária, paradigmas, tipos de perguntas e metodologias adequadas para respondê-las. Em seguida, fornecemos informações sobre o que são SEQs, os tipos de perguntas que elas ajudam a responder, em contextos de políticas e tomada de decisões em saúde, além de exemplos sobre seu uso em processos de desenvolvimento de diretrizes e para fins de avaliação de tecnologias em saúde. Por fim, disponibilizamos um guia sintético sobre onde encontrar orientações metodológicas para a condução de diferentes aspectos do processo de revisão, incluindo como formular uma pergunta, buscar na literatura, escolher um método de síntese, avaliar a confiança nos resultados de estudos primários e achados da revisão e relatar uma SEQ.

Palavras-chave: Evidências Qualitativas; Síntese de Evidências Qualitativas; Revisão sistemática de estudos qualitativos, Metodologias Qualitativas.

Abstract

Qualitative evidence syntheses (QES) are increasingly used in the health area and new methods are proliferating. The increase in demand for QES is driven in large part by a recognition that evidence on effectiveness is not enough to improve health, we need also evidence on stakeholders' perceptions, acceptability, feasibility, implementation factors, and equity – topics well suited for exploration through qualitative research methods. This introductory paper acts as an overview, serving also as a roadmap to QES methodologies. First, we give an overview of what primary qualitative research is – its paradigm, the kinds of questions it asks, and the kinds of methods and approaches it uses to answer them. Secondly, we provide some background on what a qualitative evidence synthesis is, what kinds of questions it helps answer in health policy and decision-making contexts, and some examples of how it is increasingly used in guideline development and health technology assessment processes. Lastly, we provide readers with a roadmap of where to find methodological guidance on carrying-out different aspects of the review process including formulating a question, searching, choosing a synthesis method, assessing confidence in primary study results and review findings, and reporting a QES.

Keywords: Qualitative Evidence; Qualitative Evidence Synthesis; Systematic Reviews of Qualitative Studies, Qualitative Methodologies.

^I Maria Sharmila A. de Sousa (sharmila.sousa@gmail.com) é Biomédica, Especialista em Medicina Farmacêutica (EPM/Unifesp), Mestre em Medicina (Endocrinologia e Genética Humana e Médica, EPM/Unifesp), Mestrado em *Medicine, Science & Society* (King's College London), Doutora em Medicina (Endocrinologia, Medicina Translacional e Bioética, EPM/Unifesp) Pesquisadora Associada, Colaboratório de Ciência, Tecnologia e Sociedade, Escola Fiocruz de Governo (Brasília); Embaixadora no Brasil, *Research Impact Academ.*

^{II} Megan Wainwright (megan@meganwainwright.ca) é Antropóloga, Mestrado e Doutorado em Antropologia Médica (Universidade de Durham), Pós-doc em

Saúde Pública (Universidade da Cidade do Cabo, África do Sul). Pesquisadora Honorária, Departamento de Antropologia, Universidade de Durham (Reino Unido), e consultora independente em pesquisa qualitativa (Portugal). Membro da equipe coordenadora do GRADE-CERQual.

^{III} Cassia Baldini Soares (cassiaso@usp.br) é Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Doutora em Educação, Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; Membro do Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Informado por Evidência: Centro de Excelência do Instituto Joanna Briggs – JBI Brasil.

Apresentação

Os processos de atenção e cuidados em saúde são reconhecidamente complexos e históricos, ou seja, dependentes das relações nas diferentes formações sociais. É imprescindível, portanto, considerarmos, nesses processos, as evidências sobre experiências, atitudes, preferências, valores e expectativas de pacientes, famílias, cuidadores, representantes legais e profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado sobre como é (sobre)viver com uma condição de saúde. É também imprescindível considerar as experiências e/ou expectativas sobre o uso de uma tecnologia de saúde específica, além das evidências sobre a relação entre as necessidades em saúde e as dinâmicas sociais mais gerais. Tais informações e análises podem ser particularmente úteis na compreensão das barreiras e facilitadores para o oferecimento ou implementação de novas tecnologias nos serviços de saúde.

Estes são tipos de evidências que advêm de pesquisas qualitativas. Todavia, pode não ser possível realizar uma pesquisa qualitativa (estudo primário) devido a restrições de tempo, dinheiro ou outros recursos.¹ Desse modo, outra possível forma por meio da qual as perspectivas dos atores sociais envolvidos nesses processos podem ser reunidas de forma estruturada, para informar práticas e políticas, seria a de integrar estudos qualitativos primários individuais numa síntese de evidências qualitativas (SEQ).

A síntese de achados de estudos qualitativos primários tem se tornado cada vez mais relevante como ferramenta para informar políticas e tomada de decisões em saúde em função de seu potencial para fornecer análises aprofundadas sobre os achados, além de ampliar a compreensão sobre os fenômenos de interesse. Assim como outros tipos de evidências, as SEQs dependem fundamentalmente de estudos empíricos

desenvolvidos de forma transparente e rigorosa, pois eles constituirão o material a ser analisado nas revisões da literatura que produzirão as sínteses.

O crescente reconhecimento acadêmico de pesquisas de abordagem qualitativa na área da saúde tem culminado num conjunto considerável de revistas acadêmicas, na área da saúde, especializadas em estudos dessa natureza. Ainda que o termo “*qualitative research*” (no português, pesquisa qualitativa) tenha sido introduzido no *Medical Subject Headings* (MeSH) apenas em 2003, verificação rápida usando essa expressão, em meados de 2019, na fonte de literatura em saúde PubMed, recuperou perto de 60 mil publicações. Já na Scopus, base multidisciplinar que agrega ciências humanas e sociais, esse número passa de 100 mil. É compreensível que, à medida que essa base de evidências cresce, novos métodos sejam necessários para revisar e sintetizar esse conhecimento.

Nesse sentido, SEQs ou revisões sistemáticas de pesquisas qualitativas ou ainda revisões sistemáticas de evidência qualitativa são cada vez mais utilizadas e suas diretrizes sistemáticas são publicadas, especialmente no campo da saúde, para responder questões complexas. Neste artigo introdutório, fornecemos algumas informações sobre estes contextos e um roteiro de métodos, ferramentas e abordagens específicas para orientar e apoiar aqueles que desejam conduzir SEQs.

Metodologias de Pesquisa Qualitativa

Compreender as metodologias de pesquisa qualitativa constitui o primeiro desafio para quem deseja produzir ou sintetizar evidências qualitativas. A pesquisa qualitativa busca analisar experiências e interpretações de indivíduos e/ou grupos sociais sobre fenômenos da realidade,

recortados como objeto de estudo, por meio de coleta sistemática, organização e análise de dados textuais de fala ou observação (incluindo-se dados textuais de blogs, vlogs, sítios na internet de associações de pacientes e de usuários dos sistemas de saúde – nos âmbitos público e privado – e outros tipos de evidências coloquiais passíveis de serem analisados).² Utilizando métodos de coleta de dados que envolvem interação entre o pesquisador e os participantes a pesquisa qualitativa fornece compreensão profunda do mundo social em estudo.³

A pesquisa qualitativa tem natureza intersubjetiva e procura compreender a realidade em estudo de forma aprofundada,⁴ apresentando objetivos que diferem dos da pesquisa quantitativa. Assim, evidências provenientes de estudos quantitativos e qualitativos informam a área da saúde de modo diverso, o que pode trazer contradições à tona. Esse debate apresenta forte potencial para dar respostas a necessidades em saúde. A pesquisa qualitativa tem como objetivos identificar, ilustrar, descrever e explicar comportamentos, preferências e expectativas de pacientes, suas famílias, cuidadores, representantes legais, e profissionais em saúde responsáveis pelos processos sociais e de atenção e cuidados em saúde – informações-chave que as evidências quantitativas não conseguem fornecer de maneira aprofundada.⁵

A pesquisa qualitativa se vale de variadas metodologias, que advêm de diferentes referenciais teórico-metodológicos desenvolvidos pelas ciências humanas e sociais, que foram sendo apropriados pelas ciências da vida, notadamente em função da necessidade de dar respostas a problemas intrincados, e de compreender objetos de caráter histórico, dinâmico, relacional ou fortuito.⁶ O controle experimental ou a fragmentação em variáveis passíveis de mensuração levariam a obscurecer ou deturpar a essência desse

conjunto de objetos relacionados à saúde. Compreender as relações sociais e humanas é fundamental para formular os processos de atenção e cuidados em saúde, seja na dimensão individual ou coletiva, seja na forma de intervenções clínicas, seja na forma de programas e políticas voltadas ao coletivo, seja para o aprimoramento das condições de trabalho e vida que determinam os gradientes de saúde e doença.⁷

É possível observar pesquisas qualitativas na literatura que se referenciam em pressupostos positivistas, advindos das ciências naturais, o que se considera inadequado para a compreensão de processos delineados por contextos micro e macrosociais. Observa-se ainda a publicação de estudos qualitativos que são apresentados sem qualquer fundamentação teórica e que se resumem à mera descrição simplista de situações empíricas.⁸ Deste modo, ainda que de forma muito sintética, é importante destacar as metodologias mais utilizadas na área da saúde, esclarecendo exatamente quais são os fundamentos teórico-filosóficos e teórico-metodológicos relevantes sobre o rigor de sua condução. Entender tais fundamentos é condição para avaliar a qualidade metodológica de um estudo qualitativo (empírico) e, conseqüentemente, o grau de confiança que se pode ter nos resultados desses estudos primários, bem como nos achados de SEQs. Detalhes sobre as etapas de avaliação da confiança nos achados de revisões e avaliação crítica de estudos primários podem ser encontrados na seção sobre o desenvolvimento de SEQs discutidos mais adiante. É importante atentar especialmente para as diferenças entre resultados de estudos qualitativos primários e achados de revisões sistemáticas qualitativas.

O primeiro fundamento dos estudos qualitativos é sua natureza teoricamente orientada, ou seja, a de partir de uma base teórica que sustente a análise de seus resultados. É nesse sentido

que se opta pela expressão metodologia e não método, que exprime de forma mais adequada a indissociabilidade entre o arcabouço teórico de uma pesquisa e o conjunto de procedimentos metodológicos coerentes com esse arcabouço.⁹ Esses referenciais teórico-metodológicos derivam de paradigmas científicos que, por sua vez, são conformados pelas dimensões ontológica (natureza da realidade), epistemológica (natureza do conhecimento) e metodológica (procedimentos e métodos para compreender a realidade). Há inúmeras publicações que esclarecem sobre as dimensões dos paradigmas da ciência. O clássico Guba¹⁰, o livro de Minayo¹¹ e de Denzin e Lincoln¹², bastante reconhecidos na área da saúde, são apenas alguns poucos exemplos de textos de metodologia da pesquisa que podem ajudar o leitor a compreender tais questões. Esses paradigmas estão em constante transformação, sendo que as tradições interpretativa e crítica estão bem estabelecidas, com bastante influência na área da saúde. Na história mais recente, vem se afirmando também o paradigma pós-moderno⁸ das descrições de situações empíricas.

No paradigma interpretativo, a **fenomenologia** e suas variações representam significativa parcela das pesquisas em saúde. Esses estudos estão interessados em compreender a verdade a partir do sentido que indivíduos em particular dão aos fenômenos.¹³ Sodelli¹⁴, por exemplo, a partir da fenomenologia existencial e por meio de entrevista coletiva reflexiva analisou o sentido do trabalho de prevenção ao uso de drogas para um grupo de alunos do terceiro ano do curso de pedagogia.

A **metodologia etnográfica** tem sido bastante utilizada na área da saúde, principalmente em temas sobre “saúde e doença das classes trabalhadoras, ou de grupos específicos da população; saberes e práticas populares de cura; saberes e práticas da medicina oficial; a loucura

e o desvio; sexualidade; medicalização; serviços de saúde; escolhas terapêuticas”.¹⁵ Nascida em consonância com a antropologia e dedicada a compreender em profundidade culturas de sociedades humanas, a etnografia fundamenta-se em pressupostos teóricos como o conceito de etnocentrismo, que passa a ser criticado dando lugar ao conceito de relativismo cultural. Assim, para compreender a cultura de um grupo social é necessário se despir da ideia de uma sociedade padrão, o que exige preparação teórica e abertura para ouvir o grupo e observá-lo atentamente, registrando as informações em diários de campo e outros instrumentos de observação detalhada e aprofundada.¹⁵ Originalmente filiada ao paradigma interpretativo de produção do conhecimento, a etnografia apresenta na atualidade diversos desdobramentos críticos, com antropólogos estudando grupos urbanos contemporâneos, a organização e o processo de trabalho, entre outros.⁸ A pesquisa de Wainwright¹⁶ no Uruguai, por exemplo, adotou uma abordagem etnográfica para entender as interseções entre a sensação de falta de ar para pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica, o contexto cultural e a economia política da saúde, e foi recentemente incluída em uma SEQ sobre a experiência de falta de ar crônica.¹⁷ Outro exemplo é o de Souza e Mendes¹⁸ que utilizaram **etnografia crítica** em pesquisa fundamentada no referencial teórico-filosófico marxista sobre o trabalho de enfermagem em hospitais, relacionando a estrutura organizativa dos hospitais e a flexibilização dos vínculos contratuais dos profissionais de saúde, no contexto de capitalismo financeirizado.

Estudos de caso fazem uso de uma ou mais metodologias etnográficas, fenomenológicas, participativas, entre outras, para iluminar e ilustrar questões específicas a determinados contextos e sob uma fundamentação teórico-analítica que nos ajuda a melhor compreendê-los. Os estudos

de caso que, por exemplo, fundamentam-se em categorias teóricas fundantes no referencial teórico-filosófico do marxismo, como trabalho, necessidades e classe social, alinhados ao paradigma crítico, estão progressivamente se desenvolvendo na área da saúde. Santos, Soares e Campos¹⁹, por exemplo, a partir de entrevistas aprofundadas com enfermeiros sobre o processo de trabalho na Atenção Básica, relacionam os seus desgastes à organização pós-fordista do trabalho. Campos²⁰, ao analisar as necessidades em saúde reconhecidas pelos trabalhadores de uma unidade básica de saúde, por meio de entrevistas em profundidade, mostrou que os processos de trabalho têm sido instaurados de maneira prévia ao reconhecimento das necessidades dos grupos sociais atendidos pela unidade, invertendo a racionalidade de que serviços de saúde deveriam responder a necessidades. Já Sousa²¹, a partir de cadernos de estudo de campo^{12,22} e narrativas (auto-validadas²³) de história oral de vida^{24,25} desenvolveu um estudo de caso fundamentado no referencial teórico-filosófico dos estudos sociais de ciência e tecnologia sobre o Consórcio Brasileiro de Pesquisa e Implementação da Neoplasia Endócrina Múltipla do Tipo 2 (BrasMEN²⁶) para identificar as atitudes e percepções de todos os interessados na incorporação do diagnóstico genético familiar no Sistema de Único de Saúde (SUS) junto à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – a CONITEC, a agência de avaliação de tecnologias em saúde do Ministério da Saúde.

As **metodologias participativas**, e particularmente a pesquisa-ação²⁷, são bastante utilizadas na área da saúde.²⁸ Há um conjunto variado de vertentes entre as metodologias participativas, mas pode-se dizer que todas têm em comum os princípios de: produção conjunta do processo de pesquisa, com indivíduos e grupos sociais cujos problemas e condições constituem objeto de estudo; as questões e os objetivos de pesquisa se

desenvolvem a partir da convergência de duas perspectivas, a da ciência e a da prática; o processo de co-criação permite que co-pesquisadores recuem da reprodução automática da sociabilidade diária, para questionar e rever as interpretações estabelecidas sobre um determinado problema/condição; a convergência das perspectivas da ciência e da prática é um processo muito exigente, que evolui quando essas duas esferas de ação se encontram, interagem e desenvolvem um entendimento mútuo.²⁹ A **pesquisa participativa** teve forte penetração na América Latina, conformando-se a tradição do sul, notadamente entre as décadas de 1960 a 1980, em resposta à presença de regimes autoritários e modelos de desenvolvimento excludentes e concentradores nessa região.³⁰ Princípios humanistas e revolucionários conformam a vertente educativa de Freire e Fals Borda, que enfatiza o papel do intelectual orgânico e a finalidade libertadora para a pesquisa.³¹ Foi apontada a potencialidade desse tipo de pesquisa de promover o deslocamento das universidades para o campo concreto da realidade.³² Os pressupostos teórico-metodológicos da ciência burguesa foram postos sob suspeição, e se buscaram novos paradigmas, com interesse em realizar pesquisas que contribuíssem para superar os graves problemas provenientes das contradições de classe e para promover a mudança social.³³ Vecchia e Martins³⁴, por exemplo, conduziram **pesquisa participativa**, na vertente histórico-cultural de Vigotsky, que analisou sentidos pessoais e significações sociais das atividades de atenção em saúde mental desenvolvidas por profissionais integrantes de uma equipe de saúde da família.

Síntese de Evidências Qualitativas

A prática da condução de revisões aprofundadas da literatura – e sua sistematização – como uma maneira de fazer um balanço sobre o

status de nossos conhecimentos, conceitos e teorias em certas áreas não é novidade. As revisões sistemáticas diferem das revisões de literatura em sua metodologia estruturada, rigorosa abordagem para buscar exaustivamente o corpo da literatura sobre um tópico, sua abordagem de equipe e uma ênfase na transparência do relato. Revisões sistemáticas, para serem rotuladas como tal, seguem um conjunto específico de etapas (seja de estudos qualitativos ou quantitativos), incluindo o desenvolvimento de uma pergunta de revisão, o desenvolvimento de uma estratégia de busca, a busca em bases de dados, a triagem de estudos para inclusão e exclusão, a extração de dados, a avaliação da qualidade dos estudos primários, e a análise e síntese dos dados. Embora estas etapas gerais de uma SEQ sejam semelhantes às das revisões quantitativas de eficácia, segurança ou custo-efetividade, a maneira como estas etapas são realizadas difere devido à “herança dupla para a metodologia das SEQs” – de um lado influenciada pelos métodos das revisões sistemáticas de eficácia e, de outro, fortemente modulada pelas metodologias de pesquisa qualitativa primária.³⁵ Devido ao número de etapas, bem como à natureza demorada da análise de dados qualitativos, as SEQs não são um feito pequeno. Elas exigem tempo, energia e comprometimento substanciais. Apesar de tamanhos esforços, o que tem impulsionado o aumento da demanda e do investimento de recursos para a produção de sínteses de evidências qualitativas?

A busca por revisões sistemáticas no setor saúde está vinculada ao movimento pela prática, tratamento e políticas informadas por evidências. Para garantir que as recomendações de saúde e políticas reflitam nosso estado da arte do conhecimento sobre um tópico, é necessário revisar o que as evidências informam. Historicamente, as questões que impulsionam a demanda para buscar e sintetizar todo o corpo de evidências

existente são aquelas relacionadas à eficácia, segurança ou custo-efetividade de tratamentos ou outros tipos de tecnologias de saúde, como programas e métodos diagnósticos. Todavia, como há um crescente reconhecimento de que a existência de tratamentos eficazes e com boa relação custo-benefício não se traduz automaticamente em melhores resultados de saúde para todos, passamos a também reconhecer a importância de se propor outros tipos de questões. Por que os homens não frequentam o clínico geral para cuidados preventivos? Como experiências anteriores influenciam as percepções sobre um novo programa para pessoas com doença mental? Qual é a opção mais aceitável, de acordo com os atores sociais interessados, para atender à escassez de pessoal? Quais são os fatores que influenciam a atualização das diretrizes clínicas em contextos rurais? Quais são os obstáculos para a prestação de cuidados em saúde aos imigrantes sem abrigo? Por que certos programas de prevenção ao uso de drogas não funcionam?

A pesquisa qualitativa primária (conforme descrito na seção anterior) é bem adequada para abordar essas questões complexas. Popay e colaboradores³⁶ afirmaram há mais de 20 anos que as evidências de eficácia nunca serão suficientes – também são necessárias evidências sobre tópicos tais como a adequação e os fatores que influenciam a tomada de decisões. Nesse caso, a “evidência” não são números, correlações ou estatísticas, mas o que as pessoas pensam, sentem, dizem, experimentam ou observam em contextos do mundo real. Quando esses tipos de questões surgem em um contexto de tomada de decisão (para informar a melhor opção de política, investimento ou inovação, por exemplo), uma síntese de evidências qualitativas pode ser demandada.

Entre os que cada vez mais usam SEQs está a Organização Mundial da Saúde (OMS).³⁷ O

Manual da OMS para o Desenvolvimento de Diretrizes inclui um capítulo sobre SEQs, uma vez que elas são cada vez mais solicitadas como parte do processo de desenvolvimento de diretrizes clínicas e para a implementação de (novas) tecnologias em saúde.³⁸ O capítulo descreve algumas das maneiras sobre como as evidências qualitativas podem ser usadas em uma diretriz. Uma de suas funções é contribuir para determinar o escopo da própria diretriz, considerando todos os tópicos relevantes para os atores sociais interessados, e ajudar a especificar melhor a questão da revisão em si. Evidências qualitativas podem iluminar sobre como diferentes atores sociais interessados valorizam diferentes desfechos, ou quão importantes são os potenciais benefícios e danos potenciais de uma intervenção para as pessoas, a aceitação e viabilidade de intervenções, os fatores que influenciam a implementação e o efeito das intervenções na equidade em saúde. Lewin e Glenton³⁹ descrevem sua experiência de trabalhar com a OMS na produção de SEQs para informar diretrizes. Eles dão o exemplo sobre como a evidência qualitativa foi usada para informar as recomendações da OMS sobre “cuidados pré-natais para experiências positivas de gravidez”.⁴⁰ Primeiramente, uma SEQ foi demandada

para garantir que as vozes das mulheres influenciassem o desenvolvimento da orientação desde o início. Esta SEQ abordou o que as mulheres precisam, querem e valorizam na gravidez⁴¹, e foi usada para determinar objetivos gerais e desfechos principais a serem considerados na diretriz. Depois, uma segunda SEQ foi demandada para explorar os fatores que influenciam o uso de serviços pré-natais pelas mulheres, que por sua vez contribuiu com evidências sobre a aceitação e viabilidade da diretriz.^{39,42}

Neste sentido, as SEQs permitem a pesquisadores e tomadores de decisões “irem além” dos resultados de estudos qualitativos primários, e produzirem algo que é mais do que um simples resumo⁵ – são sínteses interpretativas dos achados desses estudos.⁴³ Deste modo, a síntese de vários estudos qualitativos relevantes sobre um determinado tópico pode oferecer múltiplas perspectivas, bem como evidências sobre pontos de vista contraditórios que, de outra forma, poderiam ser esquecidos quando se considera um único estudo. É importante reconhecer que a SEQ é diferente de um resumo de estudos qualitativos. Eaton⁴⁴ dá uma visão geral das diferenças entre resumir e sintetizar informações, algumas das quais são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1. Resumo versus Síntese

Resumo	Síntese
Reúne informações para destacar os pontos importantes.	Reúne informações não apenas para destacar os pontos importantes, mas também para tirar suas próprias conclusões.
Aborda um conjunto de informações (por exemplo, artigo, capítulo, documento) por vez. Cada fonte permanece distinta.	Combina partes e elementos de uma variedade de fontes em uma entidade unificada.
Demonstra uma compreensão do significado geral.	Chega-se a uma nova visão.

Por fim, ressaltamos que, para fins de contextos de avaliação de tecnologias em saúde (ATS), instituições como o Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica do Reino Unido (da sigla no inglês NICE, *National Institute of Health and Clinical Excellence*) e o Conselho Médico Escocês (da sigla no inglês SMC, *Scottish Medical Council*) também têm usado evidências qualitativas em suas diretrizes. Carroll⁵ descreve como a diretriz do NICE integrou achados para o manejo em longo prazo de acidente vascular encefálico, a partir de sínteses de evidências quantitativas e qualitativas. Em particular, a influência das evidências qualitativas e sua síntese são bastante claras: as evidências quantitativas apenas permitiram observar que os procedimentos padrão não eram propícios à tomada de decisão compartilhada; as evidências qualitativas enfatizaram a importância da tomada de decisão compartilhada e as especificidades sobre como ela deveria ser alcançada, e estas foram integradas em detalhes nas recomendações. Tal uso de evidências qualitativas nos contextos da ATS no Brasil também está começando a ser integrado aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) formulados pela CONITEC.⁴⁵

No geral, há um crescente reconhecimento sobre a contribuição que as evidências qualitativas podem trazer e, por sua vez, sobre como as sínteses desses tipos de evidências têm sido incorporadas nos processos de tomada de decisão e formulação de diretrizes. O artigo de Barreto e Lewin⁴⁶, também apresentado nesta edição do BIS, fornece comentários adicionais sobre o uso de evidências qualitativas para informar decisões. Embora normalmente isso tenha sido impulsionado dentro do campo da saúde, o interesse tem aumentado em outros domínios, como em políticas e gerenciamento ambientais, por exemplo.⁴⁷ Sem dúvida, é um momento profícuo para as pesquisas qualitativas. As próximas

publicações de interesse nessa área incluem o uso de evidências qualitativas para determinar o escopo das diretrizes⁴⁸, para informar abordagens de evidência à decisão⁴⁹ e para desenvolver considerações sobre implementação.⁵⁰ Agora, vamos olhar com cuidado sobre algumas das metodologias específicas utilizadas para a condução de uma SEQ.

Métodos de Síntese de Evidências Qualitativas

Assim como há várias metodologias qualitativas de pesquisa, há inúmeras abordagens e métodos para sintetizar estudos qualitativos primários. É um passo crucial do processo de revisão decidir sobre que tipo de síntese será conduzida e depois relatar isso claramente nos achados finais e publicações. Houve uma proliferação de termos para diferentes métodos de síntese, fato que tornou o acesso e a seleção do método apropriado muito mais complexo para revisores. Um ponto de partida para listas com definições práticas e conceituais sobre diferentes métodos de síntese pode ser encontrado na revisão crítica de métodos de Barnett-Page e Thomas⁵¹, no livro de Hannes e Lockwood⁵² ou no guia de Ring e colaboradores⁵³ para sintetizar pesquisa qualitativa em avaliação de tecnologias em saúde. Esses autores enfocam os 5-10 métodos de síntese mais comumente usados ou melhor desenvolvidos. Embora seja comum ouvir de especialistas na área que existem mais de quarenta tipos de síntese (muitos usados apenas em uma revisão), não conseguimos encontrar uma lista abrangente de todas as possíveis opções. Parece muito mais fácil encontrar orientação sobre abordagens específicas para a síntese (por exemplo, síntese temática⁵⁴, meta-etnografia⁵⁵, síntese interpretativa crítica⁵⁶, síntese meta-agregativa^{57,58}, síntese de abordagem estruturada (*framework*)⁵⁹ e síntese de abordagem estruturada de melhor-ajuste⁶⁰)

do que encontrar uma lista inicial com todas as opções possíveis – algo que pode representar um desafio tanto para revisores novos quanto experientes.

Atualmente, existe uma orientação geral sobre como escolher um método de síntese apropriado. Booth e colaboradores⁶¹ desenvolveram o critério RETREAT para selecionar métodos de síntese de evidências qualitativas. O acrônimo RETREAT faz referência aos sete domínios sobre os quais a escolha do método deve ser feita – a questão de Revisão (mais ou menos fixa), Epistemologia (referencial filosófico), Tempo / escala de tempo (quanto tempo você tem para terminar a revisão), Recursos (financeiro e humano), *Expertise* (quais habilidades e formações/experiências os revisores têm), Audiência e propósito (para quem e para que servem os achados da revisão) e Tipo de dados (dos estudos qualitativos primários). Ao invés de tentar resumir todos os potenciais métodos de síntese, os autores desenvolveram uma série de dicas para que revisores respondam a fim de guiá-los na direção de uma escolha bem justificada sobre o método de síntese. Esses domínios e dicas podem ser implementados ao considerar qualquer opção de método de síntese.

Orientações também estão sendo desenvolvidas para a escolha de métodos para circunstâncias específicas de revisão, por exemplo, no contexto de uma intervenção complexa e desenvolvimento de diretrizes⁶²⁻⁶⁵. Flemming e colaboradores⁶² identificam três métodos de síntese de evidências qualitativas particularmente adequados para explorar a complexidade: síntese temática, síntese de abordagem estruturada (*framework*) ou síntese de abordagem estruturada de melhor ajuste, e meta-etnografia. Noyes e colaboradores⁶³, em nome do Grupo de Métodos Qualitativos e de Implementação da Cochrane, também recomendam esses mesmos métodos quando a

síntese de evidências qualitativas será posteriormente integrada a uma revisão sistemática de efeito de uma intervenção para uso na tomada de decisões. Eles fornecem uma útil comparação sobre os prós e contras de cada método ao produzir uma síntese para um processo de tomada de decisão. Booth e colaboradores⁶⁴ também fornecem uma comparação de diferentes métodos de síntese (Tabela 1, p.16 desta referência) em seu guia para a seleção de um método de síntese para revisões de avaliação de tecnologias em saúde de intervenções complexas. Kastner e colaboradores⁶⁵ fornecem um algoritmo para ajudar na seleção de um método de síntese para evidências complexas (qualitativas ou quantitativas) com base no propósito, nos resultados e na aplicabilidade, e comparam uma variedade de tipos de síntese.

Fundamentalmente, a escolha de um método de síntese deve compreender cuidadosa consideração sobre a finalidade de sua produção e usos. Com a finalidade de produzir afirmações para a prática em saúde, a meta-agregação é o processo de SEQ preconizado pelo Instituto Joanna Briggs (da sigla no inglês JBI, *Joanna Briggs Institute*). Os achados dos estudos primários são extraídos com precisão e reunidos em categorias de acordo com a semelhança de significado. A reunião de várias categorias em uma linha de conduta constitui a síntese agregativa.^{57,66} Já as meta-etnografias destinam-se a produzir teorias e, para tal finalidade, são necessários achados conceitualmente robustos e densamente descritos nos estudos primários. Por esse motivo, recomenda-se a revisores que tomem uma decisão final sobre o método de síntese apenas quando souberem sobre o que estarão trabalhando em termos de estudos primários e de finalidade e usos.⁶³

Outros Guias e Ferramentas para Sínteses de Evidências Qualitativas

Algumas organizações que publicam revisões (por exemplo, como a Cochrane ou o Instituto Joanna Briggs) fornecem seus próprios manuais para orientar todo o processo da revisão – Manual da Cochrane⁶⁷, Manual do Revisor do Instituto Joanna Briggs.⁵⁸ Todavia, a maioria das revisões é produzida fora desses contextos e a literatura indexada (revisada por pares) é uma fonte sempre crescente de guias e ferramentas para ajudar revisores em diferentes estágios de condução de uma SEQ. Aqui, sinalizamos brevemente aqueles para o desenvolvimento de uma pergunta de revisão e pesquisa na literatura, para o preparo de um protocolo de revisão, para a avaliação da confiança nos achados da revisão, e para a redação do relato da revisão.

Desenvolvimento de uma questão de revisão e pesquisa da literatura

A questão da revisão, como enfatizado acima na abordagem RETREAT, é chave para escolher um método de síntese. Também é fundamental para o desenvolvimento de uma pesquisa bibliográfica efetiva. Uma série de abordagens estruturadas para o desenvolvimento de questões de revisão específicas para a síntese de evidências qualitativas tem sido desenvolvida. Aqui está uma pequena seleção (para uma lista mais abrangente veja Booth¹) de acrônimos:

- SPIDER⁶⁸ (do inglês *Sample, Phenomenon of Interest, Design, Evaluation, Research type*; em português: Amostra, Fenômeno de Interesse, Desenho, Avaliação, Tipo de Pesquisa, respectivamente);
- PICOC⁶⁹ (do inglês *Patient/Population, Intervention, Comparison, Outcomes, Context*; em português: Paciente/População, Intervenção, Comparador, Desfechos, Contexto, respectivamente) – uma

variação de PICO mais bem adaptada à síntese de evidências qualitativas pela inclusão do “contexto”;

- PerSPEcTiF³⁵ (do inglês, *Perspective, Setting, Phenomenon of Interest/Problem, Environment, Comparison (optional), Time/Timing, Findings*; em português: Perspectiva, Cenário, Fenômeno de Interesse/Problema, Ambiente, Comparador (opcional), Duração/Tempo Oportuno, Achados, respectivamente);
- PICO⁷⁰ (do inglês, *Participants, Phenomenon of Interest and Context*; em português Participantes, Fenômeno de Interesse e Contexto): mimetizando o PICO dos estudos de eficácia, adequa-se à pesquisa qualitativa, enfatizando os elementos-chave desse tipo de pesquisa.

O Grupo de Métodos de Qualitativos e de Implementação da Cochrane considera o SPICE (do inglês *Setting, Perspective, Intervention/exposure/phenomenon of interest, Comparison, Evaluation*) como a abordagem estruturada (acrônimo) mais simples – em português, Cenário, Perspectiva, Intervenção/Fenômeno de Interesse, Comparador, Avaliação.⁶⁹ Todavia, embora seja útil para definir conceitos que entrarão em uma estratégia de busca, o acrônimo SPICE pode não ser tão adequado para revisões de intervenções complexas para as quais a questão do contexto é fundamental.⁶⁹ Booth e colaboradores³⁵ desenvolveram o PerSPEcTiF para abordar as fraquezas percebidas em outros acrônimos para a formulação de questões de revisões para síntese de evidências qualitativas. Ter uma pergunta de revisão bem definida é crucial para planejar pesquisas nas bases de busca de literatura indexada que sejam eficazes. A revisão de Booth¹ fornece alguns princípios iniciais para a busca de estudos qualitativos,

incluindo: amostragem, fontes, perguntas estruturadas, procedimentos de pesquisa, estratégias de pesquisa e filtros. Estes também estão resumidos em Harris e colaboradores.⁶⁹

Preparo de um Protocolo

SEQs podem ser registradas em base de dados como o PROSPERO^{IV} para ajudar a reduzir a probabilidade de duplicação.⁷¹ Harris e colaboradores⁶⁹ fornecem uma breve visão geral sobre o que incluir em um protocolo, e Butler e colaboradores⁷² fornecem um extenso guia sobre como escrever um protocolo de uma síntese de evidências qualitativas. Neste sentido, considerar teorias sociais é importante desde o início de uma revisão qualitativa⁷³, conforme discutimos em seção anterior sobre metodologias de pesquisa qualitativa. Métodos específicos para a elaboração de protocolos são fornecidos por centros de produção de sínteses de evidências, como o JBI, que provê guia para a elaboração do protocolo de revisão qualitativa, e publica protocolos aceitos após submissão e pareceres por pares no *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*.^{70,74}

Avaliação da confiança nos achados da revisão

Uma síntese de evidências qualitativas produzirá uma infinidade de achados de revisão e, em um contexto de tomada de decisão, é importante para o usuário da revisão saber qual o grau de confiança a depositar em cada achado individual. A abordagem GRADE-CERQual (do inglês, *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation – Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research*; em português, *Gradação das Recomendações de Avaliação e Desenvolvimento – Confiança na*

Evidência proveniente de Revisões de Pesquisa Qualitativa) foi desenvolvida para fornecer uma maneira transparente e sistemática de avaliar a confiança em achados individuais de uma revisão.^{75,76} Existe orientação detalhada para auxiliar os revisores na implementação da abordagem CERQual – um processo que envolve primeiramente a avaliação de cada componente (limitações metodológicas⁷⁷, coerência⁷⁸, relevância⁷⁹, e adequação dos dados⁸⁰), individualmente, antes de fazer uma avaliação global da confiança para cada achado individual de uma revisão⁸¹. Também há uma orientação para a apresentação dos achados sintetizados e avaliações GRADE-CERQual de confiança em uma Tabela-Resumo de Achados Qualitativos.⁸¹ Esta abordagem foi desenvolvida para ser implementada a achados de revisões qualitativas usando qualquer tipo de método de síntese. Revisores usando o método da JBI de meta-agregação também têm a opção de usar a ferramenta ConQual para avaliar a confiança nos achados de sua revisão.⁸²

Avaliação crítica de estudos primários

A avaliação crítica (também chamada avaliação de qualidade) é uma etapa fundamental de uma revisão sistemática. Para avaliar o componente de limitações metodológicas durante a condução de uma avaliação GRADE-CERQual de confiança (seção acima), os revisores devem implementar uma ferramenta de avaliação crítica a seus estudos primários e fazer um julgamento sobre a existência de quaisquer preocupações metodológicas que possam diminuir nossa confiança em achados individuais da revisão. Alguns tipos de métodos de revisão, como o método JBI, podem excluir estudos da revisão com base na qualidade metodológica, sendo necessário utilizar ferramentas de avaliação no início da revisão, antes de conduzir a síntese. É imperativo usar

^{IV} <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>

uma ferramenta de avaliação desenvolvida especificamente para avaliar pesquisa qualitativa. O uso de uma ferramenta de avaliação para estudos quantitativos em um estudo qualitativo seria fundamentalmente errado. Um guia atual de seleção de compêndios e ferramentas de avaliação pode ajudar os revisores a escolher a melhor ferramenta para suas necessidades.⁸³

Ainda sobre a avaliação crítica de resultados de estudos primários e de achados de revisões sistemáticas qualitativas é importante ressaltarmos a diferença entre cada tipo de dado para evitar confusões acerca de quais ferramentas e abordagens utilizar para avaliar o grau de confiança nas evidências sintetizadas. Nesse sentido, a abordagem GRADE-CERQual propõe avaliar a confiança em um achado de revisão baseando-se na coerência, relevância e adequação dos achados da revisão e não exclusivamente na avaliação da qualidade metodológica dos estudos primários individuais que compõem cada achado da revisão.

Redação do relato da revisão

Quando se trata de relatar e publicar uma revisão sistemática de estudos qualitativos, há um número crescente de diretrizes disponíveis para diferentes aspectos da revisão. ENTREQ é uma diretriz geral de relato para todos os tipos de sínteses de evidências qualitativas⁸⁴, enquanto eMERGe é específico para meta-etnografia.⁸⁵ Os diagramas PRISMA ajudam a representar o processo de triagem e inclusão/exclusão.⁸⁶ Os autores também podem utilizar o acrônimo STARLITE⁸⁷ ao relatar suas estratégias de pesquisa (estratégia de amostragem, tipo de estudo, abordagens, intervalo de anos, limites, inclusão e exclusões, termos usados, fontes eletrônicas). Existem novas diretrizes de relato sendo desenvolvidas o tempo todo, e revisores podem usar o banco de dados da Rede EQUATOR^v para ajudar a encontrar

as diretrizes para relato de revisões existentes para a síntese de evidências qualitativas.

Considerações Finais

As SEQs são processos estruturados de forma sistemática que se desenvolvem a partir de categorias de análise qualitativas, ou seja, aquelas relacionadas à compreensão da realidade das relações humanas e sociais, aquelas que procuram explicações contextuais, históricas e intersubjetivas sobre a realidade dessas relações. Por isso, as SEQs têm potencialidade para sintetizar categorias empíricas como percepções, significados, experiências, crenças, representações, entre tantas outras.

Ao sintetizar categorias no âmbito das relações humanas e sociais, espera-se conferir aos processos de atenção e cuidados em saúde os elementos necessários para propor e apoiar a implementação de tecnologias, intervenções, programas e políticas que aperfeiçoem o cuidado em saúde, nos âmbitos individual e coletivo. Em última instância, espera-se que as SEQs respondam a necessidades em saúde dos diferentes indivíduos, famílias e grupos sociais que compõem a sociedade.

Referências

1. Booth A. Searching for qualitative research for inclusion in systematic reviews: a structured methodological review. *Syst Rev.* 2016;5(1). doi:10.1186/s13643-016-0249-x
2. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet.* 2001;358(9280):483-8.
3. Snape D, Spencer L. The Foundations of Qualitative Research. In: Ritchie J, Lewis J, editors. *Qualitative Research Practice A Guide for Social Science Students and Researchers.* SAGE; 2009.
4. Minayo MCdeS, Costa AP. Técnicas que fazem uso da

^v <http://www.equator-network.org/>

- palavra, do olhar e da empatia: pesquisa qualitativa em ação. Aveiro: Ludomedia; 2019.
5. Carroll C. Qualitative evidence synthesis to improve implementation of clinical guideline. *BMJ*. 2017;356:j80 doi: 10.1136/bmj.j80
 6. Soares CB. Revisão qualitativa da literatura com enfoque na revisão sistemática. In: Costa AP, coordenador. Revisão da literatura com apoio de software: contribuição da pesquisa qualitativa. Aveiro: Ludomedia; 2019.
 7. Soares CB, Yonekura T, Campos CMS. Marxismo como referencial teórico-metodológico em saúde coletiva: implicações para a revisão sistemática e síntese de evidências. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(6):1403-1409.
 8. Prasad P. Crafting qualitative research: working in the post positivist traditions. New York: Routledge; 2015.
 9. Cordeiro L, Soares CB, Rittenmeyer L. Unscrambling method and methodology in action research traditions: theoretical conceptualization of praxis and emancipation. *Qualitative Research*. 2017;17(4):395–407. <https://doi.org/10.1177/1468794116674771>
 10. Guba EC. The alternative paradigm dialog. In: Guba EC, org. *The paradigm dialog*. Newbury London: Sage Publications; 1990:17-27.
 11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1992.
 12. Denzin NK, Lincoln YS, Editors. *The handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage; 2011.
 13. Willis JW. *Foundations of qualitative research: interpretive and critical approaches*. London: Sage; 2007.
 14. Sodelli M. Aproximando sentidos: formação de professores, educação, drogas e ações redutoras de vulnerabilidade [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2006.
 15. Nakamura E. The ethnographic method in health researches: an anthropological thinking. *Saúde e Sociedade*. 2011; 20(1):95-103.
 16. Wainwright M. Sensing the airs: The cultural-context for breathing and breathlessness in Uruguay. *Medical Anthropology*. 2017; 36(4):332-347. Doi: 10.1080/01459740.2017.1287180
 17. Hutchinson A., Barclay-Klingel, N., Galvin, K., Johnson, M.J. Living with breathlessness: a systematic literature review and qualitative synthesis. *Eur Respir J*. 2018;51:1701477 [[https://doi.org/ 10.1183/13993003.01477-2017](https://doi.org/10.1183/13993003.01477-2017)].
 18. Souza HS, Mendes AN. A terceirização e o “desmonte” do emprego estável em hospitais. *Rev. Esc. Enferm. USP* [internet]. 2016[acesso em 20 jan 2019];50(2):286-294. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200015>.
 19. Santos VC, Soares CB, Campos CMS. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41:777–781.
 20. Campos CMS. *Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)* [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2004.
 21. Sousa MSA. *Consórcio Brasileiro ‘Neoplasia Endócrina Múltipla Tipo 2’: Medicina Translacional, Bioética e Sociedade* [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da UNIFESP; 2015. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/48737>
 22. Geertz C. *Works and Lives: The Anthropologist as Author*. Stanford University Press; 1988.
 23. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ*. 2000;320:50-2.
 24. Meihy JCSB, Holanda F. *História oral: como fazer, como pensar*. São Paulo: Contexto; 2007.
 25. Meihy JCSB, Ribeiro SLS. *Guia prático de história oral: para empresas, universidades, comunidades e famílias*. São Paulo: Contexto; 2011.
 26. Maciel RMB, Camacho CP, Assumpção LVM, et al. Genotype and phenotype landscape of MEN2 in 554 medullary thyroid cancer patients: the BrasMEN study. *Endocrine Connections*. 2019;8(3):289-298.
 27. Cordeiro L, Soares CB, Rittenmeyer L. Unscrambling method and methodology in action research traditions: theoretical conceptualization of praxis and emancipation. *Qualitative Research*. 2017;17(4):395–407. <https://doi.org/10.1177/1468794116674771>
 28. Toledo RF, Rosa TEC, Keinert TM, Cortizo CT, organizadores. *Pesquisa Participativa em Saúde: vertentes e verdades*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2018;24:153-165.
 29. Bergold J, Thomas S. Participatory Research Methods: A Methodological Approach in Motion. *Forum: Qualitative Social Research*. 2012;[1.]:13(1). Available at: <<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1801/3334>>.
 30. Cajardo M. Pesquisa participante: propostas e projetos. In: Brandão CR, organizador. *Repensando a pesquisa participante*. 3.ed. São Paulo: Brasiliense; 1987:15-50.

31. Haguete TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. 3.ed. Petrópolis: Vozes; 1992.
32. Borda OF. Aspectos teóricos da pesquisa participante: considerações sobre o significado e o papel da ciência na participação popular. In: Brandão CR, org. Pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense; 1981:42-62.
33. Peruzzo CMK. Da observação participante à pesquisa-ação: pressupostos epistemológicos e metodológicos. Apresentado no III Colóquio Brasil-Itália de Ciências da Comunicação, realizado em Belo Horizonte – MG 2 e 3 de setembro de 2003. Promoção: INTERCOM – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação.
34. Vecchia MD, Martins STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. Ciênc. saúde coletiva. 2009;14(1):183-193. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100024>.
35. Booth A. Harnessing Energies, Resolving Tensions: Acknowledging a Dual Heritage for Qualitative Evidence Synthesis. Qualitative Health Research. 2019;29(1):18-31. <https://doi.org/10.1177/1049732318808247>
36. Popay J, Rogers A, Williams G. Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health services research. Qualitative Health Research. 1998;8(3):341-351.
37. Langlois EV, Tunçalp Ö, Norris SL, Askew I, Ghaffar A. Qualitative evidence to improve guidelines and health decision-making. Bulletin of the World Health Organization. 2018;96:79-79A. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.206540>
38. Glenton C, Lewin S, Norris SL. WHO handbook for guideline development. Switzerland: WHO; 2014.
39. Lewin S, Glenton C. Are we entering a new era for qualitative research? Using qualitative evidence to support guidance and guideline development by the World Health Organization International. Journal for Equity in Health. 2018;17:126 <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0841-x>
40. World Health Organization. World health recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva; 2016.
41. Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Metin Gulmezoglu A. What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. BJOG. 2016;123(4): 529–39.4
42. Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM. Factors that influence the uptake of routine antenatal services by pregnant women: a qualitative evidence synthesis (Protocol). Cochrane Database Syst Rev. 2016;10: CD012392.
43. Campbell R, Pound P, Pope C, Britten N, Pill R, Morgan M, et al. Evaluating meta-ethnography: a synthesis of qualitative research on lay experiences of diabetes and diabetes care. Social Science & Medicine. 2003;56:671-84.
44. Eaton SE. Reading Strategy: Differences between summarising and synthesising information. 2010. Available from: <https://www.scribd.com/doc/38175256/Differences-Between-Summarizing-and-Synthesizing-Information>.
45. Silva AS, Sousa MSA, Silva EV, Galato D. Participação Social no Processo de Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS. Rev de Saúde Pública. 2019. No prelo.
46. Barreto J, Lewin S. Using qualitative evidence to inform decisions in Brazil and the Latin American region. BIS, Bol Inst. Saúde. 2019. No prelo.
47. Macura B, Suškevičs M, Garside R, Hannes K, Rees R, Rodela R. Systematic reviews of qualitative evidence for environmental policy and management: an overview of different methodological options. Environmental Evidence. 2019;8:24.
48. Downe S, Finlayson KW, Lawrie TA, Lewin SA, Glenton C, Rosenbaum S, Barriex M, Tunçalp Ö. Qualitative Evidence Synthesis for Guidelines: Paper 1 - Using Qualitative Evidence Synthesis to Inform Guideline Scope and Develop Qualitative Findings Statements. Health Research Policy and Systems. 2019. In press.
49. Lewin SA, Glenton C, Lawrie TA, Downe S, Finlayson KW, Rosenbaum S, Barriex M, Tunçalp Ö. Qualitative Evidence Synthesis for Guidelines: Paper 2 - Using Qualitative Evidence Synthesis Findings to Inform Evidence-to-Decision Frameworks and Recommendations. Health Research Policy and Systems. 2019. In press.
50. Glenton C, Lewin SA, Lawrie TA, Barriex M, Downe S, Finlayson KW, Tamrat T, Rosenbaum S, Tunçalp Ö. Qualitative Evidence Synthesis for Guidelines: Paper 3 - Using Qualitative Evidence Syntheses to Develop Implementation Considerations and Inform Implementation Processes. Health Research Policy and Systems. 2019. In press.
51. Barnett-Page E, Thomas J. Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. NCRM Working Paper. NCRM. 2009. Available from: <http://eprints.ncrm.ac.uk/690/>
52. Hannes K, Lockwood C. Synthesizing Qualitative Research: Choosing the Right Approach John Wiley & Sons, Ltd. Chichester (UK); 2012.
53. Ring N, Ritchie K, Mandava L, Jepson R. A guide to synthesising qualitative research for researchers undertaking

- health technology assessments and systematic reviews. 2010. Available from: <http://www.nhshealthquality.org/nhs-qis/8837.html>
54. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol.* 2008;10(8):45 <http://ukpmc.ac.uk/article-render.cgi?artid=1593387>
55. Noblit GW, Hare RD. *Meta-ethnography: synthesising qualitative studies* Sage: Thousand Oaks, CA. 1988:88.
56. Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology.* 2006;6(35).
57. Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *International journal of evidence-based healthcare.* 2015;13(3):179-187.
58. Aromataris E, Munn Z, Editors. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual.* The Joanna Briggs Institute 2017. Available from <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
59. Dixon-Woods M. Using framework-based synthesis for conducting reviews of qualitative studies. *BMC Med.* 2011;14(9):39.
60. Carroll C, Booth A, Leaviss J, Rick J. "Best fit" framework synthesis: refining the method. *BMC Medical Research Methodology.* 2013;13(1):1-16.
61. Booth A, Noyes J, Flemming K, Gerhardus A, Wahlster P, van der Wilt GJ, et al. Structured methodology review identified seven (RETREAT) criteria for selecting qualitative evidence synthesis approaches. *J Clin Epidemiol.* 2018;99:41-52.
62. Flemming K, Booth A, Garside R, Tunçalp Ö, Noyes J. Qualitative evidence synthesis for complex interventions and guideline development: clarification of the purpose, design and relevant methods. *BMJ Glob Health.* 2019;4:e000882. doi:10.1136/bmjgh-2018-000882
63. Noyes J, Booth A, Flemming K, Gerhardus A, Wahlster P, van der Wilt GJ, et al. Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group guidance paper 3: methods for assessing methodological limitations, data extraction and synthesis, and confidence in synthesized qualitative findings *J Clin Epidemiol.* 2018; 97:49-58
64. Booth A, Noyes J, Flemming K, Gerhardus A, Wahlster P, Van Der Wilt GJ, Mozygemba K, Refolo P, Sacchini D, Tummers M, Rehfuess E. Guidance on choosing qualitative evidence synthesis methods for use in health technology assessments of complex interventions. 2016. Available from: <http://www.integrate-hta.eu/downloads/>
65. Kastner M, Antony J, Soobiah C, et al. Conceptual recommendations for selecting the most appropriate knowledge synthesis method to answer research questions related to complex evidence. *Journal of Clinical Epidemiology.* 2016;73:43-49.
66. Hoga LAK, Matheus MCC, Soares CB. Metassíntese: síntese de estudos qualitativos. In *Enfermagem baseada em evidências.* São Paulo: Barbosa, Dulce; Taminato, Mônica; Fram, Dayana; Belasco, Angélica. 2014;105-116.
67. Noyes J, Hannes K, Booth A, Harris J, Harden A, Popay J, Pearson A, Cargo M, and Pantoja T on behalf of the Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group. Chapter 20: Qualitative research and Cochrane reviews. In: Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.3.0 (updated October 2015).* The Cochrane Collaboration. 2015. Available from <http://qim.cochrane.org/supplemental-handbook-guidance> [Current update process January 2018 onwards]
68. Cooke A, Smith D, Booth A. Beyond PICO: The SPIDER Tool for Qualitative Evidence Synthesis. *Qual Health Res.* 2012;22(10):1435-1443.
69. Harris JL, Booth A, Cargo M, Hannes K, Harden A, Flemming K, Garside R, Pantoja T, Thomas J, Noyes J. Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group guidance series-paper 2: methods for question formulation, searching, and protocol development for qualitative evidence synthesis. *J Clin Epidemiol.* 2018;97:39-48. doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.10.023.
70. Lockwood C, Porritt K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M, ... Stannard D. Systematic reviews of qualitative evidence. In E. Aromataris & Z. Munn, eds, *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual.* The Joanna Briggs Institute. 2017. Recuperado de <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
71. Centre for Review and Dissemination. Guidance notes for registering a systematic review protocol with PROSPERO [internet]. 2016. Disponível em: [https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/documents/Registering a review on PROSPERO.pdf](https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/documents/Registering_a_review_on_PROSPERO.pdf)
72. Butler A, Hall H, Copnell B. A Guide to Writing a Qualitative Systematic Review Protocol to Enhance Evidence-Based Practice in Nursing and Health Care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing.* 2016;3(3):241-249. doi:10.1111/wvn.12134
73. Noyes J, Hendry M, Booth A, Chandler J, Lewin S, Glenton C, Garside R. Current use was established and

- Cochrane guidance on selection of social theories for systematic reviews of complex interventions was developed. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2016;75:78-92. doi:10.1016/j.jclinepi.2015.12.009
74. Matheus MCC, Hoga LAK, Soares CB. Projeto de revisão sistemática e estudos qualitativos (RSEQ). In: Barbosa D, Taminato M, Fram D, Belasco A, organizadores. *Enfermagem Baseada em Evidências*. São Paulo: Atheneu; 2014:93-103.
75. Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, Carlsen B, Colvin CJ, Gülmezoglu M, ... Booth A, Rashidian A. Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Med*. 2015;12(10):e1001895.
76. Lewin S, Booth A, Glenton C, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implement Sci*. 2018;13(1):2. doi: 10.1186/s13012-017-0688-3.
77. Munthe-Kaas H, Bohren MA, Glenton C, Lewin S, Noyes J, Tunçalp Ö, Booth A, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings-paper 3: how to assess methodological limitations. *Implement Sci*. 2018;13(1):9. doi: 10.1186/s13012-017-0690-9.
78. Colvin CJ, Garside R, Wainwright M, Munthe-Kaas H, Glenton C, Bohren MA, Carlsen B, Tunçalp Ö, Noyes J, Booth A, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings-paper 4: how to assess coherence. *Implement Sci*. 2018;13(1):13. doi:10.1186/s13012-017-0691-8
79. Noyes J, Booth A, Lewin S, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings-paper 6: how to assess relevance of the data. *Implement Sci*. 2018;13(1):4. doi: 10.1186/s13012-017-0693-6
80. Glenton C, Carlsen B, Lewin S, Munthe-Kaas H, Colvin CJ, Tunçalp Ö, Bohren MA, Noyes J, Booth A, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings-paper 5: how to assess adequacy of data. *Implement Sci*. 2018;13(1):14. doi: 10.1186/s13012-017-0692-7.
81. Lewin S, Bohren M, Rashidian A, Munthe-Kaas H, Glenton C, Colvin CJ, Garside R, Noyes J, Booth A, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings-paper 2: how to make an overall CERQual assessment of confidence and create a Summary of Qualitative Findings table. *Implement Sci*. 2018;13(1):10. doi: 10.1186/s13012-017-0689-2.
82. Munn Z, Porritt K, Lockwood C, Aromataris E, Pearson A. Establishing confidence in the output of qualitative research synthesis: The ConQual approach. *BMC Medical Research Methodology*. 2014;14(108):1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-108>.
83. Majid U., Vanstone M. Appraising Qualitative Research for Syntheses: A Compendium of Quality Appraisal Tools. *Qual Health Res*. 2018;28(13):2115-2131. doi: 10.1177/1049732318785358.
84. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Medical Research Methodology*. 2012;12(1):181.
85. France EF, Cunningham M, Ring N, Uny I, Duncan EAS, Jepson RG, Maxwell M, Roberts RJ, Turley RL, Booth A, et al. Improving reporting of Metaethnography: the eMERGe reporting guidance. *J Adv Nurs*. 2019. <https://doi.org/10.1111/jan.13809>.
86. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009;6(6):e1000097
87. Booth A. "Brimful of STARLITE": toward standards for reporting literature search. *J Med Libr Assoc*. 2006;94(4):421-429.

