

RSPP

Revista de Saúde Pública do Paraná

VOLUME 7. Nº 4. DEZEMBRO DE 2024 | ISSN ONLINE 2595-4482



2024 Escola de Saúde Pública do Paraná



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Rua Dante Romanó, 120 - Tatumã CEP:82821-016 - Curitiba - PR

Tel. (41)3342-9818

www.escoladesaude.pr.gov.br

REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ

ISSN ONLINE 2595-4482 | ISSN IMPRESSO 2595-4474

Publicação trimestral (Fluxo Contínuo)

Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/>

CLASSIFICAÇÃO **B4 QUALIS/CAPES/2017-2020** em 11 áreas: Educação, Enfermagem, Ensino, Farmácia, Interdisciplinar, Medicina I, Medicina II, Medicina III, Odontologia, Psicologia e Saúde Coletiva.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP
Biblioteca da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (BIBSESA)

R454 Revista de Saúde Pública do Paraná / Escola de Saúde Pública do Paraná. v. 7, n.4 (out./dez. 2024). Curitiba: SESA, 2024.

il. color. PDF

Trimestral
ISSN 2595-4482 Online
ISSN 2595-4474 Impresso

1. Saúde Pública. I. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde.
Escola de Saúde Pública do Paraná. II. Título

CDD 614.098162

Elaine Cristina Itner Voidelo - CRB9/1239

EDITOR CHEFE Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP) **COMISSÃO EDITORIAL** Eliane Cristina Sanches Maziero (ESPP), Priscila Meyenberg Cunha Sade (ESPP); Solange Rothbarth Bara (ESPP)
EDITORA EXECUTIVA Elaine Cristina Itner Voidelo (ESPP)



OS CONCEITOS EMITIDOS NOS MANUSCRITOS SÃO DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO(S) AUTOR(ES), NÃO REFLETINDO OBRIGATORIAMENTE A OPINIÃO DA REVISTA.

Avaliadores que participaram desta edição

RSPP v.7, n.4, dezembro de 2024

Agradecemos a todos os avaliadores participantes. Sua contribuição é fundamental para a qualidade dos artigos publicados.

1. Adriana Luiz Sartoreto Mafra. <https://orcid.org/0000-0002-4325-2991>
2. Adriana Prestes do Nascimento Palú. <https://orcid.org/0000-0003-4318-1772>
3. André Ribeiro de Castro Júnior. <https://orcid.org/0000-0002-3681-3607>
4. André Ribeiro Langowski. <https://orcid.org/0009-0003-1005-5021>
5. Caroline dos Santos Pereira. <https://orcid.org/0000-0003-3343-1440>
6. Cassio Hartmann. <https://orcid.org/0000-0003-0181-1430>
7. Débora Driemeyer Wilbert. <https://orcid.org/0000-0003-1485-8473>
8. Deborah Ribeiro Carvalho. <http://orcid.org/0000-0002-9735-650X>
9. Djonathan Adamante. <https://orcid.org/0000-0002-1047-1047>
10. Eliane Cristina Sanches Maziero. <https://orcid.org/0000-0003-1264-0833>
11. Fabiana Regolin. <https://orcid.org/0000-0003-0577-8332>
12. Gabriela Furtado Neves. <https://orcid.org/0000-0002-0678-8295>
13. Jefferson Wildes Silva Moura. <https://orcid.org/0000-0002-7192-1099>
14. Juliane Fernandes de Lima. <https://orcid.org/0000-0003-0645-5914>
15. Juliane Brenner Vieira. <https://orcid.org/0000-0003-3897-8680>
16. Lucas Vinícius de Lima. <https://orcid.org/0000-0002-9582-9641>
17. Maria Fernanda Pereira Gomes. <https://orcid.org/0000-0003-0577-2264>
18. Maynara Fernanda Carvalho Barreto. <https://orcid.org/0000-0002-3562-8477>
19. Neusa Maria dos Santos. <https://orcid.org/0000-0003-3469-4592>
20. Otiniel Moreira Nascimento. <https://orcid.org/0000-0001-5260-4752>
21. Paula Helena Gomes de Moraes Ruiz. <https://orcid.org/0009-0005-7576-9644>
22. Pedro Marcos Gomes Teixeira. <https://orcid.org/0000-0003-1779-3222>
23. Rafael Rodrigo da Silva Pimentel. <https://orcid.org/0000-0002-9461-1472>
24. Rejane Cristina Teixeira Tabuti. <https://orcid.org/0000-0002-0003-1793>
25. Renata Szpak. <https://orcid.org/0000-0002-2116-0463>
26. Sérgio Spezzia. <https://orcid.org/0000-0001-5622-5581>

Equipe Editorial
Revista de Saúde Pública do Paraná
<http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/>

Boas Práticas Higiênicas: estudo comparativo em supermercados de Piraquara - PR após oficinas de capacitação

Good Hygienic Practices: a comparative study of supermarkets in Piraquara - PR after training workshops

Fernanda Siqueira de Couto¹, Fernanda Paula da Silva Torres², Ingridy Fhadine Hartmann Gonzales³, Amanda Haisi⁴, Caroline Constantino⁵, Elizabete Javorouski Balbino⁶, Marcia Oliveira Lopes⁷

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5960-0930>. Médica veterinária. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: fersiqueira93@gmail.com
2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0392-413X>. Médica veterinária. Especialista em Saúde da Família. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: fernandatorresvet@gmail.com
3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5804-0548>. Médica veterinária. Mestra em Ciências Veterinárias. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: terc.ingridyg@sesa.pr.gov.br
4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0247-6905>. Médica veterinária. Mestre em Medicina Veterinária, Instituto de Biotecnologia, UNESP - Campus Botucatu, São Paulo, Brasil.
E-mail: amanda.haisi@unesp.br
5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7924-0749>. Médica veterinária. Doutora em Ciências Veterinárias. Prefeitura Municipal de Curitiba, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: caroline.const01@gmail.com
6. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-7090-9963>. Médica veterinária atuante na Vigilância Sanitária da Prefeitura Municipal de Piraquara. Especialização: Vigilância em saúde, Gestão Pública. Especialista em Preceptoria na área de saúde. Piraquara, Paraná, Brasil.
E-mail: bieta04@gmail.com
7. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1110-3609>. Professora. Departamento de Saúde Coletiva/UFPR. Mestrado em Ciências Veterinárias. Universidade Federal do Paraná Curitiba, Paraná, Brasil).
E-mail: marcialopes@ufpr.br

RESUMO

A adesão às Boas Práticas Higiênicas no varejo é imprescindível para a oferta de alimentos seguros. Objetivou-se avaliar a adesão às boas práticas higiênicas em supermercados antes e após ações educativas para gerentes e manipuladores de alimentos. Para isso, compararam-se dados de 18 supermercados por meio de uma lista de checagem de Boas Práticas Higiênicas, antes e após a realização de oficinas de capacitação. Os resultados demonstraram um aumento na adesão às Boas Práticas Higiênicas após as oficinas educativas e ressaltaram a importância da educação em saúde na mudança de ações, contribuindo para a oferta de alimentos seguros.

DESCRITORES: Inocuidade dos Alimentos. Lista de Checagem. Supermercados.

ABSTRACT

Adherence to Good Hygiene Practices in retail is essential for providing safe food. The aim was to assess adherence to these practices in supermarkets before and after educational actions for managers and food handlers. To this end, data from 18 supermarkets were compared using a Good Hygiene Practices checklist, before and after training workshops. The results showed an increase in adherence to Good Hygiene Practices after the educational workshops and emphasized the importance of health education in changing behaviors, thereby contributing to the provision of safe food.

DESCRIPTORS: Food Safety. Checklist. Supermarkets.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A produção de alimentos seguros é responsabilidade de todos os envolvidos na sua cadeia produtiva e demanda monitoramento e controle de fornecedores, processos e boas práticas de higiene. A falta dessas medidas pode resultar em surtos de doenças decorrentes da ingestão de alimentos contaminados^{1,2}.

No Brasil, de 2014 a 2023, foram registrados 6.874 surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA), envolvendo 573.969 pessoas expostas, 110.614 adoecimentos, 12346 hospitalizações e 121 óbitos, com ocorrência principalmente em residência (34%), seguido por restaurante/padaria (14,6%)³.

A identificação de não conformidades relacionadas às Boas Práticas Higiênicas (BPH) em estabelecimentos alimentícios pode estar associada à falta de treinamento dos manipuladores de alimentos, os quais estão envolvidos diretamente no processo de produção^{1,4}.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 216/2004 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) dispõe sobre os princípios de Boas Práticas de Manipulação em serviços de alimentação, preconizando a realização de treinamentos periódicos para os manipuladores de alimentos⁵.

O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto das ações educativas, realizadas com gerentes e manipuladores de alimentos de supermercados, na conformidade com as BPH, por meio de uma comparação pré e pós-treinamento.

MÉTODO

Os critérios de inclusão dos estabelecimentos foram baseados na definição de supermercados segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas⁶. Para ser classificado dessa forma, um estabelecimento deve ser um comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios, e possuir uma área de venda entre 300 e 5.000 m²⁶.

Entre fevereiro e junho de 2017, realizou-se a primeira avaliação⁷ de conformidade em Boas Práticas de Higiene (BPH) em 19 supermercados que aceitaram participar, dos 21 registrados no cadastro do município de Piraquara – PR.

A avaliação utilizou uma lista de checagem de conformidades baseada na RDC

nº 216/2004 da ANVISA. Todos os participantes foram informados sobre as etapas subsequentes, as quais são detalhadas no presente estudo. A partir dos resultados, os estabelecimentos foram classificados em três grupos: Grupo 1, com conformidade entre 76% e 100%; Grupo 2, com conformidade entre 51% e 75%; e Grupo 3, com menos de 50% de conformidade⁷. Este critério de classificação está previsto na ANVISA, na RDC n.º 275/2002.

Na segunda etapa, dos 19 estabelecimentos, 18 aceitaram participar, sendo, portanto, esses 18 os considerados para o estudo. Em 2018, foram realizadas ações educativas em forma de capacitações com gerentes e manipuladores de alimentos, embasadas nos resultados da primeira avaliação. Foram utilizadas metodologias ativas de ensino, com base no processo de ensino-aprendizagem com situações estimuladoras, como dinâmicas sobre contaminação cruzada e higiene de mãos, análises microbiológicas, rodas de conversas e recursos audiovisuais, estimulando a participação e o pensamento crítico no grupo.

Entre 2018 e julho de 2019, a lista de checagem foi reaplicada. Com base nos resultados obtidos, os estabelecimentos foram reclassificados a partir do percentual de conformidades, tabulados no *software Microsoft Office Excel 2013*, e comparados a fim de verificar se houve aumento de conformidades após as oficinas educativas.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Tecnológica Federal do Paraná sob protocolo do CAAE n.º 57206416.2.0000.5547.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

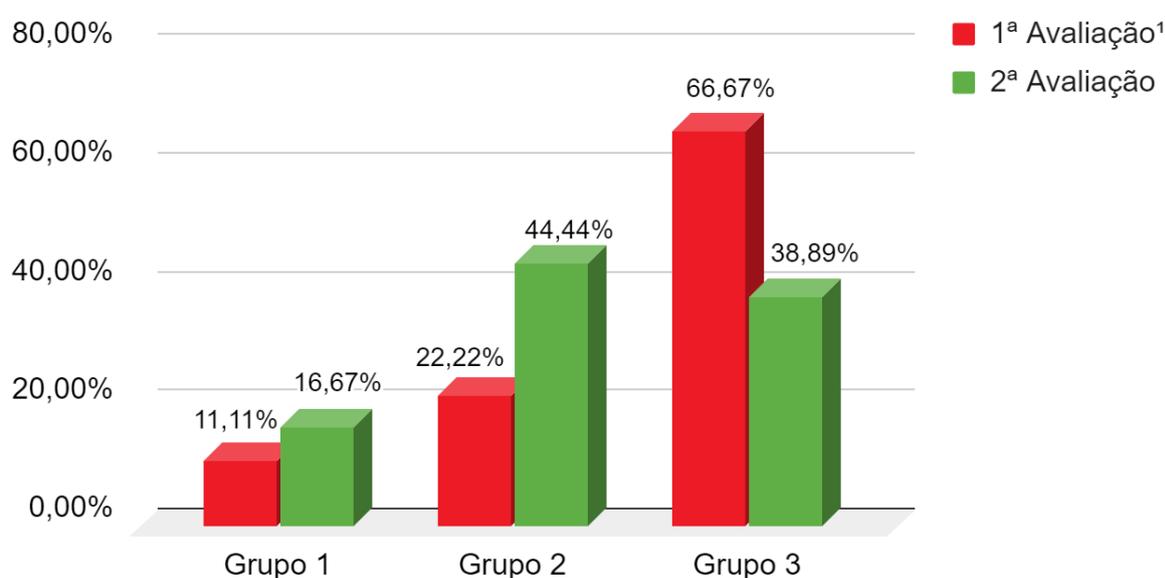
Os resultados demonstraram melhorias na avaliação das conformidades (Gráfico 1 e Tabela 1), atingindo 16,67% de estabelecimentos classificados no Grupo 1, corroborando com o fato de que em diversos estudos o alto percentual de estabelecimentos classificados em outros grupos pode estar relacionado à não adoção das BPH decorrente da falta de conhecimento. Outros autores identificaram que a proporção de estabelecimentos varejistas classificados no Grupo 3 variou de 75 a 94,20%, não havendo classificados no Grupo 1⁸⁻¹⁰.

Houve aumento no percentual de conformidades de documentações e registros, controle de pragas urbanas, gerenciamento de resíduos sólidos e controle da qualidade da água. O aumento no percentual de conformidade de documentações

e registros foi o mais alto entre os setores avaliados, no entanto, o percentual geral de conformidade atingido foi de apenas 32,14%.

Em comparação, um estudo realizado com apenas três supermercados de Cascavel – PR, identificou 50% de conformidade em documentações e registros, sendo constatado a ausência de Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs)¹¹. Em nosso estudo, os estabelecimentos apresentaram uma melhoria em relação aos POPs, com um aumento de 16,66% de conformidade.

Gráfico 1. Percentual de conformidades gerais de 18 supermercados de Piraquara – PR, entre 2017 e 2019.



Nota: (1) Primeira avaliação de conformidade.

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Em relação ao controle de pragas urbanas, observou-se no presente estudo um incremento de 36,83% de adequação após as capacitações. Em um estudo realizado em 13 supermercados de Pernambuco, Brasil, verificou-se que nenhum estabelecimento apresentou conformidade nesse item, fato que pode corroborar com o risco de contaminação física e microbiológica dos alimentos¹².

Na área externa (frente), houve aumento de conformidade, o que pode indicar que em áreas de maior visibilidade pelos clientes os índices de conformidades tendem a serem mais altos, além de serem continuamente melhorados e mantidos as BPH.

Na área de vendas notou-se melhorias nas instalações e no armazenamento de mercadorias, refletindo em um aumento de conformidades, sendo que o fator limitante é a adequação de obras essencialmente estruturais, como reformas em paredes e tetos.

Tabela 1. Comparação do percentual de conformidades de Boas Práticas Higiênicas por áreas do setor supermercadista, de 18 supermercados de Piraquara – PR, entre 2017 e 2019.

Áreas do setor supermercadista	1ª avaliação 2017 ¹		2ª avaliação 2019		Pós treinamento
	%	n ²	%	n ²	%
Documentações e registros	19,68	18	32,14	18	+63,31
Controle de pragas urbanas	52,78	18	72,22	18	+36,83
Gerenciamento de resíduos sólidos	26,60	18	32,28	18	+21,35
Controle da qualidade da água	73,58	18	77,36	18	+05,14
Área externa (frente)	72,22	18	86,67	18	+20,00
Área de vendas	56,47	18	62,93	18	+11,44
Estoque seco	30,37	16	43,36	12	+42,78
Salsicharia/Fiambreteria	68,79	5	90,32	2	+31,30
Padaria/Rotisseria	52,97	18	62,42	17	+17,84
Cozinha	86,11	2	92,59	1	+07,52
Ilhas e balcões de refrigerados	61,11	18	79,63	18	+30,31
Câmara de carnes refrigerados	56,17	17	69,89	15	+24,42
Câmara de demais produtos refrigerados	77,05	5	90,82	4	+17,88
Câmara de carnes congelados	61,50	10	66,67	12	+08,41
Açougue	52,32	18	63,91	18	+22,15
Área externa (fundos)	24,04	13	32,14	11	+33,69
Área de recebimento	23,33	18	31,11	18	+33,35
Manipuladores	57,36	18	75,90	18	+32,32
Sanitários dos funcionários	36,22	18	44,79	15	+23,66
Sanitários destinados ao público	51,65	9	50,00	11	-03,20

Nota: (1) Primeira avaliação de conformidade; (2) Quantidade de estabelecimentos em que a área relacionada foi avaliada.

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Os setores de salsicharia/fiambreteria, padaria/rotisseria e cozinha demonstraram acréscimos nos percentuais de conformidades. Em outro estudo, as análises microbiológicas de fatiadores de frios dos setores de padarias de dois supermercados demonstraram redução da contagem bacteriana total após a oficina educativa¹³. Os resultados demonstraram a atenção que estes ambientes receberam após os treinamentos. Em contrapartida, houve a identificação de 89,47% de não conformidades na parte estrutural da padaria de um supermercado, constatando-se problemas como localização desapropriada, higienização inadequada de equipamentos e contaminação cruzada¹⁴.

Nas ilhas e balcões de produtos refrigerados, nas câmaras de produtos cárneos refrigerados, demais produtos refrigerados e de produtos cárneos congelados, foi observado aumento nas conformidades. Isso sugere uma preocupação crescente com a qualidade e segurança dos produtos comercializados.

No açougue, houve aumento geral nas conformidades devido a melhorias estruturais, organizacionais e de temperatura em freezers e balcões frigoríficos, além da aplicação de BPH no momento da manipulação e desossa. Destaca-se a melhora relacionada à presença de pia exclusiva com os produtos necessários para a lavagem das mãos (sabonete líquido, papel toalha e lixeira com acionamento a pedal), que passou de 11,11% para 29,41%.

Houve aumento no percentual na área externa dos fundos e de recebimento de mercadorias. A prática correta de verificação de temperatura das mercadorias durante o recebimento aumentou de 11,11% para 22,22%. Embora esses resultados ainda estejam aquém do ideal, indicam um progresso gradual em direção à conformidade com as BPH.

Em relação aos manipuladores de alimentos, observou-se aumento de conformidades no uso de Equipamentos de Proteção Individual e asseio pessoal. Em um estudo realizado em três supermercados, observou-se 93,34% de conformidades em relação à higiene e postura dos manipuladores¹¹. Em contrapartida, um estudo realizado em um supermercado de Viçosa, Brasil, identificou 88,88% de não conformidades em relação ao mesmo quesito¹⁴. Esses resultados confirmam a importância da realização de treinamentos periódicos em BPH para os manipuladores de alimentos.

As mãos dos manipuladores de alimentos são consideradas as principais fontes de contaminação para os alimentos e, portanto, são alvos frequentes de estudos e

treinamentos¹⁵⁻¹⁷. Um estudo microbiológico da superfície das mãos dos manipuladores de alimentos demonstrou que, após a aplicação de oficinas educativas, a quantificação bacteriana total apresentou importante diminuição¹⁷. A adequação às conformidades nestes setores tem sido negligenciada e os resultados demonstram a necessidade de enfatizar a importância dessas adequações e os riscos que podem implicar à saúde pública.

Quanto aos sanitários destinados aos funcionários e ao público, observou-se melhora nos índices de conformidade nos sanitários dos funcionários. No entanto, a presença de itens essenciais à higienização das mãos permanece em nível baixo, aumentando de 16,67% para 20%. Em contrapartida, nos sanitários destinados ao público, houve um pequeno decréscimo.

Os resultados de diversos autores corroboram com a afirmação de que para estabelecer um processo de ensino, o educando deve participar de situações estimuladoras, viabilizadas a partir da elaboração de atividades de ensino-aprendizagem¹⁸. A prática de ensinar não é apenas a transmissão de conhecimentos, mas sim a capacidade de criar possibilidades para a sua construção¹⁹. Tais conceitos foram incorporados nas atividades educativas deste estudo.

CONCLUSÃO

As ações educativas impactaram positivamente a conformidade higiênica dos estabelecimentos, evidenciado pela inclusão de novos estabelecimentos no Grupo 2 e pela redução dos que estavam no Grupo 3. No entanto, áreas como estoque seco, área externa (fundos), recebimento de mercadorias, sanitários/vestiários dos funcionários, além de documentos e registros e gerenciamento de resíduos sólidos, ainda precisam de atenção para alcançar a conformidade mínima de 50%.

A aplicação da lista de checagem embasada em legislação sanitária vigente constitui uma importante ferramenta para o acompanhamento das BPH, além de ser uma fonte comprobatória da eficácia das oficinas realizadas. Esses resultados orientam as oficinas de capacitação, abordando um perfil de ação problematizadora, a qual confere aos participantes o pensamento crítico para melhorias contínuas, contribuindo para a oferta de alimentos seguros e para um nível adequado de conformidade higiênica.

AGRADECIMENTOS

Os autores dirigem os agradecimentos aos gerentes e manipuladores de alimentos que participaram dessa pesquisa, aos técnicos do Departamento de Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde de Piraquara pelo apoio no contato com os estabelecimentos e aos alunos do Projeto de Extensão “Promoção de Boas Práticas Higiênicas em Supermercados, Mercados e Restaurantes” pela participação nos levantamentos e oficinas de capacitações.

REFERÊNCIAS

1. Forsythe SJ. Microbiologia da Segurança dos Alimentos. 2.ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013. p.28, 390, 379-386. [Acesso 2023 Mai 26]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5698538/mod_resource/content/1/Microbiologia%20da%20Seguranca%20dos%20Alimentos%20-%20Stephen%20J.pdf
2. Organização Mundial da Saúde. Inocuidad de los alimentos. [Internet]. [Acesso 2024 Fev 20]. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/food-safety>
3. Ministério da Saúde (BR). Surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar no Brasil- Informe 2024. [Internet]. [Acesso 2024 Ago 27]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dtha/publicacoes/surtos-de-doencas-de-transmissao-hidrica-e-alimentar-no-brasil-informe-2024/view>
4. Germano MIS. Treinamento de manipuladores de alimentos: fator de segurança alimentar e promoção da saúde. São Paulo: Livraria Varela, 2003.
5. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 216 de 15 de setembro de 2004. Dispõe sobre regulamento técnico de boas práticas para serviços de alimentação. Diário Oficial da União, Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0216_15_09_2004.html
6. Comissão Nacional de Classificação e Instituto Brasileiro de Geografia. Classificação Nacional de Atividades Econômicas- CNAE: versão 2.0. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93009.pdf>
7. Santos DM, Lopes MO, Constantino C, Morikawa VM, Hildebrando LCL, Queiroz JF. Diagnóstico situacional da adesão às Boas Práticas Higiênicas em supermercados em um município da Região Metropolitana de Curitiba-PR. Arch.

- Vet. Sci. (Online), v. 23, n. 3, sep. 2018. [Acesso 2024 Fev 20]. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/avs.v23i3.58103>
8. Brasil CCB, Gressler CC, Pelegrini SB, Moura DS, Medeiros LB, Hecktheuer LHR. Profile of establishments in the supermarket sector with respect to Good Practices in the city of Santa Maria (RS), Brazil. *Ciênc. Tecnol. Aliment.*, Campinas, 33(4): 646-651, Oct.-Dec. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-20612013000400008>
 9. Costa JNP, Santos VVM, Silva GR, Moura FML, Gurgel CAB, Moura APBL. Condições higiênico-sanitárias e físico-estruturais da área de manipulação de carne in natura em minimercados de Recife (PE), Brasil. *Arq. Inst. Biol. (Online)*, São Paulo, v. 80, n. 3, p. 352-358, 2013. [Acesso 2023 Mai 29]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aib/a/6k7wY6Gb5zm4cfJdMVpPJfn/?format=pdf&lang=pt>
 10. Araújo VJ. Avaliação higiênico-sanitária de estabelecimentos varejistas de alimentos da Região Metropolitana de Recife-PE. Trabalho de conclusão de curso. Unidade Acadêmica de Garanhuns. Universidade Federal Rural de Pernambuco, 2019. [Acesso 2023 Mai 29]. Disponível em: <https://repository.ufrpe.br/handle/123456789/2014>
 11. Pedroso KRPQ, Bernardino PDL. Aspectos higiênico-sanitários de estabelecimento comercial do tipo supermercado de grande porte. *Rev. Eletrônica Cient. Inov. Tecnol.*, v.1. n.13, 2016. [Acesso 2024 Fev 20]. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/recit/article/view/4322>
 12. Almeida TJO, Franque MP, Lima CL, Almeida TVO, Assis AS. Perfil higienicossanitário e físico-estrutural de supermercados da cidade de São Bento do Una, Agreste de Pernambuco, Brasil. *Med. Vet.* [Internet]. 8º de julho de 2020 [citado 21 Fev 2024];13(4):629-36. DOI: <https://doi.org/10.26605/medvet-v13n4-3674>
 13. Torres FPS, Hartmann IF, Calegari-Santos R, Javorouski EB, Lopes MO, Galvão JA. Análise microbiológica de fatiadores de frios como ferramenta para capacitação em boas práticas de higiene de equipamentos para manipuladores de alimentos. *Ars Vet.*, Jaboticabal, v. 37, n. 4, p. 258-263, 2021. [Acesso 2024 Fev 21]. DOI: <http://dx.doi.org/10.15361/2175-0106.2021v37n4p258-263>
 14. Marques MAR, Lelis VG, Viana ESM. Aplicação das Boas Práticas de Fabricação como requisito de segurança alimentar em supermercado, no município de Viçosa. *Anais V SIMPAC - Volume 5 - n. 1 - Viçosa-MG - jan. - dez. 2013 - p. 193-198.* [Acesso 2024 Fev 21]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/53469333-Aplicacao-das-boas-praticas-de-fabricacao-como-requisito-de-seguranca-alimentar-em-um-supermercado-no-municipio-de-vicosa-1.html>
 15. Bertagnolli SMM, Ravello J, Mathias, GD, Saccol ALF. Avaliação da higienização das mãos de manipuladores em escolas municipais de educação infantil. *Hig. Aliment.*; 33(288/289): 171-175, abr.-maio 2019. [Acesso 2024 Fev 21]. Disponível em: <https://higienealimentar.com.br/wp->

[content/uploads/2020/08/Anais-Higienistas-2019_VERS%C3%83O-ATUALIZADA-FINAL_compressed.pdf](https://higienealimentar.com.br/wp-content/uploads/2020/08/Anais-Higienistas-2019_VERS%C3%83O-ATUALIZADA-FINAL_compressed.pdf).

16. Carneiro LF, Sonda R, Jesus NL, Beux M, Stangarlin-Fiori L. Riscos microbiológicos e higiene das mãos de manipuladores e superfícies utilizadas por food trucks em eventos de rua. Hig. Aliment.; 33(288/289): 443-448, abr.-maio 2019. [Acesso 2024 Fev 21]. Disponível em: https://higienealimentar.com.br/wp-content/uploads/2020/08/Anais-Higienistas-2019_VERS%C3%83O-ATUALIZADA-FINAL_compressed.pdf.
17. Torres, FPS, Hartmann IF, Gonçalves EV, Galvão JA, Lopes MO. Metodologias ativas na capacitação com manipuladores de alimentos: a experiência com análise da higienização de mãos. Hig. Aliment.; 33(288/289): 3708-3712, abr.-maio 2019. [Acesso 2024 Fev 21]. Disponível em: https://higienealimentar.com.br/wp-content/uploads/2020/08/Anais-Higienistas-2019_VERS%C3%83O-ATUALIZADA-FINAL_compressed.pdf.
18. Diaz Bordenave JE, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 25. ed. Petrópolis: Editora Vozes Ltda, 2004, 312 p.
19. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 25 ed. São Paulo. Paz e Terra, 1996, 166p. [Acesso 2024 Fev 21]. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/entreideias/article/view/3221>

RECEBIDO: 01/04/2024
APROVADO: 26/09/2024

Indicadores de Qualidade da Nutrição Enteral Domiciliar em Municípios de uma Regional de Saúde do Paraná: Estudo Transversal

Quality Indicators of Home Enteral Nutrition in Cities of a Regional Health Unit in Paraná: Cross-sectional Study

Vitória Maria Faria Rocha de Oliveira¹, Paula Hobi Weiss Cunha de Castilho²,
Rafaela Pachecho Kauberg³, Rubia Daniela Thieme⁴,
Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker⁵

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8601-9375>. Nutricionista. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: mavifrocha@gmail.com
2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1339-3264>. Nutricionista. Mestre em Nutrição e Alimentação. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: paulacastilho@ufpr.br
3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9573-0417>. Nutricionista. Mestre em Nutrição e Alimentação. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: rafaklauberg@gmail.com
4. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9587-7275>. Nutricionista Doutora em Políticas Públicas. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: rubiathieme@ufpr.br
5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9400-3717>. Nutricionista. doutora em Clínica Cirúrgica. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: meliana@ufpr.br

RESUMO

A segurança do paciente é um dos atributos da qualidade do cuidado. O uso de protocolos é importante para a qualidade das ações em saúde. O objetivo foi avaliar os indicadores de qualidade da Nutrição Enteral Domiciliar em municípios de uma regional de saúde do Paraná. Estudo transversal, cobrindo corte cronológico de agosto de 2021 a agosto de 2022. Foram incluídos municípios da segunda regional de saúde (N=29), classificados em pequeno, médio e grande porte. O instrumento Indicadores de Qualidade da Nutrição

Enteral Domiciliar foi aplicado a nutricionistas ou secretários de saúde. Foram obtidas informações de nove municípios, sendo cinco de grande, três de médio e um de pequeno porte. Cinco municípios apresentaram protocolos voltados à Nutrição Enteral Domiciliar. Nos nove municípios, há organização para fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas, mas os indicadores de Qualidade do Serviço e de Efetividade foram alcançados parcialmente, o que pode impactar na qualidade da Nutrição Enteral Domiciliar.

DESCRITORES: Saúde. Nutrição Enteral. Assistência Domiciliar.

ABSTRACT

One of the attributes of quality of care is patient safety. The use of protocols is important for the quality of actions in the health area. The objective was to evaluate the quality indicators of Home Enteral Nutrition in cities of a regional health unit in Paraná. Cross-sectional study, covering a chronological period from August 2021 to August 2022. Cities from the second regional health unit (N=29) were included, classified as small, medium, and big. The Home Enteral Nutrition Quality Indicators instrument was applied to nutritionists or health secretaries. Information was obtained from nine cities, five big, three medium, and one small. Five cities presented protocols aimed at Home Enteral Nutrition. In the nine cities, there is an organization to supply industrialized nutritional formulas, but the Service Quality and Effectiveness indicators were partially achieved, which may impact the quality of Home Enteral Nutrition.

DESCRIPTORS: Health. Enteral Nutrition. Home Care Services.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) tem como objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. A garantia da segurança significa reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, oferecendo assistência segura aos pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde¹.

Para isso, a elaboração e utilização de protocolos de segurança do paciente constituem uma das estratégias de implementação do PNSP nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS. Na atenção hospitalar, a frequência de estudos referente aos danos e causas dos efeitos adversos é maior em comparação a outros pontos de atenção. Assim, observa-se a escassez de pesquisas acerca da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Domiciliar (AD)^{1,2}.

A AD, por sua vez, é uma modalidade integrada às RAS que garante a continuidade do cuidado no domicílio por meio de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, reabilitação e cuidados paliativos. Nesse ambiente, é necessário considerar, sobretudo, a infraestrutura domiciliar para a segurança do paciente, da família e da equipe de profissionais de saúde; também, a efetividade da comunicação, a segurança na utilização das tecnologias, a administração segura de medicamentos e os procedimentos realizados, como os relacionados aos cuidados com a Nutrição Enteral (preparo da dieta, higienização, administração e orientações aos familiares e cuidador)^{3,4}.

A Nutrição Enteral objetiva manter ou recuperar o estado nutricional do indivíduo. Essa possibilidade terapêutica é realizada via sondas nasogástricas, nasoenterais ou ostomias para indivíduos que não conseguem atingir 60% das suas necessidades nutricionais pela via oral por cinco dias ou mais, porém apresentam o trato gastrointestinal parcialmente ou totalmente íntegro. A Nutrição Enteral é considerada uma necessidade alimentar especial que constitui demanda para a atenção nutricional no SUS em diferentes pontos de atenção, como a AD^{5,6}.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde orienta a organização e a oferta dos cuidados por meio da elaboração e implementação de protocolos voltados à Nutrição Enteral Domiciliar (NED)⁷. A orientação para NED é iniciada na desospitalização, a qual estimula a humanização do cuidado, proporciona rotatividade de leitos, reduz os

custos do tratamento e os riscos de iatrogenias. Após a alta hospitalar, a NED é continuada na reintegração e adaptação do paciente ao núcleo familiar⁸.

Ao se instituir a NED, o acompanhamento humanizado por uma equipe multiprofissional é primordial para assegurar a segurança do paciente^{9,10}. Assim, alguns pontos devem ser observados e executados para que haja efetividade no cuidado em saúde, tais como a orientação para organizar a rotina no domicílio, treinamentos periódicos específicos para manejo da dieta e cuidado com o usuário, administração de medicamentos e diminuição do risco de complicações mecânicas, gastrointestinais, respiratórias e metabólicas^{7,11,12}.

No contexto da prestação dos cuidados em saúde, a segurança do paciente está vinculada aos atributos de qualidade². Os atributos dos cuidados em saúde definidos no Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América incorporaram a segurança do paciente como um dos seis atributos de qualidade, que são a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade¹³. O Brasil, na proposta de uma estratégia de avaliação de desempenho de sistemas de saúde para o país, também incorporou o atributo da segurança no cuidado em saúde ao de qualidade¹⁴.

Nesse sentido, é importante avaliar os indicadores de qualidade do cuidado em NED nos municípios para identificar potencialidades e fragilidades no sistema de saúde. A identificação leva a soluções que podem aumentar a efetividade da atenção nutricional, o que pode beneficiar pacientes, familiares/cuidadores e profissionais de saúde.

Diante disso, o estudo tem como objetivo avaliar os indicadores de qualidade da Nutrição Enteral Domiciliar em municípios de uma regional de saúde do Paraná.

MÉTODO

Esse estudo faz parte do projeto “Efetividade das estratégias do cuidado em Terapia Nutricional Enteral Domiciliar”, que foi aprovado no Comitê Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob o número do parecer 2.754.428 e CAEE 87551118.0.0000.0102. Participaram do estudo secretários municipais de saúde ou nutricionistas que atuam na Nutrição em Saúde Coletiva na segunda Regional de Saúde do Paraná (PR). Foram considerados

critérios de inclusão a atuação em Nutrição em Saúde Coletiva e a concordância com os termos de participação.

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e transversal, com referência ao *checklist* STROBE¹⁵. Foi realizada a aplicação do instrumento validado denominado Indicadores de Qualidade da Nutrição Enteral Domiciliar (QUALIHEN)¹⁶. O QUALIHEN é dividido em três categorias: Categoria A (Indicadores de Avaliação Inicial para Diagnóstico Situacional, com 22 perguntas), Categoria B (Indicadores de Qualidade do Serviço, com 10 perguntas) e Categoria C (Indicadores de Efetividade da Terapia Nutricional Enteral Domiciliar, com 12 perguntas)¹⁶.

Considerados representantes municipais, foram convidados por correio eletrônico a participar do estudo os Secretários Municipais de Saúde ou nutricionistas que exercem atribuições de Nutrição em Saúde Coletiva, subárea Atenção Básica em Saúde, no âmbito da Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição, conforme a Resolução do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) n. 600/2018¹⁷, dos municípios da segunda Regional de Saúde do Paraná (PR). A segunda Regional de Saúde do PR é composta por 29 municípios¹⁸. Os municípios foram classificados de acordo com o seu porte, conforme população, em: pequeno porte (<15.000 habitantes), médio porte (15.000 a 40.000 habitantes) e grande porte (>40.000 habitantes)¹⁹. O Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDHm), a população e o número de estabelecimentos do SUS¹⁹ também foram considerados para a caracterização dos municípios.

A coleta de dados foi realizada entre agosto e novembro de 2021, utilizando o instrumento QUALIHEN, dividido em três categorias: (1) Indicadores de Avaliação Inicial para Diagnóstico Situacional; (2) Indicadores de Qualidade do Serviço; e (3) Indicadores de Efetividade da Terapia Nutricional Enteral Domiciliar. Os dados foram coletados eletronicamente e organizados no software Microsoft Excel®, com análise descritiva considerando a frequência absoluta e valores mínimo e máximo.

Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva, com o objetivo de avaliar os indicadores de qualidade da Nutrição Enteral Domiciliar nos municípios estudados, conforme o porte dos municípios e outros indicadores sociodemográficos.

O projeto foi aprovado no Comitê Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob o número do parecer 2.754.428 e

CAEE 87551118.0.0000.0102, respeitando todos os preceitos éticos, e com consentimento informado obtido de todos os participantes.

RESULTADOS

Dos 29 municípios pertencentes a segunda regional do PR, onze foram classificados como de grande porte, seguido de médio porte (n=10) e pequeno porte (n=8). O número de estabelecimentos do SUS variou de dois a 253 (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos Municípios da Segunda Regional do Paraná classificados de acordo com o porte populacional (2022)

Porte populacional	IDHm (mínimo – máximo)	População (mínimo – máximo)	Nº de estabelecimentos do SUS (mínimo – máximo)
Pequeno (n = 8)	0,546 – 0,696	5727 – 14537	2 - 11
Médio (n = 10)	0,573 – 0,760	15891 - 38769	6 - 20
Grande (n = 11)	0,611 – 0,823	81675 – 1751907	11 - 253

Fonte: IBGE (2022).

Nota: IDH – Índice de Desenvolvimento Humano, SUS – Sistema Único de Saúde.

Nove (31%) municípios da segunda Regional de Saúde do PR compõem a amostra deste estudo, considerando seus representantes que responderam ao formulário eletrônico. Todos os municípios da amostra apresentam nutricionistas na gestão e cinco apresentam protocolos de NED. Entre os municípios com protocolo, todos foram classificados como de médio e grande porte (Tabela 2).

Em relação aos indicadores, nas categorias A, B e C, as respostas foram diversificadas. Na categoria Indicadores de Avaliação para Diagnóstico Situacional, foi observado que o controle do número de usuários em NED e a organização para fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas para a NED foram afirmados pelos representantes municipais (Tabela 3).

Tabela 2. Características dos municípios, segundo porte, presença de Nutricionista e número de estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS)

Município	Porte populacional	Nutricionista na gestão	Protocolo de NED	Nº de estabelecimentos do SUS
A	Pequeno	Sim	Não	8
B	Médio	Sim	Não	18
C	Médio	Sim	Não	7
D	Grande	Sim	Sim	35
E	Grande	Sim	Sim	253
F	Médio	Sim	Não	7
G	Grande	Sim	Sim	15
H	Grande	Sim	Sim	18
I	Grande	Sim	Sim	45

Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

SUS – Sistema Único de Saúde, NED – Nutrição Enteral Domiciliar.

Tabela 3. Número de municípios, de acordo com o porte, com resposta afirmativa para indicador referente à Categoria A: Indicadores de Avaliação para Diagnóstico Situacional (N = 9)

Qualidade da Nutrição Enteral Domiciliar	Municípios									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
Indicador										
Controle do número de usuários em NED	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Fornecimento de fórmulas nutricionais para a NED	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Capacitação periódica para o atendimento em NED	N	S	N	S	S	N	N	N	N	N
Avaliação da qualidade de vida dos usuários em NED	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Treinamento para cuidadores/ usuários em NED	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Critérios definidos para indicação da avaliação da deglutição	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N

Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

Nota: NED – Nutrição Enteral Domiciliar. S – Sim N – Não

Na categoria B, para o município de pequeno porte, não há Indicadores de Qualidade do Serviço ou controle deles. Para todos os municípios de grande porte, foi obtida resposta afirmativa com relação ao indicador referente à orientação para o cuidador e usuário em NED sobre o preparo da nutrição enteral (Tabela 4).

Tabela 4. Número de municípios, de acordo com o porte, com resposta afirmativa para indicador referente à Categoria B: Indicadores de Qualidade do Serviço (N = 9)

Qualidade da Nutrição Enteral Domiciliar	Municípios								
	Indicador	A	B	C	D	E	F	G	H
Metas do cuidado nutricional planejadas e registradas para 100% dos usuários em NED	N	N	N	N	S	S	N	S	N
Registro de monitoramento das metas do cuidado nutricional preestabelecidas realizado em 75% dos atendimentos	N	S	N	S	S	S	N	N	N
Orientação para cuidador/usuário sobre o preparo da nutrição enteral realizada para 100% dos usuários	N	S	S	S	S	S	S	S	S
Prescrição dietética individualizada realizada para 100% dos usuários em NED	N	S	S	S	S	S	S	S	N
Avaliação das condições higiênico sanitárias realizada em 75% dos domicílios	N	N	N	S	S	N	S	N	N
Avaliação antropométrica realizada e registrada para 80% dos usuários em NED	N	S	N	N	N	S	S	S	N
Avaliação da adequação dietética realizada e registrada em 100% dos atendimentos (administração x necessidades)	N	S	N	N	N	S	S	S	N
Monitoramento da administração da nutrição enteral, quanto ao tempo e ao modo, realizado em 50% dos atendimentos	N	S	N	N	N	S	N	N	N
Avaliação do estado de hidratação realizada e registrada em 100% dos atendimentos	N	S	N	S	S	S	N	N	N
Avaliação e o registro no prontuário quanto ao funcionamento gastrointestinal realizados em 100% dos atendimentos	N	S	N	S	S	S	S	N	N

Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

Nota: NED – Nutrição Enteral Domiciliar. S – Sim N – Não

As respostas da categoria C também foram negativas para o município de pequeno porte para os Indicadores de Efetividade da Nutrição Enteral Domiciliar e controle destes indicadores. Enquanto para os demais municípios, as respostas variaram, sendo que para todos os municípios de grande porte foi identificado o uso

do indicador de alcance de, no mínimo, 75% das necessidades energéticas e proteicas para 90% dos usuários em NED, bem como do indicador de complicações mecânicas em menos de 50% dos usuários (Tabela 5).

