

RSPP

Revista de Saúde Pública do Paraná

VOLUME 02. Nº 2. DEZEMBRO 2019 | ISSN IMPRESSO 2595-4474 | ISSN ONLINE 2595-4482 | CURITIBA (PR)

2019 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 – Taramã

Curitiba (PR) – CEP:82821-016

Tel. (41)3342-9818

www.escoladesaude.pr.gov.br

Tiragem: 3.000 exemplares

RSPP

Revista de Saúde Pública do Paraná

ISSN IMPRESSO 2595-4474 | ISSN ONLINE 2595-4482

Disponível também em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – Brasil.

R454 Revista de Saúde Pública do Paraná / Escola de Saúde Pública do Paraná. – v. 2, n. 2 (ago./dez. 2019). – Curitiba : SESA/ESPP, 2019-.

143p. : il.

Semestral
ISSN impresso 2595-4474
ISSN online 2595-4482

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

CDD 614.098162

Bibliotecário responsável: **Tiago Pereira Nocera CRB 9/1878**

EDITORA-CHEFE Priscila Meyenberg Cunha Sade (Escola de Saúde Pública do Paraná) **EDITOR ASSOCIADO** José Carlos da Silva de Abreu (Secretaria de Estado da Saúde Pública do Paraná) **CORPO EDITORIAL** Célia Maria Borges da Silva Santana (Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco), Denise Xavier Messias (Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior), Domicio Sá (Fiocruz-PE), Eliane Cristina Sanches Maziero (Escola de Saúde Pública do Paraná), Giseli Cipriano Rodacoski (Faculdades Pequeno Príncipe), João José Batista de Campos (Instituto de Estudos em Saúde Coletiva-INESCO), José da Paz Oliveira Alvarenga (Universidade Federal de Pernambuco), Julia Valeria Ferreira Cordellini (Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba), Márcio José de Almeida (Faculdades Pequeno Príncipe), Neuza Buarque (Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco), Rosa Maria Pinheiro Souza (ENSP/FIOCRUZ), Sérgio Túlio Stinghen (Secretaria de Estado da Saúde Pública do Paraná), Solange Rothbarth Bara (Escola de Saúde Pública do Paraná), Viviane Serra Melanda (Faculdades Pequeno Príncipe) **EDITOR ADMINISTRATIVO** Tiago Pereira Nocera



A Revista de Saúde Pública do Paraná conta com o apoio do INESCO, por meio do Convênio 039/18 assinado entre o INESCO e a Secretaria de Estado da Saúde

INDEXADA EM:



ASSOCIADA À:



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

SEMESTRAL **REVISÃO ORTOGRÁFICA:** MARIA CHRISTINA RIBEIRO BONI **REVISÃO DE INGLÊS:** DENISE RODRIGUES
PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO: VISUALITÀ CASA DE DESIGN

Política editorial vigente

Trata-se de publicação periódica institucional da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), por meio da Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP) com objetivo ser um veículo de comunicação científica de informação especializada em saúde pública, saúde coletiva e educação em saúde. Preferencialmente, a revista publicará trabalhos originais que abordem problemas e assuntos relativos à estes temas no âmbito do Paraná.

Missão

Publicar contribuições sobre os aspectos relacionados aos problemas de saúde da população e sobre a organização dos serviços e sistemas de saúde, bem como áreas correlatas. Busca também ser espaço para interlocução de experiências entre as instituições que compõe o Sistema de Saúde no Paraná.

Público-alvo

Servidores e dirigentes dos serviços de saúde que trabalham no Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando que o compartilhamento de informações científicas nas diversas vertentes da saúde pública e coletiva possam gerar conhecimento que auxilie nas tomadas de decisão, inovação e melhoria nos processos de trabalho. Também procura atingir acadêmicos, professores e pesquisadores, com o intuito de fomentar a pesquisa e inovação em saúde no Estado.

Escopo

A Revista de Saúde Pública do Paraná publicará trabalhos originais que estejam de acordo com os parâmetros éticos de autoria em sua produção. Sua submissão implica em transferência dos direitos autorais da publicação digital e impressa e a não observância desse compromisso submeterá o infrator a sanções e penas previstas na Lei de Proteção dos Direitos Autorais (Número 9.610, de 19/02/98).

A revista publica, em cada edição, um mínimo de 50% de trabalhos originais. Serão publicados trabalhos nas seguintes modalidades: Artigos Originais, Artigos de Revisão de Literatura, Resenhas de Livros, Comunicações Breves e Relatos de Experiência. Também serão publicadas cartas ao editor, entrevistas e comentários sobre aspectos relevantes da saúde pública. A submissão ocorrerá exclusivamente por meio do sistema OJS (Open Journal Systems) e estará sujeita a avaliação de seu mérito científico por pares (*peer review*).

Periodicidade e distribuição

Publicada semestralmente, a revista tem como princípio de distribuição de sua versão eletrônica o acesso aberto, ou seja, fornece acesso livre e imediato ao seu conteúdo. A versão impressa é distribuída gratuitamente entre gestores, professores, pesquisadores e alunos que atuam na saúde pública do Estado.

Avaliação pelos pares

A revista é constituída de corpo editorial científico constituído de especialistas em áreas que envolvem a promoção da saúde pública e coletiva, com participação na academia, garantindo o rigor científico das informações por ela veiculadas. Compõe-se de Editor Científico, Editor Associado e outros responsáveis pelos conteúdos publicados e pelo respaldo técnico-científico à publicação. Além disso, compõem a estrutura da revista membros pareceristas, especialistas em vários campos da saúde pública, que participam da avaliação pelos pares. A avaliação será na modalidade duplo-cega. O processo de submissão de trabalhos será realizado através de chamada pública, a ser publicada na edição anterior, no site oficial da Escola de Saúde Pública do Paraná (www.escoladesaude.pr.gov.br) e na plataforma da revista no sistema OJS (<http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp>).

Sumário

EDITORIAL	07
ENTREVISTA	09

ARTIGOS ORIGINAIS

RISCO DE VULNERABILIDADE DOS IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO OESTE PARANAENSE Giovana Balbinot, Kurt Juliano Sack Orejuela Usocovich	13
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UM MUNICÍPIO DO SUDOESTE DO PARANÁ Bruna Pilger, Isabela Marques, Cleunir de Fatima Candido De Bortoli, Emi Elaine Stefanski Battisti	20
ASSISTÊNCIA AO PARTO E VIOLÊNCIAS SOB A ÓTICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE Lizandra Flores Chourabi, Kathie Njaine, Fatima Cecchetto, Greice Machado Pieszak, Mônica Tabata Heringer Streck	28
FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE PACIENTES HIV EM USO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E SUA ASSOCIAÇÃO AO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL Ingridt Hildegard Vogler, Daniela Frizon Alfieri, Heloisa Damazio Bruna Gianjacomo, Elaine Regina Delicato de Almeida, Edna Maria Vissoci Reiche	39
ESTUDO DAS INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA EM DOIS MUNICÍPIOS DE GRANDE PORTE NO BRASIL João José Batista de Campos, Aldaísa Cassanho Forster, Renato Carlos Machado, Janise Barros Braga Ferreir, Fernando Rodrigues Bellissimo	49
INTERNAÇÕES EM UNIDADE CRÍTICA NEONATAL DE UM HOSPITAL INFANTIL PÚBLICO DO PARANÁ Elaine Priscila Pechepiura, Michelle Thais Migoto, Fernanda Gabriela Leandro Schaedler, Márcia Helena de Souza Freire	59
INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO NA SALA DE PARTO EM MATERNIDADES COM E SEM A INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA Luana da Silva, Maria Caroline Rogerio, Márcia Aparecida dos Santos Silva Canario, Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	69
LEPTOSPIROSE NO ESTADO DO PARANÁ, BRASIL: UMA ABORDAGEM DE SAÚDE ÚNICA Igor Massahiro de Souza Suguira	77
PROGRAMA DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO EM CRECHES DE CURITIBA-PR: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO INFANTIL Lais dos Santos, Rubia Daniela Thieme	85
INCIDÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DA SEPSE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL MISTO DO PARANÁ Estefani Teresinha Seibt; Joice Cristina Kuchler; Franciele do Nascimento Santos Zonta	97
ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL MATERNO-INFANTIL Carolina de Oliveira Azim Schiller, William Augusto Gomes de Oliveira Bellani, Renata Iani Werneck, Samuel Jorge Moysés, Simone Tetu Moysés	107

RELATOS DE EXPERIÊNCIA

LOGÍSTICA REVERSA DE MEDICAMENTOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ESTADO DO
PARANÁ

Luciane Otaviano de Lima, Gisele Ribeiro da Assunção Frois 115

ARTIGOS DE REVISÃO

VIOLÊNCIA LABORAL CONTRA A EQUIPE DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA

Bruna Decco Marques da Silva, Júlia Trevisan Martins, Aline Aparecida Oliveira Moreira 125

CHAMADA PÚBLICA 136

DIRETRIZES PARA AUTORES 137

Esta edição da **REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ (RSPP)** reveste-se de caráter especial. Com esta segunda edição do segundo volume do periódico, consolida-se o compromisso da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (SESA)**, por meio da **ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ/CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS (ESPP-CFRH)**, com a pesquisa em saúde como forma de favorecer processos de inovação e aprimoramento dos serviços de saúde no SUS do Paraná.

Na busca da superação de barreiras institucionais entre a produção de conhecimento científico, os serviços de saúde prestados pelo SUS e a comunidade usuária, a iniciativa desta publicação favorece a integralidade em saúde, potencializando as inovações na organização da atenção, bem como o desenvolvimento de novas tecnologias que vão ao encontro de solucionar os diversos problemas e desafios que estão postos para o cuidado da população.

Desta forma, este ainda jovem periódico entra em seu terceiro ano de vida já com resultados positivos, ao tornar públicas as pesquisas em saúde, que, através de informações cientificamente validadas por pares, buscam subsidiar a melhoria dos serviços de saúde, com contribuições importantes de pesquisadores e profissionais do Paraná e do Brasil.

Isto se expressa nos temas atuais e relevantes para os gestores de saúde pública cobertos por este número, tais quais: saúde do idoso, saúde materno-infantil, internações sensíveis, doenças sexualmente transmissíveis (HIV e sífilis congênita), saúde bucal, leptospirose, sepse, assistência farmacêutica e enfermagem.

A publicação também busca seu aprimoramento contínuo: nesta edição procurou-se melhorar o fluxo editorial, com a diversificação do corpo de avaliadores *ad hoc* da Revista e a atualização das diretrizes para autores, de forma a qualificar o mérito dos trabalhos submetidos para esta publicação. Isto é parte do esforço de tornar o periódico, nascido dos serviços de saúde prestados pelo estado do Paraná, reconhecido academicamente em âmbito nacional e internacional.

Para este segundo volume da Revista, tivemos a honra de receber um número total de 100 trabalhos submetidos, dentre artigos originais, de revisão e relatos de experiência; e após percurso de rigorosa avaliação pelo corpo editorial e por pares no sistema double blind review, foram 27 os selecionados para publicação, sendo 13 neste v. 2, nº 2 que aqui apresentamos.

Externamos aqui nosso agradecimento ao Secretário de Estado da Saúde do Paraná, Dr. Carlos Alberto Gebrim Preto, por garantir a continuidade desta publicação, demonstrando seu comprometimento com a educação e a pesquisa sobre a saúde

pública como fator integral ao sucesso do desenvolvimento de suas ações. Também agradecemos ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (iNESCO) pelo apoio e parceria no desenvolvimento deste periódico. Em especial, direcionamos nossa homenagem aos pesquisadores e técnicos dos serviços de saúde que se dispuseram a colaborar como avaliadores *ad hoc* desta publicação, garantindo, com responsabilidade e dedicação, que os dados aqui apresentados tenham consistência, qualidade e mérito, através de pareceres nas suas áreas de competência. São estes os participantes como avaliadores deste segundo volume da RSPP:

Alberto Duran Gonzalez, Aldiney Doreto, André do Nascimento de Souza, Camila Malherbi Bortoluzzi, Carolina Bocchi Maia, Carolina de Oliveira Azim Schiller, Caroline Gonçalves Pustiglione Campos, Cássio Marques Perlin, Christian Boller, Christiane Luiza Santos, Christiane Santos, Cibele Domingos Prado da Luz, Cíntia Raquel Bim, Danielle Sellmer, Danielle Talita Dos Santos, Denise Xavier Messias, Dora Yoko Nozaki Goto, Elaine Rossi Ribeiro, Elenize Losso, Eliane Cristina Sanches Maziero, Erica Ell, Fabio André Miranda de Oliveira, Fabio Garani, Fabio Oliveira, Fernanda Ferreira Evangelista, Flávia Troncon Rosa, Giseli Cipriano Rodacoski, Graciele de Matia, Guilherme de Andrade Ruela, Guilherme Graziani, Isabel de Lima Zanata, Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes, João Campos, José Camilo Hurtado Guerrero, Julia Cordellini, Juliana Taques Pessoa da Silveira, Lisete Teixeira Palma de Lima, Lucia Helena Linheira Bisetto, Luciana Elisabete Savaris, Marcelle Paiano, Marcelo Marques Ferreira, Márcia Freire, Marcos Takimura, Maria Elisa Brum do Nascimento, Maria Esther Graf, Marlise Lima Brandão, Olga Peterlini, Pablo Guilherme Caldarelli, Patrícia Helena Napolitano, Paula Rossignoli, Raquel Ferraro Cubas, Ricardo Castanho Moreira, Riciano do Carmo Calixto Truppel, Roberto Esteves, Rogério Cordeiro, Sérvio Túlio Stingham, Taine Costa, Thaís Vasconcelos, Viviane Serra Melanda.

Desejamos aos nossos leitores que todos possam ter uma leitura proveitosa, na esperança que os dados aqui dispostos possam ser um convite à reflexão, à produção de conhecimento e ao melhoramento das rotinas de trabalho.

Até a próxima edição!

PRISCILA MEYENBERG CUNHA SADE

Editora-chefe RSPP

Entrevista

LUIZ HENRIQUE MANDETTA

MINISTRO DA SAÚDE



Luiz Henrique Mandetta, natural de Campo Grande, município do estado do Mato Grosso do Sul, é médico formado pela Universidade de Gama Filho, no Rio de Janeiro (RJ), em 1989, e pós-graduado em ortopedia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e especialista em ortopedia pediátrica pela *Fellow da Emory University*, em Atlanta, Georgia (EUA). Além disso, é também especialista em gestão de serviços e sistema de saúde pela Fundação Getúlio Vargas.

Iniciou sua carreira como médico no Hospital Geral do Exército e em 1993 passou a compor o quadro de médicos da Santa Casa de Campo Grande (MS). Foi conselheiro fiscal da Cooperativa de Médicos, a Unimed, de Campo Grande de 1998 a 1999.

De 2005 a 2010, foi secretário Municipal de Saúde do município de Campo Grande (MS), atuando intensivamente no combate a maior infestação do mosquito *Aedes aegypti*.

Deputado Federal pelo estado de Mato Grosso do Sul desde 2011, empenhou esforços nas áreas sociais, especialmente na saúde, assistência social e educação.

É membro da Comissão Especial que acompanha as ações de combate ao vírus zika.

Quais são os principais problemas de saúde que o Brasil enfrenta atualmente e o que o Ministério da Saúde (MS) tem feito para que sejam resolvidos?

A desestruturação da atenção primária é um ponto que deve ser resolvido. Um alerta desse nível de atendimento veio da vacinação. Assistimos o retorno do sarampo em 2018, com mais de 10 mil casos. Nos últimos 90 dias, foram confirmados 5.660 casos, com 14 mortes confirmadas.

Para esse nível de atenção já lançamos o Saúde na Hora, com a abertura de postos de saúde por mais tempo, também habilitamos milhares de equipes de atendimento à população, e lançamos o programa Médicos pelo Brasil, para valorizar os profissionais que atuam nas regiões mais vulneráveis. Especificamente para a vacinação estamos beneficiando com recursos novos aqueles municípios que atingirem altas coberturas de proteção às crianças.

Neste ano nós lançamos, ainda, o programa Vacina Brasil, que vai promover a vacinação, com trabalho de informação constante e não apenas durante os períodos de campanha, para que a população volte a ter responsabilidade e compromisso de se vacinar.

O SUS deve ser mantido intocado, inclusive nos dispositivos Constitucionais e na Lei Orgânica da Saúde, ou em quais aspectos deveria ser aperfeiçoado?

O SUS é uma grande conquista do Brasil. Ao longo de seus 30 anos, muitos contribuíram para a sua construção. Certamente, temos que valorizar aquilo que está indo bem, mas também devemos ficar atentos para pontos que possam oferecer melhor resolutividade, qualificar o atendimento e ampliar o acesso.

Um exemplo disso é a falta de informação confiável, que possa ajudar na gestão. Muitos dados que são alimentados no sistema não retornam para as cidades, nem como relatórios para que os gestores saibam da realidade de cada unidade. Para reverter

esse processo, iniciamos em Alagoas um projeto de integração e conexão de dados de saúde.

O Conecte SUS vai possibilitar saber a sua trajetória do cidadão no SUS, quais vacinas ele tomou, os atendimentos realizados, exames, internações, medicamentos usados. Isso permitirá planejar e ter uma rede mais organizada e dimensionar corretamente a oferta dos serviços de saúde pública.

Qual é a sua análise sobre o papel do Brasil na saúde internacional? Em particular com relação aos países vizinhos, mas também de outras regiões?

Temos uma relação bem estreita e forte não apenas com os países do Mercosul como também com os integrantes do BRICS. Esses blocos, por exemplo, vão criar uma Rede de Bancos de Leite Humano usando a estratégia brasileira, que aliam baixo custo e alta tecnologia. Inclusive o Brasil é referência

" Tenho dito que não existe assunto que não possamos debater. Não há assunto intocável. Queremos as melhores evidências disponíveis para avançar na rede pública. É com a verdade e transparência que temos conseguido apoio e confiança da sociedade e, principalmente, dos gestores estaduais e municipais de saúde, que são nossos grandes aliados e parceiros para executar serviços de saúde pública qualificados à população."

mundial na estratégia de Banco de Leite Humano. Hoje são 225 bancos de leite humano, sendo que cada estado tem pelo menos um à disposição da população. Existem ainda 217 postos de coleta.

Temos trabalhado muito também na atualização da Rede de Pesquisa em Tuberculose, vacinação (cobertura e disponibilidade de doses de vacinas), medicamentos para doenças negligenciadas e financiamento da saúde. São ações que garantem avanço não apenas para o Brasil, mas para todos os países envolvidos, vizinhos ou não.

Desde sua posse no Ministério da Saúde, o Senhor não tem fugido de temas polêmicos. Qual é a sua avaliação sobre os efeitos ou resultados dessas iniciativas?

Tenho dito que não existe assunto que não possamos debater. Não há assunto intocável. Queremos as melhores evidências disponíveis para avançar na rede pública. É com a verdade e transparência que temos conseguido apoio e confiança da sociedade e, principalmente, dos gestores estaduais e municipais de saúde, que são nossos grandes aliados e parceiros para executar serviços de saúde pública qualificados à população.

Qual a estratégia do Ministério da Saúde para trabalhar com a questão dos Cuidados Paliativos?

Estamos olhando as melhores práticas para oferecer conforto e qualidade de vida aos pacientes que estão com uma doença que não tem cura, amenizando a dor e os sintomas. A busca será pelo tratamento integral a todos os casos em que houver indicação clínica.

Qual é a sua avaliação das políticas de saúde desenvolvidas pelo Governo do Paraná durante a atual gestão?

Neste ano, o governo federal investiu R\$ 21,5 milhões para habilitar, ampliar e reforçar os atendimentos à

população, como habilitação de leitos e serviços nos hospitais e UPAS, e equipes de SAMU 192. Desse total repassamos R\$ 5,4 milhões para o estado zerar as filas de cirurgias eletivas. Investimos ainda mais R\$ 27,8 milhões para reforçar os atendimentos nos hospitais universitários federais do estado. Os investimentos dependem, necessariamente, do gestor estadual e dos municipais para a oferta efetiva dos serviços à população. Assim, temos construído constantemente uma parceira de entrega do atendimento aos paranaenses.

Quais são as ações que o MS tem realizado que contemplam necessidades da saúde da população paranaense e expectativas do setor saúde do estado?

O Paraná, após reforço de ações e investimentos do Ministério da Saúde, foi um dos estados que atingiu a meta de vacinar contra o sarampo pelo menos 95% de crianças de seis meses a menores de 1 ano, que são mais suscetíveis às complicações da doença.

Também é o estado com o maior número de inscrições de Unidade de Saúde da Família ao Programa Saúde na Hora, que permite que as unidades de saúde funcionem por mais tempo – abertas durante a noite, horário de almoço e opcionalmente nos fins de semana. O objetivo é ampliar o acesso da população aos serviços de atenção primária, como consultas médicas e odontológicas, coleta de exames laboratoriais, aplicação de vacinas e acompanhamento pré-natal.

Em maio deste ano, o Paraná também recebeu um reforço mensal de R\$ 7,8 milhões para qualificar e fortalecer os serviços da atenção primária à população de 371 municípios. Outra situação na qual o estado também é exemplo está nos transplantes, sendo que o Paraná foi um dos três estados que conseguiu zerar a fila de transplante de córnea.

RISCO DE VULNERABILIDADE DOS IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO OESTE PARANAENSE

Risk for old-age vulnerability of the elderly in a family health unit in western Paraná

Giovana Balbinot¹, Kurt Juliano Sack Orejuela Uscocovich².

1. Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel – PR. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7339-8839>.

2. Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel – PR. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6119-6700>.

CONTATO: Giovana Balbinot | Rua Presidente Bernardes, 1915 - Centro | Cascavel | Paraná | CEP 85801180 | Telefone (45) 98414-0401 | E-mail: giobalbinot@hotmail.com

COMO CITAR: Balbinot G, Uscocovich KJSO. Risco de vulnerabilidade dos idosos de uma unidade de saúde da família no oeste paranaense. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Dez;2(2):13-19.



COPYRIGHT 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.

RESUMO O presente estudo buscou avaliar o risco de vulnerabilidade dos idosos pertencentes a uma Unidade de Saúde da Família em um município do Oeste do Paraná através do uso do questionário Vulnerable Elders Survey (VES-13) estratificando estes pacientes conforme o Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável, através do uso do questionário VES-13. A pesquisa foi realizada de forma retrospectiva, de objetivo exploratório e descritivo de abordagem quantitativa. Foram analisados 403 idosos e observou-se que a maioria deles foram classificados como idosos não vulneráveis, predominante da faixa etária dos 60 a 69 anos e a maioria era do sexo feminino. O estudo conclui que os valores encontrados são satisfatórios, visto que apenas um terço dos idosos foram considerados

vulneráveis. Ainda, foram muito similares aos dados referentes à média do estado do Paraná.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Integral à Saúde. Saúde do Idoso. Saúde da família. Vulnerabilidade em Saúde.

ABSTRACT The present study sought to evaluate the risk of vulnerability of the elderly being seen in a family health unit in a municipality in the west of the state of Paraná, using the Vulnerable Elders Survey questionnaire (VES-13) and stratifying these patients according to the Identification Protocol of the Vulnerable Elderly and the use of VES-13. The research was carried out retrospectively, with exploratory and descriptive objective and quantitative approach. A total of 403 elderly individuals were analyzed, and it was observed that most of them were classified as non-vulnerable elderly, with the age group from 60 to 69 years being predominant, and most of them being female. The study concludes that the figures found are satisfactory, since only one third of the elderly were considered vulnerable. Furthermore, our data was very similar to the average data in the state of Paraná.

KEYWORDS: Comprehensive Health Care. Health of the Elderly. Family Health. Health Vulnerability.

INTRODUÇÃO

O maior acontecimento atual para a sociedade é o processo de envelhecimento que ocorre em todo o mundo¹. No Brasil, esse seguimento teve início após a queda da fecundidade e mortalidade, a partir de 1960². O número de idosos no nosso país cresce a cada aferição, estimando-se o sexto lugar no contingente de idosos no mundo, tendo 32 milhões de pessoas, em 2025³. No estado do Paraná, essa faixa etária já ocupa 11,2% da população geral, no Censo de 2010, e a estimativa é de que até 2030 esse número chegue a 20,8%⁴.

O acelerado envelhecimento dos brasileiros juntamente com o aumento da longevidade dos idosos resultou em ampliação do número de doenças crônicas e incapacidades funcionais, acarretando aumento dos custos diretos e indiretos para o nosso sistema de saúde. Isso torna uma questão atual na sociedade. Dessa forma, deve-

se acompanhar a evolução do idoso, identificando potenciais pacientes de risco e no surgimento de qualquer sinal de alerta que indique fragilidade, o idoso deve ser submetido a uma investigação mais detalhada e multidimensional na Atenção Primária à Saúde^{2,5,6}.

Essa perda da capacidade de regular a própria vida, chamada capacidade funcional, está intimamente relacionada com a queda das funções de cognição, humor e comportamento, mobilidade e comunicação. Esses processos não fazem parte do envelhecimento normal e sua manutenção é uma das causas que melhoram a qualidade de vida dessa população¹². Assim, para reconhecer quais idosos estão em risco, foi preciso estratificar esse grupo para a visualização do possível problema, visar uma tomada de decisão e realizar as intervenções assistenciais e preventivas, destinando os recursos

humanos e financeiros nos locais futuramente mais necessitados⁷.

O Vulnerable Elders Survey (VES-13) foi criado nos Estados Unidos e incluso na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em 2014, pelo Ministério da Saúde. No estado do Paraná, desde a incorporação do questionário, em 2014, até 2017, 270 municípios já haviam aplicado o questionário e estratificado os resultados⁷. Ele foi desenvolvido com o intuito de rastrear idosos vulneráveis na comunidade, isto é, pacientes com maior ameaça de redução funcional e morte⁸.

O escore baseia-se em dados referentes à idade do paciente, autopercepção da própria saúde, presença de limitações físicas e incapacidades. Totaliza 13 itens, sendo que cada um recebe uma pontuação específica e o somatório final varia de 0 a 10 pontos. Quanto maior o somatório de pontos, maior o risco de declínio funcional e óbito desse idoso^{2,5}.

A estratificação de risco e grau de fragilidade do idoso é feita conforme os escores obtidos com a aplicação do questionário, sendo classificado em três possíveis categorias de risco: idosos robustos, em risco de fragilização e frágeis. Os idosos robustos são aqueles que obtiveram ≤ 2 pontos no questionário. Os idosos em risco de fragilização são os que pontuaram entre 3 e 6 e ainda conseguem gerenciar sua vida de forma autônoma, porém estão na transição do estado de senescência para a senilidade. Por último, o idoso classificado como frágil teve ≥ 7 pontos no VES-13.

Para cada aumento de um ponto no VES-13, a chance de declínio funcional ou morte nesse paciente aumenta 1,37. Os idosos vulneráveis, aqueles que pontuaram ≥ 3 , tem 4,2 vezes mais o risco de morrer ou apresentar declínio funcional ao longo de 2 anos em comparação aos idosos não vulneráveis. Em vista disso, o questionário VES-13 é eficaz para triagem e finalidade de detecção de risco de deterioração da saúde da população mais idosa e vulnerável^{9,10}.

Devido ao contexto atual, é importante

a estratificação de acordo com a fragilidade e a identificação dos grupos mais vulneráveis, principalmente dos idosos, a fim de modificar e adaptar os serviços e políticas públicas, aprimorar o atendimento de profissionais da saúde, gerenciar recursos financeiros e humanos, priorizando o atendimento preventivo, retardando os agravos e oportunizando melhor qualidade de vida a essa população⁸. Ainda, visando os idosos de baixo risco, criar estratégias de intervenções preventivas⁶.

Neste sentido, devido à importância do melhor cuidado da saúde dos idosos, este estudo tem como objetivo estratificar o risco de vulnerabilidade dos idosos em uma população assistida por uma USF, através da análise dos resultados da aplicação do Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13) e sugerir ações de melhorias no cuidado destes.

METODOLOGIA

O presente estudo foi baseado metodologicamente em uma pesquisa retrospectiva, de objetivo exploratório e descritivo de abordagem quantitativa, por meio da avaliação através dos dados do questionário VES-13 já aplicados, entre os anos de 2015 a outubro de 2018, pela equipe de saúde aos idosos pertencentes à USF avaliada

Dos 403 idosos aos quais a equipe de saúde da família aplicou o questionário VES-13 entre os anos de 2015 a outubro de 2018, inicialmente foi dividido conforme o sexo e em três faixas etárias: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais. Em seguida, agrupamos entre as classificações de risco e grau de fragilidade para termos uma visão geral e, por fim, analisamos cada grupo de forma separada para maiores detalhes.

O Projeto de Pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário FAG e aprovado dia 13 de dezembro de 2018 pelo CAAE nº 0274281 aprovado dia 13 de dezembro de 2018 pelo CAAE

nº 02742818.6.0000.5219.8.6.0000.5219.

RESULTADOS

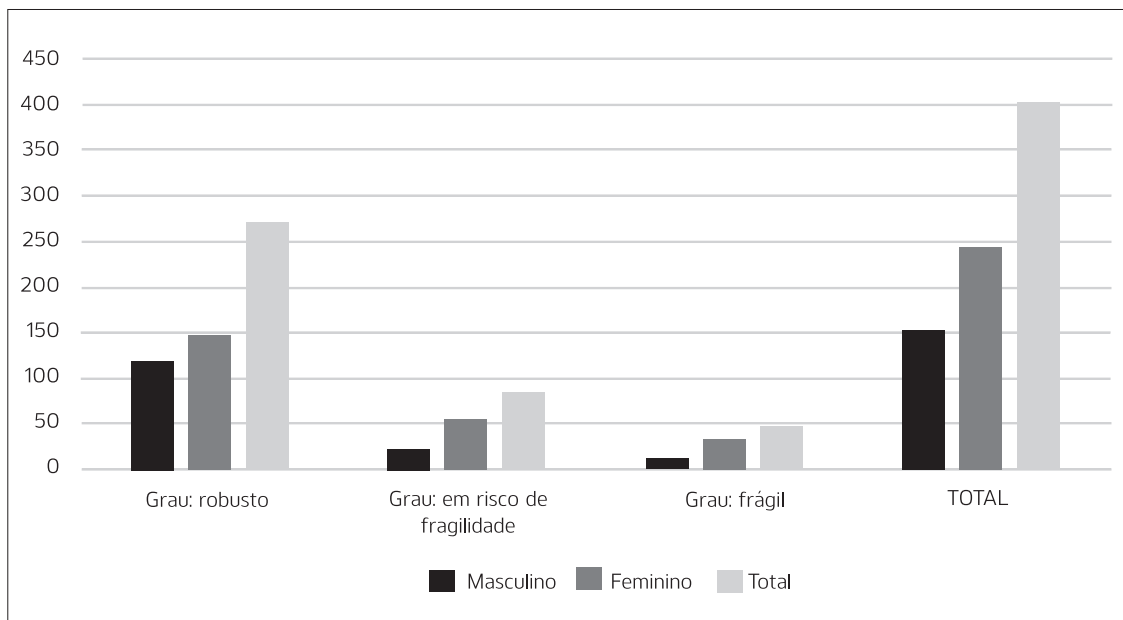
Em uma observação geral, foram entrevistados 157 homens e 246 mulheres, constatando que o sexo feminino foi predominante com 61% de todos os entrevistados. Ainda, a maioria dos idosos fazia parte da faixa etária dos 60 a 69 anos, seguida dos

70 a 79 anos e, por fim, o grupo de 80 anos ou mais, totalizando 53%, 32% e 15%, respectivamente.