Declaração de Financiamento

MSAS recebe bolsa Fiotec do Ministério da Saúde para apoiar o aprimoramento dos processos de participação social e uso de evidências qualitativas nos processos de avaliação de tecnologias em saúde e tomada de decisão informadas por evidências para o Departamento de Gestão da Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (DGITS/SCTIE).

Uso da evidência qualitativa para informar decisões no Brasil e na região da América Latina¹

Using qualitative evidence to inform decisions in Brazil and the Latin American region

Jorge Barreto^{II}, Simon Lewin^{III}

Resumo

O interesse em como fortalecer o uso de evidências de pesquisa em processos de tomada de decisão teve um rápido crescimento em muitos cenários. A formulação de políticas informadas por evidências tornou-se amplamente institucionalizada no setor da saúde e também vem sendo implementada em muitas outras áreas de política social. A evidência qualitativa – dados empíricos extraídos de pesquisa que utiliza métodos qualitativos de coleta e análise de dados – pode desempenhar um papel crítico na formulação de políticas informadas por evidências porque esse tipo de evidência pode capturar as opiniões e as experiências daqueles afetados por uma intervenção ou opção. A evidência qualitativa também tem o potencial de humanizar os processos de tomada de decisão, e pode ajudar a garantir que as intervenções e as opções selecionadas para abordar problemas de saúde e sociais sejam bem aceitas pelos atores, viáveis de serem implementadas e não piores iniquidades ou acesso a direitos. Este artigo discute acerca da evidência qualitativa e como pode ser usada para informar decisões, especialmente no contexto brasileiro. Apresentamos diversos estudos de caso que mostram como a evidência qualitativa pode informar o desenvolvimento de políticas para questões-chave dos sistemas de saúde. Então, discutimos sobre o que precisa ser feito no Brasil e na região para fortalecer o uso da evidência qualitativa na tomada de decisão.

Abstract

Interest in how to strengthen the use of research evidence in decision-making processes has grown rapidly in many settings. Evidence informed policy making has now become widely institutionalised within the health sector and is also being implemented within many other areas of social policy. Qualitative evidence – empirical data drawn from research that uses qualitative methods of data collection and analysis – can play a critical role in evidence informed policy making because such evidence can capture the views and experiences of those affected by an intervention or option. Qualitative evidence also has the potential to humanise decision making processes, and can help ensure that the interventions or options selected to address health and social concerns are acceptable to stakeholders, feasible to implement and do not worsen inequities or access to rights. This paper discusses qualitative evidence and how it can be used to inform decisions, especially in the Brazilian context. We present several case studies showing how qualitative evidence can inform policy development for key health systems questions. We then discuss what needs to be done in Brazil and the region to strengthen the use of qualitative evidence in decision making.

¹ Tradução do original em inglês: Kássia Fernandes de Carvalho

^{II} Jorge Otávio Maia Barreto (jorgebarreto@fiocruz.br e jorgeomaia@hotmail.com), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Brasília, Brasil.

^{III} Simon Lewin (simonarnold.lewin@fhi.no), Centre for Informed Health Choices and Division of Health Services, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Noruega; Health Systems Research Unit, South African Medical Research Council, Cidade do Cabo, África do Sul; Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Noruega.

Introdução

Em muitos cenários, vemos o rápido crescimento do interesse em como fortalecer o uso de evidências de pesquisa em processos de tomada de decisão. Uma ampla variedade de iniciativas nessa área tem sido implementada atualmente,^{1,2} envolvendo formuladores de políticas e outros atores nos âmbitos internacional, nacional e subnacional. Essas iniciativas são acompanhadas pelo crescimento do número de publicações sobre a tradução do conhecimento.^{1,3,4} A abordagem do uso de evidências de pesquisa, amplamente conhecida como “formulação de políticas informadas por evidências”, é baseada em processos e plataformas de tradução do conhecimento que promovem o uso de métodos sistemáticos e transparentes e também adotam uma comunicação efetiva, abordagens participativas, e o uso de evidências globais e locais para informar decisões.⁵

A formulação de políticas informadas por evidências talvez tenha sido institucionalizada de forma mais ampla no setor da saúde. Entretanto, a abordagem vem sendo gradualmente adotada em outras áreas de política social, com base no aprendizado obtido durante anos no setor da saúde, e ajudando a expandir a visão do uso mais amplo da evidência para informar processos de formulação de políticas para o sistema social e outros sistemas.⁶⁻⁸

Implementar a formulação de políticas informadas por evidências é um desafio significativo porque o processo de contextualização e adaptação das evidências para intervenções e opções precisa levar em consideração as opiniões, as experiências e os interesses dos atores. Colocar tais abordagens participativas em prática em sistemas de atenção à saúde e assistência social é complexo em razão da variedade de potenciais atores, da necessidade de articular vários

interesses diferentes, da necessidade de uma mediação qualificada e do tempo demandado. Temos sugerido que a evidência qualitativa pode desempenhar um papel crítico na formulação de políticas informadas por evidências porque essa evidência pode capturar as opiniões e as experiências daqueles afetados por uma intervenção ou opção. Tal evidência pode complementar as opiniões dos atores que participam diretamente nos processos de política e pode auxiliar a responder a questões – como a aceitação e a viabilidade de intervenções – que são geralmente pouco abordadas em estudos quantitativos comparativos, utilizados para avaliar os efeitos de intervenções clínicas ou de políticas.⁹⁻¹¹

A evidência qualitativa, então, tem o potencial de humanizar os processos de decisão e ajudar a garantir que as intervenções e as opções selecionadas para abordar problemas de saúde e sociais sejam bem aceitas pelos atores, viáveis de serem implementadas e não piorem iniquidades ou acesso a direitos. Entretanto, esse tipo de evidência ainda não é sistematicamente utilizado em processos de política na maioria dos cenários. O conhecimento da existência dessa lacuna tem levado diversos grupos de pesquisa a desenvolver métodos para apoiar um uso mais amplo da evidência qualitativa na tomada de decisão.¹²⁻¹⁶ Muitos grupos também estão intensificando esforços no sentido de construir um ambiente que seja aberto ao uso dessa evidência para informar decisão para diferentes questões de política.

Neste artigo, introduzimos o conceito de “evidência qualitativa” e discutimos como ela pode ser usada para informar decisões no Brasil. Para tanto, apresentamos diversos estudos de caso que mostram como a evidência qualitativa pode ser usada para informar o desenvolvimento de políticas para questões-chave dos sistemas de saúde. Então, discutimos o que precisa ser

feito pelos atores no Brasil e na região para fortalecer o uso da evidência qualitativa na tomada de decisão.

Formulação de políticas de saúde informadas por evidências no Brasil

Nos últimos anos, a institucionalização de processos sistemáticos e transparentes para o desenvolvimento de diretrizes de prática clínica cresceu no Brasil, especialmente na gestão de novas tecnologias em saúde pelo Ministério da Saúde.¹⁷⁻¹⁸ Atualmente, o Ministério da Saúde usa a abordagem GRADE para orientar o desenvolvimento de novas diretrizes relacionadas à priorização de tecnologias em saúde e outros processos de cuidados complexos, como o parto normal e o manejo de doenças crônicas.¹⁸⁻¹⁹

Paralelamente, a questão sobre como implementar diretrizes de prática clínica informadas por evidências vem recebendo uma atenção crescente no Brasil. Há um interesse particular nas barreiras e nos facilitadores para a implementação, como a acessibilidade das recomendações das diretrizes; a facilidade para sua aplicação; em que medida existe propriedade de uma diretriz pelos provedores de cuidados em saúde e outros atores; e o ambiente organizacional, incluindo a extensão do apoio institucional e os recursos humanos.

No Brasil, nós, assim como outros grupos, estamos envolvidos em várias iniciativas recentes a fim de construir capacidade para adotar uma abordagem sistemática e transparente que inclua a evidência qualitativa como subsídio para a tomada de decisão. Essas atividades incluem o treinamento em métodos de síntese de evidências qualitativas e na implementação da abordagem GRADE-CERQual para avaliar o grau de confiança a depositar na evidência proveniente de revisões de pesquisa qualitativa.²⁰ Também

estamos traduzindo e disseminando materiais-chave necessários para o fortalecimento da capacidade (ver os exemplos)^{21,22}. Embora as opiniões dos atores sobre o valor da evidência qualitativa para informar processos de tomada de decisão sejam ainda muito variadas no país, há um crescente interesse institucional e acadêmico nos princípios e métodos para incorporar esse tipo de evidência. Consideramos que isso demonstra uma demanda para o fortalecimento da capacidade e o compartilhamento de experiências nessa área.

O que é evidência qualitativa?

A pesquisa qualitativa objetiva descrever o mundo social e explorar as percepções e as experiências das pessoas sobre o mundo social. Isso inclui as percepções e as experiências das pessoas sobre saúde e doença, serviços de cuidados em saúde e de assistência social, instituições, o ambiente construído e outros aspectos do mundo social. A pesquisa qualitativa também visa explicar e interpretar o mundo social pelo desenvolvimento de hipóteses, teorias e modelos.² Os métodos de coleta de dados que a pesquisa qualitativa primária comumente utiliza são discussões de grupos focais, entrevistas individuais, observações e análise de documentos. Estudos qualitativos usam um grande número de diferentes abordagens de análise de dados, mas muitas envolvem a análise de texto (como transcrição de entrevista e documentos) para identificar os principais temas ou categorias.

A evidência qualitativa trata de dados empíricos extraídos de pesquisa que utiliza métodos qualitativos de coleta e análise de dados. A evidência qualitativa inclui evidências que emergem de estudos qualitativos primários individuais assim como evidências dos achados de sínteses de evidências qualitativas (às vezes chamadas

de revisões sistemáticas de estudos qualitativos primários – uma forma de pesquisa secundária). As opiniões individuais e outros tipos similares de informações anedóticas não são, em si, consideradas evidências qualitativas, pois não são embasadas na coleta e análise sistemática de dados, o que é uma parte integral de um processo de revisão. Dados quantitativos que são expressos em palavras também não são considerados evidências qualitativas. Assim como com outros tipos de evidência, há ferramentas disponíveis para avaliar as limitações metodológicas e a confiabilidade das evidências qualitativas. Essas avaliações são frequentemente parte da preparação desse tipo de evidência para uso em tomada de decisão – por exemplo, a abordagem GRADE-CERQual pode ser utilizada para avaliar o grau de confiança a depositar em achados provenientes de sínteses de evidências qualitativas.^{14,20}

Em alguns cenários, as evidências de sínteses de evidências qualitativas servem agora como subsídios em processos de tomada de decisão, junto com evidências sobre os efeitos de diferentes intervenções ou opções e evidências sobre o uso de recursos ou custos.¹⁰ Por exemplo, a evidência qualitativa vem sendo utilizada para desenvolver diretrizes clínicas e orientações para os sistemas de saúde.^{12,13,15} A evidência qualitativa também vem sendo cada vez mais utilizada em ferramentas de apoio à decisão, tais como as abordagens GRADE que traduzem evidências em decisões,^{15,24,25} os resumos de evidências para formulação de políticas²⁶ e as avaliações de tecnologias em saúde (ATS).^{27,28} Como temos observado,^{11,15} para a evidência qualitativa informar a tomada de decisão para cuidados em saúde e assistência social, ela precisa percorrer os elementos do *ecossistema da evidência* (Figura 1). Como outros

Figura 1. O ecossistema para a evidência qualitativa (adaptado de Lewin et al.¹⁵)



tipos de evidência, a evidência qualitativa precisa passar de forma integrada entre os *produtores de evidências* (aqueles que realizam pesquisa qualitativa primária); os *sintetizadores de evidências* (aqueles que conduzem sínteses de evidências qualitativas); os *processadores e os disseminadores de evidências* (aqueles que produzem produtos de decisão informada por evidências, como as diretrizes e as ATS); e os *implementadores de evidências* (aqueles que são responsáveis pela implementação de decisões informadas por evidências, tais como gestores de programas, e aqueles envolvidos na prestação e na utilização dos serviços de saúde, como os provedores de serviços e o público).^{11,29} As conexões entre cada estágio do ecossistema são críticas para garantir o fluxo da evidência e sua tradução em decisões e ações para aprimorar a política e a prática.³⁰ O modelo conceitual é útil para analisar a ocorrência de gargalos em relação à produção de e à demanda por evidências, e para identificar o que poderia ser necessário para abordá-los.

Estudos de caso sobre como a evidência qualitativa pode ser utilizada para informar decisões

Diretrizes de doenças crônicas no Brasil - o caso da hipertensão arterial

No Brasil, diretrizes de prática clínica estão disponíveis para tratamentos farmacológicos para as doenças não transmissíveis mais prevalentes, incluindo a hipertensão arterial. De acordo com um estudo recente, o rigor metodológico e a transparência dessas diretrizes são inadequados. Ao utilizar a ferramenta AGREE II (do inglês, *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation instrument*), a avaliação classificou como de qualidade baixa dezesseis das 26 diretrizes de prática clínica, sendo que nenhuma foi classificada como de qualidade alta.³¹ Nenhuma diretriz de

prática clínica foi recomendada para implementação em serviços de saúde sem modificação (77% não foram recomendadas de forma alguma). O estudo também mostrou que o desenvolvimento das diretrizes não levou em consideração as preferências dos pacientes, e que não foram fornecidas informações suficientes quanto a um número de outros passos críticos no processo das diretrizes. A avaliação concluiu que os profissionais de saúde brasileiros devem se preocupar sobre a qualidade das diretrizes nacionais de prática clínica para o tratamento de doenças não transmissíveis selecionadas.

Esses resultados demonstram a necessidade de aperfeiçoar o processo de desenvolvimento de diretrizes no Brasil, inclusive por meio do uso de evidências qualitativas relevantes. Um exemplo ilustrativo é fornecido pelos “Cadernos de Atenção Básica” - uma coleção de diretrizes de cuidados primários que descrevem as estratégias recomendadas pelo Ministério da Saúde do Brasil para o cuidado de pessoas com hipertensão arterial.³² Uma virtude dessas diretrizes é que utilizam a abordagem GRADE para a avaliação dos pontos fortes das recomendações.³³ Entretanto, as diretrizes não parecem ter levado em consideração evidências qualitativas. A inclusão dessas evidências poderia ter ajudado a garantir que as discussões do grupo de diretrizes fossem informadas pelas experiências de pacientes e provedores de cuidados em saúde. Elas poderiam também ter contribuído para priorizar as questões a serem abordadas pelas diretrizes, definir seu escopo e avaliar a aceitação e a viabilidade das intervenções clínicas consideradas.^{10,12,13,15} As evidências qualitativas ainda poderiam ter auxiliado a identificar barreiras de implementação das recomendações das diretrizes na atenção primária. Por exemplo, ao se discutir como o cuidado deve ser implementado, as diretrizes simplesmente observam que isso deve

ser informado pelas necessidades da pessoa e o grau de risco, bem como sua capacidade para aderir e a motivação para o autocuidado (p. 42). Entretanto, nossa busca rápida na base de dados de revisões sistemáticas Epistemonikos^{IV} identificou duas sínteses de evidências qualitativas relevantes para o cuidado de pessoas com hipertensão.^{34,35} Os desenvolvedores das diretrizes em questão poderiam se embasar neste tipo de síntese, ou poderiam utilizar esses achados como um ponto de partida para uma síntese atualizada para informar as diretrizes e auxiliar fechar a lacuna entre “o saber e o fazer”.

O crescimento das intervenções digitais para o fortalecimento dos sistemas de saúde - a telemedicina no Brasil

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recentemente lançou recomendações informadas por evidências sobre como os países podem utilizar intervenções digitais, acessíveis via celulares e *tablets*, para fortalecer os sistemas de saúde e melhorar os serviços essenciais e a saúde das pessoas.³⁶ Nessa diretriz, a OMS recomenda o uso da telemedicina de cliente para provedor para complementar a prestação presencial de serviços de saúde e também recomenda o uso da telemedicina de provedor para provedor. Ambas as intervenções são recomendadas em cenários onde segurança do paciente, privacidade, rastreabilidade, responsabilização e segurança podem ser monitorados.

No Brasil, a telemedicina é vista como uma ferramenta importante para abordar desafios-chave dos sistemas de saúde. Isso inclui garantir a cobertura de diagnóstico para apoiar os cuidados em saúde primários em regiões isoladas e melhorar a qualidade e o desempenho dos serviços básicos de saúde nas cidades. Um

estudo com foco na expansão da telemedicina no país destacou que essas tecnologias constituem uma área estratégica para inovação e para incluir avanços tecnológicos de outras áreas.³⁷ O estudo sugere que as intervenções digitais em saúde podem ajudar a democratizar o acesso a serviços de saúde pela integração de regiões remotas com serviços centrais de saúde. Entretanto, as estratégias digitais no Brasil não devem ser implementadas de forma que ignorem as várias diferenças entre as regiões e os grupos populacionais, particularmente porque essas disparidades podem impactar o acesso das pessoas a serviços de saúde de qualidade.

Consideramos que a evidência qualitativa pode desempenhar um papel importante no planejamento da implementação das intervenções digitais para o fortalecimento dos sistemas de saúde e pode ajudar a garantir que essas estratégias de implementação não ampliem as disparidades. Um programa de telemedicina implementado em uma área remota no Estado de Rondônia, no Norte do Brasil, com o propósito de promover a inclusão de comunidades de difícil acesso, fornece um exemplo interessante a esse respeito.³⁸ Nesse programa, a telemedicina foi utilizada para fornecer às comunidades acesso à informação, cuidados médicos e palestras sobre promoção e prevenção da saúde. O projeto mostrou que a telemedicina pode melhorar o acesso a serviços de saúde, inclusive para populações mais isoladas ou marginalizadas. Aqueles que descrevem o programa sugerem que isso, por sua vez, facilitou a reintegração social de grupos que estavam em desvantagem devido ao isolamento geográfico e também ajudou a disseminar informações-chave de saúde.³⁸ Nesses programas, a evidência qualitativa poderia ser utilizada para identificar fatores que afetam a implementação das intervenções e apoiar o desenvolvimento de guias de implementação para o projeto. Evidências relevantes estão disponíveis em uma síntese de evidências qualitativas conduzida

^{IV} www.epistemonikos.org

para a recente diretriz de intervenções digitais da OMS.^{36,39} Essa síntese explorou as percepções e as experiências de provedores de cuidados em saúde em relação ao uso de tecnologias digitais para a saúde, e incluiu achados sobre grupos desfavorecidos e de difícil acesso.

Vacinação contra o HPV e a “hesitação vacinal” no Brasil

O Programa Nacional de Imunizações do Brasil, que inclui crianças e adolescentes, é amplamente visto como um sucesso. O programa de vacinação contra o HPV (sigla em inglês para papilomavírus humano) foi iniciado pelo Ministério da Saúde brasileiro em 2014 para adolescentes do sexo feminino com idade entre nove e quatorze anos, e ampliado em 2017 para adolescentes do sexo masculino com idade entre onze e quatorze anos. Como em muitos outros programas de vacinação contra o HPV, a hesitação vacinal é um problema para o programa no Brasil. A hesitação vacinal foi definida como uma demora na aceitação, ou recusa, de vacinas recomendadas e disponibilizadas em serviços de saúde, um fenômeno que varia ao longo do tempo e conforme a localização e os tipos de vacinas.^{40,41} Embora a hesitação vacinal não seja um problema novo no Brasil ou na região, trata-se de uma preocupação cada vez mais importante para os gestores e os pesquisadores brasileiros na área da imunização.

A implementação da campanha da vacina contra o HPV pelo Ministério da Saúde levou a muitas controvérsias na imprensa e em outros meios de comunicação. A comunicação oficial do governo sobre o programa focou nas vantagens e nos riscos da vacina e nos procedimentos de vacinação. Entretanto, os meios de comunicação levantaram questões relacionadas aos riscos sociais e éticos e às implicações da vacinação contra o HPV, inclusive os valores das pessoas

quanto a essa intervenção. A comunicação do governo não respondeu ativamente a essas preocupações públicas na primeira fase da vacinação contra o HPV (que focou na primeira dose da vacina). Mais tarde, o Ministério da Saúde tentou responder a essas preocupações por meio de uma nova estratégia de comunicação, mas sem considerável sucesso. Relatos sobre os efeitos adversos emergiram mais proeminentemente durante a segunda fase, com foco na segunda dose da vacina para todos que foram vacinados na primeira fase. Esses relatos contribuíram para reduzir a cobertura da vacinação.⁴²

Como melhor comunicar com o público sobre a vacinação contra o HPV é, portanto, uma preocupação-chave no contexto brasileiro. A evidência qualitativa tem o potencial de informar a implementação de estratégias de comunicação para abordar as barreiras-chave de vacinação que foram identificadas por meio de pesquisa local.^{43,44} Entretanto, uma revisão de escopo de revisões sistemáticas publicada recentemente com foco na comunicação com adolescentes, pais e outros atores em torno à vacinação contra o HPV para adolescentes destacou um número reduzido de estudos relevantes provenientes de países de baixa e média renda.⁴⁵ Nesse caso, então, uma pesquisa qualitativa primária seria necessária para apoiar o desenvolvimento de estratégias de comunicação relevantes para o Brasil.

Fortalecendo o uso da evidência qualitativa na tomada de decisão no Brasil e região

Como parte de uma abordagem mais abrangente para aprimorar como as organizações apoiam o uso de evidências de pesquisa para informar a formulação de políticas,⁴⁶ os seguintes passos podem auxiliar a fortalecer a capacidade organizacional particularmente no uso da evidência qualitativa (Quadro 1).

Quadro 1. Passos para fortalecer a capacidade organizacional para o uso da evidência qualitativa

1. Avaliar a capacidade da organização para usar a evidência qualitativa para informar a tomada de decisão
2. Fortalecer a capacidade em plataformas de tradução do conhecimento existentes para encontrar, avaliar e utilizar evidências qualitativas
3. Aumentar o conhecimento sobre o que é uma síntese de evidências qualitativas, por que ela é uma abordagem válida e confiável e como os achados podem ser utilizados nos processos de decisão
4. Desenvolver mecanismos de priorização para pesquisa qualitativa, com base em e informados por lacunas de conhecimento identificadas por meio de sínteses de evidências qualitativas, consultas públicas e processos de decisão

1. Avaliar a capacidade da organização para usar a evidência qualitativa para informar a tomada de decisão: a capacidade para interpretar e utilizar a evidência qualitativa varia amplamente entre as organizações, e é provável que seja baixa em muitos lugares, pois o uso sistemático da evidência qualitativa na tomada de decisão é relativamente novo. Um passo-chave no fortalecimento da capacidade é avaliar as capacidades existentes, por exemplo, para encontrar e interpretar evidências qualitativas em relação a questões políticas.
2. Fortalecer a capacidade em plataformas de tradução do conhecimento existentes – colaborações entre tomadores de decisão, produtores e sintetizadores de evidência, representantes da sociedade civil, implementadores de evidência e outros atores para implementar a formulação de políticas informadas por evidências⁴⁷ – para encontrar, avaliar e utilizar evidências qualitativas:
 - As plataformas de tradução do conhecimento podem desempenhar um papel-chave no desenvolvimento e apoio de um ecossistema para a evidência qualitativa na região. Por exemplo, essas plataformas

podem ajudar a construir demandas entre os usuários de políticas para evidências qualitativas; podem incorporar evidências qualitativas em produtos de apoio à decisão, como resumos de evidências para políticas e diretrizes; e podem disseminar esses produtos para implementadores de evidência e outros atores (Figura 2). Isso requer que essas plataformas construam suas capacidades em pelo menos duas áreas. Primeiramente, elas precisam fortalecer sua capacidade para *encontrar, realizar e utilizar* sínteses de evidências qualitativas, incluindo a realização de avaliações de confiança na evidência, utilizando abordagens como a GRADE-CERQual.¹⁴ Em segundo lugar, as plataformas precisam fortalecer sua capacidade para empacotar evidências qualitativas para a tomada de decisão, incluindo tornar essas evidências acessíveis utilizando formatos de entrada em camadas e linguagem simples.^{13,15}

- Tornar rotineiro o uso de evidências qualitativas pode requerer mudanças na cultura organizacional em relação ao uso de evidências. Isso pode incluir o fortalecimento

da capacidade para interpretar essas evidências e estabelecer procedimentos organizacionais que apoiem seu uso nas decisões. Quando apropriado, as plataformas de tradução do conhecimento poderiam incorporar as evidências qualitativas em seus procedimentos de operação padrão para responder a solicitações de resumos de evidências para formulação de políticas, diretrizes, orientações para os sistemas de saúde e outros produtos da tradução do conhecimento. Isso pode ajudar a garantir que os métodos sistemáticos e transparentes

sejam utilizados, as lacunas em capacidade sejam identificadas e que os métodos sejam aprimorados ao longo do tempo.

- O fortalecimento da capacidade para interpretar e utilizar evidências qualitativas precisa ser ampliado para toda a variedade de atores, incluindo representantes da sociedade civil que podem ser envolvidos nos processos de decisão. A inclusão da evidência qualitativa nos processos de decisão pode aumentar os custos iniciais e o tempo necessário para produzir os produtos de apoio à decisão. Porém,

Figura 2. O ecossistema para a evidência qualitativa e como as plataformas de tradução do conhecimento podem desenvolver e apoiá-lo (adaptado de Lewin et al.¹⁵).



o uso da evidência qualitativa tem o potencial de aumentar substancialmente a adequação das opções políticas selecionadas e a probabilidade do sucesso da implementação. Isso porque esse tipo de evidência pode identificar fatores contextuais e outros que podem afetar a aceitação e a viabilidade das opções políticas e sua implementação. Com o tempo, é provável que esses benefícios ultrapassem os custos iniciais envolvidos.

3. Aumentar o conhecimento sobre o que é uma síntese de evidências qualitativas, por que ela é uma abordagem válida e confiável e como os achados podem ser utilizados nos processos de decisão: a síntese de evidências qualitativas é um método-chave para reunir as melhores evidências qualitativas disponíveis sobre um tópico, com vistas a informar a tomada de decisão. Esforços são necessários para aumentar o conhecimento e construir demandas entre os usuários de políticas e outros atores para esse produto. A maioria dos usuários de políticas quer informações sobre a aceitação e a viabilidade de opções políticas, e sobre considerações de implementação, mas muitos não estão conscientes do papel que os achados provenientes das sínteses de evidências qualitativas podem desempenhar em fornecer tais evidências.
4. Desenvolver mecanismos de priorização para pesquisa qualitativa, com base em e informados por lacunas de conhecimento identificadas por meio de sínteses de evidências qualitativas, consultas públicas e processos de decisão. Isso também ajuda a reduzir o desperdício de pesquisas qualitativas.⁴⁸⁻⁵⁰

O fortalecimento do uso da evidência qualitativa para a tomada de decisão também aumenta o número de desafios. Primeiramente, há

uma capacidade limitada globalmente e na região para realizar sínteses de evidências qualitativas, avaliar a confiança nos achados dessas sínteses e, de forma mais geral, apoiar o uso de evidências qualitativas na tomada de decisão. A colaboração entre organizações, regiões geográficas e setores pode ajudar a abordar isso, e estruturas como a Iniciativa Global de Sínteses de Evidências (GESI, do inglês, *Global Evidence Synthesis Initiative*)^v e a Rede para Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet, do inglês, *Evidence Informed Policy Network*)^{vi} podem desempenhar um papel importante em reunir produtores e usuários de evidências e outros atores. Em segundo lugar, métodos para empacotar evidências qualitativas para uso na tomada de decisão ainda estão evoluindo^{9-13,15,51,52} e estudos são necessários para compreender qual a melhor forma de se fazer isso para diferentes tipos de questões e produtos de apoio à decisão. A evidência qualitativa precisa ser apresentada de maneira que seja acessível, sem simplificar demais e eliminar aspectos-chave de contexto e teoria que são importantes para interpretar essas evidências.⁵³ Finalmente, esforços são necessários para construir a capacidade dos usuários de políticas e outros atores para interpretar e utilizar as evidências qualitativas. Esses esforços poderiam se basear nas iniciativas existentes em muitos cenários para promover e apoiar a formulação de políticas informadas por evidências. Acreditamos que a colaboração local, nacional e global seja crítica para garantir que a evidência qualitativa seja utilizada de forma mais ampla para informar a tomada de decisão na saúde e em outros setores.

^v www.gesiinitiative.com

^{vi} www.who.int/evidence/en/

Conclusão

O uso mais amplo da evidência qualitativa tem o potencial de humanizar a tomada de decisão para a saúde e outros setores. A evidência qualitativa também pode nos ajudar a alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para a saúde e outras áreas, no Brasil e em outros países. Convidamos, portanto, tomadores de decisão, pesquisadores, intermediários do conhecimento e outros atores a buscar ativamente oportunidades em seus contextos para aumentar o uso da evidência qualitativa e construir capacidade para isso.

Agradecimentos

Agradecemos a Claire Glenton pelos comentários à versão preliminar deste artigo, a Sarah Rosenbaum pela produção das figuras, e a muitos outros colegas pelas discussões ao longo dos anos que informaram as ideias aqui apresentadas. Também agradecemos os trabalhos apresentados nas Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências^{VII}, que informaram a seção deste artigo sobre o fortalecimento do uso da evidência qualitativa na tomada de decisão.

Financiamento

SL recebe financiamento adicional do Conselho de Pesquisa Médica da África do Sul. JB recebe financiamento do Ministério da Saúde do Brasil para um projeto de pesquisa sobre o uso da evidência qualitativa na Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Referências

1. Oliver K, Innvar S, Lorenc T, Woodman J, Thomas J: A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC Health Serv Res* 2014; 14(2).
2. World Health Organization. World report on knowledge for better health. Geneva: WHO; 2004.
3. Lavis JN, Lomas J, Hamid M, Sewankambo NK: Assessing country-level efforts to link research to action. *Bull World Health Organ.* 2006; 84(8):620-628.
4. Pantoja T, Barreto J, Panisset U: Improving public health and health systems through evidence informed policy in the Americas. *Bmj* 2018; 362(k2469).
5. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 1: What is evidence-informed policymaking? *Health research policy and systems.* *BioMed Central* 2009; 7 (1):S1.
6. Cook C, Nichols S, Webb J, Fuller R, Richards R. Simplifying the selection of evidence synthesis methods to inform environmental decisions: a guide for decision makers and scientists. *Biological Conservation.* 2017; 213(A):135-145.
7. Godfrey D, Brown C: How effective is the research and development ecosystem for England's schools? *London Review of Education.* 2018; 16(1):136-151.
8. Stewart R. Using evidence in international development. In: Boaz A, Davies H, Fraser A, Nutley S, editors. *What Works Now?: Evidence-Informed Policy and Practice.* United Kingdom: Policy Press; 2019. paginação do capítulo
9. Glenton C, Lewin S, Gulmezoglu AM: Expanding the evidence base for global recommendations on health systems: strengths and challenges of the OptimizeMNH guidance process. *Implement Sci.* 2016; 11:98.
10. Glenton C, Lewin S, Norris SL. Using evidence from qualitative research to develop WHO guidelines. In: WHO Handbook for Guideline Development. 2nd edn. Edited by World Health Organization. Geneva: WHO; 2016.
11. Lewin S, Glenton C. Are we entering a new era for qualitative research? Using qualitative evidence to support guidance and guideline development by the World Health Organization. *Int J Equity Health.* 2018; 17(1):126.
12. Downe S, Finlayson K, Lawrie TA, Lewin S, Glenton C, Rosenbaum S, Barreix M, Tunçalp Ö: Qualitative Evidence Synthesis (QES) for guidelines: Paper 1 - Using qualitative evidence synthesis to inform guideline scope and develop qualitative findings statements. *Health Research Policy and Systems.* 2019; 17(76).

^{VII} <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/supplements/volume-7-supplement-1>

13. Glenton C, Lewin S, Lawrie TA, Barreix M, Downe S, Finlayson K, Tamrat T, Rosenbaum S, Tunçalp Ö: Qualitative Evidence Synthesis (QES) for guidelines: Paper 3 - Using qualitative evidence syntheses to develop implementation considerations and inform implementation processes. *Health Research Policy and Systems*. 2019; 17(74).
14. Lewin S, Booth A, Glenton C, Munthe-Kaas HM, Rashidian A, Wainwright M, Bohren MA, Tunçalp Ö, Colvin CJ, Garside R, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implementation Science*. 2018;13(1):2.
15. Lewin S, Glenton C, Lawrie T, Downe S, Finlayson K, Rosenbaum S, Barreix M, Tunçalp Ö: Qualitative Evidence Synthesis (QES) for Guidelines: Paper 2 - Using qualitative evidence synthesis findings to inform evidence-to-decision frameworks and recommendations. *Health Research Policy and Systems*. 2019; 17(75).
16. Noyes J, Booth A, Cargo M, Flemming K, Garside R, Haines K, Harden A, Harris J, Lewin S, Pantoja T, et al. Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group guidance series-paper 1: introduction. *Journal of clinical epidemiology*. 2018; 97:35-38.
17. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Manual de elaboração de Diretrizes Clínicas irá preencher lacunas sobre as melhores práticas na elaboração de diretrizes em saúde CONITEC. 2016. Available at: <http://conitec.gov.br/manual-de-elaboracao-de-diretrizes-clinicas-ira-preencher-lacunas-sobre-as-melhores-praticas-na-elaboracao-de-diretrizes-em-saude>.
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas. Brasília (DF); 2016. Available at: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/DiretrizMetodologica.pdf>.
19. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Protocolo. Brasília (DF); 2016. Available at: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf.
20. Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, Carlsen B, Colvin CJ, Gülmezoglu M, Noyes J, Booth A, Garside R, Rashidian A. Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Med*. 2015; 12(10):e1001895.
21. Glenton C, Lewin S, Norris S. Usando evidências de pesquisa qualitativa para desenvolver diretrizes da OMS. In: WHO Handbook for Guideline Development. 2nd edn. Edited by World Health Organization. Geneva: WHO; 2016. Disponível em: https://www.who.int/publications/guidelines/WHO_Handbook-for-Guideline-Development-Chapter-15_Portuguese.pdf
22. Lewin S, Glenton C, Munte-Kaas H, Carlsen B, Colvin C, Gülmezoglu M, Noyes J, Booth A, Garside R, Rashidian A: Uso de Evidência Qualitativa em Decisões para Intervenções Sociais e em Saúde: Uma Abordagem para Avaliar a Confiança em Achados de Sínteses de Evidências Qualitativas (GRADE-CERQual). *PLOS Medicine* 2015; 12(10):e1001985. Disponível em: <http://bit.do/e1001983SPt>
23. Green J, Thorogood N: Qualitative methods for health research, Fourth edn. London: Sage; 2018.
24. Alonso-Coello P, Schünemann H, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl E, Davoli M, Treweek S. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: 1. A systematic and transparent approach to making well-informed healthcare choices: 1. Introduction. *Bmj* 2015.
25. Moberg J, Oxman AD, Rosenbaum S, Schunemann HJ, Guyatt G, Flottorp S, Glenton C, Lewin S, Morelli A, Rada G et al: The GRADE Evidence to Decision (EtD) framework for health system and public health decisions. *Health research policy and systems*. *BioMed Central*. 2018; 16(1):45.
26. Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 7: Finding systematic reviews. *Health research policy and systems*. *BioMed Central*. 2009; 7 (1):S7.
27. Booth A, Noyes J, Flemming K, Gerhardus A, Wahlster P, Van Der Wilt GJ, Mozygemba K, Refolo P, Sacchini D, Tummers M, et al. Guidance on choosing qualitative evidence synthesis methods for use in health technology assessments of complex interventions. In. Available from: <http://www.integrate-hta.eu/downloads/> 2016.
28. Ring N, Jepson R, Ritchie K. Methods of synthesizing qualitative research studies for health technology assessment. *International journal of technology assessment in health care*. 2011; 27(4):384-390.
29. Magic Evidence Ecosystem Foundation. The Evidence Ecosystem: Personalised e Health Solutions. 2019 [Accessed 10 July 2019]. In. Available from: <http://magicproject.org/research-and-tools/the-evidence-ecosystem/>.
30. Shepherd JP. How to achieve more effective services: the evidence ecosystem. In. Cardiff. UK: What Works Network. Cardiff University; 2014. Available at:

- <http://www.scie-socialcareonline.org.uk/how-to-achieve-more-effective-services-the-evidence-ecosystem/r/a11G0000006z7vXIAQ>.
31. Molino CG, Romano-Lieber NS, Ribeiro E, de Melo DO. Non-Communicable Disease Clinical Practice Guidelines in Brazil: A Systematic Assessment of Methodological Quality and Transparency. *PLoS One*. 2016; 11(11):e0166367.
 32. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília (DF);2013. Available at http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf.
 33. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schunemann HJ, Group GW: GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008; 336(7650):924-926.
 34. Khatib R, Schwalm JD, Yusuf S, Haynes RB, McKee M, Khan M, Nieuwlaat R: Patient and healthcare provider barriers to hypertension awareness, treatment and follow up: a systematic review and meta-analysis of qualitative and quantitative studies. *PLoS One*. 2014; 9(1):e84238.
 35. Marshall IJ, Wolfe CD, McKevitt C: Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research. *Bmj*. 2012; 345:e3953.
 36. World Health Organization. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: WHO; 2019.
 37. Maldonado JM, Marques AB, Cruz A: Telemedicine: challenges to dissemination in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2016; 32(2):e00155615.
 38. Machado F, Pinto de Carvalhol M, Mataresi A, Mendonça E, Cardoso L, Yogi M, Rigato H, Salazar M. Utilização da telemedicina como estratégia de promoção de saúde em comunidades ribeirinhas da Amazônia: experiência de trabalho interdisciplinar, integrando as diretrizes do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):247-254.
 39. Odendaal WA, Goudge J, Griffiths F, Tomlinson M, Leon N, Daniels K: Healthcare workers' perceptions and experience on using mHealth technologies to deliver primary healthcare services: qualitative evidence synthesis (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015(11):CD011942.
 40. Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DM, Paterson P: Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine*. 2014; 32(19):2150-2159.
 41. MacDonald NE, Sage Working Group on Vaccine Hesitancy: Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015; 33(34):4161-4164.
 42. Poerschke de Quevedo J, Myrrena I, Moro Wiczorkiewicz A, Invernizzi N: A política de vacinação contra o HPV no Brasil: a comunicação pública oficial e midiática face à emergência de controvérsias. *Rev. Tecnologia e Sociedade*. 2016; 12(24):1-26.
 43. Kops N, Hohenberger G, Bessel M, Correia Horvath J, Domingues C, Kalume Maranhão A, Alves de Souza F, Benzaken A, Pereira G, Wendland E. Knowledge about HPV and vaccination among young adult men and women: Results of a national survey. *Papillomavirus Res*. 2019; 7:123-128.
 44. Mendes Lobão W, Duarte FG, Burns JD, de Souza Teles Santos CA, Chagas de Almeida MC, Reingold A, Duarte Moreira EJ. Low coverage of HPV vaccination in the national immunization programme in Brazil: Parental vaccine refusal or barriers in health-service based vaccine delivery? *PLoS One*. 2018; 13(11):e0206726.
 45. Foss H, Oldervoll A, Fretheim A, Glenton C, Lewin S: Communication around HPV vaccination for adolescents in low- and middle-income countries: a systematic scoping overview of systematic reviews. *Systematic Reviews*. 2019; 8(190).
 46. Oxman AD, Vandvik PO, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 2: Improving how your organisation supports the use of research evidence to inform policymaking. *Health research policy and systems*. *BioMed Central*. 2009; 7 (1):S2.
 47. Ongolo-Zogo P, Lavis JN, Tomson G, Sewankambo NK. Assessing the influence of knowledge translation platforms on health system policy processes to achieve the health millennium development goals in Cameroon and Uganda: a comparative case study. *Health Policy Plan*. 2018; 33(4):539-554.
 48. Chalmers I, Glasziou P: Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *Lancet*. 2009; 374(9683):86-89.
 49. Chalmers I, Glasziou P: Systematic reviews and research waste. *Lancet*. 2016; 387(10014):122-123.
 50. Macleod MR, Michie S, Roberts I, Dirnagl U, Chalmers I, Ioannidis JP, Al-Shahi Salman R, Chan AW, Glasziou P: Biomedical research: increasing value, reducing waste. *Lancet*. 2014; 383(9912):101-104.

51. Lewin S, Glenton C: Using evidence synthesis in the development of health systems guidance. In: Langlois EV, Daniels K, Akl E, editors. Evidence synthesis for health policy and systems: a methods reader. Geneva: WHO; 2018; 144-148

52. Carroll C: Qualitative evidence synthesis to improve implementation of clinical guidelines. *Bmj*. 2017; 356:j80.

53. Britten N, Garside R, Pope C, Frost J, Cooper C. Asking More of Qualitative Synthesis: A Response to Sally Thorne. *Qualitative health research*. 2017; 27(9):1370-1376.

Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa

Scoping review: potentialities for a synthesis of methodologies used in qualitative primary research

Luciana Cordeiro^I, Cassia Baldini Soares^{II}

Resumo

Introdução: Revisões de escopo apresentam expressão mundial na área da saúde, podendo ser adotadas para compreender tipos de pesquisa, como e por quem foram realizadas, entre outras categorias desconhecidas. **Objetivos:** Descrever o processo de desenvolvimento de revisão de escopo, de caráter metodológico, que reuniu estudos primários qualitativos, e analisar particularidades desse tipo de revisão. **Método:** Relato de experiência, que tomou como referência o guia para relatório de revisão PRISMA-ScR, para descrever os ensinamentos empíricos no desenvolvimento de uma revisão de escopo sobre a utilização da pesquisa-ação em investigações na área da saúde. **Resultados:** Adaptou-se o mnemônico PCC, de forma que o C, de conceito, foi decomposto em participação, produção de conhecimento e transformação de práticas, princípios da pesquisa-ação que foram incluídos como categorias no instrumento de extração de dados, cuja elaboração é um dos maiores desafios desse tipo de revisão. A revisão mapeou “como” evidências provenientes de pesquisa-ação são produzidas e mostrou-se potente para expor de forma sistemática os arcabouços teórico-metodológicos dos estudos primários examinados, a partir de rigorosa aplicação das etapas. **Conclusão:** A extensão PRISMA-ScR mostrou-se minuciosa e alinhada ao guia do Instituto Joanna Briggs, constituindo instrumento fundamental para a transparência e confiabilidade desse tipo de revisão.

Palavras-chave: Revisão sistemática; Revisão de escopo; Estudos Metodológicos

Abstract

Introduction: Scoping reviews have global expression in the health area; they are meant to scrutinize types of research, how and by whom they were performed among other unknown categories. **Objectives:** To describe the process of developing a scoping review of a methodological nature that gathered qualitative primary studies; and to analyze particularities of this type of review. **Method:** Experience report, which was referenced in the PRISMA-ScR review report guide, describing the empirical lessons learned in the development of a scoping review which mapped the use of action research in health. **Results:** The PCC mnemonic was adapted, being the concept C decomposed into participation, knowledge production and transformation of practices, the three principles of action research. These principles were included as categories in the instrument of data extraction, whose elaboration is one of the major challenges in this type of review. The review mapped “how” evidence from action research are produced and proved potent to systematically expose the theoretical-methodological frameworks of the primary studies examined, from rigorous application of the steps. **Conclusion:** The PRISMA-ScR extension was detailed and aligned with the guide of the Joanna Briggs Institute, constituting a fundamental instrument for the transparency and reliability of this type of review.

Key-words: Systematic review; Scoping review; Methodological studies

^I Luciana Cordeiro (lucordeiro.to@gmail.com) é Professora Adjunta, Curso de Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. lucordeiro.to@gmail.com

^{II} Cassia Baldini Soares (cassiaso@usp.br) é Professora Associada, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Introdução

Desde a década de 1990 a prática baseada em evidência vem se mostrando importante instrumento para a tomada de decisões clínicas, programáticas e políticas. Com o crescimento da produção e a busca de conhecimento sistematizado, houve aumento de publicações de revisões da literatura. O crescente reconhecimento de formas variadas de evidências, objetivos e perguntas de pesquisa favoreceram o desenvolvimento de abordagens de sistematização da literatura de diversos tipos.¹⁻⁴ Na área de políticas públicas de saúde, por exemplo, é notório o movimento para o desenvolvimento de metodologias abrangentes, como é o caso da revisão realista⁵ e das sínteses orientadas pela Rede Evipnet.⁶

A revisão de escopo¹⁻⁴ tem se destacado mundialmente na área de síntese de evidências em saúde,⁷ com notável crescimento a partir de 2012.⁸ É proposta para a realização de mapeamento da literatura num determinado campo de interesse, sobretudo quando revisões acerca do tema ainda não foram publicadas. Diferentemente da revisão sistemática, a revisão de escopo é adequada a tópicos amplos, podendo reunir vários desenhos de estudos e tem a finalidade de reconhecer as evidências produzidas.¹ Não se trata, portanto, de buscar a melhor evidência sobre uma intervenção ou experiência em saúde, mas de reunir os vários tipos de evidências e mostrar como foram produzidas. Não se tem como propósito precípuo classificar a robustez da evidência, mas rastreá-la e/ou antecipar potencialidades, o que deve apoiar pesquisadores na área e, em certa medida, os trabalhadores de saúde, gestores e formuladores de políticas de saúde.

Os objetivos da revisão de escopo têm sido descritos como: examinar a extensão e natureza das produções e/ou esclarecer conceitos que fundamentam uma dada área; identificar a viabilidade ou relevância de realizar revisão sistemática e,

nesse caso, configura-se como um exercício preliminar à revisão sistemática que apura a pergunta de revisão; sistematizar e disseminar achados que podem contribuir para as práticas e políticas e para a pesquisa; identificar lacunas na literatura existente, bem como compreender como a pesquisa é conduzida em uma área. Dessa forma, a revisão de escopo pode tanto auxiliar o revisor a examinar evidências emergentes, quando a produção científica existente é recente e ou incipiente, quanto examinar como as pesquisas estão sendo conduzidas em áreas já consolidadas.^{1,3,4,8,9}

Compreende-se que a revisão de escopo é apropriada para examinar estudos para tomada de decisão também no campo teórico-metodológico, a partir de mapeamento de teorias e metodologias que devem informar pesquisadores. Em qualquer caso, como acontece nos estudos primários, é a pergunta que dirige a metodologia de revisão a ser adotada. Assim, além dos critérios fundamentais já expostos, para dar conta de decidir sobre a realização de uma revisão de escopo, é preciso também considerar se a pergunta se refere à dimensão qualitativa ou quantitativa do cuidado em saúde ou se há perguntas que juntas podem se complementar.

A adoção de metodologia como objeto pode esclarecer sobre seu emprego em pesquisa. Advoga-se que a metodologia tem como função integrar todos os demais elementos da investigação científica, garantido organicidade e coerência interna ao processo de pesquisa. É compreendida como o caminho percorrido para o desenvolvimento da investigação, articulando, de forma coerente, o desenho da pesquisa, isto é, os objetivos e os métodos a serem utilizados, aos pressupostos teóricos e à base filosófica^{10,11} adotada.

¹⁰ As bases filosóficas já foram extensamente exploradas por diversos autores. Para aprofundamento sugere-se o seguinte trabalho: Cordeiro L. Pesquisa-ação na área da saúde: uma proposta marxista a partir de revisão de escopo. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2016.

Então, para que a realidade seja apreendida de forma a responder à pergunta de pesquisa, uma metodologia adequada precisa ser empregada, estando alinhada com os pressupostos epistemológicos e teóricos. Ainda, os métodos de coleta e análise de dados também devem ser coerentes com a metodologia, a qual conduzirá a escolha e aplicação destes.¹² Guiadas por essa compreensão e constatando multiplicidade de concepções e operacionalização da metodologia da pesquisa-ação^{IV}, Cordeiro e Soares¹³ realizaram revisão de escopo de acordo com a metodologia proposta pelo Instituto Joanna Briggs,^{3,4} a fim de compreender a utilização da pesquisa-ação em investigações em todo o mundo, na área da saúde. Por meio da categorização dos estudos da revisão em três dimensões, organizacional, individual e coletiva, as autoras concluíram que o emprego dos princípios da pesquisa ação varia conforme os pressupostos teóricos que embasam as pesquisas primárias. Embora se tenha expectativa de que a revisão de escopo seja conduzida de forma sistematizada conforme diretrizes da literatura e guias do Instituto Joanna Briggs,^{3,4} com transparência e rigor nas etapas, revisão de escopo sobre revisões de escopo publicadas na literatura mostrou necessidade de aperfeiçoamento dos relatórios.⁸

Desta forma, os objetivos deste trabalho são: descrever o processo de desenvolvimento de uma revisão de escopo de caráter metodológico, que reuniu estudos primários qualitativos, e analisar as particularidades desse tipo de revisão, tomando por referência o guia para relatório de revisão de escopo PRISMA-ScR.

^{IV} A pesquisa-ação é uma metodologia de pesquisa participativa utilizada em diversos campos do conhecimento que, por meio de processo educativo, busca transformar problemas encontrados na realidade. Tem como princípios a participação efetiva dos envolvidos na pesquisa, a produção de conhecimento, a transformação de práticas, sendo que o processo de transformação se dá em forma de ciclos em espiral, não havendo hierarquia ou ordenamento de suas etapas.¹³

Espera-se com isso contribuir para o aperfeiçoamento das revisões de escopo no geral e, particularmente, das que mapeiam metodologias utilizadas em estudos primários qualitativos.

Método

Trata-se de relato de experiência que descreve de forma comentada os ensinamentos empíricos trazidos na elaboração de uma revisão de escopo de caráter metodológico, sobre a utilização da pesquisa ação na área da saúde.¹³

O relato será norteado pelo recentemente criado *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist*,⁷ que consiste em um roteiro para guiar a redação do relatório de revisão de escopo. O PRISMA-ScR é composto por 22 itens divididos nos capítulos obrigatórios do relatório de revisão: Título, Resumo, Introdução, Método, Resultados, Discussão e Financiamento. Esclarecimentos acerca do desenvolvimento da revisão, das adequações realizadas e dos conhecimentos prévios à revisão serão descritos.

Observe-se que essa extensão do PRISMA para revisões de escopo foi publicada após a publicação da revisão que é objeto deste artigo, e que se seguiu as orientações do JBI para elaboração de revisão de escopo.^{3,4} Dessa forma, o relato desta experiência está pautado nessas diretrizes.