Tabela 5. Número de municípios, de acordo com o porte, com resposta afirmativa para indicador referente à Categoria C: Indicadores de Efetividade da Nutrição Enteral Domiciliar (N = 9)

Qualidade da Nutrição Enteral Domiciliar	Porte dos municípios									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
Alcance de mais que 75% das necessidades energéticas em 90% dos usuários em NED	N	S	S	N	S	S	S	S	S	
Alcance de mais que 75% das necessidades proteicas em 90% dos usuários em NED	N	S	S	N	S	S	S	S	S	
Complicações gastrointestinais em menos de 40% dos usuários em NED	N	S	S	N	N	S	N	S	S	
Aspiração da nutrição enteral em menos de 20% dos usuários em NED	N	S	S	N	S	N	S	S	S	
Complicações mecânicas em menos de 50% dos usuários em NED	N	S	S	S	S	S	S	S	S	
Cuidadores com habilidade no suporte a terapia presentes para 75% dos usuários em NED	N	S	N	N	S	N	S	S	S	
Sucesso na cicatrização de lesão por pressão em, no mínimo, 50% dos usuários em NED tratados para tal	N	S	N	N	S	S	N	S	S	
Em 75% dos usuários em NED, a prescrição dietética foi realizada levando em consideração as condições pré-existent no domicílio	N	S	S	N	S	S	N	S	S	
Prescrição dietética adequada com à Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) para 75% dos usuários em NED	N	S	S	N	S	S	N	N	N	
Usuários em NED acompanhados no domicílio com periodicidade conforme definição do protocolo de assistência em 80% dos casos	N	S	N	N	S	S	N	N	S	
Oferta e entrega de suprimentos para terapia (frascos, equipo) em quantidade suficiente para 100% dos usuários em NED	N	S	N	N	S	S	S	S	N	
Fornecimento de fórmulas comerciais para menos de 30% dos casos	N	S	N	N	S	S	S	S	N	

Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

Nota: NED – Nutrição Enteral Domiciliar. S – Sim N – Não

DISCUSSÃO

Foi observado que, em todos os municípios que compõem a amostra deste estudo, havia nutricionistas e que os municípios de médio e grande porte apresentaram protocolos de NED. Em relação aos Indicadores de avaliação para Diagnóstico Situacional, para os nove municípios, foi relatada a presença de controle do número de usuários e organização para o fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas para a NED. No município de pequeno porte, foi relatada a ausência de controle em relação aos indicadores de qualidade e efetividade da NED.

A ausência de protocolo específico para a NED pode acarretar prejuízos para a efetividade e qualidade do cuidado em nutrição a esses usuários. O protocolo é a padronização das atividades, o conjunto de orientações ou diretrizes para prevenir efeitos adversos e evitar incidentes²⁰.

No que diz respeito aos Indicadores de Avaliação para Diagnóstico Situacional, onde os itens auxiliam na identificação dos problemas e nas necessidades, foi observado que, independentemente do porte populacional, para todos os municípios, foi relatada a presença de registro ou controle do número de usuários em NED e a organização para o fornecimento/dispensação de fórmulas nutricionais industrializadas e suprimentos para a NED.

Essa organização dos registros e controle do número de usuários em NED está relacionada ao fornecimento de fórmulas industrializadas que muitas vezes os municípios são obrigados a fazer pelos processos de judicialização da saúde^{21,22}. No estudo realizado na região da Ásia-Pacífico, em 2018, foi observada a utilização de preparações mistas (alternância entre a administração de preparações com alimentos e de fórmulas nutricionais industrializadas ao longo do dia) em países de renda baixa, e o fornecimento de fórmulas industrializadas era limitado a situações agudas. No mesmo estudo, foi demonstrado que em 60% dos países havia a necessidade urgente de financiamento e reembolso da NED, bem como foi indicada a falta de apoio financeiro e apoio clínico para gestores e pacientes²³.

Em relação à capacitação de profissionais de saúde para o atendimento em NED, foi possível verificar que na maioria dos municípios não há capacitações periódicas. Assim, há fragilidades na assistência nutricional em NED, como pode ser observado no estudo realizado no Brasil com o objetivo de analisar as possibilidades e desafios da NED na rede pública, em que foram entrevistados 12 cuidadores de

usuários em NED e oito profissionais de saúde. Os cuidadores mostraram-se desorientados e inseguros em relação à condução da NED. Tanto profissionais quanto cuidadores apontaram a importância de acompanhamento profissional após a alta hospitalar, indicando a necessidade de formação dos cuidadores e equipe multiprofissional²⁴.

Os serviços que oferecem capacitação apresentam menor fragilidade, o que impacta positivamente na qualidade da assistência nutricional. É fundamental que os profissionais de saúde que realizam o cuidado em saúde para pacientes em NED, seus cuidadores e familiares tenham capacitação para garantir a comunicação efetiva. De acordo com as Diretrizes da Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo sobre NED, todos os profissionais da saúde diretamente envolvidos no atendimento ao paciente devem receber educação e treinamento para suas funções¹⁰.

Em relação aos Indicadores de Qualidade do Serviço, notou-se que a maioria dos representantes dos municípios respondeu que a prescrição dietética individualizada é realizada para 100% dos usuários. Portanto, considera-se que está sendo realizada a intervenção nutricional. De acordo com o Processo de Cuidado Nutricional (PCN) para realizar a prescrição/intervenção, é necessária a avaliação do estado nutricional e metabólico, em que se detectam os distúrbios e possíveis riscos nutricionais do indivíduo, faz-se o diagnóstico de nutrição, além de realizar a intervenção, monitorar e reiniciar o processo. Um dos métodos usados para a avaliação do estado nutricional e metabólico é a antropometria²⁵.

Porém, quanto à realização da avaliação antropométrica e seu registro para 80% dos usuários, foi observado que em menos da metade dos municípios participantes deste estudo há o acompanhamento dessas medidas, bem como da adequação dietética. Esse fator dificulta o comparativo das medidas e a adequação dietética para o monitoramento, considerando a verificação da evolução em direção às metas nutricionais planejadas²⁶.

Em relação aos Indicadores de Efetividade da Terapia Nutricional Enteral Domiciliar, notou-se que a maioria dos representantes dos municípios relatou alcance de 75% ou mais das necessidades energéticas e proteicas em 90% dos usuários em NED. Resultado semelhante foi mostrado em estudo que comparou a administração ofertada da ingestão de energia em relação às necessidades de 199 idosos com câncer em NED, sendo observado que os pacientes receberam maior quantidade de energia do que suas necessidades²⁷.

O controle de complicações mecânicas é realizado em menos de 50% dos usuários em NED, na maioria dos municípios. As medidas mais utilizadas para evitar essas complicações estão relacionadas ao diâmetro da sonda e à via de acesso. De acordo com os Guidelines da ESPEN, é de forte consenso que para reduzir as complicações mecânicas da NED devem ser usados tubos percutâneos quando o uso for superior a seis semanas¹⁰.

Em relação a checagem se a prescrição dietética foi adequada com a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), em 75% dos usuários em NED, observou-se que essa ação não é realizada. A SAN em domicílio vai além do acesso regular a alimentos que preencham as necessidades nutricionais, incluindo a produção e formação de estoques de alimentos e a influência do sistema alimentar nas condições de vida dos indivíduos, isto é, está associada ao direito de acesso aos alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer outras necessidades essenciais²⁷.

A baixa adesão dos municípios para responder a pesquisa, resultando no pequeno número da amostra, é uma limitação do estudo. Esse fato pode estar relacionado à preocupação dos gestores em expor os serviços, seja com os dados ou na comparação e avaliação em relação a outros municípios.

Outro ponto importante é como a gestão dos municípios organiza as ações para efetivar a segurança do paciente na RAS. Raimondi, Bernal e Matsuda (2019) destacam a importância da comunicação efetiva entre gestores e profissionais sobre o processo de trabalho, com o objetivo de identificar erros e levantar soluções, e impulsionar atitudes de segurança do paciente por meio do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde²⁸. A segurança na AD pode ser promovida por meio da relação dos profissionais com os pacientes e familiares, estabelecendo comunicação e continuidade do cuidado, isto é, mediante o trabalho em equipe e estabelecendo objetivos comuns²⁹.

Apesar do número pequeno de municípios analisados, os dados aqui encontrados apontam a necessidade de avaliar os serviços para planejar ações que venham aprimorar a qualidade de vida dos pacientes em NED, aperfeiçoar o processo de cuidado nutricional, bem como formular e implementar políticas públicas que tragam melhor custo-efetividade para as gestões.

CONCLUSÃO

Os representantes dos municípios, independentemente do porte populacional, relatam a realização de registro ou controle do número de usuários em NED e fluxo direcionado para o fornecimento/dispensação de fórmulas nutricionais e suprimentos, bem como prescrição dietética individualizada aos pacientes. Os municípios de médio e grande porte têm protocolo para o atendimento dos pacientes em NED. O município de pequeno porte não apresenta controle em relação aos indicadores de qualidade e efetividade da NED.

A presença do nutricionista que atue nessa área nos municípios pode contribuir para a maior efetividade no manuseio e nas orientações de NED, e na criação de protocolos que auxiliem no processo do cuidado em nutrição centrada no paciente com eficiência e equidade.

REFERÊNCIAS

1. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Ministério da Saúde. Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013 [citado em 2023 Jun 12]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de Referência do Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. 2014 [citado em 2023 Jun 12]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
3. Brasil. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. [Internet]. 2016 [citado em 2023 Jun 14]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
4. Brasil. Caderno de Atenção Domiciliar Cuidados em Terapia Nutricional. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2013 [citado em 2023 Jun 12]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf
5. Secretaria de Atenção à Saúde MDS. Política Nacional de Alimentação e Nutrição [Internet]. 2023 [citado em 2023 Jul 17]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf

6. Kampa JCC, Reis L de O, Mezzomo TR, Camargo C de Q. Pacientes sob terapia nutricional enteral e prevalência de interações fármaco-nutrientes no ambiente hospitalar. Research, Society and Development [Internet]. 2020 [acesso em 2023 jun 03]. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2680>
7. Caderno de Atenção Domiciliar Cuidados em Terapia Nutricional. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2015 [citado em 2023 Jun 11]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_vol3.pdf
8. Menezes CS, Fortes RC. Nutritional status and clinical evolution of the elderly in home enteral nutritional therapy: a retrospective cohort study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2019 [acesso em 2023 jun 14]. Disponível em: <https://www.scielo.br/>
9. Gramlich L, Hurt RT, Jin J, Mundi MS. Home Enteral Nutrition: Towards a Standard of Care. Nutrients [Internet]. 2018 [acesso em 2023 jun 27]; 10(8). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30081546>
10. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, Lichota M, Nyulasi I, Schneider SM, Stanga Z, Pironi L. ESPEN guideline on home enteral nutrition. Clin Nutr. [Internet]. 2020 [acesso em 2022 set 03]; 39(1). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31255350/>
11. Penha LS, Lopes GN, Fortes R, Ribeiro A, Zaban S. Home enteral nutrition therapy: the major implications of this therapeutic modality. Com Ciências Saúde [Internet]. 2010 [acesso em 2022 set 13]; 21(4). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/terapia_nutricao_ental_domiciliar.pdf
12. Silva AC, Silveira SDA. Perfil Epidemiológico e Nutricional de Usuários de Nutrição Enteral Domiciliar. Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde. [Internet]. 2014 [acesso em 2022 set 13]; 9(3). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/10527>
13. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century [Internet]. PubMed. 2001 [citado em 2022 Jun 13]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25057539/>
14. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira R da S. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva. [Internet]. 2012 [acesso em 2023 set 13]; 17(4). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6467>
15. Equator Network. [Internet]. [acesso em 2024 ago 08]. Disponível em: <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>
16. Santos FE. Elaboração e Validação de Indicadores de Qualidade de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar. UFPR [Internet]. 2020 [acesso em 2022 jun 12]. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1884/70013>

17. CFN. Sistema de Normativos. [Internet]. 2021 [citado em 2022 Ago 15]. Disponível em: <http://sisnormas.cfn.org.br:8081/consulta.html>
18. Secretaria da Saúde [Internet]. 2023 [citado em 2022 Fev 21]. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/>
19. Schieferdecker M, Thieme R, Rabito E. [Internet]. 2023 [acesso em 2023 jun 13]. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1884/81699>
20. Brasil. Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991. Regulamentação da profissão do Nutricionista. [Internet]. Brasil; 1991 [citado em 2022 Ago 22]. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=665690&filename=LegislacaoCitada%20PL%205439/2009
21. Sousa LRM de. Políticas públicas à alimentação adequada para usuários em nutrição enteral domiciliar: uma lacuna de saúde pública. [Internet]. 2022. [acesso em 2022 ago 15]. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/78840>
22. Ramos R. S. et al. A judicialização da saúde contextualizada na dimensão prática das representações sociais dos profissionais de saúde. Revista de Direito Sanitário [Internet]. 2017 [acesso em 2022 fev 22]. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/142010>
23. Zwielewski G, Oltramari G, Santos ARS, Nicolazzi EMS, Moura JÁ, de Sant'ana VLP, et al. Protocolos para tratamento psicológico em pandemias: as demandas em saúde mental produzidas pela Covid-19. Debates em Psiquiatria [Internet]. 2020 [acesso em 2023 ago 12]; 10(2). Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/36>
24. Wong A, Banks MD, Bauer JD. A Survey of Home Enteral Nutrition Practices and Reimbursement in the Asia Pacific Region. [Internet]. 2018 [acesso em 2023 ago 15]; 10(2). Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/10/2/214>
25. Führ AL, Ciachi ÉM. Possibilidades e Limitações da Terapia Nutricional Enteral na Compreensão de Cuidadores e Profissionais de uma Rede Pública de Saúde em Região de Fronteira. DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde. [Internet]. 2019 [acesso em 2023 ago 15]; 14(1). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/36926>
26. Camargo SF, Almino RHSC, Diógenes MP, Oliveira Neto JP de, Silva IDS da, Medeiros LC de, et al. Qualidade de vida no trabalho em diferentes áreas de atuação profissional em um hospital. Ciência & Saúde Coletiva. [Internet] 2021 [acesso em 2023 ago 07]; 26(4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7dYmpff6ZPP9wtxW7gKT8Qc/>
27. Snapshot NCP Step 4: Nutrition Monitoring and Evaluation Terminology for nutrition monitoring and evaluation is organized in 4 domains (categories): Food/Nutrition-Related History Outcomes Anthropometric Measurement Outcomes Biochemical Data, Medical Tests, and Procedure Outcomes. [Internet]. 2014 [acesso em 2023 ago 07]. Disponível em: <https://www.anddeal.org/vault/2440/web/files/20140602-NME%20Snapshot.pdf>

28. Raimondi DC, Bernal SCZ, Matsuda LM. Patient safety culture from the perspective of workers and primary health care teams. *Revista de Saúde Pública*. [internet] 2019, [acesso em 2024 ago 09]; v. 53(42). Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.20190530>
29. Josefsson K, Bomberg M, Krans M. Creating a sense of security in palliative home care: Interviews with public health nurses. *Nursing and Palliative Care*. [internet] 2018, [acesso em 2024 ago 09]; v. 3(1). Disponível em: <http://www.oatext.com/pdf/NPC-3-178.pdf>

RECEBIDO: 25/03/2024
APROVADO: 26/09/2024

Transplante de fígado no Paraná: análise dos desfechos em uma instituição

Liver transplantation in Paraná: Analysis of strategies and outcomes in an institution

Fábio Silveira¹, Fábio Porto Silveira², Cassia Regina Sbrissia Silveira³,
Tatiana Luisa Shibata Facchi⁴, Kengi Itinose⁵, Arthur Ruzzon⁶

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0080-3861>. Médico. Serviço de Transplante Hepático do Hospital do Rocio, Campo Largo, Paraná, Brasil.
E-mail: drfabiosilveira@cdto.med.br

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9379-6786>. Médico. Serviço de Transplante Hepático do Hospital do Rocio, Campo Largo, Paraná, Brasil.
E-mail: fportosilveira@gmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4841-466X>. Médica. Serviço de Transplante Hepático do Hospital do Rocio, Campo Largo, Paraná, Brasil.
E-mail: cassia@sbrissia.com

4. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0096-5961>. Médica. Serviço de Terapia Intensiva do Hospital do Rocio, Campo Largo, Paraná, Brasil.
E-mail: tatianafacchi@gmail.com

5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9708-0294>. Médico. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital do Rocio, Campo Largo, Paraná, Brasil.
E-mail: kengi@hospitaldorocio.com.br

6. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7426-7133>. Médico. Serviço de Anestesiologia do Hospital do Rocio, Campo Largo, Paraná, Brasil.
E-mail: drarthur@me.com

RESUMO

O estudo investiga a efetividade das estratégias de transplante de fígado em um serviço do Paraná, considerando a escassez de órgãos e o aumento da demanda. Assim, esta investigação como objetivo descrever e analisar estratégias para mitigar a escassez de órgãos e avaliar os resultados do transplante. Um estudo observacional retrospectivo abrange 286 transplantes de fígado entre novembro de 2015 e março de 2024. Os resultados revelaram aumento da sobrevida em 90 dias (de 70% para 89%) e classificação do serviço como nível A pelo Ministério da Saúde. Estratégias como expansão do acesso e utilização de doadores com critérios expandidos foram efetivas, resultando em mais beneficiários e aumento do número de transplantes realizados. O estudo destaca a importância do gerenciamento de risco para

melhorias contínuas no transplante de fígado, indicando que tais estratégias podem reduzir a discrepância entre oferta e demanda dessa modalidade no Paraná.

DESCRITORES: Transplante de Fígado. Obtenção de Tecidos e Órgãos. Estratégias de Saúde. Gestão de Riscos. Atenção à Saúde.

ABSTRACT

The study investigates the effectiveness of liver transplant strategies in a service in Paraná, considering organ scarcity and increasing demand. It aims to describe and analyze strategies to mitigate organ scarcity and evaluate transplant outcomes. A retrospective observational study encompassed 286 liver transplants between November 2015 and March 2024. The results revealed an increase in 90-day survival (from 70% to 89%) and the service's classification as level A by the Ministry of Health. Strategies such as expanding access and using expanded criteria donors were effective, resulting in more beneficiaries and an increased number of donors utilized. The study highlights the importance of risk management for continuous improvements in liver transplantation, indicating that such strategies can reduce the discrepancy between supply and demand for this modality in Paraná.

DESCRIPTORS: Liver Transplantation. Tissue and Organ Procurement. Health Strategies. Risk Management. Delivery of Health Care.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

Em 2023, mil oitocentas e oitenta e uma pessoas morreram com diagnósticos relacionados a doenças hepáticas terminais no Estado do Paraná¹, das quais duzentos e oitenta foram submetidas a um transplante de fígado². Proporcionalmente à população, o Paraná realizou 25,1 transplante de fígado por milhão de habitantes, enquanto a média nacional foi de 11,6 transplantes por milhão. Esse contraste ressalta a eficácia do sistema estadual de transplantes e reforça a importância de entender como as estratégias adotadas no Paraná têm contribuído para essa diferença.

O transplante de fígado é bem estabelecido como o tratamento de escolha para as doenças hepáticas terminais. Observa-se que, apesar de o Estado contar com um Sistema Estadual de Transplantes maduro e atuante³, há uma gigantesca discrepância entre a oferta e a demanda por essa modalidade terapêutica.

Reduzir essa disparidade requer a colaboração de diversos agentes, envolvendo medidas em escala populacional, intervenções na governança do sistema público e aprimoramento dos serviços de transplante. Cabe aos serviços de transplante utilizar ao máximo os órgãos oferecidos pelo poder público, beneficiando o maior número de pacientes, dentro dos melhores resultados possíveis. As estratégias para alcançar esses objetivos são consolidadas na literatura internacional, como a utilização do maior número possível de doadores⁴ e da seleção adequada dos receptores⁵. Todavia, essas estratégias nem sempre se aplicam à nossa realidade socioeconômica em um sistema universal público de saúde.

Diante do exposto, conhecer as características locais de um serviço de transplante de fígado inserido no sistema público do estado pode trazer informações valiosas sobre o destino dos recursos públicos⁶, permitindo avaliar se as estratégias adotadas em nível local resultam em benefícios para a população do estado.

O presente trabalho tem por objetivo descrever a experiência de um serviço de transplante hepático e analisar se as estratégias utilizadas em nível local são eficazes para mitigar a demanda por essa modalidade de tratamento no estado do Paraná.

MÉTODO

Realizou-se um estudo observacional retrospectivo, abrangendo transplantes de fígado em adultos realizados entre novembro de 2015 e março de 2024. O estudo foi realizado em um hospital privado com 464 leitos de enfermaria e 341 leitos de UTI adultos, sendo com 100% dos transplantes financiados pelo Sistema Único de Saúde. Os dados analisados foram extraídos de um banco de dados administrado prospectivamente pelo serviço.

Foram coletadas informações para caracterizar receptores e doadores. Entre os receptores, registraram-se dados como idade, sexo, peso, altura, etiologia da doença hepática, modalidade de transplante, além da estratificação da gravidade da doença por meio das escalas Child-Turcotte-Pugh (CHILD) e Model for End-Stage Liver Disease (MELD), diagnóstico de agudização de doença hepática crônica (ACLF) e tempo de espera na lista de transplante. Para os doadores, foram considerados idade, sexo, etiologia da morte encefálica, tempo de internação na unidade de terapia intensiva (UTI) e escore de avaliação sequencial de falência orgânica (SOFA).

Além disso, foram registradas características da técnica cirúrgica, como tempo de cirurgia, função do enxerto no pós-transplante, volume de transfusões de hemácias, tempo de isquemia fria e ocorrência de complicações vasculares e biliares.

Para melhor compreensão e análise dos dados, estes foram estratificados em escores validados na literatura. Entre os escores relacionados aos receptores, destacam-se MELD, PSOFT (escore pré-alocação para prever sobrevida após transplante de fígado), FIPS (índice de sobrevivência pós-TIPS de Freiburg) e MELD 3.0 (Modelo para Doença Hepática em Estágio Terminal, versão 3.0). Em relação aos doadores, foram incluídos escores como ID2EAL, DRI (índice de risco do doador), KDRI (índice de risco do doador de rim) e ET-DRI (índice de risco do doador EuroTransplant). Por fim, foram considerados escores validados para análise do binômio receptor-doador, incluindo SOFT (escore de desfechos de sobrevivência após transplante de fígado), BAR (escore de equilíbrio de risco), ID2EAL-DR e DMELD.

Para avaliar os desfechos, foram registrados o tempo de internação, mortalidade em 90 dias, imunossupressão utilizada e função glomerular, estimada pela equação de Cockcroft-Gault. As variáveis contínuas foram expressas como

médias com desvios padrão e as variáveis categóricas como frequências absolutas e percentuais.

O gráfico do tipo radar foi construído com o valor mediano dos índices de risco para cada ano do estudo, para cada grupo de variáveis. Cada eixo do gráfico corresponde a uma das variáveis, e a distância do centro do gráfico a um ponto do eixo representa o valor mediano da variável. Com o objetivo de comparar a magnitude desses grupos de escores multivariados ao longo do tempo, adotamos a área dos polígonos como uma medida composta. Essa medida é capaz de considerar a magnitude de todas as variáveis simultaneamente.

O cálculo da área do polígono tem como objetivo agregar todas as variáveis de risco (como MELD, PSOFT, BAR, entre outras) em um único valor. Essa agregação facilita a interpretação dos dados, permitindo uma visão global dos riscos envolvidos em cada transplante. O polígono é decomposto em triângulos conectados ao centro do gráfico, e sua área é calculada usando a fórmula de Shoelace⁷. Como as variáveis analisadas apresentam escalas diferentes, suas áreas foram normalizadas para que tendências e flutuações pudessem ser comparadas ao longo dos anos.

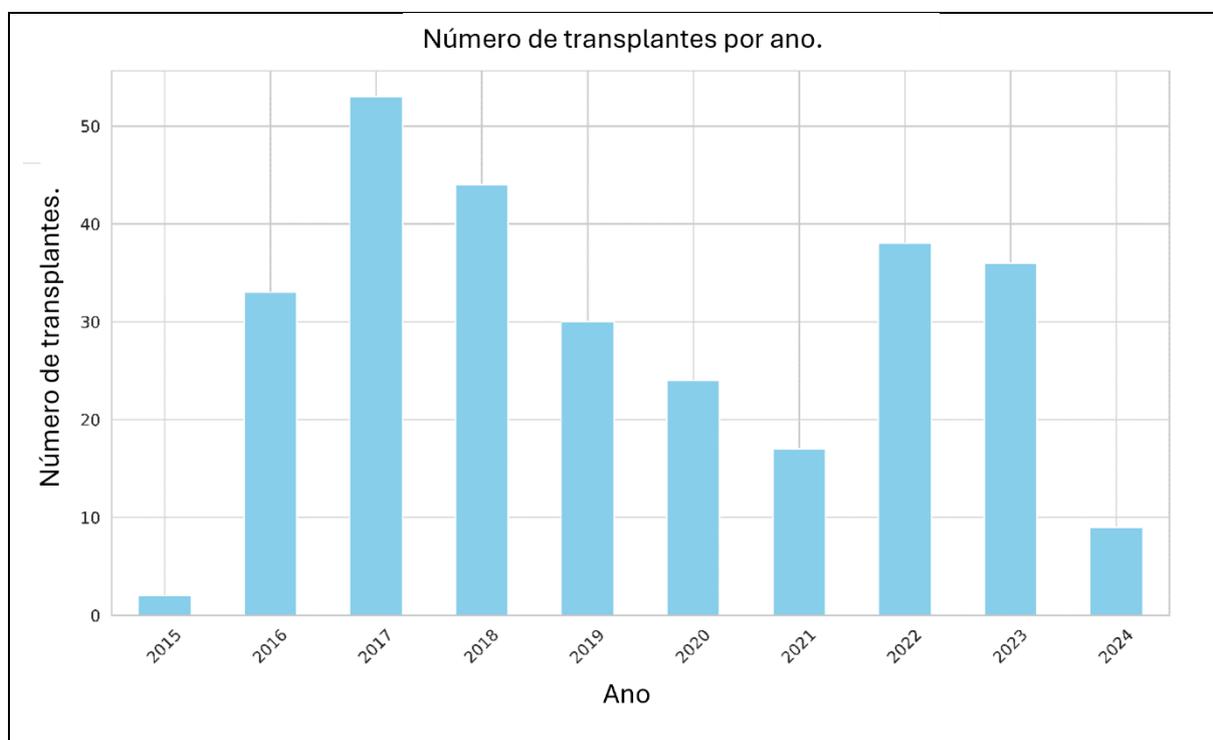
Os dados digitais foram armazenados, gerenciados e analisados utilizando o software EpiInfo⁸. Além de empregar software estatístico para análises, interações e discussões, um processo de validação complementar foi conduzido utilizando inteligência artificial através da plataforma Julius⁹ para cruzar e aprimorar a precisão de nossos achados. O protocolo do estudo foi elaborado de acordo com as diretrizes éticas da Declaração de Helsinki de 1975. O presente estudo está em conformidade com as diretrizes endossadas pela iniciativa STROBE¹⁰. Embora não seja de natureza intervencionista, o estudo foi revisado pelo comitê ético através da Plataforma Brasil sob o parecer 5784294.

RESULTADOS

Foram analisados 286 transplantes hepáticos. Com uma média de 2,8 transplantes ao mês, o quantitativo anual de transplantes está demonstrado na figura 1. A média de idade dos receptores foi de 50,9±11,7 anos, predominantemente do sexo masculino (69%), sendo que a etiologia alcoólica (34,6%) e criptogênica

(16,78%) foram as mais comuns. Apenas 12,32% dos pacientes foram transplantados sob critérios de concessão de situação especial para alocação de órgãos para o transplante.

Figura 1. Número de transplantes por ano.



Fonte: Elaborada pelos autores (2024)

Ao término do primeiro ano de atividades do serviço (2016), a sobrevida em 90 dias era de 88%; ao término de 2017, a sobrevida havia caído para 70%. Causas infecciosas de mortalidade preponderavam (80%), com etiologias cirúrgicas, metabólicas e cardiovasculares sendo as causas restantes.

Os transplantes de fígado isolados totalizaram 98,25% dos casos, enquanto o restante (1,75%; n=5) correspondeu à modalidade de transplante de fígado-rim simultâneo. A maioria (61,54%) dos pacientes era classificada como CHILD C. A faixa de MELD 15-29 foi a mais frequente na caracterização de urgência, representando 67,1% dos casos. O agravamento do curso de doença, relatado como doença hepática crônica agudizada (ACLF), foi observado em 23,6% dos pacientes. A origem do paciente foi domiciliar em 56,64% dos casos, sendo que 14,69% estavam internados em ambiente de enfermagem e 28,67% em ambiente de unidade de terapia intensiva no momento da realização do transplante. O tempo médio de espera na lista

foi de 94 dias para o tipo sanguíneo O, 84 dias para o tipo A, 45 dias para o tipo B e 41 dias para o tipo AB.

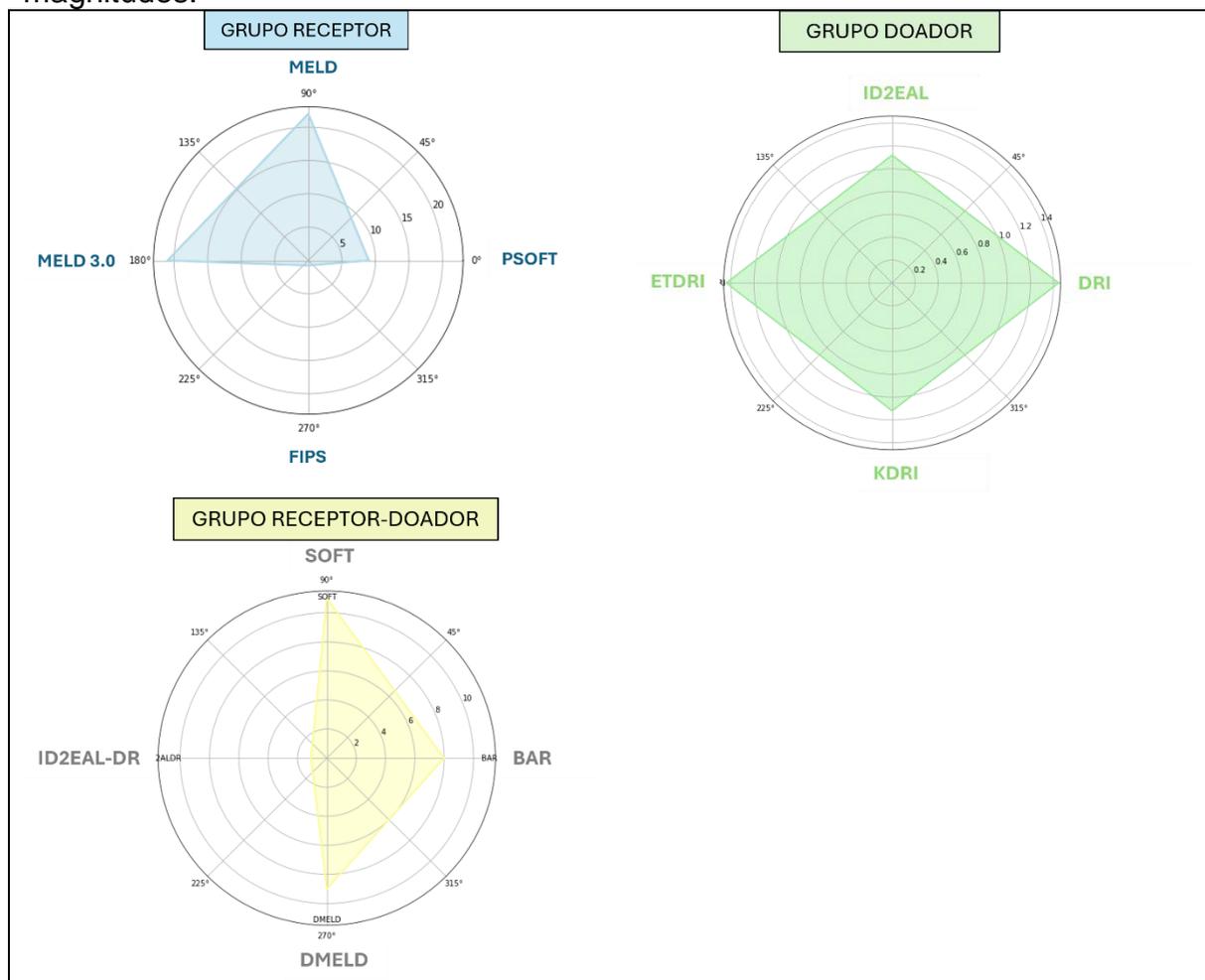
Em relação aos doadores, a média de idade foi de 42 ± 15 anos, com preponderância do sexo masculino (68,8%). A etiologia da morte encefálica, secundária aos acidentes vasculares encefálicos, foi a mais prevalente (47,06%), seguida das causas externas (39,71%). A média de tempo de internação na UTI do doador foi de $4,4\pm 2,9$ dias, com SOFA de $9,5\pm 2,2$ e KDRI $1,1\pm 0,4$. A maioria dos doadores (85,31%) era oriunda do estado do Paraná. A solução de preservação Custodiol® foi utilizada em 92,2% dos casos.

A técnica cirúrgica utilizada em 100% dos casos foi a técnica de *piggy-back*, com a drenagem venosa através de anastomose cavo-caval latero-lateral. O tempo médio de cirurgia foi de 190 ± 34 minutos, com tempo de isquemia fria de $7,2\pm 1,5$ horas e transfusão de $2,8\pm 1,9$ unidades de hemácias. Os pacientes foram retirados da ventilação mecânica nas primeiras 24 horas em 89% dos casos. A reoperação foi realizada em 13,6% dos casos. A função do enxerto no pós-operatório foi normal em 77,19%, enquanto uma disfunção inicial do enxerto foi observada em 14,39%. As complicações cirúrgicas no pós-transplante incluíram trombose arterial (2,8%), trombose de veia porta (1,8%) e estorvos de via biliar em 18% dos casos.

No grupo receptor, os escores médios observados foram MELD $22,11\pm 7,7$; PSOFT $10,1\pm 6,7$; FIPS $0,72\pm 1,13$ e MELD 3.0 $21,8\pm 8,0$. No grupo doador, os escores médios foram ID2EAL $1,12\pm 0,19$; DRI $1,46\pm 0,36$; KDRI $1,17\pm 0,39$; ETDRI $1,50\pm 0,42$. No grupo receptor-doador, os escores médios foram SOFT $11,3\pm 7,3$; BAR $8,6\pm 4,12$; ID2EAL-DR $1,16\pm 0,34$; DMELD 932 ± 450 .

Esses dados multivariados foram mapeados em gráficos do tipo radar, permitindo a comparação da magnitude dessas variáveis (Figura 2).

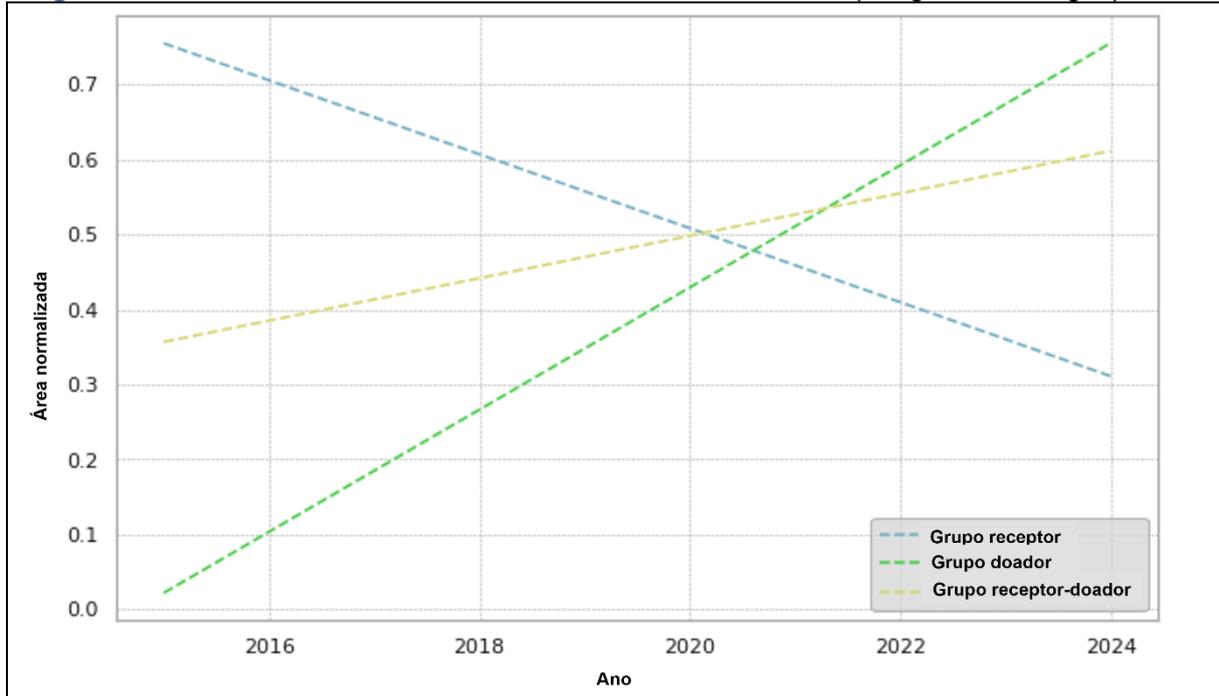
Figura 2. Visualização agrupada dos dados multivariados segundo suas magnitudes.



Fonte: Elaborada pelos autores (2024)

Os conjuntos dos dados multivariados nos três grupos (receptor, doador, receptor-doador) permitiram a visualização de seus polígonos anualmente. Dessa forma, as áreas desses polígonos gerados pelo gráfico do tipo radar foram calculadas anualmente. A figura 3 mostra a evolução anual desses escores de risco de forma simplificada, por meio de uma linha de tendência que facilita a interpretação das mudanças ao longo do tempo.

Figura 3. Linha de tendência das áreas normalizadas dos polígonos dos grupos.



Fonte: Elaborada pelos autores (2024)

O tempo médio de internação pós-transplante hepático foi de 15,3 dias. Em relação à imunossupressão, observou-se que 91% dos pacientes tiveram a suspensão dos corticosteroides nos primeiros 30 dias após o procedimento cirúrgico, enquanto 62,3% estavam em monoterapia imunossupressora ao completar os primeiros 3 meses pós-transplante. A taxa média de declínio da taxa de filtração glomerular no primeiro ano foi de 20%, resultando no uso de everolimus em 44,1% dos pacientes para controle imunossupressor. A doença oportunista por citomegalovírus foi diagnosticada e tratada em 12,9% dos pacientes. No último ano do estudo, a sobrevivência em 90 dias alcançou 89%.

DISCUSSÃO

As doenças hepáticas terminais têm um impacto silencioso, uma vez que o único tratamento eficaz - o transplante - é amplamente limitado em disponibilidade. Os dados revelam que menos de 15% dos pacientes elegíveis para um transplante de fígado no Paraná realmente o realizam^{1,2}. Ainda assim, esse número está subestimado, pois a estimativa é baseada na codificação das causas de morte em um

nível de avaliação epidemiológica, um dado com baixa confiabilidade, especialmente para doenças crônicas¹¹.

Esse drama não é exclusivo da população paranaense. Chegar ao transplante é uma jornada hercúlea, desde o diagnóstico, passando pela referência, tratamento, espera pelo órgão, a cirurgia em si, até a recuperação pós-transplante. A demanda por órgãos e a oferta deles são discrepantes, e, apesar de ser utópico imaginar que possamos resolver esse problema¹² completamente, há várias maneiras de tentar aliviá-lo.

A primeira estratégia é a identificação dos potenciais doadores, aqueles em morte encefálica. Busca ativa, confirmação diagnóstica e autorização familiar são resumidamente os principais passos dessa etapa. Essas etapas são dominadas pelo estado do Paraná³, no entanto, ainda existem problemas que, se forem sanados, aumentariam ainda mais o número de doadores disponíveis¹³. Existe uma janela de oportunidade de um salto dos atuais 42 para 69 doadores efetivos por milhão de população¹⁴.

O Estado foca em ofertar o maior número possível de doadores, enquanto os centros transplantadores devem se concentrar em utilizar o maior número possível dos órgãos disponibilizados. O aproveitamento dos órgãos doados não é universal, pois as características dos doadores ou as consequências de suas doenças de base afetam a qualidade dos órgãos, muitas vezes impedindo sua utilização em um transplante¹⁵. Doadores com doenças associadas ou com condições que afetam a qualidade dos órgãos são chamados de doadores de critérios expandidos. Esses doadores fornecem órgãos que agregam maiores riscos no período pós-operatório, mas que devem ser utilizados para reduzir a mortalidade em lista¹⁶ de espera.

O envelhecimento da população é uma realidade demográfica, o que resulta na disponibilização quase exclusiva de doadores de critérios expandidos para transplante¹⁷. Essa modificação epidemiológica, juntamente com a utilização do maior número possível de doadores, é claramente observada na evolução dos dados apresentados, nos quais a área do quadrilátero dos escores de risco do doador aumentou anualmente. Essa estratégia oferece a oportunidade de transplante para mais pacientes, e, o que é mais importante, demonstra que essa abordagem é segura, sem impacto negativo no funcionamento do enxerto ou na sobrevivência do paciente¹⁸.

A segunda etapa é ampliar o acesso ao tratamento. Os pacientes recebem o transplante de acordo com a gravidade de sua doença, priorizando os mais graves¹⁹. Nesse contexto, ampliar o tratamento significa oferecê-lo àqueles que não estão em condições tão críticas, o que melhora a sobrevida no período do pós-transplante²⁰. Essa ampliação do acesso foi observada com a redução da área do quadrilátero formado pelos escores de risco relacionados ao receptor ao longo dos anos.

Embora esses dados demonstrem que houve um aumento do acesso, é sabido que a maioria das pessoas que não conseguem atendimento especializado são excluídas do sistema. Isso pode ocorrer devido a deficiências do sistema público de saúde, por falta de conhecimento, estigmas ou preconceitos em relação às doenças hepáticas²¹.

O aumento progressivo da área - entendida como uma medida composta - das variáveis que agrupam características tanto do doador quanto do receptor é um indicador claro da ampliação dos órgãos utilizados e dos pacientes beneficiados ao longo dos anos. A abordagem normalizada das áreas permite uma melhor compreensão das mudanças relativas à magnitude desses índices de risco ao longo do tempo. Esses achados, associados ao aumento da sobrevida em 90 dias – de 70% para 89% - demonstram claramente o caminho a ser seguido. Essa sobrevida, em conjunto com a quantidade de transplantes realizados, qualificou o serviço com o nível de qualidade A, segundo o Ministério da Saúde, baseada na avaliação de indicadores como volume de transplantes e taxa de sobrevida.²².

O objetivo deste estudo é apresentar dados locais detalhados sobre os transplantes de fígado realizados no estado do Paraná, algo que não está amplamente disponível na literatura regional. Embora comparações com outros centros possam enriquecer certos tipos de estudo, nossa proposta ao publicar em uma revista de saúde pública é priorizar a disponibilização de informações que sirvam como referência e apoio para gestores e formuladores de políticas públicas no estado. Essa necessidade é ainda mais relevante diante da escassez de dados estratificados por critérios de gravidade e risco em relatórios estaduais e nacionais.