Quando divididos conforme a classificação de risco e o grau de fragilidade, a maior parte dos pacientes se concentrou na categoria de risco baixo/grau robusto, correspondendo a 67%, seguido do risco médio/grau em risco de fragilidade com 21% e, por fim, 12% pertenceram ao risco alto/grau frágil. Os resultados podem ser observados no Gráfico 1.

Quando analisamos isoladamente o grupo

Gráfico 1 Classificação conforme o grau de fragilidade e sexo.



Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

de risco baixo/grau robusto, composto por 271 entrevistados, percebemos que a porcentagem entre homens e mulheres é a mais próxima dentre os grupos estudados, representando 45% e 55%, respectivamente. Pacientes de ambos os sexos são a maioria na faixa etária de 60 a 69 anos, correspondendo a 62%. No intervalo de idades de 70 a 79 anos, os dois sexos revelaram a mesma

porcentagem de 15% e dos 80 anos ou mais, apenas 8% dos idosos de risco baixo integram esse grupo.

Os idosos em risco de fragilização, risco moderado, foi o segundo grupo a ser explorado, mostrando predominância das mulheres em todos os intervalos de idade e arrematando 70% dos 84 pacientes examinado. A proporção de homens permaneceu a mesma entre os dois primeiros

intervalos de idade, com 12% cada. Entre todos os segmentos analisados, o dos idosos com 80 anos ou mais classificados com risco médio obteve o menor número de pessoas, totalizando apenas 14 pacientes.

Por fim, a categoria de idosos de risco alto/grau frágil apresenta uma diferença relevante com relação aos outros grupos: o segmento de entrevistados com 80 anos ou mais obteve a maior porcentagem dentre todos os intervalos de idade, com 54%; seguido de 31% entre 70 e 79 anos, e por último 15% com idade entre 60 e 69 anos. Das 48 pessoas que integram essa categoria, 37 são mulheres e apenas 11 são homens.

DISCUSSÃO

Entre os pacientes pesquisados evidenciou-se o predomínio de idosos classificados como risco baixo de vulnerabilidade com 67%, pertencentes à faixa etária de 60 a 69 anos (53%) e a maioria era do sexo feminino (61%). Essa predominância feminina é resultado da maior expectativa de vida da mulher que, em média, vive oito anos a mais que os homens¹¹. 39% das mulheres eram frágeis, valor esse inferior ao estudo de Lima (2017)¹ onde 56% das mulheres apresentaram algum tipo de vulnerabilidade.

Analisando o grupo predominante de risco baixo de vulnerabilidade em relação ao número total de entrevistados, 42% tinham entre 60 e 69 anos, 20% entre 70 e 79 anos e apenas 5% acima de 80 anos. As mulheres predominavam no grupo, representando 55%, porém esse nível de estratificação foi o mais próximo entre o número de mulheres (n=150) e homens (n=121).

Os pacientes em risco de fragilidade e frágil representavam 21% e 12%, respectivamente, de toda a população, consequentemente totalizando um terço de pacientes vulneráveis, o que corrobora com as pesquisas^{1,2}, onde a maior taxa foi de

idosos robustos, sinalizando que a maioria dos entrevistados administravam sua vida de forma independente e sem declínio funcional.

O grupo etário no qual se pôde observar maior número de idosos que já são considerados de grau frágil foi dos entrevistados acima de 80 anos, representando 6% do total de idosos, seguido do intervalo 70 a 79 anos com 4% e 2% eram pacientes entre 60 e 69 anos considerados como frágeis e com alto risco de vulnerabilidade. Nota-se que com o aumento da idade houve uma maior quantidade de pacientes frágeis.

Em um estudo sobre vulnerabilidade e envelhecimento dos idosos do município de São Paulo¹³, foram considerados serem de vulnerabilidade física aqueles pacientes que fizeram três pontos ou mais no questionário SABE que representava o VES-13. O estudo constatou que houve um significativo aumento do número de pessoas idosas fisicamente vulneráveis entre uma primeira análise no ano 2000 e uma segunda em 2006 (38,1% x 52,7%). Notou-se que a atuação do tempo poderia ser uma das explicações para essa descoberta, já que à medida que envelhecemos há uma redução da reserva funcional. Ainda, no estudo do município de São Paulo¹³, em 2006 83,3% dos idosos com 80 anos ou mais apresentaram vulnerabilidade física, número esse superior aos encontrados neste estudo (65,5%).

A pesquisa desenvolvida obteve valores muito próximos do rastreio de risco para fragilidade de idosos paranaenses realizados até março de 2017, com 264.892 idosos de 270 municípios. Estratificou-se o grau de vulnerabilidade dos pacientes conforme o VES-13, obtendo os seguintes valores: 66% dos idosos eram robustos, 20% estavam em risco de fragilização e 14% eram considerados frágeis¹⁴. Na 15a Regional de Saúde do Paraná, o rastreio teve resultados parecidos, com 71% dos idosos robustos, 16% em risco de fragilidade e 13% frágeis¹².

Dessa forma, podemos notar que o resultado desta pesquisa, realizada com os idosos de uma USF do oeste paranaense, é condizente com a

média dos 270 municípios do estado. Os resultados da 15a Regional de Saúde foram um pouco superior aos demais na análise da taxa de idosos robustos, com diferença de 4% para este estudo e 5% para a média estadual, porém este estudo obteve a menor porcentagem de pacientes de grau frágil, sendo 1% a menos comparado com a 15a Regional de Saúde e 2% a menos que a média estadual.

Reconhecer os idosos vulneráveis é imprescindível para apoiar os gestores no planejamento e evolução dos serviços e políticas de saúde ofertada à população, priorizando os recursos para o atendimento visando a promoção e prevenção, além da reabilitação absoluta e definitiva, retardando agravos, portanto, reduzindo custos^{8,15}. É necessário supervisionar os problemas de saúde dos idosos, a fim de estabilizar sua doença e conservar sua capacidade funcional por mais tempo possível, permitindo um envelhecimento ativo desses pacientes¹⁶.

O manejo recomendado pelo Ministério da Saúde para a Atenção Primária de Saúde (APS) é de que os idosos robustos devem manter sua independência e autonomia, fazer o manejo clínico adequando das suas comorbidades, além de promoção de saúde e prevenção primária e secundária². Deve haver busca ativa dos usuários idosos do território, aplicar o questionário VES-13 e estratificar o risco dele, fazer o diagnóstico precoce de complicações e/ou condições crônicas associadas, acompanhar esse paciente na APS com consultas anuais de rotina, avaliação do cartão de vacina, educação em saúde, prevenção de doenças com foco na manutenção da capacidade funcional e promoção de hábitos saudáveis¹⁷.

Para os idosos em risco de fragilização e frágil é necessário impedir o declínio funcional desse paciente, focando na abordagem adequada da polifarmácia e polipatologia, e receber intervenções a fim de que recupere sua autonomia e independência novamente². Devem ser feitas todas as competências descritas para os idosos com baixo risco, além de compor e assistir a realização

do plano de cuidado traçado e encaminhar a outros níveis de atenção especializados quando necessário¹⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que entre os pacientes pesquisados, foi possível notar o predomínio de idosos robustos, sendo a maioria da faixa etária mais jovem e do sexo feminino. Os valores encontrados em cada estratificação, conforme o Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável do questionário VES-13, foram muito semelhantes aos valores médios do estado. Estes resultados são satisfatórios, visto que apenas um terço dos idosos analisados são considerados vulneráveis.

Com o crescimento cada vez mais acentuado de idosos, é necessário atentar para as modificações causadas na sociedade. Deve-se acompanhar a evolução do envelhecimento, identificando sinais de perda da autonomia e transformação dos pacientes vulneráveis. Reconhecer antecipadamente os possíveis problemas identificados nessa fase auxilia para que sejam elaboradas estratégias para prevenir ou amenizar danos, bem como que sejam priorizados atenção e recursos visando manter a qualidade de vida desta população.

REFERÊNCIAS

1. Lima CAB, Carvalho JL, Aquino RCA. Avaliação de vulnerabilidade do idoso através da adaptação transcultural do instrumento de identificação do idoso vulnerável VES-13. Rev Eletrônica Estácio Recife [Internet]. 2017 Jul [citado 2019 Out 15];3(1). Disponível em: <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/115/42>.
2. Paraná. Secretaria do Estado da Saúde. Oficinas do APSUS: formação e qualificação profissional em atenção primária à saúde: oficina 9: saúde do idoso na atenção primária à saúde. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 2014 [acesso em 2019 Abr 06]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Apsus_cadero9_1208_14_alta.pdf.

3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 [Internet]. Brasília: IBGE; 2010 [acesso em 2019 Abr 06]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/panorama>.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das unidades da federação [Internet]. Brasília: IBGE; 2019 [acesso em 2019 Abr 06]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>.
5. Paraná, Secretaria do Estado da Saúde. Avaliação multidimensional da saúde do idoso [Internet]. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 2018 [acesso em 2019 Abr 06]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/AvaliacaoMultidimensional_doso_2018_atualiz.pdf.
6. Paz AA, Santos BRL, Eidt OR. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(3):338-42.
7. Lampert MA, Barbosa CD, Coelho FL, Santos I. Uso de preditores de risco em idosos no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev Kairos*. 2016;19(3):169-85.
8. Maia FOM, Duarte YAO, Secoli SR, Santos JLF, Lebrão ML. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey -13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(esp):116-22.
9. Saliba D, Elliott M, Rubenstein LZ, Solomon DH, Young RT, Kamberg CJ, et al. The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. *J Am Geriatr Soc*. 2001 Dez;49(12):1691-9.
10. Min LC, Elliott MN, Wenger NS, Saliba D. Higher vulnerable elders survey scores predict death and functional decline in vulnerable older people. *J Am Geriatr Soc*. 2006 Mar;54(3):507-11.
11. Camarano AA. Mulher idosa: suporte familiar ou agentes de mudança?. *Estud Av*. 2003;17(49):35-63.
12. Paraná, Secretaria do Estado da Saúde. Estratégia de atenção à saúde do idoso: Paraná-2017 [Internet]. Maringá: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 2017 [acesso em 2019 Abr 06]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ApresentacaoEstrategiadeAtencaoSaudeIdoso.pdf>.
13. Maia FOM. Vulnerabilidade e envelhecimento: panorama dos idosos residentes no município de São Paulo - Estudo SABE [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
14. Paraná, Secretaria do Estado da Saúde. Linha guia da saúde do idoso [Internet]. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 2018 [acesso em 2019 Abr 06]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaSaudeIdoso_2018_atualiz.pdf.
15. Busato MA, Gallina LS, Téo CRPA, Ferretti F, Pozzagnoli M. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade em idosos. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2015;38(3):625-35.
16. Veras RP. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cad Saude Publica*. 2012;28(10):1834-40.
17. Manaus, Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de atenção à saúde do idoso [Internet]. Manaus: Secretaria Municipal de Saúde de Manaus; 2017 [acesso em 2018 Out 20]. Disponível em: <https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/PROTOCOLO-IDOSO-set-2017.pdf>.

RECEBIDO: : 06/08/2019

ACEITO: 18/10/2019

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UM MUNICÍPIO DO SUDOESTE DO PARANÁ

Epidemiological profile of congenital syphilis in a municipality in southwestern Paraná

Bruna Pilger¹, Isabela Marques², Cleunir de Fatima Candido De Bortoli³, Emi Elaine Stefanski Battisti⁴

1. Enfermeira. Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Pato Branco -FADEP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9095-6433>.

2. Enfermeira. Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Pato Branco -FADEP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9401-4790>.

3. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Pato Branco – FADEP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1266-5267>.

4. Enfermeira. Especialização em Docência no Ensino Superior. Aluna Especial do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde - Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Professora do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Pato Branco – FADEP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6525-3047>.

CONTATO: Cleunir de Fátima Candido De Bortoli | Endereço: Rua Itabira, 1650, apto 702 | Centro | Pato Branco | Paraná | Telefone: (46) 98405-1666 | E-mail: cleunir_candido@hotmail.com

COMO CITAR: Pilger B, Marques I, Bortoli CFC, Battisti EES. Perfil epidemiológico da sífilis congênita em um município do sudoeste do Paraná. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Dez.;2(2):20-27.



COPYRIGHT 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.

RESUMO A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível com manifestações sistêmicas, curável e de ocorrência exclusiva do ser humano. O estudo teve como objetivo traçar o perfil epidemiológico da sífilis congênita no município de Pato Branco, Estado do Paraná. Estudo retrospectivo, de abordagem quantitativa. Foram analisados dados disponíveis Datasus, referentes aos anos de 2014 a 2018. No período pesquisado, houve 56 notificações de

sífilis congênita predominando na raça branca declarada, cuja idade vai de 0 até 6 dias de vida. O acompanhamento foi pré-natal, e a descoberta da sífilis materna neste período ocorreu na maioria dos casos. Evidenciou-se um crescimento expressivo de casos de sífilis congênita no município, que podem estar relacionados a possíveis falhas no tratamento e acompanhamento do pré-natal, além da dificuldade de tratamento da parceria sexual da gestante.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis congênita. Atenção Primária em Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Enfermagem.

ABSTRACT Syphilis is a sexually transmitted infection with systemic manifestations; it is curable and of exclusive occurrence in the human being. The objective of this study was to outline the epidemiological profile of congenital syphilis in the municipality of Pato Branco, state of Paraná. This is a retrospective study of quantitative approach. Datasus data were analyzed, referring to the years from 2014 to 2018. In the studied period, there were 56 notifications of congenital syphilis, predominantly in the declared white race, with age ranging from 0 to 6 days of life. There was prenatal follow-up, and maternal syphilis in this period was found in most cases. There was a significant increase in cases of congenital syphilis in the city, which may be related to possible failures in the treatment and monitoring of prenatal care, in addition to the difficulty of treating the sexual partner of the pregnant woman.

KEYWORDS: Syphilis, Congenital. Primary Health Care. Sexually Transmitted Diseases. Nursing.

INTRODUÇÃO

Mundialmente as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) representam um grande problema de saúde pública, sendo um dos motivos pelo qual as pessoas mais buscam atendimento, sendo a sífilis a doença que apresenta maior índice de transmissibilidade¹. Dados epidemiológicos não só do Brasil, mas de outros países como França, Estados Unidos e Portugal, apresentam um aumento no número de casos de sífilis em um contexto geral, embora seja uma doença passível de prevenção e tratamento².

A sífilis é uma IST com manifestações sistêmicas, causada pela bactéria gram-negativa do grupo das espiroquetas, o *Treponema pallidum*. Quando ocorre durante a gestação, se não for tratada, ou é tratada de forma inadequada, pode resultar em vários desfechos, entre eles a morte fetal e/ou neonatal precoce. Esses desfechos negativos, mesmo que não são significativos numericamente, são possíveis de prevenção. As medidas de evitabilidade ocorrem por ações de uma assistência materna e infantil de qualidade³⁻⁴.

Os fatores que fazem com que a sífilis seja um grande problema para a saúde pública, estão relacionados às gestantes não triadas para a sífilis no pré-natal e/ou aquelas que receberam tratamento de forma inadequada, elevando assim, o risco da transmissão vertical³. O início tardio do acompanhamento pré-natal, um menor número de consultas realizadas, menor proporção da realização de uma ou duas sorologias para a sífilis, assim como a falta do registro das sorologias reagentes no cartão de gestante, contribuem para a transmissão vertical da sífilis^{3,5}.

Um dos pontos importantes para o controle da sífilis foi a criação de algumas estratégias para redução dos casos de transmissão vertical, entre elas, a responsabilidade das instituições de saúde de notificar todos os casos no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), além da ampliação da cobertura do pré-natal, para diagnóstico e tratamento imediato da gestante⁴. Nesse contexto mostra-se a importância do papel da equipe de saúde no atendimento à gestante, para que ocorra um diagnóstico precoce e o acompanhamento do pré-natal com qualidade, para o tratamento oportuno e evitando assim complicações ao conceito^{4,6}.

A realização de uma assistência do pré-natal de qualidade está entre os principais fatores para a descoberta precoce da sífilis, e embora tenha aumentado a cobertura do pré-natal nas equipes de Estratégia de Saúde da Família do país, ainda existem falhas na prevenção da doença, ressaltando assim o papel do enfermeiro em reavaliar e traçar novas estratégias com objetivo de reduzir casos da doença⁷.

A relevância deste estudo se justifica em consonância com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas em saúde, onde a subagenda da Saúde da Criança e Adolescente prevê os estudos relacionados à transmissão vertical da sífilis⁸.

Diante deste contexto, este estudo foi impulsionado pela seguinte questão de pesquisa: Qual a situação epidemiológica da sífilis congênita

no município de Pato Branco? Para tanto teve como objetivo, traçar o perfil epidemiológico da sífilis congênita no município de Pato Branco, no estado do Paraná.

METODOLOGIA

Caracterizou-se por um estudo, retrospectivo, de abordagem quantitativa⁹. O estudo foi realizado no município de Pato Branco, estado do Paraná, que, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostrou, no último censo realizado no ano de 2010, que o município tinha cerca de 72.370 habitantes, e estima-se que atualmente o número subiu para 81.893¹⁰. O município possui 13 unidades de saúde e 18 equipes de saúde da família (ESF). O município também é apontado pela revista Abril, como 11º município que possui o melhor serviço de saúde pública do Brasil.

A população do estudo foi composta pelos casos suspeitos de sífilis congênita, notificados no período pesquisado. A amostra do estudo foi composta pelo universo de casos notificados, durante o período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018.

Para a realização do estudo, utilizou-se de dados de domínio público, disponíveis no Portal de Informações do Ministério da Saúde – Datasus. A coleta de dados ocorreu através do acesso ao portal, seguindo um roteiro elaborado pelas pesquisadoras, baseado em informações disponibilizadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, alimentado pela própria ficha de notificação compulsória utilizada. Com a finalidade de traçar o perfil epidemiológico da sífilis congênita no município, foram analisadas as seguintes variáveis: número total de casos de sífilis congênita e sífilis materna nos anos pesquisados, raça declarada, faixa etária do recém-nascido, se o acompanhamento pré-natal foi ou não realizado, qual foi o momento do diagnóstico da sífilis materna, se a parceria sexual foi ou não tratada, e

também qual foi a classificação final e a evolução do caso em notificação de sífilis congênita.

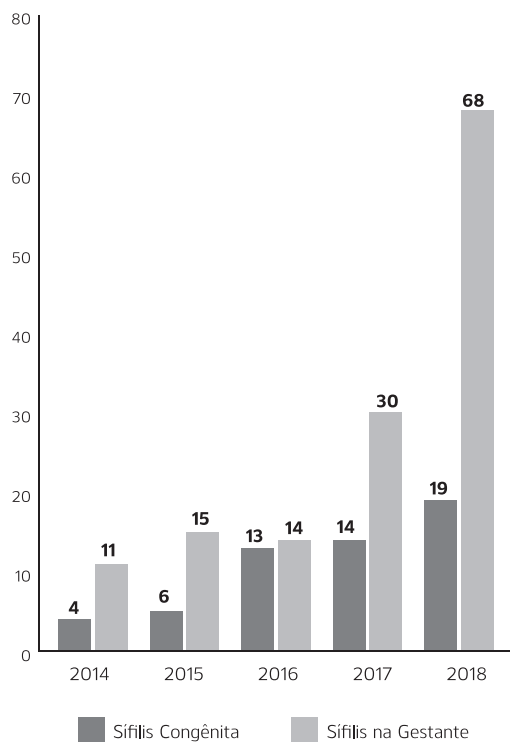
Após a coleta os dados foram tabulados, apresentados e posteriormente analisados de forma descritiva pela frequência simples dos dados.

O estudo respeitou os aspectos éticos não utilizando nenhuma forma de identificação dos participantes. De acordo com os pressupostos da Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com informações de domínio público, o estudo dispensou o registro e avaliação do projeto pelo sistema CEP/CONEP¹¹.

RESULTADOS

O gráfico 1 apresenta um comparativo da totalidade dos casos de sífilis congênita e sífilis em gestante notificados durante os anos de 2014 a 2018.

Gráfico 1 Representa o número de casos notificados, de sífilis na gestante e sífilis congênita.



Fonte: Dados coletados no sistema de informações Data-Sus.

Comparando os casos de sífilis congênita e sífilis na gestante, em 2014 foram 04 casos de sífilis congênita e 11 casos de sífilis na gestante, já no ano de 2018 o número total de notificações para sífilis congênita foi de 19 casos e sífilis na gestante foram 68 casos, o que demonstra um aumento de 475% para casos de sífilis congênita e 618% para sífilis na gestante.

A tabela 1 representa as variáveis de pesquisa referente ao período pesquisado, utilizadas para traçar o perfil epidemiológico da sífilis congênita no município. Os dados em "branco" e "ignorado" foram descartados, assim como indicadores que no período estudado não tiveram nenhum caso notificado.

De acordo com a raça declarada, a maioria dos casos se concentrou na raça branca, sendo em 2014 quatro casos, o que representa a totalidade daquele ano, em 2015 cinco casos, já em 2016 foram doze, enquanto em 2017 foram oito dos casos e, por fim, em 2018, ocorreram 14 notificações. Em seguida está a raça parda, representando o segundo lugar em casos notificados, em 2015 com um caso, em 2016 também com um caso, em 2017 com cinco casos e 2018 também com cinco casos. Somente no ano de 2017 houve uma notificação com a raça preta.

De acordo com a faixa etária da criança, durante todos os anos, em todos os casos analisados, predominou a de zero até seis dias de vida, e somente em 2017 ocorreu apenas um caso em que a idade da criança estava na faixa etária entre sete e 27 dias de vida. Ao analisar o item relacionado à realização do pré-natal, que é um segmento de extrema importância na gestação, principalmente para o diagnóstico e tratamento da sífilis, praticamente todos os casos notificados nos anos de pesquisa o realizaram. Somente no ano de 2014, em um dos casos não houve acompanhamento, e em 2018, um dos casos notificados também não foi acompanhado na gestação. Outro fator importante é o momento do diagnóstico de sífilis materna, onde a maioria dos registros concentrou-se durante o pré-natal,

seguido do parto ou curetagem e em algumas poucas situações após o parto.

No que se refere ao tratamento do parceiro, os dados revelam que a minoria o realizou, considerando os anos de 2017 onde o total de notificações no ano foi de 16 casos e 2018 com 19 notificações, doze deles em ambos os anos não

realizaram o tratamento.

Ao que se refere à classificação final em torno de 95% foram classificados como sífilis congênita recente. Considerando a evolução dos casos, no ano de 2015 houve uma morte por sífilis, e nos anos subsequentes, na sua totalidade, a evolução foi com a criança viva.

Tabela 1 Representa as variáveis de estudo com número total de cada ano.

VARIÁVEIS DE PESQUISA	DADOS DE ESTUDO	2014	2015	2016	2017	2018
RAÇA	Branca	04	05	12	08	14
	Preta	00	00	00	01	00
	Parda	00	01	01	05	05
FAIXA ETÁRIA DO RN	Até 06 dias	04	06	13	13	19
	07 -27 dias	00	00	00	01	00
REALIZOU PRÉ-NATAL	Sim	03	06	13	14	18
	Não	01	00	00	00	01
SÍFILIS MATERNA	No pré-natal	01	04	10	11	16
	Parto/curetagem	02	02	03	02	02
	Após o parto	01	00	00	01	01
TRATAMENTO DO PARCEIRO	Sim	02	02	03	02	07
	Não	02	04	10	12	12
CLASSIFICAÇÃO FINAL	S.C recente:	03	05	13	13	19
	Natimorto/aborto:	00	00	00	00	00
	Descartado:	01	01	00	01	00
EVOLUÇÃO	Vivo	03	04	13	13	19
	Óbito por Sífilis	00	01	00	00	00

Fonte: Dados coletados no sistema de informações Data-Sus.

DISCUSSÃO

O acompanhamento pré-natal tem por objetivo assegurar o desenvolvimento gestacional, possibilitando o nascimento da criança saudável e sem impactos para a saúde materna. Entre os indicadores de qualidade da assistência do pré-natal, está a captação precoce da gestante, garantindo o

diagnóstico oportuno dos agravos e favorecendo os desfechos da gestação. O Ministério da Saúde aponta que, mesmo diante da ampliação da cobertura do pré-natal, a sífilis congênita persiste com números elevados, demonstrando fragilidades no que tange à qualidade dos cuidados pré-natais¹².

Os achados do estudo apontam uma prevalência de casos de sífilis na gestação, o número de casos da sífilis congênita notificados apresentam menores proporções quando comparados aos notificados em gestantes, refletindo a adequabilidade do diagnóstico e tratamento da gestante. Considerando que os casos notificados de sífilis seguiram os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, onde define as três diferentes situações: sendo, todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher diagnosticada com sífilis, não tratada ou tratada de forma inadequada; criança com menos de 13 anos de idade, que apresente uma manifestação clínica da doença, ou resultada de exames reagentes para sífilis; e infecção do *Treponema pallidum* por exames de microscopia de campo escuro ou em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto¹³.

Embora com o conhecimento da alta transmissibilidade e os desfechos da sífilis, ela continua mantendo um crescimento absurdo e sendo um problema de saúde pública mundial. Com a preocupação devido a esse crescimento, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) propôs em seu plano de ação, como meta a redução da incidência da sífilis congênita para menos de 0,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos até o ano de 2010. Esta meta foi lançada, considerando a linear base de 1,7 casos para cada 1.000 nascidos vivos, no ano de 2015. Para atingir este resultado o plano de ação propõe a formulação e aplicação de políticas e intervenções de saúde pública, voltadas ao controle do agravo¹⁴⁻¹⁵.

Para o diagnóstico da sífilis na gestação, se faz necessário correlacionar dados clínicos da gestante, resultados de exames laboratoriais, o histórico da paciente, assim como possível exposição à infecção. Os testes utilizados para diagnóstico são os diretos (exame em campo escuro e pesquisa direta com material corado) e os testes imunológicos, que podem ser os não treponêmicos (VDRL, RPR e TRUST) e os treponêmicos (FTA-Abs, ELISA/EQL, TPHA/TPPA/MHA-TP e os testes rápidos TR)¹⁶.

Os casos de sífilis em gestantes podem ser definidos em mulheres assintomáticas, com apenas um teste reagente, não tendo registro de tratamento prévio, em situações de dois testes reagentes, independentemente do registro de tratamento anterior; em gestantes sintomáticas, poderá ser realizado com apenas um teste treponêmico ou não treponêmico. Para definir os casos de sífilis congênita, não será levado em conta o tratamento da parceria sexual da mãe, para definição de tratamento indevido da mãe, as titulações para testes não treponêmicos devem ser realizadas ao menos duas diluições e as amostras microbiológicas também poderão ser de secreção nasal ou lesão cutânea¹⁷.

De acordo com o Ministério da Saúde, a realização da testagem da gestante para sífilis deve ocorrer na primeira consulta de pré-natal, ao iniciar o terceiro trimestre de gestação, em torno da 28ª semana gestacional, no momento do parto, em situações de natimorto ou aborto, ou situação de exposição ou violência sexual. Diante de um teste se tornar reagente, a conduta de tratamento deve ser com a primeira dose de benzilpenicilina benzatina imediatamente, e em seguida deve ser realizada uma coleta de amostra para realização de teste não treponêmico, e para seguimento do tratamento¹⁶.

Ao que se refere ao diagnóstico do recém-nascido, prevalece a faixa etária de zero a seis dias de vida. Esse resultado corrobora com estudo que aponta a importância do diagnóstico precoce, possibilitando tratamento oportuno, reduzindo assim as complicações tardias da doença³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo revelam o crescente número de casos de sífilis notificados no período analisado, acompanhando o cenário nacional do agravo, e revelando-se um importante problema de saúde pública.

Pode-se considerar que o perfil da sífilis congênita no município prevaleceu, em sua grande parte, declarado como raça branca, com o diagnóstico de sífilis congênita com até seis dias de vida, e foram acompanhados durante o pré-natal, inclusive o diagnóstico da sífilis materna foi nesse período, e na minoria dos casos o parceiro realizou tratamento para sífilis. Quanto à classificação final foi em sua maioria como sífilis congênita recente, e três dos casos foram descartados, por não terem nenhum caso de aborto ou natimorto e a evolução foi de 99% vivas, ocorrendo apenas um óbito por sífilis no período estudado.

A partir da análise feita, pode-se concluir que a sífilis congênita é um importante indicador de qualidade da assistência de saúde. O crescimento contínuo do número de casos permite alguns pressupostos, entre eles, a possibilidade de falhas no tratamento da gestante ou até mesmo falhas terapêuticas, para aquelas tratadas adequadamente. As mudanças nos critérios de definição de casos podem ter contribuído para um maior número de casos diagnosticados na assistência ao recém-nascido. Ainda, a falta de tratamento do parceiro, evidenciada em todos os anos estudados, favorece a reinfecção da gestante, sustentando a sífilis congênita como um grande desafio para as equipes de saúde.

A unidade básica de saúde é a porta principal de entrada para a população, nesse contexto o objetivo é que a gestante seja acompanhada rigorosamente desde a descoberta da gravidez até o então momento do parto, como se é esperado. Esse período deve ser utilizado pela equipe de saúde, como a possibilidade de descoberta de qualquer intercorrência da gestação, para que as medidas de intervenção possam ser adotadas em tempo oportuno, refletindo no bem-estar materno e fetal.