Resultados e discussão

A análise da elaboração do relatório de revisão de escopo,¹³ de acordo com a extensão PRISMA-ScR para esse tipo de revisão,⁸ será apresentada a seguir, destacando-se as seções que trouxeram desafios relacionados ao caráter metodológico desta revisão.

Quanto ao título, o PRISMA-ScR indica identificar o relatório como revisão de escopo. O guia

do JBI orienta que o título exponha os elementos do mnemônico P (população) C (conceito) e Contexto (C), que orienta a pergunta da revisão. Neste caso, o título original da revisão é: Action research in the healthcare field: a scoping review (Pesquisa ação na área da saúde: uma revisão de escopo). Reflete o P (estudos empíricos que utilizaram a metodologia da pesquisa-ação), C (categorias que são essenciais na pesquisa-ação), C (área da saúde), que indicam os critérios de inclusão dos estudos primários da revisão. Adaptar o mnemônico foi o primeiro desafio para a revisão de caráter metodológico.

A revisão de escopo, como todas as outras, deve ter uma motivação estruturada para ser realizada. Assim, no tópico **introdutório** do protocolo de revisão e também no próprio relatório de revisão, um texto contendo os levantamentos relevantes sobre o tema de revisão que justifique sua utilidade é mandatório.

No caso da revisão de escopo sobre pesquisa-ação, o universo de materiais encontrados sobre a metodologia na área da saúde, apoiava práticas com as mais variadas finalidades. Aparentemente não havia nenhum tipo de uniformidade na utilização da metodologia, de princípios ou de base filosófica. Ainda que o desenvolvimento do processo de pesquisa-ação se faça ao caminhar, e que esse processo não seja linear,¹⁴ estando situado histórica e culturalmente, compreendeu-se que para que a pesquisa-ação na saúde pudesse avançar de forma coerente e rigorosa, seria necessário mapear e sistematizar o seu uso.

Dessa forma, elencou-se no texto introdutório:

1. As origens da metodologia, ou seja, quando foi criada e primeiras utilizações.

2. Adaptações e generalizações realizadas, a fim de guiar o leitor acerca das potencialidades e limitações do emprego da metodologia. Aqui, o revisor deve estar orientado acerca das diferentes possibilidades de relações entre pesquisador e objeto, já que tal relação indica a escolha da

metodologia e também dos métodos de coleta e análise dos dados. Isto é, adaptações e generalizações de uma metodologia apresentam contribuição científica apenas quando houver afinidade entre as concepções filosóficas assumidas e o caminho para buscar e apreender a realidade recortada pelo objeto em estudo.

3. Clareza de distinção entre os conceitos de metodologia e método, sendo que o primeiro se refere à construção teórico-metodológica e alberga todo o percurso de desenvolvimento da pesquisa, articulando de forma coerente o desenho da pesquisa (objetivos e métodos); e o segundo é representado pelo conjunto de técnicas, utilizado como instrumental secundário à metodologia.^{15,16}

4. Realidades geossociais (continentes, países, especificidades culturais locais, situação de desenvolvimento e de subordinação geopolítica, entre outras) em que a metodologia tem sido aplicada. Esses dados permitem que o revisor antecipe o que provavelmente vai encontrar nos estudos ao longo da revisão, auxiliando no processo de produção de instrumento de extração de dados e classificação e análise da produção.

Como todos os trabalhos científicos, a revisão de escopo necessita de objetivos bem delineados, elaborados a partir de uma pergunta de pesquisa. Ressalta-se que, diversamente do tipo de pergunta que pode ser respondida por revisões sistemáticas, a pergunta a ser respondida pela revisão de escopo é, em geral, mais ampla. Não se está buscando efeito ou associação de risco, ou experiência sobre determinado fenômeno, o que indicaria fechamento da pergunta para essas categorias e, portanto, para a inclusão de tipos de estudos adequados para respondê-las. Busca-se compreender se e que tipo de pesquisa é feita, bem como, em muitos casos, como é feita, por quem e para quem, entre outras categorias que podem ser de interesse dos revisores.

Na revisão de escopo de natureza metodológica é oportuno adaptar os elementos chave sugeridos pelo PCC, conforme se mostrou acima no item título. Utilizou-se as seguintes perguntas de revisão: Como se dá o engajamento participativo nas pesquisas-ação na saúde? Os resultados das pesquisas primárias que utilizaram a pesquisa-ação evidenciam a produção de conhecimento e as transformações de práticas ocorridas nos processos? Nota-se que o elemento “participante” ou “população” foi substituído pela própria metodologia pesquisa-ação; o elemento “contexto” se configura como o campo da saúde como um todo; e o elemento “conceito” está decomposto nas categorias engajamento participativo ou participação, produção de conhecimento e transformação de práticas. Ou seja, o elemento conceito coincide com os que configuram os princípios da pesquisa-ação (participação, produção de conhecimento e transformação de práticas).

Assim, o **objetivo** da revisão foi apresentado da seguinte forma: explorar a literatura internacional relacionada à aplicação da pesquisa ação em estudos na área da saúde.

Com relação ao **método**, a extensão PRISMA-ScR orienta informar a existência de um protocolo de revisão e se ele está disponível para acesso. Ressalta-se que embora protocolos de revisão na área da saúde possam ser registrados no PROSPERO, até o momento, a base de dados não registra revisões de escopo.¹⁷ O JBI *Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* publica protocolos de revisão de escopo, como foi o caso desta revisão.¹⁸

Quanto aos **critérios de elegibilidade, fontes de informação, estratégias de busca**, vale observar que optou-se por incluir estudos em inglês, espanhol e português e por não limitar a busca temporalmente. Diversas bases de dados foram consultadas, não apenas específicas da saúde, mas também da educação, das ciências sociais, psicologia, entre outras. Para cada base de

dados uma estratégia de busca específica foi definida, processo realizado por meio de muitos testes, inclusão e exclusão de palavras chave e descritores controlados. Devido ao grande volume de publicações em revistas científicas, optou-se por não incluir literatura cinzenta. Tanto o registro das buscas referente às datas, estratégias e ao número de artigos selecionados, como a descrição dos motivos pelos quais se excluíram artigos no momento da extração de dados foram anexados ao relatório da revisão.

A revisão de escopo requer etapa de criação de instrumento de extração de dados, o que consiste num dos maiores desafios para a elaboração do protocolo de revisão de escopo. Dada a sua singularidade, cada revisão procura por categorias inovadoras, diferentemente das tradicionais categorias das revisões sistemáticas (efeito e experiências, por exemplo). Assim, cabe aos revisores decidir quais são os dados essenciais a serem extraídos dos estudos primários, de acordo com o objeto da pesquisa, além daqueles padronizados, como autor, título, ano de publicação, entre outros, comuns a todas as revisões e que estão bem estabelecidos nos guias do JBI.

Dessa forma, a partir dos objetivos específicos delineados, criou-se o instrumento de extração de dados, contendo diversos itens. Para que se chegasse nesses itens, várias versões de instrumentos foram testadas. Parte importante do processo foi perceber que alguns dados teriam que ser categorizados, isto é, requeriam trabalho analítico dos revisores, não se tratando de simples extração. Por exemplo, as etapas da pesquisa-ação, por vezes, não estavam bem descritas no capítulo de métodos do estudo primário. Então, as revisoras captaram as etapas na descrição do processo da pesquisa no capítulo resultados ou, até mesmo, na discussão. Outro exemplo refere-se à dimensão dos estudos, item importante na extração de dados, que serviu como condutor da discussão da revisão. Percebeu-se

que seria necessário classificar os estudos de acordo com a vertente epistemológica adotada, o que também requereu habilidades analíticas desde o momento da extração de dados.

Salienta-se, dessa forma, a necessidade de que o revisor domine, além da questão epistemológica, a metodologia que está sendo tomada por objeto na revisão, bem como suas possíveis adaptações, tanto para ter clareza dos dados que serão necessários no momento de criação do instrumento de extração de dados, quanto na eleição das publicações que irão compor a revisão. Neste caso, encontrou-se publicações que referiam ter utilizado pesquisa-ação como metodologia que, no entanto, traziam descrição de acompanhamento clínico, por exemplo. Experiências como essa foram descartadas após análise das duas revisoras. Enquanto na revisão sistemática é imprescindível fazer análise da qualidade metodológica dos artigos buscados, a partir de instrumento pré-padronizado, a análise crítica realizada nesta revisão de escopo esteve centrada em advogar a fidedignidade, a precisão ou o rigor do emprego da metodologia em todos os estudos primários reunidos. De acordo com o PRISMA-ScR⁸ a avaliação da qualidade metodológica dos estudos primários reunidos através de instrumento padronizado não constitui exigência, podendo, no entanto, fazer sentido em alguns casos.

Os **resultados** das buscas e do número final de publicações que compuseram a revisão foram apresentados conforme orientado pelo JBI^{3,4} e PRISMA-ScR,⁸ na forma de fluxograma. Foram explicitadas as razões para todos os estudos excluídos após leitura na íntegra. Conforme orientação ainda, os resultados foram descritos de forma narrativa e por meio de tabelas demonstrativas. A categoria participação e suas classificações foi destacada em duas tabelas diferentes, dado que se mostrou importante para a discussão, que explorou a tendência do tipo de participação nos diferentes continentes. Ainda em forma de tabela,

apresentou-se o cruzamento das diversas categorias analisadas. A apresentação dessas tabelas numéricas foi fundamental para representar os achados, já que a revisão reuniu mais de uma centena de estudos.

Na **discussão**, os resultados foram sintetizados, retomando-se as perguntas de pesquisa e os objetivos. Discutiu-se particularmente alguns pressupostos que não se confirmaram na revisão. Além disso, apontou-se as limitações do estudo, o que se encontra também em conformidade com o que orienta o JBI^{3,4} e PRISMA-ScR.⁸

Conclusão

A revisão de escopo realizada, de caráter metodológico, mapeou “como” evidências provenientes de pesquisa-ação são produzidas e mostrou-se potente para expor de forma sistemática os arcabouços teórico-metodológicos dos estudos primários examinados, a partir de rigorosa e transparente aplicação das etapas.

A consecução dessa revisão de escopo requereu intenso processo de análise, que teve início na definição da pergunta e envolveu, em especial, a formulação do instrumento de extração de dados, bem como a síntese dos resultados, diferenciando-se de outros tipos de revisões sistemáticas que usam instrumentos padronizados. A utilização equivocada da metodologia da pesquisa-ação nas pesquisas primárias analisadas acabou sendo o maior desafio para realização da revisão de escopo e redação do relatório final.

Neste relato de experiência, procurou-se orientar o leitor a respeito das preocupações iniciais que devem estar presentes no momento da proposição de uma revisão de escopo de caráter metodológico. Especial atenção deve ser dada à concepção de metodologia como elemento que amarra as questões epistemológica, teórica e os métodos de coleta e análise de dados. Também,

deve-se dominar as possíveis abordagens e origens da metodologia, já que pode haver implicação dessas questões em seu uso em pesquisas primárias. Por fim, recomenda-se análise pormenorizada de uma amostra de artigos incluídos no estudo, para iniciar o processo de criação de instrumento de coleta de dados, que deve estar alinhado ao objeto da revisão.

Revisões sistemáticas em saúde buscam por melhores evidências sobre uma intervenção, programa ou política e, por isso, seus resultados são graduados por instrumentos de confiabilidade. A revisão de escopo se propõe a mapear evidências, de tal forma que a confiabilidade é eminentemente processual e indicativo de aperfeiçoamento na área.

A extensão PRISMA-ScR mostrou-se minuciosa e bastante alinhada ao guia do JBI, constituindo importante instrumento para a transparência e confiabilidade das revisões de escopo.

Referências

1. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005; 8(1):19-32.
2. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 types and associate methodologies. *Health Information and Library Journal*. 2009; 16: 91-108.
3. Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, Mclnerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*. 2015; 13:141-6.
4. Peters MDJ, Godfrey C, Mclnerney P, Baldini Soares C, Khalil H, Parker D. Scoping reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Australia: Joanna Briggs Inst; 2017. p.
5. Langlois EV, Daniels K, Akl EA, editors. *Evidence synthesis for health policy and systems: a methods guide*. Geneva: World Health Organization; 2018.
6. Toma TS, Barreto JOM. Métodos na EVIPNet Brasil: ferramentas SUPPORT para políticas informadas por evidências. *BIS, Bol Inst Saúde*. 2016; 17:43-49.
7. Pham H, Rajic A, Greig JD, Sargeant JM, Papadoopoulos A, McEwen SA. A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. *Res Synthesis Methods*. 2014; 5:371-385.
8. Tricco A, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018; 169(7):467-473.
9. Munn Z, Peters M, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol* [internet]. 2018 [acesso em: 8 ago 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>.
10. Guba EC. The alternative paradigm dialog. In: Guba EC, editor. *The paradigm dialog*. Newbury Park: Sage Publications; 1990:17-27.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1992.
12. Soares CB, Hoga LAK, Matheus MCC. Revisão sistemática de estudos qualitativos e síntese de evidências. In: Barbosa D, Taminato M, Fram D, Belasco A, organizadoras. *Enfermagem baseada em evidências*. São Paulo: Atheneu; 2014. p. 79-92.
13. Cordeiro L, Soares CB. Action research in the healthcare field: a scoping review. *JBI Database Syst Rev Implement Rep*. 2018; 16(4):1003-1047.
14. Reason P, Bradburry H. Introduction. In: Reason P, Bradburry H, editors. *The SAGE Handbook of action research: participative inquiry and practice*. 3. ed. London: Sage; 2008. p.?
15. Cordeiro L, Soares CB, Rittenmeyer L. Unscrambling method and methodology in Action Research traditions: theoretical conceptualization of praxis and emancipation. *Qualit Res*. 2017; 7(4):395-407.
16. Alves-Mazzotti AJ, Gewandsznajder F. O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 1999.
17. Centre for Review and Dissemination. Guidance notes for registering a systematic review protocol with PROSPERO [internet]. 2016 [acesso em 10 abr 2019]. Disponível em: <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO>
18. Cordeiro L, Soares CB, Rittenmeyer L. Action research methodology in the health care field: a scoping review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2015; 13(8):70-78.

Implementação da gestão clínica pelo kanban nos serviços de emergência: uma revisão sistemática qualitativa

Implementation of kanban clinical management in emergency services: a qualitative systematic review

Mariana Cabral Schweitzer^I, Allan Gomes de Lorena^{II}, Beatriz de Almeida Simmerman^{III}, Ademar Arthur Chioro dos Reis^{IV}, Luiz Carlos de Oliveira Cecilio^V, Rosemarie Andrezza^{VI}

Resumo

Objetivo foi avaliar a aplicação e implementação da gestão clínica pelo *kanban* nos serviços hospitalares de emergência (SHE). Método: Revisão sistemática qualitativa com metassíntese. A coleta de dados foi realizada nas seguintes fontes de informação: Web of Science, Scopus, CINAHL, PsycInfo, Embase, Eric, Pubmed (incluindo Medline), Lilacs, ScienceDirect, Google Scholar. Foram utilizados os seguintes descritores: pessoal de saúde; *health personnel*; assistência integral a saúde; *patient care team*; continuidade da assistência ao paciente; *quality improvement*; assistência centrada no paciente; *healthcare*; guia de prática clínica; *lean thinking*; qualidade da assistência a saúde; *lean management*; serviço de emergência hospitalar; *hospital/hospital logistics*; *emergency medical services*. Foram incluídos artigos em inglês, português e espanhol, publicados entre 2008 e 2016. Utilizaram-se as ferramentas de análise de qualidade metodológica de pesquisas qualitativas e extração de dados padronizadas do JBI-SUMARI. A categorização dos achados foi realizada com base em semelhança de significado e as categorias foram agregadas em sínteses. Resultados: 22 artigos foram incluídos, analisados e agregados em oito categorias e três sínteses. O *kanban* aparece enquanto ferramenta relacionada ao *lean thinking* nos SHE. A implementação do *lean thinking* deve ser mais explorada nos serviços de emergência, com foco na sustentabilidade, tempo de cuidado e satisfação do usuário.

Palavras-chave: Administração Hospitalar, Serviço Hospitalar de Emergência; Revisão Qualitativa.

Abstract

The objective was to evaluate the application and implementation of clinical management by *kanban* in the emergency hospital services (EHS). Method: Qualitative systematic review with metassynthesis. Data collection was carried out in the following information sources: Web of Science, Scopus, CINAHL, PsycInfo, Embase, Eric, Pubmed (included Medline), Lilacs, ScienceDirect, Google Scholar. Following descriptors were used: health personnel; comprehensive health care; patient care team; continuity of patient care; quality improvement; patient centered care; healthcare; guide to clinical practice; lean thinking; quality of health care; lean management; hospital emergency service; hospital/hospital logistics; emergency medical services. Articles in English, Portuguese and Spanish published between 2008 and 2016 were selected. It was used methodological quality analysis tools of qualitative research and data extraction from JBI-SUMARI. The categorization of the findings was performed on the basis of meaning similarity and the categories were aggregated into synthesis. Results: There were included 22 articles, aggregated in eight categories and three synthesis. *Kanban* appears as a lean-related tool in EHS. The implementation of the lean should be further explored in the emergency services, focusing on sustainability, time of care and user satisfaction.

Keywords: Hospital Administration, Emergency Service, Hospital; Qualitative Review.

^I Mariana Cabral Schweitzer (mariana.cabral@unifesp.br) é Professora Doutora do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP).

^{II} Allan Gomes de Lorena (allangdl.usp@gmail.com) é Sanitarista (Faculdade de Saúde Pública/USP) Mestrando em Saúde Coletiva do Dep. Medicina Preventiva da Fac.Medicina da USP.

^{III} Beatriz de Almeida Simmerman (beatrizsimmerman@gmail.com) é Sanitarista (Faculdade de Saúde Pública/USP) Agente Redutora de Danos do CAPS III Álcool e Drogas Brasilândia.

^{IV} Ademar Arthur Chioro dos Reis (arthur@iron.com.br) é Professor Doutor do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP).

^V Luiz Carlos de Oliveira Cecilio (luizcecilio60@gmail.com) é Professor Sênior do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP).

^{VI} Rosemarie Andrezza (rbac48@gmail.com) é Professora Doutora do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP).

Introdução

Arranjos tecnológicos para a coordenação do cuidado são um conjunto de tecnologias, melhores práticas e instâncias de gestão, que aplicadas preferencialmente de forma combinada, constituem-se em modalidades de intervenção, de caráter multiprofissional, destinadas à aplicação do conhecimento científico para fins práticos na gestão e produção do cuidado em saúde.^{1,2} Entre estes, podem ser citados os sistemas destinados à classificação de risco, como o Protocolo de Manchester, e aqueles que se propõe a interferir na gestão clínica, como o *kanban*.

Uma revisão sistemática³ sobre o uso de escalas de triagem em serviços hospitalares de emergência (SHE) conclui que a confiança nessas escalas, incluindo a Classificação de Risco pelo Protocolo Manchester, eram baseadas em evidências limitadas ou insuficientes. Todavia, outra revisão sistemática⁴ que avaliou especificamente a eficácia da Classificação de Risco pelo Protocolo Manchester apoia a aplicação do protocolo e a sua validade para avaliar crianças e adultos em SHE.

Em relação à gestão clínica, uma revisão de literatura⁵ buscou conhecer como tem sido a prática do *lean thinking*^{vii} (que inclui o *kanban*)^{viii} em serviços de saúde. Essa revisão identificou cinco estudos sobre o departamento de emergência e seis estudos que utilizaram o *kanban* entre 1998 e 2008. Todos os estudos reportaram resultados positivos sobre *lean thinking*.

De modo a subsidiar a aplicação do *lean thinking* em hospitais, Andersen e colaboradores⁶

desenvolveram uma revisão de revisões publicadas entre 2000 e 2012 e elaboraram uma lista de 23 facilitadores para implantar *lean thinking* em hospitais.

Assim, considerando diferentes arranjos tecnológicos nos SHE e a existência de revisão sistemática recente sobre o Protocolo Manchester e sobre *lean thinking* em geral, propõe-se realizar uma revisão sistemática para avaliar a aplicação e implementação da gestão clínica pelo *kanban* nos SHE.

Método

Revisões na área da saúde são essenciais para resumir o conhecimento e informar trabalhadores de saúde, gestores e pesquisadores. Seu intuito é propiciar a melhor decisão clínica, favorecer o planejamento e a administração de serviços de saúde, a definição de políticas e de programas a serem implantados, além da definição de novas estratégias de pesquisa.⁷

Fundamentada no Movimento de Pesquisa Baseada em Evidências, a revisão sistemática de dados qualitativos permite integrar estudos primários que utilizam o paradigma interpretacionista e crítico de forma sintetizada, mas não combinada estatisticamente.⁸

Este método propõe a realização de uma metassíntese, por meio da combinação de estudos qualitativos de um determinado campo de estudo com vistas a compreender o fenômeno e ampliar o conhecimento, favorecendo a sua aplicação na adoção de políticas e práticas e nas tomadas de decisões em saúde.⁸

Devido às necessidades de desenvolver as melhores abordagens para a revisão de estudos qualitativos, a Fundação Cochrane estabeleceu o *Qualitative Research Methods Working Group* com a finalidade de orientar a realização de revisões.⁸

vii O sistema *lean* é uma filosofia de gestão que propõe práticas para detectar e sinalizar problemas em tempo real, estabelecer as bases para o aprendizado e a melhoria contínua, reduzir desperdícios e institucionalizar novos procedimentos operacionais⁵.

viii *Kanban* é um quadro de sinalização para apresentar fluxos, sistemas e processos. É utilizado na área de saúde, por exemplo, para garantir reabastecimento de suprimentos (no tempo e na quantidade necessária) e reduzir o estoque⁵.

Atualmente, outra organização que se destaca na condução de revisões sistemáticas de dados qualitativos é o Instituto Joanna Briggs, vinculado à Universidade de Adelaide – Austrália. Este Instituto colabora internacionalmente com mais de 60 países na promoção e apoio à realização de metassínteses por agregação (categorização de *findings*) e também na transferência e utilização dos resultados das revisões para a tomada de decisões em saúde.⁹

Pergunta norteadora

A elaboração da pergunta norteadora “Como ocorre a aplicação e a implementação da gestão clínica pelo *kanban* nos SHE?” foi feita através da estratégia PICO⁹, sendo P – usuários, profissionais de saúde, gestores; I – aplicação e implementação da gestão clínica pelo *kanban*; Co – serviços hospitalares de emergência.

Descritores e bases de dados

A partir da pergunta norteadora foi feita uma primeira aproximação com os Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e do *Medical Subject Headings* (MeSH) através do *National Center for Biotechnology Information* (NCBI). Definiram-se, assim, os seguintes descritores: *personal de saúde*; *health personnel*; *assistência integral a saúde*; *patient care team*; *continuidade da assistência ao paciente*; *quality improvement*; *assistência centrada no paciente*; *healthcare*; *guia de prática clínica*; *lean thinking*; *qualidade da assistência à saúde*; *lean management*; *serviço de emergência hospitalar*; *hospital/hospital logistics*; *emergency medical services*.

As seguintes bases de dados foram pesquisadas: Web of Science, Scopus, CINAHL, PsycInfo, Embase, Eric, Pubmed (included Medline), Liliacs, ScienceDirect, Google Scholar.

Coleta de dados

Uma busca inicial limitada no MEDLINE e CINAHL foi realizada, seguida de análise das palavras-chave contidas no título e resumo, e dos termos de indexação usados para descrever artigo. Uma segunda pesquisa, usando todas as palavras-chave e descritores identificados, foi realizada em todas as bases de dados definidas. Em terceiro lugar, a lista de referência de todos os artigos identificados foi pesquisada em busca de estudos adicionais. Os critérios de inclusão foram: estudos em inglês, português e espanhol, publicados entre 2008 e 2016, e que respondessem à pergunta norteadora. Os critérios de exclusão foram artigos sobre a utilização do *kanban* para gerenciamento de estoque de materiais.

Após a coleta de dados, os artigos duplicados foram excluídos, assim como aqueles que não atendiam aos propósitos desta revisão avaliados pelos títulos e resumos. Os trabalhos selecionados foram avaliados por dois revisores independentes de validade metodológica antes da inclusão na revisão utilizando instrumento padronizado de avaliação crítica de pesquisas qualitativas do JBI-SUMARI. O instrumento é composto por dez perguntas e está disponível on-line^{ix}. Quaisquer divergências que surgiram entre os revisores foram resolvidas por meio de consenso ou com o auxílio de um terceiro revisor. De modo a estabelecer o grau de confiança na evidência produzida, utilizou-se a ferramenta ConQual¹⁰ para analisar as sínteses encontradas nesta revisão.

Análise dos dados

Os dados foram extraídos de artigos incluídos na revisão usando a ferramenta de extração de dados padronizado do JBI-SUMARI.⁹ Os dados

^{ix} Acesso em 20/07/2019 em https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Qualitative_Research2017_0.pdf

extraídos incluíram detalhes específicos sobre o fenômeno de interesse, populações, métodos de estudo e resultados de importância para a questão de pesquisa e objetivos específicos.

A categorização dos achados foi realizada com base em semelhança de significado. Estas categorias foram então agregadas em uma metassíntese a fim de um conjunto abrangente de resultados sintetizados que podem ser usados como base para a prática baseada em evidência.

Aspectos éticos

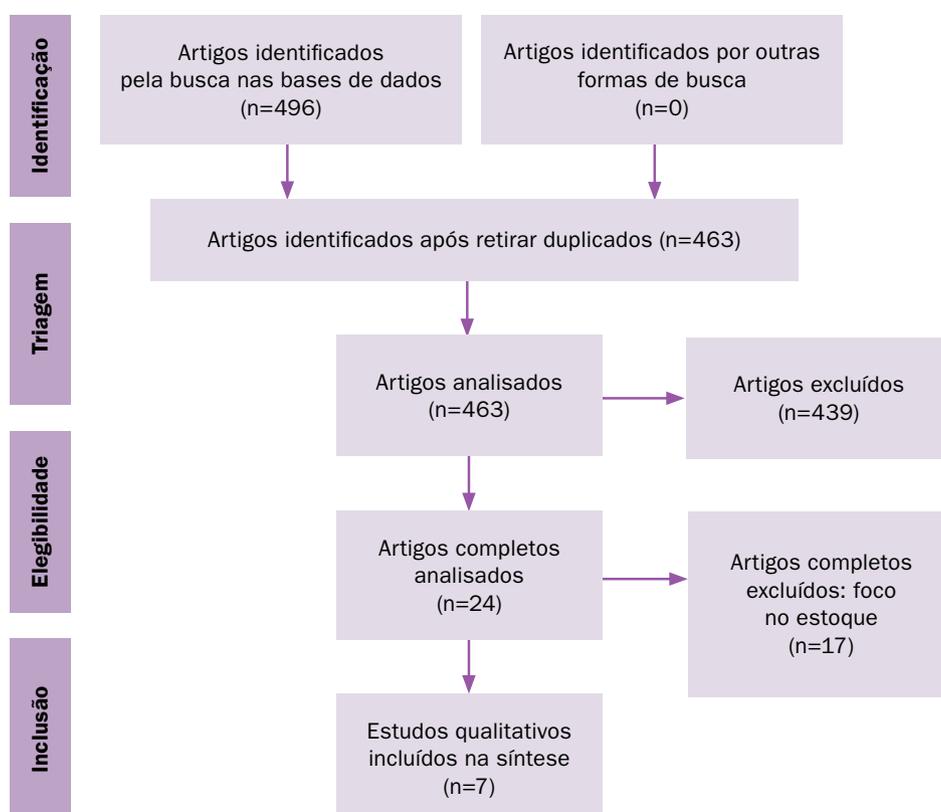
Visto tratar-se de uma revisão sistemática, o estudo não foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisas com Seres Humanos. Cabe ressaltar que foram seguidos os preceitos éticos contidos

na resolução CNS 466/12, que trata da ética de pesquisas científicas, tanto para a análise dos dados quanto para a socialização dos resultados. O protocolo da revisão foi apresentado e discutido com o grupo de pesquisadores do projeto PPSUS.

Resultados

A partir da busca nas bases de dados, 496 títulos foram identificados. Destes, 33 eram duplicados, deixando 463 títulos para serem avaliados a partir do título e resumo. Destes, 24 foram identificados para leitura na íntegra. Após leitura integral, 17 artigos foram excluídos por focarem na organização de estoque e 7 foram analisados quanto à qualidade. Na Figura 1 é apresentado o processo de seleção conforme fluxograma PRISMA.¹¹

Figura 1. Diagrama do processo de seleção de artigos



Descrição dos estudos incluídos

Os sete estudos incluídos nesta revisão foram publicados entre 2008 e 2016.¹²⁻¹⁸ Quatro estudos eram dos Estados Unidos,^{13,16-18} um da Austrália,¹² um da Suécia,¹⁴ e um do Reino Unido.¹⁵

Em relação ao método, os estudos utilizaram estudo de caso retrospectivo,¹² estudo de caso múltiplo,¹⁴ entrevistas semiestruturadas,¹⁵ observação participante,^{16,18} análise pré/pós-retrospectiva,¹³ e metodologia *Lean Six Sigma*.¹⁷

Diferentes contextos foram apresentados, todos urbanos: público,^{14,15} privado,^{13,16-18} hospital universitário,^{12,14} hospital infantil.¹³ Em relação aos participantes, os estudos incluíram gestores,

médicos, enfermeiros e auxiliares, parteiras, residentes e pacientes.¹²⁻¹⁸

Qualidade metodológica dos estudos incluídos e grau de confiança das sínteses

Quanto à qualidade dos estudos incluídos nesta revisão, nenhum recebeu pontuação abaixo de seis para as dez perguntas, quatro receberam nota seis^{12,13,16,17} e três receberam nota sete (Quadro 1).^{14,15,18} As questões não atendidas pelos estudos se referem à coerência entre a perspectiva filosófica e o método de pesquisa, falta de informações quanto a implicação e influência do pesquisador no estudo. O grau de confiança nas sínteses produzidas é baixo, segundo avaliação realizada com a ferramenta ConQual (Quadro 2).

Quadro 1. Análise de qualidade dos artigos incluídos

ID	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Nota
11	N	Y	Y	Y	Y	N	N	U	Y	Y	6
12	N	Y	Y	Y	Y	N	N	U	Y	Y	6
13	N	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y	7
14	N	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y	7
15	N	Y	Y	Y	Y	N	N	U	Y	Y	6
16	N	Y	Y	Y	Y	N	N	U	Y	Y	6
17	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	U	Y	Y	7

Quadro 2. Análise das sínteses pelo ConQual.¹⁸

Sínteses	Tipo de pesquisa	Dependabilidade	Credibilidade	ConQual score
Processo do trabalho em equipe	Qualitativo	Baixar 1 nível*	Baixar 1 nível**	Low/Baixo
Condições e consequências do trabalho em equipe	Qualitativo	Baixar 1 nível*	Baixar 1 nível**	Low/Baixo
Determinantes do trabalho em equipe	Qualitativo	Baixar 1 nível*	Baixar 1 nível**	Low/Baixo

* Baixou um nível devido a problemas de dependabilidade comuns em todos os estudos primários incluídos (a maioria dos estudos não tinha localizado o pesquisador e nenhuma confirmação de sua influência sobre a pesquisa).

** Baixou um nível devido à mistura de resultados inequívocos e credíveis.

Achados, categorias e sínteses

No processo de análise foram identificados 93 achados, sendo 32 inequívocos (*unequivocal*), 71 verossímeis (*credible*). Estes achados foram agregados em oito categorias, que foram meta-agregados nas três sínteses descritas abaixo.

Síntese 1: A implementação da gestão clínica nos SHE apresenta aspectos positivos do *Lean* relacionados ao tempo de permanência, fluxo e admissão dos pacientes, e aspectos negativos sobre o tempo de cuidado dedicado direto ao paciente. Essa síntese incluiu duas categorias.

Aspectos positivos do *Lean*

Impacto na qualidade, diminui tempo de permanência, otimiza o fluxo do paciente, promove relações horizontais e satisfação do paciente, aumenta o número de admissões provocando o efeito financeiro. Como nos exemplos:

“Todos os indicadores de desempenho melhoraram durante o primeiro ano pós-Lean”. (“All the performance indicators have improved during the first post-Lean year”.^{16, p.506})

“A satisfação do paciente começou a melhorar após o primeiro ano do Lean e continua a melhorar durante os meses após o período de 2 anos pós-Lean”. (“Patient satisfaction began to improve from post-Lean year 1 and continues to improve during the months after the reported 2-year post-Lean period”.^{16, p.508})

Visões negativas sobre o *Lean*

Relacionados com a diminuição do tempo para cuidar de maneira adequada dos pacientes, conforme descrito nas falas a seguir.

“Não foram bem-sucedidos em vários contextos clínicos específicos”. (“Have not been

successful in several specific clinical settings”.^{17 p.1103})

“Eu imagino que a maior parte está abaixo de quatro horas de espera porque estamos sob pressão para tentar encaminhar as pessoas mais rápido”. (“I would imagine most of it is down to the four hour wait because we are under such pressure to try and push people through quicker” (nurse practitioner).^{15, p.220})

Síntese 2: A implementação da gestão clínica nos SHE compreende envolvimento e suporte diferentes entre a equipe e os gestores, pois nem todos os profissionais possuem a mesma compreensão sobre o *Lean*. Desenvolve a gestão do cuidado e o senso crítico, empodera a equipe, modifica papéis profissionais, elimina processos dispensáveis, identifica problemas e usa instrumentos como o *kanban*. Esta síntese incluiu quatro categorias.

Envolvimento da equipe

O envolvimento/suporte da equipe e dos gestores com o *Lean* foi diverso, pois nem todos os profissionais possuem a mesma compreensão sobre o *Lean*, não é prioridade para os residentes, sobrecarrega a enfermagem e gera conflitos com diferentes níveis da gestão. As falas das enfermeiras ilustram esse resultado.

“No momento nós vimos todos os testes e alguns deles parecem ter ido muito bem, mas hoje, para ser honesta, eu não acho que está indo tão bem, obviamente porque estamos sentadas e assistindo, porque não estamos ocupadas fazendo tudo como de costume, parece muito caótico”. (“At the moment we’ve seen all the trials and some of them seem to have gone really well, but today I don’t think it is going that well to be honest, obviously because we’re sitting and we’re watching,

because we're not busy doing everything like they are, it just seems very chaotic" (Nurse).^{15, p.218)}

"Os médicos juniores estão aqui apenas por três meses e eles rotacionam por diferentes empregos o tempo todo que estão aqui. Eles e os residentes, você sabe, têm muito trabalho a fazer. E isto [o projeto de oito horas] provavelmente não é uma prioridade". ("The junior doctors are only here for three months and they rotate different jobs the whole time they're here. They and the residents, you know, have a lot of work to do. And it's [the eight hour project] probably just not a priority" (Nurse 031).^{12, p.944)}

Mudanças na organização

Descreve e evidencia os problemas na gestão do cuidado, propõe trabalhar na mesma sala, colaborar com outras unidades do hospital e desenvolver o senso crítico da equipe em busca de um modelo custo-efetivo de serviço de emergência. A seguir as falas de dois profissionais.

"Ah, sim, será economicamente rentável, é claro [...] mas é para torná-lo mais eficiente e um departamento mais eficiente é eficaz, [...] para a equipe, para as finanças, principalmente para os pacientes, para os tratamentos". ("Oh yes it will be cost effective of course [...] but it's to make it more efficient and [a] more efficient department is effective, [...] towards the staff, for the finances, most of all the patients, for the treatments" (Junior sister).^{15, p.223)}

"É sobre tornar o departamento mais eficiente com os recursos que temos atualmente". ("It's about making the department more efficient with the resources that we have currently" (Consultant EM Physician).^{15, p.223)}

Papéis profissionais

Empodera a equipe, aumenta o número de profissionais com mais médicos diaristas e radiologistas, substitui técnicas de enfermagem por enfermeiras e amplia as competências de cuidado do médico, conforme exemplos abaixo.

"A administração assumiu um papel subordinado no que se refere à solução de problemas de fluxo e permitiu que a equipe da linha de frente identificasse os problemas e apresentasse suas próprias soluções". ("Management took a subordinate role when it came to solving flow issues and let the frontline staff identify problems and come up with their own solutions".^{18, p.181)}

"Funcionários mais empoderados e ávidos para instituir suas ideias em oposição a um pessoal relutante que se sente forçado a instituir melhorias de processos de cima para baixo". ("More empowered staff eager to institute their ideas as opposed to a reluctant staff feeling forced to institute top-down process improvements".^{18, p.181)}

Processos de trabalho e instrumentos

Elimina processos dispensáveis, utilizando instrumentos como o *kanban*, para identificar problemas, e foca no cuidado dos profissionais, nas suas habilidades de resolver problemas e no fluxo dos pacientes, com um profissional responsável pela alta do paciente. Somente dois achados citaram o "*kanban*". As falas a seguir ilustram esses achados.

"Ferramentas como o quadro de takt e o quadro branco ajudaram a visualizar e identificar problemas (por exemplo, desvios do protótipo) no trabalho diário". ("Tools such as the takt board and the whiteboard helped visualize

and identify problems (e.g. deviations from the prototype) in everyday work”.^{14, p.280)}

“Todos os serviços introduziram uma tábua de takt, uma ferramenta baseada em computador para monitorar o número de pacientes avaliados por médicos por hora, relacionado ao ritmo de trabalho antecipado, e um quadro branco para capturar e gerenciar ideias de melhoria no setor de emergências.” (“All services introduced a takt board, a computer-based tool to monitor the number of patients assessed by physicians per hour related to the anticipated pace of work, and a whiteboard to capture and manage improvement ideas at the ED.”^{14, p.274)}

Síntese 3: A implementação da gestão clínica nos SHE deve respeitar os princípios do *Lean*, envolvendo gestores e trabalhadores. É difícil de medir, especialmente, pelos usuários e gera dúvidas com relação à sustentabilidade. Essa síntese incluiu duas categorias.

Dificuldades na implementação do Lean

A eficiência operacional do *Lean* é difícil de quantificar, gera dúvidas com relação a sustentabilidade e demora para os usuários perceberem as mudanças, conforme descrito nas falas a seguir.

“O paciente não consegue quantificar totalmente a qualidade do serviço”. (“The patient cannot fully quantify the quality of the service”.^{18, p.181)}

“Tem sido sustentável sem aumentar as despesas por paciente ou o número de áreas de tratamento do setor de emergência”. (“Have been sustainable without increasing expense per patient or the number of ED treatment areas”.^{18, p.181)}

Implementação adequada do Lean

O processo de implementação deve respeitar os princípios do *Lean*, como a adaptação à realidade a partir de uma demanda da gestão ou dos trabalhadores conforme exemplos.

“Tem sido associado a efeitos positivos de curto e longo prazo nas operações do departamento”. (“Has been associated with both short-term and longer-term positive effects on department operations”.^{18, p.181)}

“Aplicamos esta metodologia em nosso ambiente clínico para identificar quatro oportunidades para melhorar a eficiência operacional em nossa unidade de ressuscitação de trauma”. (“Applied this methodology in our clinical setting to identify four opportunities for improving the operational efficiency in our TRU”.^{17, p.1103)}

Discussão

Todos os estudos incluídos utilizaram o *kanban* enquanto técnica, ou seja, como um cartão, um sistema de sinalização visual que indica novas peças, suprimentos ou serviços, na quantidade necessária e no momento em que são necessários.¹⁹

Todavia o *kanban* também pode ser um método, mas esse formato não foi descrito pelos estudos incluídos. O método *kanban* foi incorporado por David J. Anderson para o desenvolvimento de software a partir de 2010.²⁰

No Brasil, a partir da Portaria 1.660/2011,²¹ que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) e da Portaria 1.663/2012,²² que dispõe sobre o Programa SOS Emergências, o Ministério da Saúde passou a estimular a adoção de arranjos tecnológicos de cuidado nos hospitais de emergência, entre os quais o método *kanban*, de modo a otimizar

a gestão de leitos e melhoria contínua.²³ Hospitais de emergência que implementaram o método *kanban* apresentaram melhora no serviço, em comparação a hospitais que tiveram dificuldades de implementação ou que não conseguiram implementá-lo.²³

Por outro lado, diferente do que se observa na maioria dos SHE brasileiros, nos serviços de emergência estudados na presente revisão a ferramenta *kanban* sempre fez parte da Estratégia *Lean*, que é destinada à organização para melhorar processos, maximizar o fluxo, diminuir desperdícios, eliminar etapas desnecessárias. Nos serviços de saúde o *Lean* tem sido implementado desde 2002.²⁴

As sínteses apresentadas corroboram com as evidências do *Lean* enquanto potencial de promover melhorias nos serviços se for adequadamente aplicado, incluindo suporte da equipe e principalmente dos gestores. Caso contrário, as mudanças podem ser superficiais e insustentáveis.²⁴⁻²⁵

Recomendações para a prática

- Aspectos positivos do *Lean* nos SHE estão relacionados ao tempo de permanência, fluxo e admissão dos pacientes.
- Aspectos negativos do *Lean* nos SHE estão relacionados ao tempo de cuidado oferecido aos usuários.
- O *Lean* nos SHE desenvolve a gestão do cuidado e o senso crítico, empodera a equipe, modifica papéis profissionais, elimina processos dispensáveis, identifica problemas e usa instrumentos como o *kanban*.
- A implementação nos SHE deve respeitar os princípios do *Lean*, envolvendo gestores e trabalhadores.
- É necessário medir a satisfação dos usuários e a sustentabilidade das mudanças provocadas pelo *Lean* nos SHE.

Financiamento

Esse artigo é parte do projeto PPSUS 16/15025 “Arranjos tecnológicos de gestão do cuidado em um hospital de pronto socorro”, que recebeu apoio financeiro do CNPq-FAPESP.

Referências

1. Fleury ACC. Organização do trabalho industrial: um confronto entre teoria e realidade [tese]. São Paulo: Escola Politécnica da Universidade de São Paulo; 1978.
2. Ramanantso AB. Strategic Technology Management. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 1992.
3. Farrohknia N, Castrén M, Ehrenberg A, Lind L, Oredsson S, Johsson H, Asplund K, Goransson K. Emergency Department Triage Scales and Their Components: a Systematic Review of their Scientific Evidence. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2011; 19:42.
4. Azeredo TR, Guedes HM, Rebelo de Almeida RA, Chianca TC, Martins. Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. Int Emerg Nurs. 2015; 23(2):47- 52.
5. Mazzocato P, Savage C, Brommels M, Aronsson H, Thor J. Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. Qual Saf Health Care. 2010; 19:376-382.
6. Andersen A, Rovik KA, Ingebrigtsen T. Lean thinking in hospitals: is there a cure for the absence of evidence? A systematic review of reviews. BMJ Open. 2014; 4.
7. Egger M, Davey Smith G, Altman DG. Systematic Reviews in Health Care: Meta-analysis in context. 2001.
8. Lopes ALM, Fracolli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2008; 17(4): 771-8.
9. JBI - Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual 2011. Institute Joanna Briggs; 2011.
10. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med. 2009; 6(6).
11. Munn Z, Porrit K, Lockwood C, Aromataris E, Pearson A. Establishing confidence in the output of qualitative research synthesis: the ConQual approach BMC Medical Research Methodology. 2014; 14:108.
12. G Leggat S, Gough R, Bartram T, Stanton P, Bamber GJ, Ballardie R, Sohal A. Process redesign for time-based emergency admission targets. J Health Organ Manag. 2016; 19;30(6):939-49.

13. Beck MJ, Okerblom D, Kumar A, Bandyopadhyay S, Scalzi LV. Lean intervention improves patient discharge times, improves emergency department throughput and reduces congestion. *Hosp Pract*. 2016; 44(5):252-259.
14. Mazzocato P, Thor J, Bäckman U, Brommels M, Carlsson J, Jonsson F, Hagmar M, Savage C. Complexity complicates lean: lessons from seven emergency services. *J Health Organ Manag*. 2014; 28(2):266-88.
15. Timmons S, Coffey F, Vezyridis P. Implementing lean methods in the emergency department: the role of professions and professional status. *J Health Organ Manag*. 2014; 28(2):214-28.
16. Dickson EW, Anguelov Z, Vetterick D, Eller A, Singh S. Use of lean in the emergency department: a case series of 4 hospitals. *Ann Emerg Med*. 2009; 54(4):504-10.
17. Parks JK, Klein J, Frankel HL, Friese RS, Shafi S. Dissecting delays in trauma care using corporate lean six sigma methodology. *J Trauma*. 2008; 65(5):1098-104.
18. Dickson EW, Singh S, Cheung DS, Wyatt CC, Nugent AS. Application of lean manufacturing techniques in the Emergency Department. *JEmergMed*. 2009; 37(2):111-82.
19. Santos, VM. O que é Lean Healthcare e como isso está mudando a saúde? [internet]. 2017 [acesso em 5 jul 2017]. Disponível em: <https://www.fm2s.com.br/o-que-e-lean-healthcare/>.
20. InfoQ. Kanban com o pioneiro: Entrevista com David J. Anderson. 2012 [acesso em: 10 jul 2017]. Disponível em: <https://www.infoq.com/br/articles/kanban-david-anderson-conceitos-e-mitos>.
21. Ministério da Saúde (BR). Portaria 1.660/2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde - SUS, 2012.
22. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1663 de 6 de agosto de 2012. Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, 2012.
23. Petry D. Análise de implantação do Kanban em Hospitais do Programa SOS Emergências [dissertação]. Bahia: Faculdade de Medicina da UFBA; 2016.
24. Womack JP, Byrne AP, Fiume OJ, Kaplan GS, Toussaint J, Miller D. *Going Lean in Health Care*. Int Health Care Improv. Cambridge; 2005.
25. Joosten T, Bongers I, Janssen R. Application of lean thinking to health care: issues and observations. *Int J Qual Health Care*. 2009; 21:341-347.

Práticas humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática qualitativa

Humanizing practices in primary health care: a qualitative systematic review - Humanizing [USA]; Humanising [UK]

Ieda Carla Almeida dos Santos de Souza Pastana^I, Erika Cardozo Pereira^{II},
Janaina Cristina Santos Lima^{III}, Mariana Cabral Schweitzer^{IV}

Resumo

Objetivos: identificar práticas de humanização na Atenção Básica. **Método:** revisão sistemática, partindo das seguintes fontes de informação: PubMed, CINAHL, Scielo, utilizando-se a palavra-chave *primary health care*, associada separadamente às seguintes palavras-chave: *humanization of assistance* (humanização), *holistic care/health* (cuidado/saúde holístico), *patient centred care*, *user embracement* (acolhimento), *personal autonomy*, *holism*, *attitude of health personnel* (atitude dos profissionais). **Método:** Revisão sistemática qualitativa. **Resultados:** Foram incluídos 17 estudos identificados entre 2012 e 2018. Os dados foram sistematizados em sete categorias: (a) Oferta de práticas humanizadoras, (b) Dificultadores das práticas humanizadoras, (c) Facilitadores das práticas humanizadoras, (d) Necessidade de capacitação sobre as práticas humanizadoras, (e) Vínculo profissional-usuário, (f) Efeito positivo das práticas humanizadoras no trabalho em equipe e (g) Atitudes e crenças que refletem as práticas humanizadoras. **Considerações Finais:** As práticas humanizadoras continuam a ser desenvolvidas na Atenção Básica e seus efeitos positivos são reconhecidos pelos profissionais de saúde. Por isso, investimentos no desenvolvimento dessas práticas e também em pesquisas devem continuar, incluindo também as percepções de usuários e dos órgãos gestores.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Humanização da Assistência; Pessoal de Saúde; Revisão Sistemática Qualitativa.

Abstract

Objectives: To identify humanization practices in Primary Health Care. **Method:** Qualitative systematic review. Studies were searched in the following information sources: PubMed, CINAHL, Scielo, using the keyword *primary health care*, together with the following keywords: *humanization of assistance*, *holistic care/health*, *patient centered care*, *user embracement*, *personal autonomy*, *holism*, *attitude of health personnel*. **Results:** We included 17 studies published between 2012 and 2018. Data were systematized into seven categories: (a) Offer of humanizing practices, (b) Difficulties of humanizing practices, (c) Facilitators of humanizing practices, (d) Need for training on humanizing practices, (e) Professional-patient linkage, (f) Positive effect of humanizing practices in teamwork, and (g) Attitudes and beliefs that reflect humanizing practices. **Conclusions:** Humanizing practices continue to be developed in Primary Health Care and its positive effects are recognized by health professionals. Therefore investments in the development of these practices and in research should continue, also including the perceptions of patients and management bodies.

Keywords: Primary Health Care, Humanization of Assistance; Health personnel; Qualitative Systematic Review.

^I Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UNIFESP Núcleo Técnico da Coordenação da APS Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil. Email: icpastana@yahoo.com.br

^{II} Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UNIFESP Email: erikacardozo.enf@gmail.com

^{III} Enfermeira. Email: jana.cris15@gmail.com

^{IV} Enfermeira. Pós-doutorado. Professora do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP Email: mariana.cabral@unifesp.br

Introdução

Em 2006 foi publicada a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde,¹ também conhecida como a Política Nacional de Humanização (PNH) e/ou HumanizaSUS. Essa política promove a utilização de tecnologias leves como a autonomia e empoderamento dos usuários da saúde, vínculo e escuta qualificada entre pacientes e profissionais da saúde, clínica ampliada e projeto terapêutico singular para o manejo de casos complexos, entre outros.

A Atenção Básica (AB) representa a porta de entrada do sistema de saúde e organiza a rede de serviços. Em 2013 uma revisão sistemática sobre a política HumanizaSUS identificou que a humanização permeia os processos de trabalho e os agentes da atenção primária.²

Em 2016, outra revisão sistemática buscou reconhecer a compreensão da força de trabalho sobre o papel das práticas humanizadoras na AB e identificou como dificuldades para a sua efetivação: conceitos fragmentados de saúde e atenção; falta de investimentos em trabalho em equipe multidisciplinar, empoderamento da comunidade, vínculo profissional-paciente e acolhimento do usuário.³

Diante destas dificuldades e reconhecendo a importância e necessidade de contínua atualização sobre o tema, o objetivo deste estudo foi identificar a oferta de práticas humanizadoras na Atenção Básica.

Método

A finalidade de uma revisão sistemática é permitir a tradução das melhores evidências científicas nas políticas, práticas e decisões no contexto da saúde.⁴ Este desenho permite agrupar os resultados de estudos primários em categorias para alcançar uma meta-síntese.⁵ O processo é realizado em seis etapas: (a) identificação do tema e formulação da pergunta da pesquisa; (b) definição

das fontes de busca de dados; (c) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; (d) seleção e tratamento de dados, com exclusão das repetições; (e) detalhamento dos estudos selecionados e análise dos dados, composta por (e1) avaliação da qualidade dos estudos incluídos e (e2) interpretação dos resultados.⁵

A estratégia PICo foi aplicada para orientar a pergunta de pesquisa. Essa mnemônica identifica os aspectos-chave População (P), Fenômeno de Interesse (I) e Contexto (Co).⁶ Nesta revisão, a População abrangeu os profissionais da AB, o Fenômeno de Interesse foram as práticas humanizadoras e o Contexto referiu-se aos serviços da AB. Após ajustar os objetivos do estudo ao PICo, a pergunta orientadora da revisão sistemática foi “Como os profissionais da saúde ofertam as práticas humanizadoras na AB?”

Os conceitos de humanização da PNH¹ brasileira enfocam princípios-chave como o acesso, a empatia, a humanização da atenção, a autonomia pessoal, saúde integral e acolhimento do usuário. Na coleta de dados foram utilizados descritores controlados baseados nesses conceitos. As seguintes palavras-chave foram utilizadas: *primary health care* (Atenção Básica), em combinação com outros descritores, separadamente: *humanization of assistance* (humanização), *holistic care/health* (cuidado/saúde holístico), *patient centred care, user embracement* (acolhimento), *personal autonomy, holism, e health personnel attitude* (atitude dos profissionais).

Em maio de 2018, a busca foi realizada nas seguintes fontes de dados: PubMed, CINAHL e Scielo, com limite para o período de 2012 a 2018, delimitado para abranger os artigos publicados após a coleta realizada na revisão sistemática citada anteriormente.³ Os seguintes critérios de inclusão foram adotados: artigos sobre como os profissionais da atenção primária à saúde ofertam as práticas humanizadoras, disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol.

Artigos sobre pacientes ou alunos e/ou estudos realizados em contextos hospitalares foram excluídos. Para a organização dos artigos foi utilizado o Excel.

Dois revisores independentes avaliaram os artigos e a seleção final foi baseada em consenso, partindo da comparação das avaliações dos dois revisores. A qualidade dos estudos foi avaliada pelo instrumento JBI-SUMARI para estudos qualitativos, composto por dez perguntas e disponível on-line.^v As seguintes informações foram extraídas de cada estudo: país de origem, número de profissionais, objetivos, técnicas de coleta e análise dos dados, proteção aos sujeitos humanos, resultados.