A utilização de referências de trabalhos prévios da nossa equipe também se justifica por essa mesma perspectiva: são estudos que trazem uma visão aprofundada e exclusiva da realidade do Paraná, contribuindo para a construção de um corpo científico consistente que apoie o delineamento de ações em saúde pública. Nosso

foco, portanto, é fornecer dados que possam ser usados localmente como *benchmarks* para aprimorar serviços e orientar a formulação de políticas públicas baseadas em evidências. Não buscamos substituir ou ignorar dados de outros centros, mas sim consolidar um substrato científico que reflita a realidade do nosso estado.

A sobrevida do transplante hepático é primordialmente impactada pela recuperação da doença após a agressão cirúrgica do transplante²³. É nesse intervalo precoce que medidas preventivas resultam no maior impacto na sobrevida²⁴. Intervenções para a melhor seleção de receptores, de doadores, de prevenção de doenças infecciosas e de redução de complicações cirúrgicas lideram as preocupações dos serviços de transplante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Demonstrou-se nesta série que a ampliação do acesso ao transplante de fígado, tanto aumentando a população atendida quanto utilizando o maior número de órgãos disponíveis, é possível dentro de margens de segurança e com melhoria contínua. Isso representa apenas uma fração da demanda existente em nosso Estado, assim como do potencial de utilização de órgãos para transplante. Esses resultados destacam o benefício tangível que pode ser alcançado caso os provedores de saúde concentrem mais atenção, recursos e inovação para difundir o gerenciamento e a mitigação de riscos de forma eficaz.

AGRADECIMENTOS

Às famílias enlutadas que, em momentos de profundo sofrimento, transbordam um ato de desprendimento e de generosidade autorizando a doação dos órgãos para transplante.

Esses dados foram apresentados no Simpósio Internacional de Transplantes do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, nos dias 12 e 13 de abril de 2024.

REFERÊNCIAS

1. DATASUS. Informações de Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade. [database on the Internet]. Departamento de Informática do SUS. 2009 [cited 01/05/2024]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
2. SETPR. Dados de doações e transplantes 2023. Sistema Estadual de Transplantes do Paraná, 2023. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@36b08c7b-9094-4669-a92d-2479834f257>
3. Silveira F, Badoch ATCG. The Paraná Model of Organ Donation and Transplant. In: Silveira F, Badoch ATCG, editors. Effective Public Health Policy in Organ Donation: Lessons from a Universal Public Health System in Brazil. Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 1-14.
4. Keller EJ, Kwo PY, Helft PR. Ethical considerations surrounding survival benefit-based liver allocation. *Liver Transpl.* 2014 Feb;20(2):140-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/lt.23780>
5. Clavien PA, Camargo CA, Jr., Croxford R, Langer B, Levy GA, Greig PD. Definition and classification of negative outcomes in solid organ transplantation. Application in liver transplantation. *Ann Surg.* 1994 Aug;220(2):109-20 Disponível em: <http://10.1097/00000658-199408000-00002>
6. Vitale A, Volk M, Cillo U. Urgency, utility, and time horizon of transplant benefit. *Liver Transpl.* 2015 Apr;21(4):565-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/lt.24082>
7. Braden B. The Surveyor's Area Formula. *The College Mathematics Journal.* 1986 1986/09/01;17(4):326-37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/07468342.1986.11972974>
8. Dean AG AT, Sunki GG, Friedman R, Lantinga M, Sangam S, Zubieta JC, Sullivan KM, Brendel KA, Gao Z, Fontaine N, Shu M, Fuller G, Smith DC, Nitschke DA, and Fagan RF. Epilinfo™, a database and statistics program for public health professionals.: CDC, Atlanta, GA, USA.; 2011.
9. Julius. Julius AI. 4.0 ed2024. Disponível em: www.julius.ai
10. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MM, Silva CM. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. *Rev Saude Publica.* 2010 Jun;44(3):559-65. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102010000300021>
11. Harteloh P, de Bruin K, Kardaun J. The reliability of cause-of-death coding in The Netherlands. *Eur J Epidemiol.* 2010 Aug;25(8):531-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s10654-010-9445-5>
12. Manzei A. Organ shortage as a structural problem in transplantation medicine. In: Jox RJ, Assadi G, Marckmann G, editors. Organ Transplantation in times of donor shortage. Switzerland: Springer International Publishing; 2016.

13. Silveira F, Badoch ATC, Von Stein A, Giugni JR. Identificação dos potenciais doadores de órgãos no Paraná (2011-2019) em razão dos óbitos hospitalares. *Revista de Saúde Pública do Paraná*. 2022;5(1):19-29. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.32811/25954482-2022v5n1p19>
14. Arlene Terezinha Cagol Badoch FS. Saia da Zona de Conforto: História da Década Paranaense na Doação de Órgãos para Transplante.: Editora Telha; 2002. 160 p.
15. Silveira F, Silveira FP, Silveira CRS, Schulz RT, Montero ASJ, Higa HC. Donor risk index variation of deceased donor in liver transplantation between offering OPO. *JBT - Jornal Brasileiro de Transplantes*. 2020;23(4):119. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.53855/bjt.v23i4.35>
16. Silveira F, Silveira FP, Macri MM, Nicoluzzi JE. Analysis of liver waiting list mortality in Parana, Brazi: what shall we do to face organ shortage? *Arq Bras Cir Dig*. 2012 Apr-Jun;25(2):110-3 Disponível em: [http:// 10.1590/s0102-67202012000200010](http://10.1590/s0102-67202012000200010)
17. Badoch AT, Silveira F, Von Stein A, Giugni J. Mudança no padrão demográfico dos doadores de órgãos no Estado do Paraná de 2011 a 2019. *Revista de Saúde Pública do Paraná*. 2021;4(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.32811/25954482-2021v4n1p02>
18. Silveira F, Porto Silveira F, Silveira CRS, Montero AS, Higa HC, Ruzzon A, *et al*. Transplante Hepático na Alocação de Resgate: Comparação do Índice de Risco do Doador, Balanço de Risco e Função do Enxerto Após Transplante Hepático. *Brazilian Journal of Transplantation*. 2023 04/04;26. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0003-2149-9464>
19. Portaria de Consolidação nº4, de 28 de setembro de 2017., (2017). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/z/zika-virus/publicacoes/portaria-de-consolidacao-no-4-de-28-de-setembro-de-2017.pdf>
20. Silveira F, Silveira FP, Freitas ACT, Coelho JCU, Ramos EJB, Macri MM, *et al*. Liver transplantation: survival and indexes of donor-recipient matching. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2021 Jun;67(5):690-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.20201088>
21. Silveira F. Fardo e estigmas das doenças do fígado relacionadas ao álcool. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.25813807.v1>
22. Portaria 766, de 14 de setembro de 2023. Sect. 1 (2023). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-no-766-de-14-de-setembro-de-2023>
23. Silveira F, Porto Silveira F, Saucedo Jr NS, Silveira CRS. Complicações nos primeiros 30 dias pós-transplante hepático - instrumento para avaliação no âmbito do Sistema Estadual de Transplantes do Paraná. *JBT - Jornal Brasileiro de Transplantes*. 2018 13/07/2018;20(2):13-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.53855/bjt.v21i2.67>
24. Silveira F SF, Silveira CRS, Junior NSS., editor. Comparação de resultados do transplante hepático em relação aos casos 'referência' da literatura internacional.

Brazilian Journal of Transplantation; 2020.Disponível em: <http://10.53855/bjt.v23i2.97>

RECEBIDO: 13/05/2024
APROVADO: 04/12/2024

Percepções sobre os serviços de saúde pública em Macaé-RJ: um estudo transversal

Perceptions of Public Health Services in Macaé-RJ: A Cross-Sectional Study

Beatriz da Silva Souza Dornas¹, Edna Afonso Reis², Aline Aparecida de Oliveira Campos³, Isabella Piassi Dias Godói⁴

1. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6830-3195>. Graduanda do curso de farmácia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé -RJ, Brasil. E-mail: beatrizdornas3@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1465-9167>. Professora Titular da Universidade Federal de Minas Gerais: Belo Horizonte, MG, Brasil. Doutora em Estatísticas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: ednareis@gmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3795-2588>. Professora Adjunto C da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa), Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas (IESB), Brasil. Doutora em Ciência da Nutrição pelo Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa (UFV), Brasil. E-mail: aline.campos@unifesspa.edu.br

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0568-6625>. Professora do Instituto de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ/Macaé), Brasil. Doutora em Medicamento e Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)/Universidade de Strathclyde (Escócia). E-mail: isabellapiassi@macae.ufrj.br

RESUMO

O estudo investiga a percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o acesso e a qualidade dos serviços de saúde em Macaé/RJ. Foi realizado um estudo transversal com 150 residentes entre agosto e novembro de 2023. Análises descritivas e estatísticas foram feitas usando o teste Qui-Quadrado no software R. Após as análises, verificou-se que 62,7% eram do público feminino, 37% dos entrevistados concluíram o ensino médio e 23,4% relataram ter renda total familiar entre dois e cinco salários mínimos. Notou-se uma avaliação mais positiva dos serviços do SUS entre os usuários frequentes (valor-p = 0.014). No entanto, desafios e fragilidades foram

apontadas, como a necessidade de melhorias na infraestrutura e nos serviços farmacêuticos. Este estudo visa contribuir para as discussões e demandas sociais em saúde, destacando a importância da participação social no planejamento e gestão dos serviços de saúde.

DESCRITORES: SUS. Saúde Pública. Qualidade da Assistência à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

The study investigates the perception of users of the Unified Health System (SUS) regarding access to and the quality of health services in Macaé/RJ. A cross-sectional study was conducted with 150 residents between August and November 2023. Descriptive and statistical analyses were performed using the Chi-Square test in R software. The analysis revealed that 62.7% of the participants were female, 37% had completed high school, and 23.4% reported a total family income between two and five minimum wages. A more positive evaluation of SUS services was noted among frequent users (p-value = 0.014). However, challenges and weaknesses were identified, such as the need for improvements in infrastructure and pharmaceutical services. This study aims to contribute to social discussions and demands in health, highlighting the importance of social participation in the planning and management of health services.

DESCRIPTORS: SUS. Public Health. Quality of HealthCare. Access to Health Services. Health Evaluation.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem dentre seus muitos objetivos promover o acesso universal e a integralidade dos serviços em saúde no Brasil, sendo regulamentado pelas chamadas Leis Orgânicas de Saúde nº 8080 e 8142 de 1990¹⁻². Ressalta-se que desde a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, a saúde passou a ser reconhecida como um direito a todo cidadão brasileiro³, e muitos têm sido os esforços deste sistema público de saúde. Considerado um dos mais complexos do mundo, o qual tem dentre seus muitos desafios a responsabilidade pela oferta universal e gratuita aos mais de 200 milhões de habitantes, em um país marcado por particularidades e as mais diversas desigualdades em cada uma de suas regiões⁴. Diversas são as ações e iniciativas promovidas pela sua rede de atenção de serviços, em suas diferentes complexidades, com destaque para o Programa Nacional de Imunização (PNI), vinculado a Atenção Primária à Saúde (APS), o qual disponibiliza gratuitamente 31 vacinas, 13 soros e 4 imunoglobulinas aos distintos públicos (crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes)⁵. Adicionalmente, ressalta-se outros serviços ofertados à população como o acesso à medicamentos de alto custo, realização de consultas médicas e transplante de órgãos, a partir do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), que é o responsável por financiar cerca de 88% dos transplantes no Brasil⁶.

A partir de princípios como a descentralização, hierarquização, bem como a universalidade e a integralidade da promoção de ações em saúde, uma série de serviços e ações são propostas e previstas, de modo a envolver a APS, média e alta complexidade⁷. Ressalta-se que a APS, que representa o primeiro nível de atenção, em outras palavras, a porta de entrada do usuário ao SUS, sendo responsável por realizar ações no âmbito individual e coletivo, com foco na promoção e proteção da saúde e, principalmente, na prevenção de agravos⁸.

Após a institucionalização do SUS, muitas têm sido as ações e esforços para viabilizar o acesso, bem como a qualidade dos serviços disponibilizados à população. Como as iniciativas e propostas de organização de serviços direcionados à APS associados com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008 com a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008⁹ e com a regulamentação da

Estratégia de Saúde em Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 2011 com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011¹⁰. Neste contexto, a partir da Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023¹¹, foi instituído a criação de equipes multiprofissionais, na APS, também chamadas de e-Multi, que contemplam diferentes categorias profissionais como psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e farmacêutico clínico, a fim de que possam, a partir de um trabalho integrado e complementar, para melhor contribuir para atendimento das demandas em saúde neste nível de atenção¹². Além de todos os serviços mencionados e ofertados pelo SUS, destaca-se o acesso gratuito de medicamentos à população, uma conquista do cidadão e que está diretamente associada à Política Nacional de Medicamentos (PNM), estabelecida em 1998¹³.

Reforça-se que a população tem representado um importante papel para a construção e, principalmente, para a concretização de uma política pública a ser estabelecida para atender as demandas de saúde dos brasileiros, em seus diferentes cenários socioeconômicos. Com isso, incentiva-se a realização de estudos que visem melhor avaliar e compreender as percepções e experiências dos usuários referente à temas como acesso¹⁴ e qualidade¹⁵ dos serviços em saúde, dificuldades e desafios¹⁶ vivenciados no cenário da saúde pública. Destaca-se a relevância da realização de estudos, em suas diferentes esferas de governo (federal, estadual e municipal), no intuito de que possam viabilizar a compreensão das percepções dos usuários (controle social) do SUS, essencial ao processo de planejamento e gestão dos serviços em saúde.

Considerando a inexistência de estudos envolvendo as temáticas citadas, em especial, no contexto municipal, o presente estudo visa avaliar a percepção e experiências dos residentes do município de Macaé, referente aos serviços ofertados no SUS. Busca-se contribuir para as futuras discussões e reflexões sobre as demandas, fragilidades e desafios em saúde deste município, localizado na Região Norte Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. Ressalta-se a importância da avaliação contínua dos serviços ofertados, na perspectiva dos usuários, principalmente, pelos tomadores de decisão, para que possam planejar e promover ações que melhor atendam às reais necessidades e anseios da comunidade.

MÉTODOS

Tipo e local do estudo

Realizou-se um estudo transversal, no segundo semestre de 2023, para avaliar as percepções dos residentes do município de Macaé, localizado na Região Norte Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, sobre aspectos como acesso, qualidade e perfil de utilização dos serviços públicos de saúde. Este estudo foi realizado em duas etapas: na primeira etapa, foi conduzida uma análise descritiva, incluindo todos os participantes (n=150), para a avaliação de aspectos gerais da amostra (ex: gênero, idade, escolaridade e renda familiar); e, na segunda etapa, foi realizada a avaliação das percepções dos participantes, que relatam utilizar os serviços do SUS, independente da frequência e quais serviços, para que as percepções destes sobre aspectos que perpassam o SUS fossem avaliados.

O município de Macaé está situado a, aproximadamente, 190 quilômetros a nordeste da capital. Sua população estimada em 2022 era de 246.391 habitantes, abrangendo uma área total de 1.216,989 km²¹⁷. É conhecida como a Capital Nacional do Petróleo, uma vez que se destacou, em especial nos últimos anos, na realização de atividades petrolíferas, bem como no processamento de gás¹⁸. Adicionalmente, é o principal produtor de feijão preto no Estado e, na pecuária, representa o terceiro maior rebanho do Estado, além de uma forte tradição na pesca, exportando peixes para países como Estados Unidos e Suíça¹⁸. Ressalta-se que o território macaense é dividido em seis distritos, sendo estes Sede, Cachoeiros de Macaé, Córrego do Ouro, Glicério, Frade e Sana¹⁸ e possui renda mensal bruta *per capita* média de R\$ 66.684,012¹⁷. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (2024), Macaé disponibiliza 34 estabelecimentos de ESF; 9 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 57 consultórios odontológicos; 12 Unidades Especializadas; 3 Centros de Atenção Psicossocial; 2 Unidades Hospitalares; 7 Unidades Assistenciais, além de diversas gerências¹⁹.

Instrumento da Pesquisa

Foi elaborado um questionário (Material Suplementar) pela equipe do estudo²⁰, tendo sido utilizadas durante a elaboração publicações do Ministério da Saúde, como a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM)²¹ e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)²². O instrumento contém 66 questões objetivas e foi organizado em quatro seções: (A) Perfil Socioeconômico e de Utilização de Serviços de Saúde; (B) Condição Clínica; (C) Uso de Medicamentos e (D) Percepções e Uso de Serviços de Saúde Pública. Ressalta-se que as perguntas da última seção (D) foram respondidas apenas os entrevistados que relataram utilizar os serviços do SUS. Ressalta-se que o questionário elaborado é extenso, podendo ser explorados diferentes análises, contudo o presente trabalho avaliou as percepções aplicadas ao cenário do acesso e qualidade dos serviços em saúde, incluindo os farmacêuticos.

Coleta dos Dados e Critérios de Inclusão

A coleta de dados foi realizada entre agosto e novembro de 2023, no município de Macaé. A seleção da amostra foi feita por conveniência, o qual foi considerado o tamanho da população do município, bem como uma margem de erro máxima de 7% na estimativa de percentagens globais, o que totalizou o envolvimento de 150 participantes.

Indivíduos com 18 anos ou mais (maioridade civil no Brasil) foram recrutados por amostragem de conveniência, permitindo aos pesquisadores obter resultados referente às atitudes, vivências e opiniões²³ dos entrevistados sobre o SUS. Para os participantes que declararam nunca utilizar os serviços do SUS foram feitas perguntas na Etapa Um (seções A, B e C). Nos casos em que participantes relataram usar os serviços do SUS, estes também responderam a perguntas da Etapa Dois (seção D), relacionadas às percepções dos usuários sobre o acesso e a qualidade dos serviços do SUS.

Além disso, também foram excluídos da Segunda Etapa os indivíduos que relataram adquirir medicamentos apenas em farmácias privadas, que envolvia questões relativas à assistência farmacêutica no sistema público de saúde.

A coleta de dados foi realizada por uma discente de graduação do Instituto de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Rio de Janeiro/Macaé, previamente treinada pela professora IPDG, responsável pelo projeto. As perguntas do questionário foram aplicadas em espaços públicos e áreas de livre circulação (mercados públicos, praças, avenidas, dentre outros). Os participantes foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária, sendo explicados os objetivos e contribuições da pesquisa, bem como a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE em duas vias, uma para o participante e outra para a pesquisadora.

Análise dos Dados

Na primeira etapa da análise dos dados, foi realizada a análise descritiva das características da população (renda, gênero, escolaridade) e dos aspectos gerais dos serviços de saúde, utilizando a resposta de todos os participantes. Posteriormente, na segunda etapa realizou-se a avaliação sobre a percepção dos usuários do SUS referente a aspectos como acesso e à qualidade do sistema público de saúde. Conforme mencionado, nesta última etapa da análise dos dados foram excluídos os indivíduos que declararam nunca utilizar os serviços do SUS.

Destaca-se a avaliação de algumas variáveis, incluindo o perfil de utilização de serviços de saúde (apenas público, privado/apenas plano de saúde ou ambos), frequência e tipos de serviços do SUS utilizados, relevância/importância do SUS, percepção dos usuários sobre acesso e qualidade dos serviços públicos de saúde, bem como aquisição e uso de medicamentos (apenas público, privado/apenas plano de saúde ou ambos, com ou sem prescrição médica) e serviços farmacêuticos (ex: presença e reconhecimento do farmacêutico nas farmácias públicas e processo de orientação quanto ao uso de medicamentos). Adicionalmente, foram avaliadas as experiências dos usuários na obtenção e uso de medicamentos, bem como sua adesão ao uso de medicamentos prescritos. Além disso, foram analisados aspectos como a compreensão de bulas/folhetos informativos de medicamentos, incluindo

orientações sobre o uso de antibióticos e recomendações sobre o uso concomitante de álcool e polifarmácia.

As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. As variáveis quantitativas foram descritas pela média e desvio-padrão (DP). A associação entre variáveis categóricas foi analisada pelo teste Qui-Quadrado de Pearson e foi considerada estatisticamente significativa quando valor de $p < 0,05$. Utilizou-se os softwares Microsoft Excel e R versão 4.3.0.

Aspectos Éticos

O instrumento de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) do Centro Multidisciplinar da UFRJ-Macaé (CAAE: 68864623.6.0000.5699).

RESULTADOS

Características da População

Após a realização de 150 entrevistas, constatou-se que 62,7% dos participantes eram do público feminino, com idade média de 42 (± 16) anos. No perfil de escolaridade, destaca-se que 37% concluiu o Ensino Médio e 11,3% relataram ter Ensino Superior Completo. Além disso, 25% apresentou renda familiar mensal de até dois salários mínimos (R\$2.640,00) e 23,4% reportaram ter renda familiar entre dois (R\$2.640,00) e cinco salários mínimos (R\$6.600,00). Cerca de 75% dos entrevistados não possuem plano de saúde privado, em outras palavras, são SUS-dependentes, conforme dados apresentados na Tabela 1.

Ressalta-se que as enfermidades mais prevalentes foram a hipertensão arterial (37,3%), os distúrbios de ansiedade e depressão (28,7%) e a dislipidemia (20,0%), sendo que 38% apresentavam dois ou mais agravos.

No contexto farmacêutico, dentre os 150 participantes, 71,3% afirmaram fazer uso de medicamentos sem prescrição médica. Os fatores mais frequentemente associados a essa prática incluem a presença prévia do medicamento no domicílio do paciente, o uso do medicamento em ocasiões anteriores e a indicação fornecida em farmácias. Adicionalmente, destacam-se a dificuldade de lembrar do horário correto de administração, seguido de problemas para o acesso aos medicamentos nas

farmácias do SUS, como os principais obstáculos associados ao uso dos medicamentos enfrentados pelos participantes, conforme apresentado na Figura 1.

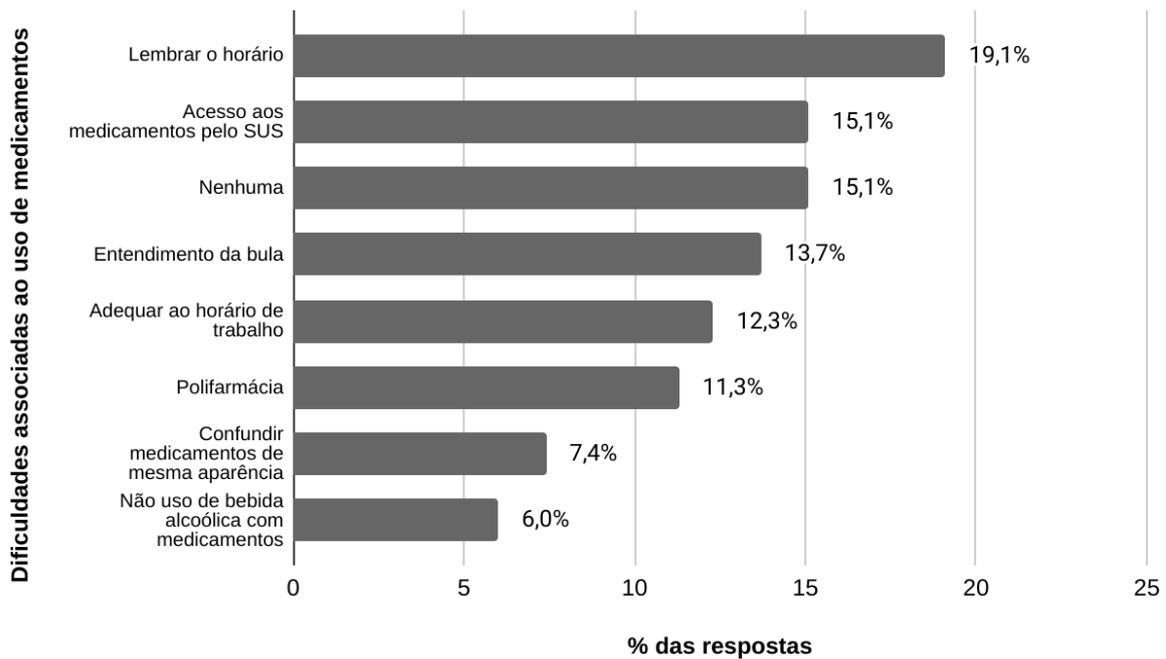
Tabela 1. Características dos entrevistados (n = 150)

Variável	N	%
Idade (média em anos ± DP)	42 (±16)	
Gênero		
Masculino	56	37,3
Feminino	94	62,7
Plano de Saúde Privado		
Sim	37	24,7
Não	113	75,3
Nível educacional		
Analfabeto	4	2,7
Ensino fundamental incompleto	26	17,3
Ensino fundamental completo	14	9,3
Ensino médio incompleto	9	6,0
Ensino médio completo	56	37,3
Ensino superior incompleto	24	16,0
Ensino superior completo ou mais	17	11,3
Renda total familiar (salário mínimo)		
Até 1	51	34,0
1-2	38	25,3
2-3	28	18,7
3-5	7	4,7
5-10	12	8,0
10-20	4	2,7
Não sabe/Não respondeu	10	6,7

Nota: Salário Mínimo Brasileiro em 2023: R\$ 1320,00²⁴

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Figura 1. Dificuldades em relação ao uso de medicamentos



Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

Percepções dos usuários do SUS sobre os serviços de saúde no município de Macaé

Verificou-se que apenas cinco (2,3%) entrevistados reportaram nunca utilizar os serviços públicos de saúde, o que representou um público de 145 participantes elegíveis para as análises direcionadas às percepções sobre os serviços do SUS.

Dentre os participantes, 60,7% alegam que suas consultas médicas são realizadas somente pelo SUS e 103 (71,0%) afirmam ser cadastrados em alguma ESF e/ou UBS do município. Entre aqueles que utilizam os serviços do SUS, 83 (57,2%) afirmaram usar “frequentemente”, enquanto os demais 62 (42,8%) disseram utilizar “às vezes” ou “raramente”.

Na avaliação geral da qualidade do acesso aos serviços do SUS, 46,2% o avaliaram como *bom* ou *muito bom*, 27,8% como *ruim* ou *muito ruim* e 31,0% como *nem bom*, *nem ruim*. Adicionalmente, verificou-se uma tendência (valor-p= 0,014) da melhor avaliação do acesso como *muito bom* ou *bom* (56,6%) entre os usuários que mais frequentam o SUS, comparado com aqueles que utilizam com menor frequência (32,3%); em outras palavras, quem mais utiliza tende a melhor avaliar o acessos aos serviços, apresentado na Tabela 2. Nesta temática, observou-se algumas fragilidades e demandas dos usuários do SUS referente ao acesso à serviços como a marcação

de consultas com médicos especialistas, avaliado pela maioria dos participantes como *muito ruim* (37,3%) sendo comumente registrado a necessidade de se realizar este tipo de atendimento em outro município (24,8%). Além disso, verificou-se que a qualidade dos serviços em saúde oferecidos pelo SUS foi considerada *boa* ou *muito boa* para 46,9%, 17,2% como *ruim* ou *muito ruim* e 35,9% como *nem boa, nem ruim* .

Tabela 2. Associação entre a frequência de uso do SUS e a avaliação do acesso aos serviços públicos de saúde (n=145)

Avaliação ao acesso – n (%por linha)				
Frequência de uso	Boa	Nem boa, nem ruim	Ruim	valor-p
Frequentemente	47 (56,6%)	21 (25,3%)	15 (18,1%)	
Às vezes/raramente	20 (32,3%)	24 (38,7%)	18 (29,0%)	0,014
Total	67 (46,2%)	45 (31,0%)	33 (27,8%)	

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Tabela 3. Percepções dos participantes sobre alguns serviços do SUS (n=145)

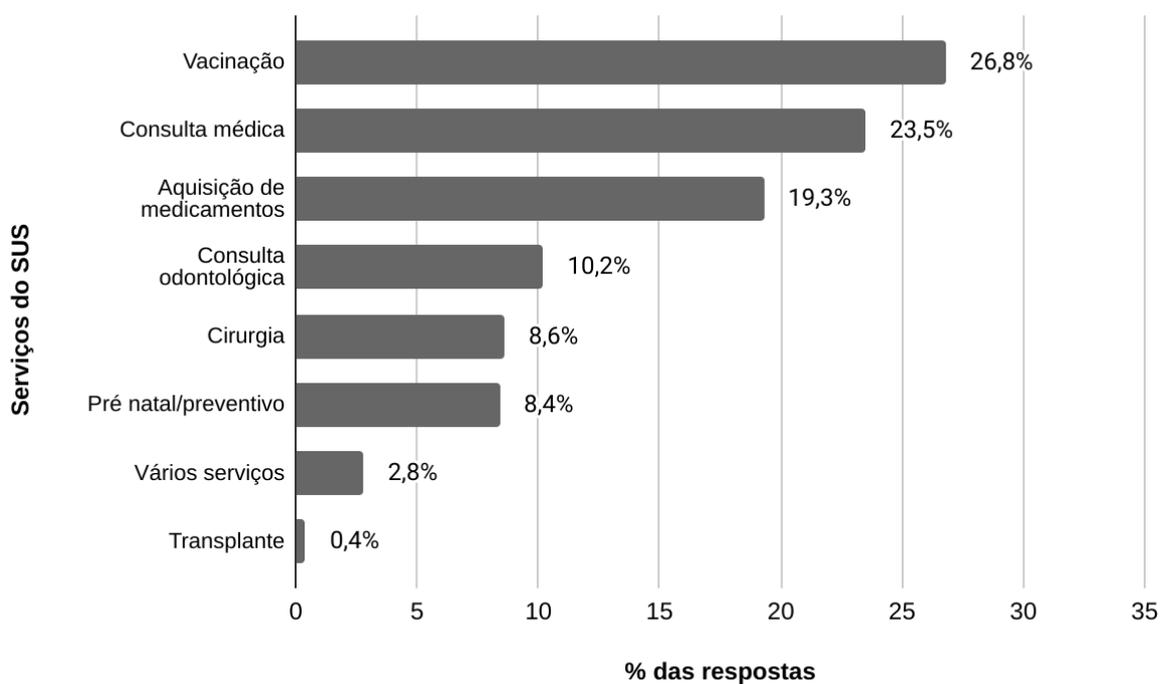
Perguntas	Respostas n (%)				
	Muito bom	Bom	Nem bom, nem ruim	Ruim	Muito Ruim
Como você considera o processo para marcação de consultas médicas com o clínico geral pelo SUS?	8 (5,6)	55 (37,9)	37 (25,5)	28 (19,3)	17 (11,7)
Como você considera o processo para marcação de consultas com especialistas pelo SUS?	9 (6,2)	26 (17,9)	31 (21,4)	25 (17,2)	54 (37,3)
Como você considera o atendimento médico oferecido pelo SUS?	18 (12,4)	89 (61,4)	36 (24,8)	1 (0,7)	1 (0,7)
Como você avalia a qualidade dos serviços em saúde oferecidos pelo SUS?	2 (1,4)	71 (49,0)	47 (32,4)	20 (13,8)	5 (3,4)

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Segundo as experiências dos indivíduos que utilizam os serviços do SUS, a agilidade no agendamento do atendimento (66,2%) foi considerado o fator mais importante a ser considerado aplicado à qualidade dos serviços públicos de saúde, seguida pela acessibilidade geográfica do local onde o serviço é ofertado (33,8%). Destaca-se que os principais desafios a serem melhorados no SUS, na perspectiva dos usuários, foram, respectivamente, a infraestrutura (88,7%), qualificação dos profissionais (5,7%) e a melhoria/maior facilidade para o acesso à medicamentos nas farmácias públicas (5,6%).

Neste contexto, verificou-se que 53,3% (n=80) dos entrevistados adquirem medicamento pelo SUS, e destes, 56,8% utilizam o transporte público para o acesso à farmácia municipal de Macaé. Ressalta-se que os serviços do SUS mais utilizados pelos entrevistados foram, respectivamente, a vacinação (26,8%), consultas médicas (23,5%) e aquisição de medicamentos (19,3%), demonstrado na Figura 2.

Figura 2. Principais serviços do SUS utilizados pelos entrevistados (n=145)



Nota: Cinco indivíduos reportaram nunca utilizar os serviços do SUS

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

No contexto das percepções e experiências dos usuários (n=111) que realizam serviços nas farmácias públicas do SUS, observou-se 35,2% destes relataram nunca receberam orientações sobre o uso adequado de medicamentos. Além disso, 47,7% disseram não saber se há um profissional farmacêutico atuando na unidade. No geral,

os participantes concederam uma boa avaliação às farmácias públicas, cerca de 78% dos usuários afirmaram que os funcionários atendem com respeito e 82% alegam que a farmácia é um ambiente limpo e organizado.

No que concerne ao papel do farmacêutico, cerca de 56% dos entrevistados relataram nunca receber orientação deste profissional e apenas 21% alegam receber orientações do farmacêutico. Além disso, para 72% dos entrevistados relataram que a orientação sobre o uso de medicamentos é a principal atribuição do farmacêutico para os pacientes. Contudo, 51,3% alegam nunca terem encontrado um farmacêutico em uma farmácia pública do município e/ou outro cenário/ambiente de saúde pública como ESF e/ou UBS.

DISCUSSÃO

Trata-se do primeiro estudo, considerando nenhuma publicação nesta temática e neste contexto geográfico, no município de Macaé desenvolvido com o intuito avaliar as percepções e vivências dos residentes desta localidade referente à aspectos como acesso e qualidade dos serviços do SUS ofertados no município. Considerando todas as características socioeconômicas de Macaé, divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁷, destaca-se que nossa amostra apresenta similaridade frente aos aspectos de gênero, com superioridade do público feminino (62,7%), renda familiar, em sua maioria entre 1 e 3 salários mínimos, e escolaridade, sendo 37,3% concluintes de Ensino Médio Completo. Adicionalmente, observou-se que os principais agravos em saúde foram hipertensão, ansiedade, depressão e dislipidemia, sendo que 38% dos entrevistados apresentou mais de uma doença. . Neste contexto , um estudo (2018) demonstrou que em Macaé, há uma considerável frequência de óbitos por doenças do aparelho circulatório, que muitas vezes são relacionadas a agravos advindos de enfermidades crônicas²⁵.

Dentre os principais achados deste estudo, destacam-se as percepções dos usuários sobre os serviços do SUS como acesso, os quais 46,2% consideram como *muito bom* e *bom* e para 46,9% a qualidade foi considerada como *muito boa* e *boa* . Resultados como estes refletem que grande parte da população demonstra algumas insatisfações e fragilidades do SUS, os quais evidenciam importantes dificuldades a

serem melhorados como ampliação dos serviços ofertados no município, a fim de se evitar a utilização de serviços em outra localidade, bem como melhorias na infraestrutura, considerada como o principal desafio a ser melhorado por parte dos gestores em saúde. Reforça-se que a infraestrutura é algo muito reportado e destacado a ser melhorado, no cenário do SUS, considerando estudos como o desenvolvido por Bastos e colaboradores (2020)²⁶ que evidenciaram além deste aspecto, a insuficiência de investimentos e falta de manutenção adequada das unidades de saúde como outras importantes fragilidades dos serviços públicos. Neste contexto, estudo, recentemente, publicado referente à alocação dos recursos públicos de saúde do município de Macaé revelou que, entre 2014 e 2017, foram destinados R\$5.154.487,66 para o bloco de financiamento de Investimento na Rede de Saúde, o que representou a segunda área com menor valor a ser alocado em saúde, considerando todos os demais blocos sendo os outros Atenção Primária, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Média e Alta Complexidade e Gestão do SUS¹⁶. Ressalta-se que, embora baixo percentual de entrevistados (5,6%) relataram a necessidade de melhoria e/ou maior facilidade para o acesso à medicamentos nas farmácias públicas, este achado representa um desafio a ser enfrentado a fim de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS. Estudo realizado por Boing e colaboradores (2022)²⁷ identificou que o acesso ineficiente aos serviços do SUS esteve associado à não obtenção de medicamentos por usuários deste sistema de saúde, corroborando, portanto, com os achados do presente estudo.

Reforça-se que demandas e desafios foram registrados e envolvem diferentes níveis de atenção à saúde como dificuldade para marcação de consulta médica, principalmente, para especialistas, o que representou para apenas 6,2% dos participantes este processo como “*muito bom*”. O resultado encontrado corrobora com outro estudo que aponta falhas na cobertura de serviços especializados no SUS²⁸. É interessante salientar que a regionalização é um princípio do SUS que visa a organização da rede de atenção em regiões de saúde de forma a racionalizar o uso de recursos conforme critérios geográficos, viabilizando o acesso de serviços especializados à população. As razões por trás das dificuldades no acesso às consultas especializadas incluem a falta de vagas conforme o padrão previsto,

deficiência de médicos, desafios na retenção de profissionais em áreas remotas, forte dependência do setor privado, e diminuição do apoio financeiro e da participação do governo federal e estadual na prestação e financiamento de serviços de saúde²⁸.

Ademais, o estudo mostra uma tendência entre a percepção dos usuários sobre o acesso aos serviços de saúde pública juntamente com a frequência com que estes utilizam o SUS (valor-p = 0,014). Em outras palavras, usuários que utilizam mais os serviços do SUS tendem a melhor avaliar o seu acesso. A partir destes resultados, percebe-se que os usuários que utilizam os serviços de saúde com mais frequência tendem a avaliá-los de forma mais positiva em termos de acesso. Acredita-se que essa tendência pode ser entendida considerando que estes usuários que mais frequentam a rede de serviços públicos, apresentam, em sua maioria uma maior familiaridade e compreensão dos processos e dos profissionais envolvidos, além de verificar que a continuidade do cuidado e a relação com os profissionais de saúde podem ser fatores relevante para a satisfação dos usuários²⁹.

Em relação ao uso do SUS, a alta adesão, com 71,0% dos usuários registrados nas ESFs, é um sinal positivo envolvendo os serviços da APS do município, contudo ainda assim revela desafios para a ampliação desse percentual. Além disso, mais de 60% dos participantes afirmam que suas consultas médicas são realizadas apenas pelo SUS, o que sugere que este sistema seja para muitos a principal ou então a única fonte de acesso aos serviços de saúde, resultado este que vai ao encontro com o observado do elevado percentual de participantes que não tem plano de saúde (75%).

A ausência de farmacêuticos em ESF e UBS em Macaé tem impacto significativo na qualidade do cuidado e orientação sobre o uso de medicamentos para a população local. A falta de orientação farmacêutica adequada foi um ponto destacado por 56% dos entrevistados, que relataram nunca ter recebido orientações de um farmacêutico, enquanto 51,3% alegaram nunca ter encontrado um farmacêutico em farmácias públicas do município ou em ambientes de saúde pública como ESF e UBS. Esta realidade pode contribuir para o uso inapropriado e a automedicação também evidenciadas no estudo. Ressalta-se que o farmacêutico é essencial para viabilizar a promoção do uso racional de medicamentos, uma vez reconhecido como o profissional tecnicamente habilitado e preparado para conduzir orientações que

perpassam sobre diversas áreas como administração, reações adversas e interações medicamentosas³⁰.

O objetivo primordial deste estudo foi proporcionar dados para uma reflexão e debate acerca das vulnerabilidades nos serviços do SUS em Macaé, a partir da análise da percepção e avaliação dos seus usuários. Entretanto, pode-se registrar algumas limitações como o não envolvimento dos usuários do SUS deste município, para uma visão holística e completa dos aspectos avaliados. A elevada proporção de participantes de baixa renda pode introduzir um viés na análise, resultando na generalização dos resultados para uma população com diversos estratos socioeconômicos. Além do não envolvimento de participantes residentes de localidades rurais mais afastadas, considerando que as entrevistas foram realizadas em espaços públicos de grande circulação e ao ar livre, mais próximos à região central do município. Apesar dessas limitações, este estudo revelou dados que poderão contribuir para futuras discussões e reflexões deste município, no contexto da relevância da compreensão das reais demandas e necessidades da população direcionadas aos serviços públicos de saúde deste importante município para o Estado do Rio de Janeiro, também conhecido como a Capital do Petróleo no Brasil.

CONCLUSÃO

Trata-se de um estudo com importantes informações, para o cenário da gestão municipal em saúde, com o intuito de apresentar percepções e experiências dos usuários do SUS referente à avaliação do acesso e qualidade dos serviços públicos em saúde, incluindo os farmacêuticos. De acordo com este estudo, 46,2% dos entrevistados classificaram o acesso aos serviços públicos de saúde do município de Macaé como "*muito bom*" ou "*bom*", e 46,9% avaliaram a qualidade da mesma forma. Dados que evidenciam que muitos usuários consideram a necessidade de melhorias e ações, uma vez que ainda consideram estes serviços como "*nem bom nem ruim e/ou ruim*". Adicionalmente, algumas dificuldades e desafios foram verificados referente a Atenção Especializada das ações do SUS, como o acesso a consultas com especialistas, o que para 37,3% dos participantes foi considerado como "*muito ruim*". Além disso, observou-se importantes demandas e fragilidades aplicadas ao

cenário dos serviços farmacêuticos, como a necessidade de melhorias em infraestrutura e acesso a medicamentos, juntamente com esforços e estratégias da gestão local para viabilizar a maior atuação do profissional farmacêutico em contextos como Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família, como ocorre em outros municípios do Brasil.