Destaca-se o papel da assistência de qualidade ao recém-nascido, essa interpretação se dá pelo indicativo de que 99% dos diagnósticos de sífilis congênita ocorreu ao nascer até o sexto

dia de vida. Esta análise indica que no atendimento realizado à criança, seja a nível hospitalar ou pela equipe de atenção básica, as estratégias utilizadas para diagnóstico da sífilis congênita são assertivas, pois em muitos casos o recém-nascido com sífilis congênita é assintomático. O diagnóstico precoce no recém-nascido possibilita o tratamento imediato, reduzindo as complicações da sífilis.

Espera-se que as contribuições deste estudo possam refletir na formação acadêmica e na qualificação da assistência materna e infantil, refletindo na redução dos casos de sífilis congênita, caracterizando a sua contribuição social. As limitações do estudo encontram-se na indisponibilidade de algumas informações referentes aos casos notificados, considerando a utilização dos dados de domínio público.

REFERÊNCIAS

1. Lopes MH. Avaliação da Implantação das ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis no pré-natal em unidades de saúde da família de Cuiabá [dissertação]. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2010.
2. Navega DA, Maia ACB. Conhecer e saber: relatos de pessoas curadas da sífilis. Rev Bras Promoç Saúde [Internet]. 2018 [citado em 2019 Out 9];31(2):1-9. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6943>
3. Padovani C, Oliveira RR, Peloso SM. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2018 [citado em 2019 Out 9];26:e3019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100335&lng=en&tlng=en.
4. 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. [citado em 2019 Out 9];41:e44. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2017v41/e44/>.
5. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2016 [citado em 2019 Out 9];32(6):e00082415. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000605002&lng=pt&tlng=pt.
6. Azevedo AC, Drumond EF, Gonçalves RV, Machado CJ. Evolução da qualidade das informações das declarações de óbito com menções de sífilis congênita nos óbitos perinatais no Brasil. Cad Saúde Colet [Internet]. 2017 Jul [citado em 2019

Out 9];25(3):259-67. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000300259&lng=pt&tIng=pt.

7. Soares LG, Zarpellon B, Soares LG, Baratieri T, Lentsck MH, Mazza VA. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [Internet]. 2017 Dez [citado em 2019 Out 9];17(4):781-89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000400781&lng=en&tIng=en.

8. Brasil, Ministério da Saúde. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

9. Dalfovo MS, Lana RA, Silveira A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *RIC@, Rev Interdiscip Cient Apl*. 2008;2(4):1-13.

10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Município 4118591: Pato Branco – PR, Censo 2010 [Internet]. Brasília: IBGE; [citado em 2019 Out 9]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/pato-branco/panorama>.

11. Brasil, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44-46, 24 mai. 2016.

12. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ed. Ministério da Saúde; 2012.

13. Brasil, Ministério da Saúde. Nota informativa nº 2–SEI/2017-DIAHV/SVS/MS. Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita [Internet]. Sistema Eletrônico de Informações do Ministério da Saúde. 2017 [citado em 2019 Out 9]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsms>.

14. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2018 Fev [citado em 2019 Out 9];23(2):563-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200563&lng=pt&tIng=pt.

15. Organización Panamericana de La Salude (OPAS). ETMI PLUS: marco para la eliminación de la transmisión maternoinfantil delVIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de chagas. Washington: OPAS; 2017.

16. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

17. Boletim epidemiológico: sífilis 2017 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Vol. 48, nº. 36, 2017 [citado em 2019 Out 9]. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/BE-2017-038-Boletim-Sifilis-11-2017-publicacao-.pdf>.

RECEBIDO: 01/09/2019

ACEITO: 11/10/2019

ASSISTÊNCIA AO PARTO E VIOLÊNCIAS SOB A ÓTICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Birth care and violence from the point of view of health professionals

Lizandra Flores Chourabi¹, Kathie Njaine², Fatima Cecchetto³, Greice Machado Pieszak⁴,
Mônica Tabata Heringer Streck⁵

1. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1754-7403>.

2. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3250-2331>.

3. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9866-8102>.

4. Universidade Federal do Rio Grande (FURG). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4980-3253>.

5. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7906-9785>.

CONTATO: Lizandra Flores Chourabi | Endereço: Av Rio Branco 318 ap 111 | Telefone: 55 991429743 | E-mail: liflopim@gmail.com

COMO CITAR: Chourabi LF, Njaine K, Cecchetto F, Pieszak GM, Streck MTH. Assistência ao parto e violências sob a ótica de profissionais de saúde. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Dez;2(2):28-38.



COPYRIGHT 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.

RESUMO O objetivo deste estudo foi descrever e analisar as representações sociais de profissionais de saúde sobre a assistência ao parto e violências em um hospital universitário do sul do Brasil. Como método foi utilizada a observação participante no interior de um centro obstétrico e entrevistas com profissionais de saúde de um hospital universitário. Adotou-se o referencial socioantropológico das Representações Sociais para a interpretação dos dados. Os resultados mostram que as práticas na atenção ao parto ainda são predominantemente pautadas no modelo de atendimento tecnocrático e no descumprimento dos protocolos estabelecidos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Observou-se também que a comunicação conflituosa entre as equipes é uma fonte de tensões que se reflete nas práticas obstétricas. Concluiu-se que é indispensável que ocorram mudanças na formação de profissionais de saúde, com foco nas boas práticas do parto e nascimento, com vistas à implantação do modelo de atenção humanista.

PALAVRAS-CHAVE: Parto. Apresentação Pélvica. Pessoal de Saúde. Obstetrícia. Violência contra a Mulher. Hospitais de Ensino. Antropologia Social. Conflito de interesses.

ABSTRACT The aim of this study was to describe and analyze the social representations of health professionals about childbirth care and violence in a university hospital in southern Brazil. The method used was participant observation in an obstetric center, and interviews with health professionals from a university hospital. The socio-anthropological framework of Social Representations was adopted for data interpretation. The results show that childbirth care practices are still predominantly based on the technocratic care model and on non-compliance with the protocols established within the Unified Health System. It was also observed that the conflicting communication between the teams is a source of tensions that are reflected on obstetric practices. It was concluded that changes in the training of health professionals are indispensable, focusing on the good practices of childbirth, with a view to the implementation of the humanistic care model.

KEYWORDS: Parturition. Breech Presentation. Health Personnel. Obstetrics. Violence Against Women. Hospitals, Teaching. Anthropology, Social. Conflict of Interest.

INTRODUÇÃO

A parturição no Brasil é culturalmente entendida como uma etapa complexa que requer conhecimentos especializados. O saber técnico-científico tem sido priorizado em detrimento do fisiológico, reforçando assim o modelo intervencionista e tecnocrático de atenção obstétrica¹. Sob esta ótica, as mulheres tornam-se objeto da ação, sem o poder de decisão sobre o próprio processo do parto e do nascimento, o que afeta profundamente ela própria, os bebês e as famílias². Seu corpo está sujeito a muitas intervenções, refletindo-se, por exemplo, nas altas taxas de cesarianas desnecessárias³. Em 2017, considerando apenas os serviços públicos, onde os partos normais são realizados com mais frequência, ocorreram 2,7 milhões de partos no país. Destes,

41,9% foram cesarianas⁴. No mesmo ano, dos 2.318 partos realizados no Hospital Universitário em que foi realizado o presente estudo, 53,3% foram cesáreas⁵, índice maior que a média nacional⁴.

Além das cesarianas, a episiotomia, ou "mutilação genital", e o uso da ocitocina estão dentre as práticas que são consideradas violências físicas e sexuais quando utilizadas rotineiramente. Elas são tecnologias consideradas inadequadas na atenção ao parto⁶. As mulheres parturientes estão particularmente expostas à violência moral praticada por profissionais⁷. Suas queixas são desqualificadas e elas sofrem caladas dores e ansiedades, com medo das represálias caso se queixem contra maus-tratos velados ou explícitos que ocorrem em determinados serviços².

Os processos de parir e nascer vêm passando por mudanças que visam a centralidade do cuidado na mulher e na valorização da sua integridade, do seu protagonismo e de sua autonomia. As recomendações sobre as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, baseadas em evidências científicas, foram descritas pela Organização Mundial da Saúde⁸ e ratificadas pelo Ministério da Saúde⁹, tendo como base critérios de utilidade, eficácia e risco. Essas recomendações são classificadas em categorias, segundo tais critérios: Categoria A - práticas úteis e que devem ser encorajadas; Categoria B - práticas prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; Categoria C - práticas em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão; Categoria D - práticas que são frequentemente utilizadas de modo inadequado⁸.

De fato, os avanços da obstetrícia contribuíram com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais em todo o mundo. Mas o Brasil não alcançou a meta de reduzir estes aspectos em $\frac{3}{4}$, entre 1990 e 2015. De acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, elaborados pela Organização das Nações Unidas¹⁰, a razão da mortalidade materna é uma das causas que expõe as mulheres e recém-nascidos às altas taxas de intervenções, com potencial de provocar danos e iatrogenias. Neste sentido, o objetivo deste artigo é descrever e analisar as representações e as práticas dos profissionais de saúde sobre a assistência ao parto e violências em um hospital de ensino. Entende-se que esses locais são como promotores de mudanças não só da atenção e cuidado da mulher e da criança como também da formação dos profissionais desse cuidado.

METODOLOGIA

Este artigo, de natureza qualitativa e etnográfica, é parte de uma pesquisa de doutorado,

concluída em 2018 e da longa experiência de uma das autoras como enfermeira obstétrica. O trabalho de campo foi desenvolvido em um centro obstétrico de um Hospital Universitário do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Para este artigo foram analisados os dados de entrevistas com 10 profissionais de saúde, três homens e sete mulheres. Destes, três eram médicos preceptores da obstetrícia, um médico gestor e um médico residente da ginecologia e obstetrícia do hospital do estudo. Também foram entrevistados três enfermeiros, um enfermeiro gestor e um técnico da enfermagem do referido hospital. Os critérios de inclusão envolveram profissionais de saúde que atuavam no referido serviço, tanto os de nível médio quanto os de nível superior, e de diferentes turnos de trabalho. Não foram empregados critérios de exclusão para seleção dos informantes. O tempo de trabalho dos profissionais na instituição variou entre 3 e 30 anos.

A produção de dados teve duração de quatro meses (janeiro-abril), durante o ano de 2017. As entrevistas foram previamente agendadas por meio de contato pessoal e foram conduzidas pelo pesquisador principal, tendo sido realizadas no ambiente de trabalho em ambiente privativo, durante o intervalo dos plantões, com duração média de 50 minutos.

A análise dos dados foi ancorada na abordagem das Representações Sociais, a partir de uma perspectiva socioantropológica. Quanto aos aspectos éticos, destaca-se que a pesquisa foi balizada na Resolução 66/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Osvaldo Cruz, e autorizado pelo Departamento de Ensino e Pesquisa do hospital. A aprovação foi obtida em 25 de agosto de 2016, sob o nº 1.746.283. Foi também elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelos informantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados possibilitou constatar que práticas iatrogênicas são reproduzidas pelos profissionais em suas rotinas de atendimento, sem que sejam revistas e avaliadas de forma reflexiva e à luz das principais recomendações técnicas nacionais e internacionais. A partir dos depoimentos dos profissionais de saúde e da observação etnográfica, os resultados foram agrupados nos seguintes núcleos temáticos: a ausência de protocolos definidos, o empirismo no processo de ensino-aprendizagem, a falta de diálogo e/ou comunicação conflituosa e as percepções diferenciadas sobre a violência obstétrica.

Antes de apresentar os principais núcleos temáticos oriundos da análise das representações sociais dos interlocutores, vale a pena mencionar uma observação de uma cena dramática e registrada no diário de campo, através da qual nos parece possível explorar alguns aspectos das dinâmicas e tensões estruturantes da rotina do serviço obstétrico. Em fevereiro de 2017, um bebê chegou ao centro obstétrico com vida, ainda dentro do ventre da mãe, mas acabou sendo retirado supostamente morto, após uma cesárea que teve uma demora considerável. Segundo relatos, depois do nascimento dessa criança, um residente da pediatria fez manobras de reanimação e, após várias tentativas, foi declarado o óbito do bebê. A criança ficou na sala de expurgo em um berço, durante uma tarde, aguardando ser transportado para o setor de patologia do hospital. Porém, seis horas depois, uma enfermeira se aproximou do corpo do bebê e observou que ele ainda vivia. Desde o momento da constatação do óbito até o encaminhamento à UTI se passaram muitas horas sem assistência.

Durante o tempo que ficou no berço, mesmo tendo sido constatado o óbito, alguns profissionais verificaram que a criança tinha gasping, isto é, apresentava iminência de parada respiratória, mas compatível com sinais vitais. Foi comunicado aos pais que, se quisessem ver o bebê após a constatação do óbito, não se assustassem, pois

a criança tinha reflexos de medição que faziam com que parecesse estar vivo, devido às várias medicações utilizadas na reanimação.

O desfecho deste episódio foi o encaminhamento do bebê para a UTI neonatal, cuja equipe restabeleceu os sinais vitais com assistência intensiva. Entretanto, a criança ficou com sérias sequelas e segue com acompanhamento atualmente. Este caso causou grande comoção entre os profissionais que acompanharam o caso, sendo amplamente divulgado pela mídia local¹¹, e exemplifica de forma dramática os percalços da assistência ao parto e do cuidado às mães e bebês no HU.

A AUSÊNCIA DE PROTOCOLOS DEFINIDOS

Quando indagados sobre os possíveis motivos que desencadearam este evento, os profissionais divergiram em suas opiniões sobre as falhas que podem ocorrer durante o processo de parturição. Por um lado, pode ser dito que a equipe de enfermagem responsabiliza os médicos pelas falhas que ocorrem. Para esses profissionais, essas falhas são creditadas ao descaso dos médicos, à centralização de poder em suas decisões, como também, em alguns casos, às falhas na formação médica propriamente dita.

É uma iatrogenia a gestante chegar e na avaliação o bebê apresentar batimento cardíaco e ele morrer aqui dentro, como já aconteceu várias vezes. Por exemplo, de um descolamento de placenta, que é uma urgência obstétrica e que não se dá a devida assistência. Já presenciei um caso que um R1 da pediatria não sabia entubar o bebê, daí depois falam que isso não acontece em um hospital de alto risco. (P8, enfermeira).

Agora surgiu uma nova política aqui dentro que eu não sei de onde tiraram, que paciente primigesta pode pedir cesárea com 39 semanas [...] é somente o médico que decide a partir da solicitação da mulher. Isso só foi uma justificativa.

digamos, legal, sem respaldo científico, para os médicos fazerem cesárea. (P1, enfermeira).

O que se percebe nas visões de alguns profissionais da enfermagem que lidam com o parto é uma crítica dura à persistência de práticas consideradas ultrapassadas, centralizadas nas decisões médicas e sustentadas em uma concepção patológica da fisiologia do parto. Essa lógica em uso no hospital, segundo alguns dos entrevistados, não deveria fazer parte do repertório no manejo do parto:

A episiotomia, por exemplo, não deveria ser rotineira [...] E quem dá a iniciativa para o R1 fazer a episiotomia é o R2 ou R3 ou preceptor quando está presente, de onde eles tiram esta informação [...]? (P6, enfermeira).

A posição de litotomia é usada em 99% dos partos (P7 enfermeira).

As orientações de puxos não deveriam ser feitas, pois vai nascer de qualquer jeito [...] Aquelas palavras idiotas "agora não faz força" é de quem não entende a fisiologia do parto, os puxos são involuntários [...] Eles mandam fazer força e usam a ocitocina para acelerar o trabalho de parto pela necessidade de fazer o bebê nascer (P2, técnica de enfermagem).

No entanto, algumas falas endossam a orientação dos médicos, no sentido de que os enfermeiros e enfermeiras devem, sim, "ensinar" a mulher a fazer os puxos, contrariando o que se considera como boas práticas de atenção ao parto e nascimento no parto normal.

As orientações para puxos dizendo 'faz força de cocô', direcionadas à parturiente no período expulsivo são feitas pela enfermagem. Eu acho que é importante, pois tem que ensinar a mulher como se comportar na hora do trabalho de parto, a respiração, como saber colocar aquela força. (P6, enfermeira).

A partir das observações da rotina das equipes, evidenciou-se uma fragilidade e uma fragmentação do trabalho, fato que coloca em risco a segurança dos pacientes. Nas falas, os profissionais reconhecem que há falhas nas condutas, conflitos interpessoais e tensões entre as categorias profissionais que afetam o cuidado e a atenção ao parto e promovem a insegurança nas equipes:

Não há protocolos, porque cada um tem uma conduta, não seguem nenhum manual. Se há, não estão utilizando. (P4, médica).

Mas realmente a gente tem condutas muito heterogêneas [...] então talvez isso atrapalhe bastante, aliado à falta de protocolos claros e rotinas no serviço, isso também acaba atrapalhando [...]. (P5, médico).

Se para os médicos as falhas nos procedimentos no serviço de assistência ao parto podem ser atribuídas à ausência de uniformização dos protocolos e das rotinas, já para os enfermeiros o poder médico centralizado é o principal responsável pela fragmentação desse serviço, embora reconheçam que os protocolos não são seguidos por todas as categorias profissionais, conforme foi relatado por uma enfermeira: "Aqui não tem política de saúde, é terra de ninguém, quem manda é o médico que está de plantão, é a política dele!" (P1 enfermeira).

A não utilização de protocolos definidos e o emprego de técnicas inadequadas que causam danos à saúde das pacientes, pela inexperiência e inabilidade do profissional em processo de formação, são fatores agravantes no cotidiano dessa instituição de ensino. Além disso, a formação dos profissionais dessa área também é criticada em alguns pontos, principalmente no que se refere à sua preparação para transmitir seus conhecimentos a estudantes. Os depoimentos dos profissionais a seguir expõem as lacunas na formação acadêmica no ensino da obstetrícia para médicos e enfermeiros:

Eu acho que não é efetivo o processo de ensino aprendizagem entre os professores e alunos, ela é muito empírica, tipo assim, eu na minha experiência faço assim, e chega o outro preceptor fala que faz de outro. A obstetrícia é a área que mais trabalha sem evidências científicas. (P1, enfermeira).

A gente precisa entender onde a engrenagem não está funcionando [...]. Então, quem vai supervisionar o residente, é o médico do plantão. São várias coisas que o serviço tem dúvida [...], então talvez para a gente isso pareça claro, que o acadêmico possa fazer, mas até onde vai esse respaldo? (P5, médico).

É perceptível, nesses casos, a importância de um docente que atue também como supervisor na realização dos procedimentos técnicos e das discussões sobre cada paciente. No entanto, alguns profissionais denunciam problemas nessa relação ensino-aprendizagem no hospital do estudo:

Os preceptores não têm perfil de docente e não têm capacitação para isso, porque no consultório particular eles até podem tomar condutas diversas com as pacientes deles, mas aqui não pode ser assim, é todo um conjunto. (P8, enfermeira).

O EMPIRISMO NO PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM

A formação dos médicos é criticada por um número significativo de profissionais da enfermagem, pois alguns procedimentos realizados por aqueles responsáveis por essa formação reproduzem técnicas condenáveis e prejudiciais à mulher e ao bebê.

O caso de uma parturiente, conforme será relatado abaixo, mostra que, mesmo seguindo recomendações da OMS durante o trabalho de parto, nem sempre seus usos são realizados de modo adequado.

Esses dias chegou uma paciente com 3 cm de dilatação [...] e a fisioterapeuta colocou na bola [bola suíça], e daí eu questioneei e ela disse que era para dilatar. Ora, não é esse conhecimento que eu tenho da bola suíça, e você vê que não está dando resultando nenhum. Então, o uso das boas práticas não é simplesmente botar a paciente em cima de uma bola, virar as costas e sair, tu precisa dar uma justificativa científica. (P3, enfermeira).

A FALTA DE DIÁLOGO E/OU COMUNICAÇÃO CONFLITUOSA

As relações conflituosas e a falta de diálogo entre médicos e enfermeiras e embates em torno da legitimidade profissional emergiram como temas nevrálgicos que alteram a rotina hospitalar:

A enfermagem tem denunciado quando o preceptor está ausente da sala durante a cesárea. Acho que o Vigihosp foi uma forma de alguém nos enxergar, e ele não tem sido efetivo [...] mas está se voltando contra a gente. Os médicos ficaram sabendo que a gente está fazendo o registro... ao invés deles tentarem melhorar, eles estão procurando situações da enfermagem para fazer registro também. Então não tem diálogo [...] então as relações interpessoais ficam cada vez mais difíceis, porque isso dificulta o trabalho, não há diálogo entre as equipes. (P3, enfermeira).

Os profissionais da enfermagem reiteram em suas falas as dificuldades nas relações interpessoais e hierárquicas no hospital, indicando o mau uso do sistema de ouvidoria criado na instituição para registrar erros profissionais. Esse contexto de falta de diálogo e ou comunicação conflituosa entre as equipes incide diretamente de forma negativa sobre a assistência à mulher e ao parto:

Quase perdemos uma paciente, porque a técnica instalou uma medicação que precisa de controle rigoroso sem bomba [...] e outro dia uma médica me pediu para fazer uma medicação com a

diluição errada, eu sabia que não estava certo e a questioneei e, quem não sabe, com certeza vai administrar. (P2, técnica de enfermagem).

O serviço desestruturado e com um grande número de profissionais, no qual não há comunicação efetiva, é um reduto de problemas na assistência obstétrica, produzindo um cuidado prestado de modo inseguro. A comunicação ineficaz entre as equipes gera estresse entre os profissionais e esses fatores podem refletir, direta ou indiretamente, de forma negativa no atendimento à gestante. Isso foi destacado na fala de um profissional médico:

Hoje a obstetrícia está num momento de muitas indefinições. Eu acho que durante o processo do ensino da obstetrícia não há comunicação e conversa [...] aqui acontece muitas mudanças de conduta, especialmente na própria questão de via de parto [...] tem coisas que as questões legais não estão bem claras [...] então mesmo que na clínica privada você aja diferente, aqui no serviço tem que ser pautado em diretrizes do Ministério da Saúde, talvez a partir disso as coisas mudem. (P5, médico).

O Centro Obstétrico do HU tem três setores internos que apresentam subdivisões: 1) a porta de entrada, onde acontece o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) e a avaliação obstétrica; 2) o setor de observação e internação; e 3) o ambiente restrito onde se localiza a sala de parto, sala de cesárea e sala de recuperação anestésica. Após passar pelo ACCR com a enfermeira, a mulher é atendida no box de consulta por um doutorando, que passa o caso para o residente. Conforme a conduta a ser tomada após a consulta, a mulher segue para internação ou observação. Após, é encaminhada para parto e/ou cesárea em outra sala. Nestes locais é sempre atendida por um número grande de pessoas e por uma equipe de enfermagem diferenciada. Esta diversidade de profissionais, associada a uma comunicação ineficaz, como foi presenciado durante o trabalho

de campo, podem trazer problemas de várias naturezas, dentre eles a fragmentação do cuidado.

AS PERCEPÇÕES DIFERENCIADAS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

As diferentes percepções dos profissionais de saúde sobre a violência obstétrica ainda geram para os profissionais de saúde certa dificuldade para refletir sobre essas práticas, ainda que reconheçam que elas existem manifestando-se nas mais diversas formas:

Na verdade, isso é uma coisa que me preocupa, pois não está definido realmente o que seja violência obstétrica. Uma gestante me perguntou uma vez [...] 'o que é violência obstétrica, se eles batem, obrigam a fazer alguma coisa' [...] O conceito de violência é controverso. (P8, enfermeira).

Eu acho que a violência obstétrica é uma coisa muito subjetiva, é aquilo que viola o que a mulher tem como limite moral. Então, muda de pessoa para pessoa e para ter esta noção tem que sempre comunicar sobre o que está fazendo. (P1, enfermeira).

Outros, porém, conseguem identificar determinados procedimentos como uma clara conduta violenta. Um exemplo disso é o caso do uso da ocitocina e episiotomia:

Eu acho que ocitocina é uma violência obstétrica porque tu está forçando uma coisa e... a natureza é sábia. [...] A episiotomia é uma violência obstétrica também porque, se trabalhassem bem o períneo, partegassem com amor, não precisaria cortar. (P2, técnica de enfermagem).

Seria não respeitar as tuas escolhas, ficar claro que algumas coisas são protocolos, como uso da ocitocina para indução, e se a pessoa não quer isso, mas ela acaba sendo convencida e ela não quer mesmo assim, então é violência, porque não está se respeitando a vontade e o conhecimento

que a pessoa traz. (P8, enfermeira).

Segundo os entrevistados, são frequentes os casos de deformações dos genitais resultantes da episiotomia (informal e jocosamente classificados pelos profissionais como "hemibundectomia lateral direita" ou como "AVC de vulva"). No relato abaixo, evidencia-se o quanto o procedimento é negativo: "Aqui não existe critérios para episiotomia, cada um avalia de forma pessoal, não é institucional o profissional que decide se vai fazer ou não, e são horríveis, causam estragos tremendos na vulva da mulher [...]" (P8, enfermeira).

Ressalta-se que, para corrigir a lesão genital deformada pela episiotomia, há necessidade de intervenção de outro profissional. Contudo, não são todas as mulheres que têm recursos financeiros para pagar os procedimentos corretivos ou uma cesárea que evitaria lesões perineais. O depoimento de um profissional de saúde resume de forma dramática as práticas violentas que ocorrem na assistência ao parto no hospital do estudo, levando inclusive a situações de óbitos de bebês.

Eu resumiria a violência obstétrica como uma violência contra a mulher [...] é tu atropelar as coisas que poderiam ser feitas de uma outra maneira, é a falta de segurança do profissional que acaba cometendo erros, falhas, e até morte que são desnecessárias [...]. A violência começa lá na porta, às vezes está numa palavra, tem profissionais que são estagnados mesmo, não querem mudar, fizeram assim a vida toda e para eles deu certo, tanto a equipe médica quanto de enfermagem. (P3, enfermeira).

Um fator "facilitador", atribuído à ocorrência da violência obstétrica, é a superlotação do estabelecimento hospitalar, fator que faz com que as mulheres fiquem sentadas em cadeiras durante o trabalho de parto ou sejam liberadas para o domicílio sem uma avaliação mais minuciosa. Na opinião de alguns dos interlocutores, a superlotação

faz com que todos se tornem vítimas, desde as usuárias até os profissionais de saúde. Como disse uma enfermeira: "você não ter condições adequadas de trabalho te incomoda, faz mal" (relato diário de campo, 12/04/2017). E prossegue na caracterização: "A violência obstétrica acontece também com os profissionais, pois trabalhar sem as mínimas condições torna os erros mais frequentes", disse outra enfermeira.

Nos encontros, casos recentes de processos contra HU por violência obstétrica foram rememorados pelos entrevistados. Um deles foi o de uma gestante gemelar atendida em janeiro de 2016. Na internação, os bebês apresentavam batimentos cardíacos, constatados por USG, bem como no atendimento na sala de parto. Quando o parto ocorreu, somente um dos bebês foi retirado com vida. O outro estava morto há uma semana, dado o estado de decomposição do corpo, conforme constatado pelos próprios médicos (relato diário de campo, 12/04/2017).

O fato de, atualmente, as mulheres nomearem as mortes de seus bebês como sendo uma forma de violência obstétrica é tido como uma novidade para os profissionais. Nas conversas na sala de descanso, por exemplo, levantou-se o debate de como esses casos deveriam ser julgados, uma vez que não há legislação específica sobre a violência obstétrica.

Outro fator "negativo" que necessitaria de correção na assistência pré-natal é denominado pelos profissionais de desconhecimento ou despreparo das mulheres sobre parto:

As pacientes aqui não questionam [...] não se informam e não têm autonomia, pois não têm este conhecimento sobre as boas práticas. (P1, enfermeira).

O despreparo para o parto das mulheres que chegam aqui no centro obstétrico é gritante, porque o pré-natal é malconduzido, acho que um treinamento com psicóloga, fisioterapeuta seria melhor. (P2, técnica de enfermagem).

Desse modo, para a maioria dos profissionais, a gestante contribui de alguma forma para a violência obstétrica, uma vez que não tem conhecimento sobre seus direitos. Os depoimentos ilustram essa ideia:

A experiência mostra que a mulher vem sem o conhecimento de parto humanizado, e aí ela chega aqui sem saber que ela tem tantos direitos e acaba aceitando muita coisa também que ela acha que é o certo, e acaba achando que com a cesárea não vai ter violência obstétrica [...] como é o caso de muitas mulheres que chegam aqui dizendo que não querem ganhar de parto normal, e sim de cesárea. (P4, médica)

NA CORDA BAMBA DAS CESARIANAS

Um dos depoimentos confirma o panorama, contrariando em parte os relatos dos profissionais acima citados sobre a preferência de mulheres por cesarianas:

E as nossas pacientes antes achavam que o parto ideal para uma mulher era cesariana, hoje tu vê que elas chegam aqui com outro olhar. A experiência mostra que antes conhecimento era sobre as boas práticas. (P1, enfermeira).

O despreparo para o parto das mulheres que chegam aqui no centro obstétrico é gritante, porque o pré-natal é malconduzido, acho que um treinamento com psicóloga, fisioterapeuta seria melhor. (P2, técnica de enfermagem).

O parto normal, no imaginário das gestantes e de alguns profissionais do hospital pesquisado, é associado a dores, mutilações e violência obstétrica, o que é confirmado nos depoimentos a seguir:

Há mulheres que pedem a cesárea por causa da dor (P6, enfermeira).

A cesárea, de uma certa forma, previne a violência obstétrica [...] no parto normal os

preceptores ensinam a fazer episiotomia em todas as mulheres, eles não perguntam para a paciente nada, não falam nada que vão fazer e na realidade não precisa desta intervenção em todas, é um abuso. (P4, médica).

Tem certas condutas, como uso da ocitocina, que são uma violência, à paciente com 9 cm, sem necessidade nenhuma, é para acelerar o trabalho deles e causar dor nas mulheres, melhor a cesárea então. (P3, enfermeira).

No que se refere ao eixo quatro do documento - Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde, produz dados relativos a práticas respeitadas e desrespeitadas na assistência à saúde com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais. Os sistemas de saúde devem ser responsáveis pela maneira com que as mulheres são tratadas durante o parto, garantindo o desenvolvimento e a implementação de políticas claras sobre direitos e normas éticas¹⁸. Cabe destacar, no entanto, que ainda existem questões a serem discutidas que interferem diretamente nesse sistema e na forma com que os profissionais lidam com os mais diversos casos em seus respectivos hospitais.