Os dados foram organizados em categorias empíricas que emergiram da análise e da revisão realizada por Della Nora e Junges.² Quatro revisores independentes avaliaram as categorias

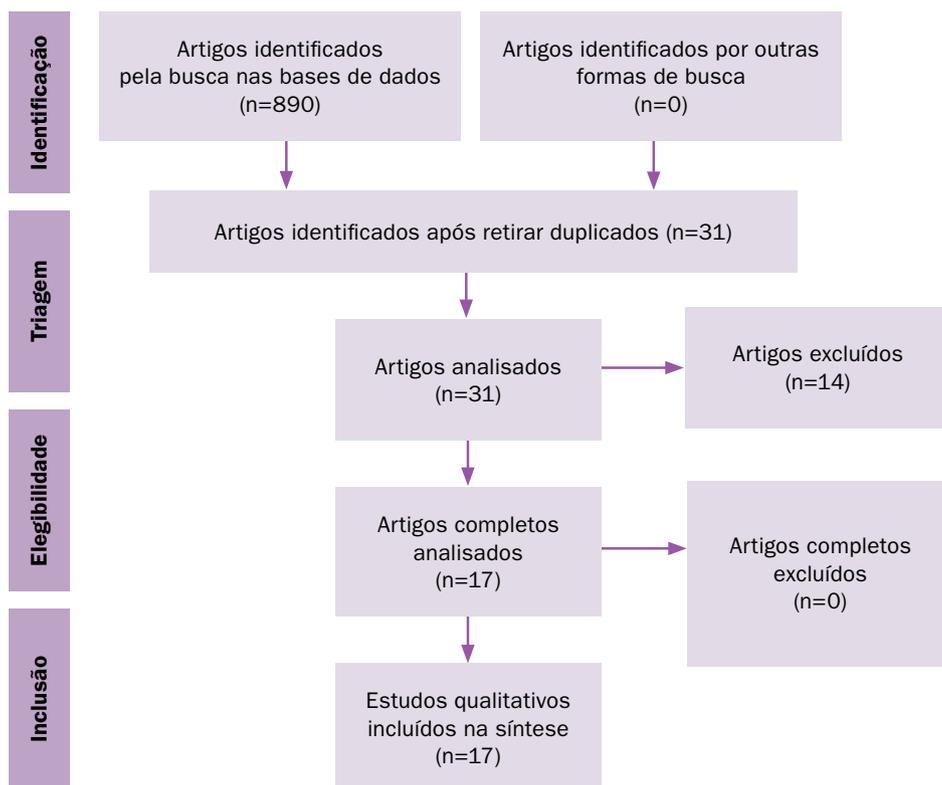
em termos do seu respectivo escopo e definição. Qualquer discordância foi solucionada por consenso. O objetivo foi chegar em uma metassíntese pela integração das categorias.⁵

Quanto aos aspectos éticos, o estudo obedeceu às diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução CNS 466/12, porém, por se tratar de uma revisão sistemática, não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Resultados

Do potencial de 890 referências, reduzidas para 31 estudos não duplicados, 17 estudos qualitativos foram incluídos e revisados sistematicamente,^{7,23} de acordo com a Figura 1. Estudos recuperados ocorreram entre 2012 e 2018. Três estudos foram publicados em inglês e quatorze em português.

Figura 1. Diagrama do processo de inclusão e exclusão dos estudos²⁴



^v Acesso em 20/07/2019 em https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Qualitative_Research2017_0.pdf

Os estudos abrangeram 248 profissionais de AB dos Estados Unidos^{11-13,23} e do Brasil.^{7-10,14-22} Sete estudos^{12,14,15,17,20-22} não descreveram a quantidade de profissionais por categoria, e dos estudos que tinham este detalhamento,^{7-11,13,16,18,19,21,23} 61% desses profissionais eram enfermeiros, e os outros 39% eram principalmente técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, médicos, técnico de farmácia e auxiliar administrativo.

Em relação à análise da qualidade dos artigos incluídos, quatro artigos tiveram pontuação sete,^{8,16,17,21} onze tiveram pontuação oito^{7,9-15,19,20,23} e dois tiveram pontuação nove.^{18,22}

Os resultados foram combinados em sete categorias empíricas, apresentadas a seguir: (1) oferta de práticas humanizadoras; (2) dificultadores das práticas humanizadoras; (3) facilitadores das práticas humanizadoras; (4) necessidade de capacitação sobre as práticas humanizadoras; (5) vínculo profissional-usuário; (6) efeito positivo das práticas humanizadoras no trabalho em equipe; (7) atitudes e crenças que refletem as práticas humanizadoras.

Categoria 1: Oferta de práticas humanizadoras

Esta categoria abrangeu as percepções dos profissionais da saúde sobre a oferta de práticas humanizadoras, sua organização, prática e suas consequências. Esta categoria estava presente em 12/17 artigos.

Os profissionais de saúde identificam como oferta de práticas humanizadoras: os grupos educativos, visitas domiciliares, “porta livre demanda”, cuidado centrado no paciente e acolhimento. E compreendem que tais práticas ampliam o acesso da comunidade ao serviço e favorecem a longitudinalidade e o compartilhamento do cuidado entre profissional-usuário.^{7,8,14,16,23}

“Sempre as médicas (programa Mais Médicos) atendem, às vezes ultrapassa 5 ou 6 fichas além, porque elas também olham esse lado que os ribeirinhos, o pessoal comunitário vem com a intenção de se consultar. Às vezes o barco atrasa, às vezes o mau tempo e quando eles chegam aqui às vezes não há ficha. [...] Todo este sacrifício os usuários fazem, mas as médicas atendem todo mundo e muito bem.”⁷

Para os profissionais de saúde, acolhimento é a escuta qualificada, é o momento em que o usuário, mesmo sem agendamento, passa por uma escuta pelo profissional de saúde (em sua maioria o enfermeiro ou médico), que detecta sua demanda para decidir a melhor conduta. O acolhimento foi a prática humanizadora mais citada pelos profissionais.^{8,10,11,16,17,21,22}

“[...] a maioria deles (usuários), só de tu falar com ele, conversar tu já resolve o problema. Ele precisa de uma conversa, de uma pessoa que o escute [...] aqui no posto mesmo, a ESF faz esse tipo de coisa, que é o acolhimento, que é a conversa com o paciente, ajudar o paciente.”¹⁰

Em dois estudos a oferta de práticas humanizadoras foi além da AB e incluiu também a rede de saúde e a articulação intersetorial. Nesses estudos, pode-se observar que a demanda dos usuários foi além do setor saúde e o seu encaminhamento para os setores e/ou equipamentos que atenderão suas necessidades dependeu da sensibilidade e perfil do profissional de saúde.^{9,20}

“Uma senhora era frequentemente espancada pelo filho, usuário de drogas. Numa ocasião eu estava na casa dela, atendendo o marido acamado e o filho a ameaçou com uma faca...Tive que ir pra cima dele, com minha

prancheta, que era a única coisa que tinha em mãos...A mulher ficou atrás de mim. Então, fiquei entre o agressor e a agredida...Se não tivesse feito isso, acho que ele teria matado ela...[...] Levei o caso pro prefeito. Ele foi preso [...]Encaminhei ela [não oficialmente, mas por amizade, para assistente social, enfermeira e psicóloga [...]]”²⁰

Categoria 2: Dificultadores das práticas humanizadoras

Esta categoria abrangeu as percepções dos profissionais da saúde sobre dificuldades, barreiras e limitações relacionadas às práticas humanizadoras. Esta categoria foi encontrada em 8/17 artigos.

Os trabalhadores relataram fatores relacionados: postura autoritária do profissional de saúde, voltada às suas necessidades ao invés de centrada no paciente;^{7,13} demanda excessiva;^{8,17,22} entraves na comunicação profissional-usuário;^{15,22} desconhecimento dos usuários sobre o acolhimento e costume com o antigo modelo assistencial de saúde;¹⁵⁻¹⁷ rotatividade dos profissionais que fazem o acolhimento;¹¹ acolhimento feito de forma inadequada^{16,22} e inexistência de acolhimento no serviço.¹⁶

“Of course, when you are too stressed or not patient-centred enough it happens, and I, so to speak, push things in my direction. I have my own agenda and I do not invite the patient into a dialogue; that has happened many times.”¹³ (É claro que, quando você está estressado demais ou não está suficientemente centrado no paciente, isso acontece, e eu, por assim dizer, empurro as coisas na minha direção. Eu tenho minha própria agenda e não convido o paciente a um diálogo; isso aconteceu muitas vezes).

Categoria 3: Facilitadores das práticas humanizadoras

Esta categoria incluiu as percepções dos profissionais sobre facilitadores e fatores que promovem as práticas humanizadoras. Esta categoria estava presente em 5/17 artigos.

Os trabalhadores mencionaram os seguintes fatores relacionados: conhecimento das necessidades da comunidade adscrita e individualização do cuidado;^{16,18} acolhimento;¹⁷ valorização e reconhecimento do trabalho do profissional de saúde;²¹ quantidade de profissionais disponíveis para o acolhimento;²¹ espaço físico adequado;²¹ realização de reuniões técnicas;²¹ equipe bem coordenada e sistema de suporte ao trabalho dos profissionais.²³

“Segundo gestores e profissionais, a baixa rotatividade profissional e a disponibilidade de profissional para fazer o acolhimento e agendamento promovem fortalecimento do vínculo e do acesso. Nas palavras dos profissionais, o acolhimento é percebido como uma referência para as pessoas da área de abrangência.”²¹

Categoria 4: Necessidade de capacitação sobre as práticas humanizadoras

Esta categoria abrangeu as percepções dos profissionais da saúde sobre a necessidade de capacitação e conscientização sobre as práticas humanizadoras, tanto para profissionais de saúde quanto usuários em diferentes contextos. Esta categoria foi encontrada em 3/17 estudos.

“I think we usually give recommendations that are adapted to middle-aged, well-educated Swedish men. It is not that you have always thought about it ahead, I mean, how it is to be a woman from a Muslim country, having a lot of children at home, so it is not for sure that your style will work.”¹³ (“Acho que geralmente

damos recomendações adaptadas a homens suecos de meia-idade e com boa educação. Não é que você sempre tenha pensado nisso antes, quero dizer, como é ser uma mulher de um país muçulmano, ter um muitas crianças em casa, por isso não é certo que o seu estilo funcionará.”)

Categoria 5: Vínculo profissional-usuário

Esta categoria abrangeu as percepções dos profissionais da saúde sobre a construção do vínculo profissional-usuário para a oferta do cuidado humanizado. Esta categoria foi encontrada em 9/17 artigos.

Os profissionais identificaram como fatores promotores e ao mesmo tempo resultantes do vínculo profissional-usuário: escuta qualificada;^{12,20,21} diálogo;^{9,13,17,21} entendimento do que é o acolhimento;¹⁷ sentimento de pertencimento dos profissionais à comunidade adscrita;¹⁷ empatia;¹⁸ confiança dos usuários;^{19,21} reconhecimento do trabalho;¹⁹ área de abrangência da unidade;^{16,18} humanização;¹⁸ compromisso com familiares;¹⁶ responsabilização do usuário no seu autocuidado;¹⁶ adesão ao tratamento;^{19,21} melhor desfecho clínico.²¹

“(…) acho que quando a gente vê o sofrimento ali mais de perto a gente tenta ser mais humano. Até a questão da empatia, você tem que se colocar no lugar do outro. Então eu acredito que seja isso. (...) você vendo os problemas mais de perto, conhecer a realidade, então você tenta prestar uma assistência melhor (...)”¹⁸

Categoria 6: Efeito positivo das práticas humanizadoras no trabalho em equipe

As práticas humanizadoras interferem no trabalho em equipe realizado na AB. Esta categoria foi encontrada em 9/17 artigos. Os efeitos

das práticas humanizadoras no trabalho em equipe descritos pelos profissionais foram: relacionamento interpessoal, união e comunicação,^{7,8,10,13} processo de trabalho da equipe organizado a partir da coordenação do cuidado,^{9,16,18} divisão técnica do trabalho e reconhecimento dos diferentes papéis profissionais.^{17,18,20}

“No cotidiano, cada um tem que refletir, ver realmente qual é o seu papel e ver também, se a comunidade está entendendo também o seu papel. Tem que ser, uma troca de informação (...) mais comunicação, mais interação de funcionários de usuário para com funcionário, de usuário para com funcionário tem que ser todo um conjunto. Todo mundo tentando falar a mesma língua (...)”²⁰

Categoria 7: Atitudes e crenças que refletem as práticas humanizadoras

Esta categoria foi encontrada em 12/17 artigos e corresponde às atitudes e crenças dos profissionais que refletem as práticas humanizadoras, como respeito, tempo de atendimento, e a valorização do saber do usuário e de sua individualidade.^{7-13,15,17,19,21,23}

“[...] o tempo para fazer exame físico, o tempo para olhar a cara do paciente, o acompanhamento, o bom trato e o tempo para melhor acolhimento do paciente; a questão de atendimento quanto ao exame físico mesmo, que algumas vezes nossos outros médicos que trabalhavam conosco aqui no município não tinham tanto esse tempo de estar avaliando cada um; antes as pessoas reclamavam, assim: ah, o médico nem olhou no meu rosto, nem olhou na minha cara, e já estas médicas (programa Mais Médicos) dão toda atenção”⁷

A partir dessas categorias foi possível desenvolver duas sínteses: (1) a oferta das práticas

humanizadoras depende das atitudes e crenças dos profissionais de saúde, amplia o vínculo com o usuário e tem efeito positivo no trabalho em equipe; (2) Os profissionais da Atenção Básica relataram mais dificultadores do que facilitadores e também destacaram a necessidade de capacitação sobre as práticas humanizadoras.

As sínteses demonstram como os profissionais descrevem as práticas humanizadoras de modo a aproximar do cuidado que deve ser realizado na AB de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, ou seja, integral, centrado na pessoa, por meio do trabalho em equipe e da clínica ampliada.

Discussão

Desde a publicação da PNH somam-se os relatos sobre as dificuldades de implementar as práticas humanizadoras na AB e também a falta de capacitação das equipes.² Dentre as dificuldades, destacam-se as mudanças ocorridas no processo de trabalho que focam no atendimento de metas de contrato em detrimento das necessidades de saúde da população que prejudicam o desenvolvimento dessas práticas e dos seus efeitos positivos nos serviços.²⁵

O processo de cuidado na AB a partir de tecnologias leves segue então sendo atravessado pelo aumento da demanda, diminuição dos recursos e mudanças nos documentos regulamentadores que deixam espaço para múltiplas interpretações sobre constituição de equipe e modelo de atenção.²⁷ Distancia-se, assim, cada vez mais das recomendações internacionais de ampliação da AB enquanto ordenadora da rede de atenção.²⁸

De modo a facilitar o desenvolvimento das práticas humanizadoras recomenda-se a partir dos resultados: criação de espaços de reflexão sobre atitudes e crenças dos profissionais de saúde em relação às práticas humanizadoras;

capacitação sobre as práticas humanizadoras, valorização do vínculo com o usuário e do tempo necessário para desenvolver o trabalho em equipe, como reuniões e discussões de caso. Essas recomendações devem ser levadas em consideração especialmente no desenvolvimento de contratos de gestão com organizações sociais que irão atuar na AB.

Para atender a necessidade de capacitação sobre as práticas humanizadoras, a proposta é ir além de cursos de caráter pontual e modelo bancário, para integrar propostas inovadoras, como cursos de leitura e metodologias ativas, que favorecem o desenvolvimento profissional para as dimensões éticas e humanísticas, ampliando a capacidade de reflexão crítica e de atenção às necessidades da população,^{26,29} de modo a desenvolver a empatia, a autorreflexão e a aproximação com o outro, tanto aquele que oferta quanto o que recebe o cuidado.

As práticas humanizadoras continuam a ser desenvolvidas na AB e seus efeitos positivos são reconhecidos pelos profissionais de saúde. Por isso investimentos no desenvolvimento dessas práticas e também em pesquisas devem continuar, incluindo também as percepções de usuários e dos órgãos gestores.

Pesquisar sobre as práticas humanizadoras e as tecnologias leves, propostas na PNH, apresentou dificuldades que incluíam a tradução desses termos em descritores e pode ser uma limitação do estudo e da internacionalização dos resultados, mas a tentativa de aproximação desses termos com outros idiomas pode facilitar a busca em um maior número de bases de dados.

Quanto a qualidade dos artigos incluídos no estudo avaliados pelo instrumento de dez questões, SUMARI-JBI, os mesmos perderam pontos nas questões que se refere à coerência entre a perspectiva filosófica e o método de pesquisa, falta de informações quanto a implicação e influência do pesquisador no estudo. Quanto a essas

questões, por se tratar de afirmações que não estão necessariamente explícitas nas publicações científicas, não houve prejuízo na avaliação de qualidade dos estudos. Todavia, destaca-se a importância de apresentar essas informações pelos pesquisadores em futuras publicações.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Financiamento: Os autores declaram que o estudo não contou com financiamento para a sua realização.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF); 2006.
2. Della Nora C, Junges JR. Humanization policy in primary health care: a systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(6):1-15.
3. Schweitzer MC, Zoboli ELCP, Vieira MMS. Nursing challenges for universal health coverage: a systematic review. *Rev Lat Am Enfermagem* [internet]. 2016; 24:2676.
4. Lopes ALM, Fracolli LA. Systematic Review of Literature and Qualitative metasynthesis: considerations about their application in nursing research. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):771-8.
5. Sandelowski M, Barroso J. Handbook for synthesizing qualitative research. New York: Springer; 2007.
6. Lockwood C, Porrit K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M, Loveday H, Carrier J, Stannard D. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E, Munn Z, Editors. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. Joanna Briggs Institute [internet]. 2017 [acesso em 8 ago 2019]. Disponível em: <https://reviewersmanual.joanna-briggs.org/>.
7. Comes Y et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(9):2729-2738.
8. Camelo MS, Lima LR, Volpe CR, Santos WS, Rehem TC. Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. *Acta Paul Enferm*. 2016; 29(4):463-8.
9. Silva MAC, Aguiar MGG, Moreira TDS. Entre os nós da rede de saúde mental: as práticas de agentes comunitários de saúde. *Rev. Baiana de Saúde Pública*. 2016; 40(3):713-728.
10. Machado LM, Colomé JS, Silva RM et al. Significados do fazer profissional na estratégia de saúde da família: atenção básica enquanto cenário de atuação. *Rev Fun Care*. 2016; 8(1):4026-4035.
11. Brasil EGM; Queiroz MVO; Cunha JMH. Receptiveness to the teenager in nursing consultation: a qualitative study. *Braz J Nurs*. 2012; 11(2):346-358.
12. Nunstedt H et al. Strategies for healthcare professionals to facilitate patient illness understanding. *J Clin Nurs*. 2017; 26:4696-4706.
13. Hornsten A et al. Strategies in health-promoting dialogues: primary healthcare nurses' perspectives, a qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2014; 28:235-244.
14. Silva G, Iglesias A, Dalbello-Araujo M, & Badaró-Moreira MI. Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2017; 37(2):404-417.
15. Hentges IC, Cogo ALP. Competências desenvolvidas por equipe de saúde da família sobre o acolhimento após atividade educativa. *J Nurs Health*. 2017; 7(1):4-15.
16. Costa RF, Queiroz MVO, Zeitoun RCG. Cuidado aos adolescentes na Atenção Primária: perspectivas de integralidade. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(3):466-472.
17. Lopes AS, Vilar RLA, Melo RHV, França RCS. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde Debate*. 2015; 39(104):114-123.
18. Oliveira AG, Morais IF, Azevêdo LMN, Valença CN, Sales LKO, Germano RM. O que mudou nos serviços de saúde com a Estratégia Saúde da Família. *Rev Rene*. 2012; 13(2):291-9.
19. Bortoli CFC, Bisognin P, Wilhelm LA, Prates LA, Sehnem GD, Ressel LB. Fatores que possibilitam a atuação do enfermeiro na atenção pré-natal. *Rev Fun Care Online*. 2017; 9(4):978-983.
20. Signorelli MC et al. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(6):1230-1240.
21. Guerrero P, Mello ALSF, Andrade SR, Erdmann A. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto Contexto Enferm*. L. 2013; 22(1):132-40.
22. Silva MRF, Pontes RJS, Silveira LC. Acolhimento na estratégia saúde da família: as vozes dos sujeitos do cotidiano. *Rev. Enferm. UERJ*. 2012; 20(2):784-82.

23. Bikker AP et al. Measuring empathic, person-centred communication in primary care nurses: validity and reliability of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure. *BMC Family Practice*. 2015; 16:149.
24. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009; 6(6).
25. Silva Vanice Maria da, Lima Sheyla Maria Lemos, Teixeira Marcia. Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. *Saúde debate*. 2015; 39:145-159.
26. Gallian DMC, *Literatura como remédio: os clássicos e a saúde da alma*. São Paulo: Martin Claret; 2017.
27. Melo EA, Mendonça MHM de, Oliveira JR de, Andrade GCL de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*. 2018; 42(1):38–51.
28. Cecilio LC de O, Reis AAC dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34(8):1–14.
29. Mesquita SK da C, et al. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de enfermagem. *Trab. Educ. Saúde*. 2016; 14(2):473-486.

O Cuidado de Adolescentes com Doença Falciforme: possibilidades e desafios

The care of adolescents with sickle cell disease: possibilities and challenges

Taís Rodrigues Tesser^I, Tereza Setsuko Toma^{II}, Luís Eduardo Batista^{III}

Resumo

A doença falciforme é uma das doenças hereditárias mais comuns no mundo. As pessoas que vivem com esta doença podem apresentar sintomatologia importante e graves complicações desde a infância. Por isso, os cuidados globais a esses indivíduos são um grande desafio para gestores e profissionais de saúde. Apesar de algumas medidas no cuidado terem melhorado a expectativa de vida destas pessoas, o período da adolescência é de grande vulnerabilidade, uma vez que os jovens enfrentam as questões do desenvolvimento físico e psicológico próprios dessa fase e as mudanças no seu acompanhamento pelos serviços de atenção pediátrica para os de atenção a adultos. Este estudo, realizado com base na metodologia proposta nas ferramentas SUPPORT, identificou três opções para lidar com essa fase de transição: 1) Utilização de intervenções psicológicas para melhorar a adesão ao tratamento; 2) Implantação de programa de transição da atenção pediátrica para a de adultos; 3) Promoção do autocuidado em adolescentes. Também são discutidas barreiras e facilitadores, além de considerações sobre equidade na implementação dessas opções.

Palavras-chave: Adolescente; Anemia Falciforme; Política Informada por Evidências

Abstract

Sickle cell disease is one of the most common hereditary diseases in the world. People living with this disease may present important symptomatology and serious complications since childhood. Therefore, providing comprehensive care for these individuals is a major challenge for managers and health professionals. Although some measures have improved life expectancy for these people, adolescence period is of great vulnerability, as the young face the issues of physical and psychological development, recurrent on this phase, and the changes in their follow-up from child health care services to the adults' ones. This study, based on the SUPPORT methodology, identified three options to inform policies to deal with this transition phase: 1) Use of psychological interventions to improve adherence to treatment; 2) Implementation of a transition program from pediatric to adult care; 3) Adolescent's self care promotion. Barriers and facilitators are discussed as well as equity considerations for the implementation of these options.

Keywords: Adolescent; Anemia, Sickle Cell; Evidence-Informed Policy

^I Taís Rodrigues Tesser (taistesser@hotmail.com) é educadora, com Aperfeiçoamento Profissional em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde e Mestranda do Programa de Mudança Social e Participação Política da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

^{II} Tereza Setsuko Toma (ttoma@isaude.sp.gov.br) é médica, Doutora em Nutrição em Saúde Pública, Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP e Coordenadora do Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde.

^{III} Luís Eduardo Batista (ledu@isaude.sp.gov.br) é sociólogo, Pós-doutor em Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica, Mestre e Doutor em Sociologia, líder do grupo de pesquisa Saúde da População Negra e Indígena do Instituto de Saúde e do Grupo de Pesquisa em Educação, Territórios Negros e Saúde da UFSCar. Integra o colegiado gestor do Grupo de Trabalho Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Introdução

A doença falciforme é uma das doenças hereditárias mais comuns no nosso país, sendo importante o conhecimento sobre suas consequências e alcance da atenção no SUS, porque ela está muito presente principalmente na população afrodescendente. Nessa doença, uma mutação no gene leva à produção da hemoglobina S (HbS). Em situações de ausência ou diminuição da tensão de oxigênio no sangue ocorre uma alteração no glóbulo vermelho, que assume a forma de foice ou meia lua. Isso gera um quadro de oclusão dos vasos sanguíneos, com manifestações de isquemia, dor, necrose, disfunções e danos permanentes aos tecidos e órgãos. Algumas dessas manifestações ocorrem no primeiro ano de vida, sendo de suma importância o diagnóstico precoce por meio da triagem neonatal.¹ Dada a complexidade da doença, o desconhecimento e o racismo institucional, o cuidado integral aos pacientes é um grande desafio para gestores e profissionais de saúde.

Entre as medidas que têm contribuído efetivamente para melhorar a qualidade de vida das pessoas com doença falciforme destacam-se o controle de infecções com esquemas de imunização, a identificação de crianças com maior risco para doenças cerebrovasculares por meio de doppler transcraniano, o início precoce de transfusões de hemácias, entre outras. Além disso, é de grande relevância a orientação educacional às famílias e aos doentes, e a capacitação dos profissionais de saúde.^{2,3} Todas essas medidas estão previstas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Falciforme do Ministério da Saúde.⁴ Os medicamentos e as vacinas recomendadas, assim como os procedimentos, inclusive o transplante de células-tronco hematopoéticas, são disponibilizados no SUS.

O período da adolescência é de grande vulnerabilidade para as pessoas com doença

falciforme, uma vez que os pacientes enfrentam os desafios do desenvolvimento físico e psicológico próprios dessa fase, bem como as mudanças no seu acompanhamento pelos serviços de atenção pediátrica para os de atenção a adultos.⁵ A transição da atenção pediátrica para a adulta, em geral, ocorre de forma abrupta, sem um preparo prévio do adolescente e seus familiares, fato que dificulta a manutenção do tratamento.^{6,7} Na mudança da atenção pediátrica para a de adulto, espera-se que o adolescente seja autônomo com relação ao autocuidado, por isso discute-se que mais importante do que fixar uma idade para essa transferência de serviços é levar em consideração a prontidão individual. De outro lado, é importante levar em conta os sentimentos dos familiares que têm uma tendência a serem superprotetores e podem sentir-se inseguros com essas mudanças.⁷

O objetivo deste estudo foi identificar opções para uma política de saúde voltada à melhoria do cuidado aos adolescentes com doença falciforme.

Métodos

Utilizou-se a abordagem de tradução do conhecimento, com base nas ferramentas *SUPPORT (SUPporting POLicy relevant Reviews and Trials)*,⁸ incluindo as etapas de priorização do problema de pesquisa, desenvolvimento de uma Síntese de Evidências para Políticas e realização de um Diálogo Deliberativo.

A definição do problema prioritário resultou de reuniões realizadas com um especialista em doença falciforme e com a coordenadora da Área Técnica Saúde da População Negra da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

A elaboração da síntese de evidências para políticas envolveu as seguintes etapas: busca abrangente das evidências em bases de dados

da literatura científica, seleção das revisões sistemáticas pertinentes, avaliação da qualidade e extração de dados das revisões sistemáticas selecionadas, organização dos dados em opções para políticas, considerações sobre equidade e implementação das opções.

As buscas iniciais foram realizadas com os termos “*sickle cell anemia*” e “*sickle cell disease*”, combinados ou não com “*treatment adherence*”, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed, Health Systems Evidence, Health Evidence, The Cochrane Library, Rx for Change e PDQ-Evidence. A dificuldade em identificar estudos de interesse, levou à realização de uma nova busca na base PubMed, utilizando os termos “*treatment adherence*”, “*chronic disease*” e “*transition health care*”, e também por meio do Google Acadêmico. Essas buscas foram realizadas de outubro de 2015 a março de 2016. Uma busca adicional foi realizada em julho de 2016, para incluir uma opção sobre autocuidado, sugerida pelos participantes do Diálogo Deliberativo, nas bases The Cochrane Library, Health Evidence, Health Systems Evidence, PDQ-Evidence e PubMed, utilizando-se os termos “*self-care*” e “*self-management*”, combinados ou não com “*sickle cell disease*”.

Essas estratégias levaram à identificação de 460 artigos, dos quais 442 foram excluídos por serem repetidos ou não atenderem ao interesse desta síntese após leitura de títulos e resumos. De 18 artigos elegíveis, 8 foram excluídos por não atenderem ao objetivo ou por apresentarem resultados inconclusivos. Um artigo foi incluído a partir da lista de referências de uma revisão sistemática analisada.

Para elaborar as considerações sobre implementação, foram realizadas buscas adicionais nas bases SciELO, NICE *evidence search* e Google Acadêmico, com particular interesse por estudos nacionais, uma vez que a implementação de ações é sempre dependente do contexto.

A busca dos estudos foi realizada por um dos pesquisadores, enquanto a seleção envolveu duas pessoas de forma independente. Os artigos completos foram distribuídos entre os pesquisadores, de maneira que cada um fez a extração dos dados, posteriormente discutidos pela equipe.

A avaliação da qualidade metodológica das revisões sistemáticas foi realizada de forma independente por duas pesquisadoras, por meio do instrumento AMSTAR – *A Measurement Tool to Assess the methodological quality of systematic Reviews*.⁹ As divergências foram sanadas por consenso.

A síntese de evidências foi apreciada por dois revisores externos e, posteriormente, discutida em uma reunião de Diálogo Deliberativo com a presença de representantes das partes interessadas – pesquisadores, provedores de cuidado, gestores, usuários e representantes de associações de usuários.

Resultados

Na reunião com especialistas, verificou-se que o diagnóstico da doença é precoce e o acompanhamento das crianças está relativamente bem resolvido no município de São Paulo. No entanto, um grande desafio é a fase de transição para a vida adulta, período em que provavelmente muitos adolescentes deixam de ter uma assistência regular, procurando os serviços de pronto atendimento nas situações de crises de agudização da doença. Isso fez com que o foco da síntese de evidências se voltasse para a atenção aos adolescentes.

Opções para políticas de saúde

Observou-se que as intervenções que podem beneficiar os jovens com doença crônica,

e em particular aqueles com doença falciforme, têm sido estudadas sem o necessário rigor metodológico. Como consequência, as revisões sistemáticas são escassas ou apresentam resultados inconclusivos. Apenas dez revisões sistemáticas foram identificadas, algumas delas com o objetivo de analisar intervenções relativas a doenças crônicas em adolescentes, não especificamente à doença falciforme.

Estas revisões sistemáticas possibilitaram a formulação de três opções para políticas: 1) Utilização de intervenções psicológicas para melhorar a adesão ao tratamento; 2) Implantação de programa de transição da atenção pediátrica para a de adultos; 3) Promoção do autocuidado em adolescentes. A seguir são apresentados os elementos de cada opção e no Quadro 1 os achados mais relevantes quanto aos benefícios, danos potenciais, custo-efetividade, incertezas/lacunas do conhecimento e aplicabilidade das intervenções. Algumas características das revisões sistemáticas analisadas podem ser observadas no final deste artigo (Anexo).

Opção 1. Utilização de intervenções psicológicas para melhorar a adesão ao tratamento

As intervenções denominadas psicológicas incluem uma variedade de estratégias educacionais e comportamentais. As intervenções educacionais referem-se ao fornecimento de informações ou capacitação do paciente com relação à doença e seu tratamento. Essas orientações verbais ou escritas podem ser oferecidas por meio de sessões únicas ou múltiplas, educação via contatos telefônicos, consultas em clínicas ou visitas domiciliares. As intervenções comportamentais são aquelas que requerem um comportamento ou ação por parte do indivíduo. Elas podem envolver técnicas, tais como estabelecimento de metas e seu monitoramento, reforço de adesão ao tratamento medicamentoso mediante

recompensa, aconselhamento para melhorar a autoestima. Outras estratégias são os programas para desenvolver habilidades, o apoio emocional pelos pares, e a combinação de abordagens educacionais e psicológicas.

Opção 2. Implantação de programa de transição da atenção pediátrica para a de adultos

Programas de transição são estratégias para manter a continuidade do tratamento de adolescentes com doenças crônicas, ao serem transferidos de um serviço de atenção pediátrica para um serviço de atenção a adultos. As estratégias podem ser diversificadas, tais como manter linhas de comunicação abertas entre os provedores de diferentes serviços, os profissionais, os próprios adolescentes e suas famílias. Esses programas costumam ser de longa duração, com início durante a fase de acompanhamento pediátrico, e envolvem equipes multidisciplinares e familiares. A fase de preparação deve começar no início da adolescência, estendendo-se ao dia da alta do serviço de pediatria, e até que o jovem se sinta bem estabelecido no serviço de atenção ao adulto. As abordagens podem incluir intervenções educacionais destinadas aos provedores de serviços de saúde, e aos adolescentes e suas famílias, isoladamente ou em conjunto. Podem também envolver mudanças estruturais como a criação de clínicas específicas para adolescentes.

Opção 3. Promoção do autocuidado em adolescentes

Autocuidado é referido como “cuidar de si mesmo, buscar quais são as necessidades do corpo e da mente, melhorar o estilo de vida, evitar hábitos nocivos, desenvolver uma alimentação sadia, conhecer e controlar os fatores de risco que levam às doenças, adotar medidas de prevenção de doenças”.¹⁰ Na literatura científica outros termos utilizados são autoeficácia e autogestão.

A autoeficácia “refere-se à crença dos indivíduos de que são capazes de controlar certos fatos e comportamentos em suas vidas para alcançar resultados específicos”.¹¹ A autogestão “refere-se a tarefas que uma pessoa pode realizar para minimizar o impacto da doença sobre seu estado de saúde, por si mesma ou com apoio de provedores de saúde. A autogestão de uma doença crônica exige que a pessoa tenha habilidades para monitorar os sinais e sintomas da doença, compreender

suas implicações, e ajustar a medicação, o tratamento e o comportamento de acordo com a sua condição do momento”.¹² O termo autogestão também tem sido utilizado nas publicações de forma intercambiável com educação do paciente (*patient education*), empoderamento do paciente (*patient empowerment*), treinamento do paciente (*patient coaching*), entrevistas de motivação (*motivational interviewing*), gestão integral da doença (*integrated disease management*), entre outros.¹³

Quadro 1. Síntese dos achados mais relevantes das opções para políticas de atenção a adolescentes com doença falciforme.

	Opção 1 - Utilização de intervenções psicológicas para melhorar a adesão ao tratamento	Opção 2 – Implantação de programa de transição da atenção pediátrica para a de adultos	Opção 3 – Promoção do autocuidado em adolescentes
Benefícios	Propiciar intervenções educacionais ^{14, 16-18} e de múltiplos componentes ¹⁸ pode melhorar a adesão ao tratamento. Programas que utilizam sessões múltiplas ou envolvimento de familiares apresentam maior probabilidade de serem bem-sucedidos. ¹⁶	Programa de educação específico sobre uma doença crônica, ¹⁹ programas de transição de usuários com doença falciforme, ²⁰ intervenções educativas para melhoria da transição ²¹ podem melhorar a prontidão de transição dos jovens, possibilitando uma melhora na autogestão e no ajuste aos serviços de saúde destinados aos adultos.	A maioria dos estudos relata uma relação positiva entre autoeficácia e resultados na saúde de jovens com doença falciforme. ¹¹ O uso de mensagens por telefone celular apresenta impacto positivo na saúde e autogestão de pessoas com doenças crônicas. ¹² O programa de autogestão de doença crônica, de Stanford, Estados Unidos, mostra melhora nos resultados sobre condições de saúde. ¹³
Danos potenciais	Não foram relatados.	Não foram relatados.	Mensagens por celular podem conter dados não confiáveis. Pode ocorrer falta de entendimento ou interpretação equivocada das mensagens, e dificuldades de leitura. Além disso, há risco de substituir a prestação de cuidados pelas mensagens. ¹²
Custos e ou custo-efetividade	Considerar os custos necessários ao envolver diferentes categorias profissionais, assim como o uso de tecnologias de informação digitais.	Vários desses programas envolviam equipe multidisciplinar, o que pode trazer implicações econômicas na sua implementação.	Há possibilidade de haver custos por conta dos sistemas de backup de mensagens por celular. ¹²

	Opção 1 - Utilização de intervenções psicológicas para melhorar a adesão ao tratamento	Opção 2 – Implantação de programa de transição da atenção pediátrica para a de adultos	Opção 3 – Promoção do autocuidado em adolescentes
Incertezas e lacunas do conhecimento	A maioria dos estudos incluídos nas revisões sistemáticas traz resultados positivos de intervenções realizadas em indivíduos com doenças crônicas em geral, não especificamente com doença falciforme e seus resultados podem ser úteis no apoio a adolescentes com DF, uma vez que essas doenças têm como similaridade o início na infância.	Nem todos os estudos mostraram resultados bem-sucedidos em cada tipo de intervenção. ¹⁹ Programas educacionais podem ser insuficientes para melhorar a prontidão na transição de cuidados. ²¹	Há limitações nos estudos quanto a amostras pequenas e perdas de seguimento. ¹¹ O interesse dos indivíduos a essas intervenções pode ser perdido em longo prazo. Algumas lacunas foram encontradas nos estudos, como insuficiência do período de avaliação das ações e falta de informação quanto a custos, riscos e efeitos em longo prazo das intervenções. ¹² O Programa de Stanford não obteve melhora em alguns aspectos, como quantidade de visitas ao médico, serviços de emergência e hospitalizações. ¹³
Aplicabilidade em diferentes contextos	Não foi relatado.	Há uma grande variedade de programas de transição sendo desenvolvida em diferentes países. ²¹	O uso de mensagens de celular, melhor utilizadas por adolescentes e jovens, no apoio ao tratamento de diferentes doenças tem sido estudado em distintas localidades. ¹² O Programa de Stanford teve início na década de noventa e já atendeu pessoas em 36 países. ²²
Percepções e experiências	Não foram relatadas.	Não foram relatadas.	Usuários diabéticos mostraram-se satisfeitos com as mensagens de celular para melhoria da autogestão. ¹²

Considerações sobre barreiras à implementação das opções

A não adesão ao tratamento em doenças crônicas é fenômeno bastante estudado, podendo chegar a 75% entre os adolescentes e adultos jovens.¹⁴

A implementação das opções deve levar em consideração que pacientes com doenças genéticas, em geral, têm como referência os serviços especializados em detrimento da atenção primária. Nesse sentido, pode haver dificuldade dos

adolescentes com doença falciforme e suas famílias na criação de vínculo com os profissionais da atenção primária. Por isso, os profissionais da atenção primária precisam estar adequadamente capacitados para acolher, apoiar e orientar esses adolescentes e familiares. Os serviços de atenção a adultos necessitam de médicos hematologistas capacitados para atender as necessidades específicas de jovens com doença falciforme. O adequado funcionamento do sistema de referência e contrarreferência entre os serviços com graus

variados de complexidade também é de fundamental importância para alcançar a atenção integral aos adolescentes com doença falciforme.

No Quadro 2 são apresentadas algumas barreiras e possibilidades de superá-las. Estudos nacionais sobre os serviços e profissionais de

saúde, e sobre os adolescentes com doenças crônicas, em particular aqueles com doença falciforme, apresentam-se como importantes referências para compreender as barreiras para a implementação das opções elencadas.

Quadro 2. Considerações sobre a implementação das opções para políticas de atenção a adolescentes com doença falciforme.

	Opção 1 - Utilização de intervenções psicológicas para melhorar a adesão ao tratamento	Opção 2 – Implantação de programa de transição da atenção pediátrica para a de adultos	Opção 3 – Promoção do autocuidado em adolescentes
Paciente/ indivíduo/ tomadores de decisão	É importante que crianças e adolescentes sejam elevados à posição de comunicantes, e não apenas espectadores da comunicação entre a mãe e o médico. ²³ O apoio psicoterapêutico pode ser útil e tem sido bem aceito ao lidar com as dificuldades escolares e de trabalho. ²⁴ No entanto, é importante cuidar para que a psicoterapia não funcione como pretexto para abandonar o tratamento medicamentoso. ¹⁷	Os desafios enfrentados por esses programas referem-se a determinar a prontidão dos adolescentes com doenças crônicas para a transferência a um serviço de atenção a adultos, e desenhar os serviços de acordo com suas necessidades. Os serviços de atenção primária poderiam ser os locais para acolhimento e apoio, no entanto, ainda não são reconhecidos como prestadores de cuidados a pessoas com doença falciforme. ²⁵	A falta de preparação psicossocial do jovem para o enfrentamento da doença pode gerar severas complicações no quadro de saúde, desencadeando hospitalizações e perda de confiança no sistema de saúde. ¹¹ Intervenções com o uso de telefones celulares são melhor utilizadas por adolescentes e jovens, contribuindo para o autocuidado. Especificamente para os homens, essa ferramenta pode auxiliar no acesso aos profissionais de saúde. ¹²
Trabalhadores de saúde	A educação por meio de informações verbais ou escritas pode propiciar uma abordagem sobre a natureza da doença, a justificativa para o tratamento proposto e os benefícios da adesão a esse tratamento. ¹⁷ Recomenda-se que sejam estabelecidas rotinas que facilitem a introdução do usuário em atos comunicativos desde o início do tratamento. ²³ As equipes da atenção primária são importantes referências para as famílias de indivíduos com doenças crônicas, porém não estão preparadas para dar suporte a pessoas com doença falciforme. ²⁵ A equipe de enfermagem precisa estar adequadamente orientada e informada a respeito da doença. ²⁶ Nesse processo são importantes a educação, o aconselhamento e o estabelecimento de confiança mútua entre o cuidador e o indivíduo. Por isso, os profissionais de saúde precisam de capacitação especializada. ²⁷	Estudo realizado em Minas Gerais indicou que a equipe de saúde na atenção primária não se sente responsável pela coordenação dos cuidados de saúde das pessoas com doença falciforme, delegando à própria família a busca pelo melhor itinerário para o cuidado. ²⁸ Um dos principais desafios relatados nos programas de transição foi a ausência de médicos hematologistas com experiência em doença falciforme nas clínicas de adultos. ²⁹	A falta de conhecimento, por parte de médicos e profissionais da saúde sobre a doença falciforme, atrelado à estigmatização, podem afetar a autocuidado das pessoas com DF. ¹¹ Equipes de profissionais entendem o princípio básico da teoria do autocuidado, mas carecem de mais conhecimento sobre a doença. ³¹

	Opção 1 - Utilização de intervenções psicológicas para melhorar a adesão ao tratamento	Opção 2 – Implantação de programa de transição da atenção pediátrica para a de adultos	Opção 3 – Promoção do autocuidado em adolescentes
Organização de serviços de saúde	A Estratégia Saúde da Família é considerada a forma primordial de acesso aos serviços de saúde para as pessoas com doenças crônicas, inclusive a doença falciforme, seus familiares e cuidadores. No entanto, a equipe de saúde da atenção primária só é procurada em caso de exames, consultas e em situações de intercorrências clínicas. ²⁸	Para alcançar um modelo ideal de cuidado em doenças crônicas há necessidade de: reduzir as filas de espera, oferecer o cuidado no momento oportuno, melhorar a comunicação e colaboração entre os profissionais, primar pela consistência das mensagens dadas aos indivíduos, permitir acesso mais fácil aos prontuários médicos, contar com profissionais atenciosos que saibam ouvir e conheçam os contextos em que vivem as pessoas atendidas, considerar os custos de medicação e outros tipos de gastos, discutir com os usuários as diferentes opções de tratamento e os serviços de apoio disponíveis. ³⁰	O Programa de Stanford para o autocuidado em doenças crônicas foi bem-sucedido e teve grande expansão dentro e fora dos Estados Unidos. No entanto, esses programas delineados com base em evidências enfrentam o desafio de manter sua padronização ao ser utilizado em larga escala. ²²
Sistemas de saúde	O tratamento da doença falciforme não deve ser de competência exclusiva dos hemocentros. ²⁸ Após o diagnóstico no período neonatal, as crianças são encaminhadas aos centros especializados, o que dificulta a criação de vínculo das famílias com os serviços de atenção primária.	Doenças genéticas, em geral, não possuem diretrizes definidas na atenção primária. O enfoque é voltado para a atenção especializada e há poucos registros de como estruturar a atenção primária para lidar com essas doenças. Faltam protocolos de atendimento, o que pode dificultar o acesso, uma vez que os profissionais desconhecem qual seria seu papel no atendimento às pessoas com doença falciforme. ²⁸	A expectativa de vida de pessoas com doença falciforme tem aumentado e, conseqüentemente, mais indivíduos vivenciam a transição do tratamento infantil para o adulto. ¹¹ O governo do Reino Unido, em 2005, reconheceu o apoio ao autocuidado como um dos três pilares de seu serviço nacional de saúde. ¹²

Considerações sobre equidade das opções

A decisão quanto às opções a serem implementadas deve levar em consideração o quanto elas poderão ou não influenciar negativamente nas desigualdades entre os grupos populacionais.

Ao implementar a Opção 1 alguns grupos poderão estar em desvantagem devido à dificuldade de acesso a serviços que ofereçam atividades educativas ou comportamentais, particularmente nos municípios com menor estrutura de serviços

de saúde e que não contam com equipe multiprofissional. A organização do sistema de saúde no município de São Paulo para atenção a pessoas com doença falciforme tende a aumentar as desigualdades na passagem da atenção pediátrica para adulta, uma vez que apenas cinco dos oito centros atendem adultos. Nesse sentido, a implementação de um programa de transição, conforme apresentado na Opção 2, poderia contribuir para uma atenção integral aos adolescentes com doença falciforme se o programa de transição promovesse uma aproximação dos hemo-centros com as Unidades Básicas de Saúde, por meio de um sistema de referência e contrarreferência adequado. Mas, para que isso ocorra, são necessários arranjos para capacitar as equipes de atenção primária no acolhimento, acompanhamento e apoio a essas pessoas, como também para monitorar e avaliar, de forma contínua e mediante indicadores, a implementação desse tipo de rede assistencial. Quanto à promoção do autocuidado discutido na Opção 3 depende de um bom acolhimento pelos profissionais de saúde, oferta de um atendimento multiprofissional que inclua o cuidado emocional, além de uma linguagem que facilite a comunicação com os adolescentes. Seria necessário pensar a organização desses serviços de maneira a não dificultar o acesso das pessoas à orientação e apoio para desenvolvimento do autocuidado.

Em quaisquer das opções propostas para melhorar o cuidado aos adolescentes com doença falciforme, o fenômeno do racismo institucional se configura como importante barreira para o alcance da equidade. O racismo institucional foi definido pelo Programa de Combate ao Racismo Institucional como “o fracasso das instituições em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em norma, práticas e comportamentos discriminatórios adotados

no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações”.¹⁵

Contribuições do Diálogo Deliberativo

Uma reunião de Diálogo Deliberativo foi realizada após a elaboração da Síntese de Evidências para Políticas, com a participação de diferentes atores envolvidos ou afetados pelas decisões futuras na implementação de opções propostas, o que possibilitou compreender melhor a complexidade do problema, a falta de pesquisas sobre o tema, a importância de incluir o usuário nesse processo, abordar as opções a partir de diferentes perspectivas e experiências, e pensar de que forma a Atenção Básica poderia ser mais efetiva e se relacionar com os centros de referência. O problema em questão precisa ser analisado em um contexto de causas múltiplas, perpassando os seguintes aspectos: processo de transição; atenção básica, atenção especializada e suas relações; qualidade da atenção nos serviços de saúde; comunicação e especificidade da atenção ao adolescente; e questões sobre raça/cor e racismo institucional. Com relação às opções elaboradas destacaram-se a necessidade da intersectorialidade e a consideração das especificidades dos adolescentes; a relação com os profissionais e serviços de saúde, família, escola e redes de usuários e *advocacy*. Várias barreiras e seus facilitadores foram propostos para implementação das opções, dentre elas destacamos, incluindo a melhoria da qualidade da atenção nos serviços de saúde, o investimento na atenção básica como um elemento fundamental no atendimento de pessoas com

doença falciforme, a necessidade de capacitar os profissionais de saúde e uma articulação, principalmente na Atenção Básica e entre as diferentes instâncias do SUS para a efetivação da política pública e para a superação das dificuldades impostas pelo racismo institucional. O diálogo estruturado sobre o tema possibilitou uma aprendizagem sobre a doença falciforme, sendo que a adição de novos subsídios na síntese não seria possível sem uma metodologia que incluísse as diferentes visões.

Considerações Finais

A transição no acompanhamento pelos serviços de atenção pediátrica para os de atenção a adultos se coloca como um grande problema para os jovens com doença falciforme, e um desafio para os gestores e profissionais de saúde. Opções para políticas que se mostram efetivas envolvem processos educativos, apoio psicológico e social,

transição gradativa dos serviços de atenção pediátrica para a de adultos, investimento na promoção do autocuidado. A extensão da rede de cuidados, com a integração entre os serviços de atenção básica e especializada, é fundamental para garantir a continuidade da assistência e do apoio iniciada na infância. Investir na difusão do conhecimento para a comunidade em geral e na capacitação dos profissionais da atenção básica é tarefa necessária e urgente, até para reduzir o preconceito contra a doença e as pessoas por ela afetadas direta e indiretamente. Passos importantes já foram alcançados dentro dos limites do conhecimento, uma vez que no SUS há disponibilidade de teste para diagnóstico precoce e os medicamentos e procedimentos recomendados para a prevenção e tratamento da doença falciforme. Com relação à pesquisa, constatou-se a escassez de estudos sobre o tema. Por outro lado, também há necessidade de desenvolvimento de estudos com melhor qualidade metodológica.

Anexo - Características das revisões sistemáticas e suas contribuições na formulação das opções para políticas de atenção a adolescentes com doença falciforme.

Autor, ano	Objetivo	Principais elementos das intervenções	Quantidade e tipos de estudos primários incluídos	AMSTAR
Revisões sistemáticas para a opção 1 – Utilização de intervenções psicológicas para melhorar a adesão ao tratamento				
De Jongh et al., (2012) ¹²	Verificar as características das intervenções psicológicas, as intervenções eficazes e as características comuns das intervenções eficazes.	Intervenções psicológicas para adolescentes e adultos jovens com doenças crônicas.	De 25 estudos incluídos, treze referiam-se a diabetes, sete a câncer, dois a artrite reumatoide juvenil, um a asma, um a doença falciforme, um a asma e doença falciforme.	4/11

Autor, ano	Objetivo	Principais elementos das intervenções	Quantidade e tipos de estudos primários incluídos	AMSTAR
Pai et al., (2014) ¹⁴	Analisar a efetividade das intervenções psicológicas.	Intervenções psicológicas para promover adesão a tratamento em crianças, adolescentes e adultos jovens	26 estudos foram incluídos, dos quais 23 foram incluídos na metanálise (n=3.898 participantes).	7/11
Dean et al., (2010) ¹⁷	Analisar intervenções que possam melhorar a adesão a medicação.	Intervenções para melhorar a adesão a medicamentos.	17 ensaios foram incluídos, dos quais três envolvendo crianças, cinco adolescentes e nove crianças e adolescentes. As condições estudadas foram tuberculose, asma, diabetes, HIV, contracepção oral, epilepsia, artrite reumatoide juvenil, doença falciforme, transplante renal e depressão.	5/11
Kahana et al., (2008) ¹⁸	Estimar a efetividade de intervenções psicológicas para promover adesão a tratamento em condições crônicas de saúde em crianças.	Intervenções psicológicas para promover adesão a tratamento em condições crônicas de saúde em crianças.	70 estudos foram incluídos, dos quais 29 eram ensaios clínicos randomizados; 32 estudos eram sobre asma, 16 sobre diabetes, 10 sobre fibrose cística, dois sobre artrite reumatoide juvenil, dois sobre obesidade e um de cada para hemodiálise, hemofilia, HIV, bexiga irritável, fenilcetonúria, desordens convulsivas, doença falciforme e tuberculose. A idade dos participantes desses estudos variou de 2 a 15 anos.	3/11
Revisões sistemáticas para a opção 2 – Implantação de programas de transição da atenção pediátrica para a de adultos				
Crowley et al., (2011) ¹⁹	Analisar a eficácia das intervenções de cuidados de transição em melhorar os resultados de saúde em uma ampla gama de condições (qualquer doença ou deficiência física ou mental crônica)	Programa de transição.	10 estudos foram incluídos, apresentando grande variabilidade nas populações, intervenções e desfechos. Oito estudos referiam-se a diabetes mellitus, um a fibrose cística e um a transplante renal.	4/11
Jordan et al., (2013) ²⁰	Analisar abordagens bem-sucedidas de transição.	Programa de transição.	Selecionados 14 artigos sobre processo de transição para doença falciforme; e seis artigos sobre doenças crônicas.	5/11

Autor, ano	Objetivo	Principais elementos das intervenções	Quantidade e tipos de estudos primários incluídos	AMSTAR
Jordan et al., (2013) ²⁰	Analisar abordagens bem-sucedidas de transição.	Programa de transição.	Selecionados 14 artigos sobre processo de transição para doença falciforme; e seis artigos sobre doenças crônicas.	5/11
Campbell et al., (2016) ²¹	Avaliar a eficácia das intervenções destinadas a melhorar a transição de cuidado para adolescentes, da pediatria aos serviços de saúde para adultos.	Intervenções para melhoria da transição de cuidado de adolescentes com doenças crônicas.	Foram incluídos quatro estudos, com 238 participantes. Todos eram adolescentes com idades entre 16 e 18 anos e tinham fibrose cística, doença inflamatória do intestino, diabetes tipo 1, doenças cardíacas ou espinha bífida.	11/11
Revisões sistemáticas para a opção 3 – Promoção do autocuidado em adolescentes				
Molter e Abrahamson, (2015) ¹¹	Investigar como a autoeficácia, durante o período de transição interfere nos resultados de saúde da população que vive com doença falciforme.	Relação entre autoeficácia, transição e resultados de saúde.	Foram incluídos 20 estudos. A maioria envolveu adolescentes, mas em geral os estudos tiveram participantes de 6 a 56 anos. Os artigos variam de tema, entre doença falciforme, câncer e outras doenças crônicas.	5/11
De Jongh et al., (2012) ¹²	Avaliar os efeitos de intervenções com mensagens de telefones móveis, projetadas para facilitar a autogestão de doenças crônicas.	Intervenções com mensagens de telefone móvel no auxílio ao tratamento de doenças crônicas.	Os quatro estudos incluídos envolveram 182 participantes, entre adolescentes e adultos jovens, sendo dois trabalhos sobre diabetes, um com usuários hipertensos e outro sobre asma.	11/11
Franek, (2013) ¹³	Identificar eficácia clínica, relação custo-eficácia e diretrizes baseadas em evidências associadas a programas e intervenções de autogestão para o tratamento de pessoas com doenças crônicas.	Programas e intervenções de autogestão em pessoas com doenças crônicas.	Revisão de revisões sistemáticas e estudos primários, totalizando 22 estudos incluídos. Os trabalhos variaram no estudo de diferentes doenças crônicas, como osteoartrite e doenças pulmonares.	Não se aplica

Apoio financeiro: Primeira Chamada pública de apoio a projetos de tradução do conhecimento para políticas informadas por evidências para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da EVIPNet, com recursos do Termo de Cooperação entre Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde (Coordenação do projeto: Tereza Setsuko Toma).