Este estudo buscou evidenciar dados inéditos sobre as percepções dos usuários do SUS em Macaé, em uma avaliação até então não conduzida e/ou publicada. O estudo responde aos objetivos iniciais ao evidenciar tanto os pontos fortes quanto as lacunas do sistema de saúde público local. Além disso, reforça a importância de investimentos contínuos na infraestrutura e na contratação de profissionais de saúde para melhorar a eficiência e a satisfação dos usuários. Ao iluminar as dificuldades enfrentadas pelos moradores do município, o estudo oferece subsídios para que gestores de saúde possam desenvolver estratégias mais eficazes e direcionadas às necessidades da comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Presidência da República (Brasil). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [Internet]. Diário Oficial da União. 1990 set. 19. [citado em 2024 abr. 09] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
2. Presidência da República (Brasil). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [Internet]. Diário Oficial da União. 1990 dez. 28. [citado em 2024 abr. 09] Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
3. Presidência da República (Brasil). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.
4. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. SUS: um dos mais complexos sistemas de saúde pública do mundo completa 33 anos de serviços aos brasileiros [internet]. Distrito Federal: Secretaria de Saúde; 2023 [citado em 2024 abr. 24] Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/sus-um-dos-mais-complexos-sistemas-de-saude-publica-do-mundo-completa-33-anos-de-servicos-aos-brasileiros#:~:text=Trata%2Dse%20de%20um%20dos,e%20por%20toda%20a%20vida>

5. Ministério da Saúde (Brasil). Campanhas da Saúde - vacinação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 2024 abr. 09] Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao>
6. Ministério da Saúde (Brasil). Sistema Nacional de Transplantes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.[citado em 2024 abr. 09] Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/snt>
7. Presidência da República (Brasil). Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Diário Oficial da União. 2010 dez. 30. [citado em 2024 mai. 23] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
8. Ministério da Saúde (Brasil). O que é Atenção Primária? [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. [citado em 2024 abr. 24] Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/o-que-e-atencao-primaria>
9. Presidência da República (Brasil). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF [Internet]. Diário Oficial da União, 2008 jan. 24. [citado em 2024 mai. 25] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
10. Presidência da República (Brasil). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Diário Oficial da União, 2011 out. 21. [citado em 2024 mai. 25] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
11. Presidência da República (Brasil). Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Diário Oficial da União. 2023 mai. 22. [citado em 2024 abr. 24] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html
12. Ministério da Saúde (Brasil). eMulti - Equipes multiprofissionais na APS [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. [citado em 2024 abr. 24] Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/acoes-interprofissionais/emulti#:~:text=As%20equipes%20multiprofissionais%20na%20APS,Prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20\(APS\)%3A](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/acoes-interprofissionais/emulti#:~:text=As%20equipes%20multiprofissionais%20na%20APS,Prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20(APS)%3A)
13. Presidência da República (Brasil). Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. [Internet] Diário Oficial da União. 1998 out. 30. [Citado em 2024 mai. 23] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html#:~:text=Contempla%20diretrizes%20e%20define%20prioridades,e%20desenvolvimento%20cient%C3%ADfico%20e%20tecnol%C3%B3gico
14. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. Rev Saúde

- Pública [Internet]. 2017 [citado em 2024 abr. 24]; 51(suppl 1). Doi: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000074>
15. Simão CCAL, Costa MB, Colugnati FAB, Paula EA, Vanelli CP, Paula RB. Quality of Care of Patients with Diabetes in Primary Health Services in Southeast Brazil. *Journal of Environmental and Public Health* [Internet]. 2017:e1709807 [citado em 2024 abr. 24]. Doi: <https://doi.org/10.1155/2017/1709807>
 16. Silos NA, Santos DMS, Souza JF, Silva RR, Godói IPD. Alocação de recursos públicos para saúde em Macaé entre 2014 e 2017: Reflexões e desafios. *J Assist Farmacocon* [internet]. 2024 [citado em 2024 abr. 24]; 9(2):21-32. Doi: <https://doi.org/10.22563/2525-7323>
 17. Governo Federal (Brasil). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Macaé. [internet] Brasília: Serviços e informações do Brasil; 2023. [citado em 2024 abr. 22] Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/macaee/panorama>
 18. Prefeitura Municipal de Macaé (Brasil). Informações Socioeconômicas [internet]. Macaé: Prefeitura Municipal de Macaé. [citado em 2024 abr. 22] Disponível em: <https://macae.rj.gov.br/cidade/conteudo/titulo/informacoes-socioeconomicas#:~:text=Maca%C3%A9%20possui%20o%20terceiro%20maior,%20pr%C3%B3xima%20%C3%A0%20BR%2D101>
 19. Prefeitura Municipal de Macaé (Brasil). Relatório Anual de Gestão 2023 [internet]. Macaé: Secretaria Municipal de Saúde; 2024 [citado em 2024 abr. 22] Disponível em: <https://macae.rj.gov.br/midia/conteudo/arquivos/1712113173.pdf>
 20. Souza JS, Reis EA, Godman B, Campbell SM, Meyer JC, Sena LWP, Godói IPD. Users' Perceptions of Access to and Quality of Unified Health System Services in Brazil: A Cross-Sectional Study and Implications to Healthcare Management Challenges. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [internet]. 21(6):721, 2024. [citado em 2024 jun. 05] DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph21060721>
 21. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.077, de 17 de setembro de 2012. Institui a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM). [internet]. Diário Oficial da União. 2012 set. 17 [citado em 2024 abr. 22]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2077_17_09_2012.html
 22. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. [internet]. Diário Oficial da União. 2011 jul. 19 [citado em 2024 abr. 22]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html
 23. Galloway A. Non-Probability Sampling. *Encyclopedia of Social Measurement* [internet] 2005. [citado em 2024 mai. 28]; 859-864. Doi: <https://doi.org/10.1016/B0-12-369398-5/00382-0>
 24. Presidência da República (Brasil). Lei nº 14.663, de 28 de Agosto de 2023. Define o valor do salário mínimo a partir de 1º de maio de 2023; estabelece a política de valorização permanente do salário mínimo a vigorar a partir de 1º de janeiro de

- 2024 [internet]. Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos, 2023 ago. 28. [citado em 2024 jun. 01] Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2023-2026/2023/lei/l14663.htm
25. Lourenço AEP, Junior HS, Souza IL, Amaral IBT, Coelho KSC, Cruz KT, Monteiro LS, Sperandio N, Souza TO. Trajetória da atenção à saúde em Macaé: desafios e perspectivas. Prefeitura de Macaé [internet] 2018. [citado em 2024 abr. 27] Disponível em: <https://www.macaee.rj.gov.br/midia/conteudo/arquivos/1574354213.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2024.
 26. Bastos LBR, Barbosa MA, Rosso CFW, Oliveira LM de AC, Ferreira IP, Bastos DA de S, et al.. Practices and challenges on coordinating the Brazilian Unified Health System. Rev Saúde Pública [Internet]. 2020;54:25. [citado em 2024 jun. 01] Doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001512>
 27. Boing AC, Andrade FB de, Bertoldi AD, Peres KG de A, Massuda A, Boing AF. Prevalências e desigualdades no acesso aos medicamentos por usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil em 2013 e 2019. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2022 [citado em 2024 jun 03]; 38(6):e00114721. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT114721>
 28. Silva CR, Carvalho BG, Cordoni L, Nunes E de FP de A. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2017 [citado em 2024 jun. 01]; 22(4):1109–20. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016>
 29. Silva JFT, Júnior CP, Belforte MO, Silva RF, Sousa EO, Santos MOB, Santos MP, Araújo YEL, Filho MAR, Dornelles C, Aguiar JRV, Moura LC, Aguiar CS, Silva LM, Barbosa MJL. Saúde Pública no Brasil: a percepção dos usuários sobre os serviços de saúde. Revista Brasileira de Revisão de Saúde [internet] 2022 [citado em 2024 jun. 01]; 5(1):2755-2767. Doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-246>
 30. Júnior OMR, Oliveira MLA, Cabral MDF, Dias NP. O papel social do farmacêutico: as contribuições desse profissional para a promoção da saúde no uso racional de medicamentos. Brazilian Journal of Development [internet] 2022 [citado em 2024 jun. 01]; 8(11):73801-73818. Doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n11-200>

RECEBIDO: 23/06/2024
APROVADO: 18/11/2024

Estudo revela incidência de sífilis em gestantes nas Regionais de Saúde do Paraná

Study reveals incidence of syphilis in pregnant women in Paraná's Health Regions

Mariana Feldberg Silvestro¹, Marlon Jaime Godoi Meurer², Nilton Castro Pillar³, Claudiceia Rizzo Pascotto⁴, Franciele Aní Caovilla Follador⁵, Lirane Elize Defante Ferreto⁶

1. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-3921-8575> Mestranda no Programa de pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde. Nutricionista. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Francisco Beltrão, Paraná, Brasil.

E-mail: marianafeldbergs@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5059-2445> Mestrando no Programa de pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde. Fisioterapeuta. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Francisco Beltrão, Paraná, Brasil.

E-mail: marlongmeurer@gmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-8938-4810> Mestrando no Programa de pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde. Cirurgião-Dentista. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Francisco Beltrão, Paraná, Brasil.

E-mail: ncastropillar@gmail.com

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1265-2316> Docente no Programa de pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde. Doutora em Ciências Biológicas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Francisco Beltrão, Paraná, Brasil.

E-mail: claudiceia.pascotto@unioeste.br

5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9210-1540> Docente no Programa de pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde. Doutora em Engenharia Agrícola. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Francisco Beltrão, Paraná, Brasil.

E-mail: franciele.follador@unioeste.br

6. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0757-3659> Docente no Programa de pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde. Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Francisco Beltrão, Paraná, Brasil.

E-mail: lirane.ferreto@unioeste.br

RESUMO

Objetivou-se caracterizar o perfil epidemiológico da sífilis gestacional no estado do Paraná. Estudo observacional, com desenho ecológico, retrospectivo e com abordagem quantitativa com todas as notificações no

período de 2017 a 2022 utilizando dados disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Neste período foram notificados 18.296 casos de sífilis gestacional no Paraná. A regional de saúde com maior taxa de notificação foi a 7ª RS Pato Branco 212,9 casos/1000 nascidos vivos. O perfil epidemiológico das gestantes infectadas, destacou aquelas com ensino médio completo (24,38%), brancas (65,94%), com idade entre 20 e 39 anos (76,45%) e classificação clínica de sífilis latente (42,4%). A sífilis apesar de ser facilmente tratada e evitada, está apresentando relevância epidemiológica no Brasil e faz-se importante a implementação de políticas públicas eficazes a fim de prevenir ou minimizar os agravos da doença.

DESCRITORES: Sífilis. Gestantes. Saúde pública. Cuidado pré-natal. Infecções sexualmente transmissíveis.

ABSTRACT

The aim was to characterize the epidemiological profile of gestational syphilis in the state of Paraná. This is an observational, ecological, retrospective study with a quantitative approach, with all notifications from 2017 to 2022 using data available in the Notifiable Diseases Information System (SINAN). During this period, 18,296 cases of gestational syphilis were reported in Paraná. The health region with the highest notification rate was the 7th RS Pato Branco 212.9 cases/1000 live births. The epidemiological profile of infected pregnant women highlighted those with completed high school (24.38%), white (65.94%), aged between 20 and 39 years (76.45%) and clinical classification of latent syphilis (42.4%). Although syphilis is easily treated and avoided, it is showing epidemiological relevance in Brazil and it is important to implement effective public policies in order to prevent or minimize the consequences of the disease.

DESCRIPTORS: Syphilis. Pregnant women. Public health. Prenatal care. Sexually transmitted infections.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

Classificada como uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), a sífilis é uma doença bacteriana, causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, tem caráter sistêmico e, é uma doença que pode facilmente ser prevenida, porém não havendo tratamento precoce, pode ter uma evolução com características crônicas e sequelas irreversíveis. A transmissão acontece de forma sexual e vertical, podendo raramente ocorrer por transfusão sanguínea^{1,2}.

A sífilis congênita (SC) ocorre por transmissão vertical, quando a bactéria é transmitida da mãe infectada para o feto pela placenta ou, ocasionalmente durante o parto, podendo ocasionar o aborto, a prematuridade ou diversas manifestações clínicas^{3,4}. Sabendo-se que a sífilis gestacional é tratável, consequentemente a sífilis congênita é evitável. E, se existe a ocorrência da sífilis congênita, é sinal de falhas referentes ao pré-natal, como também referente ao diagnóstico e ao tratamento. Quando o tratamento não ocorre, existe quase 100% de chance de transmissão vertical, ao passo que ocorrendo o diagnóstico e o tratamento corretos, estes são muito eficazes e conseguem reduzir a transmissão vertical em cerca de 97% dos casos⁵. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece o tratamento gratuitamente, composto por injeções de penicilina intramuscular, que é um antibiótico de baixo custo e alta efetividade e que pode prevenir sequelas graves⁶.

Os transtornos ocasionados pelas Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) tornaram-se um problema muito grave para a saúde pública a nível mundial, pois tem um impacto profundo na saúde sexual e reprodutiva refletindo assim em aspectos sociais, econômicos e psicológicos para a população em geral, acarretando ainda a saúde reprodutiva e infantil. Exemplo disso é a sífilis, que é uma doença sistêmica, que em 2020 representou 7,1 milhões das 374 milhões de novas infecções por ISTs em todo o mundo⁷.

Dado o impacto da sífilis gestacional na saúde pública e o aumento dos casos, é essencial que os estados compreendam a situação da doença em suas populações para implementar ações eficazes de prevenção e controle. Desse modo, objetivou-se, com esse estudo categorizar o perfil epidemiológico das notificações de sífilis gestacional no estado do Paraná, no período de 2017 a 2022.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, com desenho ecológico, retrospectivo e com abordagem quantitativa, no qual foram analisados os dados epidemiológicos acerca das notificações de sífilis gestacional. A análise foi feita utilizando os dados disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)⁸, sendo especificamente a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A amostra foi composta por todas as notificações de casos de sífilis gestacional no estado do Paraná entre os anos de 2017 e 2022.

O estado do Paraná é dividido em 399 municípios, 22 Regionais de Saúde e possui uma população total de 11.444.380 habitantes, segundo o censo de 2022⁹. Em relação a população do estudo foram analisadas as variáveis faixa etária, de 10 a 59 anos; raça (branca, preta, parda e indígena); escolaridade, variando do analfabetismo ao ensino superior completo; classificação clínica dividida em primária, secundária, terciária e latente; o ano de diagnóstico de 2017 a 2022; e ainda a regional de saúde (CIR) de notificação da 1° a 22° regionais do Paraná.

A prevalência das variáveis foi calculada através do número de casos existentes dividido pelo total de casos notificados no período, multiplicado por cem. Para o cálculo da taxa de detecção da sífilis em gestante foi calculada pela razão entre o número de casos detectados em determinado ano de diagnóstico e o total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e ano, multiplicado por mil. O banco de dados foi acessado nos meses de abril e maio de 2024.

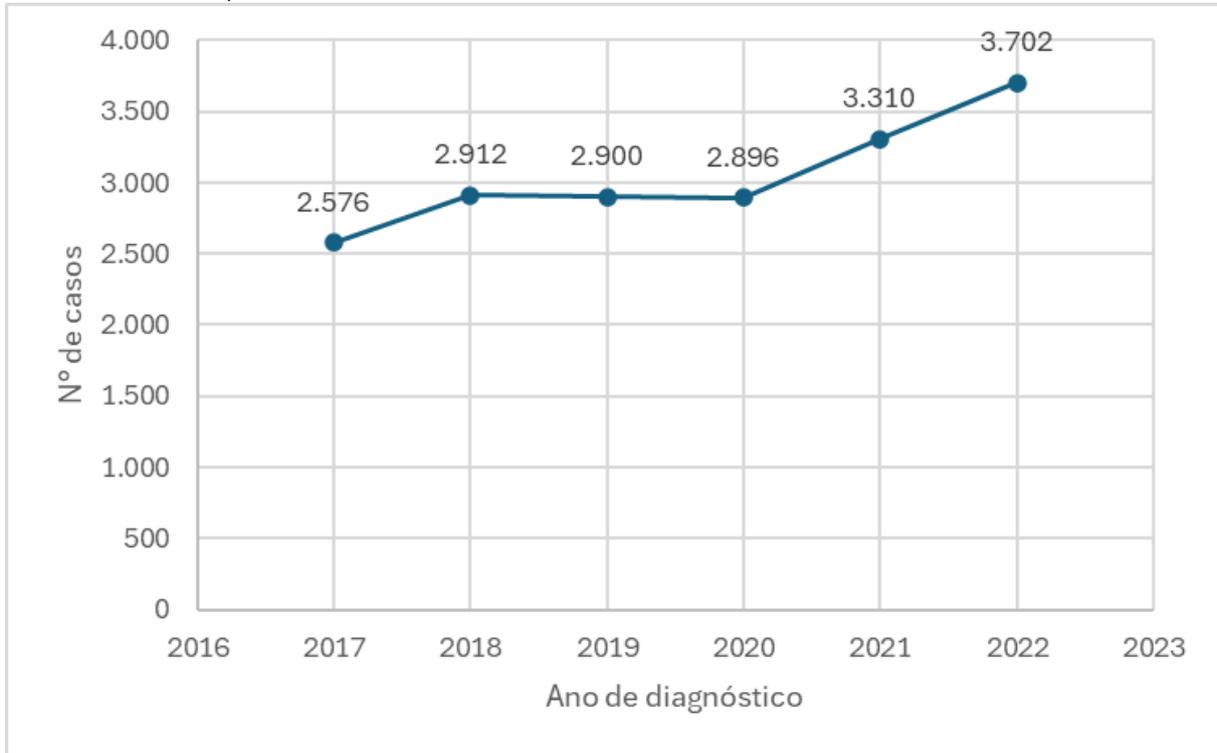
Os dados foram tabulados e analisados através do programa Microsoft Excel utilizando estatística simples e descritiva. Para realização do estudo não foi necessária a aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que foram utilizados dados de domínio público, disponíveis via internet, sem qualquer identificação das pacientes.

RESULTADOS

No período de 2017 a 2022 foram registrados 397.388 casos de sífilis gestacional no Brasil, desses, 18.296 (4,60%) são do estado do Paraná. É possível

observar, que houve um evidente crescimento no número de notificações, no estado do Paraná: passando de 2.576 casos (14,08%) no ano de 2017 para 3.702 casos (20,23%) no ano de 2022.

Figura 1. Distribuição do número de casos notificados de sífilis gestacional entre 2017 e 2022. Paraná, Brasil



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Em relação à idade, houve variação de 10 a 59 anos, sendo a faixa etária de 10 a 14 anos a menos prevalente com um percentual de 0,7% e a faixa etária de 20 a 39 anos a mais afetada, com 12.342 casos, o que equivale a 76,45% das notificações. Quando analisamos as raças que foram notificadas, percebemos que a mais afetada foi a branca, com 10.644 casos, ou seja 65,94% das notificações, seguida da parda com 4.026 casos (24,94%). Em relação à escolaridade, foram registradas variações de pessoas analfabetas (0,19%) a pessoas com educação superior completa (2,11%), porém as mais afetadas foram as pessoas com ensino médio completo com 3.935 casos equivalendo a 24,38%. Quanto à classificação clínica encontramos os seguintes resultados: primária 5.337 casos (33,06%), secundária 579 casos (3,59%), terciária 816 casos (5,05%) e latente 6.843 casos (42,4%) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos casos notificados de sífilis gestacional de 2017 a 2022 no Paraná por faixa etária, raça, escolaridade, classificação clínica e região de saúde (CIR) de notificação. Paraná, Brasil

Variáveis	n	%
Faixa etária materna (n=16.143)		
10-14	113	0,7
15-19	3371	20,89
20-39	12342	76,45
40-59	317	1,96
Raça (n=16.143)		
Não informado	393	2,43
Branca	10644	65,94
Preta	855	5,3
Amarela	131	0,81
Parda	4026	24,94
Indígena	94	0,58
Escolaridade (n=16.143)		
Não informado	2726	16,89
Analfabeto	32	0,19
1ª a 4ª série	484	3
4ª série completa	455	2,82
5ª a 8ª série incompleta	3026	18,74
Ensino fundamental completo	1879	11,64
Ensino médio incompleto	2836	17,57
Ensino médio completo	3935	24,38
Educação superior incompleta	429	2,66
Educação superior completa	341	2,11
Classificação clínica (n=16.143)		
Não informado	2568	15,9
Primária	5337	33,06
Secundária	579	3,59
Terciária	816	5,05
Latente	6843	42,4

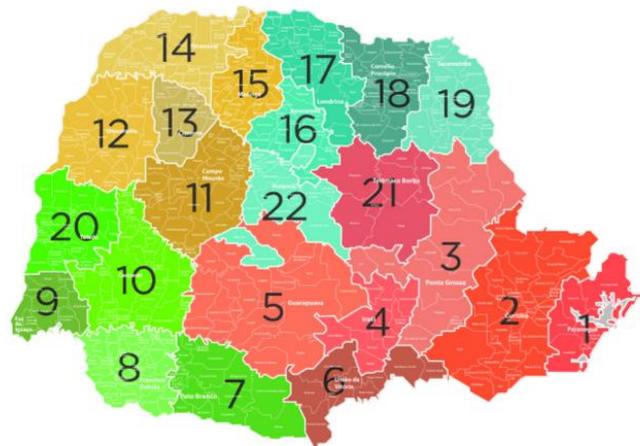
Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Para a distribuição de ocorrências entre as 22 regionais de saúde, através da taxa de detecção, notamos que as mais afetadas foram a 7º RS Pato Branco, a 10º

Cascavel e a 9º RS Foz do Iguaçu, com média de 212,90, 140,45 e 137,46 casos respectivamente; já a menos afetada foi a 19º RS Ivaiporã com média de 46,37 casos (Figura 2).

Figura 2. Distribuição pela taxa de detecção, da média de casos notificados de sífilis gestacional nas 22 Regionais de Saúde, no período entre 2017 e 2022 no Paraná, Brasil

REGIONAIS DE SAÚDE	MÉDIA DE CASOS
1ª PARANAGUÁ	108,77
2ª CURITIBA	122,11
3ª PONTA GROSSA	124,69
4ª IRATI	102,14
5ª GUARAPUAVA	116,87
6ª UNIÃO DA VITÓRIA	67,48
7ª PATO BRANCO	212,90
8ª FRANCISCO BELTRÃO	94,16
9ª FOZ DO IGUAÇÚ	137,46
10ª CASCAVEL	140,45
11ª CAMPO MOURÃO	76,06
12ª UMUARAMA	61,71
13ª CIANORTE	83,43
14ª PARANAVÁI	58,74
15ª MARINGÁ	91,44
16ª APUCARANA	48,08
17ª LONDRINA	109,59
18ª CORNÉLIO PROCÓPIO	56,49
19ª JACAREZINHO	46,37
20ª TOLEDO	113,89
21ª TELÊMACO BORBA	53,61
22ª IVAIPORÃ	70,96



Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo mostraram que o estado do Paraná apresentou expressivo número de casos de sífilis gestacional entre 2017 e 2022. Em relação ao aumento da notificação de sífilis gestacional, pode estar vinculada à adesão das gestantes ao pré-natal, ampliações da cobertura de testagem, avanço da utilização dos testes rápidos, dentre outros fatores que contribuem na melhora da detecção da doença⁵. Apesar da maior oferta de testes rápidos para gestantes e seus parceiros, a

transmissão vertical da sífilis não tem diminuído como esperado, indicando que o diagnóstico por si só não garante a melhoria da atenção às gestantes com sífilis¹⁰.

No que se refere ao perfil das gestantes, observou-se uma predominância de mulheres com 20 a 39 anos (76,58%), podendo estar relacionado a uma fase de vida sexual mais intensa e o auge da fase reprodutiva. Além disso, a parcela de casos em meninas de 10 a 14 anos por um lado, mostra o início cada vez mais precoce da atividade sexual e evidencia um sério problema social, muitas vezes relacionada a deficiências no âmbito familiar e educacional¹¹. No Brasil, a legislação é clara em proteger essa faixa etária por meio do Código Penal. O artigo 217-A do Código Penal brasileiro define como crime a prática de atos sexuais com menores de 14 anos, classificando-a como estupro de vítima, mesmo em casos em que haja consentimento aparente da vítima¹². Destaca-se a importância da implementação de ações de educação em saúde e atenção às famílias, fornecendo informações e instruções seguras, a fim de prevenir gestações não planejadas e reduzir a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis¹³.

Em relação à raça, houve uma prevalência significativa da cor branca (65,5%). Essas observações corroboram com outros estudos realizados no Paraná, onde um deles que analisou casos de sífilis gestacional entre 2007 e 2013 encontrou 70% de gestantes com faixa etária entre 20 e 39 anos e outro que analisou entre 2017 e 2021 verificou que 67,97% eram da raça branca^{13,14}. Acerca da raça branca ser a mais prevalente, isso pode estar associado às descendências paranaenses, principalmente de imigrantes alemães, poloneses e italianos¹⁵. O Paraná está entre os estados com maiores percentuais de população branca, sendo 64,6% da proporção de habitantes¹⁶.

Quanto à escolaridade das mulheres estudadas, foi prevalente o ensino médio completo (24,77%), o que difere dos dados encontrados em um estudo realizado em Anápolis, Goiás, durante os anos de 2012 e 2018 e outro realizado em São José do Rio Preto, São Paulo, entre 2007 e 2016, os quais mostram que a maior parte das gestantes possuíam ensino fundamental incompleto^{17,18}. É importante ressaltar que baixa escolaridade é um indicador social significativo e um fator de risco para sífilis gestacional, visto que as gestantes possuem uma compreensão limitada sobre as

ações preventivas¹⁴. A análise das características identificadas sugere que a incidência da sífilis não segue um perfil populacional específico e varia de acordo com as regiões do Brasil.

Com relação à classificação clínica houve um predomínio da sífilis latente seguida da sífilis primária. Na sífilis primária ocorre uma lesão inicial, no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina e outros), formando um cancro que pode durar entre duas a seis semanas. Na fase secundária, os sinais e sintomas se manifestam entre seis semanas e seis meses, após a cicatrização do cancro inicial, com sintomatologia envolvendo febre, fadiga, anorexia, mal-estar, cefaleia e outros¹⁹. Na fase terciária, considerada a mais grave surge de 1 a 40 anos após a infecção, apresentando lesões cutâneas, ósseas, também cardiovasculares e neurológicas, podendo levar a morte. Na fase latente (assintomática), pode ser precoce ou tardia, podendo ser interrompida, quando surgem os sinais e sintomas das formas secundária ou terciária²⁰. Porém, não é possível fazer uma análise, visto que não há especificação se é latente precoce ou tardia e cada um destes subtipos apresenta um tratamento específico e direcionado. Ademais, a detecção da sífilis na forma secundária manteve-se como a menos frequente, assim como a sífilis terciária. Contudo, vale destacar, um alto índice de casos sendo notificados como ignorado ou branco. Essa constatação corrobora com diversos outros estudos que também constataram que a maioria das gestantes diagnosticadas com sífilis foram no período latente^{14,17}.

Dentre as 22 regionais de saúde do Paraná, a regional de saúde de Pato Branco foi aquela com maior número de casos notificados de sífilis gestacional no período estudado, totalizando 212,9 casos/1000 nascidos vivos, a qual compreende 15 municípios e em 2020, a cobertura dos serviços de atenção básica eram de 81,19%²¹. Apesar de apresentar uma ampla cobertura pelos serviços de atenção básica, presume-se que possam existir deficiências na implementação de condutas com a população geral e, durante o pré-natal, principalmente se tratando de sífilis em gestantes, onde ações podem vir a prevenir ocorrências de sequelas no recém-nascido¹³.

É fundamental estabelecer estratégias claras para identificar eventos

relacionados ao processo saúde-doença e realizar ações de saúde pública que integrem planejamento, monitoramento e avaliação dos programas¹. Portanto, é crucial sensibilizar a comunidade e os profissionais de saúde sobre a importância do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz da gestante e seu parceiro, considerando que o manejo inadequado é o fator central na incidência da sífilis congênita.

Como limitação deste estudo, ressalta-se a interpretação cautelosa quanto à utilização de dados secundários, pois podem conter vieses, uma vez que se trata de informação autorreferida. Além de que, foi observado muitas informações ignoradas ou em branco, nas bases de dados oficiais, o que dificulta o estabelecimento do perfil epidemiológico da sífilis em gestantes, prejudicando o planejamento de ações.

Outro ponto relevante para se destacar é que, se tratando de um estudo ecológico, pode ocorrer o que chamamos de falácia ecológica, sendo feitas inferências sobre indivíduos com base em dados agregados de grupos. Apesar das limitações, as bases de dados empregadas são consideradas confiáveis e produzem informações de qualidade.

CONCLUSÃO

Durante o período de 2017 a 2022, houve uma alta incidência de sífilis em gestantes em todas as Regionais de Saúde do Paraná, sugerindo uma diminuição das subnotificações, aumento da cobertura de testagem e da utilização de testes rápidos, diminuição do uso de preservativos, falta de informação, dentre outros fatores.

O perfil epidemiológico da maioria das gestantes infectadas era de mulheres com ensino médio completo, que se autodeclararam brancas, com faixa etária de 20 a 39 anos e com a classificação clínica de sífilis latente. A macrorregional de Pato Branco foi identificada como a de maior incidência de sífilis gestacional.

Diante dos resultados, é fundamental que profissionais da saúde e os gestores intensifiquem o desenvolvimento de ações e políticas públicas, que contemplem não apenas as gestantes, como também seus parceiros, focando na conscientização dos indivíduos, a fim de prevenir a cadeia de transmissão da sífilis. Outro ponto importante a ser enfatizado, é a qualificação dos profissionais de saúde, para o preenchimento correto dos prontuários, caderneta da gestante e fichas de notificação, que irão contribuir para um monitoramento efetivo.

REFERÊNCIAS

1. Arruda LR de, Ramos AR dos S. Importância do diagnóstico laboratorial para a sífilis congênita no pré-natal. J Manag Prim Health Care [Internet]. 2020 Abr.12:1-18. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.511>
2. Andrade ALMB, Magalhães PVVS, Moraes MM, Tresoldi AT, Pereira RM. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. Rev Paul Pediatr. [Internet]. 2018. 36 (3): 376-381. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462;2018;36;3;00011>
3. Moreira KFA, Oliveira DM, Alencar LN, Cavalcante DFB, Pinheiro AS, Orfão NH. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. Cogit. Enferm. [Internet]. Abr. 2017 [acesso em 2024 Abr] v. 22, n. 2. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-859854>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: MS; 2020. [acesso em 2024 Abr]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view
5. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Leal MC. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. Rev Bras Saúde Mater Infant. [Internet]. 2012; 12 (3): 269-280. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292012000300007>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico de Sífilis [Internet]. [atualizada em 2022 Mai. 30; acesso em 2024 Mai]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/noticias/2022/maio/brasil-avanca-no-enfrentamento-a-sifilis>
7. World Health Organization. Sexually transmitted infections. [Internet] Geneva: WHO; 2024 Mai. [acesso em 2024 Mai]. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)?gad_source=1&qclid=CjwKCAjwo6GyBhBwEiwAzQTmc2W600-hfPqFXuUh1JZEZwxL9qg2pQcMq8JGH8GPEI2ly6CfK25lhRoCIXEQAvD_BwE](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)?gad_source=1&qclid=CjwKCAjwo6GyBhBwEiwAzQTmc2W600-hfPqFXuUh1JZEZwxL9qg2pQcMq8JGH8GPEI2ly6CfK25lhRoCIXEQAvD_BwE)
8. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Doenças e Agravos de Notificação - 2017 em diante (SINAN) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2024. [acesso em 2024 Mai]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/doencas-e-agravos-de-notificacao-de-2007-em-diante-sinan/>.
9. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População [internet] 2022. [acesso em 2024 Mai]. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/panorama>
10. Saraceni V, Pereira GFM, Silveira MF, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. Rev Panam Salud Publica. [Internet]. 2017. [acesso em 2024

- Mai]; 41-44. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpssp/v41/1020-4989-RPSP-41-e44.pdf>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Prevenção Primária do Risco Sexual Precoce e Gravidez na Adolescência. [Internet] 2022. [acesso em 2024 Mai]. Disponível em: https://www.tjes.jus.br/wp-content/uploads/plano-nacional_camp_gov_fed.pdf
 12. BRASIL. Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm
 13. Signor M, Spagnolo LML, Tomberg JO, Gobatto M, Stofel NS. Distribuição espacial e caracterização de casos de sífilis congênita. Rev enferm UFPE on line. 2018 fev. 12 (2): 398-406. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a230522p398-406-2018>
 14. Monteiro PS, Evangelista FF. Sífilis gestacional e congênita no estado do Paraná de 2017 a 2021: estudo transversal. Saud Pesq. 2023. 16 (4), 1-15. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2023v16n4.e11264>
 15. Prefeitura Municipal de Curitiba. História-Imigração [Internet]. Curitiba. [acesso em 2024 Mai]. Disponível em: <https://www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/historia-imigracao/208>
 16. Secretaria de Comunicação Social. Agência de Notícias. Censo 2022: pela primeira vez, desde 1991, a maior parte da população do Brasil se declara parda. 2023. [atualizado em 2023 dez. 26; acesso em 2024 Mai]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38719-censo-2022-pela-primeira-vez-desde-1991-a-maior-parte-da-populacao-do-brasil-se-declara-parda>
 17. Filho RCS, Moreira IC, Moreira LD, Abadia LG, Machado MT, Nascimento MG, et al. Situação clínico-epidemiológica da sífilis gestacional em Anápolis-GO: uma análise retrospectiva. Cogit. Enferm. 2021, 26. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.75035>
 18. Maschio-Lima T, Machado ILL, Siqueira JPZ, Almeida MTG. Perfil Epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do estado de São Paulo, Brasil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2019 Out.- Dez. 19 (4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400007>
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico para o diagnóstico da sífilis [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. [acesso em 2024 Mai]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis/publicacoes/manual-tecnico-para-o-diagnostico-da-sifilis.pdf>
 20. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Sífilis. 2023. [acesso em 2024 Mai]. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/sifilis>

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção primária à saúde (SAPS). Informação e gestão da atenção básica. [acesso em 2024 Mai]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

RECEBIDO: 26/06/2024
APROVADO: 04/12/2024

Perfil epidemiológico dos óbitos por neoplasia maligna de estômago de 2013 a 2022 nas regiões de saúde do Estado do Paraná

Epidemiological profile of deaths from malignant neoplasm of the stomach from 2013 to 2022 in health regions of the State of Paraná

Jamili Laís Baratieri¹, Ana Beatriz Bavaresco², Amanda Foltran Sarraf³, Kamily Vitória Souza⁴, Carlos Eduardo Kotaka⁵, Priscila Ferst Longhi⁶

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2566-1396>. Discente de Medicina. Quarto ano do curso de Medicina. Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco, Paraná, Brasil.

E-mail: baratierijamili@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1082-7621>. Discente de Medicina. Quarto ano do curso de Medicina. Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco, Paraná, Brasil.

E-mail: anabavaresco@outlook.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6670-5746>. Discente de Medicina. Quarto ano do curso de Medicina. Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco, Paraná, Brasil.

E-mail: sarrafamanda@gmail.com

4. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-1961-0905>. Discente de Medicina. Quarto ano do curso de Medicina. Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco, Paraná, Brasil.

E-mail: kvs05042003@gmail.com

5. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7949-0239>. Discente de Medicina. Quarto ano do curso de Medicina. Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco, Paraná, Brasil.

E-mail: cadukotaka2000@gmail.com

6. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9760-5572>. Médica. Docente de Medicina. Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco, Paraná, Brasil.

E-mail: priscila.longhi@unidep.edu.br

RESUMO

O presente estudo objetiva analisar o perfil epidemiológico dos óbitos por neoplasia maligna de estômago de 2013 a 2022 nas regionais de saúde do Estado do Paraná. Trata-se de um estudo quantitativo ecológico acerca do perfil de mortalidade por neoplasia maligna de estômago nas Regiões de

Saúde do Paraná, por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. As variáveis analisadas foram: ano de óbito, faixa etária, cor/raça, escolaridade e sexo conforme Região de Saúde, no período de 2013 a 2022, com posterior análise estatística. Constatou-se 9.731 óbitos, sendo 32,9% na Região Metropolitana, 10,8% em Londrina e 9,2% em Cascavel. Houve maior prevalência no sexo masculino (65,6%), na cor branca (76,2%), acima de 80 anos (19,05%) e com menor escolaridade (30,6%). Dada a alta mortalidade dessa neoplasia, evidencia-se a importância da análise do perfil epidemiológico a fim de avaliar os fatores de risco e o diagnóstico precoce.

DESCRITORES: Neoplasias Gástricas. Mortalidade. Sistema Único de Saúde. Epidemiologia.

ABSTRACT

The present study aims to analyze the epidemiological profile of deaths from malignant neoplasm of the stomach from 2013 to 2022 in the health regions of the state of Paraná. This is an ecological quantitative study about the mortality profile due to malignant neoplasms of stomach in the Health Regions of Paraná, through the Department of Informatics of the Unified Health System. The variables analyzed were: year of death, age group, color/race, schooling and sex according to Health Region, in the period from 2013 to 2022, with subsequent statistical analysis. There were 9,731 deaths, 32.9% in the metropolitan region, 10.8% in Londrina and 9.2% in Cascavel. There was a higher prevalence in males (65.6%), white (76.2%), over 80 years old (19.05%) and with lower education level (30.6%). Given the high mortality of this neoplasm, it is evident the importance of the epidemiological profile analysis in order to evaluate the risk factors and early diagnosis.

DESCRIPTORS: Gastric neoplasms. Mortality. Unified Health System. Epidemiology.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas de estômago possuem alta incidência na contemporaneidade, principalmente pela influência da epigenética, já que abrange a tendência genética do paciente e os seus hábitos de vida, sendo responsável por até 10% de todas as mortes por câncer no mundo. Nesse sentido, a neoplasia maligna de estômago representa o quinto câncer mais incidente no mundo. Já no âmbito nacional, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), estima-se que de 2023 a 2025 ocorram 21.480 casos novos de câncer de estômago no Brasil, correspondendo a 9,94 casos por 100 mil habitantes. Dessa forma, dentre as neoplasias gástricas, o tipo adenocarcinoma é o mais frequente, evidenciado em cerca de 90% dos pacientes. Dentre eles, a prevalência é maior em idosos do sexo masculino¹⁻³.

Como justificativa para a alta incidência desta patologia encontram-se o aumento ponderal da população, já que ocasiona inflamação crônica, além da produção de fatores pró-inflamatórios e de hormônios endógenos, estimulando a produção celular e, por consequência, o crescimento de células cancerígenas. Além disso, o tabagismo, o etilismo, o sedentarismo, a presença de Doença de Refluxo Gastroesofágico e as questões dietéticas, desde o consumo excessivo de sal e de alimentos defumados até a deficiência de fibras vegetais, são fatores que aumentam o risco de neoplasias. Entretanto, o maior fator de risco encontrado é a presença da bactéria *Helicobacter pylori*, tanto pela inflamação indireta das células do epitélio estomacal, quanto pela ação direta moduladora da função^{3,4}.

Quanto à apresentação clínica, as neoplasias gástricas são assintomáticas nos estágios iniciais, podendo manifestar-se com sintomas inespecíficos como uma sutil e vaga epigastralgia, que tende a se acentuar conforme a evolução da patologia. Além disso, a perda ponderal e a dor abdominal são queixas comuns, além de disfagia, no caso de tumor no terço proximal da JEG, enquanto náuseas e vômitos sugerem tumor distal invasivo ao piloro. Em casos de a patologia acometer toda a extensão gástrica, ocorre perda da distensibilidade, gerando náuseas e saciedade precoce, além de raros sangramentos^{1,5}.

Acerca do diagnóstico, este pode ser realizado por meio de endoscopia digestiva alta com biópsia, a fim de confirmar histologicamente. No que tange ao tratamento, após o estadiamento por tomografia computadorizada, indica-se

quimioterapia, radioterapia e/ou cirurgia a depender do grau de evolução neoplásica. Conforme a extensão e localização da neoplasia gástrica, há a possibilidade de realizar a gastrectomia subtotal ou total, a qual está profundamente associada às margens cirúrgicas⁶⁻⁸. O presente estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico dos óbitos por neoplasia maligna de estômago de 2013 a 2022 nas regionais de saúde do estado do Paraná.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo ecológico acerca do perfil de mortalidade por neoplasia maligna de estômago de 2013 a 2022 nas Regiões de Saúde do estado do Paraná. Os dados secundários foram extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio da Plataforma TABNET, em Sistemas de Informações e Mortalidade (SIM). Assim, os óbitos foram elegidos utilizando a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), sendo o CID-10: C16 referente à neoplasia maligna do estômago.

Além disso, foram selecionadas as seguintes variáveis para investigação: ano de óbito, faixa etária, cor/raça, escolaridade e sexo segundo a Região de Saúde (CIR). O período em análise foi de janeiro de 2013 até dezembro de 2022, compreendendo 10 anos de informações supracitadas, e, após isso, foi utilizado o recurso de softwares como o *Microsoft Excel Office*, com o fim de estratificar os dados e realizar a análise estatística percentual. Portanto, calculou-se a porcentagem para cada região de saúde relativa às variáveis descritas.

Ressalta-se que o presente estudo foi realizado com dados secundários do DATASUS, o qual possui livre acesso. Portanto, não foi necessário passar pelo Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que todas as questões relativas à ética foram contempladas e respeitadas na análise dos resultados.

RESULTADOS

No período de tempo em estudo, de 2013 a 2022, foi constatado a partir dos dados extraídos do DATASUS, um total de 9.731 óbitos por neoplasia maligna de estômago na análise das 22 regiões de saúde. Destes, 32,9% correspondem à Região

Metropolitana, a qual obteve o maior número de mortes nos últimos 10 anos, seguida da Região de Londrina com 10,8%, e da região de Cascavel com 9,2% dos óbitos. Em contrapartida, as regionais que obtiveram menor número de óbitos foram: Cianorte com 0,69%, Ivaiporã com 0,82% e União da Vitória com 0,96%, conforme apresentado na Tabela 01 - Óbitos por ano segundo a Região de Saúde.

Tabela 1. Óbitos por ano segundo a Região de Saúde

Mortalidade - Paraná / Óbitos por ocorrência por Região de Saúde (CIR) e Ano do Óbito /Período: 2013-2022											
Região de Saúde (CIR)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
1ª RS Paranaguá	9	23	16	13	17	9	17	22	18	11	155
2ª RS Metropolitana	316	325	340	304	300	349	319	287	354	308	3202
3ª RS Ponta Grossa	51	61	54	46	41	42	41	45	39	57	477
4ª RS Irati	11	9	7	8	14	14	15	17	10	9	114
5ª RS Guarapuava	30	34	41	45	30	38	43	29	42	30	362
6ª RS União da Vitória	8	8	8	11	12	14	7	6	11	9	94
7ª RS Pato Branco	24	12	26	41	23	27	30	25	24	27	259
8ª RS Francisco Beltrão	22	17	29	29	21	34	23	26	21	27	249
9ª RS Foz do Iguaçu	29	24	26	22	24	20	33	31	22	23	254
10ª RS Cascavel	90	108	120	93	80	104	76	74	78	80	903
11ª RS Campo Mourão	25	32	32	26	23	29	30	29	32	28	286
12ª RS Umuarama	12	19	17	32	28	29	30	41	37	25	270
13ª RS Cianorte	6	1	7	8	8	5	6	9	8	10	68
14ª RS Paranavaí	10	12	16	17	12	21	17	15	16	21	157
15ª RS Maringá	78	82	89	88	84	79	90	79	72	76	817
16ª RS Apucarana	27	38	23	28	34	48	46	34	34	46	358
17ª RS Londrina	122	123	106	92	93	112	110	87	100	106	1051
18ª RS Cornélio Procopio	9	23	8	16	12	14	16	6	16	9	129
19ª RS Jacarezinho	26	23	23	19	14	20	17	10	16	12	180
20ª RS Toledo	14	15	19	8	21	16	25	18	12	19	167
21ª RS Telêmaco Borba	9	12	12	11	16	14	9	5	5	6	99
22ª RS Ivaiporã	10	13	10	11	5	10	6	7	4	4	80
Total	938	1014	1029	968	912	1048	1006	902	971	943	9731

Fonte: Elaborado pelos autores com base em dados fornecidos pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade, DATASUS, 2024

De acordo com o sexo mais prevalente, destacou-se o masculino com 65,6% dos óbitos, como descrito na Tabela 02- Óbitos por sexo segundo a Região de Saúde.