Em uma pesquisa¹⁹ realizada com 23.940 puérperas, no período de 2011-2012, mostrou-se que a via de parto de preferência inicial das mulheres foi o vaginal (68,5%), por razão de melhor recuperação física. O desejo pela cesariana se deve, principalmente, pelo medo da dor do parto. Com aproximadamente 1,6 milhão de operações cesarianas realizadas a cada ano, não houve diminuição dos casos de violência obstétrica, sendo, na verdade, o abuso de cesarianas um deles²⁰. Pode-se supor que, quando as mulheres escolhem a cesárea para fugir de um parto violento, isso seja reflexo de uma configuração médico-hospitalar que imputa à mulher procedimentos dolorosos, como a episiotomia, considerada uma violência sexual com sequelas pela dor intensa da sutura.

Outro fator desencadeador da violência obstétrica são os erros causados pela inabilidade técnica do profissional que pode desencadear uma morbidade materna grave, conhecida como o near miss materno, e é passível de acontecer no processo de formação de profissionais, quando não se tem uma supervisão adequada²¹. A morbidade materna grave é 50 vezes mais comum que a morte materna e pode causar danos importantes, muitas vezes de caráter permanente. Outros autores indicam que o near miss materno está relacionado a uma assistência à saúde de pior qualidade e/ou à falta de assistência pré-natal¹²⁻¹³. Desse modo, constata-se a importância do papel do preceptor enquanto educador presente na supervisão, assumindo uma função de docente-clínico, realizando procedimentos técnicos e moderando a discussão de caso²².

Insinua-se, nos depoimentos acima, que a cesariana seria uma "solução" para a violência obstétrica, a despeito do debate que mostra que o Brasil vive uma epidemia destas operações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos nesta pesquisa evidenciaram que as práticas consideradas iatrogênicas, ou seja, desnecessárias na maioria das vezes, como a manobra de Kristeller, episiotomia, uso de ocitocina e posição supina, estão sendo utilizadas de forma recorrente nos atendimentos. Esses equívocos acontecem pela inexperiência dos alunos em processo de formação, associada à supervisão inadequada dos professores, preceptores que deveriam dar o suporte e os ensinamentos sobre as evidências científicas do parto. Os partos considerados fisiológicos, isto é, aqueles que baseiam seu cuidado nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento, foram pouco relatados pelos sujeitos da pesquisa, evidenciando que são pouco vistos e ensinados no universo acadêmico de atenção obstétrica.

Além disso, constatou-se que protocolos definidos no HU não são colocados em prática, colocando em risco a segurança da paciente. Por exemplo, não há *rounds* entre equipe multiprofissional: as passagens de plantão são feitas por um núcleo profissional que se restringe, neste caso, à enfermagem e à medicina. Com isso, a maioria das práticas segue condutas que não estão nos *guidelines*, considerados padrão ouro nas evidências científicas. Como consequência disso, há forte associação dessas atividades com a morbimortalidade materna e neonatal.

A violência obstétrica foi apontada pelos profissionais como sendo parte do despreparo e da falta de conhecimento das mulheres sobre parto, fator esse que necessita ser corrigido no pré-natal. Nesse sentido, percebeu-se que, na visão dos profissionais, as mulheres que se encontram vulneráveis à violência no parto são culpadas por não saberem parir. A falta de aprofundamento entre os profissionais sobre o que é violência obstétrica leva a um esvaziamento do debate, um entendimento superficial, um "jogo de empurra" de quem é a culpa que justificaria as práticas iatrogênicas.

Conclui-se que é indispensável que ocorram mudanças na formação do hospital universitário do modelo tecnocrático, essencialmente centrado no profissional médico, para um modelo que valorize as boas práticas de atenção ao parto e nascimento com vistas ao modelo de atenção humanista e multiprofissional.

REFERÊNCIAS

1. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. Pain and the protagonism of women in parturition. *Braz J Anesthesiol* [Internet]. 2011 [citado em 2019 Out 16];61(3):376-88. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942011000300014.
2. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum* [Internet]. 2015 [citado em 2017 Jun

- 02];25(3):377-84. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/106080/106629>.
3. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. [Internet] *Int J Gynaecol Obstet*. 2001 Nov [citado em 2019 Out 16];75(suppl 1):S5-S23. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020729201005100?via%3Dihub>.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Ministério da Saúde fará monitoramento online de partos cesáreos no país [Internet]. Ministério da Saúde. 2018 Mar 07 [citado em 2017 Nov 18]. Disponível em: <http://portals.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42714-ministerio-da-saude-fara-monitoramento-online-de-partos-cesareos-no-pais>.
5. Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Serviço de Estatística partos normais e cesáreas. Santa Maria: HUSM; 2018.
6. Sanfelice CFO, Abbud FSF, Pregolato OS, Silva MG, Shimo AKK. From institutionalized birth to home birth. *Rev Rene* [Internet]. 2014 [citado em 2019 Out 16];15(2):362-70. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3170/2433>.
7. Martins AC, Barros GM. Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. *Rev dor* [Internet]. 2016 Set [citado em 2019 Jun 15];17(3):215-218. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000300215&lng=pt&nrm=iso&tln=pt.
8. World Health Organization. Maternal and newborn health/safe motherhood unit care in normal birth: a practical guide [Internet]. Geneva: WHO; 1996 [citado em 2019 Jun 15]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf.
9. Brasil, Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS. Diretriz nacional de assistência ao parto normal: relatório de recomendação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado em 2019 Jun 14]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_DiretrizPartoNormal_CP.pdf.
10. Silva BG, Lima NP, Silva SG, Antúnez SF, Seerig LM1, Restrepo-Méndez MC, et al. Maternal mortality in Brazil from 2001 to 2012: time trends and regional differences. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016 [citado em 2019 Jun 15];19(3):484-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2016000300484&script=sci_arttext&tln=en.
11. Lemos F. Hospital Universitário de Santa Maria atesta óbito de bebê vivo [Internet]. G1.com. 2018 Set 18 [citado em 2019 Out 16]. Disponível em <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2018/09/18/hospital-universitario-de-santa-maria-atesta-obito-de-bebe-vivo.ghtml>.
12. Dias MA, Domingues RMSM, Schilithz AO, Nakamura-Pereira M, Diniz CSG, Brum IR, et al. Incidence of maternal near miss in hospital childbirth and postpartum: data from the Birth in Brazil study. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 Ago [citado em 2019 Jun 15];30(suppl 1):s1-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300022&lng=en&nrm=iso&tln=en.
13. Rosendo TM, Roncalli AG. Maternal near misses and health inequalities: an analysis of contextual determinants in the State of Rio Grande do Norte, Brazil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016 Jun [citado em 2019 Jun 15];21(1):191-201. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100191.
14. Callaghan WM, Mackay AP, Berg CJ. Identification of severe maternal morbidity during delivery hospitalizations, United States, 1991-2003. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2008 [citado em 2019 Out 16];199(2):133.e1-8. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(07\)02332-0/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(07)02332-0/fulltext).
15. Botti SHO, Rego STA. Clinical teacher: the complex role of the preceptor in medical residency. *Physis (Rio J)* [Internet]. 2011 [citado em 2019 Jun 16];21(1):65-85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100005&lng=en&nrm=iso&tln=pt.
16. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saude Pública* [Internet]. 2014 [citado em 2019 Jun 15];30(suppl 1):17-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=en&nrm=iso&tln=en.
17. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad Saude Pública* [Internet]. 2014 [citado em 2019 Jun 15];30(suppl 1):S1-S16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=en&nrm=iso&tln=en.
18. World Health Organization. Human Reproduction Program [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [citado em 2019 Jun 15]. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/hrp/en/>.
19. Uchôa SAC, Camargo Jr KR. Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências?. *Ciên Saude Colet* [Internet]. 2010 Jul [citado em 2019 Jun 29];15(4):2241-49. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400038.
20. Zanardo GLP, Uribe MG, Nadal AHR, Habigzang LF. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicol Soc* [Internet]. 2017 Jul [citado em 2019 Out 16];29: e155043. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100218.
21. Chourabi LF. Representações e práticas sociais dos profissionais de saúde e usuárias sobre a assistência ao parto em um hospital universitário do sul do Brasil: um estudo à luz do conceito de violência obstétrica [tese na internet]. Rio de Janeiro: ENSP; 2018 [citado em 2019 Out 16]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/31149/2/lizandra_flores.pdf
22. Morse ML, Fonseca SC, Gottgroy CL, Waldmann CS, Gueller E. Morbidade Materna Grave e Near Misses em Hospital de Referência Regional. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2011 Jun [citado em 2019 Out 16];14(2):310-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000200012&lng=en&nrm=iso.

RECEBIDO: 28/08/2019

ACEITO: 18/10/2019

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE PACIENTES HIV EM USO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E SUA ASSOCIAÇÃO AO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL

Sociodemographic factors of HIV patients on antiretrovirals and their association with the Municipal Human Development Index

Ingridt Hildegard Vogler¹, Daniela Frizon Alfieri², Heloisa Damazio Bruna Gianjacomo³, Elaine Regina Delicato de Almeida⁴, Edna Maria Vissoci Reiche⁵

1. Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4220-0628>
2. Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0217-9329>
3. Graduação em Farmácia pela Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9032-4559>
4. Doutorado em Patologia Experimental pela Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0000-0919>
5. Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6507-2839>

CONTATO: Ingridt Hildegard Vogler | Endereço: Av. Robert Koch, 60 | Vila Operária | Londrina | Paraná | CEP 86.038-440 | Telefone: (43) 3371-2670 | E-mail: vogler@uel.br

COMO CITAR: Vogler IH, Alfieri DF, Gianjacomo HDB, Almeida ERD, Reiche EMV. Fatores sociodemográficos de pacientes HIV em uso de terapia antiretroviral e sua associação ao índice de desenvolvimento humano municipal. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Dez;2(2):39-48



COPYRIGHT 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.

RESUMO O objetivo do trabalho foi avaliar fatores sociodemográficos e laboratoriais dos pacientes infectados pelo HIV em uso de terapia antirretroviral (TARV) associados ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). O estudo envolveu 4.900 pacientes de 116 municípios do Paraná, atendidos no período de 2012 a 2015. Os pacientes foram divididos em três grupos de acordo com o tamanho e o IDHM do município de residência. Cidades de pequeno porte/IDHM médio apresentaram taxas mais elevadas de mulheres, indivíduos mais jovens e baixa escolaridade, quando comparadas com as cidades de grande porte/IDHM alto. As taxas totais de resposta imunológica, virológica e completa à TARV foram de 71,9%, 68,2% e 57,1%, respectivamente, com melhores resultados para o grupo vivendo em municípios de grande porte/IDHM alto. Apesar dessas diferenças, as respostas imunológica e virológica foram semelhantes entre os grupos, sugerindo que o grau de desenvolvimento do município não está associado com a efetividade da terapia para o HIV-1.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia Antirretroviral de Alta Atividade. Vírus 1 da imunodeficiência humana -IV-1. Saúde Pública. Efetividade. Monitorização Imunológica.

ABSTRACT The objective of the study was to evaluate sociodemographic and laboratory factors of HIV patients on use of antiretroviral therapy (cART) associated with the Municipal Human Development Index (IDHM). The study enrolled 4,900 HIV-patients from 116 municipalities in the state of Paraná, in the South of Brazil, attended from 2012 to 2015. Patients were divided into three groups according to the size and the IDHM of the city of origin. Small sized/medium-IDHM cities showed higher rates of women, individuals with low educational level and young age, when compared to large sized/high-IDHM ones. The general rates of immunologic, virologic and complete responses to cART were of 71.9%, 68.2% and 57.1%, respectively, and better results were observed in the group from large size/high-IDHM cities. Despite these differences, immunologic and virologic responses were similar between the groups, demonstrating that the municipality level of development is not associated with the effectiveness of HIV-1 therapy.

KEYWORDS: Highly Active Antiretroviral Therapy, Highly Active. HIV-1. Public Health. Effectiveness. Monitoring, Immunologic.

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, há 37,9 milhões de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1) e 23,3 milhões de pessoas com acesso à terapia antirretroviral combinada para o HIV-1 (TARV)¹. No Brasil, cerca de 926.742 casos de HIV/Aids foram registrados entre os anos de 1980 e 2018; destes, 185.363

casos ocorreram na Região Sul e 45.443 no Estado do Paraná². O padrão de distribuição dos casos da infecção por HIV-1 no Brasil tem características semelhantes ao perfil global, como feminização, contato heterossexual, pauperização, idade avançada e internalização da epidemia³. O número de novos infectados ainda é alto, apesar de inúmeras

campanhas de conscientização sobre a infecção que são amplamente disseminadas pelas redes sociais, por Organizações não Governamentais (ONGs) e pelos próprios serviços de saúde.

Desde 1996, o acesso gratuito à TARV pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é obrigatório no Brasil, com o fornecimento de medicamentos a todas as pessoas infectadas pelo HIV-1 que tenham indicação de tratamento de acordo com as atuais diretrizes de terapia^{4,5}. Evidências robustas demonstram o benefício da TARV em pessoas vivendo com HIV/Aids, tanto naqueles com sintomas relacionados à imunodeficiência causada pelo HIV-1 como nos indivíduos assintomáticos com contagem de células T CD4⁺ abaixo de 350 células/uL, com considerável redução na mortalidade desses indivíduos⁶⁻⁸. Uma vez que a terapia foi iniciada, o desafio é manter uma resposta terapêutica adequada. Espera-se que ocorra a supressão da carga viral do HIV-1 (resposta virológica) associada à reconstituição do sistema imune (resposta imunológica); no entanto, em alguns casos há uma discrepância entre esses dois tipos de resposta⁹.

O estado do Paraná apresenta 399 municípios, divididos em 22 regionais de saúde. Uma regional de saúde é definida como um espaço geográfico ininterrupto constituído por municípios adjacentes atendidos por cuidados de saúde primários, emergência, atenção psicossocial, atendimento ambulatorial especializado, atendimento hospitalar e vigilância epidemiológica¹⁰. Pacientes que residem em pequenos municípios precisam procurar serviços de saúde especializados em cidades maiores da sua região.

Esta é a realidade de cerca de 89,4% dos municípios brasileiros, que possuem menos de 50 mil habitantes, e não são localmente atendidos por serviços de saúde secundários (ambulatórios especializados) ou terciários (hospitais), serviços estes tão importantes no monitoramento de pessoas vivendo com o HIV-1. Dessa forma, o acesso ao medicamento na rede pública não garante, por si só, o sucesso da terapia antirretroviral, e fatores

associados à qualidade do serviço de saúde tornam-se importantes para garantir o acesso aos cuidados e a adesão à terapia^{11,12}.

Um importante indicador para comparar essas localidades é o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), que sintetiza o desenvolvimento de uma cidade em termos de educação, longevidade e renda. Este índice é categorizado como IDHM muito baixo (0 a 0,499), baixo (0,500 a 0,599), médio (0,600 a 0,699), alto (0,700-0,799) e muito alto (0,800 a 1), sendo que o índice médio do estado do Paraná é de 0,749 e do Brasil é de 0,727¹³.

Dados sobre a progressão da epidemia de HIV/Aids são publicados constantemente ao nível das unidades federativas brasileiras e fornecem ferramentas importantes para decisões e programação de atividades de saúde². No entanto, dados sobre a situação da epidemia do HIV-1 em municípios com características diferentes são escassos. Por isso, o objetivo do presente estudo foi descrever as características sociodemográficas e laboratoriais das pessoas em tratamento para o HIV-1, relacionadas tanto ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal quanto ao tamanho dos municípios no Estado do Paraná, Sul do Brasil.

METODOLOGIA

Estudo observacional, retrospectivo e transversal, que envolveu pacientes ambulatoriais infectados pelo HIV-1 com solicitação de contagem de células T CD4⁺ e carga viral do HIV-1 atendidos no Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil, durante o período de 2012 a 2015. Esses pacientes receberam atendimento médico ambulatorial numa área que abrange uma população total de 2.770.115 habitantes, de 116 municípios das macrorregiões de saúde Norte e Leste do estado do Paraná. Para definir uma cidade como sendo de grande ou de pequeno porte, foi usado o corte de

50.000 habitantes. Oito cidades (6,9%) eram de grande porte e IDHM alto. Os outros 108 (93,1%) municípios foram classificados como de pequeno porte, sendo que destes, 52 (44,8%) apresentavam um IDHM médio e 56 (48,3%) um IDHM alto¹⁴.

Os dados dos pacientes foram obtidos por consulta ao Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), um aplicativo *on-line* desenvolvido pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento da contagem de células T CD4⁺ e da carga viral do HIV-1. A amostra foi obtida consecutivamente, por conveniência de tempo e local, e consistiu de dados sociodemográficos e laboratoriais de indivíduos infectados pelo HIV-1 que estavam em acompanhamento da terapia antirretroviral. Os dados dos pacientes foram verificados duas vezes no sistema para garantir a confiabilidade das informações e todos os registros duplicados também foram removidos. Foram excluídos todos os pacientes virgens de tratamento e aqueles indivíduos que realizaram o teste de carga viral do HIV-1 para fins de diagnóstico e obtiveram um resultado indetectável. Foram incluídos todos os indivíduos que já fizeram uso da TARV, e que realizaram contagem de células T CD4⁺ e/ou carga viral do HIV-1 durante o período do estudo. O *status* laboratorial foi obtido para o último resultado disponível no período.

As contagens de células T CD4⁺ foram avaliadas utilizando citometria de fluxo (BD FACSCalibur™, Becton, Dickinson and Company, Biociences BD, EUA) e expressas como células/uL. Os níveis de RNA-HIV-1 foram quantificados usando DNA ramificado (bDNA) com limite inferior de detecção de 50 cópias/mL (bDNA, Versant® HIV-1 RNA 3.0 Assay, Siemens Healthcare, EUA) ou reação em cadeia da polimerase quantitativa (qPCR) com limite inferior de detecção de 40 cópias/mL (Abbott Real Time HIV-1, Abbott Molecular Inc. EUA), de acordo com os *kits* disponíveis na Rede Pública brasileira. Para objetivo deste estudo, os pacientes com resultados de linfócitos T CD4⁺ >350 células/uL e carga viral do HIV-1 <50 cópias/mL na última avaliação laboratorial, foram considerados

respondedores imunológicos e virológicos à TARV, respectivamente¹⁵. Quando as respostas imunológica e virológica eram observadas em conjunto, o paciente foi considerado como respondedor completo à TARV.

Os dados foram analisados no programa IBM SPSS versão 20 (Chicago, IL, EUA). Calculamos a mediana e o intervalo interquartil (IQR) de 25% e 75% de cada variável contínua e a comparação entre os grupos foi feita pelo teste de Kruskal-Wallis. As características sociodemográficas foram categorizadas e descritas como número absoluto (n) e frequência relativa (%) e comparadas pelo teste do qui-quadrado (X²). A análise de regressão logística multinomial foi realizada para contrastar os grupos de pacientes que vivem em cidades de diferentes tamanhos e IDHM. A significância estatística foi estabelecida ao nível de 0,05 (p <0,05).

O estudo foi realizado de acordo com a Declaração de Helsinque e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL) no dia 07 de maio de 2015 sob o número 1.053.745 (CAAE 44127215.0.0000.5231). A coleta das informações foi feita na base de dados do SISCEL e por isso o consentimento informado não foi obtido dos pacientes, porém, para garantir a confidencialidade, identificamos consecutivamente por número todos os registros/dados dos pacientes antes da análise. Não houve conflito de interesse a ser relatado e o estudo contou com suporte financeiro próprio.

RESULTADOS

Durante o período de 2012 a 2015, um total de 4.900 pacientes infectados pelo HIV-1 que estavam em TARV realizou contagem de células T CD4⁺ e carga viral do HIV-1 em nosso laboratório. Conforme descrito na Tabela 1, a maioria dos pacientes era do sexo masculino (56,8%), caucasiano (73,9%), com escolaridade de até sete

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE PACIENTES HIV EM USO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E SUA ASSOCIAÇÃO AO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL

anos (52,8%) e realizou exames laboratoriais a cada seis meses (80,2%). As taxas gerais de resposta imunológica, virológica e completa à TARV foram de 71,9%, 68,2% e 57,1%, respectivamente. Um total

de 3.432 (70,0%) pacientes residia em cidades de grande porte/IDHM alto, 1.128 (23,0%) residiam em cidades de pequeno porte/IDHM alto e apenas 340 (7,0%) eram de localidades pequenas/IDHM médio.

Tabela 1 Características sociodemográficas e laboratoriais de pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana tipo 1 vivendo no estado do Paraná, sul do Brasil, estratificados segundo o tamanho do município e o respectivo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

VARIÁVEIS	TOTAL DE PACIENTES N = 4.900 (%)	TAMANHO DO MUNICÍPIO / IDHM			p VALOR
		PEQUENO PORTE/ IDHM MÉDIO N = 340 (%)	PEQUENO PORTE/ IDHM ALTO N = 1.128 (%)	GRANDE PORTE/ IDHM ALTO N = 3.432 (%)	
Sexo					
Masculino	2.784 (56,8)	168 (49,4)a	605 (53,6)a	2.011 (58,6)b	<0,001*
Feminino	2.116 (43,2)	172 (50,6)a	523 (46,4)a	1.421 (41,4)b	
Idade (anos)					
0 - 39	2.021 (41,2)	166 (48,8)a	449 (39,8)b	1.406 (41,0)b	0,010*
40 - 90	2.879 (58,8)	174 (51,2)a	679 (60,2)b	2.026 (59,0)b	
Raça					
Branca	3.621 (73,9)	263 (77,4)a	793 (70,3)b	2.565 (74,7)a	0,004*
Outras	1.279 (26,1)	77 (22,6)a	335(29,7)b	867 (25,3)a	
Escolaridade (anos)					
0 - 7	2.588 (52,8)	223 (69,0)a	649 (62,0)b	1.716 (51,8)c	<0,001*
≥8	2.094 (42,7)	100 (31,0)a	398 (38,0)b	1.596 (48,2)c	
Não informado	218 (4,5)	-	-	-	
Frequência de exames laboratoriais					
Semestral	3.930 (80,2)	293 (86,2)a	940 (83,3)a	2.697 (78,6)b	<0,001*
Anual	970 (19,8)	47 (13,8)a	188 (16,7)a	735 (21,4)b	
Tempo de diagnóstico (anos)					
0 - 5	2.063 (42,1)	157 (46,2)a,b	509 (45,1)a	1.397 (40,7)b	0,010*
6 - 30	2.837 (57,9)	183 (53,8)a,b	619 (54,9)a	2.035 (59,3)b	
Tempo em TARV (anos)					
0 - 4	2.368 (48,3)	195 (57,4)a	591 (52,4)a	1.582 (46,1)b	<0,001*
5 - 28	2.532 (51,7)	145 (42,6)a	537 (47,6)a	1.850 (53,9)b	
Última contagem de células T CD4*					
<350	1.321 (27,0)	89 (26,4)a,b	350 (31,3)a	882 (26,0)b	0,002*
>350	3.524 (71,9)	248 (73,6)a,b	768 (68,7)a	2.508 (74,0)b	
Não informado	55 (1,1)	-	-	-	
Última carga viral do HIV-1					
Não detectado	3.341 (68,2)	216 (63,5)a	733 (65,0)a	2.392 (69,7)b	0,002*
Detectado	1.559 (31,8)	124 (36,5)a	395 (35,0)a	1.040 (30,3)b	
Resposta Completa à TARV					
Sim	2.797 (57,1)	184 (54,6)a,b	594 (53,1)a	2.019 (59,6)b	<0,001*
Não	2.048 (41,8)	153 (45,4)a,b	524 (46,9)a	1.371 (40,4)b	
Não informado	55 (1,1)	-	-	-	

Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

Tamanho do Município: pequeno (<50.000 habitantes) ou grande (>50.000 habitantes); IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal classificado como médio (0,600 a 0,699) ou alto (0,700-0,799); Contagem de células T CD4* expressa em células/uL; Carga viral do HIV-1: limite de detecção de 50 cópias/mL; Resposta completa à terapia antirretroviral combinada (TARV): CD4 >350 células/uL e carga viral indetectável; * Significativo ao nível de p<0,05; as diferenças são indicadas por letras (a, b, c).

A mediana da idade dos pacientes residentes em cidades pequenas/IDHM médio (39,9 anos; IQR 33,4-49,4) foi significativamente menor que os outros dois grupos (cidade pequena/ IDHM alto: 42,4 anos; IQR 34,1-51,2; cidade grande/IDHM alto: 42,5 anos; IQR 34,2-51,3; $p < 0,05$). A mediana do tempo de diagnóstico também foi diferente entre os grupos (cidade pequena/IDHM médio: 5,9 anos; IQR 2,4-10,0; cidade pequena/IDHM alto: 6,3 anos; IQR 2,8-10,5; cidade grande/IDHM alto: 7,1 anos; IQR 3,1-12,3; $p < 0,001$). O mesmo foi observado para a mediana do tempo de uso da TARV (cidade pequena/IDHM médio: 3,4 anos; IQR 1,5-7,4; cidade pequena/IDHM alto: 4,2 anos; IQR 1,8-8,4; cidade grande/ IDHM alto: 5,1 anos; IQR 1,8-10,4; $p < 0,001$).

A regressão logística multinomial foi utilizada para comparação das características sociodemográficas entre os três grupos, tendo como referência os pacientes residentes em cidades pequenas/IDHM médio (Tabela 2). Verificamos que os pacientes de cidades pequenas/IDHM alto tinham maior probabilidade de serem mais velhos, não-Caucasianos e com melhor nível de escolaridade que o grupo de referência. Por outro lado, os pacientes dos municípios de grande porte/IDHM alto tiveram maior chance de serem do sexo masculino, mais velhos, mais instruídos, estarem em uso de TARV por mais tempo e realizarem exames de monitoramento anualmente, quando comparados ao grupo vivendo em municípios de pequeno porte/IDHM médio.

Tabela 2 Análise de regressão logística multinomial contrastando grupos de pacientes em uso de terapia antirretroviral combinada, vivendo em cidades de diferentes tamanhos e níveis do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal no estado do Paraná.

PEQUENO PORTE/ IDHM MÉDIO (REFERÊNCIA)	PEQUENO PORTE/IDHM ALTO		GRANDE PORTE/IDHM ALTO	
	OR (IC 95%)	p VALOR	OR (IC 95%)	p VALOR
Sexo				
Masculino	1,11 (0,86-1,44)	0,411	1,34 (1,06-1,69)	0,015
Feminino	1,00		1,00	
Idade (anos)				
0 - 39	0,66 (0,50-0,87)	0,003	0,71 (0,55-0,91)	0,007
40 - 90	1,00		1,00	
Raça				
Branca	1,00		1,00	
Outras	1,49 (1,11-2,00)	0,008	1,27 (0,96-1,68)	0,087
Escolaridade (anos)				
0 - 7	1,00		1,00	
8 ou mais	1,51 (1,14-1,99)	0,003	2,25 (1,74-2,90)	<0,001
Frequência de exames laboratoriais				
Semestral	1,00		1,00	
Anual	1,29 (0,88-1,90)	0,185	1,84 (1,29-2,62)	0,001
Tempo de diagnóstico (anos)				
0 - 5	1,00		1,00	
6 ou mais	0,80 (0,54-1,17)	0,247	0,69 (0,48-0,97)	0,036
Tempo em TARV (anos)				
0 - 4	1,00		1,00	
5 ou mais	1,33 (0,92-1,95)	0,131	1,93 (1,36-2,73)	<0,001
Última contagem de células T CD4⁺				
<350 células/uL	1,24 (0,80-1,90)	0,334	1,06 (0,71-1,57)	0,778
>350 células /uL	1,00		1,00	
Última carga viral do HIV-1				
Não detectado	1,00		1,00	
Detectado	0,83 (0,49-1,40)	0,483	0,78 (0,48-1,27)	0,319
Resposta Completa à TARV				
Sim	1,00		1,00	
Não	1,12 (0,60-2,09)	0,720	1,04 (0,58-1,85)	0,904

Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

Tamanho do Município: pequeno (<50.000 habitantes) ou grande (>50.000 habitantes); IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal classificado como médio (0,600 a 0,699) ou alto (0,700-0,799); OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confiança ao nível de 95%; TARV: terapia antirretroviral combinada; Contagem de células T CD4⁺ expressa em células/uL; Carga viral do HIV-1: limite de detecção de 50 cópias/mL; Resposta completa à terapia antirretroviral combinada (TARV): CD4 >350 células/uL e carga viral indetectável.

DISCUSSÃO

Neste estudo, avaliamos a associação entre o tamanho da cidade e o IDHM com algumas características dos pacientes com HIV-1 em uso de TARV. As variáveis explanatórias incluíram os biomarcadores laboratoriais de resposta à TARV (contagem de células T CD4⁺ e carga viral do HIV-1), bem como os dados sociodemográficos desses indivíduos. Até onde pudemos verificar, existem raros estudos sobre esse tema. Um estudo global correlacionou inversamente o IDH nacional com a mortalidade, prevalência e incidência do HIV-1 em 141 países¹⁶. Outro estudo, realizado no Brasil de 2002 a 2006, associou o IDHM baixo com cidades que apresentam epidemia de pequena magnitude (menos de 20 casos) e uma tendência ao aumento na transmissão do HIV-1 entre heterossexuais¹⁷.