Conflito de interesses: Os autores declaram não apresentar conflitos que possam ter interferido no desenvolvimento do trabalho.

Agradecimentos a: Fernando Luiz Lupinacci, Valdete Ferreira dos Santos, bibliotecárias da Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Amanda Cristiane Soares, Anna Volochko, Clarice Lopes Araújo, Domitila Furtao, Jorge Otávio Maia Barreto e Roberta Moreira Wichmann.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Doença falciforme: diretrizes básicas da linha de cuidado [internet]. 2015 [acesso em 31 mar 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falci-forme_diretrizes_basicas_linha_cuidado.pdf.
2. Cançado RD, Jesus JA. A doença falciforme no Brasil. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. [internet]. 2007 [acesso em 08 set 2016]; 29(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v29n3/v29n3a02.pdf>.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Hidroxiureia para crianças com doença falciforme: Relatório nº 57 [internet]. 2013 [acesso em 5 dez 2013]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1611.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria Conjunta nº 05 de fevereiro de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Falciforme [internet]. 2018 [acesso em 16 abr 2019]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/22/Portaria-Conjunta-PCDT-Doenca-Falciforme.fev.2018.pdf>.
5. Batista TF. Con [vivendo] com a anemia falciforme: o olhar da enfermagem para o cotidiano de adolescentes [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2008 [acesso em 08 set 2016] Disponível em: <http://www.ccado-entescola.faced.ufba.br/arquivos/tatianafancobatista.pdf>.
6. Bryant R, Walsh T. Transition of the chronically ill youth with hemoglobinopathy to adult health care: an integrative review of the literature. J of Pediatric Health Care. 2009; 23(1):37-48.
7. Fegran L. et al. Adolescents' and young adults' transition experiences when transferring from paediatric to adult care: a qualitative metasynthesis. Int J of Nursing Studies, Waltham. 2014; 51(1):123-135.
8. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências (STP) [internet]. 2009 [acesso em 16 abr 2019]. Disponível em: <http://sintese.evipnet.net/livro/ferramentas-support-para-a-elaboracao-de-politicas-de-saude-baseadas-em-evidencias-stp/>.
9. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Medical Research Methodology [internet]. 2007 [acesso em 18 dez 2015]; 7(10). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1810543/pdf/1471-2288-7-10.pdf>.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de Educação em Saúde [internet]. 2008 [acesso em 08 set 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_educacao_saude_volume1.
11. Molter BL, Abrahamson K. Self-efficacy, transition, and patient outcomes in the sickle cell disease population. Pain Manag Nurs. 2015; 16(3):418-424.
12. De Jongh T. et al. Mobile phone messaging for facilitating self-management of long-term illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012.
13. Franek J. Self-management support interventions for persons with chronic disease: an evidence-based analysis.

- Ont Health Technol Assess Ser [internet]. 2013 [acesso em 06 jul 2016]; 13(9). Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3814807/pdf/ohas-13-60.pdf>.
14. Pai AL, Mcgrady M. Systematic review and meta-analysis of psychological interventions to promote treatment adherence in children, adolescents, and young adults with chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology* [internet]. 2014 [acesso em 06 set 2016]; 39(8). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4192048/pdf/jpsu038.pdf>.
15. López LC. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. *Interface - Comunic. Saude, Educ* [internet]. 2012 [acesso em 08 set 2016]; 16(40). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0412.pdf>.
16. Sansom-Daly UM. et al. A systematic review of psychological interventions for adolescents and young adults living with chronic illness. *Health Psychology*. 2012; 31(3):380-393.
17. Dean AJ, Walters J, Hall A. A systematic review of interventions to enhance medication adherence in children and adolescents with chronic illness. *Archives of Disease in Childhood* [internet]. 2010 [acesso em 08 set 2016]; 95(9). Disponível em: <http://adc.bmj.com/content/95/9/717.full.pdf+html>.
18. Kahana S, Drotar D, Frazier T. Meta-analysis of psychological interventions to promote adherence to treatment in pediatric chronic health conditions. *Journal of Pediatric Psychology* [internet]. 2008 [acesso em 06 jul 2016]; 33(6). Disponível em: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/33/6/590.full.pdf+html>.
19. Crowley R. et al. Improving the transition between paediatric and adult healthcare: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*. 2011; 96(6): 548-553.
20. Jordan L, Swerdlow P, Coates TD. Systematic review of transition from adolescent to adult care in patients with sickle cell disease. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*. 2013; 35(3):165-169.
21. Campbell F. et al. Transition of care for adolescents from paediatric services to adult health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016.
22. Lorig K. Chronic Disease Self-Management Program: Insights from the Eye of the Storm. *Frontiers in Public Health* [internet]. 2015 [acesso em 06 set 2016]; 2(253). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4410327/pdf/fpubh-02-00253.pdf>.
23. Oliveira VZ, Gomes WB. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos de Psicologia* [internet]. 2004 [acesso em 06 set 2016]; 9(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a08v09n3.pdf>.
24. Silva BRP, Ramalho AS, Cassorla RMS. A anemia falciforme como problema de Saúde Pública no Brasil. *Rev. Saúde Públ.* [internet]. 1993 [acesso em 08 set 2016]; 27(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v27n1/09.pdf>.
25. Gomes LMX, Barbosa TLA, Vieira EDS, Caldeira AP, Torres HC, Viana MB. Perception of primary care doctors and nurses about care provided to sickle cell disease patients. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* [internet]. 2015 [acesso em 06 jul. 2016]; 37(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v37n4/1516-8484-rbhh-37-04-00247.pdf>.
26. Kikuchi BA. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* [internet]. 2007 [acesso em 08 set 2016]; 29(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v29n3/v29n3a27.pdf>.
27. Lobo C, Marra VN, Silva RMG. Crises dolorosas na doença falciforme. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* [internet]. 2007 [acesso em 08 set 2016]; 29(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v29n3/v29n3a11.pdf>.
28. Gomes LMX, Pereira IA, Torres HC, Caldeira AP, Viana MB. Acesso e assistência à pessoa com anemia falciforme na Atenção Primária. *Acta Paulista de Enfermagem* [internet]. 2014 [acesso em 06 jul 2016]; 27(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v27n4/1982-0194-ape-027-004-0348.pdf>.
29. Sobota A, Neufeld EJ, Sprinz P, Heeney MM. Transition from pediatric to adult care for sickle cell disease: results of a survey of pediatric providers. *Am J Hematol* [internet]. 2011 [acesso em 08 set. 2016]; 86(6). Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ajh.22016/epdf>.
30. Sav A, McMillan SS, Kelly F, King MA, Whitty JÁ, Kendall E, et al. The ideal healthcare: priorities of people with chronic conditions and their carers. *BMC Health Services Research* [internet]. 2015 [acesso em 31 mar. 2016]. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-1215-3>.
31. Santana CA, Cordeiro RC, Ferreira SL. Conhecimento de enfermeiras sobre educação para o autocuidado na anemia falciforme. *Rev Baiana de Enfermagem* [internet]. 2013 [acesso em 08 set 2016]; 27(1). Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6742/6783>.

Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: Prevenção e Controle do Pé Diabético na Atenção Primária a Saúde

Evidence brief for health policy-making: prevention and control of diabetic foot in primary health care

Fernanda Maria Silva^I, Maria Corina Amaral Viana^{II}, Jorge Otávio Maia Barreto^{III},
Nathan Mendes Sousa^{IV}, Ana Aline Gomes da Penha^V

Resumo

Trata-se de uma Síntese de Evidências cujo problema priorizado foi a prevenção e controle do pé diabético (PD) na Atenção Primária a Saúde (APS). Utilizou-se a ferramenta SUPPORT (*Supporting Policy Relevant Reviews and Trials*) da Rede para Políticas Informadas por Evidências. A busca pelas opções ocorreu em fevereiro de 2016 e foi atualizada em outubro de 2018, na Biblioteca Virtual em Saúde, *Health Systems Evidence*, *PubMed* e *Cochane Library*. A estratégia de busca deu-se com os termos “pé diabético” and “prevenção”. A busca resultou em 41 textos e 11 foram selecionados para análise. Quatro opções foram identificadas para o enfrentamento do problema: a) capacitar profissionais da APS no rastreamento de risco do pé diabético, na orientação para o autocuidado e na coordenação do cuidado de pessoas com diabetes mellitus; b) estimular o autocuidado mediante aferição diária da temperatura do pé; c) identificar e realizar o manejo clínico de condições pré-ulcerativas e deformidades nos pés, com encaminhamento a serviços de referência na rede assistencial; d) oferecer pacotes de intervenções complexas. As barreiras para as estratégias foram: não adesão dos pacientes ao autocuidado, sobrecarga e falta de motivação dos profissionais e fragilidades da rede assistencial. O PD é um importante problema de saúde pública que deve ser priorizado na agenda dos tomadores de decisão.

Palavras chave: Atenção Primária a Saúde; Pé diabético; Prevenção; Política Informada por Evidências.

Abstract

This is a Synthesis of Evidence whose priority problem was: prevention and control of Diabetic Foot (PD) in Primary Health Care (PHC). We used the SUPPORT tool (*Supporting Policy Relevant Reviews and Trials*) of the Network for Evidence-Informed Policies. The search for options occurred in February 2016 and was updated in October 2018, in the Virtual Health Library, *Health Systems Evidence*, *PubMed* and *Cochane Library*. The search strategy was given with the terms “diabetic foot” and “prevention”. The search resulted in 41 texts and 16 persisted after deletion of duplicates. After reading in full, 11 remained. Four options for coping with the problem were identified: a) train PHC professionals in the screening of diabetic foot risk, guidance of self-care and coordination of the care of people with diabetes mellitus; b) stimulate self-care by means of daily temperature measurement of the foot; c) identify and perform the clinical management of pre-ulcerative conditions and deformities in the feet, with referral to referral services in the care network; d) offer packages of complex interventions. The barriers to the strategies were: non-adherence of patients to self-care, overload and lack of motivation of professionals and weaknesses of the care network. PD is an important public health problem that must be prioritized on the agenda of decision makers.

Keywords: Primary Health Care; Diabetic Foot; Prevention; Evidence-Informed Policy.

^I Fernanda Maria Silva (fernandamsv@gmail.com) é Mestre. Universidade Regional do Cariri.

^{II} Maria Corina Amaral Viana (corina.viana@urca.br) é Doutora. Universidade Regional do Cariri.

^{III} Jorge Otávio Maia Barreto (jorgeomaia@hotmail.com) é Doutor. Fundação Oswaldo Cruz, Diretoria Regional de Brasília.

^{IV} Nathan Mendes Sousa (nathanmendes@hotmail.com) é Mestre. Universidade Federal de Minas Gerais.

^V Ana Aline Gomes da Penha (ana.aline_1@hotmail.com) é Especialista. Universidade Regional do Cariri.

Introdução

O pé diabético caracteriza-se por uma síndrome multifatorial no pé da pessoa acometida por diabetes e impacta negativamente na qualidade de vida, levando desde a formação de úlceras crônicas a amputações de membros inferiores.^{1,2}

Sabe-se que 50% das amputações e ulcerações podem ser prevenidas pelo diagnóstico precoce, tratamento adequado e gestão integral do diabetes.^{1,3} No entanto, a mortalidade entre os diabéticos, relacionada a essas amputações, é estimada em 19% e a sobrevivência é de 65% em três anos e 41% em cinco anos.

O pé diabético ocupa os primeiros lugares entre os principais problemas de saúde, afligindo vários países do mundo e causando grande impacto socioeconômico.⁴ Essas repercussões afetam o sistema de saúde pelo aumento da pressão assistencial e dos gastos associados.¹ Além disso, afeta o sistema previdenciário pelos dias de trabalho perdidos e aposentadorias precoces.³

Em termos globais, o risco de amputação de membros inferiores nos portadores de diabetes mellitus (DM) é aproximadamente 40 vezes maior que na população geral, sendo mais frequente na população de baixo nível socioeconômico, com condições inadequadas de higiene e pouco acesso aos serviços de saúde, o que reflete as questões de iniquidade relacionadas à problemática.^{5,6} Essa iniquidade também é refletida pelo fato de que a principal causa de amputação em diabéticos nos países de alta renda é a doença arterial periférica (DAP), enquanto nos países de baixa e média renda é a infecção.⁷

No Brasil a prevalência de amputações é de 0,7% e 2,4%. A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 mostrou que entre os pacientes diabéticos com lesões nos pés, apenas 29,1% realizaram

exames nos pés nos últimos doze meses. Assim como em nível mundial há disparidades entre os países de alta e baixa renda, há também disparidades internas entre as regiões do País, sendo que 33,8% dos pacientes diabéticos no sudeste disseram que seus pés foram examinados por profissionais de saúde nos últimos doze meses, o que ocorreu em apenas 22,1% no nordeste.^{2,8}

Em consequência, o pé diabético continua subdiagnosticado e subtratado, quando não totalmente esquecido, por conta de um inefetivo cuidado longitudinal da pessoa com DM, mesmo com a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) e com a ênfase na gestão clínica de usuários com doenças crônicas.

Essa realidade reflete também o insuficiente acesso das pessoas à APS bem como a não adesão ao cuidado continuado ao longo da vida. Esses fatos afetam negativamente a evolução do DM no que se refere, dentre outros, à prevenção e detecção precoce de úlceras, além de seu manejo adequado.⁴

Nesse contexto considerou-se pertinente a priorização do tema como objeto de uma síntese de evidências para políticas, a qual foi elaborada no âmbito do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, nucleadora Universidade Regional do Cariri. Este artigo tem por objetivo apresentar alguns resultados da síntese, incluindo as opções de políticas identificadas, as possíveis barreiras e estratégias para sua implementação, visando apoiar os gestores e profissionais na construção de políticas informadas por evidências para prevenção e controle do pé diabético na APS.

Metodologia

Para elaboração deste estudo foi utilizada como referência a metodologia da Rede para Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet),

fundamentada pela ferramenta SUPPORT (*Supporting Policy Relevant Reviews and Trials*)⁹ que orientam a sistematização da busca, avaliação, adaptação e aplicação dos resultados de pesquisas científicas na formulação de políticas de saúde. As seguintes etapas foram desenvolvidas: definição do problema/tema, busca de evidências, delineamento das opções, levantamento de barreiras e estratégias sobre a implementação das opções e considerações sobre equidade.

A busca de estudos ocorreu em fevereiro de 2016 e foi atualizada em outubro de 2018, nos repositórios da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Health Systems Evidence (HSE)*, *PubMed* e *Cochane Library*.

Para a estratégia de busca foram utilizados os termos “pé diabético” e “prevenção”, em português e inglês, de acordo com a especificidade de cada base e com os filtros para revisão sistemática e textos completos. O processo de seleção, avaliação da qualidade e extração de dados foi realizado por dois revisores.

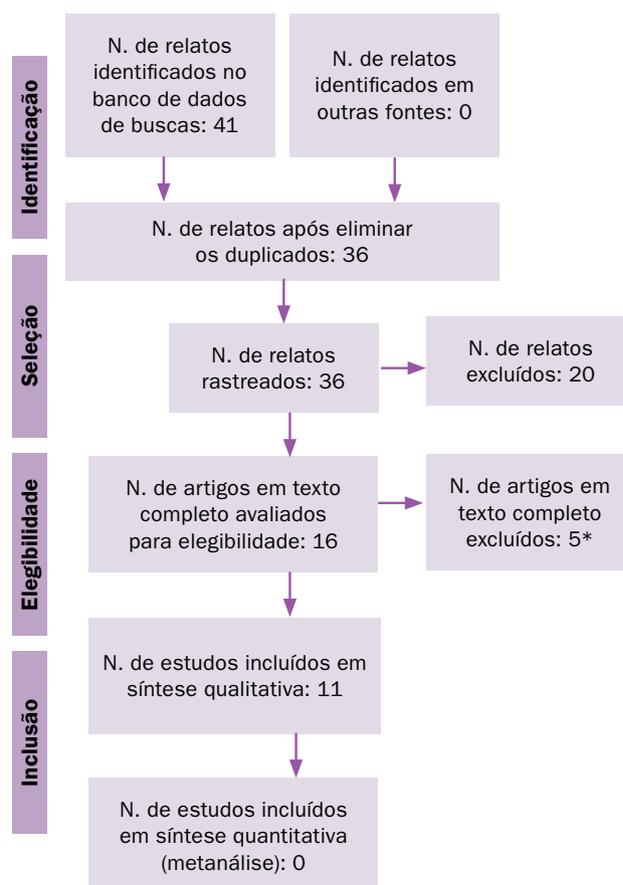
A qualidade das revisões sistemáticas foi avaliada utilizando-se o instrumento *AMSTAR (Assessment of Multiple Systematic Reviews)*¹¹ e não se adotou uma pontuação limite para a exclusão dos estudos.

Após leitura dos textos foram elencadas possibilidades de intervenções para o problema da prevenção e controle do pé diabético na APS bem como possíveis barreiras e estratégias para a implementação dessas intervenções.

Resultados e discussão

De um total de 41 textos identificados, 16 foram elegíveis e 11 foram incluídos para elencar opções para políticas. Os cinco textos que foram excluídos traziam aspectos sobre tratamento e não sobre prevenção do pé diabético. O processo de seleção é apresentado na Figura 1. Dos

estudos incluídos, sete eram revisões sistemáticas e quatro estudos de avaliação econômica. Quanto à qualidade metodológica das revisões sistemáticas, duas eram de qualidade moderada (AMSTAR igual a 6/11) e cinco de alta qualidade (AMSTAR variando de 9 a 11/11).



* Artigos excluídos por contemplarem apenas aspectos relacionados ao tratamento do pé diabético e não aos preventivos.

Quatro estratégias principais para a prevenção e controle do pé diabético na APS foram identificadas: 1) capacitar profissionais da APS no rastreamento de risco para o pé diabético, na orientação ao autocuidado e na coordenação do cuidado das pessoas com DM; 2) estimular o autocuidado mediante aferição diária da temperatura do pé; 3) identificar e realizar o manejo clínico de condições pré-ulcerativas e deformidades nos pés e encaminhamento ao serviço de referência

nas rede assistencial; 4) oferecer pacotes de intervenções complexas aos pacientes envolvendo estratégias em pelo menos dois dos três níveis: pacientes, provedores de cuidados em saúde e sistemas de saúde.

No Quadro 1 apresenta-se uma descrição detalhada de cada opção de política com

benefícios, custos pontenciais e incertezas. No Quadro 2 estão descritas barreiras potenciais e aspectos que podem facilitar a implementação de cada uma das quatro opções, levando em consideração as dimensões dos pacientes/indivíduos, prestadores de serviços em saúde, organização dos serviços e sistema de saúde.

Quadro 1. Opções para enfrentar o problema da prevenção e controle do pé diabético na APS.

Opções	Opção 1: Capacitar profissionais da APS no rastreamento de risco para o pé diabético, na orientação ao autocuidado e na coordenação do cuidado das pessoas com DM	Opção 2: Estimular o autocuidado mediante aferição diária da temperatura do pé	Opção 3: Identificar e realizar o manejo clínico de condições pré-ulcerativas e deformidades nos pés e encaminhamento ao serviço de referência nas rede assistencial	Opção 4: Oferecer pacotes de intervenções complexas aos pacientes envolvendo estratégias em pelo menos dois dos três níveis: pacientes, provedores de cuidados em saúde e sistemas de saúde
Benefícios	A medida preventiva mais eficaz para a prevenção de amputação é o rastreamento com encaminhamento para um serviço de referência em cuidados com os pés ^{11, 12} ; A educação em cuidados com os pés, como parte da educação para pacientes com diabetes, parece efetivo na prevenção de ulcerações ^{10,11,17} .	A monitorização da temperatura do pé fornece feedback significativo sobre o risco de ulceração tanto para a primeira úlcera como para úlcera recorrente ^{10,13} .	Cuidados do pé isolados ou em um ambiente multidisciplinar, incluindo remoção de calos, fissuras, corte de unhas, tratamento de onicomicoses, prescrição de calçado terapêutico e orientações sobre o uso dos calçados, mostrou-se eficaz na redução de ulceração e amputação ^{10,14,11,15} ,..	A redução da incidência de úlceras em pacientes com DM requer uma abordagem integrada intensiva, que combine mais do que uma estratégia de prevenção, especialmente em pacientes com alto risco de ulceração do pé. Estratégias de prevenção individuais sozinhas têm sido ineficazes na prática clínica ¹⁶
Custos Potenciais	O rastreamento de risco reduz custos relacionados com o cuidados às feridas e com amputações ^{11,17} . Educação para o autocuidado de pessoas com diabetes resulta em redução de custos ¹⁹ .	A aferição diária da temperatura dos pés por termômetro infravermelho merece maiores estudos de custo efetividade e eficiência por implicar em uso individual de equipamento específico ¹⁰ .	Estudos de avaliação econômica sobre cuidados com os pés demonstram que cuidados podiátricos para prevenção de lesões e amputações são claramente custo-eficazes ou mesmo de economia de custos ¹⁷ .	O atendimento integral do pé para evitar úlceras reduz custo em comparação com os cuidados habituais com apenas uma intervenção ^{18,19}

Opções	Opção 1: Capacitar profissionais da APS no rastreamento de risco para o pé diabético, na orientação ao autocuidado e na coordenação do cuidado das pessoas com DM	Opção 2: Estimular o autocuidado mediante aferição diária da temperatura do pé	Opção 3: Identificar e realizar o manejo clínico de condições pré-ulcerativas e deformidades nos pés e encaminhamento ao serviço de referência nas rede assistencial	Opção 4: Oferecer pacotes de intervenções complexas aos pacientes envolvendo estratégias em pelo menos dois dos três níveis: pacientes, provedores de cuidados em saúde e sistemas de saúde
Incertezas	Não se pode tirar conclusões firmes sobre os efeitos de programas de educação para prevenção de amputações porque as intervenções avaliadas são pacotes de cuidado e educação, juntos ¹⁷ . Não há consenso sobre a melhor estratégia educacional para o paciente sobre o pé diabético; os estudos são de fraca força de recomendação e com alto risco de viés, e essa intervenção é sempre avaliada inserida em pacotes com outras intervenções ^{10,17} .	A aferição diária da temperatura do pé favorece a inspeção geral do pé pelo paciente o que possivelmente pode levar a identificação de outros fatores de risco e conseqüentemente a procura precoce pelo serviço de saúde; essa estratégia preventiva não foi avaliada isoladamente nos estudos; não é conhecida a implementação dessa estratégia em nenhum serviço de saúde ¹⁰ .	Os estudos são bastante heterogêneos em relação as amostras e intervenções envolvendo cuidados podiátricos.	Há pouca evidência demonstrando a eficácia de intervenções complexas, pois muitas vezes faltam componentes metodológicos essenciais nas revisões sistemáticas como a avaliação do risco de viés.

Quadro 2. Potenciais barreiras à implementação das opções e possíveis estratégias para seu enfrentamento segundo níveis de abrangência.

Níveis	Opção 1: Capacitar profissionais da APS no rastreamento de risco para o pé diabético, na orientação ao autocuidado e na coordenação do cuidado das pessoas com DM	Opção 2: Estimular o autocuidado mediante aferição diária da temperatura do pé	Opção 3: Identificar e realizar o manejo clínico de condições pré-ulcerativas e deformidades nos pés e encaminhamento ao serviço de referência nas rede assistencial	Opção 4: Oferecer pacotes de intervenções complexas aos pacientes envolvendo estratégias em pelo menos dois dos três níveis: pacientes, provedores de cuidados em saúde e sistemas de saúde
Pacientes/ Indivíduos/ Tomadores de decisão	Não adesão as mudanças de comportamento orientadas nos processos de educação ¹⁰ .	Falta de adesão dos pacientes para aferição diária da temperatura do pé ^{13,10} .	Pode haver baixa adesão dos pacientes ao uso dos sapatos adaptados indicados ¹⁴ .	Dificuldade de acesso dos pacientes aos serviços de referência; falta de adesão dos pacientes em atividades que envolvam mudanças de hábito e tarefas específicas ²⁰ . A prescrição de cuidados individualizados melhora a adesão dos pacientes, bem como o uso de recompensas.

Níveis	Opção 1: Capacitar profissionais da APS no rastreamento de risco para o pé diabético, na orientação ao autocuidado e na coordenação do cuidado das pessoas com DM	Opção 2: Estimular o autocuidado mediante aferição diária da temperatura do pé	Opção 3: Identificar e realizar o manejo clínico de condições pré-ulcerativas e deformidades nos pés e encaminhamento ao serviço de referência nas rede assistencial	Opção 4: Oferecer pacotes de intervenções complexas aos pacientes envolvendo estratégias em pelo menos dois dos três níveis: pacientes, provedores de cuidados em saúde e sistemas de saúde
Trabalhadores de saúde	<p>Resistência dos profissionais por considerar o rastreamento e a orientação ao autocuidado como mais uma atribuição¹¹; dificuldade de comunicação entre os profissionais dos diversos níveis da rede assistencial². É necessário motivar os profissionais quanto à sua participação em ações que envolvam mudanças na assistência²⁰; É necessário reorganizar a agenda dos profissionais para não os sobrecarregar²⁰. Pode-se abrir de incentivo financeiro para os profissionais para cumprimento de metas⁹ Deve-se assegurar a comunicação entre os níveis da rede assistencial, que pode variar desde a troca de relatórios e pareceres, até a comunicação direta com ligações telefônicas para discussão de casos².</p>	<p>Falta de capacitação dos profissionais na orientação para o uso correto do dispositivo, bem como falta de disponibilidade dos profissionais para o monitoramento do uso pelos pacientes^{10,13}. É necessário qualificar e motivar os profissionais quanto à sua participação em ações que envolvam mudanças na assistência²⁰; É necessário reorganizar a agenda dos profissionais para não os sobrecarregar²⁰.</p>	<p>Falta de qualificação dos profissionais para o manejo de condições pré-ulcerativas dos pés de pacientes com diabetes¹⁶; É necessário garantir a existência e o acesso a serviços de referência com profissionais habilitados em cuidados podiátricos (no Brasil têm-se o enfermeiro estomaterapeuta²¹).</p>	<p>Falta de profissionais habilitados e motivados além da sobrecarga de trabalho. É necessário atividades de educação permanente em saúde em locus; considerar as oportunidades de prestação de cuidados ao paciente diabético, envolvendo assistência direta, orientação ao autocuidado e encaminhamentos, nas atividades já existentes como consultas de rotina e atividades coletivas. É necessário considerar a possibilidade de incentivo financeiro para os profissionais.</p>

Níveis	Opção 1: Capacitar profissionais da APS no rastreamento de risco para o pé diabético, na orientação ao autocuidado e na coordenação do cuidado das pessoas com DM	Opção 2: Estimular o autocuidado mediante aferição diária da temperatura do pé	Opção 3: Identificar e realizar o manejo clínico de condições pré-ulcerativas e deformidades nos pés e encaminhamento ao serviço de referência nas rede assistencial	Opção 4: Oferecer pacotes de intervenções complexas aos pacientes envolvendo estratégias em pelo menos dois dos três níveis: pacientes, provedores de cuidados em saúde e sistemas de saúde
Organização dos Serviços de Saúde	A maioria das equipes de APS, não realizam o rastreamento do pé nos pacientes diabéticos e a maior parte das redes assistenciais de saúde não dispõem de serviços de referência em pé diabético funcionante ^{6,8} . É necessário que a APS garanta o rastreamento de risco; que o sistema de saúde garanta os insumos necessários para sua realização; que existam serviços de referência para receber esses pacientes; que os profissionais encaminhem os pacientes para esses serviços; que sejam oferecidas diversas oportunidades de acesso aos usuários; e que haja um sistema de contra referência efetivo ^{11,18} .	Não há esse equipamento disponível no sistema de saúde. É necessário realização de pesquisas de custo-efetividade e eficiência para essa opção.	Deve-se introduzir uma equipe multidisciplinar de referência para cuidados dos pacientes DM e equipe de referência para cuidados com os pés, como suporte às equipes de cuidados primários ^{11,14,15} .	Para que haja uma intervenção complexa é necessário que haja profissionais capacitados no cuidado e na educação do paciente em todos os pontos da linha de cuidado, e que o sistema seja organizado de forma a facilitar a adesão do paciente aos cuidados ^{2, 14}

Opção 1: Capacitar profissionais da APS no rastreamento de risco para o pé diabético, na orientação ao autocuidado e na coordenação do cuidado das pessoas com DM

Nesta opção quatro pontos devem ser considerados para discussão: o processo de capacitação de profissionais na APS, a educação do paciente para o autocuidado, o rastreamento do pé diabético e a coordenação do cuidado das pessoas com DM com vistas ao pé diabético.

Em relação ao processo de capacitação dos profissionais da APS as evidências remetem a propostas de educação permanente em saúde

com vistas à aprendizagem significativa, participativa e sustentável. É preciso, portanto, que os profissionais sejam motivados pela proposta e que percebam o problema como relevante para que a partir desse reconhecimento sejam elaboradas estratégias de educação permanentes, sustentáveis e efetivas.²³

Esse modelo de educação profissional é ainda mais importante quando se percebe que entre as barreiras relacionadas aos profissionais de saúde para a implementação dessa estratégia está o fato deles considerarem o rastreamento e a orientação ao autocuidado como mais uma

atribuição a ser exercida. Assim sendo, supõe-se que o entendimento da magnitude do problema por meio da aprendizagem significativa, melhore a adesão do profissional a essa estratégia.^{26,27}

Em relação à educação para o paciente diabético para medidas de autocuidado, esta deve ser destinada a melhorar o conhecimento e o comportamento nos cuidados com os pés, oferecendo suporte para o paciente aderir às orientações.²⁸

A barreira a implementação dessa estratégia, relativa aos pacientes, seria a não adesão aos processos de autocuidado orientados. Aqueles pacientes que não aderem às informações repassadas em programas de educação estão em risco muito maior de desenvolverem úlcera no pé do que aqueles que aderem as orientações.³⁰ As barreiras em relação aos usuários podem estar relacionadas às competências, atitudes e motivação para mudanças, adesão, além do acesso ao cuidado.^{19,23}

Em relação ao rastreamento de risco, a estratégia de melhor e mais forte evidência para a prevenção do pé diabético, ainda é incipiente quando não inexistente nos serviços de APS. Em conformação com esses achados, um estudo quantitativo, transversal, com o objetivo de avaliar os cuidados com os pés adotados por pessoas com DM e as alterações em seus membros inferiores em um serviço de APS, mostrou que 28 pacientes (55%) referiram que nunca o realizaram desde o estabelecimento do diagnóstico de DM.⁶

Quanto às barreiras relativas aos serviços de saúde, a falta de insumos foi considerada na realização do rastreamento. Há de se considerar, no entanto, que a realização do rastreamento do pé diabético exige tecnologias de baixo custo. Por esse motivo, a priorização do problema em nível de gestão com o redirecionamento dos recursos já existentes, talvez seja suficiente para financiar essa estratégia.²³

A primeira opção também traz o elemento da coordenação do cuidado como parte integrante do processo de capacitação profissional sugerida. A oferta aos usuários (especialmente os que necessitam de cuidados mais complexos) de orientações necessárias para encontrarem seu caminho através do sistema de saúde, só poderá ocorrer se existir coordenação do cuidado, ou seja, a capacidade de garantir a continuidade da atenção por meio de equipes de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante como é o caso das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e suas complicações.^{22,23,25}

A APS deve estar fortalecida para que as linhas de cuidado dos pacientes sejam desenhadas dentro de cada realidade, considerando as ofertas e demandas das Redes Assistenciais de Saúde (RAS) para assegurar ao usuário ações e serviços de forma efetiva, contínua, integral e humanizada.²⁴

Alguns aspectos apresentam-se como desafio à coordenação do cuidado pela APS como a rotatividade profissional, formação especializada, baixo prestígio dos trabalhadores da APS, insuficiência na oferta de atenção especializada, subfinanciamento do sistema de saúde, entre outros.²² No entanto, é possível alcançar melhorias na coordenação dos cuidados e na qualidade da atenção com a articulação das ações e dos serviços de saúde, de forma que, independentemente dos locais onde estes sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum.^{22,24}

Opção 2: Estimular o autocuidado mediante aferição diária da temperatura do pé

A terapia guiada por temperatura consiste na aferição diária da temperatura da planta do pé em seis pontos específicos, duas vezes ao dia pelo paciente ou cuidador. A diferença de 2° C de

um pé em relação ao outro é sinal preditivo de inflamação ou infecção.²⁹

É necessário que a opção seja avaliada com cautela antes de ser incluída em políticas e programas de saúde, visto que entre as incertezas relatadas está o fato de que não foram identificados estudos que avaliassem a viabilidade de implementação, já que não é conhecido o uso dessa estratégia em nenhum serviço de saúde.¹⁰

A viabilidade econômica deve ser avaliada em outros estudos, pois a adoção da estratégia necessita da aquisição de um dispositivo (termômetro infravermelho) pelo paciente ou sua oferta pelo serviço de saúde.¹⁰

Com efeito, as intervenções prioritárias para o controle das DCNT devem cumprir critérios rigorosos. Entre estes podem ser citados: trazer efeito significativo para a saúde; apresentar fortes evidências de bom custo-benefício; além de viabilidade política e financeira para sua realização em ampla escala.^{30,27}

Opção 3: Identificar e realizar o manejo clínico de condições pré-ulcerativas e deformidades nos pés e encaminhamento ao serviço de referência nas rede assistencial

As manifestações cutâneas associadas ao diabetes, tais como pele seca ou fissurada, calos, infecção de pele e unhas por fungos, devem ser observadas e adequadamente manejadas para a prevenção de ulcerações.^{28,29,32} Algumas dessas alterações, a depender do grau de complicação, são passíveis de serem gerenciada no nível de cuidado da APS.³²

O gerenciamento das condições pré-ulcerativas nos casos de pés com maior risco e com deformidades podem necessitar de um profissional especializado. No Brasil o profissional com competência específica para essa função é o enfermeiro estomaterapeuta. Esses profissionais atuam na melhoria da saúde global do paciente, com

foco na prevenção primária, evitando, diagnosticando e tratando lesões pré-ulcerativas.²¹

Em países onde a podiatria não existe, ou não existam esses profissionais em centro de saúde, ou ainda quando há poucos desses profissionais para lidar com o número de pacientes diabéticos, outros profissionais de saúde devem oferecer esses cuidados mediante transferência de função.^{31,28,32}

Opção 4: Oferecer pacotes de intervenções complexas aos pacientes envolvendo estratégias em pelo menos dois dos três níveis: pacientes, provedores de cuidados em saúde e sistemas de saúde

Intervenção complexa ou combinada é entendida como abordagem de cuidados integrados com uma combinação de duas ou mais estratégias de prevenção em pelo menos dois níveis diferentes de tratamento: o paciente e/ou fornecedor de cuidados de saúde e/ou a estrutura de cuidados de saúde.¹⁷

Os estudos comprovam que os resultados das estratégias de prevenção individuais isoladas têm sido ineficazes na prática clínica. Intervenções preventivas dirigidas a pacientes, profissionais de saúde e/ou a estrutura dos cuidados de saúde devem ser priorizadas, dependendo da disponibilidade de recursos e competências. Pela complexidade relacionada ao problema do pé diabético, não há estratégia única que possa ser efetiva para prevenção em longo prazo de ulceração do pé e amputação.¹⁷

Algumas intervenções podem melhorar diretamente (intervenção no nível do paciente) os resultados de saúde dos pacientes, tais como educação, cuidados em podiatria, avaliação de risco de úlceras nos pés e treinador motivacional para reforçar comportamentos de autocuidado com os pés. As intervenções para prevenir a ulceração do pé também podem beneficiar pacientes indiretamente, através

do melhoramento da capacidade dos profissionais de saúde para fornecer cuidados adequados, assim como incentivos financeiros (intervenções em nível de provedor de saúde).¹⁷

O outro enfoque diz respeito à melhoria do sistema de saúde (intervenção no nível de estrutura dos cuidados de saúde). As intervenções estruturais de saúde podem incluir a introdução de uma abordagem multidisciplinar ou medidas para melhorar a regularidade do acompanhamento e continuidade dos cuidados.¹⁷

Em intervenções complexas, as barreiras e estratégias para enfrentamento dessas, reúnem de forma cumulativa as barreiras e estratégias de enfrentamento já citadas anteriormente nas outras opções, referentes aos pacientes, profissionais e serviços de saúde.

Considerações finais

O pé diabético foi trazido nesse estudo como um importante problema de saúde que deve ser priorizado na agenda dos tomadores de decisão, dentre as estratégias propostas para o controle da DCNT.

No Brasil há escassez de ações específicas voltadas para a prevenção e controle dessa complicação e a APS deve ser o palco para essas ações com a implementação de estratégias baseadas na melhor evidência científica.

A busca pelas opções para trabalhar o problema trouxe à tona o baixo nível das evidências existentes nos estudos primários utilizados pelas revisões sistemáticas. Esse fato apresenta-se como limitação do estudo e mostra a necessidade de realização de estudos primários com rigor metodológico, diminuindo o risco de viés e fortalecendo a prática baseada em evidências. Sugere-se também que os estudos primários sejam guiados por protocolos de estudos anteriormente realizados para que sejam diminuídas as

heterogeneidades, facilitando abordagens meta-analíticas nas revisões sistemáticas.

Outra limitação na realização desse estudo, vinculada também aos estudos primários, diz respeito à elaboração dos relatórios finais. A maioria dos relatórios contém esclarecimentos insuficientes sobre as intervenções aplicadas. Essas intervenções necessitam serem mais bem detalhadas para que se perceba de forma clara seu conteúdo, facilitando a compilação dos achados na elaboração de revisões sistemáticas.

Apesar das limitações citadas, o estudo trouxe elementos importantes a serem considerados na construção e elaboração de políticas para prevenção e controle do pé diabético na APS, tais como:

1. A evidência sobre o rastreamento de risco com encaminhamento e seguimento do paciente mediante achados dessa triagem mostrou-se como a evidência mais forte na prevenção e controle dessa complicação. Mais importante ainda é considerar o baixo custo associado à implementação da opção e à ausência de danos potenciais, e que a APS pode implementar essa opção agregando o rastreamento de risco em diversas possibilidades de abordagem ao paciente;
2. A educação para o autocuidado por si só não é capaz de trazer resultados sustentados na prevenção e controle do pé diabético. Ademais, não existem estudos que comprovem a melhor forma de se realizar essa educação em saúde especialmente pela heterogeneidade das intervenções educacionais testadas nos estudos primários;
3. O único elemento do autocuidado para o pé diabético que apresenta evidência científica é a terapia guiada por temperatura. No entanto, há que se ter cautela na inclusão dessa prática em programas de cuidados aos pacientes pela escassez de estudos de custo e pela opção ainda não ser conhecida a sua utilização em serviços de saúde;

4. Cuidados com os pés realizados por podiatras com vistas ao diagnóstico e tratamento de condições pré-ulcerativas podem reduzir a incidência de amputações e ulcerações. O gerenciamento de condições pré-ulcerativas, em situações de baixo risco, é passível de ser realizado na APS.

5. As evidências sobre intervenções complexas para prevenção e controle do pé diabético na APS não são fortes, pois os estudos incluídos têm alto risco de viés. Isso deve ser interpretado como uma falta de provas ao invés de evidência de nenhum efeito. Diante da complexidade da condição, as intervenções complexas devem ser consideradas na formulação de programas e políticas de saúde.

Declaração de conflito de interesse

A equipe de elaboração e redação desse artigo declara não haver qualquer conflito de interesse em relação ao mesmo.

Referências

1. International Diabetes Federation. Clinical Practice Recommendations on the Diabetic Foot [internet]. 2017 [acesso em 3 mar 2018]. Disponível em: <https://www.idf.org/component/attachments/?task=download&id=1152>
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Pé Diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília (DF); 2016.
3. Amaral Júnior LAH, et al. Prevenção de lesões de membros inferiores e redução da morbidade em pacientes diabéticos. Rev. Brasileira de Ortopedia. 2014; 49(5):482-487.
4. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diabetes na Prática Clínica [internet]. s.d [acesso em: 4 abr 2016]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/42>.
5. Assumpção EC, et al. Comparação dos fatores de risco para amputações maiores e menores em pacientes diabéticos de um Programa de Saúde da Família. Jornal Vascular Brasileiro. 2009; 8(2):133-8.
6. Andrade NHS, et al. Pacientes com diabetes mellitus: cuidados e prevenção do Pé Diabético em atenção primária à saúde. Revista de enfermagem UERJ, Rio de Janeiro. 2010; 18(4):616-21.
7. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes: 2014-2015. 2015;377.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro; 2015.
9. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction. Health Research Policy and Systems [internet]. 2009 [acesso em 10 out 2014]; 7(1). Disponível em: <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-I1.pdf>.
10. Netten VJJ, et al. Prevention of foot ulcers in the at-risk patient with diabetes: a systematic review. Diabetes/Metabolism Research and Reviews. 2016; 32(1):84-98.
11. Hunt DL. Diabetes: foot ulcers and amputations. Clinical Evidence. 2012; 8(602):1-44.
12. O'Meara S, et al. Systematic reviews of wound care management: (3) antimicrobial agents for chronic wounds; (4) diabetic foot ulceration. Health Technology Assessment. 2000; 4(21):1-233.
13. Arad Y. Beyond the Monofilament for the Insensate Diabetic Foot: a systematic review of randomized trials to prevent the occurrence of plantar foot ulcers in patients with diabetes. Diabetes Care. 2011:34.
14. Buckley CM, et al. Does contact with a podiatrist prevent the occurrence of a lower extremity amputation in people with diabetes? A systematic review and meta-analysis. British Medical Journal. 2013; 3:1-9.
15. Bertoldi AD, et al. Epidemiology, management, complications and costs associated with type 2 diabetes in Brazil: a comprehensive literature review. Globalization and Health. 2013; 9(62):1-12.
16. Dorresteijn JAN, Kriegsman DMW, Valk GD. Complex interventions for preventing diabetic foot ulceration. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2010.
17. Dorresteijn JAN, et al. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2014.
18. Klonoff DC, Schwartz DM. An Economic Analysis of Interventions for Diabetes. Diabetes Care. 2000; 23(3).
19. Drivier VR, et al. The costs of diabetic foot: The economic case for the limb salvage team. Journal of Vascular Surgery. 2010; 52(12):17-22.

20. Rui L, et al. Cost-effectiveness of interventions to prevent and control diabetes mellitus: a systematic review. *Diabetes Care*. 2010; 33(8):1872-1894.
21. Ministério da Saúde (BR). Portaria N.º 483, de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. 2014.
22. Associação Brasileira de Estomaterapia [internet]. [acesso em 1 jan 2019]. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/texto/5>.
23. Silocchi C, Junges J. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2017; 15(10).
24. Jardim, LV, Navarro, D. Contribuição da ESF no controle de doenças crônicas não transmissíveis. *J Health Sci Inst*. 2017; 35(2):122-6.
25. Schenker, M, Costa, D. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2019 [acesso em 20 jun 2019]; 24(4):1369-1380. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>.
26. Peiter CC, Santos JLG, Lanzoni GMM, Mello ALSF, Costa MFBNA, Andrade SR. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil *Esc Anna Nery*. 2019; 23(1).
27. Rede para Políticas Informadas por Evidências [internet]. [acesso em 1 jun 2019]. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/tipo/capacitacao/>.
28. Goulart FAA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília (DF); 2011.
29. International Working Group On The Diabetic Foot. Guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease; 2019.
30. American Diabetes Association. American Diabetes Association: Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*. 2019; 40(1).
31. Fretheim A, et al. SUPPORT: Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 6. Using research evidence to address how an option will be implemented. *Health Research Policy and Systems*. 2009; 7(1).
32. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Pé Diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília)DF);2016.

Síntese de evidências para políticas de saúde: enfrentamento da sífilis congênita no âmbito da atenção primária à saúde

Evidence brief for health policy-making: facing congenital syphilis in primary health care

Mariana de Sales Dias^I, Emilian Maria Gaiotto^{II}, Marcia Regina Cunha^{III}, Lúcia Izumi Yasuko Nichiata^{IV}

Resumo

Introdução: O controle da sífilis congênita (SC) é um desafio para profissionais e gestores da Atenção Primária à Saúde (APS). **Objetivo:** Apresentar os resultados da síntese de evidências científicas pela qual foram identificadas opções para enfrentamento da SC que apoiam a APS. **Método:** Utilizou-se a ferramenta SUPPORT sugerida pela Rede para Políticas Informadas por Evidências (EVIP-Net) para a busca de revisões sistemáticas e elaboração das opções para enfrentar o problema. As buscas foram realizadas em Biblioteca Virtual de Saúde, Cochrane Library, Embase, Health Evidence, Health Systems Evidence, Nice Evidence, Pubmed, Scopus. **Resultados:** Foram encontrados 310 estudos. Após seleção, analisaram-se 20 revisões sistemáticas que resultaram nas seguintes opções: 1) Ampliar a oferta de teste de triagem para todas as gestantes e parceiros sexuais; 2) Realizar tratamento com penicilina benzatina para gestantes e parceiros sexuais com teste de triagem positivo para sífilis; 3) Elaborar estratégias para notificar parceiros sexuais de pacientes com diagnóstico de infecção sexualmente transmissível (IST); 4) Realizar campanhas de saúde para informar sobre as medidas de prevenção da sífilis congênita; promover intervenções educacionais sobre o uso de preservativos, prevenção de IST e gravidez na adolescência. **Conclusão:** As evidências científicas apresentadas neste artigo têm potencial para apoiar gestores e profissionais da APS na construção de políticas de saúde para enfrentamento da SC.

Palavras-chave: Sífilis Congênita; Atenção Primária à Saúde; Política Informada por Evidências.

Abstract

Introduction: Control of congenital syphilis (CS) is a challenge for professionals and managers of Primary Health Care (PHC). **Objective:** To present the results of the synthesis of scientific evidences by which options for coping with CS were identified. **Method:** The SUPPORT tool suggested by the Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet) was used to search for systematic reviews, with the identification of options to confront the problem. The searches were conducted in Biblioteca Virtual de Saúde, Cochrane Library, Embase, Health Evidence, Health Systems Evidence, Nice Evidence, Pubmed, Scopus. **Results:** There were 310 studies identified. After selection, we analyzed 20 systematic reviews that resulted in a set of options: 1) Expand the offer of screening test for all pregnant women and sexual partners; 2) To perform benzathine penicillin treatment for pregnant women and sexual partners with positive screening test for syphilis; 3) Develop strategies to notify sexual partners of patients with a diagnosis of sexually transmitted infections (IST); 4) Carry out health campaigns to inform the ways of preventing congenital syphilis; promote educational interventions on condom use, IST prevention, and teenage pregnancy. **Conclusion:** It is expected that the scientific evidence presented in this article may support managers and PHC professionals in the construction of health policies to confront CS.

Key words: Congenital Syphilis; Primary Health Care; Evidence-Informed Policy.

^I Mariana de Sales Dias (marianasalesdias@usp.br) é enfermeira, Mestre em Ciências pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

^{II} Emilian Maria Grando Gaiotto (emilianagaiotto@usp.br) é enfermeira, doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

^{III} Márcia Regina Cunha (marciareginacunha18@gmail.com) é enfermeira, Mestre em Ciências pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo e doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

^{IV} Lucia Yasuko Izumi Nichiatta (izumi@usp.br) é enfermeira, doutora, Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Enfrentamento da sífilis congênita na Atenção Primária à Saúde

A sífilis congênita é uma doença causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que é transmitida da gestante infectada para o feto, em razão de sua entrada por via transplacentária, embora também possa ocorrer durante a passagem do feto pelo canal do parto, se houver a presença de lesão ativa.¹ Para triagem e diagnóstico da sífilis existem dois tipos principais de testes sorológicos: teste não treponêmico e teste treponêmico. Testes não treponêmicos são testes relativamente baratos, fáceis de realizar, sensíveis e quantitativos. Uma desvantagem dos testes não treponêmicos é que os falsos positivos podem ser causados por infecções virais agudas e por doenças autoimunes. O diagnóstico de sífilis deve ser confirmado em pessoas com teste positivo não treponêmico por meio de testes treponêmicos.²

Em 2011 o Ministério da Saúde permitiu que investigação da sífilis, especialmente em gestantes, comece com o uso de testes de triagem rápida para sífilis, que são testes treponêmicos cuja execução, leitura e interpretação dos resultados são feitas em no máximo 30 minutos.³ Essa estratégia pode ser muito útil no apoio aos profissionais da APS para realizar captação e tratamento precoce de gestantes infectadas, a tempo de se prevenir a sífilis congênita.⁴

No Brasil, toda gestante deve ser testada para sífilis pelo menos três vezes: na primeira consulta de pré-natal (idealmente no primeiro trimestre da gestação), no terceiro trimestre (a partir da 28ª semana de gestação) e no momento do parto ou aborto, independentemente de exames anteriores. A parceria sexual, também deve ser testada para sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).⁵

No âmbito do tratamento, conta-se com a penicilina benzatina, reconhecida pela 69ª Assembleia Mundial da Saúde como um medicamento

essencial para controle da transmissão vertical de sífilis, por atravessar a barreira transplacentária. As parcerias sexuais de gestantes com sífilis podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes; portanto, também devem ser tratadas. No caso das crianças expostas à sífilis durante o período gestacional, o tratamento deverá levar em consideração a situação clínica laboratorial da mãe.⁵

Embora a sífilis seja uma doença para a qual existem recursos diagnósticos e terapêuticos simples e de baixo custo, seu controle na gestação é uma tarefa complicada em decorrência do curto intervalo da gestação para a realização do seu diagnóstico e tratamento; pela dificuldade de abordagem de IST, principalmente durante a gestação; e provavelmente pelo desconhecimento da população e dos profissionais de saúde sobre a magnitude desse agravo e dos danos que ele pode causar.⁶

A Organização Mundial da Saúde lançou uma estratégia para eliminar a transmissão vertical da sífilis e do HIV que se baseia em quatro pilares: garantir um compromisso político sustentado; aumentar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde materno-neonatal; monitorar e tratar as grávidas e os seus parceiros; estabelecer sistemas de vigilância, desenvolver indicadores e fortalecer os sistemas de monitoramento e avaliação.⁷

Um importante estudo de abrangência nacional argumenta que um número baixo de casos de SC não indica necessariamente um bom programa de controle da transmissão vertical, uma vez que casos de SC podem estar ocorrendo, mas não estar sendo notificados. Já um número elevado de casos de SC possivelmente indica oportunidades perdidas de intervenção por falhas no processo de notificação, diagnóstico, tratamento adequado das gestantes e seus parceiros.⁸ Em reunião realizada em 2018, tendo por base este

citado estudo, especialistas e gestores que atuam na atenção primária à saúde em áreas de prevenção à IST da cidade de São Paulo, argumentaram que apesar dos esforços empreendidos e recomendações do Ministério da Saúde para triagem e tratamento serem realizadas nos serviços de atenção primária do município, a SC continua a aumentar expressivamente na cidade.