Tabela 2. Óbitos por sexo segundo a Região de Saúde

Mortalidade - Paraná Óbitos por Região de Saúde (CIR) e Sexo / Período: 2013-2022			
Região de Saúde (CIR)	Masculino	Feminino	Total
1ª RS Paranaguá	120	35	155
2ª RS Metropolitana	2027	1175	3202
3ª RS Ponta Grossa	287	190	477
4ª RS Irati	74	40	114
5ª RS Guarapuava	252	110	362
6ª RS União da Vitória	61	33	94
7ª RS Pato Branco	178	81	259
8ª RS Francisco Beltrão	161	88	249
9ª RS Foz do Iguaçu	163	91	254
10ª RS Cascavel	634	269	903
11ª RS Campo Mourão	197	89	286
12ª RS Umuarama	185	85	270
13ª RS Cianorte	37	31	68
14ª RS Paranavaí	112	45	157
15ª RS Maringá	534	283	817
16ª RS Apucarana	230	128	358
17ª RS Londrina	709	342	1051
18ª RS Cornélio Procópio	81	48	129
19ª RS Jacarezinho	117	63	180
20ª RS Toledo	103	64	167
21ª RS Telêmaco Borba	62	37	99
22ª RS Ivaiporã	61	19	80
Total	6385	3346	9731

Fonte: Elaborado pelos autores com base em dados fornecidos pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade, DATASUS, 2024

Nota-se que a faixa etária predominante foi a de ≥ 80 anos com 19,05%. Verificou-se ainda que ocorreram quatro casos de 15 a 19 anos, representando 0,04% dos óbitos, como apresentado na Tabela 03 - Óbitos por faixa etária segundo a Região de Saúde.

Tabela 3. Óbitos por faixa etária segundo a Região de Saúde

Região de Saúde (CIR)	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	≥ 80	Total
1ª RS															
Paranaguá	-	-	-	1	1	9	4	6	11	31	23	17	17	35	155
2ª RS															
Metropolitana	3	9	18	42	46	102	145	262	361	392	443	457	368	554	3202
3ª RS Ponta Grossa	-	-	1	5	8	20	19	28	56	59	72	72	50	87	477
4ª RS Irati	-	-	-	-	1	4	3	5	8	18	17	19	17	22	114
5ª RS															
Guarapuava	-	1	2	3	4	10	15	30	36	47	63	53	48	50	362
6ª RS União da Vitória	-	-	-	1	4	3	4	3	13	10	11	8	15	22	94
7ª RS Pato Branco	-	-	1	1	6	7	12	16	19	31	32	45	45	44	259
8ª RS															
Francisco Beltrão	-	-	1	1	4	5	9	20	20	33	29	31	45	51	249
9ª RS Foz do Iguaçu	1	1	1	4	4	5	14	23	29	27	35	35	29	45	254
10ª RS															
Cascavel	-	-	5	9	14	27	51	75	103	99	149	128	121	122	903
11ª RS															
Campo Mourão	-	1	1	1	4	3	10	23	25	31	37	43	35	72	286
12ª RS															
Umuarama	-	1	-	2	2	3	8	15	28	31	30	40	48	62	270
13ª RS															
Cianorte	-	-	-	-	-	1	-	3	9	3	9	13	6	24	68
14ª RS															
Paranavaí	-	-	1	-	4	5	4	18	8	17	17	30	23	30	157
15ª RS															
Maringá	-	1	-	7	4	25	24	47	62	91	139	138	110	169	817
16ª RS															
Apucarana	-	-	-	2	5	3	14	21	29	43	59	48	56	78	358
17ª RS															
Londrina	-	1	2	9	12	26	48	67	106	122	141	149	142	226	1051
18ª RS															
Cornélio Procopio	-	-	-	-	2	1	2	8	7	16	16	23	14	40	129
19ª RS															
Jacarezinho	-	1	-	3	2	5	3	8	15	27	25	24	21	46	180
20ª RS															
Toledo	-	-	-	2	2	2	8	17	14	11	24	25	22	40	167
21ª RS															
Telêmaco Borba	-	-	-	-	1	2	7	7	6	11	17	16	15	17	99
22ª RS															
Ivaiporã	-	-	-	-	2	-	-	3	8	9	18	13	9	18	80
Total	4	16	33	93	132	268	404	705	973	1159	1406	1427	1256	1854	9731

Fonte: Elaborado pelos autores com base em dados fornecidos pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade, DATASUS, 2024

Quanto à cor/raça, evidenciou-se maior ocorrência de óbitos em pessoas brancas com 76,2%, seguido dos pardos que correspondem a 15,7%, os pretos com 4,5%, amarelos com 1,3% e por fim os indígenas com 0,09%. Ainda, enfatiza-se que 200 casos, ou seja, 2,5%, dos óbitos foram ignorados, de acordo com os dados descritos na Tabela 04 - óbitos por cor/raça segundo a Região de Saúde.

Tabela 4. Óbitos por cor/raça segundo a Região de Saúde.

Região de Saúde (CIR)	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado	Total
1ª RS Paranaguá	119	6	3	24	1	2	155
2ª RS Metropolitana	2505	137	32	388	2	138	3202
3ª RS Ponta Grossa	421	16	1	37	-	2	477
4ª RS Irati	110	-	-	4	-	-	114
5ª RS Guarapuava	286	7	3	65	-	1	362
6ª RS União da Vitória	76	2	-	14	-	2	94
7ª RS Pato Branco	204	4	1	45	2	3	259
8ª RS Francisco Beltrão	209	5	-	34	-	1	249
9ª RS Foz do Iguaçu	181	18	3	50	-	2	254
10ª RS Cascavel	742	20	3	119	2	17	903
11ª RS Campo Mourão	178	18	1	87	-	2	286
12ª RS Umuarama	162	20	9	78	-	1	270
13ª RS Cianorte	45	3	-	20	-	-	68
14ª RS Paranavaí	84	13	2	58	-	-	157
15ª RS Maringá	568	51	21	170	1	6	817
16ª RS Apucarana	270	23	5	60	-	-	358
17ª RS Londrina	753	67	39	172	-	20	1051
18ª RS Cornélio Procopio	81	12	5	30	-	1	129
19ª RS Jacarezinho	148	10	-	20	1	1	180
20ª RS Toledo	136	5	2	24	-	-	167
21ª RS Telêmaco Borba	79	4	-	16	-	-	99
22ª RS Ivaiporã	62	4	-	13	-	1	80
Total	7419	445	130	1528	9	200	9731

Fonte: Elaborado pelos autores com base em dados fornecidos pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade, DATASUS, 2024

Ao analisar a escolaridade, verificou-se que houve um maior número de óbitos de quatro a sete anos de tempo escolar, com 30,6%. Ainda, aponta-se que, quanto maior o número de anos escolares, menor a porcentagem de óbitos, visto que os que apresentaram ≥ 12 anos de escolaridade, obtiveram 5,5% dos casos de óbitos. Entretanto, em 566 casos de óbitos, foi ignorado o tempo de escolaridade,

representando 5,7% da amostra, como descrito na Tabela 05 - Óbitos por escolaridade segundo a Região de Saúde.

Tabela 5. Óbitos por escolaridade segundo a Região de Saúde.

Região de Saúde (CIR)	Nenhuma	1 a 3	4 a 7	8 a 11	≥ 12	Ignorado	Total
1ª RS Paranaguá	16	66	31	16	7	19	155
2ª RS Metropolitana	306	687	955	803	264	187	3202
3ª RS Ponta Grossa	55	97	183	105	20	17	477
4ª RS Irati	20	38	44	8	2	2	114
5ª RS Guarapuava	53	40	209	51	8	1	362
6ª RS União da Vitória	4	40	32	10	1	7	94
7ª RS Pato Branco	32	58	106	45	4	14	259
8ª RS Francisco Beltrão	34	109	73	20	2	11	249
9ª RS Foz do Iguaçu	36	94	54	41	22	7	254
10ª RS Cascavel	125	394	153	109	41	81	903
11ª RS Campo Mourão	46	151	45	23	12	9	286
12ª RS Umuarama	48	127	48	30	6	11	270
13ª RS Cianorte	11	32	17	4	2	2	68
14ª RS Paranavaí	38	39	57	16	5	2	157
15ª RS Maringá	124	41	396	196	46	14	817
16ª RS Apucarana	59	53	166	70	10	-	358
17ª RS Londrina	101	370	231	147	79	123	1051
18ª RS Cornélio Procópio	30	41	23	8	1	26	129
19ª RS Jacarezinho	49	31	62	19	3	16	180
20ª RS Toledo	22	59	45	30	5	6	167
21ª RS Telêmaco Borba	28	20	37	10	1	3	99
22ª RS Ivaiporã	22	30	13	9	1	5	80
Total	1259	2617	2980	1770	542	563	9731

Fonte: Elaborado pelos autores com base em dados fornecidos pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade, DATASUS, 2024

DISCUSSÃO

Por intermédio da pesquisa com base nos dados secundários do DATASUS, observou-se que, em um período de 10 anos, o sexo masculino foi mais predominante do que o feminino, bem como em faixas etárias mais avançadas (≥ 80 anos). Entretanto, o sexo masculino corresponde a 48,7% da população paranaense segundo os dados de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE)⁹. Quanto à cor/raça, a população branca foi a mais acometida e os que apresentaram menos anos de escolaridade também. Logo, a população branca no estado do Paraná

corresponde a 64,6% dos habitantes segundo o IBGE (2022). Sendo assim, supõe-se que há uma relação direta entre os dados de mortalidade absolutos evidenciados no estudo, uma vez que a população branca condiz com a maior parcela dos habitantes⁹.

Quanto aos tipos de neoplasia gástrica, o adenocarcinoma corresponde a 90% dos casos. Assim, o adenocarcinoma pode ser dividido em dois tipos histológicos: o tipo bem diferenciado ou intestinal e o tipo indiferenciado ou difuso. Logo, o tipo intestinal é visto mais predominantemente em homens e em faixas etárias avançadas. Ainda, o câncer gástrico proximal (cárdia gástrica) afeta duas vezes mais a população branca do que negros^{6,10}.

No cenário mundial, o câncer gástrico é o quinto tipo de câncer mais comum e é a quarta principal causa de morte dentre os tipos de neoplasia, representando mais de 700.000 mortes anualmente. Quanto aos fatores de risco, é verificado que o câncer gástrico proximal está relacionado ao refluxo gastroesofágico, obesidade e ao tabagismo, e o câncer gástrico distal está associado à infecção por *H. pylori* e uma pequena relação ao Vírus Epstein–Barr, tabagismo e dieta hipersódica. Entretanto, nota-se que houve um declínio na taxa de incidência em países desenvolvidos, e isso é atribuído a mudanças no estilo de vida, como a dieta, devido à melhora no resfriamento de alimentos e na detecção e tratamento precoce das infecções por *H. pylori*^{6,11,12}.

No quesito escolaridade, observou-se que o menor tempo de estudo influencia na prevenção do câncer gástrico, bem como outros tipos de neoplasias, uma vez que impacta na compreensão das orientações pelos profissionais da saúde. Também, em relação às condições socioeconômicas, constatou-se que indivíduos que residem em localidades distantes e sem saneamento básico estão mais propensos aos fatores de risco para o desenvolvimento da neoplasia gástrica e conseqüentemente ao diagnóstico e tratamento tardios^{13,14}. Nesse contexto, o câncer gástrico distal é mais predominante em grupos socioeconômicos mais baixos e em países em desenvolvimento. Além disso, também está associado a uma taxa elevada entre a população não-branca e os grupos indígenas. Já o câncer gástrico proximal é mais prevalente em grupos socioeconômicos mais altos e em países desenvolvidos^{6,10}.

No que se refere ao contexto nacional, a neoplasia maligna de estômago corresponde ao terceiro tipo mais prevalente de câncer no sexo masculino e o quinto no sexo feminino. A região Sudeste apresenta o maior número de casos de neoplasia

maligna de estômago em pessoas acima de 50 anos, seguida da região sul do Brasil. Nesse ínterim, as duas regiões descritas também são as que apresentam a maior expectativa de vida do país, ou seja, a maior expectativa de vida pode estar diretamente relacionada com a maior prevalência. Somado a isso, nota-se maior notificação de casos nas áreas urbanas, visto que apresentam a maior densidade populacional e maior exposição aos fatores agravantes¹⁵⁻¹⁷.

De acordo com o II Consenso Brasileiro de Câncer Gástrico, o padrão-ouro para o diagnóstico de neoplasias gástricas é a endoscopia digestiva alta com biópsia da lesão, com análise dos marcadores de tumor sérico (CA19.9, CEA, CA 72.4). Já no quesito de estadiamento através da classificação TNM, a tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve é o exame com melhor acurácia. Além disso, o planejamento terapêutico deve ser realizado de forma multidisciplinar, abrangendo terapia nutricional, principalmente para os pacientes que obtiveram uma perda de peso maior que 10% do seu peso habitual nos últimos seis meses¹⁷.

Quanto à ressecção endoscópica, ela está indicada nos casos de tumores adenocarcinomas bem diferenciados, mas restritos à mucosa (T1a), menores que 2 cm e não ulcerados. Já para os tumores que não possuem critérios de ressecção endoscópica (T1b), está indicado o tratamento cirúrgico. Assim, a gastrectomia pode ser dividida entre a subtotal e a total, sendo que a gastrectomia subtotal é indicada para tumores distais ou em que a margem proximal tenha ao menos 5 cm entre o tumor e a junção gastroesofágica. A gastrectomia total é recomendada para os tumores do terço proximal e os precoces¹⁷.

O câncer gástrico ainda se apresenta como uma doença com um mau prognóstico e de elevada mortalidade, ficando atrás apenas para o câncer de pulmão, sendo a principal causa de óbito por neoplasia no mundo. Logo, acerca dos tipos de câncer gástrico, o tipo difuso apresenta um prognóstico desvantajoso quando comparado com o tipo intestinal. Contudo, os avanços no diagnóstico e no tratamento modificaram essa narrativa, resultando em uma maior sobrevida atualmente^{10,11}.

CONCLUSÃO

Em suma, o presente estudo evidenciou que, de 2013 a 2022, o maior número de óbitos ocorreu na Região Metropolitana, seguida de Londrina e Cascavel. No que

se refere às características sociodemográficas, a faixa etária predominante foi acima de 80 anos, bem como na população branca, no sexo masculino e com tempo de escolaridade entre 4 e 7 anos. Justifica-se este achado com base na expectativa de vida, sendo esta maior entre a região Sudeste e Sul, e também na maior densidade populacional.

Diante do exposto, e considerando a alta mortalidade e o mau prognóstico da patologia em estudo, a análise do perfil epidemiológico mostra-se relevante em termos de avaliação dos fatores de risco, prevenção e diagnóstico precoce. Destaca-se que as limitações do estudo foram relacionadas aos tipos de neoplasias malignas de estômago, no qual não foi possível verificar o resultado histológico implicado na mortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Brismat Remedios I, Morales de la Torre R, Gutiérrez Rojas ÁR. Comportamiento clínico epidemiológico del cáncer gástrico en el Hospital Calixto García. Rev Cuba Med Gen Integral [Internet]. junho de 2022 [citado 31 maio 2024];38(2). Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252022000200018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Brasil; 2022 [citado 23 março 2023]. 162 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>
3. Karimi P, Islami F, Anandasabapathy S, Freedman ND, Kamangar F. Gastric cancer: descriptive epidemiology, risk factors, screening, and prevention. Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol. maio 2014;23(5):700–13. DOI: <https://doi.org/10.1158/1055-9965.epi-13-1057>
4. Anjos CSS dos, Almeida EN de, Soares F de S, Crus GS da, Sousa IB dos SN, Silva LE da. Prevenção e tratamento nutricional em pacientes com neoplasia gástrica. Prevention and nutritional treatment in patients with gastric neoplasia [Internet]. dezembro 2021 [citado 31 maio 2024]; Disponível em: <https://ric.cps.sp.gov.br/handle/123456789/6404>
5. Rodrigues GM, Amaral SCT, Lima VG, Ferreira KD. PROSPECTO DA NEOPLASIA E SUAS CARACTERÍSTICAS. Rev Lib Accessum [Internet]. 17 setembro 2020 [citado 24 maio 2024];5(1):42–7. Disponível em: <https://revista.liberumaccesum.com.br/index.php/RLA/article/view/60>
6. Balakrishnan M, George R, Sharma A, Graham DY. Changing Trends in Stomach Cancer Throughout the World. Curr Gastroenterol Rep [Internet]. agosto 2017

- [citado 31 maio 2024]; 19(8):36. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6918953/>
7. Barchi LC, Ramos MFKP, Dias AR, Forones NM, Carvalho MP, Castro OAP, et al. Diretrizes da associação brasileira de câncer gástrico (PARTE 2): atualização sobre o tratamento. ABCD, arq bras cir dig [Internet]. 14 maio 2021 [citado 31 maio 2024]; 34:e1563. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/6BPVH7sKR7hqvQJLJ98tgFB/?lang=pt>
 8. Besagio BP, Andrade EC, Cardoso GG, Couto LC, Santini JX, Nunes PLP, et al. Câncer gástrico: Revisão de literatura / Gastric Cancer: A Literature Review. Braz J Health Rev [Internet]. 5 agosto 2021 [citado 31 maio 2024];4(4):16439–50. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/33889>
 9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama do Censo 2022 [Internet]. Brasil; 2022 [citado 27 agosto 2024]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>
 10. Crew KD, Neugut AI. Epidemiology of gastric cancer. World J Gastroenterol WJG [Internet]. 21 janeiro 2006 [citado 31 maio 2024];12(3):354–62. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4066052/>
 11. van Velzen MJM, Braemer M, Nieuwenhuijzen GAP, van Sandick JW, Siersema PD, Ruurda JP, et al. Incidence, Stage, Treatment, and Survival of Noncardia Gastric Cancer. JAMA Netw Open [Internet]. 21 agosto 2023 [citado 31 maio 2024];6(8):e2330018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10442714/>
 12. Jin L, Su X, Li W, Wu J, Zhang H. Incidence, risk and prognosis of second primary malignancy of patients with gastric adenocarcinoma. Sci Rep [Internet]. 8 março 2024 [citado 31 maio 2024]; 14(1):5766. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-024-56408-4>
 13. Magalhães LP, Oshima CTF, Souza LG, Lima JM, Carvalho L, Forones NM. Variação de peso, grau de escolaridade, saneamento básico, etilismo, tabagismo e hábito alimentar progresso em pacientes com câncer de estômago. Arq Gastroenterol [Internet]. junho 2008 [citado 31 maio 2024]; 45:111–6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ag/a/bhLhH9CLtzqDBHXkhgkJT8M/?lang=pt&format=html>
 14. Santucci C, Malvezzi M, Levi F, Camargo MC, Boffetta P, La Vecchia C, et al. Cancer mortality predictions for 2023 in Latin America with focus on stomach cancer. Eur J Cancer Prev [Internet]. julho 2023 [citado 31 maio 2024];32(4):310–21. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10249610/>
 15. Frazão GAP, Arraes GGDM, Oliveira KFP, Alvarez MAM, Barreto BPP, Deprá JVS, et al. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE CÂNCER GÁSTRICO NO BRASIL DE 2010 A 2020. Rev CPAQV - Cent Pesqui Avançadas Em Qual Vida [Internet]. 2021 [citado 31 maio 2024];13(1). Disponível em: <https://revista.cpaqv.org/index.php/CPAQV/article/view/744>

16. Laurentino RN, Ribeiro AN, Santos MKA de A, Leoni DR, Vimercati JO, Lorencini VS, et al. Perfil epidemiológico da neoplasia maligna de estômago no Brasil entre 2017 a 2022. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences [Internet]. 27 dezembro 2023 [citado 31 maio 2024];5(5):6461–71. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1162>.
17. Barchi LC, Ramos MFKP, Dias AR, Andreollo NA, Weston AC, Lourenço LG, et al. li consenso brasileiro de câncer gástrico realizado pela associação brasileira de câncer gástrico. ABCD, arq bras cir dig [Internet]. 24 agosto 2020 [citado 31 maio 2024]; 33: e1514. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/z5jkzVsQPY4YnGfByzBMk6P/?lang=pt>

RECEBIDO: 03/07/2024
APROVADO: 26/09/2024

Prevalência da Retinopatia Diabética em um Hospital Oftalmológico na Região Oeste do Paraná

Prevalence of Diabetic Retinopathy in an Ophthalmology Hospital in the Western Region of Paraná

Fernando Yukio Machado Hayashi¹, Daniel Traumann², Licia Deon Weirich³, Cassio Tokuji Tsujiguchi⁴, Clodomir Salgueiro Cordeiro de Carvalho⁵, Marcos Solano Vale⁶, Camila Marinelli Martins⁷

1. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-0819-1284>. Médico, Especialista em Oftalmologia, Hospital Oftalmológico HOlhos Prime, Cascavel, Paraná, Brasil.

E-mail: fernandohayashii@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8354-4621>. Médico, Especialista em Oftalmologia, Hospital Oftalmológico HOlhos Prime, Cascavel, Paraná, Brasil.

E-mail: dtraumann@yahoo.com.br

3. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-1289-822X>. Médica, Especialista em Oftalmologia, Hospital Oftalmológico HOlhos Prime, Cascavel, Paraná, Brasil.

E-mail: liciaweirich@gmail.com

4. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-0925-5269>. Médico, Especialista em Oftalmologia, Hospital Oftalmológico HOlhos Prime, Cascavel, Paraná, Brasil.

E-mail: cassiotokuji@gmail.com

5. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-8140-6808>. Médico, Especialista em Oftalmologia, Hospital Oftalmológico HOlhos Prime, Cascavel, Paraná, Brasil.

E-mail: clodc@yahoo.com

6. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-1677-9003>. Médico, Especialista em Anestesiologia, Hospital Oftalmológico HOlhos Prime, Cascavel, Paraná, Brasil.

E-mail: marcos@solano.com.br

7. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8425-5769>. Cientista de dados, Doutora em Epidemiologia, AAC&T Consultoria em Pesquisa LTDA - Ponta Grossa, Paraná, Brasil.

E-mail: camila.marinelli@aacet.com.br

RESUMO

A retinopatia diabética é uma importante causa de deficiência visual e cegueira. Este estudo avaliou o perfil epidemiológico, a prevalência e fatores associados à enfermidade em um hospital oftalmológico no oeste do Paraná. Transversal, retrospectivo e analítico, o estudo analisou os prontuários de

pacientes diabéticos atendidos entre 1º de janeiro de 2019 e 2 de junho de 2023. Destes, 33,66% (1700/5050) apresentaram retinopatia diabética, com maior prevalência na faixa entre 60 e 79 anos (60%; 1020/1700) e em mulheres (56,1%; 953/1700), porém com maior proporção entre homens (37,16%; 747/2010). Homens demonstraram mais chance de ter retinopatia diabética ($p < 0,001$), assim como pacientes entre 40 e 79 anos ($p < 0,05$). Da amostra, 54,76% (931/1700) fizeram cirurgia de catarata e 37% (629/1700) eram hipertensos. A chance de retinopatia foi maior para os que fizeram a cirurgia ($p < 0,01$). Os resultados destacam a importância do acompanhamento oftalmológico em pacientes diabéticos para prevenir a perda de visão e preservar a qualidade de vida.

DESCRITORES: Retinopatia Diabética. Prevalência. Fatores de Risco. Epidemiologia. Oftalmologia.

ABSTRACT

Diabetic retinopathy is a significant cause of visual impairment and blindness. This study evaluated the epidemiological profile, prevalence, and factors associated with diabetic retinopathy in an ophthalmology hospital in the western region of Paraná. It was a cross-sectional, retrospective, and analytical study, analyzing the medical records of diabetic patients treated between January 1, 2019, and June 2, 2023. 33.66% (1700/5050) of the patients had diabetic retinopathy, with higher prevalence among those aged 60 to 79 years (60%; 1020/1700) and in women (56.1%; 953/1700), but with a higher proportion in men (37.16%; 747/2010). Men were more likely to have diabetic retinopathy ($p < 0.001$), as were patients aged 40 to 79 years ($p < 0.05$). 54.76% (931/1700) underwent cataract surgery and 37% (629/1700) had hypertension. The likelihood of retinopathy was higher for those who had cataract surgery ($p < 0.01$). These results highlight the importance of ophthalmological follow-up in diabetic patients to prevent vision loss and preserve quality of life.

DESCRIPTORS: Diabetic Retinopathy. Prevalence. Risk Factors. Epidemiology. Ophthalmology



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A *International Diabetes Federation* estima que existam 537 milhões de adultos (20-79 anos) com diabetes mellitus (DM), ou seja, um em cada dez indivíduos da população mundial¹. Projeta-se que esse número aumente para 643 milhões em 2030 e 783 milhões em 2045¹. Na América Central e do Sul, calcula-se que em 2030 haverá 40 milhões de diabéticos, com aumento de 50% em 2040¹. Com a estimativa de 15,7 milhões de pessoas diabéticas na população, o Brasil ocupa a sexta posição no *ranking* mundial; para 2045, espera-se que o país tenha 23,2 milhões de portadores da doença¹. De acordo com dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), destaca-se nos últimos anos o incremento de 24% nos pacientes diabéticos acima dos 65 anos de idade².

A retinopatia diabética (RD) é a principal complicação ocular do DM, acometendo cerca de 30% a 40% dos indivíduos diabéticos. Mundialmente, mais de 100 milhões de indivíduos vivem com RD, que é uma das principais causas de cegueira e deficiência visual³. A porcentagem de cegueira no mundo resultante da RD é de 2,6%⁴. No Brasil, estima-se que a cegueira entre diabéticos possa alcançar a prevalência de 4,8%⁵.

A RD representa importante causa de perda visual na população economicamente ativa⁶. No estudo “Diabetes Prevention Program”, 594 pacientes com pré-diabetes desenvolveram diabetes mellitus tipo 2 (DM2); depois de três anos do diagnóstico, 12,6% apresentaram retinopatia diabética⁷. Em pessoas com DM2, deve-se iniciar o rastreamento de RD no momento do diagnóstico do diabetes⁸. Já para pacientes diagnosticados com diabetes mellitus tipo 1 (DM1), estima-se que sejam necessários pelo menos cinco anos após o início da hiperglicemia para o desenvolvimento de RD que afete a visão, sendo este o período indicado para iniciar o rastreamento⁹.

O diagnóstico de RD é clínico, realizado através da observação de anormalidades vasculares na retina e suas consequências. Clinicamente, a RD pode ser classificada em retinopatia diabética não proliferativa (RDNP) e retinopatia diabética proliferativa (RDP)⁶. A RDNP representa o estágio inicial, no qual o aumento da permeabilidade vascular culmina na presença de hemorragias e exsudatos duros, além de microaneurismas; entretanto, os pacientes podem ser assintomáticos. A RDP

se caracteriza pela presença de neovascularização. Nessa fase mais avançada, os pacientes apresentam piora da acuidade visual, caso haja hemorragia vítrea decorrente dos novos vasos anômalos ou descolamento de retina tracional⁶.

Os fatores associados mais relevantes para o desenvolvimento de RD englobam o tempo de diagnóstico da DM, a ausência de controle glicêmico, caracterizado principalmente por uma hemoglobina glicada elevada, e a presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Outros fatores associados incluem elevado índice de massa corporal (IMC), puberdade, gravidez e cirurgia de catarata¹⁰.

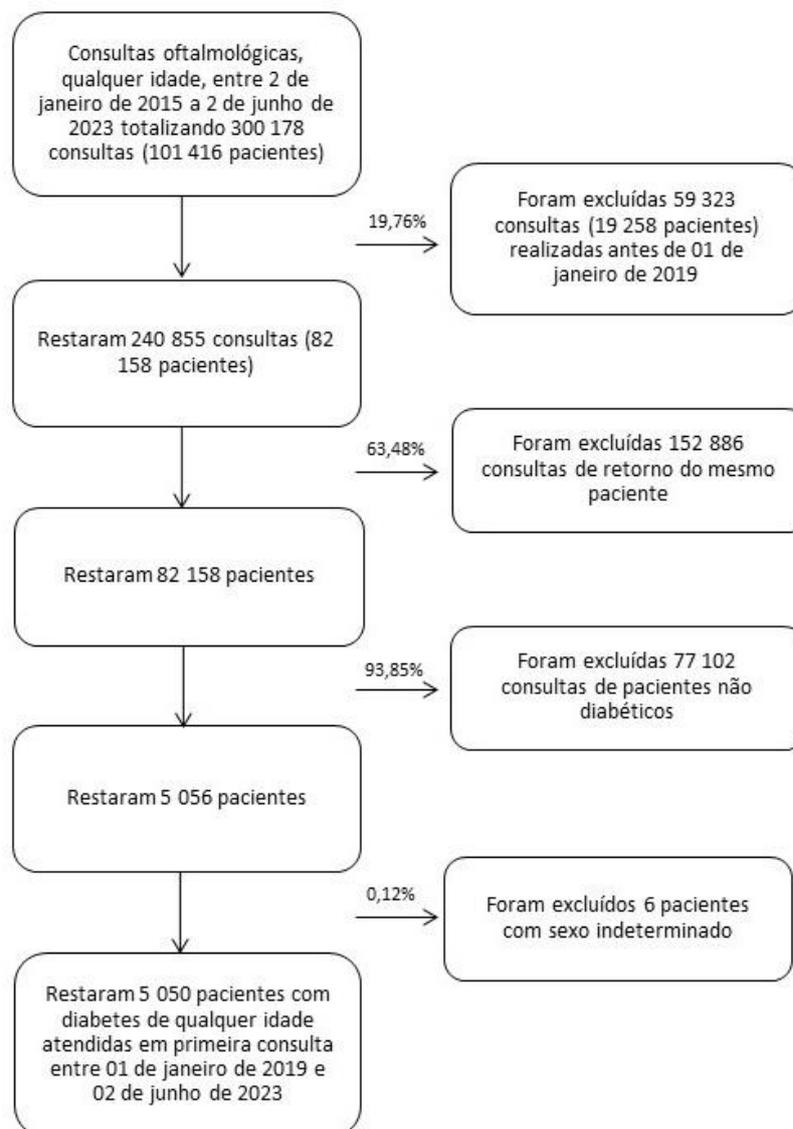
Diante desse cenário, o objetivo do presente estudo é avaliar o perfil epidemiológico, a prevalência e fatores associados à RD em um hospital oftalmológico da região oeste do Paraná.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e analítico realizado no período de 1º de janeiro de 2019 a 2 de junho de 2023, a partir de prontuários de um hospital oftalmológico do oeste do Paraná de atendimento público e privado. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa, com parecer sob o número 6.271.777/2023.

Foram incluídos pacientes de todas as idades com diagnóstico prévio de DM1 ou DM2 no momento da primeira consulta oftalmológica e excluídos aqueles sem diagnóstico prévio ou que não sabiam se eram portadores de qualquer tipo de DM. A figura 1 apresenta o processo de seleção dos pacientes de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos pacientes atendidos em um hospital oftalmológico no oeste do Paraná entre 1º de janeiro de 2019 e 2 de junho de 2023, considerando os critérios de inclusão e exclusão.



Foram considerados pacientes com RD propriamente descrita em prontuário ou através da presença das seguintes lesões: microaneurismas, hemorragias intrarretinianas, exsudatos (duros e algodonosos), neovasos, proliferação fibrovascular e hemorragia vítrea. Quando havia neovascularização ou hemorragia vítrea pré-retiniana, a RD foi classificada em RDP; as demais lesões foram classificadas como RDNP.

Para a coleta de dados dos prontuários eletrônicos, utilizaram-se funções do pacote “tidyverse” do ambiente R¹¹, especificamente as funções dos pacotes “dplyr”,

para a manipulação do banco de dados, e “striprr”, para a extração dos textos na evolução dos pacientes.

Para a análise estatística, foi realizada uma análise descritiva dos dados, calculando média, mediana, desvio padrão, percentis 25% e 75%, valor mínimo e máximo, para as variáveis quantitativas, e frequências simples e relativas, para as variáveis qualitativas. Para avaliar a associação entre as variáveis qualitativas, foi aplicado o teste do qui-quadrado, considerando significativo quando $p < 0,05$; já a intensidade da associação foi calculada com a *odds ratio* (OR) e intervalo de confiança de 95%. Quanto às variáveis quantitativas, foi realizado o teste de Anderson-Darling para verificar se os dados se ajustariam a uma distribuição normal. Os resultados foram dispostos em gráficos e tabelas para melhor visualização. Todas as análises foram realizadas no ambiente R 4.1.0¹¹.

RESULTADOS

A avaliação do banco de dados conforme os critérios de inclusão e exclusão para o presente estudo identificou 5050 pacientes com DM de qualquer tipo atendidos no local e período estudados, dos quais 33,66% (1700/5050) (IC 95%: 32,37% - 34,98%) apresentaram RD. A prevalência de pacientes portadores de RD é maior no sexo feminino (56,1%; 953/1700), porém a proporção de RD foi maior em pacientes do sexo masculino (37,16%; 747/2010). A prevalência de RD também foi maior na faixa etária entre 60 e 79 anos (60%; 1020/1700) (Tabela 1), e a idade média dos pacientes com RD foi de $63 \pm 11,15$ anos.

Houve associação estatisticamente significativa entre a RD, sexo e faixa etária ($p < 0,05$). Pacientes do sexo masculino tiveram 1,19 vez (aproximadamente 20%) mais suscetibilidade à RD do que o sexo feminino ($p < 0,001$). Pacientes mais velhos (acima de 20 anos) demonstraram maior chance de ter RD do que pacientes mais jovens (0-19 anos) ($p < 0,05$ em todas as faixas). Destacam-se as faixas etárias de 40 a 59 anos e de 60 a 79 anos, para as quais se registraram, respectivamente, 11,80 e 11,46 vezes mais chance de terem RD do que pacientes na faixa etária de 0 a 19 anos ($p < 0,001$) (Tabela 1).

No que tange aos principais fatores associados à retinopatia, dos pacientes que apresentaram RD, 54,76% (931/1700) passaram pela cirurgia de catarata e 37% (629/1700) eram hipertensos. A chance de ter RD foi de 1,22 vez para os pacientes

que fizeram a cirurgia de catarata em relação aos que não fizeram a cirurgia ($p < 0,01$) e de 0,73 vez para os hipertensos em relação aos não hipertensos ($p < 0,01$) (Tabela 1).

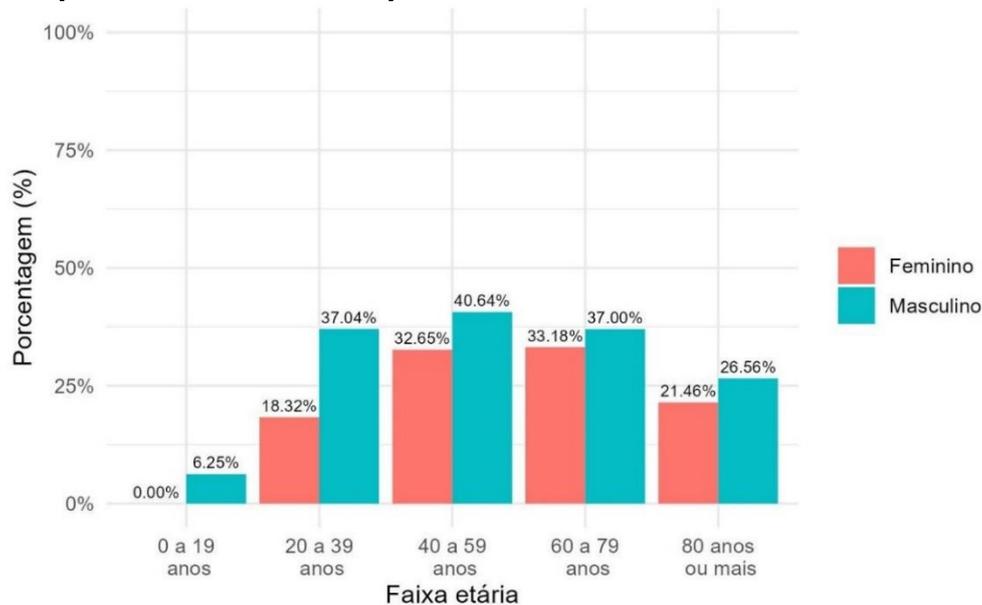
Tabela 1. Perfil e fatores associados à retinopatia diabética em pacientes atendidos em um hospital oftalmológico no oeste do Paraná entre 1º de janeiro de 2019 e 2 de junho de 2023.

Variável	N total	Retinopatia Diabética						OR	IC (95%)	p-valor
		Não			Sim					
		N	col %	lin %	N	col %	lin %			
Sexo										
Feminino	3040	2087	62,3	68,6	953	56,1	31,3	Ref	-	-
Masculino	2010	1263	37,7	62,8	747	43,9	37,2	1,19	1,10 - 1,28	<0,001
Faixa etária										
0 a 19 anos	33	32	0,9	96,9	1	0,1	3,0	Ref	-	-
20 a 39 anos	212	158	4,7	74,5	54	3,2	25,5	8,41	1,20 – 58,71	0,004
40 a 59 anos	1521	977	29,2	64,2	544	32,0	35,8	11,80	1,71 – 81,41	<0,001
60 a 79 anos	2937	1917	57,2	65,3	1020	60,0	34,7	11,46	1,66 – 79,01	<0,001
80 anos ou mais	347	266	7,9	76,7	81	4,8	23,3	7,70	1,11 – 53,57	0,007
Cirurgia de catarata										
Não	2535	1766	52,7	69,7	769	45,2	30,3	Ref	-	-
Sim	2515	1584	47,3	62,9	931	54,8	37,0	1,22	1,13 - 1,32	<0,001
Hipertensão										
Não	2792	1721	51,4	61,6	1071	63,0	38,4	Ref	-	-
Sim	2258	1629	48,6	72,1	629	37,0	27,9	0,73	0,67 - 0,79	<0,001

*Teste de qui-quadrado; N = frequência absoluta; col% = frequência relativa ao total da coluna; lin% = frequência relativa ao total da linha; OR = *odds ratio*; IC (95%) = intervalo de confiança de 95%; Ref = categoria de referência para o cálculo da *odds ratio*; N = número de pacientes

A figura 2 apresenta a distribuição da RD segundo o sexo e por faixa etária. Houve associação estatisticamente significativa entre faixa etária e presença de RD para pacientes do sexo feminino ($p < 0,001$), bem como para o sexo masculino ($p = 0,003$).

Figura 2. Gráfico de barras para presença de retinopatia diabética segundo sexo e faixa etária em pacientes atendidos em um hospital oftalmológico no oeste do Paraná entre 1º de janeiro de 2019 e 2 de junho de 2023.



A figura 3 apresenta a distribuição do tipo de RD segundo sexo, faixa etária e fatores associados (hipertensão e cirurgia de catarata). Em relação ao tipo de RD, 65,29% (1110/1700) foram RDNP, 25,53% (434/1700) foram RDP e em 9,18% (156/1700) dos casos não havia descrição da classificação em prontuário. As faixas etárias de 60 a 79 anos e de 80 anos ou mais apresentaram, respectivamente, 0,58 e 0,41 vez a chance de ter RDP em comparação com pacientes entre 20 e 39 anos ($p < 0,05$) (Tabela 2). As demais análises não apresentaram significância estatística.

Figura 3. Proporção de retinopatia diabética segundo sexo, faixa etária, hipertensão e cirurgia de catarata em pacientes atendidos em um hospital oftalmológico no oeste do Paraná entre 1º de janeiro de 2019 e 2 de junho de 2023.

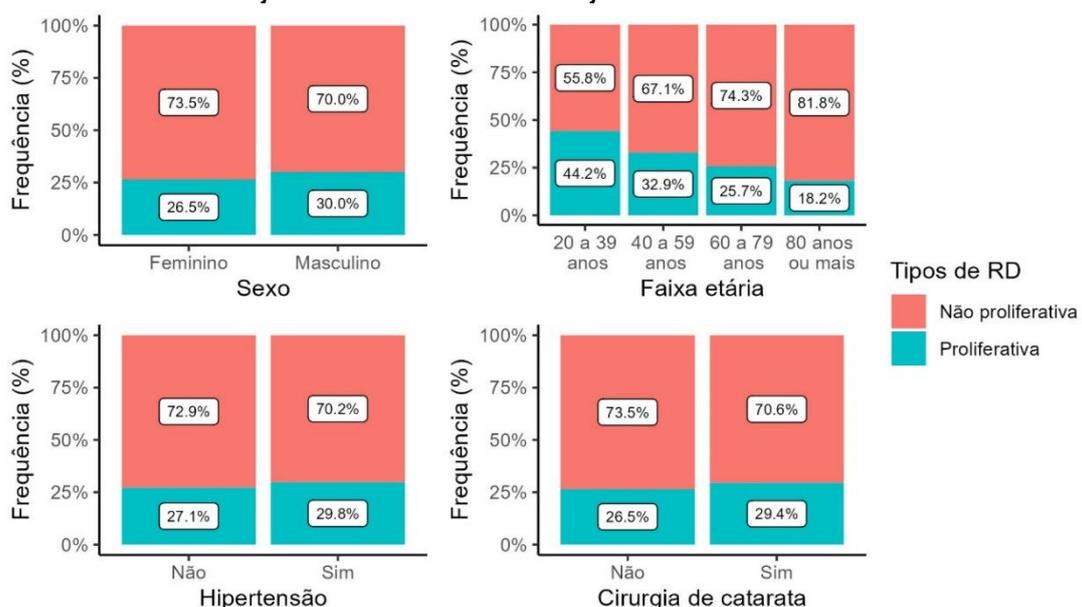


Tabela 2. Tipo de retinopatia diabética segundo sexo, faixa etária, hipertensão e cirurgia de catarata em pacientes atendidos em um hospital oftalmológico no oeste do Paraná entre 1º de janeiro de 2019 e 2 de junho de 2023.