Verificamos que indivíduos do nosso estudo que eram do sexo feminino e com menor escolaridade tiveram maior chance de viver em municípios de pequeno porte/médio IDHM, quando comparados com as localidades com IDHM alto. Diversas variáveis, tanto associadas à população como à localidade, poderiam explicar este fato, mas a fonte dos dados (SISCEL) limita o acesso a outras informações mais conclusivas. De qualquer forma, este achado pode representar uma maior frequência de transmissão do HIV-1 ou um melhor acesso ao diagnóstico para esse grupo. Adultos jovens e sexualmente ativos foram previamente associados a uma maior testagem do HIV-1¹⁸. De acordo com estudos anteriores, as mulheres podem ser menos propensas a receber a TARV do que homens, e as barreiras ao acesso aos cuidados que afetam desproporcionalmente as mulheres incluem transporte, falta de autonomia de gênero, sistemas de saúde, estigma, restrições econômicas, falta de conhecimento e regras sociais¹⁹⁻²¹. Um estudo temporal (1986-1996) dos casos notificados de Aids no Brasil mostrou que a infecção pelo HIV-1 começou nos estratos sociais de alto nível educacional, com tendência a se espalhar progressivamente para os estratos

sociais de baixa escolaridade, principalmente entre as mulheres²⁰. É importante lembrar que a partir de 2009 ocorreu uma redução gradual dos casos de Aids em mulheres em todo o Brasil, sendo que atualmente na região Sul do país a razão é de 1,8 casos (M:F).²

Observamos que nossos pacientes residentes em municípios de grande porte/IDHM alto foram submetidos ao monitoramento laboratorial com menor frequência do que os indivíduos que vivem em cidades de pequeno/IDHM médio. Um grande estudo de coorte observacional apoia as atuais recomendações adotadas nos Estados Unidos para o monitoramento de carga viral do HIV-1 a cada dois anos no caso dos pacientes clinicamente estáveis e virologicamente suprimidos. Os autores não detectaram diferenças significativas na frequência de falha virológica entre os pacientes submetidos a testes de carga viral frequente (21,0%) *versus* menos frequente (19,6%), mesmo após ajuste multivariado²¹.

Embora o Protocolo Clínico brasileiro em vigor na época do estudo recomendasse a realização tanto da contagem de células CD4⁺ como da carga viral do HIV-1 a cada seis meses⁹, observamos que os clínicos em alguns ambulatórios estavam estendendo esse período nos pacientes assintomáticos e com supressão viral, possivelmente devido à alta demanda nos serviços de saúde, sobretudo em locais com alta prevalência da doença. Posteriormente, uma nova atualização do Protocolo passou a recomendar a suspensão da solicitação da contagem de CD4⁺ para aqueles pacientes em TARV que estejam assintomáticos, com carga viral suprimida e que tenham dois exames consecutivos de CD4⁺ com contagem superior a 350 células/uL realizados em intervalo de pelo menos seis meses, corroborando a conduta que já vinha sendo observada.²²

De acordo com diferentes relatos ao redor do mundo, o número de pacientes que recebem TARV varia de 25,0% a 84,0%²³, e a estimativa de cobertura global da TARV divulgada pela UNAIDS

para o final de 2015 alcançou 46% dos adultos vivendo com o HIV-1.²⁴ Em pacientes brasileiros avaliados no período de 2001 a 2011, o percentual de pacientes em tratamento que apresentam carga viral indetectável aumentou linearmente de 46,5% (2001) para 77,1% (2011), mas estes valores foram menores entre mulheres do que em homens, em jovens do que em idosos e em regiões menos desenvolvidas do que naquelas com melhor desenvolvimento²⁵. O nível de desenvolvimento social e econômico pode ser um importante fator para explicar as diferenças entre regiões geográficas. Os custos indiretos associados ao transporte e ao absenteísmo no trabalho ou escola dificultam a retenção nos cuidados e a continuidade do tratamento, e são preditores de maus resultados nos vários estágios do atendimento em saúde¹¹. Pacientes necessitam viajar por mais de duas horas até a clínica de atendimento e têm um risco 2,4 vezes maior de apresentar uma resposta imunológica não satisfatória²⁶. Mesmo em locais onde a TARV é gratuita, os custos indiretos devem ser considerados para melhorar a continuidade do cuidado. O transporte gratuito subsidiado pelos governos locais pode justificar os melhores resultados na adesão.

Inicialmente, consideramos a hipótese de que as disparidades locais na estrutura do sistema de saúde pública estariam associadas a diferentes padrões de resposta à TARV. Uma vez que municípios de pequeno porte geralmente carecem de serviços de saúde mais complexos, e a maioria deles apresenta IDHM mais baixo do que as cidades de grande porte, assumimos que poderia haver algum prejuízo no tratamento do HIV-1 para pacientes provenientes de localidades menos desenvolvidas, evidenciado por piores resultados nos biomarcadores laboratoriais do monitoramento da TARV. Encontramos algumas diferenças estatísticas entre os três grupos de estudo nas proporções das respostas virológica e imunológica. No entanto, após o ajuste na regressão logística multinomial, as diferenças nas respostas imunológica, virológica e completa à TARV associadas ao tamanho e IDHM

dos municípios desapareceram, demonstrando que a diretriz terapêutica brasileira é eficaz, independentemente da complexidade da rede ambulatorial. Um estudo numa população da África do Sul sugeriu diferentes impactos no tratamento dependendo do tipo de acesso aos cuidados de saúde, de modo que pacientes atendidos em clínica privada tiveram melhores resultados imunológicos e virológicos no seguimento de 12 meses da TARV. Esses pacientes tinham menor probabilidade de apresentar carga viral detectável após 12 meses de tratamento, mas tinham maior risco de perda de seguimento quando comparados aos pacientes da clínica pública. Aqueles autores concluíram que os pacientes atendidos na rede particular deviam acessar cuidados de nível terciário e combinações de medicamentos alternativos que resultaram em melhor tolerabilidade, menos efeitos colaterais, melhor adesão à TARV quando comparado aos pacientes da rede pública¹⁰. Outro estudo também observou associação significativa entre o baixo controle da carga viral e o município onde o paciente foi tratado, sendo que os autores sugeriram que diferenças nos serviços de saúde deviam ser a provável causa^{23,27}. Embora o SISCEL, que foi a fonte de dados do presente estudo, seja limitado à rede pública de laboratórios, acredita-se que os resultados obtidos abrangem a maior parte dos pacientes infectados pelo HIV-1 no Brasil, uma vez que apenas 24% da população possui plano de saúde privado, e muitos planos de saúde não cobrem os testes laboratoriais para contagem de células T CD4⁺ e carga viral de HIV-1²⁸.

As taxas de resposta imunológica, virológica e completa à TARV para os pacientes do presente estudo foram de 71,9%, 68,2% e 57,1%, respectivamente, e foram maiores do que aquelas observadas em uma avaliação nacional envolvendo 68 hospitais da França que obteve percentuais de 66,5%, 64,8% e 47,5% para as respostas imunológica, virológica e completa à TARV, respectivamente²⁹. Em nossos municípios de grande porte/IDHM alto, observamos taxas de 74,0%, 69,7% e 59,6% de respostas imunológica, virológica e completa à

TARV, respectivamente, e representam melhores resultados do que os relatados em estudo realizado no Rio de Janeiro, também um município de grande porte/IDHM alto, onde 66,8%, 68,7% e 53,5% dos indivíduos se mostraram respondedores imunológicos, virológicos ou completos à TARV, respectivamente³⁰.

Reconhecemos algumas limitações no presente estudo, como por exemplo o desenho retrospectivo, a ausência de dados referente ao regime antirretroviral, descontinuidade ou mudança da terapêutica, diversidade genética dos subtipos do HIV-1, presença de comorbidades e infecções oportunistas, e a adesão ao tratamento dos indivíduos avaliados. No entanto, um estudo recente entre adultos australianos infectados pelo HIV-1 verificou que vários fatores estavam independentemente associados à baixa aderência à TARV, incluindo fatores socioeconômicos, culturais, sociais e de comprometimento do paciente com o tratamento, mas não fatores clínicos ou relativos ao esquema TARV³¹. Por outro lado, é significativo que os resultados do presente estudo foram obtidos na prática clínica da rotina de um sistema de saúde com amplo acesso à TARV e podem ser considerados representativos da população brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossos dados mostraram que cidades de pequeno porte/IDHM médio apresentam frequências mais altas de mulheres e indivíduos com baixa escolaridade e idade jovem infectados pelo HIV-1, quando comparados com os municípios de grande porte/IDHM alto. Apesar dessas diferenças, as respostas imunológica e virológica foram semelhantes entre os grupos, demonstrando que o grau de desenvolvimento do município não prejudica a eficácia da terapia para o HIV-1.

REFERÊNCIAS

1. UNAIDS. Estatísticas UNAIDS Brasil [Internet]. Brasília: UNAIDS; 2019 [citado em 2019 Out 10]. Disponível em: <https://unaids.org.br/>
2. Boletim epidemiológico: HIV Aids 2018[Internet].Brasília: Ministério da Saúde. Vol. 49, n. 53, 2018 [citado em 2019 Out 6]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>.
3. Silva RAR, Duarte FHS, Nelson ARC, Holanda JRR. AIDS epidemic in Brazil: analysis of current profile. *Re. enferm UFPE on line*. 2013;7(10):6039-46.
4. Galvão J. Brazilian policy for the distribution and production of antiretroviral drugs: a privilege or a right? *Cad Saude Publica*. 2002;18(1):213-9.
5. Department of Health and Human Services. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescent. [Internet]. Bethesda, Maryland: Office of AIDS Research Advisory Council; 2012 [citado em 2019 Out 10].Disponível em: <https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/adultandadolescentgl003093.pdf>.
6. Young JA, Psychogiou M, Meyer L, Ayavi S, Grabar S, Raffi F, et al.(Obs. Por favor, verificar com os responsáveis se estes nomes estão corretos, pois não consegui achar todos na internet) CD4 cell count and the risk of AIDS or death in HIV-infected adults on combination antiretroviral therapy with a suppressed viral load: a longitudinal cohort study from COHERE. *Plos Med* [Internet]. 2012 [citado em 2019 Out 10];9(3):e1001194. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001194>.
7. Lodi S, Phillips A, Fidler S, Hawkins D, Gilson R, McLean K, et al. Role of HIV infection duration and CD4 cell level at initiation of combination anti-retroviral therapy on risk of failure. *PLoS One* [Internet]. 2013 [citado em 2019 Out 10];8(9):e75608. Disponível: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0075608>.
8. He L, Pan X, Dou Z, Huang P, Zhou X, Peng Z, et al. The factors related to CD4+ T-cell recovery and viral suppression in patients who have low CD4+ T cell counts at the initiation of HAART: a retrospective study of the national HIV treatment sub-database of Zhejiang Province, China, 2014. *PLoS One* [Internet] 2016 [citado em 2019 Out 10];11(2):e0148915. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0148915>.
9. Casotti JA, Passos LN, Oliveira FJ, Cerutti C Jr. Prevalence of discordant immunologic and virologic responses in patients with AIDS under antiretroviral therapy in a specialized care center in Brazil. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2011;53(6):301-7.
10. Rodrigues PHA. Political challenges facing the consolidation of the Sistema Único de Saúde: a historical approach. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2014;21(1):37-59.
11. Moyo F, Chasela C, Brennan AT, Ebrahim O, Sanne IM, Long L, et al. Treatment outcomes of HIV-positive patients on first-line antiretroviral therapy in private versus public HIV clinics in Johannesburg, South Africa. *Clin Epidemiol*. 2016;8:37-47.
12. Hoffmann M, MacCarthy S, Batson A, Crawford-Roberts A, Rasanathan J, Nunn A, et al. Barriers along the care cascade of

- HIV-infected men in a large urban center of Brazil. *AIDS Care*. 2016;28(1):57–62.
13. PNUD. O Índice de desenvolvimento humano municipal brasileiro. [Internet]. Brasília: PNUD; 2013 [citado 2018 Abr 7]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/en/download/>.
14. IPARDES. Índice de desenvolvimento humano municipal segundo os municípios do Paraná:1991/2000/2010 [Internet]. Curitiba: IPARDES; [citado 2018 Abr 7]. Disponível em: http://www.ipardes.gov.br/pdf/indices/IDHM_municipios_pr.pdf.
15. Falster K, Petoumenos K, Chuah J, Mijch A, Mulhall B, Cooper DA, et al. Poor baseline immune function predicts an incomplete immune response to combination antiretroviral treatment despite sustained viral suppression. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009;50(3):307–13.
16. Lou LX, Chen Y, Yu CH, Li YM, Ye J. National HIV/AIDS mortality, prevalence, and incidence rates are associated with the Human Development Index. *Am J Infect Control*. 2014;42(10):1044–8.
17. Grangeiro A, Escuder MM, Castilho EA. Magnitude and trend of the AIDS epidemic in Brazilian cities, from 2002 to 2006. *Rev Saude Publica*. 2010;44(3):430–40.
18. Barros CRDS, Zucchi EM, Schraiber LB, França-Junior I. Individual - and contextual-level factors associated with client-initiated HIV testing. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(3):394–407.
19. Johnson M, Samarina A, Xi H, Madruga JRV, Hocqueloux L, Loutfy M, et al. Barriers to access to care reported by women living with HIV across 27 countries. *AIDS Care* 2015; 27(10):1220–30.
20. Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M, Andrade CT, Travassos C, Szwarcwald CL. AIDS and level of education in Brazil: temporal evolution from 1986 to 1996. *Cad Saude Publica*. 2000;16(Suppl 1):77–87.
21. Young B, Hart RLD, Buchacz K, Scott M, Palella F, Brooks JT. HIV viral load monitoring frequency and risk of treatment failure among immunologically stable HIV-infected patients prescribed combination antiretroviral therapy. *J Int Assoc Provid AIDS Care* 2015;14(6):536–43.
22. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, 2018. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 2019 Out 7]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>.
23. Machado-Alba JE, Vidal X. Effectiveness of antiretroviral treatment in Colombia. *Rev Panam Salud Publica* 2012;32(5):360–7.
24. UNAIDS. Get on the fast track: the life-cycle approach to HIV [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2016 [citado 2019 Out 7]. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Get-on-the-Fast-Track_en.pdf.
25. Diaz RS, Inocêncio LA, Supupira MCA, Pereira AA, Hunter J, Ferreira JE, et al. The virological and immunological characteristics of the HIV-1-infected population in Brazil: from initial diagnosis to impact of antiretroviral use. *PLoS One* [Internet]. 2015 [citado em 2019 Out 10];10(10):e0139677. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0139677>.
26. Kayigamba FR, Franke MF, Bakker MI, Rodriguez CA, Bagiruwigize E, Wit FW, et al. Discordant treatment responses to combination antiretroviral therapy in Rwanda: a prospective cohort study. *PLoS One* [Internet]. 2016 [citado em 2019 Out 10];11(7):e0159446. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0159446>.
27. Machado-Alba JE, González-Santos DM, Vidal-Guitart X. Effectiveness of antiretroviral treatment in patients from Pereira and Manizales. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2011 Jun;13(3):492–503.
28. Viacava F, Souza-Jr PRB, Szwarcwald CL. Coverage of the Brazilian population 18 years and older by private health plans: an analysis of data from the World Health Survey. *Cad Saude Publica*. 2005;21(Suppl 1):119–28.
29. Grabar S, Le-Moing V, Goujard C, Lepout C, Kazatchkine MD, Costagliola D, et al. Clinical outcome of patients with HIV-1 infection according to immunologic and virologic response after 6 months of highly active antiretroviral therapy. *Ann Intern Med*. 2000;133(6):401–10.
30. Hofer CB, Schechter M, Harrison LH. Effectiveness of antiretroviral therapy among patients who attend public HIV clinics in Rio de Janeiro, Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004;36(4):967–71.
31. Siefried KJ, Mao L, Kerr S, Cysique LA, Gates TM, McAllister J, et al. Socioeconomic factors explain suboptimal adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected Australian adults with viral suppression. *PLoS One* [Internet]. 2017 [citado em 2019 Out 10];12(4):e0174613. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0174613>.

RECEBIDO: 16/08/2019

ACEITO: 10/10/2019

ESTUDO DAS INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA EM DOIS MUNICÍPIOS DE GRANDE PORTE NO BRASIL

Study of the Ambulatory Care sensitive conditions in two large municipalities in Brazil

João José Batista de Campos¹, Aldaisa Cassanho Forster², Renato Carlos Machado³, Janise Barros Braga Ferreira⁴, Fernando Rodrigues Bellíssimo⁵

1. Médico. Docente do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Londrina (UEL), Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7992-6276>

2. Médica. Docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo (USP), Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2720-5802>

3. Médico. Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo (USP), Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8327-539X>

4. Médica. Docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo (USP), Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7480-937X>

5. Médico. Docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo (USP), Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3736-7127>

CONTATO: João José Batista de Campos | Av. Rio de Janeiro 1.500 (sala 11) | Centro | Londrina – PR | CEP 86010-150 | Email: jocampos@uel.br

COMO CITAR: Campos JJB, Forster, AC, Machado RC, Ferreira JBB, Bellíssimo FR. Estudo das internações sensíveis à atenção básica em dois municípios de grande porte no Brasil. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Dez.;2(2):49-58.



COPYRIGHT 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.

RESUMO O indicador de saúde das condições sensíveis à atenção primária é um instrumento de avaliação importante, podendo indicar indiretamente a falta de atenção básica oportuna e efetiva. O objetivo deste estudo é analisar os coeficientes de internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) das doenças crônicas não

transmissíveis, em dois municípios de grande porte localizados em regiões brasileiras distintas. Estudo ecológico, que analisou as internações por condições sensíveis à atenção primária das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) segundo sexo, faixa etária, diagnósticos específicos e cobertura populacional por equipes de saúde da família, em Londrina (PR) e Ribeirão Preto (SP), entre 2011 e 2015. A tendência observada das DCNT foi de coeficientes de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e diabetes semelhantes nos dois locais. A gestão, cobertura populacional e processo de trabalho das equipes multiprofissionais são aspectos que podem explicar os coeficientes de internações das DCNT observados nas duas cidades, entre 2011 e 2015.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Hospitalização. Cobertura Efetiva dos Serviços de Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT The health indicator of ambulatory care sensitive conditions is an important assessment tool, and can indirectly indicate the lack of timely and effective primary care. This study aims to analyze the coefficients of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions (ACSC) of chronic noncommunicable diseases in two large municipalities located in different Brazilian regions. This is an ecological study that analyzed hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions due to chronic noncommunicable diseases (NCDs) according to gender, age, specific diagnoses and population coverage by family health teams in the cities of Londrina (state of Paraná) and Ribeirão Preto (São Paulo), between 2011 and 2015. The observed trend of NCDs was similar blood pressure, heart failure and diabetes coefficients in both sites. Management, population coverage, and work process of multiprofessional teams are aspects that can explain the NCDs hospitalization coefficients observed in both cities, between 2011 and 2015.

KEYWORDS: Primary Health Care. Hospitalization. Effective Coverage of Health Services. Family Health Strategy. Unified Health System.

INTRODUÇÃO

O indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) é um instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica, (APS/AB) que pode indicar indiretamente a falta de atenção básica oportuna e efetiva, como também apontar para a gestão da rede de saúde, que define oferta

e utilização das internações hospitalares¹.

No Brasil, a tendência histórica no período de 2001 a 2016 indica redução da taxa padronizada de internações por CSAP (ICSAP), passando de 120 para 66 internações por 10.000 habitantes, o que representa uma redução de 45%; fenômeno também observado na média das capitais, em

24%, e de forma mais importante nos municípios do interior, onde a redução média foi de 49%, evitando-se internações desnecessárias².

As Secretarias Estaduais de Saúde têm procurado estudar o desempenho da atenção básica por meio das taxas de ICSAP, em séries históricas de anos mais recentes, segundo a distribuição por regionais de saúde.

O acompanhamento das taxas de ICSAP por grupos de diagnósticos de acordo com a lista brasileira⁴ tem apontado para melhoria das internações por doenças agudas e aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como causas básicas das internações. Analisar os reflexos das mudanças da transição demográfica e epidemiológica nas taxas gerais da ICSAP e das DCNT, em municípios de grande porte, pode contribuir para entender como a APS tem sido organizada para enfrentar esses desafios no cenário das regiões brasileiras. Uma das características percebida no modelo de implantação da estratégia da Saúde da Família (ESF) é a alta cobertura populacional por equipes de SF nos municípios pequenos e médios, porém é baixa nos municípios de grande porte. Estes se caracterizam como centros médicos de excelência, principalmente nos estados da Região Sul e Sudeste. Nesse sentido, este trabalho selecionou duas cidades, Londrina e Ribeirão Preto, sedes de regionais de saúde, das regiões Sul e Sudeste, respectivamente, por disporem de hospitais universitários e funcionarem como polos de referência médica secundária e terciária para suas regiões.

Este estudo objetiva analisar os coeficientes de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) das doenças crônicas não transmissíveis, em dois municípios de grande porte localizados em regiões brasileiras distintas.

METODOLOGIA

Estudo ecológico, realizado nos municípios de Londrina (Região Sul) e Ribeirão Preto (Região

Sudeste), entre 2011 e 2015. Foi utilizada a lista brasileira de CSAP, das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) - 9. Hipertensão; 10. Angina; 11. Insuficiência cardíaca; 12. Doenças cerebrovasculares e 13. Diabetes mellitus⁴. Os números de internações gerais, números e coeficientes de ICSAP por 10.000 habitantes foram obtidos e calculados com os dados dos Sistemas de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS)⁵ e dos planos municipais^{6,7}. As estimativas populacionais para os municípios foram calculadas anualmente pelo IBGE, sendo utilizada como população-padrão a do censo demográfico do IBGE (2010) por faixa etária^{6,7}.

O cálculo da cobertura populacional, em percentual nos dois municípios, utilizou a fórmula, que tem no numerador o número de equipes de Saúde da Família, do mês de julho (padronização dos autores)⁸, de cada ano do período multiplicado por 3.450 pessoas, e no denominador a população total residente no município em 2010, multiplicado por 100³.

Foi realizada a análise descritiva dos dados através das frequências absolutas e relativas das variáveis e a análise estatística utilizou o coeficiente de correlação de Pearson e sua significância⁹. Neste estudo foi adotado o nível de significância de 5% e o valor de 28% como parâmetro nacional do indicador ICSAP/AB, convencionalmente utilizado como medida indireta da resolutividade da atenção básica³.

Londrina é município sede da 17ª Regional de Saúde (17ª RS) no estado do Paraná, centro de serviços de saúde para a região, que possui rede complexa de serviços próprios e contratados, dispondo de um hospital de alta complexidade, denominado Hospital Universitário - HU, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), ligado à Universidade Estadual de Londrina (UEL). Ribeirão Preto é sede do 13º Departamento Regional de Saúde (DRS 13) no estado de São Paulo, e apresenta as características referidas, pois possui hospital de alta complexidade, o Hospital das Clínicas - HC, da SES de SP, ligado à Universidade

de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto.

No ano de 2010, residiam em Londrina 506.701 pessoas⁶. A população na faixa etária de 20 a 60 anos ou mais era de 359.761 pessoas, sendo 168.612 (47%) masculina e 191.149 (53%) feminina. Em Ribeirão Preto, residiam 619.746 pessoas⁷. A população na mesma faixa etária era de 450.933, sendo 212.086 (47%) do sexo masculino e 238.847 (53%) do sexo feminino. Os dois municípios têm distribuição similar por gênero nesta faixa etária e, segundo a classificação de tamanho populacional, ambos possuem mais de 100 mil habitantes, portanto caracterizam-se como municípios de grande porte¹⁰.

Os coeficientes de mortalidade geral de Ribeirão Preto e de Londrina, no período de 2008 – 2012, alcançaram 628 e 675 óbitos por 100 mil habitantes, respectivamente. As causas básicas nos dois municípios foram doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares, neoplasias malignas de órgãos digestivos, para a primeira cidade, e doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas, para a segunda^{6,7}.

Os planos municipais consultados fazem menção ao atendimento do Plano Ministerial de Enfrentamento das DCNT de 2011 – 2022^{11,12}, destacando algumas metas, tais como, diminuir ao ano em 2% a taxa de mortalidade prematura (30

– 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas), redução da prevalência do tabagismo e redução do consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desde que foi implantada a ESF (1994) como modelo prioritário para desenvolver a APS no Brasil, os municípios de grande porte têm expandido a cobertura populacional pela ESF, lentamente, conforme mostraram os estudos de série temporal¹³⁻¹⁵. Nesses locais, a gestão municipal não tem conseguido reestruturar o modelo tradicional por unidades de saúde da família^{16,18}.

O quadro 1 mostrou duas tendências: a cobertura de Ribeirão Preto com taxas de crescimento de cobertura populacional modestas, ano a ano, atingindo no máximo 22%, acompanhando o ritmo de crescimento da estratégia no estado de São Paulo, que no máximo atingiu 39%. A segunda tendência, mostrada por Londrina, com altas coberturas populacionais por equipes de saúde da família, crescendo anualmente até 65%, enquanto o estado do Paraná cresceu até 67%¹³, respectivamente.

Quadro 1 Número de equipes de Saúde da Família e cobertura populacional proporcional (%), dos residentes em Londrina e Ribeirão Preto, estados de Paraná e São Paulo 2011 – 2015.

ANO	2011	2012	2013	2014	2015
Londrina					
N ^o equipes*	76	73	77	96	90
Cobertura %**	52%	50%	52%	65%	61%
Estado do Paraná					
Cobertura %**	55%	56%	58%	63%	67%
Ribeirão Preto					
N ^o equipes*	24	29	30	31	39
Cobertura %**	13%	16%	17%	17%	22%
Estado de São Paulo					
Cobertura %**	28%	30%	31%	35%	39%

*DAB, histórico cobertura SF, n^o equipes no mês 07 de cada ano de 2011 a 2015⁸.

** Cobertura proporcional (%) com a população total do município do IBGE, 2010.

Em algumas cidades, identificaram-se equipes de agentes comunitários de saúde (EACS), articuladas às unidades básicas de saúde, modelo misto denominado de "unidades parametrizadas". Este modelo foi encontrado em alguns municípios do Paraná e em Ribeirão Preto⁷⁸.

Assim, no estudo, considerando os grupos e diagnósticos da Lista Brasileira⁴, as ICSAB dos residentes das cidades de Londrina e Ribeirão Preto, no período de 2011 a 2015, variaram entre 13 a 17%. As internações sensíveis do grupo das DCNT, no grupo etário estudado (pessoas com 20 anos e mais de idade), atingiram em torno de 50%

ou mais, das ICSAB nas duas cidades (Tabela 1), refletindo que boa parte da demanda da população atendida na atenção hospitalar apresenta uma condição crônica de saúde, com custos para o SUS.

A associação entre as duas variáveis foi analisada através do coeficiente de Pearson. Assim, para o total das duas cidades o coeficiente foi de aproximadamente zero (Coef. = 0,0745). Enquanto para Londrina o coeficiente encontrado foi alto (Coef. = - 0,9114), mostrando associação fortemente negativa (associação inversa entre as duas variáveis), mas para Ribeirão Preto não houve associação (Coef. = 0,4353)⁹.

Tabela 1 Nº e % de Internações gerais, ICSAB e DCNT de pacientes residentes em Londrina e Ribeirão Preto, com 20 anos e mais, 2011-2015.

ANO DE INTERNAÇÃO	TOTAL INTERNAÇÕES	TOTAL ICSAB	ICSAB NTERNAÇÕES %	TOTAL DCNT	DCNT/ICSAB %
Londrina: a correlação de Person - 0,91 (forte e negativa)					
2011	26.884	4.633	17%	2.322	50%
2012	27.116	4.689	17%	2.492	53%
2013	27.191	4.752	17%	2.511	53%
2014	25.584	4.288	16%	2.080	48%
2015	26.541	4.635	17%	2.225	48%
2016	27.986	4.721	17%	2.261	48%
Ribeirão Preto: a correlação de Person 0,43 (moderada e positiva)					
2011	30.198	4.341	14%	2.661	61V%
2012	29.799	4.168	14%	2.405	58%
2013	31.936	4.216	13%	2.410	57%
2014	33.783	4.393	13%	2.528	57%
2015	34.881	5.068	14%	2.785	55%
2016	36.851	5.491	15%	2.816	51%

Fonte: SIH/SUS, Brasil, 2018.

A importância das CSAB e CSDCNT para gerar internações, com repercussão na saúde da população de Londrina e Ribeirão Preto, mostrou-se por meio de elevados coeficientes populacionais no período do estudo (tabela 2).

Analisados os coeficientes de ICSAB e ICSDCNT de Londrina e Ribeirão Preto, o quadro das DCNT mostrou comportamento semelhante, com coeficientes máximos de 70/10.000 habitantes, em Londrina, e 68/10.000 habitantes, em Ribeirão Preto (tabela 2).

Tabela 2 Coeficientes de ICSAP e ICSDCNT (X 10.000 habitantes) em residentes em Londrina e Ribeirão Preto, com 20 anos e mais, 2011-2015.

ANO	LONDRINA		RIBIRÃO PRETO	
	ICSAP	ICSDCNT	ICSAP	ICSDCNT
2011	129	64	107	65
2012	130	69	102	59
2013	132	70	104	59
2014	119	58	108	62
2015	129	62	125	68

Fonte: SIH/SUS, Brasil, 2018.

Quando se detectam números elevados de internações hospitalares evitáveis por DCNT, é provável existirem problemas ligados à rede de serviços de saúde, tais quais: gestão, oferta e dispensação de medicamentos, oferta de recursos diagnósticos, manejo e acompanhamento ambulatorial, sistema de referência e contra-referência, além de baixa adesão dos pacientes aos planos de tratamento¹⁶.

Os dois planos municipais de saúde do período^{6,7} apontaram para situações de saúde similares nos dois municípios estudados, que proporcionaram leitos e outros recursos de saúde de boa qualidade nas regiões. Como Santos et al. comentaram, a população residente de Ribeirão Preto não sente necessidade de recorrer a outros grandes centros para receber assistência médico-hospitalar¹⁶. Outro aspecto que se destacou em Londrina é a menção de um Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR), que articula diversos municípios da região. Essa agenda política envolve setores privados da saúde, valoriza determinantes sociais e condicionantes de saúde, destacando ações intersetoriais, sob a coordenação de outros setores⁶.

O estudo mostrou, nos dois locais, letalidade hospitalar que variou entre 4,7 e 7,9%. Em

Londrina, pareceu haver discreta tendência de aumento do número total de ICSAB das DCNT, maior acometimento dos pacientes masculinos (percentuais das ICSAB), com maior taxa de letalidade no período (7,9%), em 2012. Enquanto em Ribeirão Preto, os números de casos distribuíram-se aproximadamente em 50% nos dois sexos, com pouca variabilidade nas internações que resultaram em óbitos, e a letalidade média foi de 6,5% (Tabela 3).

Na Tabela 4, os coeficientes de internações por DCNT apresentaram perfis semelhantes nos dois municípios segundo as faixas etárias, crescendo nas faixas mais avançadas, porém os coeficientes foram mais altos em Londrina comparativamente aos encontrados em Ribeirão Preto, exceto nas faixas etárias de 20 a 39 anos. A tendência em Ribeirão Preto é de constante crescimento dos coeficientes na mesma faixa etária no período.