Para tornar realidade a erradicação da SC no Brasil, é necessário investir em capacitação profissional, sensibilização e padronização das condutas dos profissionais de saúde. Além disso, serviços de atenção primária à saúde devem passar por um processo de supervisão que ofereça apoio para a implementação das diretrizes recomendadas.⁹

Diante dessas constatações, verificou-se que são inúmeros os desafios para reduzir a incidência dos casos de sífilis congênita. Nesse sentido, questiona-se quais são as evidências científicas que podem informar opções para o enfrentamento deste agravo.

Objetivo

Este artigo tem como objetivo apresentar os resultados de uma síntese de evidências científicas pela qual foram identificadas opções para o enfrentamento da sífilis congênita no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Métodos

Para a elaboração da síntese de evidências, utilizou-se a ferramenta SUPPORT (*Supporting policy relevant reviews and trials* - Suporte a ensaios e revisões relevantes para as políticas) empregada pela Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet).¹⁰ Essa ferramenta tem o objetivo de reduzir o abismo entre evidências científicas e as práticas nos serviços e nas políticas de

saúde, por meio da tradução do conhecimento.¹¹

A identificação de evidências que pudessem fornecer subsídios ao enfrentamento da sífilis congênita foi realizada por meio de uma seleção de revisões sistemáticas sobre intervenções efetivas para lidar com o problema. As revisões sistemáticas são vistas como uma das principais fontes de informação para a formulação de políticas.¹⁰

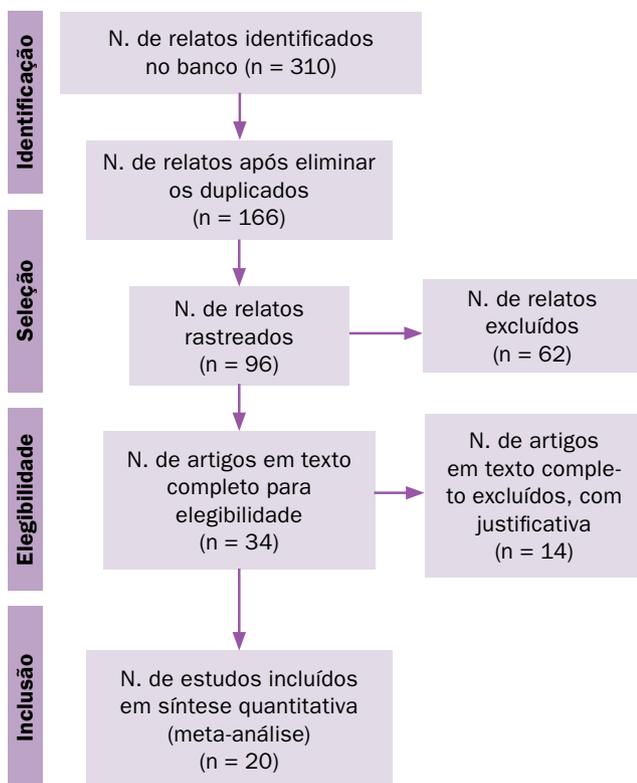
Foram acessadas as seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde, Cochrane Library, Embase, Health Evidence, Health Systems Evidence, Nice Evidence, Pubmed, Scopus. Os descritores utilizados foram “sífilis”, “sífilis congênita”, “transmissão vertical de doença infecciosa”, “gestante”, em português e inglês.

Após a definição das estratégias de busca, o processo de seleção foi realizado por duas pesquisadoras (MSD e EMG), de forma independente, em datas diferentes. Ambas identificaram os mesmos estudos. Inicialmente, foram excluídos estudos em duplicidade. Seguiu-se a leitura dos títulos e resumos para definição das revisões que seriam lidas na íntegra. A partir da leitura completa, as pesquisadoras entraram em consenso sobre quais estudos deveriam compor a síntese e realizaram o processo de extração de dados. Nessa fase foi elaborada uma planilha com o conjunto das informações detalhadas de cada estudo. A qualidade das revisões sistemáticas foi avaliada pelo instrumento AMSTAR - *a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews*¹² e não foi utilizado um escore limite para exclusão dos estudos.

Resultados

De 310 estudos identificados, 20 foram incluídos nesta síntese. Na Figura 1 é apresentado o processo completo da seleção dos artigos.

Figura 1 - Fluxo de informação com as diferentes fases da revisão sistemática.



Vale destacar que nenhuma das revisões encontradas fez referência direta ao termo Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, na elaboração sobre equidade e implementação das opções, foram agregadas considerações que tratam deste ponto de atenção. As opções de política não apresentam o mesmo nível de efetividade e exigem consideração sobre riscos e benefícios, bem como quanto a barreiras e facilitadores na implementação.

Essa síntese de evidências identificou quatro opções para a redução da SC, conforme apresentados a seguir.

1) Ampliar a oferta de teste de triagem para todas as gestantes.

Esta opção informa sobre a importância de oferecer testes rápidos de triagem dupla para sífilis e HIV, utilizando o mesmo cartucho, para

todas as gestantes e parceiros, tanto na primeira consulta de pré-natal quanto no terceiro trimestre. Essa estratégia visa oportunizar tratamento imediato, prevenção de complicações decorrentes da transmissão vertical da doença e da coinfecção pelo HIV.

Os principais elementos que compõem essa opção são a realização de triagem para sífilis no local de atendimento do pré-natal, no primeiro e terceiro trimestres;¹³ implementação de teste rápido duplo para triagem de sífilis e HIV;^{14,15} e redução de morte fetal e natimortalidade, bem como a transmissão vertical de sífilis, por meio da triagem e tratamento da doença no início da gestação.^{16,17}

A avaliação da sensibilidade e especificidade dos testes rápidos mostrou que, em configurações limitadas de recursos, o benefício da triagem usando testes rápidos supera em muito o risco de uma pequena proporção de casos perdidos em decorrência de resultados falso-negativos ou ao tratamento excessivo devido a uma infecção anterior.¹⁸

A maior parte dos estudos incluídos nas revisões sistemáticas que avaliaram a triagem pré-natal para reduzir a incidência de sífilis congênita foram realizados em países de baixa renda, média baixa renda, média alta renda.^{13-16,17,18,19}

2) Realizar tratamento com penicilina benzatina para gestantes com teste de triagem positivo para sífilis.

Esta opção baseia-se na necessidade do tratamento das gestantes com diagnóstico de sífilis com penicilina benzatina, se possível no primeiro trimestre da gravidez. Além disso, o tratamento dos parceiros sexuais pode prevenir a reinfecção da gestante e a transmissão da sífilis congênita.

A penicilina é eficaz no tratamento da sífilis em gestantes em termos de curar a infecção na

mulher e também prevenir a SC. A transmissão vertical da sífilis foi prevenida em 95% a 98% dos casos por meio do tratamento com penicilina.² Complementando essa informação, outra revisão sistemática traz evidência de que pelo menos 2,4 milhões UI de penicilina benzatina aplicada até 28 dias antes do parto são eficazes no tratamento da sífilis em gestantes para prevenir a SC, com maior efeito quando administradas no início da gravidez (antes de 24 a 28 semanas).²⁰

A sífilis não tratada contribui para o aumento de natimortos em diversas regiões do mundo. Em algumas áreas da África Subsaariana, cerca de 25% a 50% de todos os natimortos foram associados à sífilis.²¹ Outra revisão sistemática afirma que a natimortalidade na região das Américas associada à sífilis materna não tratada é um grave problema de saúde pública, que ocorreu numa proporção 6,8 vezes maior do que nas mulheres que não tiveram sífilis na gestação.²²

3) Elaborar estratégias para notificar IST e tratar parceiros.

Esta opção trata de estratégias para notificar parceiros de pacientes com diagnóstico de IST, incluindo a sífilis, visando prevenir a reinfecção, disseminação e possíveis complicações da doença, como é o caso da SC.

Os principais elementos que compõem esta opção abrangem quatro estratégias principais para notificação do parceiro: a) Encaminhamento pelo paciente: o paciente diz a seus parceiros sexuais que eles precisam ser tratados; b) Terapia de parceiros acelerada: o paciente entrega medicação ou uma receita de medicação aos parceiros sem a necessidade de um exame médico do parceiro; c) Encaminhamento do provedor: o pessoal do serviço de saúde entra em contato com os parceiros e os notifica, após o

consentimento do paciente; d) Encaminhamento por contrato: o paciente é encorajado a notificar os parceiros, mas o pessoal do serviço de saúde entrará em contato com eles se não visitarem o serviço de saúde até uma determinada data acordada com o paciente.²³

As estratégias de notificação requerem que o paciente revele seu diagnóstico de IST aos parceiros e os encoraje a considerar o rastreamento ou o tratamento. Essa divulgação pode levar a benefícios como o tratamento bem-sucedido dos parceiros, o apoio emocional e a proteção da saúde de outras pessoas. Porém, também pode levar a estigma, rejeição, abuso físico e discriminação.²³

4) Promover ações educativas, por meio de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita, intervenções relacionadas ao uso de preservativos, prevenção de IST e gravidez na adolescência.

Esta opção aborda a promoção de campanhas de saúde na mídia para informar a população sobre as formas de prevenção da transmissão vertical de sífilis, com definição de indicadores em longo prazo; o incentivo ao uso de preservativos; a realização de intervenções escolares para prevenção de IST e gravidez na adolescência.

São considerados benefícios desta opção: a) modificações no estado de saúde de uma população por meio de campanhas de saúde de combate à sífilis; b) redução de IST em todo o mundo pela promoção do uso de preservativos; c) possibilidade de redução da gravidez na adolescência a partir de intervenções baseadas em incentivos que se concentrem em manter os jovens na escola secundária.²⁴⁻²⁶

Cada vez mais se percebe que os determinantes estruturais de saúde são questões importantes a serem abordados para melhorar os resultados sexuais e reprodutivos.²⁴

Considerações sobre a equidade das opções e a sua implementação

A equidade é um dos princípios doutrinários do SUS que norteia as políticas de saúde. Seu sentido remete ao entendimento de que há necessidades de grupos específicos e que é possível realizar práticas que reconheçam as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades dos grupos sociais, considerando o direito à saúde.²⁷ No caso das opções para o enfrentamento da SC, significa que as decisões sobre a implementação destas devem levar em consideração se essas opções poderão ou não influenciar negativamente as desigualdades entre os grupos sociais.

Nem todas as opções apresentadas têm necessariamente que ser implementadas de forma conjunta, uma vez que a aplicação prática deve considerar a viabilidade local, inserindo-se na governabilidade da tomada de decisão, independentemente da dimensão do sistema de saúde (nacional, regional ou local). Faz-se necessário considerar que a falta de infraestrutura, de recursos humanos, de definição do fluxo de trabalho no seguimento de pacientes com resultados reagentes a sífilis e aceitabilidade do teste podem ser barreiras à sua implementação na APS.⁴ Também é importante considerar as fragilidades e potencialidades da APS à implementação das opções, especialmente as localizadas no campo da cultura e representações sociais dos usuários e trabalhadores de saúde.

A organização do processo de assistência no pré-natal compromete a efetividade do tratamento da sífilis durante a gestação, o que torna evidente a urgência de se repensar as práticas relacionadas às oportunidades de tratamento da sífilis, conferindo maior responsabilidade dos diversos pontos da rede, especialmente nas unidades de atenção primária à saúde.²⁸

Considerações Finais

Quatro opções foram identificadas para o enfrentamento da SC no âmbito da APS a partir de vinte revisões sistemáticas selecionadas. Porém nenhuma das revisões sistemáticas encontradas para compor esse estudo fez referência direta ao termo Atenção Primária a Saúde, o que pode denotar uma lacuna de evidências para a abordagem da SC nesse ponto de atenção.

Existem políticas públicas para a erradicação da SC no Brasil, nas quais as opções propostas nesse estudo também são abordadas. Porém, a maioria dos serviços de saúde apresenta fragilidades na implementação das diretrizes recomendadas. Assim, reconhece-se a relevância dessa síntese de evidências científicas em reafirmar as recomendações para enfrentar a SC.

Um limite encontrado nesse estudo foi a ausência de revisões sistemáticas que tratem do universo das relações sociais/familiares no contexto da sexualidade. Há diversos estudos que abordam a questão clínica da sífilis, com enfoque em diagnóstico e terapêutica. No entanto, sugere-se a produção de revisões sistemáticas que extrapolem o lado biológico da doença e analisem fatores referentes ao contexto de vulnerabilidade dos indivíduos portadores de IST.

Espera-se que as evidências científicas apresentadas nesse estudo possam apoiar gestores e profissionais da APS no avanço da construção de políticas de saúde para enfrentamento da SC, e que futuramente um diálogo deliberativo possa subsidiar a implementação de algumas das opções abordadas na síntese.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse que possam ter influenciado na realização estudo.

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa:
88268018.6.3001.0086

Referências

1. Berman SM. Maternal syphilis: Pathophysiology and treatment. *Bull World Health Organ.* 2004; 82(6):433-38.
2. Walker GJA. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2001.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.242, de 30 de Dezembro de 2011. Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis. Brasília; 2011.
4. Nascimento DSF, Silva RC, Tártari DO, Cardoso EK. Relato da dificuldade na implementação de teste rápido para detecção de sífilis em gestantes na Atenção Básica do SUS em um município do Sul do Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2018;13(40):1-8.
5. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília (DF); 2018.
6. Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMDA, Leal MDC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Nutr.* 2013; 47(1):147-57.
7. World Health Organization. The Global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action; 2007.
8. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil; 2016.
9. Rocha AFB, Araújo MAL, Miranda AE, Leon RGP, Junior GBS, Vasconcelos LDPG. Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil: a qualitative study. *BMC Health Services Research*; 2019.
10. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT tool for evidence-informed health policymaking (STP). Introduction. *Health Research Policy and Systems*; 2009.
11. Vettore M. O abismo entre o saber e o fazer: a experiência do município de Piriápi com o Núcleo de Evidências em Saúde no planejamento de política em saúde; 2011.
12. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology.* 2007; 7(10).
13. Shahrook S, Mori R, Ochirbat T, Gomi H. Strategies of testing for syphilis during pregnancy; 2014.
14. Harriet DG, Peeling RW, Kamb ML, Toskin I, Wi TE, Taylor MM. A systematic review and meta-analysis of studies evaluating the performance and operational characteristics of dual point-of-care tests for HIV and syphilis; 2016.
15. Swartzendruber A, Steiner RJ, Adler MR, Kamb ML, Newman LM. Introduction of rapid syphilis testing in antenatal care: A systematic review of the impact on HIV and syphilis testing uptake and coverage; 2015.
16. Di Mario S, Say L, Lincetto O. Risk factors for stillbirth in developing countries: a systematic review of the literature; 2007.
17. Hawkes S, Matin N, Broutet N, Low N. Effectiveness of interventions to improve screening for syphilis in pregnancy: a systematic review and meta-analysis; 2011.
18. Jafari Y, Peeling RW, Shivkumar S, Claessens C, Joseph L, Pai NP. Are Treponema pallidum Specific Rapid and Point-of-Care Tests for Syphilis Accurate Enough for Screening in Resource Limited Settings? Evidence from a Meta-Analysis; 2013.
19. Rogozinska E, Kara-Newton L, Zamora JR, Khan KS. On-site test to detect syphilis in pregnancy: a systematic review of test accuracy studies; 2017.
20. Blencowe H, Cousens S, Kamb M, Berman S, Lawn JE. Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. *BMC Public Health*; 2011.
21. Bhutta et al. Effectiveness of interventions to screen and manage infections during pregnancy on reducing stillbirths: a review. *BMC Public Health*; 2011.
22. Lauren A, Serruya S, Duran P. Gestational syphilis and stillbirth in the Americas: a systematic review and meta-analysis; 2015.
23. Ferreira A, Young T, Mathews C, Zunza M, Low N. Strategies for partner notification for sexually transmitted infections, including HIV; 2013.
24. Mason-Jones AJ, Sinclair D, Mathews C, Kagee A, Hillman A, Lombard C. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents; 2014.
25. Moreno R, Nababan HY, Ota E, Wariki WMV, Ezoe S, Gilmore S, Shibuya K. Structural and community-level interventions for increasing condom use to prevent the transmission of HIV and other sexually transmitted infections; 2014.
26. Saraceni V, Leal M do C, Hartz ZM de A. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2005; 5(3):263-73.
27. Barros FPC, Sousa MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS São Paulo: *Saúde Soc.* 2016; 25(1):9-18.
28. Sanine et al. Sífilis Congênita: avaliação em serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo, Brasil. *BIS, Bol. Inst. Saúde.* 2016; 17(2):1809-7529.

Percepções sobre o tratamento de homens com diagnóstico de sífilis: uma síntese rápida de evidências qualitativas

Perceptions about the treatment of men diagnosed with syphilis: a rapid synthesis of qualitative evidence

Danielle Galindo Martins Tebet^I, Vanessa Calmont Gusmão Gigante^{II}, Wanessa da Silva Peres Bezerra^{III}, Jannayna Hammoud Brandão^{IV}, Micheli Luize Grenze^V, Anamaria Mello Miranda Paniago^{VI}, Silvia Helena Mendonça de Moraes^{VII}, Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira^{VIII}, Jorge Otávio Maia Barreto^{IX}

Resumo

A sífilis atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo e os homens são importante fonte de transmissão para suas parcerias, quando inadequadamente diagnosticados e tratados. Fatores individuais relacionados aos homens podem ser importantes barreiras para buscar e aderir ao tratamento adequado. O objetivo deste estudo foi descrever aspectos relacionados ao tratamento de homens com diagnóstico de sífilis, na percepção deles, de suas parcerias e de profissionais de saúde. Foi conduzida uma síntese rápida de evidências qualitativas, a partir da análise de estudos primários qualitativos e posterior descrição dos resultados. A busca foi feita no MEDLINE (via PubMed), EMBASE (via Elsevier), LILACS (via BVS), PsycINFO, literatura cinzenta no Google Scholar, sem restrição de língua ou tempo. Dois revisores realizaram a seleção e as discrepâncias foram resolvidas por consenso. A qualidade metodológica foi avaliada utilizando o instrumento CASP. Foram identificados 2.881 estudos, dos quais, após seleção, cinco foram incluídos. Os conteúdos selecionados e categorizados para uma melhor apresentação dos resultados mostram que os aspectos que podem influenciar a população masculina no tratamento da sífilis estão associados à escolaridade, visão pessoal de gênero, baixa compreensão da doença e dificuldades de acesso aos serviços, inclusive relacionadas à organização do processo de trabalho.

Palavras-chave: Sífilis, sífilis congênita, homens, síntese qualitativa rápida.

Abstract

Syphilis affects more than 12 million people worldwide, and men are an important source of transmission for their partnerships when they are inadequately diagnosed and treated. Individual factors related to men may be important as barriers to seeking and adhering to appropriate treatment. The objective of this study was to describe aspects related to the treatment of men with syphilis diagnosis, in their perception, of their partnerships, and health professionals. Was conducted a rapid synthesis of qualitative evidence based on the analysis of qualitative primary studies, and a subsequent description of the results. The search was done in MEDLINE (via PubMed), EMBASE (via Elsevier), LILACS (via VHL), PsycINFO, grey literature in Google Scholar, without language or time restriction. Two reviewers performed the selection and the discrepancies were resolved by consensus. The methodological quality was evaluated using the CASP instrument. From 2881 studies retrieved, five were included. The selected contents were categorized for a better presentation of the results, showing that the aspects that can influence the male population in the treatment of syphilis are associated to schooling, gender perspective, low understanding of the disease, and difficulties in accessing services, including those related to the organization of the work process.

Keywords: Syphilis, congenital syphilis, men, rapid qualitative synthesis.

^I Danielle Galindo Martins Tebet (dani.rafatebet@gmail.com) é Terapeuta ocupacional, especialista em saúde pública e vigilância em saúde com enfoque em epidemiologia, mestranda em doenças infecciosas e parasitárias pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, pesquisadora do Núcleo de Evidências, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

^{II} Vanessa Calmont Gusmão Gigante (vancalmont@gmail.com) é Enfermeira, mestranda em saúde da família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

^{III} Wanessa da Silva Peres Bezerra (wanessabezerra@outlook.com) é Enfermeira, mestranda em doenças infecciosas e parasitárias, pesquisadora do Núcleo de Evidências da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

^{IV} Jannayna Hammoud Brandão (jannaynabrandao@yahoo.com.br) é Enfermeira do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP), mestranda em doenças infecciosas e parasitárias pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Introdução

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) transmitida por via sexual, parenteral e vertical durante a gestação. Caracteriza-se por períodos de atividade e latência, acometimento sistêmico disseminado e evolução para complicações graves em parte dos pacientes que não foram tratados ou cujo tratamento foi inadequado.¹ A sífilis adquirida tem sido mais frequentemente diagnosticada entre os segmentos mais jovens da população, sobretudo entre homens.²

Os homens, quando inadequadamente tratados, são importante fonte de transmissão para seus parceiros: mulheres, gestantes e homens que fazem sexo com homens (HSH). A compreensão dos fatores que interferem no tratamento pode contribuir em avanços na (re)organização dos processos de trabalho dos serviços de saúde e na elaboração de políticas públicas voltadas para o controle dessa doença.

O objetivo deste estudo foi sintetizar as evidências relacionadas ao tratamento de homens com diagnóstico de sífilis, na percepção deles próprios, de suas parcerias e de profissionais de saúde.

Por se tratar de um estudo de revisão de literatura, não foi submetido à análise por Comitê de Ética em Pesquisa.

Método

Realizou-se uma síntese de evidência, seguindo as recomendações para relatar sínteses de evidência qualitativa (PRISMA).³ A estratégia de busca utilizada no PubMed foi :(((“Syphilis”[Mesh] or Great Pox or Pox, Great)) AND (“Syphilis, Congenital”[Mesh] OR congenital syphilis OR hutchinson’s teeth OR hutchinson teeth OR hutchinson s teeth OR tee-th, hutchinson’s)) AND (“Men”[Mesh] or Boys or male). Foi realizada busca ainda no MEDLINE (via PubMed), EMBASE (via Elsevier), LILACS (via BVS), PsycINFO, literatura cinzenta no Google Scholar com os mesmos termos de busca utilizados no PubMed, em qualquer língua, sem restrição de período de março de 2019. Foram considerados elegíveis estudos que abordaram as percepções de homens, de parceiros e profissionais de saúde sobre o tratamento de homens com diagnóstico de sífilis. Foram incluídos estudos primários e relatos de experiências com análises de natureza qualitativa. Os critérios de exclusão foram os estudos epidemiológicos com abordagem de análise exclusivamente quantitativa.

Duas autoras (MLG; VCGG), de modo independente, realizaram a seleção dos estudos e as discordâncias foram resolvidas por terceiro (DGMT). Optou-se pelo software Rayyan para seleção

^v Micheli Luize Grenzel (grenzel82@gmail.com) é Graduação em Enfermagem, especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência, saúde coletiva e saúde da família e mestrado-profissionalizante em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

^{vi} Anamaria Mello Miranda Paniago (anapaniago@yahoo.com.br) é graduada em medicina, mestre e doutora em medicina tropical pela Fundação Oswaldo Cruz, docente do programa de pós-graduação doenças infecciosas e parasitárias pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, pesquisadora do Núcleo de Evidências, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

^{vii} Sílvia Helena Mendonça de Moraes (silvia.moraes@fiocruz.br) é Psicóloga, mestre em Saúde Pública, doutoranda em Enfermagem Fundamental, pesquisadora em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz Mato Grosso do Sul.

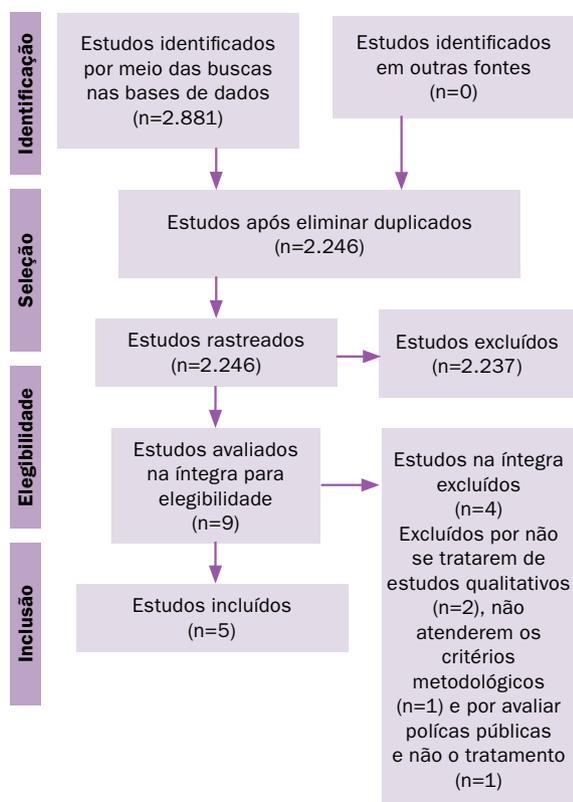
^{viii} Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira (sandrinhaleone@gmail.com) é Enfermeira, Especialista em Políticas Informadas por Evidências, Mestre em Saúde Coletiva, Doutora em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Vinculada a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Faculdade de Medicina, Núcleo de Evidência de Mato Grosso do Sul.

^{ix} Jorge Otávio Maia Barreto (jorge.barreto@fiocruz.br) é Doutor em Políticas Públicas. Pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz, Brasília.

dos títulos, resumos e leitura na íntegra⁴ e utilizou-se o “Blind on” para garantir o cegamento nas etapas da seleção de estudos. Após leitura na íntegra e extração dos dados, os resultados foram submetidos à análise individual, comparativa, com critérios de agrupamentos de categorias de análise e as interpretações organizadas conjuntamente pelos dois pesquisadores responsáveis pela seleção, para a construção de uma síntese narrativa.⁵ A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada utilizando o instrumento do Programa de Habilidades de Avaliação Crítica (CASP).⁶

Resultados

Foram identificados 2.881 estudos que, com remoção de 635 duplicatas e 2.237 por leitura dos títulos e resumos. Nove estudos foram selecionados para a leitura na íntegra, sendo posteriormente excluídos outros quatro estudos, por não se tratarem de estudos qualitativos, não atenderem os critérios metodológicos e por avaliarem apenas políticas públicas, conforme Figura 1.



As características dos cinco estudos incluídos^{7,8,9,10,11} são apresentadas no Quadro 1, incluindo o escore de avaliação pelo instrumento CASP. Quanto à distribuição geográfica, cinco foram conduzidos no Brasil (quatro no estado do Ceará e um no Rio de Janeiro) e um em Lima, Peru. Os artigos foram publicados entre o período de 2011 a 2019.

Para melhor compreensão dos aspectos relacionados ao tratamento da sífilis, foram elencadas quatro categorias de análise, a saber: (a) vulnerabilidade social, (b) organização do serviço/processo de trabalho, (c) sentimentos envolvidos no tratamento, (d) comportamentos/attitudes de homens, suas parcerias e profissionais de saúde. Os resultados são apresentados no Quadro 2. Os achados, segundo as categorias de análise, são descritos a seguir.

Vulnerabilidade social

Os aspectos sociais mais descritos envolveram a baixa escolaridade, desemprego, abuso de drogas e histórico de prisão. A baixa escolaridade é apresentada nos estudos S3, S4 e S5 como barreira ao tratamento de parceiros, incluindo a incompreensão da dimensão da doença^{7,8,9}.

Foram relatados como vulnerabilidade o abuso de drogas lícitas e ilícitas (estudos S1 e S4), onde o uso nocivo de álcool, tabaco, maconha e outras drogas pode comprometer física e psicologicamente o indivíduo, propiciando condutas de risco, como o não uso do preservativo.^{10,8}

Quadro 1. Características dos estudos analisados.

CARACTERÍSTICAS	ESTUDO S1	ESTUDO S2	ESTUDO S3	ESTUDO S4	ESTUDO S5
Autor e ano	Silva Júnior et al. (2017) ¹⁰	Figueiredo et al. (2015) ¹¹	Williams et al. (2011) ⁷	Rocha et al. (2019) ⁸	Silva et al. (2017) ⁹
Tipo de estudo	Descritivo, de natureza qualitativo, com entrevista semi-estruturada	Qualitativo, com entrevista semi-estruturada,	Descritivo, quantitativo e qualitativo	Qualitativo com entrevista semi-estruturada.	Qualitativo exploratória.
Participantes	20 profissionais de saúde (07 médicos, 13 enfermeiros e 06 coordenadores de unidade de saúde)	10 Enfermeiras	58 profissionais ;18 gestantes	04 parceiros sexuais, 21 profissionais, 06 coordenadores; 09 mulheres diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal	15 puérperas com diagnóstico de sífilis
Local do estudo	Fortaleza/Brasil	Crato, CE/Brasil	Lima/Peru	Fortaleza/Brasil	Rio de Janeiro/Brasil
Período de coleta de dados	2016	2010	Não foi reportado	2014	2015
Objetivo	Investigar a percepção de profissionais da atenção primária sobre o tratamento de parceiros sexuais de gestantes com sífilis.	Identificar a percepção dos enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família, sobre os fatores que interferem na adesão ao tratamento dos parceiros sexuais.	Identificar os fatores que afetam a notificação do parceiro e o tratamento da sífilis materna.	Avaliar a notificação, testagem, tratamento e seguimento de parceiros sexuais de gestantes com sífilis na atenção primária.	Compreender o conhecimento das puérperas sobre Sífilis e o tratamento da sífilis gestacional
Faixa etária	Não foi reportado	Não foi reportado	Não foi reportado	Profissionais: 35-50. Mulheres: 18-33/ Parceiro:30.	21-25 anos

S1 a S5: estudos que fazem parte da síntese

Quadro 2. Aspectos relacionados ao tratamento de homens com diagnóstico de sífilis, na percepção de homens, suas parcerias e profissionais de saúde.

Categorias	Vulnerabilidade social	Organização do serviço/ processo de trabalho	Sentimentos envolvidos no tratamento	Comportamentos/attitudes de homens, suas parcerias e profissionais de saúde
ESTUDO S1 (2017)¹⁰	Uso de drogas ilícitas	Não serem da área da unidade de saúde; trabalhadores de saúde não se sentem capazes de lidarem com essas demandas e sentem necessidade de treinamento.	Medo devido a problemas com parceiro.	Chauvinismo e questões de gênero dos parceiros; Parceiros não acreditam que estão infectados por não perceberem sintomas; parceiros utilizarem drogas,
ESTUDO S2 (2015)¹¹	Nível sócio-econômico-cultural e educacional baixo	Tratamento não ser instituído no mesmo local de diagnóstico, com encaminhamento para rede hospitalar. Consequente quebra de vínculo, incerteza de continuidade do tratamento; parceiros que se queixam de longo tempo de espera na rede hospitalar. Falta de registro interligado com os outros pontos da Rede para comprovação do tratamento que é informado verbalmente pelo paciente. Não realização de orientações e educação em saúde;	Medo de reações anafiláticas e dor. Os parceiros queixam da via de administração intramuscular.	Profissional não utiliza linguagem adequada na abordagem ao paciente; falta de vínculo entre profissional e pacientes;
ESTUDO S3 (2011)⁷	Baixa escolaridade	Falta de recursos humanos; atendimento apenas em horário comercial, falta de coordenação do cuidado; teste rápido de sífilis indisponível no momento do atendimento e dificuldade abordagem do parceiro pela mulher sem o profissional de saúde. Profissionais não se sentem preparados para aconselhamento e solicitam treinamento da equipe técnica	Culpa, Medo de violência e do abandono entre mulheres para notificar o parceiro Desconfiança dos resultados dos testes;	Machismo dos parceiros Dificuldade de abordagem das mulheres com os parceiros, devido a falta de conhecimento sobre a doença.

Categorias	Vulnerabilidade social	Organização do serviço/processo de trabalho	Sentimentos envolvidos no tratamento	Comportamentos/ atitudes de homens, suas parcerias e profissionais de saúde
ESTUDO S4 (2019)⁸	Baixa escolaridade; desemprego; histórico de abuso de drogas; histórico de prisão.	<p>Falta de disponibilidade de protocolos e de material de apoio aos profissionais;</p> <p>Não há esclarecimento de dúvidas dos profissionais pelo nível central;</p> <p>Falta de materiais de apoio para pacientes (restrito ao nível central), treinamentos não contemplam notificação e situações resultantes da revelação do diagnóstico, conduta profissional divergente entre os serviços: alguns fornecem prescrição de tratamento para os parceiros (médicos) e outros solicitavam agendamento do parceiro na unidade.</p> <p>Mulheres relatam dificuldades de acesso ao teste sorológico (VDRL) ou atraso na entrega dos resultados.</p> <p>Não há coletas de sangue diariamente, o que dificulta o acesso ao diagnóstico e aumenta o número de retornos no serviço.</p> <p>Equipes de saúde incompletas. Áreas descobertas.</p> <p>Dificuldade de rastrear parceiro por paciente não ser da área de cobertura da equipe.</p> <p>Pacientes encaminhados para tratamento em outras unidades: falta de recursos financeiros, distância de serviços hospitalares e os profissionais reclamam de dificuldade de controle das doses administradas (falta de registro de tratamento).</p> <p>Pacientes e parceiros vivenciam unidades lotadas, prescrições da atenção primária não aceitas em outros níveis de atenção.</p> <p>Hospitais devolvem pacientes pois sabem que há uma orientação para tratamento na atenção básica.</p> <p>Enfermeiras não realizam diariamente testagem rápida de sífilis, porque aumenta a sobrecarga e o tempo de consulta. Sugerem agendas programáticas (ofertar uma vez na semana).</p> <p>Profissionais não realizam testes rápidos durante pré-natal e desconhecem a necessidade da realização mensal para acompanhamento.</p>	<p>Insegurança dos profissionais para lidarem com os parceiros das mulheres grávidas;</p> <p>Insegurança dos profissionais para administrar o tratamento e ocorrer reações anafiláticas na unidade básica de saúde;</p> <p>Desconforto, constrangimento devido aos encaminhamentos para rede hospitalar (repetição do diagnóstico para profissionais que não tem vínculo, pois não os reconhece e não conhece a história de vida do paciente);</p> <p>Insegurança dos homens (parceiros) que se sentem pouco informados por suas mulheres para receber o tratamento;</p> <p>Medo dos profissionais de violar as questões éticas: ressalvas com busca ativa por violação da confidencialidade;</p> <p>Medo dos profissionais de risco de eventos adversos no tratamento na unidade básica;</p> <p>Desconforto das mulheres para informar os parceiros e gostariam da presença dos profissionais;</p>	Profissionais não se sentem capazes de tomar qualquer medida além do cuidado da gestante e não demonstraram interesse em mudar essas práticas.

Categorias	Vulnerabilidade social	Organização do serviço/processo de trabalho	Sentimentos envolvidos no tratamento	Comportamentos/ atitudes de homens, suas parcerias e profissionais de saúde
ESTUDO S (2017)⁹	Baixa escolaridade	Demora no diagnóstico, relacionada a emissão dos resultados que não ocorrem em tempo oportuno. Falhas/ausência de orientações sobre diagnóstico e tratamento de sífilis durante o pré-natal. Poucas pacientes receberam diagnóstico durante o pré-natal, menos da metade recebeu diagnóstico no puerpério	Constrangimento da mulher em contar para o seu parceiro, devido a possibilidade de julgamento relacionado a seu passado como trabalhadora do sexo.	Gestante não compreende a sua doença, influenciando na sua capacidade de notificar o parceiro.

Organização do serviço/processo de trabalho

Quanto às fragilidades dos serviços de saúde que podem interferir no tratamento da sífilis, foram citadas a falta de recursos humanos e a indisponibilidade de testes e insumos, evidenciados nos estudos S2, S3 e S4.^{11,7,8} A necessidade do tratamento ser realizado em uma unidade diferente daquela em que foi processado o diagnóstico é relatado como um fator importante para o não acompanhamento no tratamento, como apontam os estudos S2 e S4.^{11,8}

O aconselhamento incipiente e o fato do pré-natal não incluir a participação do parceiro foi apontado como um fator de fragilidade pelo estudo S5, relacionando-se diretamente com a falta de diretrizes para a garantia de melhores práticas na oportunização de diagnóstico e tratamento.⁹

O estudo S2 destaca que o aconselhamento, as orientações e a educação em saúde são deficitários no fortalecimento do vínculo e da confiança entre profissionais e pacientes e entre homens e mulheres (casal)¹¹.

Sentimentos envolvidos no tratamento

Os estudos S3, S4 e S5 revelam, a partir de relatos de gestantes com sífilis, o medo/receio em contar para os parceiros sobre a infecção,

por não possuírem entendimento correto sobre sua doença. Esse medo também está ligado a prováveis desconfiças por parte dos parceiros, bem como violência e abandono.^{7,8,9}

Comportamentos/atitudes de homens, suas parcerias e profissionais de saúde

Os estudos S1 e S2 apontam que a falta de entendimento, a ausência de sintomas e também o medo da medicação influenciam os homens a não buscarem ou não aderirem ao tratamento.^{10,11} Além disso, estão envolvidos outros fatores relacionados a sua visão pessoal de gênero, de seu papel como homem na sociedade assim como o papel da sua parceria, atribuindo o fato de estar infectado a uma possível infidelidade da mesma. Em outros casos, o relacionamento do homem com a parceria nem sempre é bem estabelecido, o que incita desconfiças e dificulta na comunicação do diagnóstico e da adesão ao tratamento.^{7,8}

Discussão

A dificuldade de tratamento do homem como parceiro sexual de portadores de IST pode estar relacionada à própria construção histórica das políticas de saúde, que sempre foram exclu-

dentes, prejudicando a procura por atendimento.³

Desse modo, estudar os aspectos no acesso dos homens ao diagnóstico e tratamento de IST sugere não apenas ater-se à oferta, organização e qualidade dos serviços, mas também a questões pessoais, sociais, históricas e culturais. Além desses, a cultura do machismo, tão presente em nossa sociedade brasileira, é um fator a ser considerado pelas equipes de saúde na abordagem a pacientes e suas parcerias.

Neste sentido, é de se esperar que a comunicação do diagnóstico e da necessidade de tratamento tenha sido uma das principais dificuldades, tanto para as mulheres quanto para os profissionais de saúde, como apresentado neste estudo. Torna-se importante investimento em ações de educação em saúde, de maneira lúdica, com linguagem adequada e que aborde conteúdos que vão além dos sinais e sintomas da doença, assegurando a compreensão.

Em relação à organização do serviço/processo de trabalho, verificamos que há uma série de aspectos que podem comprometer a eficácia do início e a continuidade do tratamento de sífilis na população masculina. Possivelmente, o mais importante é o fato do tratamento não ser realizado na mesma unidade onde o diagnóstico é realizado. Além disso, a falta de comprovação do tratamento parece dificultar o cuidado, uma vez que as informações sobre prescrições, resultados de exames, entre outras, podem ser perdidas nessas *idas e vindas* aos diversos serviços de saúde.

Palácio¹² descreve que há um grande desafio na dicotomia estabelecida entre a necessidade de permitir a autonomia do indivíduo nas suas escolhas de cuidado de saúde. O fluxo precisa ser estruturado pelas linhas de cuidado a essas populações, para garantir a continuidade de atendimento. Deve-se levar em conta que o deslocamento da unidade básica de saúde para os serviços de referência e hospitais envolvem dificuldades econômicas e sociais dos pacientes.

Em populações de HSH, o medo de desaprovção e discriminação por parte dos profissionais de saúde pode dissuadir essa população na busca dos serviços de saúde. No estudo de Brignol¹³ mais de 60% dos entrevistados já haviam sofrido discriminação por sua raça, cor ou orientação sexual, apresentando-se como uma barreira real no acesso ao serviço.

Consideramos ser importante o estabelecimento de uma linha de cuidado para o tratamento da sífilis que assegure a integralidade, aliada a educação permanente dos profissionais de saúde da rede de serviços, com o objetivo de proporcionar conhecimentos sobre a sífilis e seu tratamento e desenvolver tecnologias leves como dispositivo para o atendimento humanizado, visando à (re) organização dos processos de trabalho de forma a garantir uma abordagem adequada e vínculo.

Outra questão que merece destaque é a insegurança relatada por profissionais para administração da penicilina. Foi evidenciado que o uso de cloridrato de lidocaína como diluente para a penicilina benzatina G não altera a concentração de penicilina nos fluidos corporais e reduz significativamente a dor da injeção¹⁴.

Os comportamentos/atitudes dos envolvidos no tratamento da sífilis certamente podem se constituir como obstáculos para seu início ou continuidade. O estigma, a falta de conhecimento sobre a doença, o tempo, os custos investidos no tratamento e os conflitos familiares decorrentes do diagnóstico precisam estar sempre em pauta no planejamento da gestão e das equipes de saúde em relação ao cuidado das pessoas com sífilis.

Como limitação deste estudo, observou-se um reduzido número de estudos qualitativos envolvendo as motivações e percepções dos homens sobre seu tratamento, sendo mais comum a busca da opinião de parceiras mulheres, em sua maioria gestantes, e de profissionais de saúde, obtendo assim indiretamente as informações. Na estratégia de busca, o fato de não terem sido previstos termos

como: barreiras ou dificuldades no tratamento podem ter limitado os achados. Não foi utilizada uma abordagem de confiança nos achados, além da limitação do tempo para o desenvolvimento da pesquisa também apresentar-se como fator limitante.¹⁵

Considerações Finais

Um conjunto de percepções envolvendo a vulnerabilidade social, o processo de trabalho, sentimentos e comportamentos/attitudes são revelados nos discursos de homens, suas parceiras e profissionais de saúde que podem influenciar no tratamento da sífilis.

Este estudo pode contribuir para direcionar e impulsionar futuras pesquisas que retratem as mais diversas motivações, percepções e vulnerabilidades de homens relacionadas à sua adesão ao tratamento da sífilis, uma vez que existem lacunas no contexto de estudos que abordam essa temática.

É importante ressaltar que a sífilis é um tema complexo, imbuído de diversos valores pessoais e interpretações culturais. Informações sobre o comportamento dos parceiros, podem nos ajudar a indagar, mas não afirmar de fato, quais as percepções que estão envolvidas no tratamento.

Referências

1. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol* [internet]. 2006 [acesso em 26 de set de 2018];81(2):111–26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000200002&lng=pt&tling=pt.
2. Organização Pan-Americana da Saúde (BR). [internet]. 2018 [acesso em 24 de out de 2018]. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/>.
3. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097.
4. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A.

Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*. 2016;5(1):210.

5. Snilstveit B, Oliver S, Vojtkova M. Narrative approaches to systematic review and synthesis of evidence for international development policy and practice. *Journal of Development Effectiveness*. 2016;4(3):409-429.

6. Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (Qualitative) Checklist. [online] Available at: https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf. Accessed: 30/03/2019.

7. Williams B, Garcia P, Carcamo C, Chiappe Guterres M, De la Rosa Roca S, Calderon MV, Peeling R. Partner notification and treatment for maternal syphilis in Lima, Peru: knowledge, attitudes, and practices of health providers and patients. *Sex Transm Infect*. 2011; 87(1).

8. Rocha AFB, Araújo MAL, Miranda AE, Ponce de Leon RG, Silva Junior GB, Vasconcelos LDPG. Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2019; 19:65.

9. Silva MRB, Silva AP, Messias CM, Silva HCDA, Silva LA, Rizzo ER. Conhecimento das puérperas sobre a sífilis: Transmissão e tratamento. *Revista Nursing*, 2017;20 (224):1556-1560.

10. Silva Junior GB, Rocha AFB, Romualdo KS, Xavier PS, Araújo MAL. Primary healthcare workers' perceptions regarding calling sexual partners of pregnant women with syphilis for treatment. *Sex Transm Infect* 2017;93(2):A1–A272.

11. Figueiredo MSN, Cavalcante EGR, Oliveira CJ, Monteiro MFV, Quirino GS, Oliveira DR. Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. *Rev Rene*. 2015;16(3):345-54.

12. Palacio MB, Figueiredo MAC, Souza LB. O cuidado em HIV/AIDS e a atenção primária em saúde. *Psico*. 2012;43(3):360-367.

13. Brignol S, Dourado I, Amorim LD, Kerr LRSF. Vulnerabilidade no contexto da infecção por HIV e sífilis numa população de homens que fazem sexo com homens (HSH) no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2015;31(5):1-14.

14. Amir J, Ginat S, Cohen YH, Marcus TE, Keller N, Varsano I. Lidocaine as a diluent for administration of benzathine penicillin G. *Pediatr Infect Dis J*. 1998;17(10):890–3.

15. Taylor B, Henshall C, Kenyon S, Litchfield I, Greenfield S. Can rapid approaches to qualitative analysis deliver timely, valid findings to clinical leaders? A mixed methods study comparing rapid and thematic analysis. *BMJ open*. 2018; 8(10).

Motivações, pensamentos e sentimentos associados à ideação suicida de adolescentes brasileiros: uma síntese rápida de evidências qualitativas

Motivations, thoughts and feelings associated with suicidal ideation for Brazilian adolescents

Alex Sander Bacheга^I, Sau Pereira Tavares de Oliveira^{II}, Andressa de Lucca^{III}, Bento Gabriel Valdes^{IV}, Débora Dupas Gonçalves do Nascimento^V, Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira^{VI}, Jorge Otávio Maia Barreto^{VII}

Resumo

Este estudo teve como objetivo sintetizar as evidências sobre motivações, pensamentos e experiências de adolescentes brasileiros com ideação suicida. A busca foi realizada em MEDLINE, EMBASE, LILACS, PsycINFO, Google Scholar e Google. A seleção de artigos, a extração de dados e a avaliação da qualidade metodológica foram realizadas por dois pesquisadores independentes. De 3.496 artigos identificados, quatro foram incluídos. As principais motivações para a ideação suicida foram a fragilidade dos vínculos, quadro depressivo e carência afetiva. Os sentimentos predominantes foram solidão, tristeza, desamparo e desesperança. Os pensamentos relacionados com a crença de estar só no mundo e de não enxergar solução para seus sofrimentos e conflitos foram relatados. A ideação suicida pode ser um fenômeno importante entre adolescentes brasileiros, requerendo a atenção da sociedade, especialmente da academia e governo, para ampliar a base de evidências e a discussão sobre políticas públicas preventivas ao suicídio.

Palavras-chave: adolescentes, ideação suicida, síntese de evidências qualitativas.

Abstract

The objective of this study was to synthesize evidence related to the motivations, thoughts, and suicidal ideation experiences among Brazilian adolescents. The search was performed in MEDLINE, EMBASE, LILACS, PsycINFO, Google Scholar e Google. The articles selection, data extraction and methodological quality evaluation were performed by two independent researchers. Of 3.496 identified articles, four studies were included. The main motivations for suicidal ideation were fragile bonds, depression, and lack of affection. The predominant feelings were loneliness, sadness, helplessness, and hopelessness. Thoughts related to the belief that one is alone in the world and to not seeing a solution to one's sufferings and conflicts have been reported as related. Suicidal ideation may be an important phenomenon among Brazilian adolescents, requiring society's attention, especially by academics and the government, to expand the base of qualitative evidence and discussion of preventative public policy for suicide.

Keywords: adolescents, suicidal ideation, qualitative evidence synthesis.

^I Alex Sander Bacheга (alexanderbachega@gmail.com) é Psicólogo, Especialista em Gestalterapia, compõe o Núcleo de Evidencia de Mato Grosso do Sul.

^{II} Sau Pereira Tavares de Oliveira (sau_med@hotmail.com) é Médico, Psicanalista, Mestrando em Estratégia de Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS no Núcleo de Evidencia de Mato Grosso do Sul.

^{III} Andressa de Lucca Bento (andressa.enf.lb@gmail.com) é Enfermeira, Especialista em Políticas Informadas por Evidências, Mestranda em Estratégia de Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS no Núcleo de Evidencia de Mato Grosso do Sul.

^{IV} Gabriel Valdes (gabrielv1990@hotmail.com) é Enfermeiro, Especialista em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde, Mestrando em Estratégia de Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Secretaria

Municipal de Saúde de Campo Grande/MS no Núcleo de Evidencia de Mato Grosso do Sul.

^V Débora Dupas Gonçalves do Nascimento (debora.dupas@fiocruz.br) é Fisioterapeuta, Especialista em Saúde Coletiva pela UFSCar, Mestre em enfermagem e Doutora em Ciências pela USP pesquisadora em saúde pública da Fundação Oswaldo Cruz - Mato Grosso do Sul.

^{VI} Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira (sandrinhaleone@gmail.com) é Enfermeira, Especialista em Políticas Informadas por Evidências, Mestre em Saúde Coletiva, Doutora em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Vinculada a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Faculdade de Medicina, Núcleo de Evidencia de Mato Grosso do Sul.

^{VII} Jorge Otávio Maia Barreto (jorge.barreto@fiocruz.br) é Doutor em Políticas Públicas. Pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz, Brasília.

Introdução

No Brasil, cerca de onze mil pessoas tiraram a própria vida em 2017, o que representou a quarta maior causa de morte em jovens de 15 a 29 anos. Entre 2011 e 2016 foram notificados 176.226 casos de lesões autoprovocadas, das quais 27,4% foram tentativas de suicídio.^{1,2,3}

Um dos principais sinais desencadeadores do comportamento suicida no adolescente, fase compreendida entre 10 e 19 anos, é a ideação suicida. Esta é caracterizada por pensamentos de atuação como agente da própria morte. A ideação suicida varia em gravidade e especificidade, porém sua existência eleva o risco de suicídio, especialmente na adolescência, em que estão presentes conflitos, mudanças e desafios característicos dessa fase da vida.^{4,5,6,7}

O suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial que engloba aspectos biológicos, socioculturais e econômicos, da história pessoal e familiar, assim como eventos traumáticos. Na adolescência, todos estes fatores são ainda mais potencializadores de estresse, devido à vulnerabilidade marcada por mudanças nos aspectos físicos, sexuais, cognitivos e emocionais, caracterizando-se como a fase de reorganização emocional.⁸

Considerando a relevância social, os aspectos culturais do adolescente brasileiro e a importância de construir evidências dirigidas ao aprimoramento das políticas públicas no Brasil, o objetivo do estudo foi sintetizar evidências qualitativas que abordaram motivações, pensamentos e sentimentos relacionados à ideação suicida.

Métodos

Este estudo é uma síntese rápida de evidências qualitativas.⁹ Utilizou-se o PRISMA¹⁰ para apoiar a descrição e a transparência do relato, e a pergunta sobre o fenômeno de interesse foi formulada a partir do acrônimo SPIDER.¹¹ As buscas foram conduzidas em fevereiro de 2019, no MEDLINE (via PubMed), EMBASE (via Elsevier), LILACS (via BVS), PsycINFO e Google Scholar e Google Search (05 primeiras páginas), sem restrição de período e língua. A estratégia de busca utilizada foi ((*suicidal ideation or suicide idea or motivation or expectation*) and (*adolescent or youth* or child**) and (*brazil or brazilians or latin**)), para todas as bases de dados, exceto EMBASE, a estratégia foi ((*'suicidal ideation'/exp OR 'motivation*' OR 'expectation*' AND ('adolescent*' OR 'juvenile*' OR 'child*')*) AND (*'brazil'/exp OR 'brazilian*' OR 'hispanic'/exp*)). Para busca de adicional literatura cinzenta foi utilizado novamente o Google Scholar cuja estratégia de busca foi “estudo de caso” “ideação suicida” “adolescente”.

A seleção por título, resumo e leitura do texto integral foi realizada por dois pesquisadores independentes (ASB e SPTO). As discrepâncias foram resolvidas por consenso. Utilizou-se o sistema de gerenciamento de referências Rayyan¹² para a seleção dos estudos. Foram selecionados estudos sobre adolescentes residentes no Brasil, com idades entre 10 e 19 anos, que apresentavam motivação e pensamentos relacionados à ideação suicida. Dada a natureza subjetiva da temática e a necessidade de compreender o fenômeno em sua totalidade, optou-se por estudos de natureza qualitativa.

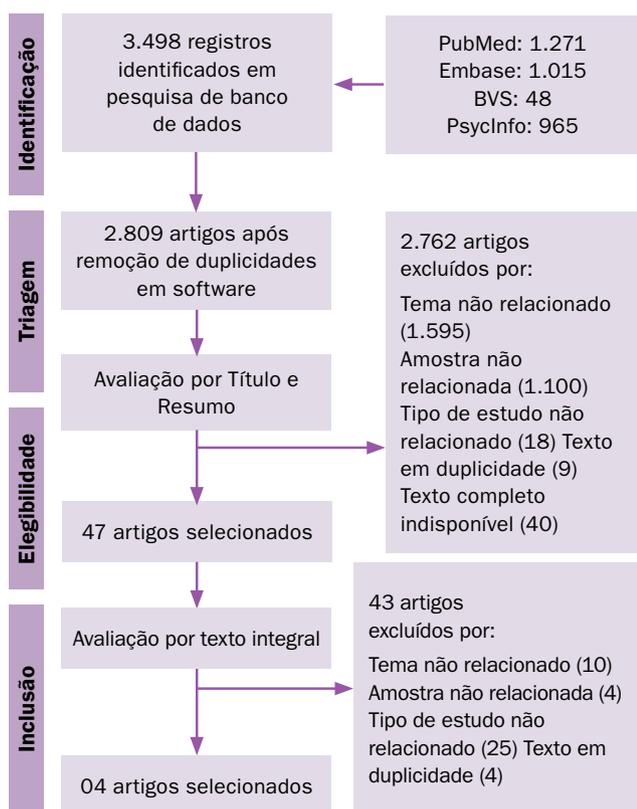
As seguintes informações foram extraídas dos estudos selecionados: objetivo, tipo e local do estudo, população, abordagem metodológica e características sociodemográficas dos participantes (idade, sexo, etnicidade, perfil socioeconômico), achados sobre motivações, sentimentos

e pensamentos relacionados com a ideação suicida. Para avaliação de qualidade metodológica foi utilizado o instrumento *Critical Appraisal Skills Program (CASP)*.¹³

Realizou-se metassíntese qualitativa por meio de síntese interpretativa¹⁴ dos dados, cujos núcleos temáticos foram: motivações, pensamentos e sentimentos. Por tratar-se de estudo de revisão de literatura, não foi submetido a análise de Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e discussão

Quatro estudos foram selecionados para análise,¹⁵⁻¹⁸ conforme apresentado na Figura 1.