Variável	N total	Não proliferativa			Proliferativa			OR	IC (95%)	p-valor
		N	col %	lin %	N	col %	lin %			
Sexo										
Feminino	3040	620	55,9	73,5	224	51,6	26,5	Ref	-	-
Masculino	2010	490	44,1	70,0	210	48,4	30,0	1,13	0,96 - 1,33	0,132
Faixa etária										
20 a 39 anos	33	24	2,2	55,8	19	4,4	44,2	Ref	-	-
0 a 19 anos	212	0	0,0	-	0	0,0	-	-	-	-
40 a 59 anos	1521	329	29,6	67,1	161	37,1	32,9	0,74	0,52 - 1,06	0,132
60 a 79 anos	2937	694	62,5	74,3	240	55,3	25,7	0,58	0,41 - 0,83	0,007
80 anos ou mais	347	63	5,7	81,8	14	3,2	18,2	0,41	0,23 - 0,74	0,002
Hipertensão										
Não	2535	714	64,3	72,9	266	61,3	27,1	Ref	-	-
Sim	2515	396	35,7	70,2	168	38,7	29,8	1,10	0,93 - 1,29	0,266
Cirurgia de catarata										
Não	2792	510	45,9	73,5	184	42,4	26,5	Ref	-	-
Sim	2258	600	54,1	70,6	250	57,6	29,4	1,11	0,94 - 1,30	0,208

*Teste de qui-quadrado; N = frequência absoluta; col% = frequência relativa ao total da coluna; lin% = frequência relativa ao total da linha; OR = *odds ratio*; IC (95%) = intervalo de confiança de 95%; Ref = categoria de referência para o cálculo da *odds ratio*; N = número de pacientes; O n de pacientes pode não corresponder ao n total de pacientes com retinopatia, pois havia 156 pacientes em que a classificação da retinopatia não estava presente no prontuário.

DISCUSSÃO

Estudos apontam que o paciente diabético é quase 30 vezes mais suscetível a apresentar perda visual do que um paciente não diabético e que cerca de 50% dos portadores de DM desenvolverão algum grau de RD ao longo da vida⁵. A prevalência do diagnóstico de RD em aproximadamente um terço dos pacientes diabéticos da população aqui estudada não está distante do achado por outros pesquisadores, que indicam de 35% a 40% dos diabéticos afetados pela RD¹²⁻¹⁴.

Dentro da população de pacientes portadores de RD analisados neste estudo, a maioria era do sexo feminino, porém o sexo masculino apresentou maior proporção

e maior chance de RD. Outras pesquisas também apontam o sexo masculino como fator de risco com relevância estatística significativa para o desenvolvimento da RD, considerando que indivíduos dessa categoria apresentam maior resistência à busca por atendimento médico e que a ocorrência da RD tem relação direta com acompanhamento adequado do DM².

Foi observada significância estatística em relação a idade e ocorrência de RD, com pacientes entre 40 e 79 anos apresentando maiores chances de desenvolver a enfermidade, assim como encontrado na literatura^{2,13}. Outras pesquisas relacionam o fator tempo (anos com o diabetes) com a frequência e a severidade da RD^{2,15}, porém o presente estudo não avaliou tal variável.

Quando se examina a associação da cirurgia de catarata com a RD, percebe-se que aqueles que passaram pela cirurgia tiveram mais chance de apresentar a condição, o que é encontrado também em outros estudos que colocam o procedimento em questão como um fator de risco para a RD¹⁰.

Sabe-se ainda que a HAS exerce um papel importante na fisiopatologia da RD, pois aumenta a pressão intraluminal, contribuindo para o dano vascular e isquemia retiniana; eleva, assim, o risco de ocorrência e progressão da RD¹⁶. Entretanto, neste estudo houve menos RD entre os pacientes hipertensos. Em face dos achados, é possível depreender uma subnotificação de HAS nos pacientes avaliados.

Controle glicêmico inadequado, dislipidemia, obesidade, puberdade, gestação, nefropatia diabética, tabagismo e suscetibilidade genética também são apontados como fatores de risco associados à ocorrência de RD¹⁵, porém não foi possível incluir tais variáveis nas análises, em virtude de o desenho do presente estudo depender das informações presentes nos prontuários dos pacientes.

Sobre o tipo de RD, a RDNP foi a mais comum, assim como relatado na literatura². No entanto, foi observada maior proporção de pacientes com RDNP e com RD em geral em comparação com os dados disponíveis na literatura². Tal discrepância pode ser explicada pela diferença do tamanho amostral e das características da população entre os estudos comparados.

CONCLUSÃO

Este estudo buscou apresentar o perfil epidemiológico, a prevalência e fatores associados à RD em pacientes de um hospital oftalmológico do oeste do Paraná.

Verificou-se a ocorrência de RD em aproximadamente um terço da população estudada, com apresentação clínica de RDNP na maioria dos casos. O sexo feminino foi o mais frequente entre os pacientes com RD, assim como a faixa etária entre 60 e 79 anos. Além disso, para essa população, a cirurgia de catarata figura como principal fator de risco para o desenvolvimento da RD.

Entre as limitações do presente estudo, cita-se a coleta de dados para a avaliação estatística, visto que diferentes padrões de anamnese, realizada por profissionais distintos, foram analisados em busca das variáveis estudadas. Ademais, destaca-se o fato de haver poucos estudos no Brasil e em suas unidades federativas a respeito, principalmente, da prevalência da RD na população, para fins comparativos.

Sendo o DM uma das principais causas de amaurose parcial e total em adultos, ressalta-se a importância do controle adequado da glicemia, bem como o acompanhamento oftalmológico regular, cuidados essenciais para o rastreamento e o tratamento precoce da RD, prevenindo a perda de visão e preservando a qualidade de vida desses pacientes.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao apoio institucional do Hospital Oftalmológico HOlhos Prime pelo fornecimento da estrutura necessária para realização desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th edition [Internet]. Brussels; 2021. Available from: www.diabetesatlas.org
2. Galvão FM, Silva YP, Resende MIL de, Barbosa FR, Martins TA, Carneiro LB. Prevalência e fatores de risco para retinopatia diabética em pacientes diabéticos atendidos por demanda espontânea: um estudo transversal. Rev Bras Oftalmol. 2021 Jun 9;80(3).
3. Tan TE, Wong TY. Diabetic retinopathy: Looking forward to 2030. Front Endocrinol (Lausanne). 2023 Jan 9;13.
4. Alyoubi WL, Abulkhair MF, Shalash WM. Diabetic Retinopathy Fundus Image Classification and Lesions Localization System Using Deep Learning. Sensors. 2021 May 26;21(11):3704.

5. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. As condições de saúde ocular no Brasil [Internet]. São Paulo; 2012 [cited 2024 Aug 15]. Available from: <https://www.cbo.com.br/novo/medico/pdf/02-cegueira.pdf>
6. Romero-Aroca P, Baget-Bernaldiz M, Pareja-Rios A, Lopez-Galvez M, Navarro-Gil R, Verges R. Diabetic Macular Edema Pathophysiology: Vasogenic versus Inflammatory. *J Diabetes Res*. 2016;2016:1–17.
7. Diabetes Prevention Program Research Group. The prevalence of retinopathy in impaired glucose tolerance and recent-onset diabetes in the Diabetes Prevention Program. *Diabetic Medicine*. 2007 Feb 26;24(2):137–44.
8. Malerbi F, Andrade R, Morales P, Travassos S, Rodacki M, Bertoluci M. Manejo da retinopatia diabética. In: Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. Conectando Pessoas; 2022.
9. Hooper P, Boucher MC, Cruess A, Dawson KG, Delpero W, Greve M, et al. Canadian Ophthalmological Society Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for the Management of Diabetic Retinopathy – Executive Summary. *Canadian Journal of Ophthalmology*. 2012 Apr;47(2):91–101.
10. Simó-Servat O, Hernández C, Simó R. Diabetic Retinopathy in the Context of Patients with Diabetes. *Ophthalmic Res*. 2019;62(4):211–7.
11. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing [Internet]. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2021 [cited 2023 Jul 13]. Available from: <https://www.r-project.org/>
12. Alves AP, Santos RWV dos, Almeida Sobrinho EF de, Rocha SPL, Loch ACN. Retinopathy in patients with hypertension and/or diabetes in a family health unit. *Rev Bras Oftalmol*. 2014;73(2).
13. Mendanha DB de A, Abrahão MM, Vilar MMC, Nassaralla Junior JJ. Risk factors and incidence of diabetic retinopathy. *Rev Bras Oftalmol*. 2016;75(6).
14. Silveira VD, Malfatti G, Garbin JGM, Romani F, Vargas JA de A. Atualizações no manejo de retinopatia diabética: revisão de literatura. *Acta méd (Porto Alegre)* [Internet]. 2018 [cited 2024 Jul 30];293–306. Available from: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/4kpzk>
15. Esteves J, Laranjeira AF, Roggia MF, Dalpizol M, Scocco C, Kramer CK, et al. Fatores de risco para retinopatia diabética. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. 2008 Apr;52(3):431–41.
16. Mendanha DB de A, Abrahão MM, Vilar MMC, Nassaralla JJ. Risk factors and incidence of diabetic retinopathy. *Rev Bras Oftalmol*. 2016;75(6):443–6.

RECEBIDO: 23/08/2024
APROVADO: 18/11/2024

Escritório de processos para gestão em saúde pública: um estudo de caso para implantação

Process office for public health management: a case study for implementation

Priscila Meyenberg Cunha Sade¹, Monique Costa Budk²,
Cristiane Werner Ferreira Primo³, Lana Rodrigues Borosch⁴,
Caroline Maestri Nobre Albini⁵, José Marcelo Almeida Prado Cestari⁶,
Jacqueline Vasconcelos Leoni⁷

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5021-5147>. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Escola de Saúde Pública do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: priscila.sade@sesa.pr.gov.br
2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4288-4900>. Enfermeira. Especialista em Gestão em Saúde. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: monique.budk@sesa.pr.gov.br
3. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5349-8011>. Advogada. Especialista em Modelagem de Processos aplicada à Saúde Pública. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: cristiane.primo@sesa.pr.gov.br
4. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-8773-3616>. Enfermeira. Especialista em Modelagem de Processos aplicada à Saúde Pública. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: lane.borosch@sesa.pr.gov.br
5. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-5095-9327>. Administradora. Mestra em Ciência, Gestão e Tecnologia da Informação. Ministério da Saúde, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: carolalbini@gmail.com
6. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6422-1609>. Bacharel em Informática. Doutor em Engenharia de Produção e Sistemas. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: cestari@ufpr.br
7. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6388-7185>. Bacharel em Ciências Contábeis. Mestra em Direito Empresarial e Constituição. Complauidit Consultoria e Treinamentos, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: jvasconcelosleoni@gmail.com

RESUMO

Uma das estratégias para melhorar a eficiência nas instituições é a gestão por processos, que inclui a criação de uma estrutura formal, o Escritório de Processos, prática pouco utilizada na gestão em saúde pública. Nesse sentido, esta pesquisa objetivou apresentar um estudo de caso para implantação de um Escritório de Processos na Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Para tanto, de maneira descritiva exploratória, aplicou-se um método que perpassa sete fases. Os resultados apontam que o contexto institucional e técnico favorece a implementação, enquanto o ambiente político pode trazer desafios, como resistências a mudanças. O escritório terá como objetivos alinhar estratégias, melhorar práticas de gestão e capacitar equipes, sendo estruturado em divisões especializadas em modelagem e governança de processos. Tal implantação reforça a gestão por processos como ferramenta potente para transformar a gestão em pública de saúde, com vistas a proporcionar serviços de qualidade à população.

DESCRITORES: Gestão em Saúde. Administração em Saúde Pública. Planejamento Estratégico. Fluxo de Trabalho.

ABSTRACT

One of the strategies for improving efficiency in institutions is process management, which includes the creation of a formal structure, the Process Office, a practice that is little used in public health management. This research aimed to present a case study of the implementation of a Process Office at the Paraná State Health Department. To this end, a descriptive and exploratory method was applied, going through seven phases. The results show that the institutional and technical context favors implementation, while the political environment can bring challenges, such as resistance to change. The office will aim to align strategies, improve management practices, and train teams, and will be structured into divisions specializing in process modelling and governance. This implementation reinforces process management as a powerful tool for transforming public health management, with a view to providing quality services to the population.

DESCRIPTORS: Health Management. Public Health Administration. Strategic Planning. Workflow.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

Uma das estratégias utilizada para organização e funcionamento das instituições, que objetivam uma gestão eficiente por processos, é a implantação de uma estrutura formal no organograma institucional que tenha como principal função a gestão dos processos organizacionais. Tal estrutura formal, comumente, dá-se o nome de Escritório de Processos que utiliza a metodologia *Business Process Management* (do inglês - Gestão de Processos de Negócios) para realinhar os macroprocessos e processos de trabalhos, com vistas ao planejamento estratégico da instituição¹.

Estudos têm abordado a necessidade de implantação de Escritório de Processos. No cenário brasileiro, um estudo sobre avaliação comparativa de metodologias para Estruturação de Escritórios de Processos analisou três estratégias existentes para criar uma metodologia adequada ao Governo do Estado de Pernambuco². Já outro estudo utilizou técnicas de *grounded theory* e pesquisa-ação para identificar fatores que influenciam positiva e negativamente a estruturação de um Escritório de Processos³. Fatores como capacitação da equipe, resistência às mudanças, deficiência de recursos humanos e mudanças de gestão foram identificados como críticos para a estruturação do Escritório de Processos⁴.

Embora haja avanços em diversas áreas, a implantação de Escritórios de Processos no setor de gestão em saúde pública é ainda pouco explorada na literatura. Um exemplo relevante ocorreu na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, que criou o Escritório de Processos com o objetivo de promover a gestão por processos e aprimorar a organização e o desempenho dos serviços de saúde. O Escritório de Processos atuou como um ponto focal para coordenação e suporte às iniciativas de melhoria de processos, fornecendo diretrizes, metodologias e ferramentas para os gestores e equipes⁵.

Outra experiência ocorreu no Ministério da Saúde do Brasil, que implantou o Escritório de Processos e Inovação (EPI) como uma estrutura centralizada para apoiar a gestão por processos em todas as áreas da instituição. O EPI foi responsável por identificar e mapear os processos, promover a padronização e a melhoria contínua, além de disseminar a cultura de processos entre os servidores. Essa iniciativa permitiu

uma maior integração entre as áreas e contribuiu para a otimização dos recursos e a melhoria da qualidade dos serviços⁶.

Entretanto, para que essa realidade se consolide na gestão em saúde pública são requeridas ações estratégicas, as quais devem ser planejadas, alinhadas à gestão dos processos e aos objetivos estratégicos de uma organização para se obter êxito^{4,6}. Deste modo, não se trata de tarefa simples para organizações de saúde pública que almejam tal realidade, dada a escassez de orientações e pesquisas, deparam-se com desafios para implantação de um Escritório de Processos.

Frente ao exposto, esta pesquisa teve o objetivo de apresentar um estudo de caso para implantação de um Escritório de Processos na Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA-PR). Trata-se de proposta com origem na implementação de um modelo de gestão por processos na SESA-PR, que possui a finalidade de congrega ações e atividades desenvolvidas para efetivar mudanças culturais e funcionais nos processos de trabalho, resultando em melhorias nos resultados e na qualidade dos serviços prestados à população paranaense usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, que utilizou o método proposto por Magdaleno e Engiel⁴ para a implantação de um Escritório de Processos em organizações, de acordo com o pressuposto da *Design Science Research*⁷, e foi realizada na SESA-PR entre os meses de outubro de 2022 e junho de 2023.

Tal método é composto por sete fases, a saber: (1) análise de contexto, (2) definição de objetivos, (3) elaboração do modelo de governança, (4) criação da estrutura organizacional com atribuições e competências, (5) modelagem da cadeia de valor, (6) capacitações, e, por fim, (7) condução do projeto piloto.

A Fase 1 - análise do contexto – de outubro a novembro de 2022, correspondeu ao mapeamento do ambiente institucional, técnico e político no qual será implantado o Escritório de Processos baseado na análise SWOT (Sigla em inglês de *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*), considerando aspectos positivos e negativos do ambiente com vistas a delimitar o momento oportuno para mitigação de riscos de forma a viabilizar que a implantação seja bem-sucedida. Para isso, foram

priorizadas informações relevantes para entender o contexto organizacional e estrutural no qual o escritório seria inserido, buscando compreender tanto as condições favoráveis quanto os desafios potenciais.

Na Fase 2 – em dezembro de 2022, foram definidos os objetivos do Escritório de Processos, em consonância com o plano estratégico da SESA-PR, que visa a melhoria contínua na saúde do Paraná. Para a Fase 3 – elaboração do modelo de governança – de janeiro a fevereiro de 2022, foi sugerido o modelo de atuação do Escritório de Processos, seu posicionamento na estrutura de governança da SESA-PR, suas responsabilidades e alçadas, bem como, sua linha de reporte e de relacionamento com as partes relacionadas.

Já na Fase 4 – em março a abril de 2023, foi proposta a nova estrutura organizacional do Escritório de Processos, a qual contempla: suas atribuições; competências e responsabilidades; seu organograma e atividades desenvolvidas pelos setores que compõe a sua estrutura e, as principais especialidades/habilidades, necessárias dos profissionais que irão fazer parte do quadro funcional. A Fase 5 - modelagem da cadeia de valor – de abril a maio de 2023, referiu-se à definição dos macroprocessos da instituição e classifica-os como gerenciais, finalísticos, de execução e de apoio^{5,8}.

Por fim, a Fase 6 – capacitações e a Fase 7 - condução do projeto piloto, culminaram na elaboração de planos de ação pelo grupo de trabalho, entre abril e junho de 2023, contemplando respectivamente estratégias para a capacitação da equipe e sensibilização da Alta Direção; e, proposta para se colocar em prática a atuação do Escritório de Processos.

Como fontes de coleta de dados foram consideradas as informações contidas em atas de reuniões e relatórios técnicos, que continham informações coletadas junto à informantes-chave de cada uma das diretorias da SESA-PR, produzidos pelo grupo de trabalho composto por quatro servidoras do nível estratégico da SESA-PR, as quais tinham a responsabilidade de elaborar a proposta de implantação do Escritório de Processos, com o apoio de três consultores.

Para tanto, esse grupo procedeu com a análise de contexto, fluxos, de procedimentos, de riscos, manuais de processos já existentes; mapeamentos; estudo de leis, normas e regulamentos aplicáveis ao funcionamento do escritório; elaboração de matrizes, planilhas, modelos, planos de ação etc., nas reuniões desse grupo de

trabalho, que tinham periodicidade semanal, tendo como referência o referido método, perpassando as referidas sete fases.

Além disso, foram elaborados pelo grupo de trabalho documentos analíticos para priorização das informações (planilhas de mapeamento, modelos de fluxos e planos de ação), que serviram como base para entender a capacidade institucional, os desafios e os riscos envolvidos na implantação do Escritório de Processos. Tal análise forneceu subsídios para identificar o momento oportuno de mitigação de riscos e aumentar as chances de sucesso na implementação deste escritório na SESA-PR.

Destaca-se que esta pesquisa foi conduzida com integridade e respeito aos princípios éticos, com garantia de confidencialidade dos dados e o cumprimento das regulamentações vigentes relacionadas à segurança de informações, sendo aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (CONEP), sob número de parecer: 6.247.766 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 72184123.1.0000.5225.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para mapear o contexto institucional, técnico e político no qual será implantado o Escritório de Processos na SESA-PR, foi realizada a identificação e análise das Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças (FOFA) - sigla em inglês *SWOT* – Fase 1. A análise *SWOT* é amplamente utilizada como base para o planejamento estratégico, permitindo que a organização identifique suas vantagens competitivas, áreas de melhoria, oportunidades a serem exploradas e possíveis ameaças a serem enfrentadas. Com base nessa análise, a organização pode tomar decisões informadas e desenvolver estratégias para alcançar seus objetivos de maneira mais eficaz^{9,10}.

A Figura 1 apresenta um resumo dos itens identificados na análise *SWOT* para implantação do Escritório de Processos na SESA-PR.

Figura 1. Resumo da análise SWOT para implantação do Escritório de Processos na SESA-PR



Siglas: BPM - *Business Process Management* (tradução livre para o português 'Gestão de processos de negócios), TCE – Tribunal de Contas do Estado, CGE – Controladoria Geral do Estado.

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Em relação às Forças (origem interna) identificadas, começando pelo investimento na formação/capacitação de profissionais em *Business Process Management* (BPM), a SESA-PR, por meio da Escola de Saúde Pública do Paraná, ofereceu cursos especializados em modelagem de processos, com o objetivo, capacitar os servidores da SESA-PR, nas habilidades necessárias para desempenhar atividades em gestão por processos. Ademais, o investimento na formação/capacitação de profissionais em BPM fortalece a implantação do escritório de processos ao garantir que a equipe esteja preparada e habilitada para impulsionar as iniciativas de melhoria contínua e alcançar resultados bem-sucedidos³.

Outra força (origem interna) correspondeu à sensibilização para cultura de melhoria contínua. Servidores de áreas estratégicas da SESA-PR sensibilizados (alunos dos cursos de especialização) serão multiplicadores da proposta do novo modelo de gestão que será proposto com a implantação do Escritório de Processos. Ao investir na sensibilização, a organização incentiva uma cultura que valoriza a identificação de problemas, o pensamento inovador e a implementação de soluções eficazes. Como resultado, o Escritório de Processos se beneficia de uma equipe mais

receptiva, engajada e disposta a colaborar na busca por melhorias nos processos de negócio, contribuindo para uma implantação bem-sucedida¹¹.

Quanto às oportunidades (origem externa), a parceria com o Banco Mundial corresponde a uma colaboração estratégica com uma instituição globalmente reconhecida pelo seu apoio ao desenvolvimento econômico na obtenção de recursos financeiros. Esses recursos podem ser utilizados para adquirir tecnologias de ponta, capacitar a equipe, realizar análises mais abrangentes e implementar melhorias nos processos de negócio. A parceria com o Banco Mundial pode, assim, fortalecer a posição da organização ao proporcionar um impulso financeiro e aumentar as chances de sucesso na implementação do Escritório de Processos na SESA-PR¹².

Já a oportunidade (origem externa) relacionada à exigência dos órgãos de controle, como o Tribunal de Contas do Estado (TCE) e a Controladoria-Geral do Estado (CGE), refere-se à responsabilidade desses órgãos em fiscalizar a aplicação dos recursos públicos e garantir a conformidade das atividades governamentais. Dessa forma, a exigência dos órgãos de controle se torna uma oportunidade para fortalecer a governança e promover a efetividade na gestão dos recursos públicos por meio da implantação do escritório de processos. Ademais, ajudam a promover a padronização, documentação e melhoria dos processos, aumentando a conformidade e reduzindo os riscos de irregularidades¹³.

A fraqueza (origem interna) de resistência à mudança pauta-se na mentalidade de "sempre fizemos assim". A resistência pode surgir devido ao medo do desconhecido, preocupações com a perda de controle ou de status, falta de compreensão sobre os benefícios da mudança ou resistência pessoal a sair da zona de conforto. Portanto, torna-se fundamental implementar estratégias efetivas de gestão da mudança como: comunicação clara, envolvimento dos servidores, capacitações adequadas e incentivos para garantir que a equipe esteja preparada e motivada não apenas para "abraçar" a implantação do Escritório de Processos, mas também ao novo modelo de gestão e governança por ele estabelecido⁴.

Por fim, a ameaça (origem externa) referente às mudanças políticas/administrativas, fundamenta-se na condição da SESA-PR ser uma empresa pública, diretamente afetada por alterações políticas, decorrentes das trocas dos membros do poder executivo estadual pelo menos há cada 04 (quatro) anos (devido às eleições). Desta forma, está sujeita a modificações em seu corpo diretivo, e

consequentemente dos servidores subordinados a estes, gerando elevado índice de rotatividade da equipe e fragilização nos processos a elas atribuídos. Além disso, as diferentes áreas enfrentam múltiplas demandas de gestão, que nem sempre são bem recebidas devido às atividades rotineiras que também devem ser realizadas⁴.

A análise *SWOT*, proporcionou visão clara sobre os impactos da implantação do Escritório de Processos no contexto da SESA-PR, e os cenários que necessitarão de ações efetivas para a obtenção de êxito neste propósito. O resultado desta avaliação demonstra que:

- o contexto institucional será de AJUDA, pois abarca a sensibilização para cultura de melhoria contínua (FORÇA), parceria com o Banco Mundial (OPORTUNIDADE) e a exigência dos órgãos de controle (OPORTUNIDADE);
- o contexto técnico será de AJUDA, uma vez que o investimento na formação/capacitação de profissionais em Modelagem de Processos representa uma FORÇA;
- o contexto político tem o potencial de ATRAPALHAR, tendo em vista que as mudanças políticas/administrativas e a resistência à mudança correspondem às FRAQUEZAS e AMEAÇAS, respectivamente.

Os objetivos estratégicos são metas de alto nível que direcionam as ações e orientam o trabalho do Escritório de Processos, alinhando-o aos objetivos organizacionais mais amplos⁴. Esses objetivos são formulados considerando a visão, missão e mapa estratégico da instituição, bem como as necessidades e desafios específicos relacionados à gestão por processos – Fase 2.

Nesse sentido, o Escritório de Processos da SESA-PR pretende contribuir com os seguintes aspectos: alinhar estratégias e processos, aprovar projetos para gestão por processos, divulgar resultados, melhorar as práticas e políticas na gestão por processo, desenvolver método e ferramenta para gestão por processos, contribuir para a melhoria nos processos, capacitar equipes promovendo o conhecimento em gestão por processos, monitorar o desempenho por meio de indicadores, inovar de forma contínua os processos e formar gestores de processos^{4,14}.

Ao alcançar esses objetivos estratégicos, o Escritório de Processos contribuirá para aprimorar a eficiência operacional, a qualidade dos serviços de saúde e a satisfação dos pacientes e usuários, promovendo uma gestão mais eficaz e orientada para resultados na SESA-PR. A definição dos objetivos estratégicos é essencial para

fornecer uma direção clara ao Escritório de Processos e garantir que suas atividades estejam alinhadas aos objetivos organizacionais. Esses objetivos devem ser específicos, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e temporalmente definidos (critérios *SMART*), para que possam ser efetivamente monitorados e alcançados ao longo do tempo¹⁵.

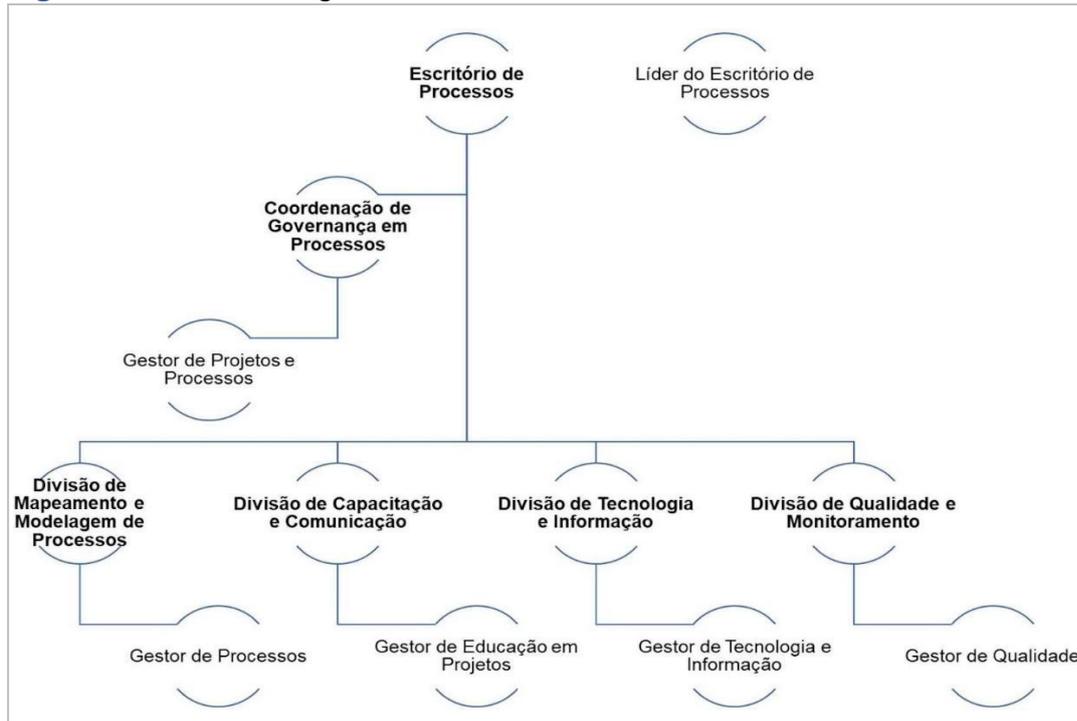
Já o modelo de governança na implantação de um Escritório de Processos – Fase 2, refere-se à estrutura e aos mecanismos estabelecidos para orientar e supervisionar as atividades do escritório, garantindo que ele atue de maneira eficaz e alinhada aos objetivos organizacionais. Esse modelo define as responsabilidades, traz subsídios para as autoridades nas tomadas de decisões e os mecanismos de controle relacionados ao gerenciamento dos processos de negócio^{4,16}.

Para tanto, definiu-se que Escritório de Processos da SESA-PR atuará como um órgão de governança responsável pelo gerenciamento e melhoria dos processos em toda a organização, desempenhando papel central na promoção da eficiência, qualidade e inovação nos serviços de saúde. Somado ao exposto, deverá fornecer e receber informações de várias áreas da secretaria, estabelecendo relacionamentos colaborativos para promover a gestão por processos de forma eficaz^{4,15-16}.

Destarte, o modelo de governança define a estrutura organizacional do Escritório de Processos – Fase 3, incluindo a definição de papéis e responsabilidades e envolve a criação de um comitê de governança com uma equipe multiprofissional responsável por supervisionar as atividades do escritório e tomar decisões estratégicas relacionadas aos processos. Essa estrutura inclui líderes de processos em diferentes áreas da organização, responsáveis por gerenciar os processos em suas respectivas áreas de atuação⁴.

A estrutura proposta para o Escritório de Processos requer a criação de uma nova gerência na SESA-PR, subordinada diretamente à Diretoria Geral e que contempla todas as demais áreas desta secretaria de forma interligada que contempla, minimamente as seguintes divisões: Divisão de Mapeamento de Processos, Divisão de Modelagem de Processos, Divisão de Governança de Processos, Divisão Capacitação e Comunicação, Divisão de Tecnologia e Informação. Para maior clareza, foi desenvolvido um organograma com os possíveis especialistas que podem atuar nos respectivos setores, para demonstrar a estrutura proposta para o Escritório de Processos, representado na Figura 2.

Figura 2. Estrutura organizacional do Escritório de Processos da SESA-PR



Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

A estrutura organizacional do Escritório de Processos permite uma abordagem sistemática e integrada para a melhoria contínua dos processos^{4,12-13}. Cada área do Escritório de Processos terá suas atribuições, competências e responsabilidades específicas, alinhadas com os objetivos estratégicos da SESA-PR. É importante destacar que a estrutura organizacional pode variar de acordo com a complexidade e necessidades da secretaria, podendo ser ajustada conforme o contexto específico.

Quanto a normativa institucional para implantação de um Escritório de Processos – Fase 4, esta corresponde a um conjunto de diretrizes, regulamentos, políticas e procedimentos estabelecidos pela instituição para orientar a criação, estruturação e funcionamento do Escritório de Processos^{4,15-16}.

Para concretização da implantação do Escritório de Processos na SESA-PR faz-se necessário a institucionalização, por meio de norma específica que versa sobre o funcionamento do modelo, abordando conceitos e objetivos estratégicos da SESA-PR e do Modelo de Governança, a estrutura organizacional, responsabilidade e atribuições do Escritório. Nessa lógica, foi elaborada uma minuta de normativa com o objetivo de fornecer um quadro regulatório claro e consistente para garantir que a implantação do Escritório de Processos ocorra de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos pela organização⁴.

Destarte, a normativa institucional fornece as diretrizes necessárias para garantir a consistência, a padronização e a conformidade na implantação e operação do Escritório de Processos. Ela ajuda a criar um ambiente organizacional propício para o sucesso do escritório, promovendo a adoção de boas práticas de gestão de processos e a busca contínua por melhorias nos processos de negócio^{4,15-16}.

A Modelagem da Cadeia de Valor – Fase 5, é uma técnica utilizada para representar visualmente os processos e atividades que agregam valor na entrega de um produto ou serviço, desde a obtenção de matérias-primas até a entrega final ao cliente. Essa representação ajuda a identificar e compreender as etapas envolvidas, os relacionamentos entre elas e os pontos de criação e agregação de valor⁴.

Na proposta de Implantação do Escritório de Processos na SESA-PR, a Modelagem da Cadeia de Valor tem por finalidade fornecer uma visão abrangente e detalhada dos macroprocessos organizacionais da Secretaria de Estado da Saúde. Para representar a cadeia de valor utilizou-se como referência a Constituição Federal de 1988¹⁷ e a Lei Federal nº 8080/1990¹⁸ nas quais foi possível identificar claramente a macro função da SESA, bem como a coerência entre a sua atividade fim, sua missão e o propósito de sua existência.

Além disso, foi considerada a estrutura organizacional da SESA-PR estabelecida na Lei Estadual nº 21.352/2023¹⁹, o Decreto Estadual nº 03/2023²⁰ e o Plano Plurianual 2020-2023¹²¹ do estado do Paraná. Com base na análise da legislação e dos instrumentos de gestão foram definidos os macroprocessos da cadeia de valor. O Escritório de Processos foi classificado como um macroprocesso de apoio da secretaria, uma vez que a sua implantação tem por objetivo padronizar as atividades e os procedimentos internos, assim como realizar o monitoramento do padrão estabelecido, o que alavanca para a organização geral da instituição e reflete na melhoria das entregas.

A definição da modelagem da cadeia de valor com os seus macroprocessos está representada na Figura 3.

Figura 3. Cadeia de valor e os macroprocessos gerenciais, finalísticos e de apoio da SESA-PR



Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Os processos gerenciais são atividades e práticas que envolvem a coordenação, organização, direção e controle das atividades de uma organização. Eles são responsáveis por orientar o funcionamento e a gestão dos diferentes setores e departamentos de uma empresa, garantindo que as metas e objetivos sejam alcançados de forma eficiente e eficaz^{5-6,8,22}.

Os processos finalísticos são aqueles que estão diretamente relacionados à missão e aos objetivos principais de uma instituição. Eles são responsáveis por criar, entregar e sustentar o valor para os clientes, usuários ou beneficiários finais da instituição^{5-6,8,22}.

Processos de execução correspondem às etapas ou atividades que transformam insumos em produtos ou serviços finais. Esses processos estão diretamente relacionados à execução das atividades operacionais da organização, ou seja, são responsáveis por realizar as tarefas necessárias para produzir e entregar os produtos ou serviços aos clientes^{5-6,8}.

Já, os processos de apoio, também conhecidos como processos de suporte ou processos de apoio à atividade-fim, são aqueles que fornecem suporte e recursos necessários para o funcionamento eficiente e eficaz dos processos finalísticos de uma

organização. Esses processos não estão diretamente relacionados à criação de valor para os clientes, mas desempenham um papel fundamental no suporte e na facilitação das atividades principais da organização^{5-6,8,22}.

O resultado da implementação da cadeia de valor é a melhoria global da eficiência e eficácia da organização. Ao identificar e analisar os processos-chave ao longo da cadeia de valor, é possível identificar oportunidades de melhoria, eliminar atividades que não agregam valor, otimizar recursos e promover uma visão mais integrada e estratégica da organização⁴.

Ao mapear e modelar a cadeia de valor, o Escritório de Processos pode identificar gargalos, pontos de ineficiência, redundâncias e oportunidades de melhoria. Isso possibilita a análise crítica dos processos existentes e a identificação de áreas que necessitam de otimização, automação ou reengenharia^{1,4}.

Além disso, a Modelagem da Cadeia de Valor ajuda a identificar os processos-chave que têm maior impacto na entrega de valor ao cliente, permitindo que o Escritório de Processos priorize suas atividades e recursos na melhoria desses processos críticos. Isso contribui para uma alocação mais eficiente de esforços e recursos, resultando em uma otimização dos processos organizacionais como um todo^{1,4,15}.

A condução da implantação de um Escritório de Processos requer um planejamento cuidadoso e uma abordagem estruturada^{16,23}. Nesse sentido, foram estruturados planos de ação, um relacionado à Sensibilização e Capacitação em Gestão por processos e Escritório de Processos – Fase 6, e outro para Validação da Metodologia de Governança e Gestão por processos do Escritório de Processos através de um Projeto Piloto – Fase 7.

Um plano de ação é uma ferramenta essencial para garantir a organização, o monitoramento e o sucesso de iniciativas ou projetos. Ele ajuda a manter todos os envolvidos alinhados e focados em alcançar os resultados desejados. Além disso, é fundamental para que a implantação do Escritório de Processos na SESA-PR seja bem-sucedida, uma vez que fornece uma estrutura, orientação, controle e comunicação eficaz ao longo do processo. Ele ajuda a garantir que as atividades sejam realizadas de maneira eficiente, priorizada e alinhada com os objetivos estratégicos da organização²⁴⁻²⁵.

No Plano de Ação para a Sensibilização e Capacitação em Gestão por Processos e Escritório de Processos, a sensibilização da alta direção para a

implementação do Escritório de Processos foi definida como fundamental para obter apoio, comprometimento e garantir o alinhamento estratégico com os objetivos organizacionais. Isso permite uma melhor alocação de recursos, a compreensão dos benefícios e a liderança inspiradora da alta gestão^{1,11,26-28}.

A sensibilização dos multiplicadores também se apresenta como fundamental, uma vez que eles desempenham protagonismo na transformação organizacional, por meio da promoção de uma cultura de processos orientada para a melhoria contínua. Capacitar a equipe do Escritório de Processos e os multiplicadores possibilita garantir conhecimento especializado, clareza de papéis, alinhamento de práticas e a disseminação de metodologias de gestão por processos^{4,29}.

Nessa lógica, o processo de capacitação deve ser estruturado, com avaliações periódicas para garantir seu impacto e eficácia. Além disso, as capacitações devem seguir os princípios da Educação Permanente em Saúde, com conteúdos planejados e ajustados às necessidades do público-alvo, visando o sucesso da implementação do Escritório de Processos^{4,29}.

Por fim, no Plano de Ação para a Validação da Metodologia de Governança e Gestão por Processos do Escritório de Processos, o projeto-piloto permite identificar ajustes necessários, mitigar riscos, desenvolver a equipe, engajar servidores e alinhar expectativas com as partes interessadas⁴. Essa fase é fundamental para testar a eficácia e adequação da metodologia antes da sua adoção em larga escala, assegurando que atenda às necessidades da SESA-PR e promova a melhoria contínua dos processos organizacionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação de um Escritório de Processos na SESA-PR representa um avanço significativo na busca por uma gestão mais eficiente e eficaz dos serviços de saúde pública. Esta pesquisa demonstrou que a metodologia proposta é uma ferramenta poderosa para a reestruturação e melhoria dos processos organizacionais, alinhando-os aos objetivos estratégicos da instituição.

Os resultados obtidos ao longo das sete fases de implantação destacam a importância de uma análise de contexto detalhada, a definição clara de objetivos estratégicos e a elaboração de um modelo de governança robusto. A criação de uma estrutura organizacional bem definida e a capacitação contínua das equipes são

essenciais para garantir o sucesso e a sustentabilidade das iniciativas de melhoria de processos.

A aplicação da Modelagem da Cadeia de Valor permitiu uma visão abrangente dos macroprocessos da SESA-PR, identificando áreas críticas e oportunidades de melhoria. A condução de um projeto-piloto validou a metodologia proposta, evidenciando a viabilidade e os benefícios da implementação do Escritório de Processos.

Entretanto, é necessário reconhecer os desafios inerentes a esse processo, como a resistência à mudança e as limitações de recursos. A superação desses obstáculos requer um compromisso contínuo da alta direção e o engajamento de todos os envolvidos, promovendo uma cultura organizacional voltada para a inovação e a melhoria contínua.

Esta pesquisa contribui para o campo da gestão em saúde pública ao oferecer um modelo replicável de implementação do Escritório de Processos, que pode ser adaptado e aplicado em outras instituições de saúde. Futuros estudos são recomendados para avaliar o impacto de longo prazo dessa metodologia e explorar sua aplicação em diferentes contextos organizacionais. Ademais, a implantação do Escritório de Processos na SESA-PR reforça a importância de uma gestão por processos, capaz de transformar a administração pública de saúde e proporcionar serviços de qualidade à população.

REFERÊNCIAS

1. Tregear R, Jesus L, Macieira. Estabelecendo o Escritório de Processos. Rio de Janeiro: Elo Group; 2010.
2. Oliveira J, Valença G, Monteiro H, Frota C. Uma análise comparativa de metodologias para estruturação de escritórios de processos. In: VII Workshop Brasileiro em Gestão de Processos de Negócio; 2013; João Pessoa [internet]. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Computação; 2013 [citado em 2024 set 11]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/265335428_Uma_Analise_Comparativa_de_Metodologias_para_Estruturacao_de_Escritorios_de_Processos
3. Oliveira LA. EBPM: uma metodologia para gestão de processos de negócio. [dissertação] [internet]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2014. [citado em 2024 set 11]. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/29832>

4. Magdaleno AM, Engiel P. A experiência de implantação de um Escritório de Processos de negócio (BPM office) em uma empresa pública. *BPM. Scientific Magazine*. 2020 [citado em 2024 set 11]; 1(1):9-24. Disponível em: <https://www.abmp-br.org/wp-content/uploads/2022/01/BPM-Scientific-Magazine-N1-v01-p.9-24.pdf>
5. Goiás. Secretaria de Estado da Saúde. Manual de governança da gestão por processos na Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO). Goiás: Secretaria de Estado da Saúde; 2018.
6. Lima DA. Produção documental no Ministério da Saúde pós-implantação SEI: um estudo de caso da importância da modelagem de processos e o uso da base de conhecimento [monografia] [internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2020. [citado em 2024 set 11]. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/27100/1/2020_DeboraAparecidaDeLima_tcc.pdf
7. Resch A, Lacerda DP, Junior JAV. Design science research: método de pesquisa para avanço da ciência e tecnologia. Porto Alegre: Bookman Editora; 2015.
8. Conselho Nacional do Ministério Público (Brasil). Metodologia de processos: projeto fomento à gestão por processos nos MPs [internet]. Brasília: Comitê de Políticas de Gestão Administrativa, 2016. [citado em 2024 set 11]. Disponível em: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/visao_360/processos/metodologia_de_gestao_por_processos_do_cnmp/Metodologia_GESTAO_POR_PROCESSOS_agosto_2016.pdf
9. Hofrichter M. Análise SWOT: Quando usar e como fazer. Porto Alegre: Simplíssimo; 2017.
10. Ministério da Economia (Brasil). Guia Técnico de Gestão Estratégica. Brasília: Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital, 2020. [citado em 2024 set 11]. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/defeso/guia-tecnico-de-gestao-estrategica>
11. Andrade E, Rasoto VI, Carvalho HA. Gerenciamento de processos nas Instituições Federais de ensino superior Brasileiras. *R. bras. Planej. Desenv* [internet]. 2018 [citado em 2024 set 11]; 7(2):171-201. doi: <http://dx.doi.org/10.3895/rbpd.v7n2.5706>
12. Lazarini WS, Sodr e F, Sarti TD, Andrade MAC. Políticas de saúde no Brasil: uma análise a partir dos projetos financiados pelo Banco Mundial durante os governos Lula e Dilma. *Saude soc* [Internet]. 2021 [citado em 2024 out 01]; 30(1):e190747. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021190747>
13. Duarte ACL. Proposta de melhoria do processo de gestão de obras públicas sob o foco do *business process management* no IF Sudeste MG [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2023.