A implantação e ampliação da estratégia de saúde da família, nas últimas décadas no Brasil, têm se refletido na redução da proporção das internações por causas sensíveis à atenção básica e no número médio de internações por doenças crônicas não transmissíveis, porém a razão de internações sofreu um crescimento, como observado em estudos anteriores realizados no Paraná²⁰.

Tabela 3 Distribuição de internações ICSAB (%), óbitos (%) e letalidade hospitalar de pacientes com DCNT, residentes em Londrina e Ribeirão Preto, com idade maior de 20 anos, segundo sexo, 2011 – 2015.

LONDRINA					
ANO	2011	2012	2013	2014	2015
ICSAB (%)					
Masculino	1.237 (53%)	1.363 (55%)	1.332 (53%)	1.086 (52%)	1.178 (53%)
Feminino	1.085 (47%)	1.129 (45%)	1.179 (47%)	994 (48%)	1.047 (47%)
Óbitos	144	184	161	94	140
Sem óbitos	2.178	2.308	2.350	1.986	2.085
Letalidade hospitalar (/100)	6,6	7,9	6,8	4,7	6,7
Total	2.322	2.492	2.511	2.080	2.225
RIBEIRÃO PRETO					
ANO	2011	2012	2013	2014	2015
ICSAB (%)					
Masculino	1.293 (49%)	1.205 (50%)	1.155 (48%)	1.290 (51%)	1.418 (50,9)
Feminino	1.368 (51%)	1.200 (50%)	1.255 (52%)	1.238 (49%)	1.367 (49%)
Óbitos	165	145	168	169	182
Sem óbitos	2.496	2.260	2.242	2.359	2.603
Letalidade hospitalar (/100)	6,6	6,4	7,5	7,2	7,0
Total	2.661	2.405	2.410	2.528	2.785

Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

Tabela 4 Coeficientes de internações por DCNT (X 10 000 habitantes) em residentes em Londrina e Ribeirão Preto, com 20 anos e mais, segundo a faixa etária, 2011-2015.

LONDRINA					
ANO	2011	2012	2013	2014	2015
	Coeficiente DCNT (10 mil hab.)				
20 - 29	3,8	3,2	4,4	3,2	4,4
30 - 39	9,5	11,3	12,3	11,3	12,3
40 - 49	30,1	29,1	34,0	29,1	34,0
50 - 59	83,8	90,6	123,3	90,6	123,3
60 - 69	169,3	198,2	192,9	198,2	192,9
70 e +	321,6	330,7	335,6	330,7	335,6
RIBEIRÃO PRETO					
ANO	2011	2012	2013	2014	2015
	Coeficiente DCNT (10 mil hab.)				
20 - 29	4,7	3,2	4,0	3,4	3,4
30 - 39	9,4	9,3	7,4	9,9	10,7
40 - 49	25,9	23,2	23,9	23,6	27,3
50 - 59	78,3	68,0	66,7	70,9	78,4
60 - 69	162,4	143,5	152,7	163,4	167,4
70 e +	295,9	278,1	272,8	280,0	321,3

Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

A análise da Tabela 5 mostrou coeficientes de internações do total dos cinco capítulos semelhantes entre os dois municípios: Londrina com tendência de decréscimo variando de 70 a 58 por 10.000 hab., enquanto Ribeirão Preto, com tendência a crescimento, apresentando valores de 59 a 68 por 10.000 hab.

Quando se examinaram os capítulos das DCNT

na tabela 5, perceberam-se valores semelhantes dos coeficientes de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e diabetes nos dois locais; para angina os coeficientes de Londrina superaram os da população de Ribeirão Preto. A tendência dos coeficientes das doenças cerebrovasculares foi de decréscimo em Londrina, e, em Ribeirão Preto de estabilidade.

Tabela 5 Número e Coeficiente das internações de DCNT (X 10 000 habitantes) segundo capítulos da lista brasileira das CSAP*, em residentes de Londrina e Ribeirão Preto, com 20 anos e mais, 2011 – 2015.

MUNICÍPIOS	LONDRINA					RIBEIRÃO PRETO				
	ANOS	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014
CAPÍTULOS CSAP	N (Coefic. X10.000 hab.)					N (Coefic. X10.000 hab.)				
9. Hipertensão Arterial	97 (2,7)	136 (3,8)	134 (3,7)	59 (1,6)	62 (1,7)	95 (2,1)	114 (2,5)	109 (2,4)	99 (2,1)	107 (2,3)
10. Angina	619 (17,21)	829 (23,04)	831 (23,10)	833 (23,15)	868 (24,1)	688 (15,2)	666 (14,7)	657 (14,5)	654 (14,5)	769 (17,0)
11. Insuficiência cardíaca	677 (18,8)	608 (16,9)	640 (17,8)	576 (16,0)	651 (18,0)	1002 (22,2)	808 (17,9)	782 (17,3)	916 (20,3)	914 (20,2)
12. Doenças cerebrovasculares	657 (18,2)	696 (19,3)	625 (17,3)	389 (10,8)	473 (13,1)	660 (14,6)	663 (14,7)	671 (14,8)	656 (14,5)	769 (17,0)
13. Diabetes Mellitus	272 (7,5)	223 (6,2)	281 (7,8)	223 (6,2)	171 (4,7)	216 (4,7)	154 (3,4)	191 (4,2)	203 (4,5)	226 (5,0)
Total IDCNT Coefic X 10 000 hab	2322 (64)	2492 (69)	2511 (70)	2080 (58)	2225 (62)	2661 (65)	2405 (59)	2410 (59)	2528 (62)	2785 (68)

* Lista brasileira das Condições Sensíveis a AB, 2008.

Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

Esses resultados apontam para a situação complexa do controle das DCNT e para a limitação dos dados secundários, que não permitem aprofundar a análise de como a organização da APS e o aumento da cobertura da SF possam estar interferindo no perfil da distribuição dos diagnósticos principal e secundário das internações. No trabalho das DANT⁶ os autores puderam identificar que ao lado de aumento de 5,9% das internações por todas as causas, a menção de diabetes como diagnóstico aumentou de 32,9%, embora as internações com diagnóstico principal

por diabetes diminuíram de 17,7% e aumentaram em 52,9%, enquanto diagnóstico associado. Esse achado apontou para a redução do diabetes como diagnóstico principal, provavelmente pela melhoria da assistência ambulatorial para os portadores dessa doença, e o aumento da citação do diabetes se deve ao aumento da prevalência e principalmente da sobrevivência desses pacientes, que passaram a apresentar complicações crônicas do diabetes¹⁶.

Sobre o papel da APS na abordagem das DCNT, Franco²¹ afirmou que "a maior parte das evidências sobre a efetividade da atenção

primária parece estar na área da prevenção secundária através da gestão de fatores de risco e da coordenação dos cuidados e do tratamento medicamentoso." A APS também se mostra efetiva na prevenção primária, atuando sobre fatores de risco da hipertensão arterial e diabetes, através de ações das equipes multiprofissionais de SF, atuando sobre o rastreamento do tabagismo e uso abusivo de álcool nos atendimentos individuais, salas de espera e visitas, realizando ações coletivas de combate aos fatores de risco, incentivo à atividade física, e estímulo à alimentação saudável, entre outras

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método do trabalho focando as DCNT no contexto da APS, usando o indicador das ICSAP e a lista brasileira mostrou-se viável.

A investigação focando dois municípios de grande porte, pertencentes a regiões brasileiras e gestões estaduais diferentes, foi desafiador, porém os resultados obtidos foram satisfatórios.

Um dos limites da pesquisa foi trabalhar com a cobertura populacional por equipes de SF, pois aborda a oferta de APS, porém necessita do cenário do processo de trabalho em equipes multiprofissionais. O processo das equipes de SF é constituído por ações de promoção da saúde, prevenção primária e implementação dos protocolos clínicos, etc., ações imprescindíveis nos cuidados dos portadores das DCNT.

Sugerem-se outras pesquisas que possam aprofundar a análise da assistência aos portadores de DCNT.

Para Londrina o coeficiente de Pearson foi alto, igual a -0,9114, mostrando associação fortemente negativa entre as duas variáveis (proporção de ICSAP e proporção de cobertura populacional por equipes de SF), mas para Ribeirão Preto não houve associação.

Os ICSAP de Londrina foram aproximadamente iguais a 17% e de Ribeirão Preto, aproximadamente 14%, portanto inferiores ao parâmetro nacional de 28%, cumprindo a meta do indicador.^{3,19}

Os coeficientes de internações do total dos cinco capítulos foram semelhantes entre os dois municípios: Londrina decresceu de 70 a 58 por 10.000 hab., enquanto Ribeirão Preto cresceu de 59 a 68 por 10.000 hab.

Os coeficientes de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e diabetes foram semelhantes nos dois locais; os coeficientes de angina em Londrina superaram os da população de Ribeirão Preto. A tendência dos coeficientes das doenças cerebrovasculares foi de decréscimo em Londrina, e de estabilidade em Ribeirão Preto.

A gestão, cobertura populacional e processo de trabalho das equipes multiprofissionais são aspectos que podem explicar os coeficientes de internações das DCNT observados nas duas cidades, entre 2011 e 2015.

REFERÊNCIAS

1. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff (Millwood)*. 1993;12(1):162-73.
2. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciêns Saúde Colet*. 2018 Jun;23(6):1903-14.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado em 2019 Out 8]. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br>.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. [Internet]. Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. 2008 [citado em 2019 Out 8]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html.
5. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS (SIH-SUS). Sistema de Informações Hospitalares [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado em 2019 Out 8]. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poppr.def>.
6. Londrina. Secretaria Municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde: 2014 – 2017. Londrina: Prefeitura

do Município de Londrina: 2013. 221 p.

7. Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. Plano municipal de saúde: 2014 – 2017 Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto: 2013. 95 p.

8. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica (DAB). Histórico cobertura SF-[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado em 2019 Out 8]. Disponível: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php/cnv.

9. Martinez EZ. Bioestatística para os cursos de graduação da área da saúde. São Paulo: Blucher, 2015. 345 p.

10. Calvo MCM et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2016[citado em 2019 Out 8];25(4):767-76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000400767&lng=en.

11. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 160 p.

12. *Boletim saúde & gestão*. Ribeirão Preto: Centro de Informação e Informática em Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Vol. 2, n. 1, Jan. 2019.

13. Gonçalves FG. Internações por doenças do aparelho circulatório sensíveis à atenção primária: tendência das taxas no estado do Paraná [dissertação na internet]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2014 [citado em 2019 Out 8]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000192535>.

14. Neves RG et al. Tendência temporal da cobertura da Estratégia da Saúde da Família no Brasil, regiões e unidades da federação, 2006 – 2016. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(3):2017-170.

15. Pinto ECP, Sirtoli R, Silva LL, Menolli PVS. A Estratégia de Saúde da Família e as internações por condições sensíveis à atenção primária no Paraná: série temporal, 2007-2016. *R. Saúde Públ. Paraná*. 2018;1(2):35-47.

16. Universidade de São Paulo. Doenças e agravos não transmissíveis – DANT Ribeirão Preto-SP e Região. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2010. 262 p.

17. Alfradique ME, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. (ICSAP – Brasil). *Cad. Saúde Pública*. 2009 Jun;25(6):1337-49.

18. Previato GF, Nogueira IS, Acorsi CRL, Baldissera VDA, Mathias TAF. Diminuição de internações por condições sensíveis à Atenção Primária em idosos no estado do Paraná. *Espaç saúde*. 2017;18(2):15-24.

19. Campos JJB, Forster AC, Freire Filho JR. Lições aprendidas na comparação dos sistemas de saúde brasileiro e espanhol. *Espaç para a saúde*. 2016;17(1):121-29.

20. Mello JM, Borges PKO, Muller EV, Grden CRB, Pinheiro FK, Borges WS. Internações por doenças crônicas não transmissíveis do sistema circulatório, sensíveis à atenção primária à saúde. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2017 [citado em 2019 Out 8];26(1): e3390015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100314&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003390015>.

21. Franco JL. O papel da atenção primária à saúde na abordagem das Doenças Crônicas não Transmissíveis – DCNT. *Boletim saúde & gestão*. 2019;2(1):2.

22. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2014 [citado em 2019 Out 8];23(1):45-56. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100005&lng=en.

RECEBIDO: 30/08/2019

ACEITO: 09/10/2019

INTERNAÇÕES EM UNIDADE CRÍTICA NEONATAL DE UM HOSPITAL INFANTIL PÚBLICO DO PARANÁ

Hospitalizations in a neonatal critical unit of a public children's hospital in the state of Paraná

Elaine Priscila Pechepiura¹, Michelle Thais Migoto², Fernanda Gabriela Leandro Schaedler³, Márcia Helena de Souza Freire⁴

1. Universidade Federal do Paraná (UFPR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5431-0384>.

2. Universidade Federal do Paraná (UFPR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8546-8694>.

3. Universidade Federal do Paraná (UFPR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6031-8000>.

4. Universidade de São Paulo (USP). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3941-3673>.

CONTATO: Elaine Priscila Pechepiura | Endereço: Rua Ademar de Barros, 715 | Jardim Social | Campo Largo - PR | Telefone: 41998018810 | E-mail: elainepechepiura7@gmail.com

COMO CITAR: Pechepiura EP, Migoto MT, Schaedler FGL, Freire MH de S. Internações em unidade crítica neonatal de um hospital infantil público do Paraná. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Dez.;2(2):59-68.



COPYRIGHT 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.

RESUMO A caracterização dos pacientes atendidos em unidades de terapia intensiva neonatal contribui para a gestão dos leitos e o planejamento do cuidado neonatal com impacto na melhoria do estado de saúde e na redução da mortalidade infantil. O objetivo foi caracterizar o perfil dos neonatos internados na Unidade de Terapia Intensiva, em hospital infantil público do Paraná. Estudo transversal quantitativo, com dados de 2018. Verificaram-se 235 internações; 55,7% do sexo masculino; 46,0% no período neonatal precoce; 54,0% nasceram de parto vaginal.

59,5% prematuros; 54,8% apresentaram baixo peso ao nascer; 59,1% das mães eram procedentes da Regional de Saúde Metropolitana; a mediana do tempo de internação foi de 19 dias. A principal condição de internação foi a prematuridade (13,1%), como desfecho prevalente a alta para enfermaria (86,0%); cinco óbitos (2,1%). O problema de saúde pública dos países em desenvolvimento constituído pelo nascimento prematuro é reiterado, e reforça a necessidade de serviços qualificados.

PALAVRAS-CHAVE: Recém-nascido Prematuro. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Enfermagem Neonatal. Mortalidade Infantil.

ABSTRACT The characterization of patients assisted in neonatal intensive care units contributes to bed management and neonatal care planning, improving health conditions and reducing child mortality. The objective was to characterize the profile of infants admitted to the Intensive Care Unit of a public children's hospital in the state of Paraná. This is a quantitative, cross-sectional study using data from 2018. There were 235 hospitalizations in 2018; 55.7% were male; 46.0% in the early neonatal period; 54.0% were born through vaginal delivery, 59.5% were premature; 54.8% had low weight; 59.1% of the mothers were from the Metropolitan Region Unit. The hospitalization period median was 19 days; prematurity was the main cause of hospitalization (13.1%). The discharge to other nursery was the main outcome (86.0%), there were five deaths (2.1%). The public health problem in developing countries of premature birth is reiterated and reinforces the need for qualified services.

KEYWORDS: Infant, Premature. Intensive Care Units, Neonatal. Neonatal Nursing. Infant Mortality.

INTRODUÇÃO

Estima-se que em todo o mundo, anualmente, nasçam 15 milhões de recém-nascidos (RN) prematuros. Embora mais de 60,0% dos nascimentos prematuros ocorram na África e no sul da Ásia, a prematuridade se constitui como um problema global, pois é a principal causa associada à mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade¹.

Os RN prematuros são aqueles que nasceram antes de completarem 37 semanas de idade gestacional (IG), a termo entre 37 e 41 semanas

e pós-termo com 42 ou mais semanas de idade gestacional. Sendo que o período neonatal compreende o tempo desde o nascimento até o 28º dia incompleto de vida. Para os nascimentos pré-termos identificam-se as seguintes subcategorias: prematuro extremo, menos de 28 semanas de IG; muito prematuro, 28 a 32 semanas de IG; prematuro moderado ou tardio, de 32 a 37 semanas de IG¹⁻². Evidências científicas apontam maior vulnerabilidade do RN de menor IG, associado ao muito baixo peso³.

Neste cenário, políticas de atenção à saúde que visam melhorias nas condições de vida e de atenção à saúde de mães e crianças são continuamente traçadas com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil⁴. Sobretudo, a mortalidade neonatal precoce (até o sétimo dia de vida) que responde a 50% das mortes infantis no Brasil e reflete as condições socioeconômicas e de saúde materna, assim como, a qualidade da atenção prestada no pré-natal, parto, nascimento e ao atendimento neonatal³. Entretanto, o acompanhamento pré-natal em momento oportuno, com assistência qualificada e humanizada integrando todos os níveis de atenção, responderia às necessidades da gestante e do RN⁵.

Ainda se considera que no período neonatal há necessidade de cuidados especiais, com atuação tecnicamente qualificada, integral e em tempo oportuno¹. Destarte, para o atendimento de neonatos de alto risco é necessária a disponibilidade de leitos críticos, em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Os RN admitidos na UTIN, via de regra, atendem a um ou mais dos seguintes critérios: asfixia grave ao nascer (Apgar <7 no 5º minuto); RN pré-termo com peso ao nascer <2.000g; RN <35 semanas de idade gestacional; e RN com outras doenças graves⁵.

Assim, o crescente número de nascimentos prematuros que acarretam expressiva representatividade entre as causas de mortes infantis, relacionado ao aumento proporcional da mortalidade neonatal precoce, reforça a importância de produção de evidências científicas frente a assistência neonatal. Conhecer as características da demanda de internação de prematuros contribuirá para a melhoria do planejamento do cuidado, bem como para a gestão dos leitos neonatais, e, conseqüentemente, contribui para a redução da morbimortalidade infantil.

Portanto, o objetivo deste estudo foi caracterizar as internações ocorridas na Unidade

de Terapia Intensiva Neonatal, de um hospital infantil público da região Sul do Brasil, Paraná.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, o qual não permite identificar inferências causais e possíveis vieses de informação, com abordagem quantitativa, realizado na UTIN de um hospital infantil público. Este, como uma unidade própria da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, localiza-se em um município da região metropolitana de Curitiba, e foi inaugurado em 2009. Oferece atendimento especializado de média e alta complexidade às crianças e adolescentes como referência para todo o estado, segundo a lógica do projeto de regionalização da saúde pública. Conta atualmente com 74 leitos ativos, sendo 20 de UTIN, 10 de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, 24 de Clínica Cirúrgica e 20 de Clínica Médica⁶.

A população de estudo foi indiretamente todos os neonatos que foram internados na UTIN no ano em questão. A coleta de dados secundários se desenvolveu a partir do Sistema de Gestão da Assistência de Saúde do SUS (GSUS), e foram utilizados os Resumos de Alta referentes às internações ocorridas no ano de 2018. Embora os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) constituam relevantes fontes de dados secundários com ampla cobertura populacional, a qualidade dos dados registrados deve ser observada, para que representem a realidade estudada⁷.

Para a organização e análise dos dados foi desenvolvida uma planilha no Excel da Microsoft® com as seguintes variáveis: sexo; idade de internação; via de nascimento (tipo de parto); idade gestacional; peso ao nascer; procedência materna segundo as Regionais de Saúde do Paraná; tempo e desfecho da internação; e diagnósticos médicos segundo a Classificação Estatística Internacional

de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. A coleta dos dados ocorreu de fevereiro a abril de 2019, concomitante à análise descritiva utilizando-se de frequências, proporções, médias e medianas, apresentadas em tabelas síntese.

Para alinhamento dos dados, durante o preenchimento da planilha alguns critérios foram adotados como a exclusão de diagnósticos inconclusivos, não confirmados durante a internação. Enquanto as situações clínicas não esclarecidas foram mantidas, destas foram trabalhados 14 diagnósticos sintomáticos, como exemplo: petéquias, vômitos, febre e cianose.

No caso das reinternações de um mesmo neonato, os diagnósticos que se repetiam em relação à primeira internação não foram contabilizados novamente. Quanto ao peso de nascimento, se não informado, foi considerado o peso de admissão na unidade sempre que o neonato tivesse sido admitido no mesmo dia de seu nascimento.

Quanto à idade gestacional, na falta de informações, para recém-nascidos termo foram consideradas 39 semanas, e quando descrito "meia" (0,5) semana contabilizaram-se três dias à idade gestacional.

Em relação ao tempo de internação, frente à divergência entre os dados fornecidos pelo GSUS e dos Resumos de Alta, optou-se pela utilização dos dados presentes no GSUS. Os diagnósticos descritos nos Resumos de Alta foram todos categorizados segundo os capítulos da CID-10.

Com vistas à qualidade, esta pesquisa foi estruturada segundo as recomendações do *checklist STROBE - Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*, que contém 22 itens, com indicações do que se deve incluir para uma descrição mais precisa de estudos observacionais⁸.

Este estudo integra um dos objetivos de um projeto temático desenvolvido no hospital, e foi aprovado com pareceres de dois Comitês de Ética em Saúde, a saber: do Setor de Ciências da Saúde da UFPR – nº 1.618.264, de 01 de julho de 2016; e Hospital do Trabalhador/SES/PR – nº 1.698.784, de 25 de agosto de 2016. Por tratar-se de estudo quantitativo com dados secundários foi dispensado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A UTIN em 2018 apresentou taxa de ocupação de 94,58%. Verificaram-se 223 internações e 12 reinternações; com prevalência do sexo masculino (55,7%); período neonatal precoce (46,0%); nascidos de parto vaginal (54,0%); prematuros (59,5%) e com peso ao nascer menor de 2.500g (54,8%). As idades gestacionais variaram de 23 a 41 semanas e dois dias, com média e mediana de 33 semanas. O peso ao nascer variou de 490g a 5.050g, com média de 2.171g e mediana de 2.091g (TABELA 1).

A idade de internação, que corresponde ao período do nascimento até o dia da internação, divergiu de zero a 185 dias, com média de 23 dias e mediana de nove dias. O tempo de internação variou de horas (menos de um dia) a 146 dias, com média de 28 dias e mediana de 19 dias. O desfecho prevalente foi a alta para a enfermaria (86,0%) e ocorreram cinco (2,1%) óbitos no período (TABELA 1).

A Tabela 2 apresenta o município de residência da mãe do neonato internado na UTIN, segundo as Regionais de Saúde do Paraná, com destaque para a 2ª Regional de Saúde – a Metropolitana (59,1%), bem como o município de Curitiba que contabilizou 21,7% das internações do estudo. Houve apenas uma internação de procedência de outro estado.

Tabela 1 Distribuição (n e %) dos neonatos segundo variáveis selecionadas, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Hospital Infantil, Campo Largo, Paraná, 2018.

VARIÁVEL	CATEGORIA	NÚMERO (n)	PROPORÇÃO (%)	
Sexo	Feminino	104	44,3%	
	Masculino	131	55,7%	
Período (dias)	Neonatal precoce	108	46,0%	
	Neonatal tardio	68	28,9%	
	Pós-neonatal	59	25,1%	
Via de nascimento	Cesariana	89	37,9%	
	Vaginal	127	54,0%	
	Não informado	19	8,1%	
Idade gestacional (semanas)	Pré-termo	Prematuro extremo	41	17,4%
		Muito prematuro	44	18,7%
		Prematuro moderado ou tardio	55	23,4%
	Termo	90	38,3%	
	Pós-termo	0	0,0%	
	Não informado	5	2,1%	
Peso ao nascer (g)	Baixo	41	17,4%	
	Muito baixo	36	15,3%	
	Extremamente baixo	52	22,1%	
	> 2500 g	101	43,0%	
	Não informado	5	2,1%	
Desfecho da internação	Alta para enfermeira	202	86,0%	
	Óbito	5	2,1%	
	Transferência	28	11,9%	

Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

Legenda: Neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardio (7 a 27 dias), pós-neonatal (28 a 364 dias); pré-termo (<37 semanas), termo (37 a <42 semanas), pós-termo (≥42 semanas); prematuro extremo (<28 semanas), muito prematuro (28 a <32 semanas), prematuro moderado ou tardio (32 a <37 semanas); baixo peso ao nascer (<2500 g), peso muito baixo ao nascer (<1500 g), peso extremamente baixo ao nascer (<1000 g).

Tabela 2 Procedência materna de neonatos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Hospital Infantil, Campo Largo, Paraná, 2018.

REGIONAIS DE SAÚDE MUNICÍPIOS		NÚMERO (n)	PROPORÇÃO (%)
Outros Estados	Campo Grande	1	0,43
	Antonina	1	0,43
1ª Paranaguá	Guaratuba	6	2,55
	Matinhos	3	1,28
	Morretes	3	1,28
	Paranaguá	25	10,64
	Pontal do Paraná	6	2,55
	Almirante Tamandaré	4	1,70
2ª Metropolitana	Araucária	3	1,28
	Balsa Nova	1	0,43
	Bocaiúva do Sul	2	0,85
	Campo Largo	7	2,98
	Campo Magro	2	0,85
	Colombo	23	9,79
	Curitiba	51	21,70

REGIONAIS DE SAÚDE MUNICÍPIOS	NÚMERO (n)	PROPORÇÃO (%)	
2ª Metropolitana	Fazenda Rio Grande	6	2,55
	Itaperuçu	2	0,85
	Lapa	1	0,43
	Pinhais	8	3,40
	Piraquara	7	2,98
	São José dos Pinhais	21	8,94
	Tunas do Paraná	1	0,43
3ª Ponta Grossa	Arapoti	1	0,43
	Carambeí	1	0,43
	Castro	5	2,13
	Piraí do Sul	1	0,43
	Ponta Grossa	2	0,85
	Sengés	1	0,43
4ª Irati	Fernandes Pinheiro	1	0,43
	Imbituva	2	0,85
	Rio Azul	2	0,85
5ª Guarapuava	Candói	1	0,43
	Guarapuava	1	0,43
	Laranjeiras do Sul	1	0,43
	Marquinho	1	0,43
	Nova Laranjeiras	1	0,43
	Pitanga	1	0,43
	Prudentópolis	2	0,85
	Reserva	1	0,43
6ª União da Vitória	Bituruna	1	0,43
7ª Pato Branco	Palmas	2	0,85
	Pato Branco	1	0,43
8ª Francisco Beltrão	Dois Vizinhos	1	0,43
	Marmeleiro	2	0,85
	Renascença	1	0,43
11ª Campo Mourão	Juranda	1	0,43
14ª Paranavaí	Alto Paraná	1	0,43
	Loanda	1	0,43
	Nova Londrina	2	0,85
	Paranavaí	1	0,43
15ª Maringá	Astorga	1	0,43
16ª Apucarana	Apucarana	2	0,85
	Arapongas	3	1,28
18ª Cornélio Procópio	São Sebastião da Amoreira	1	0,43
20ª Toledo	Toledo	1	0,43
21ª Telêmaco Borba	Ortigueira	1	0,43
	Telêmaco Borba	2	0,85
	Tibagi	1	0,43

Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

Em 2018, foram registrados 996 diagnósticos médicos de internação dos neonatos na UTI em estudo, distribuídos em 18 Capítulos da CID-10 e em 130 categorias diferentes. Como mostra a Tabela 3, os Capítulos quantitativamente representativos foram: XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal e, XVII - Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas. As

categorias recorrentes foram: P07 - Transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso ao nascer não classificados em outra parte (13,15%); P22 - Desconforto respiratório do recém-nascido (6,83%); P59 - Icterícia neonatal devido a outras causas e às não especificadas (6,53%); A41 - Outras septicemias (5,82%); e P27 - Doença respiratória crônica originada no período perinatal (3,71%).

Tabela 3 Diagnósticos de internação dos neonatos, Unidade de Terapia Intensiva, Hospital Infantil, Campo Largo, Paraná, 2018. *Proporção total dentre os 18 Capítulos nos quais foram classificados os Diagnósticos Médicos.

DIAGNÓSTICOS DE INTERNAÇÃO - CID-10		NÚMERO ABSOLUTO (N)	PROPORÇÃO NO CAPÍTULO (%)	TOTAL* (%)
Capítulos	Categorias			
Capítulo I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A41 - Outras septicemias	58	80,56	5,82
	A50 - Sífilis congênita	7	9,72	0,70
Capítulo XVI – Algumas afecções originadas no período perinatal	P05 - Crescimento fetal retardado e desnutrição fetal	23	4,16	2,31
	P07 - Transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso ao nascer não classificados em outra parte	131	23,69	13,15
	P22 - Desconforto respiratório do recém-nascido	68	12,30	6,83
	P27 - Doença respiratória crônica originada no período perinatal, número absoluto	37	6,69	3,71
	P59 - Icterícia neonatal devido a outras causas e às não especificadas	65	11,75	6,53
Capítulo XVII – Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	Q03 - Hidrocefalia congênita	10	8,20	1,00
	Q21 - Malformações congênicas dos septos cardíacos	30	24,59	3,01
	Q25 - Malformações congênicas das grandes artérias	34	27,87	3,41

*Proporção total dentre os 18 Capítulos nos quais foram classificados os Diagnósticos Médicos.

Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

DISCUSSÃO

No presente estudo, observou-se discreta prevalência do sexo masculino (55,7%), concordando com dados nacionais do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, que apontam predomínio do sexo

masculino na distribuição da população de 0 a 4 anos⁹. Todavia, quando não considerada a faixa etária, há predomínio do sexo feminino (51,03%)¹⁰. Achado que corrobora com o estudo de Tavares et al. (2014), desenvolvido em Minas Gerais, que

evidenciou leve predomínio do sexo masculino (55,8%)¹¹. Também observado por Martins et al. (2013), no Rio Grande do Sul, que teve por objetivo caracterizar RN de baixo peso internados em uma UTIN dos quais 50,6% eram do sexo masculino¹².

Quanto ao tipo de parto, em desacordo ao resultado encontrado, Martins et al. (2013) demonstraram altas taxas de parto cesáreo (71,6%), uma intervenção que deveria ser utilizada apenas em situações com indicações precisas¹². A pesquisa *Nascer no Brasil*, um inquérito nacional sobre parto e nascimento, mostrou que o número de nascimentos por cesariana está mais de três vezes acima do recomendado pela OMS, 52,0%, quando a taxa aceitável é de 15,0%, expondo desnecessariamente as mulheres e os RN aos riscos de efeitos adversos no parto e nascimento. As altas taxas de cesariana eletiva podem estar associadas ao nascimento prematuro (pela possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional), e ao fato de o Brasil estar entre os 10 países com maior taxa de nascimento prematuro^{13,1}.