Na avaliação da qualidade metodológica, os estudos S1¹⁵ e S4¹⁷ apresentaram alta qualidade, enquanto S2¹⁸ foi de qualidade moderada e S3¹⁶ de baixa qualidade.

As limitações desta síntese de evidências têm relação com o reduzido número de estudos, em sua maioria estudos de caso, indicando que os achados são insuficientes para responder a questão de pesquisa de forma conclusiva. Além disso, revisões rápidas apresentam suas próprias limitações metodológicas.⁹

Para apoiar a compreensão dos achados dos estudos, os mesmos foram organizados em núcleos temáticos que abordaram motivações, pensamentos e sentimentos do fenômeno de interesse relacionados à ideação suicida em adolescentes brasileiros (Quadros 1 e 2).

Motivações

As principais motivações relacionadas a ideação suicida nos estudos S1¹⁵ e S3¹⁶ são: “amor não correspondido” e “fragilidade dos vínculos familiares”. Outras causas foram encontradas relacionadas aos conflitos familiares como “escassas demonstrações de carinho”, “ausência de respeito entre os membros da família”, “desavenças familiares” e “falta de valorização do adolescente no seu aspecto físico e estético”.

Apesar da frustração amorosa não ser um fator único diante das inúmeras fragilidades que advém das relações, a relação amorosa ganha grande importância na construção do imaginário do adolescente, que deposita na relação a expectativa de suprir o desamparo, fruto dos conflitos familiares.¹⁵ A dissolução dos vínculos, as fragilidades dos vínculos familiares, juntamente com as dificuldades financeiras são identificados como elementos desencadeadores.¹⁶⁻¹⁸

Os estudos S2¹⁸ e S3¹⁶ descrevem que uma vida familiar conflituosa com desavenças,

combinado a um estado depressivo, com sintomas como baixa estima, intensa tristeza, sentimento de abandono, desesperança, solidão, insônia e inutilidade, predispõem os adolescentes a pensarem sobre o suicídio.

O estudo S4¹⁷, traz como motivações desencadeadoras presentes no sexo feminino a ausência de amor, estado de sofrimento psíquico e desesperança do “ser suicida”. Já no sexo masculino, as motivações são representadas como uma atitude de desespero, um ato de fraqueza diante de algum problema e são descritas de forma ambígua, como “algo ruim” e como “algo que traz alívio”.

Segundo Borges e colaboradores,²⁰ assim como Botega,²¹ as depressões leve, moderada e grave estão comumente ligadas à presença de ideação suicida. Adolescentes com quadros depressivos tem uma razão de chance doze vezes maior de desenvolver ideação suicida comparada a jovens sem depressão.

Pensamentos

Quanto aos pensamentos, o estudo S1¹⁵ descreve a percepção de uma adolescente de que não basta ter suporte econômico, pois a falta de amparo afetivo e o sentimento de solidão e rejeição estão relacionados a ideação suicida.

Segundo Minayo e colaboradores²² ao invés de olharmos para o suicídio como “algo isolado” deveríamos percebê-lo como um fato social, considerando os laços sociais de extrema relevância, assim como os desenlaces e conflitos nas relações.

Na adolescência, a tentativa de suicídio, muitas vezes é desencadeada pelas dificuldades em saber expressar seus próprios sentimentos, evidenciadas nos discursos dos adolescentes do estudo S2.¹⁸ Muitos adolescentes buscam refúgio no seu mundo interno, porém

alguns mais sensíveis e sentimentais podem desenvolver quadros depressivos com notáveis sintomas de descontentamento, confusão, solidão e tristeza.

Os pensamentos e circunstâncias que levam o indivíduo a tentar suicídio e a ideação suicida são inúmeros, porém o que fica evidenciado nos estudos é que as dificuldades em lidar com situações de sofrimento provocam pensamentos que podem desencadear na ideação suicida. Silva e colaboradores²³ apontam que 60% dos indivíduos que consumaram o ato tinham ideação suicida.

No estudo S4¹⁷, os discursos dos adolescentes relacionadas à ideação suicida, representam um ato de desespero e fraqueza diante dos problemas.

Sentimentos

O sentimento de solidão esteve presente em todos os estudos,¹⁵⁻¹⁸ seguidos pelos sentimentos de tristeza,^{15,16,18} desesperança,¹⁶⁻¹⁸ desamparo,^{15,18} desespero,^{15,18} fracasso,^{15,18} além dos outros sentimentos como angústia, raiva, irritação, frustração, abandono e sofrimento.^{15,16,18} São indicadores úteis para pais, educadores, profissionais de saúde e gestores na elaboração de políticas e intervenções sobre o tema.²⁴

O sentimento de solidão nos estudos¹⁵⁻¹⁸ está fortemente ligado ao isolamento social e a fragilidade dos laços afetivos, principalmente familiares. Ainda que as situações de “sentir-se só mesmo acompanhado” ou “rompimentos de relações de namoro” sejam comuns, a degradação das relações intrafamiliares se mostrou recorrente, chegando a ser apontada como possível causa principal, apenas encoberta ou reeditada nas outras relações. No relato S2¹⁸ a adolescente deixou claro o sentimento de

tristeza sem sentido, não sabendo lidar com ela, o que gera uma angústia paralisante.

O sentimento de tristeza^{16,18} está relacionado a perda das relações, desamparo, como também a quadros depressivos.^{15,16,18} A adolescência é um momento marcado pelo aprendizado de lidar com os acontecimentos subjetivos da vida, onde as exigências sociais, a valorização da independência e da autonomia contribuem para o aumento dos índices de depressão.^{15,16,18}

Os sentimentos de solidão, tristeza, desesperança e desamparo, são predominantes, sobretudo frente às frustrações amorosas, sem o suporte dos laços familiares. A precariedade das redes de apoio, sobretudo no âmbito familiar, mostrou-se importante, sendo diretamente relacionado à ideação e tentativa de suicídio.^{15,16,18}

Todos os trabalhos analisados trouxeram a ideação suicida como uma resposta à dor psíquica. O sentimento de desespero ou desesperança em relação à cessação do sofrimento apresentou-se como motivação para a ideação e tentativa de suicídio. A impulsividade na busca de alívio foi levantada como o mecanismo para os atos suicidas, sendo característica do comportamento habitual de adolescentes, que acabam por ver a morte como uma solução rápida e mais fácil para um problema que aparenta ser insolúvel.¹⁵⁻¹⁸

Considerações Finais

Os estudos trazem a importância de compreender o comportamento suicida não apenas

como um problema do indivíduo, e sim como um fenômeno que envolve aspectos sociais, incluindo as condições socioeconômicas, fragilidades dos vínculos familiares que podem ocasionar experiências de sofrimento psíquico e um quadro depressivo evidenciado pelos sentimentos de solidão, tristeza, desamparo e desesperança com relação ao futuro, são estruturantes na ideação suicida.

Quanto aos pensamentos narrados pelos adolescentes, a crença de que estão só e não enxergam resolução para seus sofrimentos, associados a pensamentos depreciativos como a de que sua vida não tem importância, levam a pensarem em tirar a sua própria vida.

A partir dessa revisão fica evidente que há necessidade da ampliação de estudos primários qualitativos relacionados a motivações, pensamentos e sentimentos associados à ideação suicida entre adolescentes, para que, principalmente, os trabalhadores da educação e da saúde possam manejar adequadamente os casos de ideação suicida no âmbito individual, familiar e comunitário; e ainda para que os gestores possam contar com o auxílio destas evidências nas tomadas de decisão.

Partindo dos dados apresentados, situações de fragilidade ou rompimentos de vínculos e sentimentos de solidão, tristeza, desesperança, desamparo, desespero e fracasso emergem como sinais de alerta para investigação da presença de ideação suicida em adolescentes, permitindo direcionamento e intervenção profissional em tempo oportuno para evitar suicídios consumados.

Quadro 1 - Descrição dos estudos incluídos no estudo segundo autor e ano, questão de pesquisa, método e avaliação da qualidade metodológica.

Estudo	Autor, ano	Método, coleta	Participantes, cenário e local	Questão de pesquisa	CASP	
					% da pontuação total	Qualidade
S1 ¹⁵	Vieira; Freitas; Pordeus; Lira; Silva, 2009	Abordagem antropológica, pesquisa documental, observação participante e entrevista semi-estruturada.	12 adolescentes, entre 10-19 anos Feminino (83%) Diagnóstico de tentativa de suicídio Vinculação familiar frágil com ambos os pais Hospital de emergência, Fortaleza, Ceará	As razões de tentativas de suicidas em adolescentes, analisando sua repercussão no contexto familiar e social	70%	Alta
S2 ¹⁸	Amaral; Pereira; Silva; Kuhn, 2017	Estudo de caso a partir dos atendimentos realizados.	01 adolescente de 16 anos, feminino Diagnóstico: crise de choro, tristeza profunda e palpitação no coração. Vinculação familiar íntegra com a mãe e frágil com o pai Local: CAPSi, Porto Alegre- RS	Identificar as possibilidades de intervenção com vistas à adesão ao tratamento, a partir da investigação das fichas dos atendimentos de adolescente com ideação suicida	50%	Moderada
S3 ¹⁶	Hildebrandt; Zart; Leite, 2011	Pesquisa descritiva, coleta utilizada entrevista semiestruturada e análise temática.	03 adolescentes entre 13-18 anos Feminino (67%) Íntegra com a mãe e frágil com o pai Diagnóstico: tentativa de suicídio Hospital de município do interior do Rio Grande do Sul	Conhecer e analisar as razões que levaram adolescentes a tentar suicídio e os métodos por eles utilizados.	10%	Baixa
S4 ¹⁷	Araújo; Vieira; Coutinho, 2010	Pesquisa de campo, abordagem multimétodo de cunho qualitativo e quantitativo. Utilizou-se a técnica de associação livre de palavras e o questionário Biossociodemográfico.	90 adolescentes do ensino médio Idade entre 14-18 anos Feminino (57,7%) Escola municipal de João Pessoa, Paraíba Diagnóstico: tentativa de suicídio	Apreender as representações sociais da ideação suicida elaboradas por adolescentes do ensino médio.	100%	Alta

Quadro 2 - Descrição dos achados sobre motivações, pensamentos e sentimentos relacionados com a ideação suicida dos estudos incluídos

Artigos	Motivações	Pensamentos	Sentimentos
S1 ¹⁵	O “amor não correspondido”, fragilidade dos vínculos familiares, às escassas demonstrações de carinho, as ausências do respeito entre os membros da família, à falta de valorização da pessoa do adolescente, do seu físico e estética.	“Tudo que eu preciso minha tia dá, financeiramente, escola, e o que mais falta é carinho”; “achava que ninguém queria me ver”;	Sentimento de solidão, rejeição, fracasso, desespero ao sofrer (vontade de interromper o sofrimento mais que morrer), desamparo e frustração.
S2 ¹⁸	Quadro depressivo	“ Assisti toda aquela série de televisão “Reasons Why” me identifiquei bastante com a personagem (...) Quando ela está rodeada de amigos, mas ninguém enxerga ela (...) Todos dizem você é nova e bonita tem um futuro pela frente (...) Será que quero um futuro? ”; “Algumas vezes fico andando sozinha pela rua mesmo, e onde eu consigo pensar no que realmente eu quero fazer (...), fico procurando a coragem”. “ (...) não consigo expressar meus sentimentos, não sou de dar carinho, mostrar afeto (...) sou mais racional, evito contato com as pessoas (...)” (Amaral; Pereira; Silva; Kuhn, 2017, p.198) “Estou muito triste, (...) Penso em me matar, já sei como (...), usaria uma faca e cravaria na minha perna (...), mas penso muito na minha mãe (...). (Amaral; Pereira; Silva; Kuhn, 2017, p. 199).	Tristeza, sentimentos de desesperança, solidão, angústia, sentimento de fracasso e de desespero.
S3 ¹⁶	Vida familiar conflituosa, desavenças familiares, fragilidades dos vínculos familiares, estarem em um processo de adoecimento, estado depressivo.	“Pra mim não tinha mais motivo pra continuar. Mas eu queria acabar com aquele sofrimento. E não queria sofrer. Me senti odiado por todos. Achando que ninguém gostava de mim. Parecia que tudo o que eu fazia não estava bom. Eu me sentia um inútil”; “Mas às vezes chego à conclusão que eu não queria estar neste mundo. O que eu queria era sumir, evaporar”;	Tristeza, raiva, insegurança, solidão, desamparo, desesperança com relação ao futuro, humor deprimido, irritável, sentimento de abandono e inutilidade.
S4 ¹⁷	Falta de amor, carência afetiva, busca de alívio, um “fim” para os sofrimentos vivenciados	Representaram a ideação suicida como uma atitude de “desespero”, um ato de “fraqueza” diante de algum “problema”.	Ausência de amor, estado de sofrimento psíquico, desesperança, solidão.

Conflito de interesses: os autores declaram não haver conflito.

Referências

1. Organização Pan-americana da Saúde (BR). Folha informativa - Suicídio [internet]. Brasília (DF): OPAS 2018. [acesso em 9 ago 2019]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839.
2. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico. Suicídio: saber, agir e prevenir [internet]. 2017 [acesso em 11 abr 2019]; 48(30):15. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>.
3. Ministério da Saúde (BR). Setembro Amarelo - Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio. [internet]. 2017 [acesso em 11 abr 2019]. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>.
4. Abdala-Filho E, Chalub M, Telles LEB. *Psiquiatria Forense de Taborda*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.
5. Carlson GA, Cantwell DP. Suicidal Behavior and Depression in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Psychiatry* [internet]. 1982 [acesso em 11 abr 2019]; 21(4):361–8. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002713809609390>.
6. Ruiloba JV. *Introducción a la Psicopatología y la psiquiatria*. Barcelona: Elsevier; 2011.
7. Barrios LC, Everett SA, Simon TR, Brener ND. Suicide ideation among US college students associations with other injury risk behaviors. *J Am Coll Health Assoc*. [internet]. 2000 [acesso em 11 abr 2019]; 48(5):229–33. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10778023>.
8. Assis SG de, Gomes R, Pires T de O. Adolescence, sexual behavior and risk factors to health. *Rev. Saude Publica*. 2014; 48(1):43–51.
9. Taylor B, Henshall C, Kenyon S, Litchfield I, Greenfield S. Can rapid approaches to qualitative analysis deliver timely, valid findings to clinical leaders? A mixed methods study comparing rapid and thematic analysis. *BMJ Open* [internet]. 2018 [acesso em 9 ago 2019]; 8(10):1-13. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/10/e019993#article-bottom>.
10. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Altman D, Antes G, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*. 2009; 6(7):1-10.
11. Cooke A, Smith D, Booth A. Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qual Health Res* [internet]. 2012 [acesso em 11 abr 2019]; 22(10):1435–43. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732312452938>.
12. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* [internet]. 2016 [acesso em 9 ago 2019]; 5:210. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5139140/>.
13. Critical Appraisal Skills Programme. CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Qualitative research [Oxford]: CASP [internet]. 2018 [acesso em 9 ago 2019]. Disponível em: <http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists>.
14. Zimmer L. Qualitative meta-synthesis: a question of dialoguing with texts. 2006; 52(5):546-53.
15. Vieira LJE de S, Freitas MLV, Pordeus AMJ, Lira SVG, E Silva JG. “Amor não correspondido”: discursos de adolescentes que tentaram suicídio. *Cien Saude Colet* [internet]. 2009 [acesso em 8 ago 2019]; 14(5):1825–34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500024&lng=pt&tlng=pt.
16. Hildebrandt LM, Zart F, Leite MT. A tentativa de suicídio na percepção de adolescentes: um estudo descritivo. *Rev Eletr. Enf* [internet]. 2011 [acesso em 8 ago 2019]; 13(2):219–26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.8951>.
17. Araújo LC, Vieira KFL, Coutinho MPL. Ideação suicida na adolescência : um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psico-USF* [internet]. 2010 [acesso em: 9 ago 2019]; 15(1):47–57. Disponível em: <https://www.re-daly.org/articulo.oa?id=401036078006>.
18. Amaral C, Pereira GB, Silva KL, Kuhn SM. Depressão na adolescência com ideação suicida: um estudo de caso. In: *Anais da XI Mostra Científica do Cesuca* [internet]. 2017 [acesso em: 9 ago 2019]; (11):199-214. Disponível em: <http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/mostrac/article/view/1342>.
19. Dalgalarondo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed; 2018.
20. Borges VR, Werlang BSG, Copatti M. Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. *Barbarói* [internet]. 2008 [acesso em 9 ago 2019]; 28(1):109–23. Disponível em:

<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/19219>.

21. Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015.

22. Minayo MC de S, de Assis SG, de Souza ER, Correia BSC, Pacheco ML, Delgado, PGG. Suicídios no Brasil: Mortalidade, Tentativas, Ideação, Comportamento Autopunitivo e Prevenção [internet]. 2010 [acesso em 9 ago 2019]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/62783655-Suicidios-no-brasil-mortalidade-tentativas-ideacao-comportamento-autopunitivo-e-prevencao.html>.

23. Silva VF da, Oliveira HB de, Botega NJ, Marín-León L, Barros MBA, Dalgalarrodo P. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. Cad Saude Publica. [internet]. 2006 [acesso em 12 abr 2019]; 22(9):1835–43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900014&lng=pt&tlng=pt.

24. Abed A. O desenvolvimento das habilidades socioemocionais como caminho para aprendizagem e o sucesso escolar de alunos da educação básica. São Paulo: UNESCO; 2014.

Revisão Rápida para informar a Política Nacional de Medicamentos Biológicos no SUS

Rapid review to inform the National Policy on Biological Medicines in SUS

Cecilia Menezes Farinasso^I, Roberta Borges Silva^{II}, Betânia Ferreira Leite^{III}, Dalila Gomes Fernandes^{IV},
Virginia Kagure Wachira^V, Aurelina Aguiar de Lima^{VI}, Daniela Fortunato Rêgo^{VII}, Luciana Simões Camara Leão^{VIII},
Camile Giarretta Sachetti^{IX}

Resumo

Contexto: O gasto elevado com medicamentos biológicos ameaça a sustentabilidade dos serviços de saúde. O objetivo da presente revisão rápida foi embasar a discussão da Política Nacional de Medicamentos Biológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da identificação de barreiras de acesso a esses medicamentos. **Metodologia:** Revisão rápida da literatura nas fontes de informação Medline via PubMed, EMBASE, Biblioteca Cochrane e *Center for Review and Dissemination (CRD)*. **Resultados:** Foram incluídos nove estudos com delineamento transversal. No contexto do usuário, as barreiras foram a falta de conhecimento sobre o medicamento, a distância entre a moradia e o serviço de saúde, os longos períodos de espera por atendimento e a passividade sobre decisão de tratamento. Para os profissionais de saúde, as barreiras referem-se a aceitabilidade em relação ao medicamento, intercambialidade e substituição, percepção de ausência de dados clínicos que favoreçam eficácia e segurança. No contexto do gestor, as barreiras foram alto custo do medicamento, problemas de reembolso e de assistência. Não foram encontradas barreiras no âmbito governamental do sistema de saúde nos estudos incluídos, apenas no âmbito privado, isto é, a propriedade industrial. **Conclusão:** Para que políticas de saúde sejam efetivas, é essencial o emprego de evidências científicas. São necessárias soluções para as barreiras de acesso de medicamentos biológicos.

Palavras-chave: Revisão rápida; Produtos Biológicos; Políticas Informadas por Evidências.

Abstract

Background: High costs with biological medicines threaten the sustainability of healthcare services. The objective of the present rapid review was to inform the discussion of the National Policy for Biological Medicines within the Brazilian Unified Health System (SUS), through the identification of barriers to the uptake of these medicines. **Methodology:** Rapid review of the data sources: Medline via PubMed, EMBASE, Cochrane Library and Centre for Reviews and Dissemination. **Results:** Nine cross-sectional studies were included. For the users, the barriers were lack of knowledge about the treatment, the distance between residence and healthcare services, the long waiting periods for care and the passivity about the treatment decisions. For the health professionals, the barriers were acceptability of treatment, interchangeability and substitution and the perception of lack on clinical data of efficacy and safety. For the payers, the barriers were high cost of medicines, reimbursement and assistance problems. No barriers were found for healthcare system in the included studies, only regarding the private sector, which was the patent protection. **Conclusion:** It is essential that decision makers use scientific evidence in healthcare policies. There is a pressing need to identify solutions to the barriers to access biologic medicines identified in this rapid review.

Keywords: Rapid review; Biological Products; Evidence-Informed Policy.

^I Cecilia Menezes Farinasso (cecilia.farinasso@saude.gov.br) é Farmacêutica, Especialista em Análises Clínicas e Toxicológicas e Mestre em Ciências da Saúde. Consultora Técnica. Departamento de Ciência e Tecnologia.

^{II} Roberta Borges Silva (roberta.silva@saude.gov.br) é Nutricionista, Mestre em Nutrição Humana. Consultora Técnica. Departamento de Ciência e Tecnologia. Técnica. Departamento de Ciência e Tecnologia.

^{III} Betânia Ferreira Leite (betania.leite@saude.gov.br) é Farmacêutica, MBA em Economia e Avaliação de Tecnologias em Saúde. Consultora Técnica. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias.

^{IV} Dalila Gomes Fernandes (dalila.gomes@saude.gov.br) é Sanitarista, Especialista em Saúde Coletiva e Mestre em Saúde Coletiva. Consultora Técnica. Departamento de Ciência e Tecnologia.

^V Virginia Kagure Wachira (virginia.wachira@saude.gov.br) é Enfermeira, Mestre em Medicina Tropical. Consultora Técnica. Departamento de Ciência e Tecnologia.

^{VI} Aurelina Aguiar de Lima (aurelina@saude.gov.br) é Nutricionista, Especialista em Gestão Pública e Especialista em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências. Consultora Técnica. Departamento de Ciência e Tecnologia.

^{VII} Daniela Fortunato Rêgo (daniela.rego@saude.gov.br) é Cirurgiã dentista, Especialista em Avaliação em Saúde e Mestre em Ciências da Saúde. Analista Técnica de Políticas Sociais. Departamento de Ciência e Tecnologia.

^{VIII} Luciana Simões Camara Leão (luciana.leao@saude.gov.br) é Farmacêutica, MBA em Economia e Avaliação de Tecnologias em Saúde. Consultora.

^{IX} Camile Giarretta Sachetti (camile.sachetti@saude.gov.br) é Farmacêutica, Especialista em Farmacologia, Bioética e Pesquisa Clínica, Mestre em Ciências da Saúde. Diretora do Departamento de Ciência e Tecnologia.

Contexto

Os gastos com medicamentos pressionam os sistemas de saúde, uma vez que os recursos são finitos e a prevalência de condições crônicas aumentou devido à transição epidemiológica.¹ Vários países enfrentam esse problema, com medicamentos cada vez mais especializados e caros.

O governo federal brasileiro tem destinado cerca de R\$ 15 bilhões por ano para programas ambulatoriais de assistência farmacêutica, com destaque para medicamentos especializados, os quais abrangem cerca de metade do orçamento.² No Brasil, a saúde pública é um direito constitucional, o que torna o Ministério da Saúde o responsável por 60% de todas as aquisições no mercado de produtos biológicos, aumentando o interesse de indústrias farmacêuticas em tê-lo como comprador. Apesar de representarem apenas cerca de 2% de todos os medicamentos adquiridos, os medicamentos biológicos englobam 40% do orçamento da assistência farmacêutica do Ministério da Saúde brasileiro.³

As indústrias fabricantes de produtos biológicos de referência têm direito à venda protegida por patente. Uma vez que esse período expira, esses medicamentos podem ser comercializados, sendo mais economicamente acessíveis devido ao menor investimento em pesquisa e desenvolvimento e do possível impacto da concorrência de mercado. Espera-se que os biossimilares sejam determinantes para reduzir o custo de tratamento com biológicos, garantir a manutenção e ampliar o acesso de usuários ao tratamento.^{2,4,5}

Devido ao arcabouço legal para compras públicas, regido pela Lei nº 8.666/ 1993, no que tange à licitação, é sempre selecionada a proposta mais vantajosa para a administração e promoção do desenvolvimento nacional e

sustentável, ou seja, proposta de menor preço e cujo produto seja desenvolvido no Brasil, e por brasileiros.⁶ Uma vez que medicamentos biológicos de referência e biossimilares compartilham o mesmo princípio ativo, se o biossimilar oferecer a proposta de menor preço ele seria contemplado na licitação, o que acarretaria na substituição automática para pacientes que já estejam em uso do biológico de referência.

Todavia, sociedades médicas e de pacientes brasileiras se posicionaram contra o conceito de intercambialidade e da prática de substituição automática, pois defendem que a troca de um medicamento biológico de referência por um biossimilar seria prerrogativa exclusiva do médico prescritor, em decisão conjunta com o paciente.^{2,7,8} As compras públicas por licitação no contexto do SUS consideram apenas o menor preço, portanto, não são realizadas mediante prescrição.

Grupo de Trabalho

Com vistas à discussão dessas questões, foi instituído o Grupo de Trabalho (GT) para a formulação da Política Nacional de Medicamentos Biológicos no âmbito do SUS, em maio de 2018. Esse grupo teve a responsabilidade de entregar um relatório consolidado com as discussões dos temas pertinentes à pesquisa, desenvolvimento, produção, regulação, acesso e monitoramento do uso de medicamentos biológicos fornecidos pelo SUS.⁹

O GT foi coordenado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) e composto por representantes das instituições: Associação Médica Brasileira (AMB), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Conselho Federal de Farmácia (CFF), Conselho Federal de Medicina (CFM), Câmara de Regulação do Mercado

de Medicamentos (CMED), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde (CONJUR/ MS), Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde (DECIIS), Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS), Departamento de Logística em Saúde (DLOG), Instituto Práticas Seguras no Uso de Medicamentos – Brasil (ISMP-Brasil), Rede Brasileira de Centros de Informação de Medicamentos (REBRACIM), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).¹⁰

O DECIT, em uso de suas atribuições de promover o acesso e o uso sistemático e transparente de evidências científicas e de promover a tradução do conhecimento, prestou auxílio metodológico na condução das discussões do GT.¹¹

Políticas Informadas por Evidências (PIE)

A abordagem de PIE visa fazer com que as melhores evidências científicas disponíveis sejam usadas para informar a tomada de decisão. A operacionalização desse processo varia a depender do contexto e do tipo de decisão a ser tomada.¹² Dessa forma, o DECIT buscou aplicar a abordagem de PIE na condução das discussões do GT de Medicamentos Biológicos, conforme as peculiaridades do contexto. Devido ao curto prazo para as atividades do grupo, foram conduzidos produtos rápidos no formato de síntese de evidências para políticas públicas em saúde.

Logo, a presente revisão rápida, juntamente com enquetes pública e interna ao Ministério

da Saúde, foi usada para fazer o levantamento de problemas relacionados ao uso de medicamentos biológicos. Após o levantamento, os problemas foram priorizados pelo GT, de forma que a intercambialidade de medicamentos biológicos foi priorizada como tema de uma Síntese Rápida para Políticas (ainda não publicada). Por fim, essa Síntese Rápida foi usada para informar um Diálogo para Políticas. Todas essas etapas guiaram a redação do relatório final do GT, que foi entregue aos gestores do Ministério da Saúde, para informar a tomada de decisão.

De forma a apresentar resultados da primeira etapa da formulação da Política Nacional de Medicamentos Biológicos no âmbito do SUS, o objetivo desta revisão rápida foi mapear as principais barreiras relacionadas ao uso/ acesso aos medicamentos biológicos.

Revisão Rápida

Em agosto de 2018, foi realizada busca nas bases de dados Medline (via PubMed), EMBASE, Biblioteca Cochrane e *Centre for Reviews and Dissemination (CRD)*, utilizando combinação para os seguintes termos indexados e sinônimos: “medicamentos biossimilares”, “equivalência terapêutica”, “processo regulatório”, *switching*, barreiras, paciente, profissional, gestor e “sistema de saúde”.

Foram considerados para inclusão estudos de Avaliação de Tecnologias em Saúde, revisões sistemáticas, revisões narrativas, estudos transversais e posicionamentos de organizações que abordassem barreiras relacionadas ao uso de medicamentos biológicos (inovador ou biossimilar). Estudos avaliando eficácia, efetividade e segurança de medicamentos biológicos foram excluídos.

A busca na literatura identificou 640 artigos. Após a retirada de duplicatas, a triagem de

títulos e resumos foi conduzida de forma independente por quatro autoras (CF, RS, BL, DG), sendo selecionados 98 artigos para leitura do texto completo. Para otimizar o tempo de trabalho, de forma acordada com os demandantes, foram incluídos apenas estudos com delineamento transversal. As revisões narrativas foram utilizadas para a discussão. Após avaliação de elegibilidade, nove estudos transversais foram selecionados.

A extração dos dados foi feita por uma autora (RS) utilizando planilha eletrônica e contemplando as informações: autor, ano e país de publicação, título, população-alvo, tamanho da amostra, presença de conflito de interesse e principais barreiras. Não foi realizada a avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos. Os estudos, em sua maioria, conduziram inquéritos em grupos de interesse, como pacientes, profissionais de saúde e gestores. De forma geral, não houve detalhamento do processo de amostragem. As análises foram descritivas, e não foram avaliados desfechos. A presença de conflitos de interesse foi considerada relevante no contexto dos medicamentos biológicos. Essa revisão rápida foi conduzida no intervalo de um mês. Os métodos descritos estão de acordo com as boas práticas para condução de revisão rápida da Organização Mundial da Saúde.¹³

A síntese dos resultados é apresentada de forma narrativa,¹³ apontando as principais

barreiras relacionadas ao acesso ou uso de medicamentos biológicos no contexto de usuários, profissionais, gestão e sistema de saúde. Ademais, foi elaborado glossário, visando fomentar a tradução do conhecimento.

Os estudos incluídos foram publicados entre 2013 e 2018, e foram conduzidos em diferentes países da Europa, Estados Unidos da América (EUA), Argentina, Brasil, México e Nova Zelândia. Os contextos mais recorrentes nos estudos incluídos foram “profissional” e “paciente”. A presente revisão rápida incluiu nove estudos de delineamento transversal, os quais utilizaram, em sua maioria, metodologias qualitativas para a coleta de dados acerca das barreiras relacionadas ao acesso ou uso de medicamentos biológicos. Entrevistas estruturadas, semiestruturadas e questionários foram os instrumentos mais utilizados nestes estudos. Na análise de dados foram utilizados métodos qualitativos, tais como estruturas teóricas, softwares específicos, análise de conteúdo, além de métodos quantitativos.

O Quadro 1 apresenta as principais características dos estudos incluídos na revisão rápida, bem como as barreiras de acesso ou uso de medicamentos biológicos identificadas, estratificadas por perspectiva (usuário, profissional, gestor e indústria).^{4,5,22-28}

Quadro 1. Características dos estudos e principais barreiras ao acesso ou uso dos medicamentos biológicos.

Autor, ano, país	Delineamento do estudo	Nº de participantes	Perspectiva	Barreiras de acesso ou uso
Dylst <i>et al.</i> (2014) ⁴ Bélgica	Estudo transversal qualitativo	19	Profissional	<ul style="list-style-type: none"> Falta de confiança em relação aos medicamentos biossimilares – lacuna de informação entre clínicos Intercambialidade e substituição – variações entre lotes
			Usuário	<ul style="list-style-type: none"> Incentivos financeiros – indústria do medicamento referência oferece desconto e benefícios adicionais aos hospitais (para usuários, clínicos, bolsas, financiamentos), e essas concessões influenciam no comportamento do profissional no momento da prescrição
			Indústria	<ul style="list-style-type: none"> Incentivos financeiros – indústria do medicamento referência oferece desconto e benefícios adicionais aos hospitais (para usuários, clínicos, bolsas, financiamentos), e essas concessões influenciam no comportamento do profissional no momento da prescrição
Hemmington <i>et al.</i> (2017) ⁵ Nova Zelândia	Estudo transversal	110	Profissional	<ul style="list-style-type: none"> Ausência de dados clínicos que apoiam a eficácia do medicamento Evidência sobre eventos adversos ou falta de eficácia do medicamento (biossimilar) Usuário com boa evolução no tratamento atual Usuário com histórico médico complexo
Inotai <i>et al.</i> (2018) ²² Países da Europa Central e Oriental (CEE), e da Comunidade de Estados Independentes (CIS)	Estudo transversal	200	Profissional	<ul style="list-style-type: none"> Similaridade/equivalência Possibilidade de reações imunogênicas.
			Usuário	<ul style="list-style-type: none"> Número limitado de usuários que podem ser tratados com reembolso público Listas de espera de longa duração Duração limitada do tratamento com medicamentos biológicos (com reembolso)
			Gestor	<ul style="list-style-type: none"> Número limitado de usuários que podem ser tratados com reembolso público

Autor, ano, país	Delineamento do estudo	Nº de participantes	Perspectiva	Barreiras de acesso ou uso
Laires <i>et al.</i> (2013) ²³ Portugal	Estudo transversal qualitativo	34	Profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de acesso a serviços de atenção primária: principalmente em regiões rurais; limitação no número de profissionais disponíveis; falta de conhecimento sobre artrite reumatoide por parte do usuário • Dificuldade de diagnóstico da artrite reumatoide
			Usuário	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de acesso a serviços de cuidado em saúde secundários: longos períodos de espera para consultas; acesso dificultado em áreas rurais, hospitais distantes e mobilidade urbana ruim • Dificuldade de acesso a serviços de atenção primária: principalmente em regiões rurais; limitação no número de profissionais disponíveis; falta de conhecimento sobre artrite reumatoide por parte do usuário
			Gestor	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de acesso a medicamentos biológicos: a prescrição hospitalar é um processo afetado pela burocracia; passividade do usuário em relação à decisão de tratamento.
Lammers <i>et al.</i> (2014) ²⁴ EUA, Brasil, México, Turquia, Rússia	Estudo transversal	217	Profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamento não previsto na cobertura do seguro/plano de saúde • Indisponibilidade do medicamento no local da prática clínica • Medicamento não incluído no guia ou protocolo de recomendação para tratamento comumente utilizado • Usuário acometido por comorbidades que impossibilitam o uso do biossimilar • Tratamento de alto custo para o usuário • Ausência de evidências clínicas de eficácia e segurança • Problemas de reembolso
O'callaghan <i>et al.</i> (2017) ²⁵ Irlanda	Estudo transversal	498	Profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupações relacionadas a rastreabilidade, qualidade, perfil de segurança e eficácia, imunogenicidade e eficácia na extrapolação de indicações
Sandorff <i>et al.</i> (2015) ²⁶ Argentina, Brasil e México	Revisão da literatura e estudo transversal	10	Profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Características que mais impactam na decisão de adotar o medicamento biossimilar: orçamento, aceitabilidade do especialista, complexidade da doença, via de tratamento esclarecida, duração de tratamento agudo versus crônico, administração intravenosa ou subcutânea

Autor, ano, país	Delineamento do estudo	Nº de participantes	Perspectiva	Barreiras de acesso ou uso
			Gestor	<ul style="list-style-type: none"> • Características que mais impactam na decisão de adotar o medicamento biossimilar: orçamento, aceitabilidade do especialista, complexidade da doença, via de tratamento esclarecida, duração de tratamento agudo versus crônico, administração intravenosa ou subcutânea
Sullivan et al. (2017) ²⁷ Alemanha	Estudo transversal	161	Profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciais eventos adversos e problemas em longo prazo; • Falta de conhecimento sobre o medicamento; • Alto preço do medicamento.
			Usuário	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciais eventos adversos e problemas em longo prazo; • Falta de conhecimento sobre o medicamento; • Alto preço do medicamento.
Waller et al. (2017) ²⁸ Alemanha	Estudo transversal	311	Profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciais eventos adversos e problemas a longo prazo; • Falta de conhecimento sobre o medicamento; • Alto preço do medicamento.
			Usuário	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciais eventos adversos e problemas em longo prazo; • Falta de conhecimento sobre o medicamento; • Alto preço do medicamento.

Perspectiva dos usuários

Foi observado que para os usuários, as principais barreiras estão relacionadas ao preço do produto e ao nível de conhecimento sobre essa tecnologia.^{4,5,22-28} Este resultado vai ao encontro de revisões narrativas que indicam que o conhecimento prático dos produtores de medicamentos e a incapacidade de interpretar conceitos como a intercambialidade caracterizam barreiras de acesso por parte dos usuários, que tendem a seguir o conselho de seus médicos, e também podem ser “leais à marca”.^{14,15} Além disso, indústrias de medicamentos biológicos de referência têm fortes laços com associações de usuários, o que pode comprometer o aumento do uso de

biossimilares, pois pacientes também tendem a seguir o conselho das associações.¹⁵

Os desfechos clínicos ligados à progressão da doença e à morbidade influenciam a decisão do usuário acerca do uso de um biossimilar ao invés de um biológico de referência, pois temem ser prejudicados pela troca. Ademais, existe a incerteza sobre dados de eficácia e segurança em longo prazo.²⁵⁻²⁸ O nível de interesse de médicos em participar de ensaios clínicos de biossimilares é menor em países nos quais os biológicos de referência estão disponíveis e acessíveis, uma vez que eles pensam que, nesse caso, há falta de benefício para o paciente. Além disso, o interesse do próprio paciente em participar de tal

ensaio clínico também é prejudicado por potencial falta de equivalência clínica entre os tratamentos, caso o medicamento de referência esteja comercialmente disponível para este paciente. Dessa forma, isso constitui uma barreira ao aumento do uso do biossimilar.¹⁴

O deslocamento de usuários residentes em áreas rurais pode representar uma barreira de acesso significativa, devido à distância dos grandes centros, ao tempo de viagem necessário e aos custos associados.²³ Como consequência dessas restrições, mesmo se biológicos forem totalmente reembolsados em vários países de menor renda, a utilização na vida real desses medicamentos ainda pode ser baixa, pois uma porção significativa desses usuários não tem acesso a terapias de alto custo. O mesmo se aplica aos processos burocráticos de dispensação e às listas de espera para recebimento do medicamento.¹⁶

Perspectiva dos profissionais

A aceitabilidade do profissional de saúde em relação aos biossimilares foi uma barreira citada nos estudos.⁴ O interesse profissional em biossimilares pode ser influenciado negativamente pela baixa quantidade de estudos com esses medicamentos em países nos quais o biológico de referência é disponível e acessível.¹⁴ Ao analisar ensaios clínicos comparando medicamentos inovadores e biossimilares, existem preocupações com relação à extrapolação de dados devido a variação entre lotes, das diferentes características dos usuários, ou do padrão de prática clínica dos estudos que comparam biológicos, além de reações de longo termo, como a imunogenicidade.¹⁴

Além disso, foram relatadas preocupações acerca do uso de biossimilares, como segurança, eficácia, imunogenicidade, e a habilidade das agências de controle na regulação de

boas práticas clínicas no desenvolvimento desses produtos.^{17,25,26}

Médicos hesitam em reconhecer os benefícios de biossimilares como iguais aos medicamentos de referência, e defendem não haver ganho relacionado ao seu menor custo.^{15,18,19} Argumenta-se que incentivos aos pagadores de serviços de saúde, profissionais e usuários facilitariam a aceitação aos biossimilares, bem como o aumento do conhecimento dos prescritores acerca do assunto.¹⁵

A impossibilidade de substituição também é citada como barreira. Para permitir o rastreamento, trocas repetidas e substituição sem o consentimento do prescritor não são recomendadas.¹⁵ Embora haja um consenso de que essa indicação é possível para usuários virgens de tratamento, ainda existem incertezas sobre substituir o medicamento de usuários que já estão em tratamento. Sem a possibilidade de substituição, biossimilares são uma opção somente para novos usuários ou para uma troca única para usuários estáveis.¹⁸ Argumenta-se que o risco hipotético relacionado à troca é divulgado de forma equivocada, e pode influenciar a decisão do profissional clínico quanto à substituição. Entretanto, é importante salientar que as informações sobre tal risco, em sua maioria, foram obtidas em estudos com baixo grau de certeza, e que o mesmo não foi observado em estudos posteriores mais robustos.²¹ O fato de considerar um estudo com baixo grau de certeza significa que a confiança que se pode ter em seu resultado é limitada, e que a publicação de outros trabalhos pode vir a mudar os resultados.²⁰ Enquanto que em muitos países até uma única substituição gera preocupação, uma das questões mais debatidas é a alternância (várias substituições entre referência e biossimilar), até em nível de farmácia.²¹ Recomenda-se a condução de estudos robustos no contexto da múltipla substituição, visando demonstrar a

intercambialidade por meio de ensaios clínicos com abordagem mais próxima à de estudos de mundo real, considerando a existência de vários biossimilares no mercado.²¹

Perspectiva da gestão

A gestão varia em diferentes países, por meio de sistemas públicos e privados de saúde, ou pelo próprio paciente. No âmbito desta revisão, os gestores foram considerados os pagadores. No Ministério da Saúde, no âmbito da saúde pública, o departamento responsável pela gestão de tecnologias em saúde é o DGITS, já o orçamento dos medicamentos biológicos é gerido pelo DAF, e a execução das contratações licitatórias é feita pelo DLOG. No âmbito dos seguros de saúde privados, a gestão é realizada pela ANS.

Nesse sentido, barreiras para pagadores compreendem a aceitabilidade dos dados clínicos usados na aprovação regulatória; a habilidade do pagador de induzir a competição dos preços, a extrapolação de indicações, a variabilidade de eficácia entre lotes e a imunogenicidade.^{22,23,26} Pagadores dos mercados do EUA e da União Europeia sugerem que, se não houver redução significativa dos preços dos biossimilares, o medicamento de referência será escolhido, o que demonstra a sensibilidade desse segmento aos altos preços dos produtos (seja referência, seja biossimilar).¹⁴

Tomadores de decisão em saúde visam maximizar os ganhos em saúde para a população melhorando a eficiência alocativa de recursos limitados. Políticas sobre medicamentos após a queda de patentes são geralmente definidas para reduzir os gastos sem comprometer os desfechos em saúde.¹⁶ Dessa forma, políticas para biossimilares englobam formas diferentes em países com restrições importantes de recursos financeiros, onde a acessibilidade de usuários a

biológicos de alto custo é limitada.¹⁶ Os biossimilares também podem competir com terapias não-biológicas para usuários que não tem acesso às biológicas.¹⁶

Perspectiva dos serviços e sistema de saúde

Âmbito governamental

Barreiras no âmbito do sistema de saúde não foram encontradas nos estudos de delineamento transversal selecionados para a síntese de resultados. No entanto, algumas revisões narrativas levantaram barreiras, e estas foram incluídas na seguinte discussão.

Em documento oficial, o governo australiano elencou estágios que influenciam o uso de biossimilares, a saber: o contexto político e regulatório que determina sua disponibilidade e questões associadas à troca e substituição; a aceitabilidade de biossimilares por prescritores, farmacêuticos e usuários; os desfechos do uso fora de ensaios clínicos; e as perspectivas de cada parte interessada, incluindo fatores que influenciam essas percepções.¹⁷

Uma revisão narrativa descreve o processo regulatório como barreira de acesso ao mercado de biossimilares, a exemplo da consulta pública de diretriz do *European Medicines Agency* que não considerou contribuições de médicos.¹⁵ Essa situação pode ter contribuído para as preocupações e menor aceitação dos biossimilares por médicos, usuários e organizações de usuários.¹⁵

Os riscos hipotéticos da substituição entre biológicos de referência e biossimilares são apontados em vários estudos; entretanto, não são superiores aos potenciais benefícios que a sociedade teria com a substituição.²¹ Em países de média renda, no contexto de que o produto biológico inovador é reembolsado sem restrições de volume (quantidade usada por usuário) e acesso,

o objetivo principal do uso de biossimilares é gerar economia nos gastos em saúde, atender mais usuários e gerar ganhos em saúde.¹⁶

Âmbito privado

Com relação ao âmbito privado, especificamente as indústrias produtoras de medicamentos biológicos, a proteção patentária é uma barreira de restrição legal para a entrada de biossimilares no mercado, e também é ferramenta para seus produtores recuperarem os gastos despendidos com pesquisa e desenvolvimento. Patentes podem ser usadas para impedir que produtores de biossimilares usem os mesmos processos de produção dos inovadores. Dessa forma, a adaptação dos processos de produção causa diferenças no produto final, o que pode afetar a qualidade, a eficácia e a segurança dos medicamentos.¹⁵

Conclusão

Uma vez que o alto custo é consistentemente apresentado como uma das principais barreiras de uso de medicamentos biológicos, espera-se que a redução de preços por meio de competição seja observada com a entrada de biossimilares no mercado. Para tanto, faz-se necessário o estudo de potenciais soluções para as barreiras de uso descritas neste documento. Dessa maneira, o GT contribuirá não só para a redução da vulnerabilidade do SUS, como também para melhorar a sustentabilidade do sistema e para aumentar o acesso da população ao uso de medicamentos biológicos buscando a garantia de sua efetividade e segurança.

Declaração de conflitos de interesse

A autora CMF foi membro do grupo de trabalho, as demais autoras não têm conflitos de interesse a declarar.

Referências

1. GBD 2016 Brazil Collaborators. Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study; 2016.
2. Fernandes GS SC, Lopes G, Chammas R, Gifoni MAC, Gil RA, Araujo DV. The use of biosimilar medicines in oncology - position statement of the Brazilian Society of Clinical Oncology (SBOC). *Braz J Med Biol Res.* 2018; 51(3).
3. Vieira, FS. Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 A 2016. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro; 2018.
4. Dylst P, Vulto A, Simoens S. Barriers to the uptake of biosimilars and possible solutions: A Belgian case study. *PharmacoEconomics.* 2014; 32(7):681-91.
5. Hemmington A, Dalbeth N, Jarrett P, Fraser AG, Broom R, Browett P, et al. Medical specialists' attitudes to prescribing biosimilars. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety.* 2017; 26(5):570-7.
6. Presidência da República (BR). Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, com alterações resultantes da Lei nº 8.883, de 08 de junho de 1994 e da Lei Nº 9.648, DE 27 DE MAIO DE 1998. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.
7. Azevedo VF, Meirelles Ede S, Kochen Jde A, Medeiros AC, Miszputen SJ, Teixeira FV, Damião AO, Kotze PG, Romiti R, Arnone M, Magalhães RF, Maia CP, de Carvalho AV. Recommendations on the use of biosimilars by the Brazilian Society of Rheumatology, Brazilian Society of Dermatology, Brazilian Federation of Gastroenterology and Brazilian Study Group on Inflammatory Bowel Disease--Focus on clinical evaluation of monoclonal antibodies and fusion proteins used in the treatment of autoimmune diseases. *Autoimmun Rev.* 2015; 14(9):769-73.
8. Torres P. Consenso brasileiro multi-institucional de pacientes sobre medicamentos biossimilares. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde.* 2017; 9(1):39-43.
9. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.160, de 3 de maio de 2018. Brasília (DF); 2018.
10. Ministério da Saúde (BR). Grupo de Trabalho para discussão e formulação da Política Nacional de Medicamentos Biológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Regimento Interno.[internet] 2018. [acesso em 9 ago 2019]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/imagens/pdf/2018/outubro/19/3-Regimento-GT-Biologicos.pdf>.

11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Regimento Interno do Ministério da Saúde : Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016. Brasília (DF); 2017.
12. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 1: What is evidence-informed policymaking? *Health Res Policy Syst.* 2009; 16(7).
13. Tricco AC, Langlois EV, Straus SE, editors. Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 2017.
14. Rompas SG, T; Amanuel, S; Coutinho, V; Lai, Z; Antonini, P; Murphy, MF. Demonstrating Value for Biosimilars: A Conceptual Framework. *Am Health Drug Benefits.* 2015; 8(3):129-39.
15. Moorkens E, Jonker-Exler C, Huys I, Declerck P, Simons S, Vulto AG. Overcoming barriers to the market access of biosimilars in the European union: The case of biosimilar monoclonal antibodies. *Frontiers in Pharmacology.* 2016; 7.
16. Inotai AC, M; D, Vitezic; Francetic, I; Tesar, T; Bochenek, T; Lorenzovici, L; Dylst, P; Kalo, Z Policy Practices to Maximize Social Benefit from Biosimilars. *Journal of Bioequivalence & Bioavailability.* 2017; 09(04).
17. Australian Government. Department of Health. Literature Review of International Biosimilar Medicines: Update; 2017.
18. Rickwood SD, S. Searching for Terra Firma in the Biosimilars and Non-original Biologics Market. *IMS Health;* 2013.
19. Prescribing and Research in Medicines Management (UK and Ireland) Annual Conference 2017. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety.* 2017; 26.
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas : Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. Brasília (DF); 2014.
21. Inotai A, Prins CPJ, Csanádi M, Vitezic D, Codreanu C, Kaló Z. Is there a reason for concern or is it just hype?— a systematic literature review of the clinical consequences of switching from originator biologics to biosimilars. *Expert Opinion on Biological Therapy.* 2017; 17(8):915-26.
22. Inotai A, Csanadi M, Petrova G, Dimitrova M, Bochenek T, Tesar T, York K, Fuksa L, Kostyuk A, Lorenzovici L, Omelyanovskiy V, Egyed K, Kalo Z. Patient Access, Unmet Medical Need, Expected Benefits, and Concerns Related to the Utilisation of Biosimilars in Eastern European Countries: A Survey of Experts. *Biomed Res Int;* 2018.
23. Laires PA, Mesquita R, Veloso L, Martins AP, Cernadas R, Fonseca JE. Patient's access to healthcare and treatment in rheumatoid arthritis: the views of stakeholders in Portugal. *BMC Musculoskelet Disord.* 2013; 14:279.
24. Lammers P, Criscitiello C, Curigliano G, Jacobs I. Barriers to the Use of Trastuzumab for HER2+ Breast Cancer and the Potential Impact of Biosimilars: a Physician Survey in the United States and Emerging Markets. *Pharmaceuticals (Basel).* 2014;7(9):943-53.
25. O'Callaghan J, Bermingham M, Leonard M, Hallinan F, Morris JM, Moore U, Griffin BT. Assessing awareness and attitudes of healthcare professionals on the use of biosimilar medicines: A survey of physicians and pharmacists in Ireland. *Regul Toxicol Pharmacol.* 2017; 88:252-261.
26. Sandorff E, Pinheiro AV, Bruni DS, Halbert R, Azevedo VF. Payer and physician evidence and discount requirements for biosimilars in three Latin American countries. *GABI Journal.* 2015; 4(1):11-6.
27. Sullivan E, Piercy J, Waller J, Black CM, Kachroo S. Assessing gastroenterologist and patient acceptance of biosimilars in ulcerative colitis and Crohn's disease across Germany. *PLoS One.* 2017; 12(4).
28. Waller J, Sullivan E, Piercy J, Black CM, Kachroo S. Assessing physician and patient acceptance of infliximab biosimilars in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylarthritis and psoriatic arthritis across Germany. *Patient Prefer Adherence.* 2017; 11:519-530.

Acumuladores: uma revisão integrativa do potencial risco de disseminação de doenças transmitidas por vetores e outros animais nocivos à saúde^I.

Compulsive Hoarding: an integrative review of the potential risk of spread of vector-borne diseases and other diseases caused by health-endangering animals

Lucia de Fátima Henriques^I, Marli Mendes da Costa^{II}, Cristina Sabbo^{III},
Ana Aparecida Sanches Bersusa^{IV}

Resumo

Acumuladores são pessoas reconhecidas por reunir excessivamente objetos ou animais domésticos de forma desordenada e desorganizada. Geralmente vivem em locais com déficit de higiene, de autocuidado do corpo e do ambiente habitacional interferindo na sua qualidade de vida, de sua família e da comunidade onde vive. Na comunidade há potencial de risco para ocorrência de algumas endemias transmitidas por vetores, hospedeiros, incômodos e peçonhentos. O objetivo do estudo foi realizar uma revisão de evidências na literatura sobre acumuladores de materiais/objetos (síndrome de Diógenes) e de animais domésticos (síndrome de Noé) e seu impacto para a saúde com foco nas endemias. Uma pergunta estruturada orientou o método, com levantamento de termos em três idiomas, nas bases de dados de PubMed, Embase, Cochrane, Web of Science, Portal Regional da BVS, Google Acadêmico, além de literatura cinzenta. Dezesesseis documentos compuseram a análise, apontando a necessidade de um cuidado multiprofissional para o tratamento desses pacientes. Com essa revisão esperamos contribuir com o melhor entendimento dos problemas dos acumuladores no que tange ao controle necessário para evitar endemias nos diversos níveis de atenção à saúde, com perspectiva a traçar um fluxo efetivo de atenção multiprofissional.