14. Jorge MJ, Cohen MM, Hendrischky ME. Gestão por processos, alinhamento estratégico e agenda 2030. Revista Pensamento Contemporâneo em Administração. 2021 [citado em 2024 set 11]; 15(3):107-130. doi: <https://doi.org/10.12712/rpca.v15i3.51111>
15. Usirono Carlos. Escritório de Processos: BPMO-Business Process Management Office. Rio de Janeiro: Brasport; 2015.
16. Oliveira JÁ, Alves CF, Valença G. Fatores envolvidos na estruturação de um Escritório de Processos em uma organização pública. In: Anais do XII Simpósio Brasileiro de Sistemas de Informação; 2016; Florianópolis [internet]. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Computação; 2016. [citado em 2024 set 11]. doi: <https://doi.org/10.5753/sbsi.2016>
17. Senado Federal (Brasil). Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, compilado até a Emenda Constitucional nº 125/2022. Brasília: Coordenação de Edições Técnicas; 2022. [citado em 2024 set 11]. Disponível em: https://republicanos10.org.br/wp-content/uploads/2022/10/CF88_EC125_livro.pdf
18. Brasil. Lei Federal nº. 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.
19. Paraná. Lei Estadual nº. 821.352/23. Dispõe sobre a organização administrativa básica do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. Diário Oficial do Paraná 2023; 20 mai.
20. Paraná. Decreto Estadual nº. 03/23. Dispõe sobre a implementação da Reforma Administrativa do Poder Executivo Estadual, promovida pela Lei nº 21.352, de 1º de janeiro de 2023. Diário Oficial do Paraná 2023; 01 jan.
21. Secretaria do Planejamento (Paraná). Plano Plurianual, Lei nº 20.077, de 18 de dezembro de 2019: 2020-2023, 2020. [citado em 2024 set 11]. Disponível em: https://www.planejamento.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-10/lei_ppa_n_20077_ano_2020_2023_final2.pdf
22. Oliveira TP. Melhoria da eficiência operacional de uma usina siderúrgica por meio da automatização de indicadores utilizando software de business intelligence [monografia] [internet]. Ouro Preto: Universidade Federal de Ouro Preto; 2023. [citado em 2024 set 11]. Disponível em: https://monografias.ufop.br/bitstream/35400000/5458/6/MONOGRRAFIA_MelhoriaEfici%c3%aanciaOperacional.pdf
23. Lima J dos SM, Carvalho VDH de, Freitas Júnior O de G. Modelagem de um Escritório de Gerenciamento de Processos: estudo em um campus de uma Universidade Federal Brasileira. Perspect ciênc inf [Internet]. 2021 [citado em 2024 set 11];26(3):51–73. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5344/4071>

24. Valle AB. Fundamentos do gerenciamento de projetos. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2015.
25. Lautert AF et al. Proposta de Modelo de Implementação de Escritório de Processos para Organizações Públicas. Navus [internet]. 2020 [citado em 2024 set 11]; 10:1-24. doi: <https://doi.org/10.22279/navus.2020.v10.p01-18.1390>
26. Fonseca GLM. Escritório de projetos em organizações públicas: análise do desempenho e da aderência à estratégia empresarial. BJB [Internet]. 2021 [citado em 2024 set 11];3(2):1584-602. doi: <https://doi.org/10.34140/bjbv3n2-020>
27. Barros-Junior FA. Análise do nível de maturidade em gerenciamento de projetos aplicados à geração de conhecimento científico e tecnológico em saúde: o caso ICICT [dissertação] [internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2019. [citado em 2024 set 11]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34148>
28. Paz BC, Bermejo PHS, Silva SAM. Gestão de processos como ferramenta para o aprimoramento da gestão pública, EnaJus [internet] 2020. [citado em 2024 set 11] Disponível em: <http://www.enajus.org.br/anais/assets/papers/2020/sessao-06/2-gesta-o-de-processos-como-ferramenta-para-o-aprimoramento-da-gesta-o-publi-ca.pdf>.
29. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. [citado em 2024 set 11]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf

RECEBIDO: 15/09/2024
APROVADO: 16/10/2024

Pré-natal em casos de suspeita de sífilis congênita em hospital pediátrico em Santa Catarina, Brasil

Prenatal care of suspected congenital syphilis cases in a pediatric hospital in Santa Catarina, Brazil

Isabela Flebbe Strapazon¹, Emanuela da Rocha Carvalho²

1. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-0241-8213>. Acadêmica de Medicina. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: isabelaflebbe@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2193-0528>. Docente Pediatria do departamento de Pediatria da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Saúde da Criança e Adolescente pela Universidade Federal do Paraná. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. Infectologista Pediatra do Hospital Infantil Joana de Gusmão-SES-SC. E-mail: emanuela.carvalho@ufsc.br

RESUMO

A sífilis congênita é uma infecção de transmissão vertical prevenível. Este estudo objetiva descrever o acompanhamento pré-natal de gestantes com casos suspeitos de sífilis congênita. Trata-se de um estudo ecológico, epidemiológico e retrospectivo, realizado por meio da descrição de dados de prontuários e aprovado por comitê de ética institucional. A amostra compreendeu casos suspeitos de sífilis congênita atendidos em ambulatório de infectologia pediátrica de um hospital público em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, entre 2021 e 2022. Dos 142 casos identificados, 122 (85,92%) tiveram acompanhamento pré-natal. Em 102 casos (71,83%) foi iniciado tratamento da sífilis gestacional; entretanto, em 70 casos (42,25%) o tratamento foi iniciado com menos de 30 dias antes do parto. Entre os 85 casos confirmados de sífilis congênita, 22 (26,51%) alcançaram o número mínimo de consultas de pré-natal, 20 mães (24,10%) foram diagnosticadas apenas no terceiro trimestre, e 17 (20,48%) não foram diagnosticadas durante o pré-natal. Observou-se, nos casos de infecção, falhas no tratamento e

menor número de consultas de pré-natal, reforçando a importância de uma adequada atenção à gestante como medida de prevenção da sífilis congênita.

DESCRITORES: Sífilis. Sífilis Congênita. Cuidado Pré-Natal. Transmissão Vertical de Doenças Infecciosas. Infecções Sexualmente Transmissíveis.

ABSTRACT

Congenital syphilis is a preventable vertically transmitted infection. This study aims to describe the prenatal care of pregnant women with suspected cases of congenital syphilis. It is an ecological, epidemiological, and retrospective study, conducted through the analysis of medical record data and approved by an institutional ethics committee. The sample included suspected cases of congenital syphilis treated in a pediatric infectology clinic at a public hospital in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil, between 2021 and 2022. Of the 142 identified cases, 122 (85.92%) had prenatal care. In 102 cases (71.83%), treatment for gestational syphilis was initiated; however, in 70 cases (42.25%), treatment was started less than 30 days before delivery. Among the 85 confirmed cases of congenital syphilis, 22 (26.51%) reached the minimum number of prenatal consultations, 20 mothers (24.10%) were diagnosed only in the third trimester, and 17 (20.48%) were not diagnosed during prenatal care. Cases of infection showed treatment failures and fewer prenatal consultations, emphasizing the importance of adequate care for pregnant women as a preventive measure for congenital syphilis.

DESCRIPTORS: Syphilis; Congenital Syphilis; Prenatal Care; Infectious Disease Transmission, Vertical; Sexually Transmitted Diseases.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, cuja transmissão vertical ocasiona os casos de sífilis congênita (SC). A manifestação e a gravidade da sífilis são variáveis, podendo incluir malformações congênitas, abortos e natimortos. Esses fatores representam um grave problema de saúde pública. A infecção pela sífilis é curável e, no Brasil, sua triagem e tratamento adequados durante o pré-natal são preconizados pelo Ministério da Saúde (MS)¹⁻³.

Há uma tendência global de redução no número de casos de sífilis adquirida, gestacional e congênita. No entanto, persistem diferenças regionais, com a manutenção da endemicidade em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, sendo mais grave na África e no Mediterrâneo Oriental. Em quase metade dos países da América, houve aumento de casos entre 2015 e 2020 apesar do aumento de cobertura do tratamento pré-natal (OPAS)^{4,5}. No Brasil, a detecção de sífilis em gestantes está em crescimento, atingindo 32,4 casos a cada mil nascidos vivos em 2022, ainda com um aumento de 15,5% em relação ao ano anterior⁶.

Nacionalmente, a incidência de sífilis congênita também ascendeu nos últimos anos. Em 2022, foi registrada uma taxa de 10,3 casos a cada mil nascidos vivos. Nesse mesmo ano, a região Sul do país e Santa Catarina apresentaram taxas de SC de 9,7 e 7,1 casos a cada mil nascidos vivos, respectivamente. Por fim, apesar de não ser destaque em relação à taxa de detecção de sífilis gestacional, Florianópolis apresentou ainda incidência acima da média nacional, com 10,5 casos a cada mil nascidos vivos⁶.

Considerando a gravidade e preventabilidade da infecção, há esforços para a sua erradicação. Em 2010, os Estados Membros da OPAS aprovaram a Estratégia e Plano de Ação para Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e SC. Com a persistência da piora da situação epidemiológica no Brasil desde então, em abril de 2023, o Governo Federal instituiu o Comitê Interministerial para Eliminação da Tuberculose e Outras Doenças Determinadas Socialmente, coordenado pelo Ministério da Saúde, que conta com a meta de erradicação da transmissão vertical da sífilis congênita até 2030^{7,8}.

No direcionamento de esforços em prol da eliminação da transmissão materno-fetal da sífilis, é essencial compreender as características da população afetada e

avaliar a qualidade do pré-natal realizado, de modo a identificar as fragilidades do sistema que contribuem para a manutenção da alta incidência. Para tanto, esta pesquisa objetiva descrever o esquema de pré-natal de gestações de pacientes com suspeita de sífilis congênita atendidas em serviço de infectologia do hospital pediátrico⁹.

MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico, epidemiológico, retrospectivo e descritivo. A amostra incluiu pacientes pediátricos com suspeita de sífilis congênita atendidos no ambulatório de infectologia pediátrica de um hospital infantil público, referência em Santa Catarina, localizado em Florianópolis, nos anos de 2021 e 2022. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisas da instituição sob o CAAE número 69042323.0.0000.5361.

Foram incluídos pacientes de até 15 anos incompletos registrados no sistema digital hospitalar sob Código Internacional de Doenças A50 (Sífilis Congênita), entre janeiro de 2021 e dezembro de 2022. Os critérios de exclusão foram: ausência de informação sobre os resultados dos testes não treponêmicos maternos ou infantis pós-parto que permitissem confirmar a exposição ou infecção pela sífilis.

As variáveis demográficas relativas à mãe coletadas foram idade, cor ou raça¹⁰, ocupação materna, Macrorregionais de Saúde de Santa Catarina¹¹ e zona de origem.

As variáveis relativas ao pré-natal foram:

- Realização de acompanhamento pré-natal e número de consultas, considerando-se adequado um mínimo de seis consultas (MS)¹²;
- Realização de teste não treponêmico e titulação, realização de teste treponêmico e resultado;
- Momento de diagnóstico de sífilis materna (trimestre, ao parto ou não realizado);
- Realização e finalização de tratamento da sífilis materna e tempo de início de tratamento até parto (período superior ou inferior a 30 dias);

- Documentação de queda dos títulos dos testes não treponêmicos, em que se espera queda de pelo menos duas titulações em 6 ou 12 meses, dependendo do estágio clínico da sífilis materna²;
- Realização de sorologia para HIV materna e resultado;
- Realização de testagem não treponêmica, resultado e tratamento da parceria sexual.

Os casos foram classificados como sífilis congênita ou exposição da criança à sífilis materna, adotando a classificação do Ministério da Saúde^{2,3}. Consideram-se, para tal, a adequabilidade do tratamento materno durante pré-natal, titulação do teste não treponêmico materno e da criança ao parto e sintomatologia da criança. Tratamento adequado foi considerado aquele realizado de forma completa, de acordo com o estágio clínico da sífilis gestacional, com benzilpenicilina benzatina e iniciado até 30 dias antes do parto.

Foi realizada uma análise exploratória, com tabelamento das informações e utilização de estatística descritiva para o tratamento dos dados.

RESULTADOS

Foram incluídos 145 casos e excluídos 3 casos (2,07%). Foram avaliados 142 casos. A idade materna variou entre 15 e 19 anos (10,56%), entre 20 e 34 anos em 40 casos (28,17%) e entre 35 e 49 anos em 5 casos (3,52%), sendo ignorada nos demais (n=82, 57,75%). A raça ou cor foi registrada como indígena em apenas um caso (0,70%) e ignorada nos demais. As ocupações mais frequentes foram “do lar” (n=15, 10,56%) e “desempregada” (n=14, 9,86%), e em 3 casos (2,11%) havia registro de mãe em situação de rua.

O acompanhamento pré-natal foi realizado em 122 casos (85,92%), não realizado em 11 (7,75%) e ignorado em 9 (6,34%). Em 51 prontuários (35,92%) estava descrito o número suficiente de consultas pré-natais, de acordo com o Ministério da Saúde (pelo menos 6 consultas). Já 31 casos (21,83%) tiveram número insuficiente, e em 60 (42,25%), essa informação não foi registrada. Os dados relativos à

caracterização de número de consultas no pré-natal constam na Tabela 1.

Tabela 1. Realização de pré-natal e número de consultas pré-natais de crianças classificadas como sífilis congênita e como criança exposta a sífilis, atendidas em hospital pediátrico referência em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil (2021-2022)

	Sífilis congênita (n=84)		Criança exposta à sífilis (n=57)	
	N	%	N	%
Realização de pré-natal				
Sim	66	78,57	55	96,49
Não	11	13,10	0	0
Ignorado	7	8,33	2	3,51
Número mínimo de consultas*				
Sim	23	27,38	28	49,12
Não	26	30,95	4	7,02
Ignorado	35	41,67	25	43,86

Fonte: Elaborado pelas autoras (2024).

Nota: *Número mínimo de seis consultas pré-natais.

Testagem não treponêmica realizada no pré-natal foi reagente em 128 casos (90,14%), não-reagente em 3 (2,11%) e ignorado em 11 (7,75%). A Testagem treponêmica realizada no pré-natal foi reagente em 37 (26,06%), não reagente em 2 (1,41%) e ignorada em 103 (72,54%).

O momento de diagnóstico da sífilis no pré-natal ocorreu no primeiro trimestre em 55 casos (38,73%), no segundo trimestre em 32 (22,54%) e no terceiro trimestre em 25 (17,61%). Em 14 casos (9,86%), o diagnóstico foi realizado ao parto, em 3 (2,11%), o diagnóstico da infecção materna não foi realizado e em 13 dos registros (9,15%), o momento de diagnóstico foi ignorado. Os dados referentes ao momento do diagnóstico da sífilis nos casos analisados encontram-se descritos na Tabela 2.

Tabela 2. Momento de diagnóstico da sífilis materna gestacional de crianças classificadas como sífilis congênita e como criança exposta a sífilis, atendidas em hospital pediátrico referência em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil (2021-2022)

	Sífilis congênita (n=84)		Criança exposta à sífilis (n=57)	
	N	%	N	%
Momento de diagnóstico de sífilis no pré-natal				
1º trimestre	23	27,38	32	56,14
2º trimestre	16	19,05	16	28,07
3º trimestre	21	25,00	4	7,02
Ao parto	14	16,67	0	0,00
Não realizado	3	3,57	0	0,00
Ignorado	7	8,33	5	8,77

Fonte: Elaborado pelas autoras (2024).

O tratamento da sífilis materna no pré-natal foi iniciado em 102 casos (71,83%), não foi realizado em 32 (22,54%) e foi ignorado em 8 (5,63%) dos registros. Em 70 casos (49,30%), iniciou-se o tratamento em um período superior a 30 dias antes do parto, conforme recomendado pelo protocolo do Ministério da Saúde. Em contrapartida, em 60 casos (42,25%) foi iniciado o tratamento a menos de 30 dias do parto. Nos casos restantes, essa informação foi ignorada. A caracterização do tratamento para sífilis gestacional realizado nos casos analisados consta na Tabela 3.

Tabela 3. Caracterização do tratamento para sífilis realizado em gestação de crianças classificadas como sífilis congênita e como criança exposta a sífilis, atendidas em hospital pediátrico referência em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil (2021-2022)

	Sífilis congênita (n=84)		Criança exposta à sífilis (n=57)	
	N	%	N	%
Tratamento realizado de forma completa e com medicação adequada				
Sim	24	28,57	55	96,49
Não	51	60,71	0	0
Ignorado	9	10,71	2	3,51
Início de tratamento mais do que 30 dias antes do parto				
Sim	15	17,86	55	96,49
Não	60	71,43	0	0
Ignorado	9	10,71	2	3,51

Fonte: As autoras, 2024.

Em 10 casos (7,04%), houve coinfeção com HIV na gestação. A testagem para sífilis da parceria sexual foi registrada em 19 casos (13,38%). O tratamento completo de infecção da parceria foi registrado em 46 casos (32,39%), incompleto ou não realizado em 25 (17,61%) e ignorado em 71 (50%).

Crianças expostas à sífilis foi a classificação dada a 57 casos (40,14%). Em 84 casos (59,15%), a classificação foi sífilis congênita, e em 18 (12,68%) houve também classificação como neurosífilis. Somente um caso (0,70%), foi classificado como exposição à cicatriz sorológica materna.

DISCUSSÃO

Os pacientes com suspeita de sífilis congênita atendidos no ambulatório realizaram acompanhamento pré-natal em sua maioria, dado condizente com a literatura e notificações de casos^{13,14}. Assim, volta-se para as características do cuidado pré-natal realizado para compreender a incidência da sífilis congênita.

Dentre os casos classificados como sífilis congênita, observa-se um número insuficiente de consultas pré-natal¹², enquanto nos casos de exposição à sífilis, observa-se número suficiente em todos os casos. Relaciona-se, assim, maior incidência de sífilis congênita em casos de consultas insuficientes ou reduzidas, como encontrado em estudos transversais, tanto em contexto de maternidade, quanto de atenção primária^{15,16}, corroborando a necessidade de acompanhamento próximo e adesão ao pré-natal para devidas prevenção, investigação e tratamento de possíveis intercorrências.

Destaca-se que, nos casos classificados como sífilis congênita, 26,51% realizaram número suficiente de consultas pré-natais, e 27,71% foram diagnosticados com sífilis gestacional no primeiro trimestre da gestação. Nesse contexto, formula-se a hipótese de que houve atrasos ou falhas na realização da conduta adequada após a identificação da infecção, colocando-a como evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal, como identificado em estudo transversal no Rio de Janeiro¹⁷. Na presente pesquisa, ilustra-se tal situação pelo tratamento tardio em 71,08% e incompleto ou com medicação inadequada em 61,45% dos casos de sífilis congênita, levando à hipótese de fragilidade da atenção pré-natal como fator correlacionado à

maior incidência da doença, similarmente à outras pesquisas realizadas no Brasil^{18,19}. Observa-se como necessário então reforçar a importância da realização de tratamento adequado e oportuno para a sífilis, essencial para a prevenção da sífilis congênita, fato observado em dados internacionais analisados em metanálises de 2014 e de 2023^{20,21}, cujo manejo associa-se estreitamente ao adequado acompanhamento pré-natal.

A testagem não treponêmica no pré-natal foi majoritariamente positiva. A testagem treponêmica raramente foi registrada em prontuário, o que pode ser relacionado aos fluxos da Atenção Primária do município de Florianópolis, local do ambulatório, em que há frequentemente indisponibilidade de testes rápidos e/ou preferência por realização inicial ou única da testagem não treponêmica, como comum também em outras localidades de acordo com estudo de 2020²².

O perfil materno foi identificado, entre os registrados, majoritariamente na faixa etária de 20 a 34 anos, com mães adolescentes em cerca de 10% dos casos, condizente com os dados mais recentes do MS⁶, porém em discordância com estudos que demonstram a adolescência como fator de risco importante/majoritário para a sífilis congênita. Ademais, a presença de mães em situação de rua representa o fator moradia como dificultador de acesso ao cuidado pré-natal, similar ao estudo americano de 2022²³.

Durante o período dos casos analisados, de 2021 a 2022, os impactos da pandemia afetaram os cuidados de saúde prestados e recebidos pelas gestantes. Assim, a pandemia de COVID-19 pode ser considerada um fator contribuinte para menor acesso ao sistema de saúde, tanto por sobrecarga dele, quanto por evitar a exposição ao vírus, conforme observado em entrevistas conduzidas por estudos em Florianópolis e revisões internacionais^{24,25}.

CONCLUSÃO

O pré-natal dos pacientes analisados caracterizou-se por ser realizado com número adequado de consultas, diagnóstico de sífilis no início da gestação e tratamento adequado. Destaca-se, no entanto, que entre os pacientes com diagnóstico de sífilis congênita, houve alta frequência de atraso no diagnóstico e no

tratamento adequado e oportuno, mesmo com a realização de acompanhamento pré-natal.

A presente pesquisa conta com os limites inerentes ao delineamento observacional e retrospectivo com acesso limitado aos dados secundários dos registros realizados por profissionais de saúde ao atendimento dos pacientes, não realizados com o propósito da pesquisa. Ademais, a realização em ambiente terciário, em hospital pediátrico, limita o perfil da amostra aos encaminhamentos realizados pela Rede de Atenção à Saúde. São necessários mais estudos, em diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde, e com utilização de correlação de variáveis, para fortalecer ligações entre as características do pré-natal e a ocorrência da sífilis congênita.

REFERÊNCIAS

1. Peeling RW, Mabey D, Chen XS, Patricia J Garcia PJ. Syphilis. The Lancet [Internet]. 2023 [acesso em 2024 Mar 20]. 403 (10398): 336-346. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673622023480>
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2022. 2 ed, 224 p. [acesso em 2024 Mar 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pd
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2022. 1 ed, 211 p. [acesso em 2024 Mar 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pd
4. Gilmour LS, Walls T. Congenital Syphilis: a Review of Global Epidemiology. Clin Microbiol Rev [Internet]. 2023 [acesso em 2024 Mar 20]. 36 (2). Disponível em: <https://doi.org/10.1128/cmr.00126-22>
5. Pan American Health Organization. Epidemiological Review of Syphilis in the Americas, December 2021. Washington (D.C.): PAHO, 2022. 26 p. [acesso em 2024 Mar 20]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56085>.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico - Sífilis 2023. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2023. Ed especial, 53 p. [acesso em 2024 Mar 20] Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de->

[conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023/view](https://www.cdc.gov/epidemiology/special/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023/view)

7. Pan American Health Organization. Portaria CD50 nº 15, 11 de agosto de 2010. Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação de Transmissão Materno-Infantil de HIV e da Sífilis Congênita. Washington (D.C.): PAHO, 27 de setembro 1 de outubro de 2010. [acesso em 20 Mar 2024]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/cd5015-estrategia-e-plano-acao-para-eliminacao-transmissao-materno-infantil-hiv-e-da>
8. Governo Federal. Ministério da Saúde [Internet]. Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente. Brasília, Brasil; 2024. [acesso em 2024 Mar 20]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/ciedds>
9. Thean L, Moore A, Nourse C. New trends in congenital syphilis: epidemiology, testing in pregnancy, and management. *Current Opinion in Infectious Diseases* [internet]. 2022. [acesso em 2024 Mar 20]. 35(5): 452-460. Disponível em: https://journals.lww.com/co-infectiousdiseases/fulltext/2022/10000/new_trends_in_congenital_syphilis_epidemiology,.13.aspx
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comissão Nacional de Classificação. Cor ou raça (Brasil - 2015) [cited 2024 Feb 1]. Available from: <https://cnae.ibge.gov.br/en/component/content/article.html?catid=0&id=18319&Itemid=6160>
11. Governo de Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. [Internet]. REGIONAIS DE SAÚDE. Florianópolis, Brasil; 2016. [acesso em 2024 Mar 20]. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/a-secretaria/regionais-de-saude>
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria no 1.570, de 01 de junho de 2000. Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde e seus requisitos. Brasília (DF): DOU 01 de junho de 2000. [acesso em 2024 Mar 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html
13. Saraceni V, Pereira GFM, Silveira MF, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet] 2017. [acesso em 2024 Mar 20]. 41(44): 1-8. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33998/v41a442017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Serafim AS, Moretti GP, Serafim GS, Niero CV, da Rosa MI, Pires MM, Simões PW. Incidence of congenital syphilis in the South Region of Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2014 Mar-Abr [acesso em 2024 Mar 20]. 47(2): 170-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24861290/>

15. Rodrigues CS, Guimarães MD, César CC. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2008 Out [acesso em 2024 Mar 20]. 42(5): 851-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18833384/>
16. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Syphilis in pregnancy and factors associated with congenital syphilis in Belo Horizonte-MG, Brazil, 2010-2013. *Epidemiol. serv. saúde* [Internet]. 2015 Out-Dez. [acesso em 2024 Mar 20]. 24(4): 681-694. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-772113>
17. Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2013 Fev [acesso em 2024 Mar 20]. 47(1): 147-157. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/bsJrGNxmFyqqdNKtGSDjxhz/?lang=pt#ModalTutors>
18. Soares MAS, Aquino R. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2021 Jul. [acesso em 2024 Mar 20]. 37 (7). Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2021.v37n7/e00209520/>
19. Couto CE, Castanheira ERL, Sanine PR, Mendonça CS, Nunes LO, Zarili TFT, Dias A. Sífilis congênita: desempenho de serviços da atenção primária paulista, 2017. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2023 Out [acesso em 2024 Mar 20]. 57(78). Disponível em: <https://rsp.fsp.usp.br/artigo/sifilis-congenita-desempenho-de-servicos-da-atencao-primaria-paulista-2017/>
20. Qin J, Yang T, Xiao S, Tan H, Feng T, Fu H. Reported Estimates of Adverse Pregnancy Outcomes among Women with and without Syphilis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* [Internet]. 2014 [acesso em 2024 Mar 20]. 9(7). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4099012/>
21. Pascoal LB, Carellos EVM, Tarabai BHM, Vieira CC, Rezende LG, Salgado BSF et al. Maternal and perinatal risk factors associated with congenital syphilis. *Trop Med Int Health* [Internet]. 2023 [acesso em 2024 Mar 20]; 28(6): 442–453. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.13881>
22. Figueiredo DCMM, Figueiredo AM, Souza TKB, Vianna G, Toledo RP. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2020 [acesso em 2024 Mar 20]. 36(3). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1089450>
23. Park E, Yip J, Harville E, Nelson M, Giarratano G, Buekens P, Wagman J. Gaps in the congenital syphilis prevention cascade: qualitative findings from Kern County, California. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2022 [acesso em 2024 Mar 20]. 22: 129. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8818245/>
24. Marting MM, Knobel R, Nandi V, Pereira JG, Junior AT, Andreucci CB. Adequacy of Antenatal Care during the COVID-19 Pandemic: Observational Study with Postpartum Women. *Rev Bras Ginecol Obstet.* [Internet]. 2022 Abr [Acesso em 2024 Mar 20]. 44(4): 398–408. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9948289/>

25. Kotlar B, Gerson EM, Petrillo S, Langer A, Tiemeier H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reprod Health* [Internet]. 2021 Jan 18 [acesso em 2024 Mar 20]. 18(1):10. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33461593/>

RECEBIDO: 18/09/2024
APROVADO: 12/12/2024

Descrição epidemiológica dos pacientes com tuberculose pulmonar em hospital pediátrico referência do Sul do Brasil – um estudo retrospectivo de dez anos

Epidemiological description of patients with pulmonary tuberculosis in a pediatric referral hospital in southern Brazil – a ten-year retrospective study

Ana Carolina Farias¹, Arthur Santos Guimarães², Izabella Geórgia Formento Navarini³, Emanuela da Rocha Carvalho⁴

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8213-4106>. Médica. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
E-mail: anacarolfarias15@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2474-0375>. Médico. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
E-mail: arthur.s.guimaraes@gmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2053-8612>. Graduanda do curso de Medicina. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
E-mail: izabellanavarini@gmail.com

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2193-0528>. Docente de Pediatria do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Saúde da Criança e Adolescente pela Universidade Federal do Paraná. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.
E-mail: emanuela.carvalho@ufsc.br

RESUMO

Este estudo visa descrever as características epidemiológicas dos pacientes com tuberculose pulmonar atendidos em hospital pediátrico referência de Santa Catarina, Brasil, 2011-2022. Tratou-se de estudo observacional e descritivo dos casos de tuberculose pulmonar com dados presentes em prontuário, em que foram analisadas variáveis epidemiológicas e demográficas, com posterior análise descritiva e percentual. Dentre os 42 pacientes incluídos no estudo, houve prevalência do sexo feminino, de cor branca, com idade entre 11 e 15 anos. O caso fonte foi identificado em 71,4% dos casos, com predomínio do contato intradomiciliar. Houve maior número de casos de tuberculose entre pré-adolescentes do sexo feminino, de cor

branca com caso fonte identificável. Logo, são imprescindíveis medidas de saúde pública que visem identificar e tratar precocemente os contatos de pacientes diagnosticados com tuberculose pulmonar.

DESCRITORES: Tuberculose Pulmonar. Epidemiologia. Criança. Adolescente.

ABSTRACT

This study aims to describe the epidemiological characteristics of patients treated for pulmonary tuberculosis in a reference pediatric hospital in Santa Catarina, Brazil, 2011-2022. This was an observational and descriptive study of cases of pulmonary tuberculosis with data presented in medical records, epidemiological and demographic variables were confirmed, with subsequent descriptive and percentage analysis. Among the 42 patients included in the study, there was a prevalence of females, white, aged between 11 and 15 years. The source case was identified in 71.4% of cases, with a predominance of intra-household contact. There was a greater number of tuberculosis cases among pre-adolescent females, white and with an identifiable source case. Public health measures are therefore needed to identify and early treat the contacts of patients diagnosed with pulmonary tuberculosis.

DESCRIPTORS: Tuberculosis, Pulmonary. Epidemiology. Child. Adolescent.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) ainda é uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo, e continua sendo uma prioridade de saúde pública em muitos países, sendo o Brasil um dos países com maior carga de TB, apesar dos progressos recentes para o controle da doença em nosso país¹. O agente etiológico mais importante no desenvolvimento da TB é o *Mycobacterium Tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch (BK)². A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, em 2022, houve 10,1 milhões de novos casos de TB, evidenciando um aumento de 4,5% em relação a 2020, sendo responsável pela morte de aproximadamente 1,6 milhão de pessoas, configurando, até o início da pandemia da COVID-19, a principal causa de morte associada a um único agente infeccioso³.

As crianças representam aproximadamente 11% dos casos de TB no mundo, e a doença corresponde a uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil.³ No ano de 2022, estima-se o surgimento de um milhão de novos casos da doença entre a população pediátrica, sendo que a forma pulmonar é a apresentação mais comum. Apesar de representar uma quantidade menor de casos, quando se compara aos adultos, a população pediátrica é mais vulnerável à doença e tem maior risco de desenvolver formas graves e disseminadas^{1,2,4}. Ainda que com desfechos desfavoráveis, a TB pediátrica é negligenciada, tanto pela dificuldade de reconhecer, diagnosticar e tratar a doença, quanto pela concentração das prioridades nos programas de controle em adultos, configurando, assim, uma emergência em saúde pública^{2,4}.

A TB infantil deve ser considerada um evento sentinela, uma vez que representa a transmissão recente do *Mycobacterium tuberculosis* na comunidade, pelo contato com adultos bacilíferos, sendo um relevante sinalizador da qualidade do sistema de saúde e da falha no controle da doença na comunidade^{4,5}. A probabilidade de crianças adquirirem TB é maior em regiões em que há alta prevalência da infecção ativa em adultos, sendo os casos intimamente relacionados. O risco de infectar-se depende da proximidade, duração da exposição e carga bacilar do caso fonte. Fatores sociais e socioeconômicos também implicam na determinação das populações mais vulneráveis a desenvolver a infecção pelo BK^{1,2}.

Muitos casos de TB na pediatria são subnotificados pela dificuldade de diagnóstico na criança, sua apresentação clínica difere de acordo com a idade.

Adolescentes expressam uma doença com padrão semelhante aos adultos, e crianças menores são frequentemente oligossintomáticas, com sintomas inespecíficos e, em sua maioria, paucibacilares, correspondendo à faixa etária com maior desafio diagnóstico e risco de evolução para doença grave^{6,7,8}. Os testes utilizados em adultos apresentam baixa sensibilidade e especificidade na pediatria, e a confirmação bacteriológica não é possível em todos os casos. Diante desse cenário, em 2002, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, do Ministério da Saúde (MS), adotou um sistema de pontuação para o diagnóstico de TB pulmonar em crianças menores de 10 anos, baseado na avaliação da história clínica-epidemiológica, resposta à prova tuberculínica (PT), radiografia de tórax e estado nutricional do paciente, utilizado principalmente nos casos investigados e que não se obteve o isolamento microbiológico, sendo o escore mais estudado e validado dentre os diversos existentes no mundo^{6,7,9}.

Em busca do controle da doença, em 2015 a OMS aprovou a Estratégia “*End TB*”, que tem como objetivo: “Um mundo livre de Tuberculose - zero morte, zero casos novos e zero sofrimento por Tuberculose”. As metas a serem atingidas, até 2035, são a redução de 90% na taxa de incidência e uma redução de 95% no número de mortes por TB, comparadas às taxas de 2015¹⁻¹⁰. O Brasil teve um papel de destaque na elaboração da estratégia, por ser o principal proponente e, sobretudo, por suas experiências com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com a Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose (Rede-TB). Além disso, em 2017, o Brasil também construiu o “Plano Brasileiro pelo Fim da Tuberculose”, considerando a meta de redução de incidência e mortalidade, até o ano de 2035, aplicando os pilares e objetivos da estratégia “*End TB*” no contexto brasileiro^{1-10,11}.

Diante do cenário de esforços pela erradicação da TB, uma descrição epidemiológica da doença, na população pediátrica, ganha cada vez mais proeminência no debate científico, buscando, assim, melhorar os resultados na qualidade de vida e sobrevivência das crianças diagnosticadas oportunamente com a doença. A TB em crianças é estimada como a sexta principal causa de morte na faixa etária de um a cinco anos, e apenas no ano de 2022 foi responsável pela morte de 195.000 crianças no mundo, continuando a configurar uma emergência em saúde pública, sobretudo em países em desenvolvimento e com uma infraestrutura deficitária^{1,2,3}.

O presente estudo tem como objetivo pesquisar a prevalência e fazer uma descrição epidemiológica dos pacientes com TB pulmonar, com idade até 15 anos incompletos, atendidos em um hospital de referência na assistência pediátrica em Santa Catarina, compreendido entre o período de janeiro de 2011 até dezembro de 2022. Além disso, busca caracterizar a população pediátrica com TB pulmonar em termos epidemiológicos, considerando dados demográficos, para, assim, obter informações que possam auxiliar na implementação de estratégias de saúde, visando à prevenção, o diagnóstico e o tratamento precoce dos casos de TB na infância, refletindo na redução da morbidade e mortalidade dessas crianças.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional e descritivo, com coleta de dados em prontuário eletrônico. Os dados selecionados estão compreendidos entre o período de janeiro de 2011 até dezembro de 2022. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da instituição, sob o parecer número 5.293.661.

Foram incluídos todos os pacientes atendidos, em idade entre zero e quinze anos incompletos, com diagnóstico de Tuberculose Pulmonar, por busca em prontuário eletrônico do Micromed®, através do CID A15 (Tuberculose respiratória, com confirmação bacteriológica e histológica); CID A15.0 (Tuberculose pulmonar, com confirmação por exame microscópico da expectoração, com ou sem cultura); CID A15.1 (Tuberculose pulmonar, com confirmação somente por cultura); CID A15.2 (Tuberculose pulmonar, com confirmação histológica); e CID A15.3 (Tuberculose pulmonar, com confirmação por meio não especificado).

Foram avaliadas variáveis:

Demográficas (idade¹², sexo, cor, município de origem, divididos em mesorregiões de Santa Catarina, zona rural ou urbana e ano do diagnóstico); Condições socioeconômicas (número de moradores por domicílio, residência própria, número de cômodos);

Dados epidemiológicos (local provável de contágio, caso fonte, tempo para o desenvolvimento da doença após contato com caso fonte, tuberculose resistente em caso fonte, avaliação de contatos);

Tipo de entrada (caso novo, recidiva, retorno após abandono);

Tratamento prévio para TB ou Infecção Latente Tuberculosa (ILTb);

Sorologia para HIV, uso de terapia antirretroviral (TARV);

Realização da vacina (BCG);

Foram excluídos os pacientes que, durante a investigação de Tuberculose Pulmonar, obtiveram confirmação de (I) Tuberculose Extrapulmonar, (II) ILTB, (III) perderam o seguimento ambulatorial antes da confirmação diagnóstica de Tuberculose Pulmonar ou (IV) confirmação de outro(s) diagnóstico(s) que não envolva Tuberculose Pulmonar.

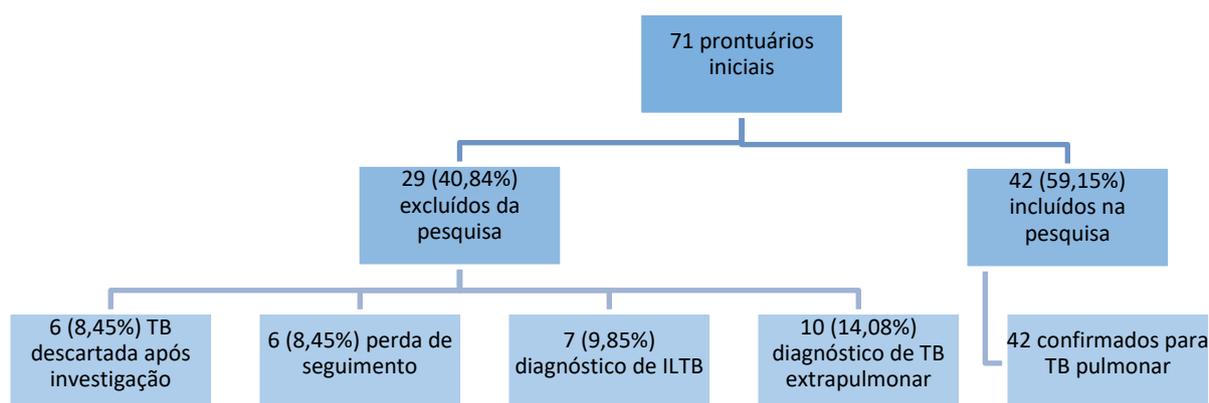
Os dados obtidos foram conferidos, validados e, posteriormente, exportados para análise estatística. Primeiramente, realizou-se a análise exploratória, descrevendo os dados: por meio de tabelas com medidas descritivas e gráficos.

As variáveis quantitativas foram descritas em mediana (máximo e mínimo), média e desvio padrão; para as variáveis qualitativas, utilizou-se frequência e porcentagem. Em todas as análises considerou-se um nível de significância de 5%, e o software de apoio utilizado foi o SPSS.200®.

RESULTADOS

Foram analisados, inicialmente, 71 prontuários, mas, após a aplicação dos critérios de exclusão, a presente pesquisa constituiu-se de 42 prontuários (fluxograma 1).

Fluxograma 1. Relação dos casos suspeitos de tuberculose pulmonar em crianças e adolescentes em hospital pediátrico no Sul do Brasil, de 2011-2022



Fonte: Os autores (2023)

Nota: *TB: Tuberculose *ILTB: Infecção latente tuberculosa

Dados demográficos

Em relação ao sexo, houve um predomínio de crianças e adolescentes do sexo feminino, em 24 casos (57,1%); cor branca, em 34 casos (81%). A análise por faixa etária evidenciou que 19 (45,2%) casos compreendiam a idade entre 11 e 15 anos, seguidos pelos lactentes de zero a dois anos em 12 casos (28,6%). Demais dados estão presentes na tabela 1.

Tabela 1. Classificação dos pacientes com tuberculose pulmonar, conforme a faixa etária, em hospital pediátrico referência no Sul do Brasil, de 2011-2022

Faixa etária ^a	N	%
Lactente	12	28,57%
Pré-escolar	6	14,28%
Escolar	5	11,90%
Adolescentes ^b	19	45,23%
Total	42	100,00%

Fonte: Os autores (2023)

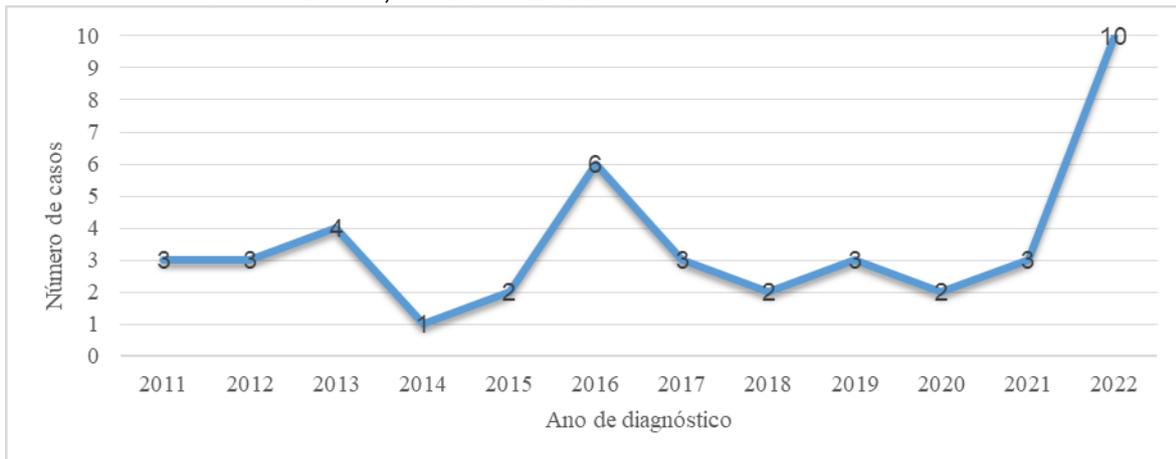
Nota: a. Classificada de acordo com MARCONDES, E. Pediatría básica. 9 ed.

b. Compreendido até 15 anos incompletos.

Em relação à procedência, 38 (90,5%) eram da zona urbana, seguido pelo território indígena, com três (7,1%) casos. Todos os casos incluídos nesta pesquisa eram de nacionalidade brasileira e residentes do Estado de Santa Catarina. Quanto à cidade de origem, 38 (90,47%) pertenciam à mesorregião da Grande Florianópolis, e, dentre estes, 17 (40,47%) eram do município de Florianópolis.