Em relação à condição de nascimento, Tavares et al. (2014) verificaram que a idade gestacional mínima foi de 24 semanas e a máxima de 42 semanas, que 73,7% nasceram pré-termo, baixo peso ao nascimento em 67,9% das crianças, e os pesos mínimo e máximo encontrados foram de 535g e 4.745g, respectivamente. Em estudo realizado por Martins et al. (2013), constatou-se que 88,3% eram prematuros, e 70,4% apresentavam baixo peso ao nascer¹¹⁻¹², porcentagens significativamente maiores as observadas neste estudo, que também foram expressivas. O baixo peso é uma expressão da prematuridade que representa um importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal e infantil.

Atualmente o período neonatal precoce (0-6 dias de vida) é o principal componente da MI¹⁴, correspondendo ao maior número de internações do estudo. Tavares et al. (2014) demonstraram que 43,5% das crianças permaneceram de um a 30 dias internadas, e vale ressaltar que o tempo

de internação está intimamente relacionado ao diagnóstico do neonato¹¹. O desfecho prevalente foi a alta para enfermaria, considerando-a como uma adequação entre a capacidade instalada das unidades e a condição clínica do RN, garantindo a progressão do cuidado¹⁵.

No Brasil observa-se uma cobertura crescente da assistência pré-natal, que alcança um percentual de 98%. Entretanto, sua adequação é ainda baixa, com início tardio, número insuficiente de consultas e não adesão. Com isso, os índices de mortalidade materno-infantil ainda são preocupantes, para tanto, uma atenção pré-natal de qualidade é capaz de diminuí-los, através da detecção e intervenção antecipada de diversas situações de risco da mãe e do bebê, regulação de leitos e assistência qualificada¹⁶.

Um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável é assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Dentre as metas, até 2030, acabar com as mortes evitáveis de RN e crianças menores de cinco anos¹⁷. Apesar do declínio, que tem se mantido constante, o relatório *Levels and Trends in Child Mortality 2017* mostrou que em 2016 houve 15 mil crianças mortas, destas, 46,0% nos primeiros 28 dias de vida¹⁸.

Mais da metade das internações descritas no estudo (58,74%) foram associadas à prematuridade (P07), que se constitui em maior fator de risco para morbidade e morte do RN. A pesquisa *Nascer no Brasil* revelou que a taxa de prematuridade brasileira (11,5%) é quase duas vezes superior à observada nos países europeus. Quanto à sua ocorrência, a prematuridade espontânea ocorreu em 59,0%; por indução do parto ou cesariana anteparto foi de 41,0%; e cesariana sem trabalho de parto foi de 90,0%¹⁹. Dentre os desfechos negativos observados a esta população, citam-se: uso de oxigênio; internação em UTIN; hipoglicemia; problemas respiratórios; icterícia; e atraso no aleitamento materno²⁰.

A OMS traz que 75,0% dos prematuros

podem sobreviver com cuidados essenciais (para o binômio mãe e bebê) que nem sempre trazem um custo elevado ao serviço, como: a prevenção de hipotermia; o apoio ao aleitamento materno; a prevenção ou tratamento de infecções perinatais; e o Método Canguru. Ainda existe a prevenção de mortes por complicações da prematuridade que inicia na gestação, com um pré-natal de qualidade, incentivo à alimentação saudável e à prevenção do uso de drogas antes e durante a gestação, aplicando-se a identificação dos riscos com atenção centrada na prevenção das infecções¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A caracterização das internações de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal reforça o perfil encontrado em outros estudos e a necessidade de uma assistência de alta qualidade para a manutenção da redução da mortalidade neonatal e infantil. Os RN com maior risco de morte e incapacidade, assistidos nesta unidade, foram aqueles com complicações relacionadas à prematuridade, reiterando a importância de investimentos na assistência pré-natal, a fim de reduzir a incidência de partos prematuros e suas complicações e a importância do cuidado especializado, por profissionais de saúde com qualificação, a fim de evitar as mortes por causas evitáveis. Propõem-se novas pesquisas voltadas para a qualidade de vida de neonatos com projeção para a sobrevivência das crianças e seu desenvolvimento saudável.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado em 2019 Fev 20]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
2. Ribeiro JF, Silva LLC, Santos IL, Luz VLES, Coelho DMM. O prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal: a assistência do enfermeiro. The premature newborn in neonatal intensive care unit: the nurse's care. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016;10(10):3833-41.
3. Oliveira MG, Viau AC, Heidemann LA, Nicoloso L, Volkmer DFV. Mortalidade neonatal precoce em recém-nascidos de muito baixo peso: estudo de coorte. *Bol Cien Ped*. 2015;4(3):75-9.
4. Careti CM, Scarpelini AHP, Furtado MCC. Perfil da mortalidade infantil a partir da investigação de óbitos. *Rev Eletrônica Enferm*. 2014;16(2):352-60.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. *Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde*. 2014 [citado em 2019 Fev 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html.
6. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Hospital Infantil Waldemar Monastier [Internet]. Campo Largo: Hospital Infantil Waldemar Monastier; [citado em 2019 Ago 30]. Disponível em: <http://www.hospitalinfantil.saude.pr.gov.br/>.
7. Correia LOS, Padilha BM, Vasconcelos SML. Métodos para avaliar a completude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. *Ciêns Saúde Colet*. 2014;19(11):4467-78.
8. Cuschieri S The STROBE guidelines. *Saudi J Anaesth* [Internet]. 2019 Apr [citado 2019 Out 10];13(Suppl 1):S31-S34. Disponível em: <http://www.saudija.org/text.asp?2019/13/5/31/252631>. doi: 10.4103/sja. SJA_543_18 PMID: PMC6398292.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Distribuição da População por sexo segundo os grupos de idade – Brasil – 2010 [Internet]. Brasília: IBGE; c2019 [citado em 2019 Jun 18]. Disponível em: <https://brasilensintese.ibge.gov.br/populacao/populacao-por-sexo-e-grupo-de-idade-2010.html>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Distribuição da População por sexo segundo Unidades da Federação – Brasil – 2010 [Internet]. Brasília: IBGE; c2019 [citado em 2019 Jun 18]. Disponível em: <https://brasilensintese.ibge.gov.br/populacao/populacao-por-sexo-segundo-as-unidades-da-federacao.html>.
11. Tavares TS, Duarte ED, Silva BCN, Paula CM, Queiroz MPM, Sena RR. Caracterização do perfil das crianças egressas de unidade neonatal com condição crônica. *Rev Enferm Cent.- Oeste Min* [Internet]. 2014 [citado em 2019 Out 10];4(3):1322-35. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/802>.
12. Martins EL, Padoin SMM, Rodrigues AP, Zuge SS, Paula CC, Trojahn TC, Bick MA. Caracterização de recém-nascidos de baixo peso internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm UFSM*. 2013;3(1):96.

13. Universidade Federal do Piauí. Nascer no Brasil: resultados da maior pesquisa sobre parto e nascimentos [Internet]. Teresina: UFPI; 2014 [citado em 2019 Jun 18]. Disponível em: <https://www.ufpi.br/ultimas-noticias-ufpi/5864-nascer-no-brasil--resultados-%20%20da-maior-pesquisa-sobre-parto-e-nascimentos>.
14. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(suppl 1):S192-207.
15. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. 2012 [citado em 2019 Fev 2010]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html.
16. Santana TCP, Silva LM, Silva LRFG, Rocha LM, Canhoto CTS, Silva ACFA, et al. Dificuldades dos enfermeiros no atendimento ao pré-natal de risco habitual e seu impacto no indicador de morbimortalidade materno-neonatal. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;(20):e711.
17. Organização das Nações Unidas. Transformando nosso Mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável [Internet]. Rio de Janeiro: UNIC Rio, 2015 [citado em 2019 Jun 18]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>
18. Organização Pan-Americana de Saúde Apesar do declínio constante na mortalidade entre crianças com menos de cinco anos, 7 mil recém-nascidos morrem todos os dias, afirma novo relatório [Internet]. Brasília: OPAS, 2017 Out 19 [citado em 2019 Jun 18]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5530:apesar-do-declínio-constante-na-mortalidade-entre-criancas-com-menos-de-cinco-anos-7-mil-recem-nascidos-morrem-todos-os-dias-afirma-novo-relatorio&Itemid=820.
19. Leal MC. Childbirth and birth in Brazil: an evolving scenario. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(5):1-3.
20. Fundação Oswaldo Cruz. Taxa de bebês prematuros no país é quase o dobro do que em países da Europa [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016 Dez 7 [citado em 2019 Jun 18]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/taxa-de-bebes-prematuros-no-pais-e-quase-o-dobro-do-que-em-paises-da-europa>.

RECEBIDO: 31/08/2019

ACEITO: 11/10/2019

INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO NA SALA DE PARTO EM MATERNIDADES COM E SEM A INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Facilitating breastfeeding in the delivery room in maternities with and without a Child-Friendly Initiative Hospital

Luana da Silva¹, Maria Caroline Rogerio², Márcia Aparecida dos Santos Silva Canario³, Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari⁴

1. Universidade Estadual de Londrina (UEL). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5245-2725>.

2. Universidade Estadual de Londrina (UEL). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6119-6700>.

3. Universidade Estadual de Londrina (UEL). ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2882-6184>.

4. Universidade Estadual de Londrina (UEL). ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0157-7461>.

CONTATO: Luana da Silva | Endereço: Rua Alzira Ferreira do Carmo, número 30 | Agenor Barduco | Ibiporã – PR | Telefone: (43) 98444-7427 | E-mail: luanasilvaponciano@hotmail.com

COMO CITAR: Silva L, Rogerio MC, Canario MASS, Ferrari RAP. Incentivo ao aleitamento materno na sala de parto em maternidades com e sem a Iniciativa Hospital Amigo da Criança. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Dez.;2(2):69-76.



COPYRIGHT 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.

RESUMO Este estudo tem por objetivo comparar o incentivo ao aleitamento materno na sala de parto em maternidades de risco habitual com ou sem a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Estudo transversal descritivo aninhado a uma coorte prospectiva. A coleta de dados aconteceu por meio de entrevistas com mulheres após o parto e busca em prontuário. A análise foi realizada por testes estatísticos no programa SPSS®. A população

foi composta por 419 usuárias. Puérperas entre 14 e 18 anos e 30 anos ou mais não tiveram contato pele a pele superior a 30 minutos nas maternidades sem a IHAC. A sucção ao seio materno na primeira meia hora após o parto prevaleceu em mulheres de 19 a 29 anos, com ensino superior, e que tiveram parto normal na maternidade credenciada à IHAC. Portanto, a IHAC favoreceu o aleitamento materno, porém não contemplou todas as mulheres demonstrando fragilidades no serviço.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno. Salas de Parto. Recém-nascido. Serviços de Neonatologia.

ABSTRACT This study aims to compare the incentive to breastfeeding in the delivery room in maternities of usual risk with or without the Child-Friendly Hospital Initiative (Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC). This is a descriptive cross-sectional study nested in a prospective cohort. Data collection took place through interviews with women after childbirth, and search in medical records. Analysis was performed by statistical tests in the SPSS® software. The population consisted of 419 users. Puerperas between 14 and 18 years old and 30 years old or older did not have skin-to-skin contact longer than 30 minutes in maternities without IHAC. Breastfeeding in the first half hour after delivery prevailed in women aged 19 to 29 years, with higher education, who had vaginal birth in the IHAC-accredited maternity. Therefore, IHAC favored breastfeeding, but did not include all women, demonstrating weaknesses in the service.

KEYWORDS: Breast Feeding. Delivery Rooms. Infant, Newborn. Neonatology Services.

INTRODUÇÃO

Após o parto, o recém-nascido (RN) se depara com o meio extrauterino dando início a um processo desafiador de adaptação, por meio da sua sensopercepção. Nesse contexto, entra a figura materna, que em meio às emoções desse momento enfrenta também uma adaptação frente às demandas que requer um RN. Em meio a tantas mudanças, estímulos e desafios, é importante que as condições sejam favoráveis para o surgimento de um vínculo íntimo e especial entre ambos e oportuno para que o aleitamento materno aconteça ainda na sala de parto¹.

O aleitamento materno é um processo natural que favorece o estabelecimento de um vínculo forte e duradouro entre uma mãe e seu filho. Além disso, o leite materno proporciona um desenvolvimento e crescimento saudável do lactante, pois contém propriedades imunológicas, é fonte rica de nutrientes que conferem proteção contra doenças frequentes na infância, reduzindo a morbidade e a mortalidade infantil².

Buscando favorecer esse primeiro contato entre mãe-bebê da forma mais especial e prazerosa, o programa Rede Mãe Paranaense permeia uma

junção de ações que visam um acompanhamento materno-infantil durante o pré-natal, puerpério até os primeiros anos de vida da criança, e favorece o cuidado e suporte estrutural para que, de maneira geral, esse período seja vivido de forma serena, especial, saudável e com qualidade de serviços ofertados para a mãe e seu bebê. Dentro das estratégias deste programa está estabelecido o incentivo ao aleitamento materno³.

Como enfoque maior sobre a amamentação, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) estabelece dez passos para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, para que os profissionais de saúde e funcionários que atuam nos hospitais e maternidades promovam mudanças nas rotinas desses ambientes, com um atendimento humanizado⁴.

Dentre os dez passos estabelecidos pela IHAC, o quarto é o que incentiva o contato pele a pele ainda na sala de parto, e esse encontro potencializa o início da amamentação, estimula a colonização da pele do bebê através da microbiota materna, auxilia na regulação da temperatura corporal, conserva os níveis de glicemia estáveis, além de colaborar para a estabilidade cardiorrespiratória e aumenta as chances de ocorrer o aleitamento materno com sucesso, nesse primeiro momento⁵.

O profissional enfermeiro é essencial no incentivo ao aleitamento materno, pois é ele quem está na linha de frente do cuidado prestado à mulher no período puerperal e possui maior oportunidade de estabelecer vínculo com ela, podendo orientar, cuidar e auxiliar essa mulher, de acordo com suas necessidades, referente ao aleitamento para assim minimizar suas dúvidas, medos e angústia, tornando-a empoderada e preparada para superar dificuldades que possam vir a acontecer⁶.

Há poucos estudos avaliativos na temática, bem como em maternidades que ainda não possuem a placa de Iniciativa Hospital Amigo da Criança, portanto, esta pesquisa poderá subsidiar gestores para que a política de incentivo à amamentação seja implementada nestas realidades. Esse estudo tem

por objetivo comparar o incentivo ao aleitamento materno na sala de parto em maternidades de risco habitual com ou sem a Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

METODOLOGIA

O estudo é um recorte da pesquisa intitulada "Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança", cadastrada na PROPPG n. 10.735 e aprovada na Chamada Universal MCTI/CNPq nº 01/2016, realizada nas maternidades de risco habitual dos municípios de médio e grande porte da 17ª Regional de Saúde. Trata-se de um estudo transversal descritivo aninhado a uma coorte prospectiva.

Para a coleta de dados a abordagem foi realizada, ainda na maternidade, no período entre 23 de julho e 20 de dezembro de 2017, por meio de busca das informações disponibilizadas em documentos tais como: prontuário da maternidade, Carteira de Saúde da Gestante e Carteira de Saúde da Criança e entrevista com a mulher/usuária, 24 horas após o parto, para identificar elementos da assistência referentes aos objetivos e pressupostos da Rede no que se refere à assistência ao parto e puerpério, como: Apoiar e promover o aleitamento materno e adoção dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno"³. A coleta ocorreu após o aceite e o esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, a garantia do anonimato e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no ambiente da maternidade.

Os critérios de inclusão foram mulheres que realizaram o parto nas maternidades do estudo, aceitaram participar da pesquisa, e que residem na área urbana e nos municípios das respectivas Regionais de Saúde, bem como não apresentaram nenhum tipo de agravo e/ou problema de saúde que possa impedir sua participação.

A população do estudo foi composta por

419 puérperas (cálculo amostral estratificado por município), portanto 189 usuárias de maternidade referência para parto de risco habitual sem a IHAC e 230 usuárias da maternidade referência para parto de risco habitual e intermediário, e credenciada pela IHAC. A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento, no qual constam as seguintes variáveis de estudo: dados sociodemográficos da puérpera; condições maternas e do recém-nascido no parto; assistência realizada na sala de parto (contato pele a pele na sala de parto, tempo de contato pele a pele na sala de parto e sucção ao seio materno na sala de parto).

Os dados foram compilados no programa Microsoft Office Excel® 2013 e, posteriormente, transportados para o programa SPSS®, versão 20.0, em que foram realizados testes estatísticos. Os dados foram analisados separadamente, agrupando os municípios de Iporã, Cambé e Rolândia, maternidades sem o selo de hospital amigo da criança, e comparado aos dados obtidos na maternidade municipal de Londrina, que possui a iniciativa, verificando divergências e igualdades no cuidado entre as maternidades.

O presente projeto está cadastrado na PROPPG e, antes mesmo do cadastro, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina e aprovado pelo parecer 120/2013, CAAE: 19352513.9.000.5231.

RESULTADOS

De acordo com a Tabela 1, foi possível identificar que a faixa-etária entre 19 e 29 anos obteve maior oportunidade de contato pele a pele na sala de parto nas maternidades com e sem a IHAC. Adolescentes entre 14 e 18 anos e mulheres com 30 anos ou mais não tiveram a oportunidade de um contato pele a pele superior a 30 minutos nas maternidades sem a IHAC.

O grau de escolaridade teve influência,

principalmente na maternidade com a IHAC, quando 100% das mulheres com ensino superior desfrutaram do contato pele a pele com seus filhos ainda na sala de parto. Já nas maternidades que não possuem a Iniciativa, mulheres com o ensino fundamental apresentaram melhores porcentagens para contato pele a pele. Ainda relacionado à escolaridade, o tempo do contato pele a pele que prevaleceu foi inferior a 30 minutos, nas maternidades com e sem a iniciativa.

Dentro do histórico obstétrico, nos dois tipos de maternidades analisadas, o parto normal, em relação à cesárea, foi o tipo de parto que possibilitou a mais mulheres um momento íntimo de contato pele a pele com seus filhos. A duração desse contato, nas maternidades com a IHAC, apresentou melhores proporções, chegando algumas mulheres a atingirem um tempo superior a 60 minutos de contato. Isto diverge das maternidades sem o selo da iniciativa, pois todas as mulheres que tiveram um parto cesárea permaneceram em contato pele a pele em um tempo mínimo de no máximo 30 minutos, além do que nenhuma puérpera, nesse tipo de maternidade, ficou em contato pele a pele por mais de 60 minutos.

Múltiparas foram favorecidas em relação ao contato pele a pele em ambas as maternidades. No entanto, na maternidade com a iniciativa, as porcentagens sobre a duração do contato pele a pele foram melhores quando relacionadas com as maternidades sem a iniciativa.

Ter recebido apoio e orientação para amamentar favoreceu o contato pele a pele, em todas as maternidades, e a classe profissional que se destacou frente a esse auxílio foi a Enfermagem, apresentando as maiores porcentagens em relação à medicina

A sucção ao seio materno na primeira meia hora após o parto prevaleceu em mulheres na faixa-etária de 19 a 29 anos, com ensino superior, que tiveram parto normal na maternidade credenciada na IHAC. Já nas maternidades sem a iniciativa, as mulheres com mais de 30 anos, com

**INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO NA SALA DE PARTO EM
MATERNIDADES COM E SEM A INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA**

escolaridade até o ensino médio, que tiveram parto normal conseguiram amamentar na primeira meia hora após o parto. A Enfermagem, mais uma vez,

se destacou frente ao incentivo e orientação ao aleitamento (Tabela 2).

Tabela 1 Caracterização do perfil materno e manejo do contato pele a pele na sala de parto. Londrina, PR, 2017.

	Contato pele a pele na sala de parto*				Tempo de contato pele a pele na sala de parto*					
	COM IHAC		SEM IHAC		COM IHAC			SEM IHAC		
	Sim	Não	Sim	Não	<30 min	30 a 60 min	> 60 min	<30 min	30 a 60 min	> 60 min
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Perfil sociodemográfico										
Idade**										
De 14 a 18 anos	29 (88%)	4 (12%)	15 (60%)	10 (40%)	25 (86%)	3 (10%)	1 (4%)	11 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
De 19 a 29 anos	130 (96%)	6 (4%)	87 (70%)	37 (30%)	78 (64%)	39 (32%)	5 (4%)	66 (97%)	2 (3%)	0 (0%)
≥30 anos	57 (93%)	4 (7%)	25 (64%)	14 (36%)	28 (61%)	18 (39%)	0 (0%)	20 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Escolaridade										
Ensino Fundamental	70 (93%)	5 (7%)	49 (73%)	18 (27%)	38 (63%)	19 (32%)	3 (5%)	36 (97%)	1 (3%)	0 (0%)
Ensino Médio	113 (93%)	9 (7%)	66 (65%)	36 (35%)	75 (71%)	29 (27%)	2 (2%)	55 (98%)	1 (2%)	0 (0%)
Ensino Superior	33 (100%)	0 (0%)	13 (65%)	7 (35%)	18 (58%)	12 (39%)	1 (3%)	7 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Histórico obstétrico										
Gestação Anterior**										
Primípara	80 (90%)	9 (10%)	48 (62%)	29 (38%)	59 (75%)	18 (23%)	2 (2%)	32 (97%)	1 (3%)	0 (0%)
Multipara	134 (96%)	5 (4%)	79 (71%)	32 (29%)	70 (60%)	42 (36%)	4 (4%)	65 (98%)	1 (2%)	0 (0%)
Tipo de parto										
Normal	133 (97%)	4 (3%)	84 (85%)	15 (15%)	67 (55%)	51 (42%)	4 (3%)	70 (97%)	2 (3%)	0 (0%)
Cesárea	82 (90%)	10 (10%)	44 (49%)	46 (51%)	64 (85%)	9 (12%)	2 (3%)	28 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Pós-parto										
Auxílio para amamentar na sala de parto										
Sim	182 (95%)	9 (5%)	78 (70%)	34 (30%)	115 (67%)	52 (30%)	4 (3%)	60 (98%)	1 (2%)	0 (0%)
Não	34 (90%)	4 (10%)	50 (65%)	27 (35%)	16 (61%)	8 (31%)	2 (8%)	38 (97%)	1 (3%)	0 (0%)
Auxílio profissional										
Enfermagem	199 (94%)	13 (6%)	91 (67%)	44 (33%)	120 (65%)	59 (32%)	5 (3%)	63 (97%)	2 (3%)	0 (0%)
Medicina	7 (100%)	0 (0,0%)	8 (50%)	8 (50%)	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Não teve orientação profissional	10 (91%)	1 (9%)	29 (76%)	9 (24%)	7 (78%)	1 (11%)	1 (11%)	28 (100%)	0 (0%)	0 (0%)

Fonte: Dados da pesquisa Rede Mãe Paranaense.

*Considerados os recém-nascidos que tiveram contato pele a pele.

**Não informado.

Tabela 2 Caracterização do perfil materno e incentivo ao aleitamento materno na sala de parto. Londrina, PR, 2017.

	SUCÇÃO AO SEIO MATERNO NA SALA DE PARTO*			
	COM IHAC		SEM IHAC	
	Na 1º 1/2 hora n (%)	Após 1/2 hora n (%)	Na 1º 1/2 hora n (%)	Após 1/2 hora n (%)
Perfil sociodemográfico				
Idade				
De 14 a 18 anos	23 (79%)	6 (21%)	10 (77%)	3 (23%)
De 19 a 29 anos	97 (81%)	23 (19%)	29 (44%)	37 (56%)
≥30 anos	40 (76%)	13 (24%)	14 (78%)	4 (26%)
Escolaridade				
Ensino Fundamental	52 (76%)	16 (24%)	21 (57%)	24 (43%)
Ensino Médio	82 (79%)	22 (21%)	29 (55%)	24 (45%)
Ensino Superior	26 (87%)	4 (13%)	3 (37%)	5 (63%)
Histórico obstétrico				
Gestação Anterior				
Primípara	61 (79%)	16 (21%)	22 (54%)	19 (46%)
Múltipara	97 (79%)	26 (21%)	31 (54%)	26 (46%)
Tipo de parto				
Normal	106 (84%)	20 (16%)	46 (69%)	21 (31%)
Cesárea	54 (71%)	22 (29%)	7 (23%)	24 (77%)
Pós-parto				
Auxílio para amamentar na sala de parto				
Sim	138 (80%)	35 (20%)	38 (63%)	22 (37%)
Não	22 (76%)	7 (24%)	15 (40%)	23 (60%)
Auxílio profissional				
Enfermagem	145 (79%)	39 (21%)	38 (54%)	32 (46%)
Medicina	5 (71%)	2 (29%)	3 (50%)	3 (50%)
Não teve orientação profissional	10 (91%)	1 (9%)	12 (55%)	10 (45%)

.Fonte: Dados da pesquisa Rede Mãe Paranaense.

*Considerados os recém-nascidos que tiveram sucção ao seio materno na sala de parto.

DISCUSSÃO

É bem consolidado na literatura que políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil constituem pilares importantes para o incentivo e

proteção do aleitamento materno, dentro delas a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e o Programa Rede Mãe Paranaense são peças fundamentais

para tal apoio. Visto que, em especial, a IHAC tem sido associada a melhorias no aleitamento materno exclusivo⁷.

Uma pesquisa que descreve os 25 anos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) no Brasil, verificou significativo aumento nos índices de aleitamento materno devido a vários fatores, dentre eles, mudanças em relação às rotinas do serviço e na postura profissional dos trabalhadores, que passaram a ser mais voltados para a promoção do aleitamento materno, o que contribuiu principalmente para a redução no uso de fórmulas lácteas. No presente estudo a maternidade amiga da criança apresentou diferenciais positivos que favoreceram principalmente o contato pele a pele na sala de parto⁸.

Embora o estudo demonstre que o contato pele a pele aconteceu nas maternidades com e sem a IHAC, ainda assim as maiores proporções indicaram tempo de contato pele a pele insuficiente, com duração inferior a 30 minutos, principalmente em maternidades que não possuem a iniciativa.

Na maternidade amiga da criança um número significativo de mulheres conseguiram atingir um tempo de contato pele a pele mais efetivo, atingindo de 30 a 60 minutos; em poucos casos as mães permaneceram em contato por mais que uma hora. Em estudo desenvolvido em dois hospitais de ensino no Rio Grande do Sul, o mesmo problema foi identificado, o que desfavorece o vínculo entre a mãe e seu filho nestes primeiros minutos após o parto⁹.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o estabelecimento do vínculo e do contato íntimo do RN junto a sua mãe neste primeiro momento contempla uma estratégia primordial para a promoção do aleitamento materno. Por este motivo é preconizado que o contato pele a pele deve ser mantido até que aconteça a primeira amamentação ou até quando a mãe julgar necessário. Esse incentivo tem-se mostrado claramente eficaz no aumento do aleitamento materno exclusivo e na redução da

morbimortalidade infantil¹⁰.

Muitos fatores interferem no tempo de contato pele a pele e na sucção ao seio materno na sala de parto. Um deles é a via de parto. A cesárea influenciou negativamente sobre tais iniciativas apresentando dados preocupantes com relação ao incentivo ao aleitamento materno, visto que nas maternidades sem a IHAC, nenhuma puérpera que teve parto cesárea ficou em contato pele a pele por mais de 30 minutos. Um estudo, com metanálise, reuniu dados de mulheres de 31 países concluindo que a cesárea é um fator adverso ao aleitamento materno, principalmente por rotinas pós-operatórias desfavorecerem o vínculo e a interação entre mãe-bebê, além de haver uma interferência metabólica e endócrina gerada pelo estresse cirúrgico atrasando o processo fisiológico da lactação¹¹.

Para que o incentivo ao aleitamento materno aconteça, a atuação de um profissional capacitado é fundamental, pois a mulher, durante a gestação, parto e puerpério, necessita de acompanhamento, apoio e orientação¹². O presente estudo demonstrou que o auxílio para amamentar ainda na sala de parto, aconteceu em maiores proporções na maternidade amiga da criança. A equipe de enfermagem esteve à frente da assistência prestada a essas mulheres indicando que o enfermeiro é o profissional que se mantém por mais tempo em contato com a puérpera e consegue assim estabelecer vínculo com a mesma, e assim atuar de forma mais abrangente e humanizada.

CONCLUSÃO

O incentivo ao aleitamento materno aconteceu de modo mais eficaz e em maiores proporções na maternidade com a IHAC, tornando claro seu efeito positivo sobre o serviço. Porém, nem todas as mulheres tiveram o apoio e a orientação dentro do que é preconizado pela IHAC e pelo programa Rede Mãe Paranaense, ainda que fragilidades no

processo de trabalho desfavoreçam o incentivo ao contato pele a pele e sucção ao seio materno na sala de parto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo incentivo e oportunidade.

REFERÊNCIAS

1. Silva BAA, Braga LP. Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: uma revisão integrativa. *Rev. da SBPH* [Internet]. 2019 Jun [citado em 2019 Out 18];22(1):258-79. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582019000100014&lng=pt.
2. Algarves TR. Aleitamento materno: Influência de mitos e crenças no desmame precoce. *Saúde Foco* [Internet]. 2015 [citado em 2019 Out 18];2(1):151-67. Disponível em: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/912/851>.
3. Paraná, Secretaria de Estado da Saúde. *Linha Guia Rede Mãe Paranaense* [Internet]. 7. ed. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 2018 [citado em 2019 Out 18]. 63 p. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf.
4. Sampaio ARR, Bousquat A, Barros C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2016 [citado em 2019 Out 18];25(2):281-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000200281&script=sci_abstract&lng=pt.
5. Silva OLO, Rea MF, Venâncio SI, Buccini GS. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança: contribuição para o incremento da amamentação e a redução da mortalidade infantil no Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant* [Internet]. 2018 Set [citado em 2019 Out 18];18(3):481-89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000300481&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000300003>.
6. Marinho MS, Andrade EN, Abrão ACFV. A atuação do (a) enfermeiro (a) na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno: revisão bibliográfica. *Rev Enferm Contemp* [Internet]. 2015 [citado em 2019 Out 18];4(2):189-98. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/598>.
7. Albuquerque RCCS. Implementação do aleitamento materno na primeira hora de vida na maternidade Araken Irerê Pinto [trabalho

de conclusão de curso na internet]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2019 [citado em 2019 Out 18]. Disponível em: <http://monografias.ufrn.br/handle/123456789/8895>.