Palavras chave: transtorno de acumulação, síndrome de Diógenes, síndrome de Noé.

Abstract

People with hoarding disorder are known to gather objects or pets excessively in a disorderly and disorganized way. They usually live in places with deficits in hygiene, self-care of the body and the living environment interfering in their quality of life, their family and the community where they live. In the community there is a potential risk of occurrence of some vectors / host-borne and uncomfortable and venomous endemics. The objective of the study was to carry out a literature review on hoarding of materials / objects (Diogenes syndrome) and domestic animals (Noah syndrome) and its impact on health with a focus on endemics. A structured question guided the method, with a search of terms in three languages, in PubMed, Embase, Cochrane, Web of Science, Portal Regional da BVS, Google Acadêmico, and also grey literature. The analysis included sixteen documents that pointed to the need for multiprofessional care for the treatment of these patients. With this review we hope to contribute with a better understanding of the hoarding's problems regarding the control necessary to prevent endemics at different levels of attention health, with a perspective to draw an effective flow of multiprofessional attention.

Key words: Hoarding disorder, Diogenes syndrome, Noah syndrome.

^I Trabalho de pesquisa desenvolvido no Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) no período de 2016-2018 no Departamento de Assistência Técnica aos Municípios (DATEM) da Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN).

^{II} Orientadora do Programa de Aprimoramento Profissional e Pesquisador Científico no DATEM/SUCEN. E-mail: luahenri@gmail.com

^{III} Aprimoranda do Programa de Aprimoramento Profissional no DATEM/SUCEN.

^{IV} Orientadora do Programa de Aprimoramento Profissional e Pesquisador Científico no DATEM/SUCEN.

^V Pesquisador Científico do Instituto de Saúde prestando serviço na SUCEN no DATEM/SUCEN - instrutora da revisão.

Introdução

Os acumuladores são pessoas reconhecidas por reunir excessivamente objetos ou animais domésticos de forma desordenada e desorganizada, sem vínculo com o valor financeiro desses materiais, e que exibem grande resistência e aflição em se desapegar dessas posses. Geralmente vivem em locais com déficit de higiene do ambiente habitacional e de autocuidado do corpo, igualando-se a uma condição de miséria, o que vem a interferir na sua qualidade de vida, bem como de sua família e da comunidade onde vive.

É preciso que se diferencie o acumulador do colecionador. Enquanto o colecionador adquire um tipo de bem específico em grande quantidade e os mantém organizado e sente prazer em mostrar sua coleção para outras pessoas, o acumulador adquire diferentes bens e em quantidade, costuma armazená-los de forma desorganizada e não permite que ninguém tenha acesso a eles.¹

Essas manifestações e transtornos são conhecidos no meio médico como síndrome de Diógenes quando o acúmulo está voltado a materiais e objetos e síndrome de Noé quando se refere ao acúmulo de animais domésticos.²⁻⁴ Outras designações são encontradas para definir o acumulador, entre eles “síndrome da casa bagunçada”, “autonegligência senil”, “síndrome do recluso senil” e “miséria doméstica severa”.⁵ Khan argumenta que o termo “miséria doméstica grave” poderia ser o melhor descritor para as síndromes de Diógenes e Noé.⁶

A síndrome de Diógenes recebeu o nome do filósofo grego Diógenes de Sinope (323-404 a.C.) que, diversamente do acumulador, optou por viver na pobreza dentro de um barril, evitando as normas sociais, apoiando-se na corrente filosófica do desapego a bens materiais e por acreditar que a felicidade não depende de nada

externo a própria pessoa.^{7,8} Esta síndrome foi descrita pela primeira vez em 1975, caracterizada por pessoas com comportamento paranoico que negligenciam sua própria higiene pessoal e de sua moradia. Atinge qualquer classe social, homens e mulheres, inclusive crianças e adolescentes.⁸ A síndrome de Noé é uma variante da síndrome de Diógenes tem como fator predisponente situações de estresse psicossocial e solidão, caracterizado por acumuladores de animais.⁸

Em 2013, o transtorno da acumulação foi definido como uma psicopatologia e incluída no manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais da *American Psychiatric Association* (APA).⁹ Várias são as hipóteses para a etiologia dessa psicopatologia, tais como: transtorno de personalidade (isolamento, desconfiança, agressividade, astúcia, labilidade emocional e tendência a distorcer a realidade), demência do lobo cerebral central, transtorno obsessivo compulsivo, problema psiquiátrico associado ao ato de colecionar. O desencadeamento da patologia pode estar associado a estressores biológicos, psicológicos, sociais ou associados à idade ou ao uso do álcool e drogas.⁸

Alguns fatores e características podem estar associados a esse comportamento de acumulador de objetos e materiais e contribuem para o diagnóstico da situação:⁹

- Persistente dificuldade em se desfazer ou se despedir de materiais e objetos, independentemente do seu valor real. Esta dificuldade é percebida pela aflição em tentar “salvar” seus objetos quando há uma pressão pelo descarte;
- Dificuldade em circular pela moradia devido ao acúmulo de objetos e

materiais, comprometendo o uso do local. Quando mantém organizado um determinado local, geralmente é por pressão de familiar ou autoridades;

- Significativo sofrimento, pois esse comportamento interfere no convívio social;
- Dificuldade em manter o autocuidado, higiene e estilo de vida, tais como: comer adequadamente, manter a higiene pessoal, remover o lixo doméstico, organizar e limpar o espaço onde vive;
- No caso de usuário de substância psicoativa, dificuldade de organizar e limpar seu espaço de convívio devido a eventos adversos das drogas.

Outros fatores associados ao comportamento de acumulador de animais podem contribuir para o diagnóstico:¹⁰

- Dificuldade em manter padrões mínimos de saneamento do espaço, de fornecer nutrição e cuidados aos animais, além da dificuldade de conter a obsessão em manter uma coleção de animais, negando ou minimizando os problemas de sua própria vida e dos animais;
- Incapacidade de reconhecer os efeitos dessa falha tanto no bem-estar dos animais, quanto dos membros da família e do meio ambiente.

Estudos epidemiológicos apontam uma grande variação sobre os dados de prevalência

de acumuladores na população, como por exemplo: Massachusetts, nos Estados Unidos, com 26 acumuladores por 100.000 habitantes, Alemanha com 4,6% e Itália com 6,0% da população.^{6-8,11} Um fator importante é a idade, havendo uma tendência de aumento de acumuladores quando na população há muitos indivíduos com mais de 60 anos, como em Sydney, Austrália em que a prevalência é de 1 por 1.000 habitantes em comunidade onde vivem idosos, conforme estudo de Snowdon.¹²

Esses ambientes inóspitos dos acumuladores são locais ideais para proliferação de *Aedes aegypti*¹³ e podem influenciar nos casos de dengue, visto que os resíduos sólidos dispostos no quintal ou dentro de casa servem de criadouros do mosquito por armazenarem água.¹⁴ Além disso, o acúmulo de materiais e objetos incide diretamente na proliferação de insetos, sendo estes fontes de alimento a outros animais como escorpiões e roedores. As residências dos acumuladores, além de incidir nos riscos de vetores das arboviroses urbanas e demais insetos e animais de importância médica, também propiciam condições de transmissão de zoonoses como a leishmaniose visceral e a febre maculosa brasileira.

Objetivo

Realizar uma revisão integrativa, a partir de informações de literatura científica, de políticas governamentais e de ações judiciais sobre acumuladores de materiais e objetos (síndrome de Diógenes) e de animais domésticos (síndrome de Noé) sobre seu impacto para a saúde pública, especificamente para transmissão de endemias por vetores e incômodos.

Método

A busca de evidências partiu da elaboração de uma pergunta estruturada: “Os acumuladores de objetos e/ou materiais e/ou animais aumentam o risco de endemias provocadas por vetores e hospedeiros intermediários (cães e gatos) e incômodos (baratas, ratos, escorpiões, etc.)?”

Os descritores de busca foram construídos a partir da leitura de estudos coletados de forma não sistemática com foco nos indivíduos acumuladores, uma vez que cada país define o indivíduo acumulador com descritores específicos, como: miserável, miséria grave, auto-negligência, entre outros. Essas terminologias foram úteis para ampliar o processo de revisão.

As buscas foram realizadas nas bases de dados PubMed, Embase, Web of Science, Portal Regional da BVS, Cochrane, Google Acadêmico, assim como em repositórios de literatura cinzenta tais como protocolos governamentais e teses.

Não houve limitação quanto ao período de publicação, encerrado em junho de 2018, porém foram considerados apenas os estudos publicados em português, espanhol e inglês. Em ordem de prioridade, quanto ao nível de evidência, foram realizadas buscas por metanálises, revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados e estudos de coorte, incluindo informes de Avaliação Tecnológica de Saúde, políticas governamentais, teses de pós-graduação e outros documentos relevantes, embora com baixo nível de evidência como estudos de caso.

A seleção e extração de dados dos estudos incluídos foram realizadas de forma independente pelos participantes da equipe. As

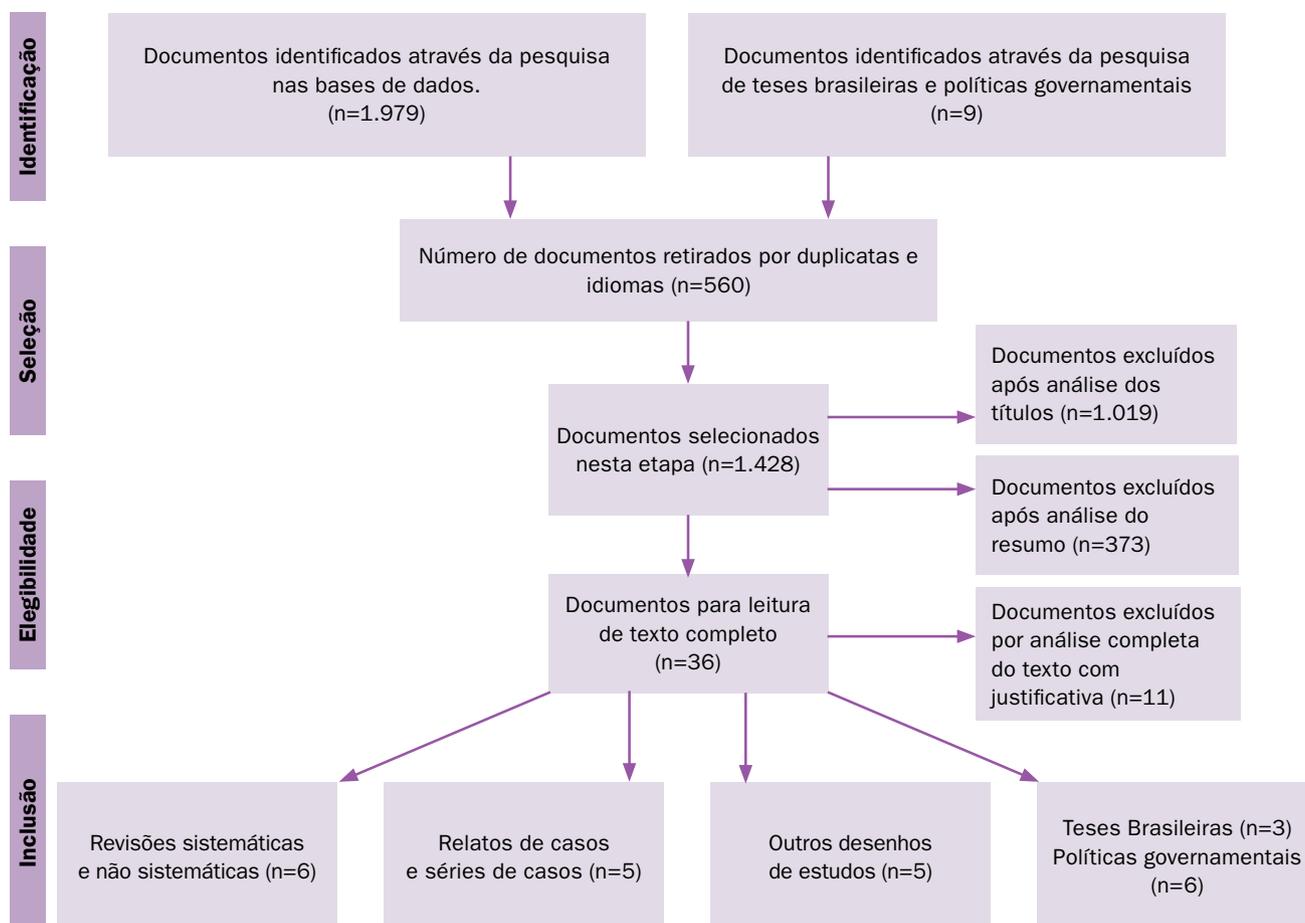
discordâncias foram decididas mediante consenso. Em primeiro lugar, foram excluídas as duplicatas e os artigos com um idioma diferente dos critérios definidos, seguido da exclusão por análise de títulos e de resumos com justificativa. As revisões sistemáticas selecionadas foram avaliadas de acordo com a ferramenta AMSTAR - *A Measurement Tool to Assess the Methodological Quality of Systematic Reviews*.¹⁵

Resultados

Observou-se grande produção científica sobre o acumulador. Nem sempre estudos de qualidade, mas a quantidade indica que a sociedade científica tem se preocupado com o problema em busca evidências para resolvê-lo. Na busca de artigos científicos, fica muito claro que o problema começa a ser explorado em profundidade a partir do ano 2000. Muitos artigos são centrados na prática clínica com portadores de transtorno de acumulação: etiologia, diagnóstico, tratamento, evolução. Poucos artigos têm o enfoque em saúde pública, e menos ainda com relação aos vetores, hospedeiros intermediários e incômodos e peçonhentos, focos desta revisão.

Dezesseis artigos foram selecionados para análise, além de três teses e seis documentos sobre políticas governamentais (Figura 1).

Após leitura e análise de todos os artigos incluídos foram definidas três grandes categorias temáticas que atendiam o objeto desta revisão: *a saúde do acumulador, a saúde da família e do entorno do domicílio e os problemas de saúde pública*. Esses achados são apresentados a seguir e com mais detalhes no Quadro 1.



A saúde do acumulador

A saúde do acumulador sempre aparece descrita nos estudos como muito comprometida, seja pela exposição aos materiais ou animais acumulados, seja pelo sofrimento causado por uma doença psiquiátrica sem o devido tratamento. Geralmente, o acumulador é compreendido, até pelas equipes de saúde, como uma pessoa de comportamento social inadequado, dissociado de um processo de doença mental reconhecida pela medicina como as síndromes de Diógenes ou de Noé.

A revisão não sistemática de Stumpf e colaboradores,⁸ realizada no Brasil, aponta o quanto essa patologia psiquiátrica impacta no meio social e econômico, além da insegurança e risco de infecção do próprio acumulador e da comunidade

do entorno. Já o estudo de Araújo e Santos¹⁶ mostra que quando há resultados terapêuticos há um reconhecimento pelas equipes da saúde de que há um problema de saúde e não apenas um comportamento estereotipado da pessoa. Nesse estudo foi utilizado o Projeto Terapêutico Singular como tratamento com referido sucesso.

Nos últimos 10 anos houve nitidamente uma evolução dos estudos em relação às provas que apontam a etiologia desses transtornos, destacando-se os fatores genéticos, familiares, cognitivos e de experiências traumáticas. Em relação a outras doenças associadas, as psiquiátricas são as mais comumente encontradas, tais como o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), a depressão e a ansiedade.¹⁷ As doenças reumáticas, com diminuição de mobilidade, também são

citadas como adjuvantes, assim como a dependência química, associadas à autonegligência pessoal e do ambiente.¹⁸

As características dos acumuladores foram bem descritas em todos os estudos analisados, sendo a desorganização pessoal e do ambiente a principal delas. A “classificação” em estágios de gravidade de acumulação também foi apresentada em instrumentos avaliativos, principalmente nos textos de políticas governamentais.^{1,19,20} A medida máxima dessa mensuração foi estabelecida quando o espaço do local é reduzido a ponto de ser impossível a movimentação na residência sem resvalar em objetos e animais, gerando riscos de soterramento por objetos no caso de paciente com síndrome de Diógenes grave.⁸ Além disso, a autonegligência da higiene pessoal, dos animais e do ambiente foi exaustivamente abordada em todos os artigos selecionados.

Em relação ao tipo de sexos, os estudos^{18,21,23} indicam as mulheres como as mais acometidas pelas síndromes, exceto um estudo que apontou o sexo masculino.¹³ Quanto à idade, todos que exploraram essa variável, citaram que é um fator de predisposição importante para o desencadeamento da doença e assinalaram a variação entre 49 e mais de 60 anos, como sendo as idades mais recorrentes entre os acumuladores.

Alguns artigos citam formas de tratamento do acumulador, sendo a terapia cognitiva e auxílio medicamentoso um dos aliados para o controle da doença.^{16,23,24} A retirada de objetos ou animais sem tratamento médico psicológico de apoio tende ao fracasso e recaída dos sintomas logo após a limpeza do ambiente.¹ Há uma relutância da aceitação do tratamento pelo acumulador, pois ele não tem a autopercepção de seu problema de saúde.

A saúde da família e do entorno

Quanto à saúde da família e do entorno todos os estudos apontam um isolamento social dos acumuladores relacionado a dois motivos principais, primeiro não demonstrar para ninguém a sua desorganização, diferente de um colecionador que deseja sempre mostrar seus acumulados,⁸ e segundo o afastamento da família e das pessoas significativas devido ao odor fétido do domicílio, a falta de condições de se movimentar dentro dele, a infestação de baratas e roedores, entre outras citações.^{25,26}

Um estudo apontou que existem famílias acumuladoras em que todos os membros vivem juntos acumulando objetos e ou animais, mas geralmente o acumulador é solitário, perdendo a convivência com familiares e cuidadores, que lançam mão até mesmo de ações judiciais com interdição do doente.²² O afastamento dos familiares, vizinhos e de pessoas significativas, embora seja compreensível, é ruim sob o ponto de vista do apoio desses doentes que precisam deles para realizar o tratamento.^{18,27} Um dos estudos cita a falta de relacionamento amoroso como um fator agravante para o isolamento e a cronificação da situação do ser acumulador.²⁶

Não é somente o domicílio do acumulador que sofre com os problemas do acúmulo de objetos e ou animais, a população do entorno acaba tendo até mais consequências, devido à percepção clara de todas as condições insalubres e do risco que correm ao morar próximo de um acumulador.^{17,18,22,25,28-29} Em todos os estudos, os autores destacam riscos às comunidades do entorno dos acumuladores relacionando-os à infestação por baratas, roedores, animais peçonhentos, cobras, insetos e mosquitos, além do odor fétido que em um estudo aponta como sendo tóxico quando inalado.^{18, 21,30, 31}

Pelo menos três estudos relatam que em regiões endêmicas de leishmaniose visceral,

existe maior risco de contrair a doença quando se tem acumuladores nas proximidades das residências, principalmente de cães e ou gatos.^{17,32,33,34} Neste caso, torna-se o problema mais grave para saúde pública, visto que a doença entre os animais não tem cura e no homem pode ser letal.

Os problemas de saúde pública

A questão da segurança devido ao risco de incêndio em domicílios de acumuladores e dos vizinhos é apontada por vários estudos^{8,18,20,22,28,30,32} causando preocupação aos bombeiros e gestores locais. Muitas políticas de cobertura tiveram como mote fundamental a questão da segurança, principalmente relacionada à incêndios. Vizinhos e pessoas do entorno são os que mais movem ações judiciais para o problema de acumuladores, sendo o motivo mais referendado o risco de incêndio.^{1,21,22,25,31,34}

Os proprietários dos imóveis ocupados por esses acumuladores também sofrem as consequências, com perdas econômicas substanciais quando esses moradores deixam os imóveis com necessidade de reformas e limpeza, além da desvalorização comercial.³⁰

Pelo exposto, fica evidente o risco que os acumuladores trazem para si próprios, para as pessoas do entorno e para todo o ambiente, tornando-se um problema relevante de saúde pública. Todos os trabalhos apontam a variedade de riscos, de forma que o diagnóstico, o tratamento e as soluções do problema passam pelo cuidado da saúde mental do acumulador. Atitudes pontuais e não integradas, tais como retirada de objetos por ações judiciais e

orientações de limpeza do domicílio são ineficazes para quem não se sente doente. Aliás, algumas atitudes podem ser desastrosas no sentido de quebra do elo de confiança entre o acumulador e aqueles em quem ele confia (cuidador, família, vizinho, equipe de saúde local, enfim uma pessoa significativa para ele).²⁰

Tratamentos integrados são fundamentais, incluindo as áreas da saúde, do meio ambiente, dos bombeiros, entre outras.^{8,18,20-22,28,31,35,36} Os assistentes sociais têm um papel importante, pois aproximam a família do acumulador e as medidas de solução tendem a ser mais assertivas.^{8,20,28,29}

Ações judiciais e políticas de cobertura

Dados da justiça brasileira, do Jusbrasil,³⁷ apontam que houve até 2018 o registro de 6.739 ações com enfoque na acumulação compulsiva, seja por acúmulo de objetos, seja por acúmulo de animais. Observando algumas decisões judiciais, verifica-se que a tendência está muito centrada na retirada imediata dos objetos ou animais dos imóveis pelos órgãos públicos, com pouca determinação para o cuidado integral do indivíduo acumulador.

Seis documentos sobre as políticas públicas com enfoque nos indivíduos acumuladores foram analisados, sendo dois da Austrália,^{1,38} dois norteamericanos^{32,35} e dois ingleses.^{20,36} Em síntese, todas as políticas públicas analisadas indicam o trabalho interdisciplinar como forma de cuidar dos acumuladores. Intervenções fragmentadas de saúde e desconectadas com a rede social onde vivem estas pessoas tendem a insucessos.

Quadro 1. Síntese temática dos principais achados dos estudos selecionados

Autores (ano)	Desenho do estudo (qualidade metodológica)	Classificação temática		
		Saúde do acumulador	Saúde da família e entorno	Problemas de saúde pública
Estudos de revisão				
Frost et al. (2011) ²¹	Revisão narrativa	As principais características do transtorno de acumulação são aquisição excessiva de objetos ou animais com desordem significativa e desorganização nas áreas de estar da casa, relacionadas a problemas de saúde principalmente as doenças mentais.	As relações familiares negativas podem aprofundar o problema do acumulador. Os familiares se distanciam pela falta de condições higiene sanitária em que vivem.	As consequências para a saúde pessoal e pública são substanciais. A saúde dos animais também fica muito comprometida.
Gahr et al. (2017) ¹⁷	Revisão narrativa	O acumulador sempre tem doença mental associada. Foram encontradas as seguintes doenças mentais: transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de personalidade, depressões e uso abusivo de álcool.	Os autores trazem a relevância da questão do isolamento social e do vínculo familiar rompido dos indivíduos acumuladores de animais.	A negligência do indivíduo acumulador de animais com as condições de higiene onde os mantém, induz a um risco de saúde pública, particularmente no que diz respeito ao desenvolvimento de doenças nesses animais e a transferência de doenças para a coletividade.
Ong et al. (2015) ²⁷	Revisão sistemática (AMSTAR 9/11)	O enfoque do estudo é na qualidade de vida do acumulador. Entre as variáveis exploradas, a capacidade de realizar as atividades diárias foi a mais comprometida.	Para além do problema pessoal do acumulador, sua inserção no bairro em que vive também fica comprometida. Perde o controle da capacidade funcional da gestão da família e do lar. Tem muita dificuldade, ou mesmo ausência, de visita de amigos e relacionamentos amorosos.	O acumulador tem uma persistência de viver em ambientes com sujidades e desordem, elevando assim o risco de contaminação devido à procrastinação da limpeza.
Roane et al. (2017) ¹⁸	Revisão sistemática (AMSTAR 8/11)	O acumulador idoso tem dificuldade persistente de descartar objetos, acumulando lixo e congestionando os espaços no domicílio. O distúrbio da ansiedade e a depressão são as condições psiquiátricas mais comumente associadas a este grupo de indivíduos, a maioria do sexo feminino.	A ruptura familiar e com pessoas significativas faz com que o acumulador não tenha cuidadores, aumentando o prejuízo ao ambiente e maior infestação por roedores e insetos.	O congestionamento dos espaços no domicílio por lixo e materiais não descartados expõe o idoso a um maior risco de queda. Em relação ao coletivo, esse acúmulo desordenado expõe a moradia e o seu entorno a um risco de incêndio e de infestação por insetos, roedores e outros animais, com prejuízo à saúde pública.

Autores (ano)	Desenho do estudo (qualidade metodológica)	Classificação temática		
		Saúde do acumulador	Saúde da família e entorno	Problemas de saúde pública
Estudos de revisão				
Tolin et al. (2015) ³⁹	Revisão narrativa	Os acumuladores de animais e ou objetos desde o ano 2000 são classificados com doença psiquiátrica DSM-5.	O ambiente inóspito em que vivem os acumuladores aumentam muito o risco de doenças. A família tanto pode ser desencadeante do problema como também se afasta quando o problema é instalado.	O risco para a saúde pública é grave, principalmente relacionado à superlotação de animais e condições extremamente insalubres no domicílio.
Stumpf, Rocha (2010) ⁸	Relato de caso com revisão narrativa	O transtorno de acumulação é sempre associado às doenças mentais, mas também pode ter outras etiologias: fatores genéticos, familiares, cognitivos e de experiências traumáticas.	O transtorno de acumulação leva comumente ao isolamento social que retroalimenta a situação, pois diminui o convívio com as pessoas. A comunidade sofre, principalmente quando os restos alimentares jogados servem de alimentos para roedores.	Causa risco importante por acúmulo de fezes e urina espalhados pelo domicílio, além da insegurança, pois o entulhamento de material pode levar a risco de incêndio ou mesmo soterramento.
Relatos de casos e séries de casos				
Fond et al. (2011) ²⁶	Relato e discussão de um caso	Estudo de caso de uma acumuladora com depressão cujo início dos sintomas se deu após o suicídio do marido. Tinha perturbação do sono, períodos de euforia e delírios de grandeza.	Os filhos pediram interdição da mãe acumuladora. O forte odor da residência e dela própria era insuportável e afastava os amigos e familiares. Os dois cachorros nunca haviam tomado banho.	O risco com acúmulo desorganizado de cachorros e objetos leva a um risco grande para a sociedade.
Hoarding of Animals Research Consortium – HARC (2002) ²²	Análise descritiva de relatos de casos	O estudo enfoca a síndrome de Noé e exalta a sua ligação com psicopatologias. Sua identificação na comunidade pode ser um indicador sentinela para uma série de problemas médicos, sociais e econômicos da região.	Destaca três casos de famílias inteiras de acumuladores e não um único membro. A maioria é de idosos distantes de familiares e amigos.	A saúde pública do entorno desses acumuladores é extremamente comprometida em vários aspectos. A melhor intervenção é por força tarefa de vários atores da sociedade organizada e civil.
Lee, Lo Giudice (2012) ²⁵	Relato e discussão de três casos	Os acumuladores são indivíduos que sofrem de autonegligência, definida como a incapacidade de se envolver em atividades que uma determinada cultura considera necessárias para manter um padrão socialmente aceito de higiene pessoal, doméstico, e de manutenção do estado de saúde.	O convívio com a comunidade local e com familiares é quase que impossível de ser exercido, associado como o odor fétido, o déficit de higiene pessoal e ambiental em que esses acumuladores vivem.	A saúde pública é altamente comprometida no entorno em que essas pessoas vivem.

Autores (ano)	Desenho do estudo (qualidade metodológica)	Classificação temática		
		Saúde do acumulador	Saúde da família e entorno	Problemas de saúde pública
Lenders et al. (2015) ²⁸	Análise retrospectiva de uma série de casos	O estudo enfoca a análise das residências de 186 acumuladores da cidade de Dortmund, na Alemanha. Todos foram diagnosticados por doenças psiquiátricas: vício em drogas, psicose e depressão.	Muitos são relutantes em aceitar apoio de família ou mesmo da equipe de saúde. A recusa de tratamento chegou em torno de 50 deles. O grande problema para eles é o risco de queda devido aos espaços reduzidos.	Esses pacientes acabam por comprometer o entorno com pragas, mau cheiro e risco de incêndio iminente.
Raeburn et al. (2015) ²⁹	Relato e discussão de um caso	Definem acumuladores como indivíduos em condições de miséria, que têm transtornos mentais crônicos associados, e que podem comprometer a saúde e a segurança deles próprios.	O acumulador têm características peculiares de miserabilidade que se torna um grande desafio a ser enfrentado pela saúde pública, familiares, cuidadores, assistentes sociais e de saúde mental.	O acumulador é impactante para a saúde pública de qualquer comunidade.
Estudos com metodologias diversas				
Araujo, Santos (2015) ¹⁶	Observação participante	No bairro de Cocaia, Guarulhos, SP os idosos acumuladores foram acompanhados com visitas domiciliares e aplicação da intervenção de Projeto Terapêutico Singular.	O transtorno de acumulação compulsiva pode levar a várias doenças para o próprio acumulador como para a comunidade do entorno. A comunicação geralmente é notificada por vizinhos ou familiares desses doentes.	Esses acumuladores colocam constantemente em risco tanto sua própria vida, como a dos moradores vizinhos, por doenças respiratórias, leptospirose, dengue, infestação de pragas, e até mesmo incêndios.
Caixeta et al. (2011) ¹³	Análise descritiva da aplicação do Hoarding Rating Scale-Interview	O acumulador é um indivíduo com transtornos psiquiátricos principalmente o TOC - transtorno obsessivo compulsivo. A identificação do portador de acumulação compulsiva poderá auxiliar a equipe de saúde para o potencial de risco para criação de vetores.	Risco de dengue pelo aumento dos vetores próximos dos domicílios de moradores acumuladores.	O acumulador cria condições ambientais favoráveis para a proliferação da dengue, principalmente relacionadas com o hábito de acumular e manter lixo no seu habitat.
Cramer e Vols (2016) ³⁰	Análise comparativa de legislações em dois países	A saúde do acumulador é muito comprometida e é preciso que a Justiça faça seu papel com um olhar que inclua o direito do vizinho, a lei da habitação, bem como o direito administrativo.	As consequências não são apenas para o acumulador, mas afeta aqueles que vivem em torno dele, a família e principalmente comunidade.	Frequentemente, as condições insalubres levam a infestações por ratos, baratas e outros incômodos. Os odores são também uma queixa comum onde há acumulação.

Autores (ano)	Desenho do estudo (qualidade metodológica)	Classificação temática		
		Saúde do acumulador	Saúde da família e entorno	Problemas de saúde pública
Cunha et al (2017) ⁴⁰	Estudo ecológico transversal	O acumulador tem um distúrbio mental que é caracterizado por uma dificuldade persistente de descartar objetos independentemente do seu valor, com sério obstáculo para espaços e consequências nefastas para sua própria vida, de sua família e da comunidade. Outras perturbações mentais podem levar ao estado de acumulação, dentre eles: problemas com neurodesenvolvimento, esquizofrenia, distúrbios psicóticos, grandes episódios depressivos, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos cognitivos.	A redução de espaços reais de trânsito pelo imóvel, as condições insalubres, o odor fétido e o jeito estranho desses indivíduos refletem em uma difícil convivência, impactando no meio social desses acumuladores e na própria vida pessoal com risco de aumento para infecções.	O lixo, as condições insalubres impactam diretamente no meio ambiente onde vivem esses acumuladores refletindo em um risco sanitário para a comunidade.
Day, McCarthy (2016) ³¹	Análise de intervenções comunitárias	O paciente com síndrome de Noé geralmente tem doenças associada com as seguintes manifestações: apego, obsessão e compulsão, delírio, demência, distúrbios de fixação, abuso do álcool, perseguição, negligência pessoal e ambiental. Essa negligência acaba comprometendo muito a saúde própria e dos animais que convive.	Toda essa situação de autonegligência acaba por empobrecer o relacionamento com os familiares e pessoas de seu convívio.	É um problema de saúde pública grave que pode ter impacto sobre a saúde, bem-estar e segurança dos indivíduos, famílias, comunidades, e os animais. O tratamento da doença mental é negligenciado pela área da saúde e quase sempre o acumulador sofre ações judiciais para conter o acúmulo dos animais.

Discussão

Essa revisão visou contribuir para melhor compreensão da dinâmica do comportamento dos indivíduos portadores das síndromes de Diógenes e Noé no que tange à saúde pública, em especial o controle necessário para evitar epidemias provocadas por vetores, hospedeiros intermediários e incômodos, e peçonhentos. Corroborou para referendar as declarações empíricas advindas dos profissionais de saúde do campo dos serviços de zoonoses, controle vetorial, saúde da família, saúde mental e assistência social, sobre relação do acúmulo de objetos, materiais e animais presentes nas residências dos indivíduos com transtornos das síndromes e a disseminação de doenças.

De outro lado, mostrou ser cada vez mais comum encontrar essas pessoas em nosso meio social, cujas condições extremas de insalubridade favorecem uma série de riscos de doenças para elas e para a coletividade.

São inúmeros os temas que permeiam os estudos analisados nessa pesquisa, entre eles o conhecimento de que vem aumentando mundialmente o número de acumuladores, visto que a população está em processo de envelhecimento e que nem todos os acumuladores têm acesso ao tratamento medicamentoso e outras terapias, sendo necessário intensificar as pesquisas para responder as diversas lacunas de conhecimento sobre esses doentes.

Estudos de prevalência de acumuladores são importantes de serem desenvolvidos para fomentar políticas públicas de cuidado para esses doentes, assim como para planejar os custos para sua atenção. Outra lacuna de conhecimento é referente ao tratamento que pode ser oferecido para esse doente, que precisa de uma atenção integral de saúde e não a retirada forçada de objetos e animais.

A revisão sistemática de Thompson²³ sobre as intervenções que podem ser utilizadas para

o tratamento de acumuladores incluiu vinte estudos, mostrando que terapias comportamentais, medicamentos, e apoio de parentes produziram melhorias estatisticamente significativas para os indivíduos acumuladores. Ong e colaboradores²⁷, por sua vez, verificaram que acumuladores com diagnóstico de transtornos obsessivos associados obtiveram menos sucesso no tratamento medicamentoso quando comparados com aqueles que tinham transtorno de ansiedade.

Muroff e Steketee,²⁴ em um estudo piloto com sete pacientes acumuladores que receberam terapia cognitivo-comportamental, cujo instrumento de mensuração da evolução do tratamento era uma web câmera, observaram a necessidade de intensificação do tratamento com aumento de terapias. Nessa dinâmica, fizeram os próprios pacientes apresentarem sua evolução para os clínicos que os acompanhavam à distância. Ao final, consideraram que esse processo os faziam seguir mais as orientações sobre o acúmulo, diminuindo essa prática. Este tipo de acompanhamento do estudo por meio de vigilância virtual demonstrou menor custo, entretanto o consentimento dos voluntários acumuladores é o principal problema a ser enfrentado para sua utilização na realidade.

O estudo de Kyrios e colaboradores⁴¹ analisou 89 pacientes com tratamento por terapia cognitiva comportamental e comparou com uma coorte de acumuladores sem tratamento algum. A conclusão indica melhora significativa do paciente que recebe o tratamento para a saúde mental. Também se verificou que há alguns desencadeadores nesse processo, tais como fatores de humor que são considerados importantes na etiologia e manutenção de acumulação, estados emocionais negativos, ansiedade, tristeza, culpa e raiva.

Uma agenda de pesquisa precisa ser pautada com urgência, para que novos estudos

respondam as diversas lacunas de conhecimento sobre esses doentes, constatadas nesta revisão, entre elas: estudos de prevalência de acumuladores para auxiliar as tomadas de decisão de gestores públicos de saúde, planejando os custos para sua atenção, e estudos sobre melhores tratamentos para esses doentes.

Os documentos analisados indicam que não há uma única fórmula de tratamento, demandando a composição de equipes multiprofissionais e multissetoriais com vistas à redução de danos para a saúde individual e coletiva.

Observa-se que em alguns países existem protocolos estabelecidos de acolhimento e atendimento integral a esses doentes. No caso brasileiro, constata-se a necessidade de fomentar uma política pública com atores multiprofissionais que prestem uma assistência integral, e que se crie um fluxo de atenção à saúde desde a atenção básica ao tratamento especializado.

Referências

1. Australia. South Australian Department for Health and Ageing. Health Protection Programs. A foot in the door: stepping towards solutions to resolve incidents of severe domestic squalor in South. 2013:1-62.
2. Irvine JDC, Kingsley N. Recognizing Diogenes syndrome: a case report. *BMC Res Notes*. 2014; 276(7):2-4.
3. Saldarriaga-Cantillo A, Rivas Nieto JC. Noah Syndrome: A Variant of Diogenes Syndrome Accompanied by Animal Hoarding Practices. *J Elder Abuse Negl*. 2015; 27(3):270-5.
4. Frank C, Misiaszek B. Approach to hoarding in family medicine Beyond reality television. *Can Fam Physician*. 2012; 58(10):1087-1091.
5. Almeida R, Ribeiro O. Síndrome de Diógenes: revisão sistemática da literatura. *Rev. Port Saude Publica*. 2012; 30(1):89-99.
6. Khan S. Diogenes Syndrome: A special manifestation of Hoarding Disorder. *The American Journal Psychiatric*. 2017; 12(8):9-11.
7. Holm M. Severe domestic squalor. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2010; 130(24):2469-71.
8. Stumpf BP, Rocha FL. Síndrome de Diógenes. *J. bras. psiquiatr*. 2010; 59(2):156-159.
9. Schmidt DR, Méa CPD, Wagner MF. Transtorno da Acumulação: características clínicas e epidemiológicas. *Revista CES Psicologia*. 2014; 7(2):27-43.
10. Büscher TP, Dyson J, Cowdell F. The effects of hoarding disorder on families: an integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2014; 21(6):491-8.
11. Dong XQ, Simon MA, Evans DA. Prevalence of Self-Neglect across Gender, Race, and Socioeconomic Status: Findings from the Chicago Health and Aging Project. *Gerontologia*. 2012; 58(3):258-268.
12. Snowdon J, Halliday G. A study of severe domestic squalor: 173 cases referred to an old age psychiatry service. *Int Psychogeriatr*. 2011; 23(2):308-14.
13. Caixeta L, Azevedo PVB, Caixeta M, Reimer CHR. Psychiatry disorders and dengue: Is there a relationship?. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2011; 69(6):920-923.
14. Paiva SA, Silva SCS, Aguiar VG. Dengue Versus Lixo uma Problemática no Jardim Nova Esperança. In: III Congresso Brasileiro de Gestão Ambiental. 2012:1-8.
15. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Anderson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol [Internet]*. 2007:1-7.
16. Araujo ENP de, Santos VG. Transtorno de acumulação compulsiva de idosos: Possibilidades de cuidados e questões de saúde pública. *Revista Kairós Gerontologia*. 2015; 18(4):81-100.
17. Gahr M, Connemann BJ, Freudenmann RW, Kölle MA, Schönfeldt-Lecuona CJ. Hoarding: A Mental Disorder with Implications for Public Health. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2014; 82:330-336.
18. Roane DM, Sherratt ALJ, Wilson GS. Hoarding in the elderly: a critical review of the recent literature. *Int Psychogeriatr*. 2017; 29(7):1077-1084.
19. Beyond Overwhelmed. Catholic Community Services NSW/ACT. Identifying pathways to deliver more effective services for people & their pets affected by hoarding and squalor across. 2012:104.
20. Lambeth. Self-Neglect and Hoarding Guidance. 2017; (1):38.

21. Frost RO, Patronek G, Rosenfield E. Comparison of object and animal hoarding. *Depress Anxiety*. 2011; 28(10):885–891.
22. Hoarding Animals Research Consortium (HARC). Implications of Animal Hoarding Animal. *Work*. 2002; 27(2):125-131.
23. Thompson C, Fernández de la Cruz L, Mataix-Cols D, Onwumere J. A systematic review and quality assessment of psychological, pharmacological, and family-based interventions for hoarding disorder. *Asian J Psychiatr*. 2017; 27(6):53-66.
24. Muroff J, Steketee G. Pilot trial of cognitive and behavioral treatment for hoarding disorder delivered via webcam: Feasibility and preliminary outcomes. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2018; 18:18–24.
25. Lee SM, LoGiudice D. Phenomenology of squalor, hoarding and self-neglect: an Australian aged care perspective. *Internal Medicine Journal Royal Australasian College of Physicians*. 2012; 98-101.
26. Fond G, Jollant F, Abbar M. The need to consider mood disorders, and especially chronic mania, in cases of Diogenes syndrome (squalor syndrome). *International Psychogeriatrics*. 2011; 23(3):505–507.
27. Ong C, Pang S, Sagayadevan V, Chong SA, Subramaniam M. Functioning and quality of life in hoarding: A systematic review. *Journal of Anxiety Disorders*. 2015; 32:17-30.
28. Lenders T, Kuster J, Bispinck R. Management of Uninhabitable Homes – Investigation of 186 Cases of Hoarding, Domestic Neglect and Squalor in Dortmund. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2015; 83:695–701.
29. Raeburn T, Hungerford C, Escott P, Cleary M. Supporting recovery from hoarding and squalor: insights from a community case study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2015; 22:634–639.
30. Cramer R, Vols M. Hoarding disorder and the legal system: A comparative analysis of South African and Dutch law. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2016; 49:114–123.
31. Day MR, McCarthy G. Animal Hoarding: A Serious Public Health Issue. *Ann Nurs Pract*. 2016; 3(4):1054-1057.
32. Livingston County Hoarding Task Force Guidelines for Addressing Hoarding Behavior. 2017:1- 14.
33. De Tommazzo VG. São Paulo. Análise de denúncias de excesso de cães e gatos no município de São Paulo de 2006 a 2015: Dissertação apresentada no programa de pós-graduação em Saúde Pública em ciências; 2017.
34. Ferreira EA. Acumuladores de animais: caracterização do perfil psicopatológico. Porto Alegre: Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2016.
35. Hoarding Best Practice Committee/Massachusetts. Hoarding. Best Practices. Massachusetts. 2012:1-45.
36. National Health Service (NHS). Hoarding disorder – Guideline 2019-2021 [Internet]. 2011 [acesso em: 25 fev 2019]:22. Disponível em: <https://www.nhs.uk/conditions/hoarding-disorder/Guide>.
37. Ministério da Justiça (BR). Banco de ações judiciais (Jusbrasil) com termos de acumuladores compulsivos [Internet]. 2018 [acesso em: 13 dez 2018]. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/26833900/acumulacao-compulsiva>.
38. Australia. Government of South Australia. A Foot in the Door Stepping towards solutions to resolve incidents of severe domestic squalor in South Australia. A Guideline. 2013:1-62.
39. Tolin DF, Frost RO, Steketee G, Muroff J. Cognitive Behavior Therapy for Hoarding Disorder: A Meta Analysis. *Depression and Anxiety*. 2015:1-9.
40. Cunha GR, Martins CM, Ceccon-Valente MF, Silva LL, Martins FD, Floeter D, Robertson JV, Ferreira F, Biondo AW. Frequency and spatial distribution of animal and object hoarder behavior in Curitiba, Paraná State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(2):1-12.
41. Kyrios M, Mogan C, Moulding R, Frost OR, Yap K, Fasnacht DB. The cognitive-behavioural model of hoarding disorder: Evidence from clinical and non-clinical cohorts. *Clin Psychol Psychother*. 2017; 25(2):1–11.

Agradecimentos: A Roseli de Lima e Juliana Cerqueira, aprimoradoras do PAP/SUCEN que deixaram uma grande contribuição para que hoje pudéssemos dispor deste estudo à sociedade.

Informações básicas e instruções aos autores

O Boletim do Instituto de Saúde (BIS) é uma publicação semestral do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Com tiragem de 2 mil exemplares, a cada número o BIS apresenta um núcleo temático, definido previamente, além de outros artigos técnico-científicos, escritos por pesquisadores dos diferentes Núcleos de Pesquisa do Instituto, além de autores de outras instituições de Ensino e Pesquisa. A publicação é direcionada a um público leitor formado, primordialmente, por profissionais da área da saúde do SUS, como técnicos, enfermeiros, pesquisadores, médicos e gestores da área da Saúde.

Fontes de indexação: Na Capes, o BIS está nas áreas de Medicina I, II e III, Ciências Ambientais, Enfermagem, Ensino, Farmácia, Interdisciplinar, Odontologia e Psicologia.

Copyright: é permitida a reprodução parcial ou total dessa publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições. Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.

Patrocinadores: o BIS é uma publicação do Instituto de Saúde, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Resumo: os resumos dos artigos submetidos para publicação deverão ser enviados para o e-mail boletim@isaude.sp.gov.br, antes da submissão dos artigos. Deverão ter até 200 palavras (em *Word Times New Roman*, corpo 12, com espaçamento simples), em português, com três palavras-chave. Caso o artigo seja aprovado, um resumo em inglês deverá ser providenciado pelo autor, nas mesmas condições do resumo em português (em *Word Times New Roman*, corpo 12, com espaçamento simples, acompanhado de título e palavras-chave).

Submissão: os artigos submetidos para publicação devem ser enviados, em português, para o e-mail boletim@isaude.sp.gov.br e ter entre 15 mil e 25 mil caracteres com espaço no total (entre 6 e 7 páginas em *Word Times New Roman*, corpo 12, com espaçamento simples), incluídas as referências bibliográficas, salvo orientações específicas dos editores. O arquivo deve ser enviado em formato Word a fim de evitar incompatibilidade de comunicação entre diferentes sistemas operacionais. **Figuras e gráficos devem ser enviados em arquivos separados (JPG), em alta resolução.**

Título: deve ser escrito em *Times New Roman*, corpo 12, em negrito e caixa Ab, ou seja, com letras maiúsculas e minúsculas.

Autor: o crédito de autoria deve estar à direita, em *Times New Roman*, corpo 10 (sem negrito e sem itálico) com nota de rodapé numerada informando sua formação, títulos acadêmicos, cargo e instituição à qual pertence. Também deve ser disponibilizado o endereço eletrônico para contato (e-mail).

Subtítulos do texto: nos subtítulos não se deve usar números, mas apenas letras, em negrito e caixa Ab, ou seja, com maiúsculas e minúsculas.

Corpo do texto: o corpo do artigo deve ser enviado em *Times New Roman*, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

Transcrições de trechos dentro do texto: devem ser feitas em *Times New Roman*, corpo 10, itálico, constando o sobrenome do autor, ano e página. Todas essas informações devem ser colocadas entre parênteses.

Citação de autores no texto: deve ser indicado em expoente o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares.

Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (relatórios e outros): devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas somente nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Referências bibliográficas: preferencialmente, apenas a bibliografia citada no corpo do texto deve ser inserida na lista de referências. Elas devem ser numeradas seguindo a ordem de citação, no final do texto. A normalização seguirá o estilo Vancouver.

Espaçamento das referências: deve ser igual ao do texto, ou seja, *Times New Roman*, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

Termo de autorização para publicação: o autor deve autorizar, por escrito e por via eletrônica, a publicação dos textos enviados, de acordo com os padrões aqui estabelecidos. Após o aceite para publicação, o autor receberá um formulário específico, que deverá ser preenchido, assinado e devolvido aos editores da publicação.

Obs.: no caso de trabalhos que requeiram o cumprimento da Resolução CNS 466/2012 será necessária a apresentação de parecer de comitê de ética e pesquisa.

Avaliação: os trabalhos são avaliados pelos editores científicos, por editores convidados e pareceristas *ad hoc*, a cada edição, de acordo com a sua área de atuação.

Acesso: a publicação faz parte do Portal de Revistas da SES-SP, em parceria com a Bireme, com utilização da metodologia Scielo para publicações eletrônicas, podendo ser acessada nos seguintes endereços:

Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>
Instituto de Saúde – www.isaude.sp.gov.br

Orientação aos autores – Notas técnicas de Avaliação de Tecnologias de Saúde

Notas Técnicas de Avaliação de Tecnologias de Saúde incluem pareceres técnico-científicos e outros tipos de informes rápidos de avaliação de tecnologias de saúde (ATS), que possam contribuir para subsidiar a tomada de decisão sobre incorporação e ou exclusão de tecnologias no sistema de saúde. Ensaio e reflexões sobre aspectos metodológicos e sobre políticas relacionadas à ATS também são bem-vindos.

Tamanho do texto

- Deve ter até 2.000 palavras (excluindo resumo, tabela, figura e referências), no máximo uma tabela ou figura e até 10 referências. Sugere-se a seguinte distribuição das partes do texto: Introdução (até 600 palavras); Método (até 300 palavras); Resultados e Discussão (até 1.000 palavras); Recomendação (até 100 palavras)..
- O resumo não precisa ser estruturado e deve ter até 150 palavras, e ser apresentado em português e inglês.

Estrutura do texto

- Não há uma estrutura para apresentação de Notas Técnicas no formato ensaios e reflexões.
- As Notas Técnicas relativas a pareceres técnico-científicos e outros tipos de informes rápidos de ATS, devem

obedecer a seguinte estrutura: Introdução que aborde o contexto de realização do parecer ou informe, o problema estudado, e a tecnologia avaliada; Método com pergunta de investigação estruturada, bases de dados de literatura, estratégias de busca de informações científicas, critérios para seleção e análise dos estudos incluídos; Resultados e Discussão que inclua uma apreciação sobre as limitações do estudo, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Recomendação que possa subsidiar uma tomada de decisão por gestores nos diferentes âmbitos do sistema de saúde.

- Fontes de financiamento: devem ser declaradas todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- Conflito de interesses: deve ser informado qualquer potencial conflito de interesse.
- Aspectos éticos: informar sobre avaliação por um comitê de ética em pesquisa, quando pertinente.
- Colaboradores: devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
- Agradecimentos: incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

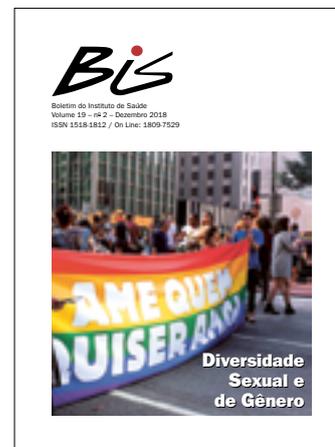
BIS – números já editados



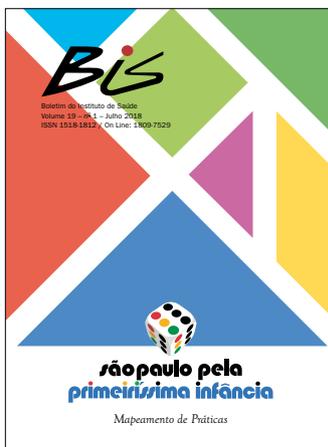
(v. 20 - nº 1) / 2019
Mestrado Profissional em
Saúde Coletiva: traduzindo
conhecimento para o SUS



(v. 19 - suplemento) / 2018
32º Congresso de Secretários
Municipais de Saúde do
Estado de São Paulo



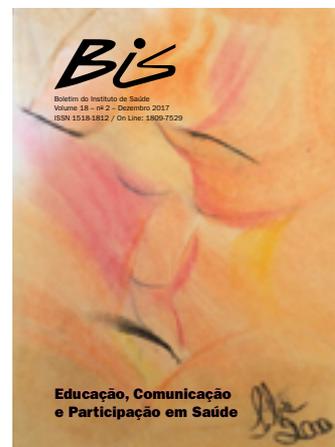
(v. 19 - nº 2) / 2018
Diversidade Sexual e
de Gênero



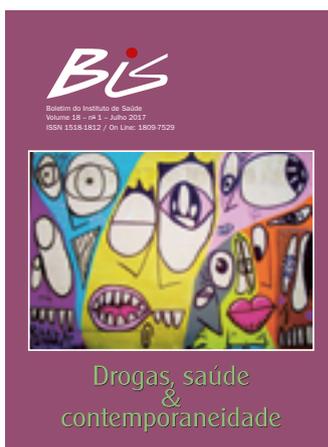
(v. 19 - nº 1) / 2018
São Paulo pela
Primeiríssima Infância –
Mapeamento de Práticas



(v. 18 - suplemento) / 2017
31º Congresso de Secretários
Municipais de Saúde do
Estado de São Paulo



(v. 18 - nº 02) / 2017
Educação, Comunicação e
Participação em Saúde



(v. 18 - nº 01) / 2017
Drogas, saúde &
contemporaneidade



(v. 17 - suplemento) / 2016
VI Prêmio David Capistrano
de Experiências Exitosas
dos Municípios Paulistas



(v. 17 - nº 02) / 2016
Saúde e direitos
sexuais e reprodutivos



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília



Norwegian Institute of Public Health
CENTRE FOR INFORMED HEALTH CHOICES



**SECRETARIA
DA SAÚDE**



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**