No período estudado, a taxa de incidência de TB em crianças e adolescentes, ao longo dos anos (Figura 1), apresentou seu maior índice no ano de 2022, com 10 casos (23,8%).

Figura 1. Incidência anual dos casos de tuberculose pulmonar em hospital pediátrico referência no Sul do Brasil, de 2011-2022



Fonte: Os autores (2023)

Dados socioeconômicos

O registro do número de moradores por domicílio foi encontrado em 28 prontuários; em 10 (35,71%) foram registradas residências com quatro a cinco moradores. A informação sobre se a família possui casa própria constava em 17 prontuários, dos quais 10 (58,82%) possuíam-na. Quanto ao número de cômodos no domicílio, a informação estava presente em 10 prontuários, e em sete (70%) constatou-se o predomínio de domicílios de cinco a seis cômodos.

Dados epidemiológicos

O contato com um caso fonte de TB foi registrado em 30 prontuários; a mãe correspondeu ao caso fonte em oito (26,66%) casos, seguido pelo pai em sete (23,33%) e pelo irmão em cinco (16,66%). A tabela 2 apresenta o grau de parentesco dos casos fonte.

Tabela 2. Identificação do caso fonte dos casos de tuberculose pulmonar em hospital pediátrico referência no Sul do Brasil, de 2011-2022

Grau de parentesco	N	%
Mãe	8	26,66%
Pai	7	23,33%
Irmão	5	16,66%
Tios	5	16,66%
Avós	3	10,00%
Outros	2	6,66%

Fonte: Os autores (2023)

O local provável de contágio foi registrado em 30 prontuários; o contato intradomiciliar correspondeu a 23 (76,66%). Entre os sete casos (23,33%) categorizados como extradomiciliar, foi identificado o registro de visitas frequentes do caso fonte à casa do paciente, em todos os casos.

No que concerne ao tempo decorrido entre o contato até o desenvolvimento da doença, a informação foi encontrada em 29 prontuários, sendo que 24 (82,75%) desenvolveram a doença em menos de um ano após o contato com o caso fonte.

Dentre os 30 prontuários analisados em que a forma de TB do caso fonte foi citada, a TB pulmonar correspondeu à totalidade dos casos.

Em 33 (78,57%) prontuários foi registrada a avaliação dos demais contatos domiciliares do paciente e do caso fonte; em nove prontuários não havia registros.

Dos 42 casos avaliados, 41 (97,6%) iniciaram acompanhamento no serviço como novos casos de TB; um retornou após abandono do tratamento. A investigação prévia à admissão no serviço, para ILTB ou TB ativa, havia sido realizada em cinco (11,9%) pacientes. Dentre esses, quatro eram contato de casos de TB bacilífera e realizaram investigação para ILTB conforme protocolo do MS,¹³ sendo liberados após realização de duas provas tuberculínicas (PT) não reatoras, com intervalo de oito semanas e radiografia de tórax normal. Todos adoeceram em um período inferior a um ano após a investigação.

A informação sobre a sorologia para o HIV foi registrada em 41 prontuários. Dentre esses, cinco (11,9%) apresentaram sorologia positiva; todos já possuíam diagnóstico prévio; três (60%) pacientes que viviam com HIV não estavam em uso regular de TARV.

O registro acerca da realização da vacina BCG estava presente em 37 (88,09%) prontuários. Nos demais, essa informação não constava.

O seguimento após o diagnóstico foi realizado no ambulatório especializado do serviço em 35 (83,3%) casos, com frequência de consulta mensal registrada em 24 (68,6%) prontuários. Os demais foram acompanhados na Unidade Básica de Saúde de origem (UBS).

DISCUSSÃO

No presente estudo, observou-se o predomínio de crianças e adolescentes do sexo feminino. De acordo com o boletim epidemiológico de TB no Brasil, do MS/2023, o sexo feminino apresentou maior risco de adoecimento por TB na faixa etária de cinco a catorze anos. Nas demais faixas etárias, houve predomínio do sexo masculino.¹⁴ Dados da literatura demonstram que ambos os sexos apresentam predomínio semelhante na pediatria; estudo epidemiológico realizado na Itália, em 2016, por Galli L et al., demonstrou maior número de casos no sexo feminino; entretanto, Dickens OO et al., em estudo no Quênia, em 2018, encontraram o predomínio do sexo masculino, e ambos demonstraram um pequeno percentual de diferença entre os sexos.^{15,16} Segundo o MS, o número de casos de TB no Brasil, em todas as faixas etárias, é maior no sexo masculino. Porém, quando se analisam crianças e adolescentes, essa diferença é menor.¹⁴ Dentre a população adulta, os homens são mais expostos a fatores de risco, como drogas e etilismo. Além disso, procuram o serviço de saúde com menor frequência, e possuem lacunas na detecção e notificação de casos.³ Contudo, cenário semelhante não é visto na pediatria.

Em relação à faixa etária, adolescentes entre 11 e 15 anos corresponderam à maioria dos casos, dado esse em conformidade com a proporção de casos novos de TB por faixa etária, no Brasil, 2011 a 2022, que evidenciou o predomínio de adolescentes de 11 a 15 anos em todo o período.¹⁴ No presente estudo, crianças menores de dois anos representaram a segunda faixa etária em prevalência e correspondem ao grupo com maior risco, devido ao desafio diagnóstico da TB nesse grupo, inespecificidade de sintomas e dificuldade na coleta e análise de amostras, que tendem a ser paucibacilares. Além disso, os lactentes frequentemente evoluem para doença grave e disseminada após a primoinfecção, com elevada morbidade e mortalidade, sobretudo os menores de um ano.^{1,2-17,18}

A cor dos pacientes do estudo, em sua maioria, é branca. Em estudo epidemiológico, realizado no Estado de Sergipe, no ano de 2017, houve predomínio da cor parda (64%), e a cor branca correspondeu a apenas 18,9% dos casos,¹⁹ resultado semelhante aos divulgados pelo MS em 2022, em que houve predomínio da cor preta/parda (63,3%), seguido pela branca (27%), dentre os casos novos de TB.²⁰ Os dados, em nível nacional, mostram-se discordantes com os obtidos na presente pesquisa. Porém, quando analisamos os índices do IBGE, no ano de 2022, a

composição étnica de Santa Catarina era formada por 81,5% de brancos, 14,7% pardos, 3,4% pretos; a brasileira é composta por 43% brancos, 47% pardos e 9,1% pretos.²¹ A diferença entre a composição étnica do estado de Santa Catarina e a brasileira pode justificar os resultados obtidos. Além disso, pode haver um viés, pois os dados referentes à cor do paciente são obtidos na instituição, de forma autodeclarada e preenchida por um profissional, e no momento do cadastro do paciente em seu prontuário.

Quanto à origem, todos eram de nacionalidade brasileira e procedentes do Estado de Santa Catarina, e sua maioria pertencia à mesorregião da Grande Florianópolis, local onde o hospital do estudo está localizado. A maioria dos pacientes residia na zona urbana. Ademais, segundo dados IBGE de 2022, 84,8% da população de Santa Catarina residia na zona urbana,²¹ área com maior densidade populacional do estado, o que está relacionado a um maior risco de entrar em contato com um caso de TB ativa e desenvolver a doença, visto que populações mais densas geram contatos mais frequentes.²² A população indígena representa 0,4% da brasileira,¹³ correspondendo, na presente pesquisa, à segunda em prevalência. Um estudo que analisou a incidência de casos de TB em crianças e adolescentes indígenas no Brasil, no ano de 2013, demonstrou um risco 23 vezes maior de adoecimento nesse grupo, sendo considerada uma população vulnerável à doença, necessitando de esforços contínuos para o controle, investigação e prevenção da TB pediátrica.²³

A taxa de incidência de TB em crianças e adolescentes, ao longo dos anos, apresentou seu maior índice em 2022. De acordo com o MS, em 2022 houve um aumento expressivo no risco de adoecimento por TB entre a idade de zero e catorze anos, quando comparado com o ano de 2020. Isso pode ser explicado por mudanças que ocorreram durante o período pandêmico da COVID-19, a redução na detecção dos novos casos nesse grupo, falha na identificação de contatos, associado ao período em que as crianças permaneceram em casa por meses, aumentando a exposição a casos de TB intradomiciliar, que é o principal local de contato com casos fonte da doença.¹⁴⁻²²

Nesta pesquisa, o número elevado de moradores por domicílio não esteve relacionado ao aumento dos casos de TB. Notou-se um predomínio de residências com quatro a cinco moradores, moradia própria e com cinco a seis cômodos por domicílio. Dados da literatura também não identificaram aglomerações familiares como fator de risco. Em um estudo retrospectivo realizado por Aketi L et al.²⁴ em 2016,

na África Subsaariana, houve o predomínio (50,9%) de residências com quatro a seis moradores; em outro, também realizado na África Subsaariana por Lienhardt C et al.²⁵, em 2003, o risco de adoecimento por TB não esteve relacionado a aglomerados familiares. Porém, demonstrou-se estar associado, sobretudo, à intensidade de exposição ao caso fonte, avaliada através da proximidade social e atividades compartilhadas.

Neste estudo, foi identificado o contato com um caso fonte em 71,4% dos pacientes; todos apresentavam a forma pulmonar da doença; não houve registro de TB laríngea. Ademais, ambas são formas transmissíveis de TB.¹³ As infecções ocorreram após o contato com um membro da família em aproximadamente a totalidade dos casos. A mãe correspondeu ao principal caso fonte. Relação semelhante também é observada na literatura, em estudo retrospectivo realizado por Carvalho ACC et al.²⁶ no Rio de Janeiro, em 2020, em que os pais foram identificados como principais casos fonte (56,7%). Em outro estudo, realizado na Malásia, no ano de 2019, a mãe foi identificada como caso fonte de 39,7% dos pacientes com TBP.²⁷ De acordo com dados do IBGE de 2015, 83,8% das crianças tinham a mãe como principal cuidadora, e 53,4% dos domicílios brasileiros eram formados por mães solo. Diante desse cenário, as mães frequentemente são responsáveis pelo sustento e cuidado da família, com contato prolongado e íntimo com os filhos, longa carga horária de trabalho e pouco acesso ao serviço de saúde, o que gera um atraso no diagnóstico e maior exposição à TB para os contatos.^{4-28,29} Outro dado que demonstra a relevância da proximidade com o caso fonte para o desenvolvimento da doença é que, neste estudo, grande parte dos contatos foram intradomiciliares.

De acordo com o MS, a avaliação sistemática dos contatos de casos transmissíveis de TB é uma abordagem eficaz para a identificação precoce e controle da transmissão, principalmente crianças que são mais suscetíveis à infecção.¹³⁻¹⁸ No presente estudo, a investigação prévia à admissão para ILTB ou TB ativa, devido à história de contato com caso fonte, foi realizada em apenas quatro pacientes, o que corresponde a 13,3% dentre aqueles com registro de contato prévio em prontuário. Todos haviam realizado avaliação conforme preconizado pelo MS, ambos sem critérios para ILTB ou doença ativa, na ocasião, e adoeceram em período inferior a um ano após a investigação.¹³ O baixo percentual de crianças investigadas e tratadas previamente para ILTB ou TB ativa demonstra uma possível falha no rastreamento de contatos. Isto é, diversos fatores podem estar relacionados, como a ausência de

dados em prontuário, dificuldade de acesso à rede de saúde e redução da busca ativa de contatos domiciliares no período pandêmico.

Após a admissão no serviço do estudo, a investigação dos demais contatos do paciente foi realizada em 78,57% dos casos. O MS preconiza a avaliação de todos os contatos de uma criança diagnosticada com TB ativa, buscando, sobretudo, a identificação do caso fonte, para interromper a cadeia de transmissão, uma vez que grande parte dos casos de TB em crianças decorrem do contato com um adulto bacilífero.¹³⁻¹⁸ Além disso, segundo a OMS, a maioria das crianças desenvolvem a doença no prazo de um ano após o contato, dado esse em conformidade com os resultados obtidos nesta pesquisa, tornando ainda mais relevante o rastreio, uma vez que a TB em crianças reflete transmissão ativa, recente e contínua na comunidade.¹⁸

A portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013, aprovou o Manual Técnico para o Diagnóstico de HIV no Brasil e preconiza a realização de teste rápido para o diagnóstico de HIV em todas as pessoas com TB.¹³⁻³⁰ No presente estudo, a testagem não foi realizada em apenas um paciente, demonstrando a excelência do serviço ao seguir as recomendações do MS. Dentre os acometidos, com teste realizado, a infecção pelo HIV foi registrada em cinco pacientes. Em todos os casos já havia o conhecimento prévio do diagnóstico, e a maioria não estava em uso regular de TARV. A infecção pelo HIV está associada a piores desfechos nos casos de TB pediátrica, inclusive morte, sobretudo dentre os pacientes que não estão em uso regular de TARV.¹⁶⁻¹⁸ Diante disso, é essencial que a testagem seja realizada em todos os casos de TB, assim como a oferta de suporte e tratamento adequados.

No presente estudo, a vacinação com BCG estava registrada na maioria dos prontuários. No Brasil, a vacina está preconizada no Programa Nacional de Imunizações (PNI), sendo aplicada ao nascimento, de forma universal. Por esse motivo, o país apresenta uma alta cobertura vacinal.¹³ A vacina BCG previne especialmente contra formas graves da doença, como TB meníngea e miliar, com impacto importante na redução da morbidade e mortalidade pela doença.³

O MS preconiza que o acompanhamento clínico para crianças e adolescentes seja mensal, para avaliação de sintomas, ajuste de medicações conforme o ganho de peso, e resposta ao tratamento.¹³ No presente estudo, 83,3% dos pacientes continuaram sendo atendidos no ambulatório especializado, e a maioria realizou consultas mensais. Dentre os que não realizaram, questões como a distância do serviço de referência e disponibilidade de transporte municipal podem estar

relacionadas. Logo, políticas públicas são necessárias para a coordenação do cuidado de crianças e adolescentes com TB, promovendo comunicação efetiva entre o serviço de referência e a UBS de origem, buscando um cuidado integral por meio da identificação e auxílio em dificuldades no tratamento, conhecimento das condições de vida do paciente e prevenção da perda de seguimento.

Dentre as limitações deste estudo, inerentes ao caráter retrospectivo da pesquisa, estão as incompletudes dos dados, principalmente dados epidemiológicos referentes às condições socioeconômicas, e a ausência de uniformização no registro, o que permitiria a análise comparativa entre os pacientes.

CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico de crianças e adolescentes, com TB pulmonar, atendidos em um hospital de referência do Sul do Brasil, de 2011 a 2022, apresentou um predomínio de adolescentes do sexo feminino, da área urbana e de cor branca. A transmissão intradomiciliar foi a predominante, o caso fonte principal foi a mãe, e a maioria dos pacientes desenvolveu a doença em menos de um ano após o contato. A sorologia para o HIV foi amplamente realizada, havendo cinco pacientes que possuíam coinfeção TB/HIV, com conhecimento prévio do diagnóstico e em uso irregular de TARV. Grande parte seguiu o acompanhamento no serviço de referência, e os demais foram acompanhados pela UBS de origem. Os dados da presente pesquisa serão importantes para o conhecimento do perfil epidemiológico de crianças e adolescentes que adoecem por TB no Brasil, colaborando para a criação de medidas de Saúde Pública que promovam prevenção, diagnóstico e tratamento precoce da doença.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho ACC, Cardoso CAA, Martire TM, Migliori GB, Sant'Anna CC. Epidemiological aspects, clinical manifestations, and prevention of pediatric tuberculosis from the perspective of the End TB Strategy. *J Bras Pneumol*. 2018 Apr;44(2):134-144. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1806-37562017000000461>
2. Newton SM, Brent AJ, Anderson S, Whittaker E, Kampmann B. Paediatric tuberculosis. *Lancet Infect Dis*. 2008;8(8):498-510. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(08\)70182-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(08)70182-8)

3. World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis Report. Genebra: WHO; 2022.
4. Carvalho I, Goletti D, Manga S, Silva DR, Manissero D, Migliori G. Managing latent tuberculosis infection and tuberculosis in children. *Pulmonology*. 2018 Mar-Apr;24(2):106-114. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rppnen.2017.10.007>
5. Venâncio TS, Tuan TS, Nascimento LFC. Incidência de Tuberculose em crianças no estado de São Paulo, Brasil, sob enfoque espacial. *Cien Saude Colet* 2015; 20 (5):1541-1547.
6. Cano APG, Romaneli MTN, Pereira RM, Tresoldi AT. Tuberculose em pacientes pediátricos: como tem sido feito o diagnóstico. *Rev Paul Pediatr* 2017; 35 (2):165-170.
7. Tahan TT, Gabardo BM, Rossoni AM. Tuberculosis in childhood and adolescence: a view from different perspectives. *J Pediatría (Rio J)*. 2020;96(S1):99-110.
8. Rossoni AMO, Rossoni MD, Rodrigues CO. Critérios de Pontuação para Diagnóstico de Tuberculose em Crianças. *Pulmão RJ* 2013;22(3):65-69
9. Silva DR et al. Diagnosis of tuberculosis: a consensus statement from the brazilian thoracic association. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, [S.L.], p. 20-33, 30 abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20210054>
10. World Health Organization (WHO). Implementing the end TB strategy. Genebra: WHO; 2015.
11. Brasil, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública - estratégias para 2021-2025. MS, 2021.
12. Marcondes, E. et al. *Pediatria Básica*. 9.ed. São Paulo: Sarvier, 2002.
13. Brasil, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: MS, 2019.
14. Brasil, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim epidemiológico Tuberculose 2023. Brasília: MS, 2023.
15. Galli L et al. Pediatric Tuberculosis in Italian Children: Epidemiological and Clinical Data from the Italian Register of Pediatric Tuberculosis. *Int J Mol Sci*. 2016 Jun 17;17(6):960. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms17060960>

16. Dickens OO, Courtney MY, Enos M, Martien WB. Epidemiology of Pediatric Tuberculosis in Kenya and Risk Factors for Mortality during Treatment: A National Retrospective Cohort Study. *The Journal of Pediatrics*. 2018. Vol. 201. Pg 115-121. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.05.017>
17. World Health Organization (WHO). *Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children*. 2° ed. Geneva: WHO; 2014.
18. World Health Organization (WHO). *Roadmap for childhood tuberculosis: towards zero deaths*. Geneva: WHO; 2013.
19. Santos BA, Cruz RPS, Lima SVLA, Santos AD, Duque AM, Araujo KCGM, Nunes MAP. Tuberculose em crianças e adolescentes: Uma análise Epidemiológica e espacial no estado de sergipe, brasil, 2001-2017. *Cien Saude Colet*. (2018/Nov)
20. Brasil, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Boletim epidemiológico Tuberculose 2022*. Brasília: MS, 2022.
21. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/pesquisa/10070/64506?ano=2021>. Acesso em 8 de julho de 2023.
22. Seddon AJ, Shingadia D. Epidemiology and disease burden of tuberculosis in children: a global perspective. *Infect Drug Resist*. 2014; 7: 153–165.
23. Viana PVS, Codenotti SB, Bierrenbach AL, Basta PC. Tuberculose entre crianças e adolescentes indígenas no Brasil: fatores associados ao óbito e ao abandono do tratamento. *Cad. saúde pública* 2019;35. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00074218>
24. Aketi L, Kashongwe Z, Kinsiona C, Fueza SB, Kokolomami J, Bolie G, et al. Childhood Tuberculosis in a Sub-Saharan Tertiary Facility: Epidemiology and Factors Associated with Treatment Outcome. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.015391>
25. Lienhardt C, Fielding K, Sillah J, et al. Risk factors for tuberculosis infection in sub-Saharan Africa: a contact study in The Gambia. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 168: 448– 455
26. Carvalho ACC et al. Pediatric tuberculosis in the metropolitan area of Rio de Janeiro. *International Journal of Infectious Diseases* 98 (2020) 299–304
27. Laghari M, Sulaiman SAS, Khan AH, Talpur BA, Bhatti Z, Memon N. Contact screening and risk factors for TB among the household contact of children with active TB: a way to find source case and new TB cases. *BMC Public Health*. 2019 Sep 18;19(1):1274. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7597-0>
28. Aspectos dos cuidados das crianças de menos de 4 anos de idade: 2015/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

29. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/pesquisa/10070/64506?ano=2021>. Acesso em 8 de julho de 2023.
30. Brasil, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças. Brasília: MS, 2016.

RECEBIDO:09/10/2024
APROVADO: 15/10/2024

Os Núcleos de Saúde dos anos 1980: Elos perdidos do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

The Health Centers of the 1980s: Missing links in the Brazilian Health Reform Movement

Caroline Dobis Grik Pucci¹, Carlos Rory Pucci Filho², William Augusto Gomes de Oliveira Bellani³, João José Batista de Campos⁴, Marcio José de Almeida⁵

1. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-5133-6833>. Mestranda em Ensino das Ciências da Saúde. Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná, Brasil.

E-mail: caroline.pucci@aluno.fpp.edu.br

2. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8501-686X>. Mestrando em Ensino das Ciências da Saúde. Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná, Brasil.

E-mail: carlos.rory@aluno.fpp.edu.br

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1429-616X>. Professor Pesquisador. Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná, Brasil.

E-mail: william.bellani@gmail.com

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7992-6276>. Médico. Professor aposentado da UEL, Doutor em Saúde Pública. Colaborador UniEduK Campinas. Jaguariúna, São Paulo, Brasil.

E-mail: ejocampos@gmail.com

5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7094-9906>. Professor Pesquisador. Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná, Brasil.

E-mail: marciojalmeida2015@gmail.com

RESUMO

Nos anos 1980, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, criado a partir da fundação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em 1976, teve um desenvolvimento surpreendente. Com o processo de redemocratização do país várias iniciativas passaram a ocupar espaços, como a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, as entidades do movimento municipalista em saúde e as organizações comunitárias. Há um componente desse processo que, apesar das suas relevantes contribuições, tem passado despercebido. Com a abertura política e a dinâmica mais acelerada das lutas sociais e sanitárias, vários integrantes dos departamentos acadêmicos da

medicina preventiva, da saúde pública, ou da saúde coletiva procuraram se desvencilhar dos entraves burocráticos das universidades e criaram estruturas organizacionais que facilitassem vínculos e ações de apoio aos serviços de saúde e aos movimentos comunitários. Essas estruturas, denominadas Núcleos de Estudos em Saúde Coletiva ou em Saúde Pública ou em Saúde Comunitária cumpriram (ainda cumprem?) papel decisivo em vários momentos durante os 40 e poucos anos de suas existências. Este ensaio visa contribuir com reflexões sobre o assunto para, talvez, tirá-lo do esquecimento e, talvez, vislumbrar novas perspectivas para as suas existências e atuações.

DESCRITORES: Saúde Coletiva. Reforma dos Serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

In the 1980s, the Brazilian Health Reform Movement, created by founding the Brazilian Center for Health Studies in 1976, experienced surprising development. With the country's re-democratization process, several initiatives began to occupy spaces, such as the Brazilian Association of Postgraduate Studies in Public Health, entities of the municipal health movement, and community organizations. There is one component of this process that, despite its important contributions, has gone unnoticed. With the political opening and the faster dynamics of social and health struggles, several members of the academic departments of preventive medicine, public health, or collective health sought to free themselves from the bureaucratic obstacles of the universities and created organizational structures that would facilitate links and actions to support health services and community movements. These structures, called Centers for Studies in Public Health or Community Health, played (still play?) a decisive role during the 40-odd years of their existence. This essay aims to contribute with reflections on the subject to, perhaps, bring it out of oblivion and, perhaps, glimpse new perspectives on its existence and actions.

DESCRIPTORS: Public Health. Health Care Reform. Unified Health System.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

O termo *saúde coletiva* pode ser entendido, apesar de várias definições existentes, como um movimento iniciado na década de 1950 nas universidades brasileiras, especificamente nos departamentos de medicina preventiva e social, com o objetivo de criticar e repensar o modelo assistencial da época¹⁻³. Esse termo foi cunhado com o intuito de superar as divergências entre saúde pública e medicina social, sem desestabilizar as estruturas acadêmicas vigentes, mas visando guiar estas estruturas para uma reforma setorial necessária⁴.

A quebra de paradigma decorrente dos movimentos de saúde coletiva impôs uma nova forma de abordar o campo da saúde, recusando a hegemonia biológica centrada na doença e transformando a abordagem por meio da tríade formada por saúde-doença-cuidado^{1,5}.

A saúde coletiva se ocupa do entendimento e abordagem no campo saúde-doença como um processo social, investigando a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; avaliando as práticas de saúde articuladas com as demais práticas sociais; compreendendo como a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde³. A emergência da saúde coletiva pode ser considerada como um movimento de cunho teórico, científico e político^{1,6}.

Um marco politicamente importante para o campo da saúde foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, durante a redemocratização do Brasil. Esta conferência destacou-se por contar com uma ampla participação da sociedade civil, incluindo representantes de grupos acadêmicos, profissionais de saúde e diversos movimentos sociais⁷. Essa mobilização foi fundamental para legitimar os princípios e diretrizes do modelo de saúde atual, refletindo um esforço coletivo para estabelecer um sistema de saúde mais inclusivo e acessível para todos os cidadãos^{3,8}.

Os ideais para transformar os paradigmas vigentes no campo da saúde podem ser alcançados apenas por meio da geração, fixação e disseminação de conhecimento^{2,9}. Os instrumentos essenciais para essa transformação estão centrados nos conceitos de ensino e pesquisa científica. Nesse contexto, como uma resposta às demandas impostas pelo processo de reforma sanitária, surgiram os Núcleos de Estudo em Saúde Coletiva¹⁰.

Os Núcleos são instituições criadas com a finalidade de promover reforma sanitária. As áreas de atuação dos Núcleos são desde alterações ideológicas até transformações políticas, sendo elas representadas por: atividades de planejamento, administração, recursos humanos, assistência à saúde individual, vigilância epidemiológica e sanitária, entre outras ¹⁰.

Os movimentos de saúde coletiva e seus núcleos, juntamente com o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), deixaram um legado significativo para a população brasileira: a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado na Lei 8080/1990, concebido dentro de uma perspectiva equânime, democrática e universal^{8,11}.

O objetivo deste ensaio é avaliar, compreender e disseminar a relevância das funções desempenhadas pelos Núcleos de Estudo em Saúde Coletiva, com ênfase no núcleo estabelecido pelas universidades paranaenses. Este manuscrito busca destacar como esses núcleos contribuem para os ideais da reforma sanitária brasileira, evidenciando seu papel na promoção da saúde coletiva e na construção de um sistema de saúde mais justo e acessível.

MÉTODO

Ensaio de reflexão embasado em vivências e em revisão de literatura a respeito do assunto, obtida por meio de busca nas bases de dados PubMed, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), *ScienceDirect* e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Além das fornecidas por sujeitos políticos que estiveram ou estão envolvidos nas atividades dos Núcleos, criados nos anos 1980.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O debate em torno de um ideal de sistema de saúde público e universal iniciou no ano de 1970, visando a criação, implementação e consolidação de um novo sistema de saúde. Esse movimento de transformação conceitual complexo, com cunho teórico, científico, social e político, permitiu criar as bases para a eclosão do MRSB^{6,12}.

O surgimento e desenvolvimento do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

Em 1976, a necessidade de afirmação dos ideais de reforma sanitária e a propagação de novos conceitos relacionados ao entendimento do processo saúde-doença culminou com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)⁶. A entidade apresentou propósitos de lutas democráticas, fornecendo espaço de divulgação do movimento sanitário, atraindo pessoas com ideias inovadoras que possibilitaram refletir sobre a dinâmica do sistema de saúde vigente na época⁶. O CEBES é um dos principais protagonistas do movimento sanitarista¹⁰.

No ano de 1979, foi criada a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), com a finalidade de apoiar e articular os centros de treinamento, ensino e pesquisa em saúde coletiva, em suas diferentes modalidades em todo o Brasil^{2,13}. A ABRASCO permitiu a ampliação das discussões com os diversos setores da sociedade, por meio de diversos eventos (seminários e reuniões) no âmbito nacional, com o objetivo de discutir experiências para o fortalecimento do MRSB^{1,6}.

Na década de 1980, os indicativos políticos de retorno ao estado democrático de direito, permitiram que muitos profissionais relacionados ao CEBES ocupassem espaços institucionais da saúde, permitindo a inserção de propostas de mudanças tanto no acesso e coberturas relacionadas aos serviços de saúde, quanto ao modelo de atenção praticado¹⁰. As diversas conjunturas políticas e sociais que emergiram nos âmbitos nacional, estadual e municipal configuraram a necessidade de uma reflexão crítica sobre a saúde como um processo social, indissociavelmente ligado a contextos sociais e políticos mais amplos¹⁴. Nesse contexto, a questão democrática da saúde foi ganhando cada vez mais sentido e destaque quando se compreendeu que o direito à saúde fazia parte de um processo de (re)formulação de um modelo social e econômico de desenvolvimento do país¹⁵.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, mobilizou extensa participação popular, aumentando a complexidade do MRSB e a amplitude da relação conceitual entre saúde e democracia. O projeto da reforma sanitária se baseou em princípios de solidariedade social, com destaque para a universalidade e equidade, porém, não se limitou apenas ao processo de democratização da saúde, mas, ao processo de democratização social, cultural, econômica e política¹².

O contexto que se estabelecia exigia a criação de mecanismos que possibilitassem a disseminação do conhecimento acerca das mudanças democráticas e sociais propostas no campo da saúde. Nesse cenário, destacam-se a criação dos Núcleos de Estudo, que se configuraram como entidades com o objetivo de fornecer um campo de produção científica e de conhecimentos tecnológicos sobre a saúde, bem como promover a formação acadêmica e profissional e a formulação de políticas educacionais, científicas e de saúde¹⁰. Os Núcleos foram compostos por multiprofissionais de saúde, que facilitaram a integração, articulação e troca de experiências entre as diversas instituições de ensino em saúde, serviços de saúde e organizações comunitárias.

O surgimento dos Núcleos pioneiros

O primeiro Núcleo criado foi o Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva e Nutrição (NESCON), vinculado à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em 1983. A criação do NESCON contribuiu para o processo de consolidação do SUS no país, por meio de programas de qualificação dos trabalhadores da rede de atenção primária à saúde, desenvolvimento de pesquisas e serviços de assessorias prestados. Em suas iniciativas profissionais, o NESCON, orientado pela multidisciplinaridade, envolveu professores, estudantes e pesquisadores vinculados ao SUS. Entre os responsáveis pela criação e consolidação do NESCON destacam-se: Francisco Campos, Benedictus Philadelpho Siqueira e Roseni Chompre.

Ao longo de sua história, o NESCON foi responsável por diversas produções acadêmicas e científicas e diversos cursos ofertados, sendo destaque a publicação de 69 livros, 221 artigos científicos, 359 participações em eventos e 4600 orientações em trabalhos de conclusão de curso. Em relação aos cursos ofertados, destacam-se: o curso de especialização em Estratégia/Gestão do Cuidado em Saúde da Família, com 4307 certificados emitidos; e os cursos autoinstrucionais: Avaliação e Monitoramento dos Serviços de Atenção Domiciliar, com 5227 concluintes e Uso Terapêutico de Tecnologias Assistivas, com 3742 certificados.

O segundo Núcleo criado, por meio de iniciativas de Eleutério Rodrigues Neto, Mourad Ibrahim Belaciano e Eric Jenner Rosas, foi o Núcleo de Estudo em Saúde Pública (NESP), em 1986. O NESP, vinculado à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), contribuiu para a criação do Departamento de Saúde

Coletiva da instituição. Após, desvinculou-se da universidade e iniciou vínculo com o Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares, privilegiando a intervenção multidisciplinar no campo da saúde. O NESP também apresentou destaque por produções científicas e eventos relacionados à área de saúde coletiva.

Em 1987, influenciado pelos ideais de mudanças, Luiz Cordoni, Arnaldo Bertone e Darcy Reis, destacaram-se entre os responsáveis pela criação e consolidação do Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva (NESCO), relacionado às Universidades Estaduais de Londrina (UEL), Maringá (UEM) e Ponta Grossa (UEPG). O NESCO foi criado no dia 30 de novembro de 1987 com a decisão e experiência de profissionais de saúde do Paraná da área de saúde pública ou saúde coletiva. O cenário nacional era propício e o ambiente político do estado permitiu que a iniciativa adquirisse contornos próprios. Houve um processo de descentralização dos recursos de saúde, valorizando os municípios e estimulando a implantação de serviços básicos de saúde.

Em 1988, houve a criação do Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), com atuações na formação de sanitaristas no estado, consultorias no processo de municipalização e cursos de especialização em áreas técnicas específicas da saúde coletiva. Os diversos projetos nas áreas de ensino, pesquisa e extensão, por meio de programas de educação de equipes de atenção primária, gestão do trabalho, educação em saúde e apoio a implantação da Política Nacional de Humanização demonstraram a relevância do NESC. Janete Lima de Castro é uma das personagens que se destacaram na criação e fortalecimento das ações do NESC.

A partir de 1988, a criação dos núcleos se disseminou pelo território brasileiro, com novos Núcleos em Santa Catarina, Ceará, Pernambuco, Goiás e Paraíba. A maioria estava vinculado às universidades federais.

As contribuições do Núcleo paranaense

O NESCO desenvolveu suas atividades por 26 anos, tendo participado ativamente das conquistas do Capítulo da Saúde na Constituição Federal de 1988, trabalhando em conjunto com os demais Núcleos, como o NESP e o NESCON, apoiando a aprovação da Lei Orgânica da Saúde¹¹. Também participou ativamente da conquista do Capítulo da Saúde na Constituição do Estado do Paraná¹⁶.

No âmbito do ensino ocorreram diversas ações no Paraná, com destaque para o desenvolvimento do curso de especialização de Políticas Públicas e Gestão Estratégica para Gestores e do curso de especialização em Saúde da Família. Além da coordenação do projeto denominado UniversiAids, com enfoque na capacitação de profissionais da saúde e educação em doenças sexualmente transmissíveis, com ênfase na síndrome da imunodeficiência adquirida e infecção pelo vírus HIV.

No que tange à esfera acadêmica, o NESCO criou e publicou diversas edições da Revista Espaço para a Saúde e da Revista de Saúde Pública do Paraná. Além disso, apoiou a elaboração e a gestão do projeto Uni-Londrina (PROUNI), resultando em significativas contribuições para a modernização dos cursos de Medicina e Enfermagem, bem como para os serviços de saúde e a capacitação de lideranças comunitárias. O NESCO também foi um dos responsáveis pela criação do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva do Centro de Ciências de Saúde da UEL. Em 2007, organizou o IV Fórum Nacional sobre Metodologias Ativas de Ensino e Aprendizagem, seguido pelo VII Fórum em 2014.

O NESCO fortaleceu a implantação e consolidação de novos modelos de educação para profissionais de saúde e promoveu mudanças institucionais, como a criação do Departamento de Saúde Coletiva da UEL (DESC) em 2001. É importante ressaltar que a instituição já se destacava nas áreas de atuação em saúde coletiva durante os 18 anos que antecederam a formação do NESCO.

No ano de 2013 houve adoção de um novo modelo para captação de membros, de caráter associativo, ocorrendo o desligamento das três universidades participantes inicialmente e permitindo que seu quadro de membros se tornasse inclusivo a instituições públicas e privadas, nascendo o Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (iNESCO), coordenado pelo professor João Campos. O iNESCO, cumprindo a proposta de sua criação, contribuiu para o fortalecimento do setor de saúde e para a melhora da assistência à saúde dos paranaenses, mantendo seu apoio e contribuições relevantes no ambiente educacional, acadêmico e científico.

Como resultado de diversas ações, em 2013 o iNESCO foi agraciado com os Títulos de Utilidade Pública, tanto municipal na cidade de Londrina (Lei 11.886/2013) quanto estadual (Lei 17.723/2013), que permanecem em vigor devido ao contínuo cumprimento de suas finalidades^{17,18}. Em 2013, recebeu a Medalha Ouro Verde em reconhecimento por suas ações notáveis e relevantes em benefício do público¹⁹. O iNESCO promoveu sete Congressos Paranaenses de Saúde Pública/Coletiva e

diversas mostras paranaenses de Pesquisas e Relatos de Experiência em Saúde. Além disso, criou o Prêmio Inova Saúde Paraná, que em 2024 realizou seu 7º Congresso, de 24 a 27 de julho, com o tema Integração Digital na Saúde Pública: Desafios e Oportunidades para o SUS. A luta continua!

O iNESCO desempenhou um papel fundamental no desenvolvimento dos cuidados paliativos no Paraná, contribuindo ativamente para a elaboração do projeto de lei que estabeleceu os princípios e fundamentos dessa área (Lei Estadual 20.091/2019) e para a reativação do Instituto Palliare²⁰. Além disso, participou do Programa de Qualificação e Fortalecimento da Gestão Estratégica do SUS, em colaboração com a UEL, UEM e UEPG.

As ações estratégicas dos Núcleos nas regiões brasileiras

De maneira geral, a missão institucional dos Núcleos é promover estudos e pesquisas que envolvam análises e proposições crítico-reflexivas na área de saúde coletiva. Além disso, os Núcleos realizam e participam de atividades de consultoria, assessoria técnica, capacitações e educação permanente junto às diversas instituições do SUS. Desempenham, assim, um papel fundamental na formação dos profissionais de saúde, preparando-os para enfrentar os desafios contemporâneos da saúde pública, como o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, o envelhecimento populacional e as emergências sanitárias.

O envolvimento dos Núcleos no âmbito legislativo, com o objetivo de alterar o conceito e o entendimento de saúde entre os responsáveis pelas decisões políticas do país, os tornou protagonistas em todos os principais movimentos em defesa da saúde, da reforma sanitária e da formação do SUS. Embora sejam caracterizados como instituições suprapartidárias, seu engajamento político foi fundamental para promover mudanças significativas nesse contexto⁹. O MRSB e os Núcleos são complementares e convergentes nos esforços relacionados à promoção de saúde pública de qualidade, participação popular e justiça social.

Nos últimos 35 anos, a produção científica passou de incipiente e concentrada em apresentações em congressos para uma produção numericamente expressiva e qualitativamente consistente, refletindo a maturidade do campo como produtor de conhecimentos e formador de novos docentes, pesquisadores e profissionais de saúde².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O MRSB estabeleceu importantes conexões que foram fundamentais para seu processo de maturação e a concretização de seus ideais. Os Núcleos desempenharam um papel relevante nesse processo de formação e transformação dos princípios básicos de saúde, contribuindo para a redemocratização social da saúde. A compreensão do campo da saúde dentro de um espectro de democratização política e social, aliada à disseminação desses conceitos por meio dos Núcleos, foi crucial para o sucesso da reforma sanitária. Este movimento não deve ser visto como algo encerrado, mas sim como uma iniciativa que continua a se desenvolver, mantendo suas bases de ação atualmente. Essa continuidade transforma diariamente o sistema de saúde e promove a democratização do acesso, assegurando que os princípios de equidade e inclusão sejam cada vez mais integrados nas políticas de saúde. Este trabalho é uma contribuição inicial sobre o papel dos Núcleos de Estudo em Saúde Coletiva e deverão surgir futuramente outros trabalhos sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

- 1- Souza LEFP. Saúde Pública ou Saúde Coletiva? Revista Espaço para a Saúde. 2014;15(4):7-21. DOI: <https://doi.org/10.22421/15177130-2014v15n4p7>
- 2- Barata RB. O campo científico da saúde coletiva. Saúde Debate. 2022. ABR-JUN; 46(133): 473-483. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213316>
- 3- Osmo A, Schraiber LB. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. Saúde Soc. 2015; 24(1): 205-218. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01018>
- 4- Paim JS. Saúde Coletiva ou restauração da Saúde Pública? Conferência ENSP. 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/34795>
- 5-Paim JS, Almeida Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. ed. ISC-UFBA/Casa da Saúde; 2000.
- 6- Virgens JHA, Teixeira CF. Reforma Sanitária Brasileira: uma revisão sobre os sujeitos políticos e as estratégias de ação. Saúde Debate. 2022;46(133):534-50. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/6573>
- 7- Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf

- 8- Celuppi IC, Savi Geremia D, Ferreira J, Pereira AMM, Barros de Souza J. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. Saúde debate [Internet]. 28 de abril de 2022;43(121 abr-jun):302-13. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/1485>
- 9- Neto JA, Cavalcante PS, Filho JD da S, Santos FD dos, Maia AMPC, Simião AR. O ensino da saúde coletiva no Brasil: uma revisão integrativa. Saúde debate [Internet]. 1º de junho de 2023 [citado 17º de dezembro de 2024];46(especial 6 dez):281-97. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/6915>
- 10- Pinheiro TXA. Uma Visão do Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva. História, Saúde, Ciência. 2009; 16(4): 1045-1056. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702009000400012>
- 11- Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; set 20. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- 12- Costa AM, Rizzotto MLF, Lobato L de VC, Giovanella L. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: movimento em defesa do direito à saúde. Saúde debate [Internet]. 4º de julho de 2022 [citado 17º de dezembro de 2024];44(44 especial 1 jan):135-41. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/3429>
- 13- Campos FE, Aguiar RAT, Belisário SAA. A formação superior dos profissionais de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, editors. Políticas e sistemas de saúde no Brasil [Internet]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 885-910. Available from: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494-37.pdf>
- 14- Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciência & Saúde Coletiva. 2000; 5(2): 219-230. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>
- 15- Mendonça PBS, Castro JL. O ensino na graduação em saúde coletiva: o que dizem os projetos pedagógicos. Ciência & Saúde Coletiva. 2023 [citado 2024 Dez 15];28(6):1729-42. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.14352022>
- 16- Brasil. Constituição do Estado do Paraná. Diário Oficial 1989 out 5;(3116). Disponível em: <https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/exibirAto.do?action=iniciarProcesso&codAto=9779&codItemAto=97592>
- 17- Londrina. Lei ordinária nº. 11886, de 25 de julho de 2013. Jornal Oficial do Município de Londrina, 2013 jul 30;(2224):2. Disponível em: <https://www.cml.pr.gov.br/proposicoes/Leis-Ordinarias/0/80/0/26333>

- 18- Curitiba. Lei nº 17723, de 21 de outubro de 2013. Diário Oficial Executivo. 2013 out 21;(9069):3.
- 19- Londrina. Lei nº 11.931, de 24 de outubro de 2013. Jornal Oficial do Município de Londrina. 2013 nov 1;(2297):3. Disponível em: <http://leismunicipa.is/trjom>
- 20- Paraná. Lei nº 20091, de 19 de dezembro de 2019. Diário Oficial Executivo. 2019 dez 19;(10588):3. Disponível em: <https://bancodeleis.unale.org.br/Arquivo/Documents/legislacao/image/PR/L/L200912019.pdf>

RECEBIDO: 10/12/2024
APROVADO: 18/12/2024