8. Lamounier JA, Chaves RG, Rego MAS, Bouzada MCF. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: 25 anos de experiência no Brasil. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2019 [citado em 2019 Out 18];37(4):486-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010305822019000400486&lng=en.

9. Fucks IS, Soares MC, Kerber NPC, Meincke SMK, Escobal APL, Bordignon SS. A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê. *Avan Enferm* [Internet]. 2015 [citado em 2019 Out 18];33(1):29-37. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/47371/60871>.

10. Rocha LB, Araujo FMS, Rocha NCO, Almeida CD, Santos MO, Rocha CHR. Aleitamento materno na primeira hora de vida: uma revisão da literatura. *Rev Med Saúde Brasília* [Internet]. 2017 [citado em 2019 Out 18];6(3):384-94. <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/8318>.

11. Prior E, Santhakumaran S, Galé C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 2012 [citado em 2019 Out 18];95(5):1113-35. Disponível em: <https://academic.oup.com/ajcn/article/95/5/1113/4576793>.

12. Silva DSSA, Oliveira M, Souza ALTD, Silva RM. Promoção do aleitamento materno: políticas públicas e atuação do enfermeiro. *Cad UniFOA* [Internet]. 2017 [citado em 2019 Out 18];12(35):135-40. Disponível em: <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/view/483>.

RECEBIDO: 15/09/2019

ACEITO: 22/10/2019

LEPTOSPIROSE NO ESTADO DO PARANÁ, BRASIL: UMA ABORDAGEM DE SAÚDE ÚNICA

Leptospirosis in the state of Paraná, Brazil: A One Health Approach

Igor Massahiro de Souza Sugiura¹

1. Mestre em Patologia Experimental pela Universidade Estadual de Londrina. Médico Veterinário da Divisão de Vigilância em Saúde, 17ª Regional de Saúde/Londrina-PR. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7160-319X>.

CONTATO: Igor Massahiro de Souza Sugiura | Endereço: Alameda Manoel Ribas nº01 | Londrina-PR | Telefone: (43)3379-6122 | E-mail: Igor.sugiura@sesa.pr.gov.br

COMO CITAR: Sugiura IMS. Leptospirose no estado do Paraná, Brasil: uma abordagem de saúde única. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Dez;2(2):77-84.



COPYRIGHT 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.

RESUMO Leptospirose é uma doença endêmica no Brasil. Sua ocorrência é relacionada a diversos fatores de vulnerabilidade social e exposição ocupacional, sendo sua cadeia epidemiológica complexa, envolvendo o homem, animais e meio ambiente. Foi realizado um estudo transversal descritivo dos casos novos de leptospirose confirmados no estado do Paraná entre os anos de 2007-2017. A incidência média para o período foi de 2,98 casos por 100.000 habitantes com letalidade média de 10,53 óbitos por 100 casos. A maior parcela da população afetada foi do sexo masculino (84,4%), cor branca (72,9%) habitantes do perímetro urbano (56,2%) que se infectaram no domicílio (40,4%), sendo em sua maioria confirmados por análises laboratoriais (93,3%). A doença apresentou aumento em comparação à sua incidência no período de 1993 a 2001 no estado do Paraná, com distribuição sazonal ao longo do ano.

PALAVRAS-CHAVE: Leptospirose. Epidemiologia. Saúde Única.

ABSTRACT Leptospirosis is an endemic disease in Brazil. Its occurrence is related to several factors of social vulnerability and occupational exposure, with its complex epidemiological chain involving man, animals, and environment. A descriptive cross-sectional study of new confirmed leptospirosis cases in the State of Paraná between 2007-2017 was performed. The average incidence for the period was 2.98 cases per 100,000 inhabitants with an average lethality of 10.53 deaths per 100 cases. The largest portion of the affected population was male (84.4%), white (72.9%) living in the urban perimeter (56.2%) and infected at home (40.4%). In addition, most of the cases were confirmed by laboratory analysis (93.3%). The disease showed an increase when compared to its incidence in the period from 1993 to 2001 in the state of Paraná, with seasonal distribution throughout the year.

KEYWORDS: Leptospirosis. Epidemiology. One Health.

INTRODUÇÃO

A leptospirose é uma zoonose distribuída mundialmente, com ocorrência comum em países pobres e em desenvolvimento¹. A doença pode ter manifestação clínica ou subclínica causada pela espiroqueta pertencente ao gênero *Leptospira*, família *Leptospiraceae*, que possui taxonomia molecular complexa e não padronizada². Atualmente são descritas 35 espécies pertencentes ao gênero *Leptospira*³. Em contrapartida, a sua classificação sorológica é amplamente utilizada na rotina clínica, sendo identificados mais de 300 sorovares diferentes².

A sua capacidade de infectar e se alojar nos túbulos renais, sendo eliminada pela urina, de diversas espécies animais torna esta bactéria um importante microorganismo zoonótico⁴⁻⁵. Esta pode

permanecer por longos períodos no meio ambiente, quando as condições são favoráveis,⁴ sendo que a infecção ocorre através da penetração de mucosas, pele lesionada ou mesmo íntegra quando exposta a longos períodos de contato com a água⁶⁻⁷.

O tipo de teste laboratorial preconizado para o diagnóstico varia conforme a fase da doença. A maioria dos laboratórios oficiais do Brasil utiliza o ELISA-IgM e o teste de aglutinação microscópica (MAT)⁷, sendo o MAT considerado o padrão ouro para a identificação dos sorovares que ocorrem na população animal e humana^{1,7,8}.

Uma abordagem de saúde única é de grande valia para o estudo de doenças que, como a leptospirose, possuem uma cadeia epidemiológica complexa envolvendo homem, animal e meio

ambiente. A manifestação clínica da leptospirose pode se confundir com outras doenças ictero-hemorrágicas. Por isso é preciso atentar-se às subnotificações da doença, principalmente em regiões com prevalência de outros agravos com manifestação clínica semelhante⁹. O presente trabalho descreveu o perfil epidemiológico e a distribuição espaço-temporal da leptospirose no estado do Paraná, Brasil, no período de 2007 a 2017, tendo em vista subsidiar discussões sobre estratégias de vigilância e promoção de saúde com abordagem em saúde única.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal descritivo dos casos notificados e confirmados de leptospirose no estado do Paraná, nos anos de 2007 a 2017. O estado do Paraná é localizado no Sul do Brasil fazendo fronteira com os estados de São Paulo, Santa Catarina e com os países Argentina e Paraguai. Possui comunicação com o Oceano Atlântico em um território de 199.880.200 km² dividido em 399 municípios.

A leptospirose é uma doença ictero-hemorrágica de notificação compulsória nacional¹⁰. Os antecedentes epidemiológicos foram obtidos a partir do Banco de Informação de Agravos de Notificação - SINAN do Ministério da Saúde/SVS disponível de forma livre em "Informações de saúde" (DATASUS, TABNET; Epidemiológicas e morbidade). Os dados estimados da população do Paraná para o período deste estudo foram obtidos no website do DATASUS (<http://www2.datasus.saude.gov.br>), que utilizou a população total estimada a partir do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para a caracterização epidemiológica foram utilizadas as seguintes variáveis: Sexo, cor, faixa etária, área de infecção, local de infecção, evolução, critério de confirmação, casos novos confirmados

a partir do ano de primeiros sintomas e casos confirmados para o mês de primeiros sintomas. A análise epidemiológica baseou-se na distribuição temporal dos casos de residentes do estado do Paraná entre os anos de 2007 e 2017, assim como os indicadores de incidência e letalidade.

A análise descritiva foi expressa como frequência, média e/ou porcentagem, com análise estatística e confecção dos gráficos realizadas utilizando o programa Microsoft Office Excel® 2010.

RESULTADOS

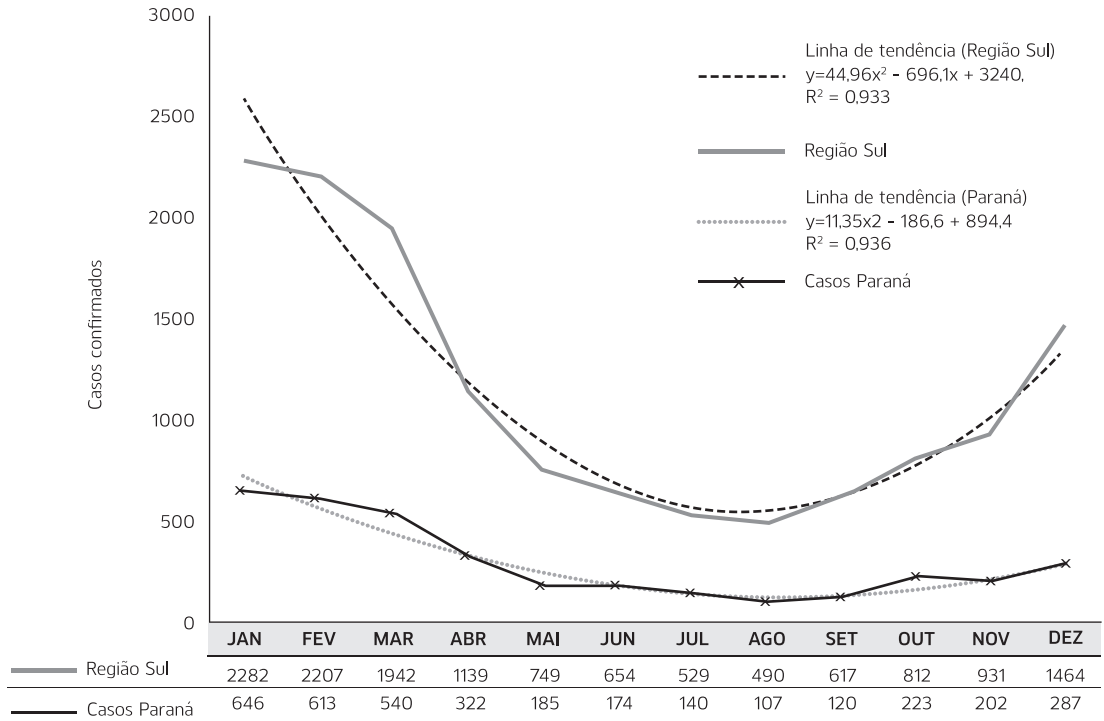
Foram confirmados e notificados no intervalo de 2007 a 2017, 3.559 casos de leptospirose no estado do Paraná, correspondendo a 25,8% dos casos notificados na região sul do Brasil (3.559/13.816). No estado do Paraná, o maior volume de notificações corresponde aos meses de janeiro a março e o menor volume entre julho a setembro (Figura 1).

As incidências variaram de 1,87 a 4,57 casos por 100 mil habitantes (incidência média de 2,98; \pm 1 DP), sendo que a letalidade variou de 4,38 a 18,5 óbitos por 100 casos (letalidade média 10,53 \pm 3,68 DP) (Figura 2).

Em relação às características sociodemográficas dos casos confirmados (Tabela 1), os grupos majoritários de indivíduos afetados são: por sexo, masculino (84,4%, em proporção de 5:1); por idade, na faixa de 20-39 anos (35,9%); por raça ou cor, branca (72,9%) e, por local de residência, habitantes da área urbana (56,2%). Em relação ao local de infecção mais provável, o domicílio foi o predominante (40,4%).

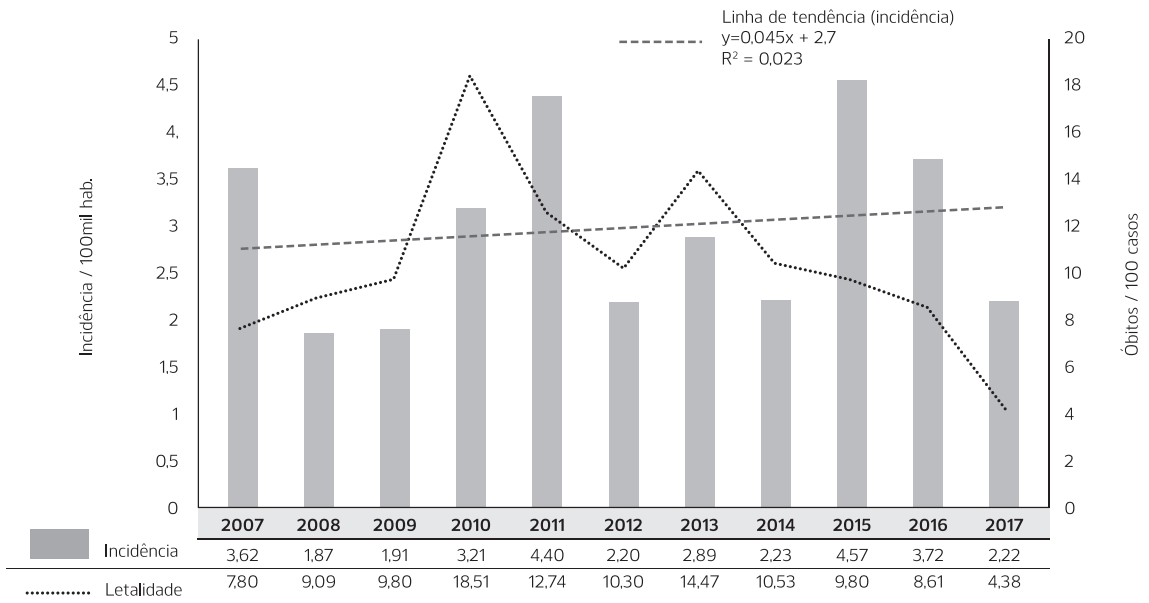
Do total de casos confirmados a maioria dos pacientes (93,3%) teve seu diagnóstico definido por critério laboratorial, seguido por clínico epidemiológico (5,7%), sendo observado 1% de campos ignorados ou brancos.

Figura 1 Casos confirmados e notificados por mês de primeiros sintomas no estado do Paraná no período de 2007 a 2017.



Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

Figura 2 Coeficiente de incidência e taxa de letalidade de leptospirose no estado do Paraná, 2007 a 2017



Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

Tabela 1 Características sociodemográficas dos casos confirmados de leptospirose no estado do Paraná entre os anos de 2007-2017.

CATEGORIA	n	%
Sexo		
Maculino	2.994	84,4
Feminino	555	15,6
Raça/Cor		
Branca	2.586	72,9
Parda	548	15,4
Preta	116	3,3
Amarela	25	0,7
Indígena	7	0,2
Ignorado	267	7,5
Faixa etária		
<1-4	26	0,7
5-9	70	1,9
10-14	258	7,1
15-19	382	10,6
20-39	1.295	35,9
40-59	1.197	33,2
60-64	137	3,8
65-69	101	2,8
70 +	89	2,5
Ignorado/Branco	54	1,5
Local de infecção área		
Urbana	1.996	56,2
Rural	950	26,7
Periurbana	132	3,7
Ignorado	475	13,4
Local da infecção ambiente		
Domiciliar	1.435	40,4
Trabalho	722	20,3
Lazer	506	14,3
Outro	169	4,8
Ignorado/Branco	717	20,2

Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

DISCUSSÃO

A leptospirose apresenta características de endemicidade no estado do Paraná¹¹. Os coeficientes de incidência apresentaram tendência

de aumento. Partindo da série histórica de 1993 a 2001¹¹. Houve aumento da incidência (2,01; \pm 0,86 DP) para a série de 2007-2017 (2,98; \pm 1 DP). Uma provável explicação para o aumento da incidência seria o aumento da sensibilidade das equipes de saúde na detecção dos casos suspeitos.

A leptospirose é sabidamente uma doença vinculada à veiculação hídrica tanto por atividades aquáticas quanto por deficiência em saneamento básico¹. A doença no Paraná apresenta uma distribuição sazonal ao longo do ano (Figura 1), sendo observada a correlação entre os meses com maiores índices pluviométricos e os meses de maior número de notificações, como descrito por Paula¹². Tal comportamento é também observado em outras regiões do Brasil, nas quais o aumento de notificações acompanha a curva de pluviosidade da região observada¹²⁻¹⁵.

Alguns estudos verificaram a presença de água como fator de risco para a doença também em animais. Em estudo realizado em granja de suínos, Delbem e colaboradores¹⁶ verificaram que a presença de bebedouros do tipo canaleta, assim como a presença de áreas alagadiças próximas às instalações dos animais e a falta de limpeza dos reservatórios de água foram consideradas fatores de risco para a soropositividade à doença, sendo que neste estudo o sorovar icterohaemorrhagiae foi o mais frequente, sendo o rato seu principal reservatório¹⁷.

O caráter hídrico da veiculação da doença é comumente observado nos casos de surtos em humanos após enchentes, mas também se relaciona à deficiência de saneamento básico, como observado em estudos de áreas de baixa renda de Curitiba que utilizaram o cão como animal sentinela¹⁸⁻²⁰. O maior número de casos em ambiente urbano no Paraná é consoante aos resultados obtidos por Arsky et al.²¹ a partir de dados epidemiológicos nacionais. Sendo a leptospirose em área urbana relacionada à falta de acesso a saneamento básico, baixos níveis socioeconômicos e precariedade de domicílio e peridomicílio²².

Além da presença de roedores como fator de risco para a doença,²³⁻²⁴ a participação de outros animais domésticos em meio urbano na cadeia epidemiológica da leptospirose não pode ser esquecida, pois atuam como portadores e potenciais transmissores. Pela proximidade com os humanos, os cães podem ser importantes carreadores da doença no meio urbano⁴, sendo estes os reservatórios naturais do sorovar canicola²⁵. Estudos conduzidos no estado do Paraná detectaram cães sorologicamente positivos em Curitiba¹⁸⁻²⁰, Bandeirantes²⁶, Umuarama²⁷⁻²⁸, Jaguapitã²⁹, Jataizinho³⁰⁻³¹, Assis Chateaubriand, Marechal Cândido Rondon, Moreira Sales, Paranavai, Pérola, São Jorge do Patrocínio²⁸, Rio Branco do Ivaí, Rosário do Ivaí, Telêmaco Borba, Leopólis, Nova Fátima, Congoinhas, Assaí, Rolândia³² e em Londrina³³⁻³⁵, sendo que neste último município foram detectados cães errantes com bacteriúria³⁴. Em revisão sistemática de 19 trabalhos em diferentes países que avaliaram o impacto dos cães na ocorrência da leptospirose em humanos foi indicado que a presença destes animais não estaria associada com a doença em alguns contextos²⁴. No entanto foram identificados casos em que os cães atuariam como pontes entre os reservatórios silvestres e o homem³⁶, ou mesmo contaminando a água de enchentes com as bactérias eliminadas pela urina³⁷.

A leptospirose foi primeiramente reconhecida como uma doença ocupacional relacionada a atividades agrícolas, manejo de animais e manutenção de redes de esgoto⁴. A proximidade de animais e humanos torna os trabalhadores rurais, médicos veterinários e magarefes uma população de risco para a infecção pela bactéria¹⁰. Inquéritos sorológicos em rebanhos bovinos, assim como a detecção de animais positivos em abatedouros no Paraná mostram ampla distribuição de animais soropositivos e o potencial risco aos trabalhadores que têm contato com os animais. A leptospirose é considerada uma das maiores causas infecciosas para a ocorrência de problemas reprodutivos em bovinos e outros ruminantes³⁸. As ocorrências de

aborto, natimortalidade, infertilidade, entre outros problemas reprodutivos causados pela doença tornam o manejo desses animais um risco para os trabalhadores do setor pecuário. O perfil ocupacional da doença foi explorado em inquéritos sorológicos por alguns autores no Paraná como Garcia e Navarro³⁹, que observaram o auxílio ao parto em animais como um possível fator de risco no município de Guaraci. Ramos Vieira et al.⁴⁰, em 1993, obteve positividade de 25,9% em trabalhadores rurais de Londrina, enquanto Gonçalves et al.⁴¹ obteve uma positividade de 12,1% em Jaitzinho-PR, sendo que os fatores de risco para adquirir a infecção incluíam auxílio ao parto, castração, abate, e outras formas de contato com animais. Gonçalves et al.⁴¹ realizou testes sorológicos a partir de amostras obtidas de trabalhadores em um abatedouro de bovinos no norte do Paraná obtendo uma positividade de 4% (2006), enquanto Ramos Vieira et al.⁴⁰, em estudo semelhante, obteve positividade de mais de 24% em açougueiros do município de Londrina. Apesar da correlação entre o estreito contato com os animais e a leptospirose, deve-se salientar o aspecto ambiental da doença, pois tais trabalhadores, além da exposição durante o manejo dos bovinos, também estão expostos ao contato com outros prováveis carreadores da doença, água ou solo contaminado.

A presença e disseminação ambiental de espiroquetas viáveis também apresentam risco a outras categorias ocupacionais que não estão relacionadas ao contato direto com animais. Vasconcelos et. al.⁴², em estudo com profissionais de diferentes categorias em Londrina, encontrou positividade de 35% em funcionários de limpeza pública, em comparação aos 5% observados em um público sem contato com animais ou material suspeito de contaminação. No entanto, apesar de a infecção no local de trabalho ser a segunda colocada em ordem de frequência no estado do Paraná, é quase superada pelo total de campos brancos e ignorados para local de infecção. A falta de completude das fichas de notificação dificulta a análise epidemiológica dos agravos de forma geral.

Ações de vigilância e promoção em saúde são essenciais para o controle da incidência da doença. Projetos de gestão municipal visando à prevenção de novos casos, assim como à implementação de saneamento básico e atenção a populações vulneráveis são essenciais no controle da doença, dado estarem intimamente ligados aos seus fatores de risco¹⁷. Medidas emergenciais nos períodos de chuva intensa e enchentes como a quimioprofilaxia⁴³ e realocação de grupos expostos, são medidas a serem realizadas para minimizar a transmissão da leptospirose por via hídrica em tais situações. Em relação à saúde do trabalhador, a conscientização dos trabalhadores expostos à infecção quanto ao uso de equipamentos de proteção individual é essencial¹⁷. A identificação e o adequado tratamento dos animais acometidos é uma importante forma de reduzir o risco de infecção humana e animal. A implementação de um sistema de notificação em saúde pública voltado a ocorrência de doenças zoonóticas em animais seria de grande ajuda na investigação e prevenção de casos humanos de leptospirose.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma grande limitação aos estudos que utilizam dados oriundos de fichas de notificação é a incompletude das informações obtidas. Em relação à leptospirose no Estado do Paraná, não é diferente. A apropriação da importância das notificações de agravos deve ser intrínseca aos profissionais da saúde, pois são importantes ferramentas para a promoção desta. Ao analisar os casos confirmados de leptospirose no estado do Paraná, conseguimos visualizar um aumento da incidência da doença ao longo da série histórica, sendo necessário o aperfeiçoamento das ações para controle, sobretudo a adoção de ações sob o conceito de saúde única, tendo em vista a estreita relação entre homem, animal e meio ambiente nesta enfermidade.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Human leptospirosis : guidance for diagnosis, surveillance and control [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003 [citado em 2019 Ago 20]. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/42667>.
2. Guglielmini J, Bourhy P, Schiettekatte O, Zinini F, Brisse S, Picardeau M. Genus-wide *Leptospira* core genome multilocus sequence typing for strain taxonomy and global surveillance. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2019 [citado em 2019 Out 10];13(4):e0007374. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0007374>.
3. Thibeaux R, Iraola G, Ferrés I, Bierque E, Girault D, Soupé-Gilbert M-E, et al. Deciphering the unexplored *Leptospira* diversity from soils uncovers genomic evolution to virulence. Microb Genom. 2018;4(1).
4. Guerra MA. Leptospirosis. J Am Vet Med Assoc. 2009;234(4):472-8.
5. Schuller S, Francey T, Hartmann K, Hugonnard M, Kohn B, Nally JE, et al. European consensus statement on leptospirosis in dogs and cats. J Small Anim Pract. 2015;56(3):159-79.
6. Adler B, Moctezuma ADLP. *Leptospira* and leptospirosis. Vet Microbiol. 2010;140(3-4):287-96.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Leptospirose e manejo clínico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado em 2019 Ago 21]. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/02/Miolo-manual-Leptospirose17-9-2014.pdf>.
8. World Organisation for Animal Health. Manual of diagnostic test and vaccines for terrestrial animals [Internet]. Paris: OIE; 2018 [citado 2019 Ago 21]. Disponível em: https://www.oie.int/fileadmin/Home/eng/Health_standards/tahm/3.01.12_LEPTO.pdf.
9. Bharti AR, Nally JE, Ricaldi JN, Matthias MA, Diaz MM, Lovett MA, et al. Leptospirosis: a zoonotic disease of global importance. Lancet Infect Dis. 2003;3(12):757-71.
10. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
11. Paraná, Secretaria de Estado da Saúde. Leptospirose dados Paraná e informações [Internet]. Curitiba: SESA; 2002 [citado 2019 Set 1]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=479>.
12. Paula EV. Leptospirose Humana: uma análise climato-geográfica de sua manifestação no Brasil, Paraná e Curitiba. In: Anais XII Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto, 2005. Goiânia. São José dos Pinhais: INPE; 2005. p. 16-21.
13. Guimaraes RM, Cruz OG, Parreira VG, Mazoto ML, Vieira JD, Asmus CIRF. Análise temporal da relação entre leptospirose e ocorrência de inundações por chuvas no município do Rio de Janeiro, Brasil, 2007-2012. Ciên Saúde Colet. 2014;19(9):3683-92.
14. Lara JM, Zuben AV, Costa JV, Donalísio MR, Francisco PMSB. Leptospirose no município de Campinas, São Paulo, Brasil: 2007 a 2014. Rev Bras Epidemiol. 2019;22:1-13.
15. Lima RJDS, Abreu EMND, Ramos FLDP, Santos RDD, Santos DDD, Santos FAAD, et al. Análise da distribuição espaço-temporal

- da leptospirose humana em Belém, Estado do Pará, Brasil. *Rev Pan Amaz Saúde*. 2012;3(2):33-40.
16. Delbem ÁCB, Freire RL, Silva CAD, Müller EE, Dias RA, Neto JSF, et al. Fatores de risco associados à soropositividade para leptospirose em matrizes suínas. *Ciênc Rural*. 2004;34(3):847-52.
17. Bharti AR, Nally JE, Ricaldi JN, Matthias MA, Diaz MM, Lovett MA, et al. Leptospirosis: a zoonotic disease of global importance. *Lancet Infect Dis*. 2003;3(12):757-71.
18. Tesserolli GL, Alberti JVA, Agottani JVB, Fayzano L, Warth JFG. Soroprevalência para leptospirose em cães de Curitiba, Paraná. *Rev Acad Ciênc Animal*. 2005;3(4):35-8.
19. Martins CM, Barros CC, Galindo CM, Kikuti M, Ullmann LS, Pampuch RDS, et al. Incidence of canine leptospirosis in the metropolitan area of Curitiba, State of Parana, Southern Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2013;46(6):772-5.
20. Bier D, Shimakura SE, Morikawa VM, Ullmann LS, Kikuti M, Langoni H, et al. Análise espacial do risco de leptospirose canina na Vila Pantanal, Curitiba, Paraná. *Pesqui Vet Bras*. 2013;33(1):74-9.
21. Arsky MLS, Oliveira WK, Oliveira RC, Arruda AS. Probable areas of infection and ambience of occurrence of human leptospirosis in Brazil (2001- 2003). *Rev Cubana Med Trop*. 2005; 57(1):59-60.
22. Pelissari DM, Maia-Elkhoury ANS, Arsky MLNS, Nunes ML. Revisão sistemática dos fatores associados à leptospirose no Brasil, 2000-2009. *Epidemiol Serv Saúde*. 2011;20(4):565-74.
23. Sarkar U, Ko AI, Kalofonos I, Flannery B, Grunstein I, Reis MG, et al. Population-based case-control investigation of risk factors for leptospirosis during an urban epidemic. *Am J Trop Med Hyg*. 2002;66(5):605-10.
24. Mwachui MA, Crump L, Hartskeerl R, Zinsstag J, Hattendorf J. Environmental and behavioural determinants of leptospirosis transmission: A systematic review. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015;9(9).
25. André-Fontaine G. Canine leptospirosis - Do we have a problem? *Vet Microbiol*. 2006;117(1):19-24.
26. Zacarias FGDS, Marques DRC, Cardoso MJL, Freitas JCD, Junior AZ, Zamarian TP. Frequência de anticorpos anti-*Leptospira* spp. em cães atendidos no hospital veterinário da universidade estadual do norte do Paraná - UNEP. *Arq Ciênc Vet Zool UNIPAR*. 2015;17(2):91-5.
27. Dreer MKDP, Gonçalves DD, Caetano ICDS, Gerônimo E, Menegas PH, Bergo D, et al. Toxoplasmosis, leptospirosis and brucellosis in stray dogs housed at the shelter in Umuarama municipality, Paraná, Brazil. *J Venom Anim Toxins Incl Trop Dis*. 2013;19(1):23-7.
28. Hafemann DCM, Merlini LS, Gonçalves DD, Fortes MS, Navarro IT, Chiderolli RT, et al. Detection of anti-*Leptospira* spp., anti-*Brucella* spp., and anti-*Toxoplasma gondii* antibodies in stray dogs. *Semina Ciênc Agrar*. 2018;39(1):167-76.
29. Hashimoto VY, Garcia JL, Spohr KAH, Silva FGD, Alves LA, Freitas JD. Prevalência de anticorpos contra *Leptospira* spp. em bovinos, caninos, equinos, ovinos e suínos do município de Jaguapitã, estado do Paraná, Brasil. *Arq Inst Biol*. 2010;77(3):521-4.
30. Gonçalves DD, Benitez A, Lopes-Mori FMR, Alves LA, Freire RL, Navarro IT, et al. Zoonoses in humans from small rural properties in Jataizinho, Parana, Brazil. *Braz J Microbiol*. 2013;44(1):125-31.
31. Benitez ADN, Gonçalves DD, Freire RL, Rodrigues WB, Souza VRAD, Barbara JCA, et al. Seroepidemiology of leptospirosis in pet dogs in the urban area of the municipality of Jataizinho, Paraná. *Semina Ciênc Agrar*. 2012;33(Supl2):3201-10.
32. Belitardo DR, Freitas JO, Müller EE. Leptospirose em animais do biotério central do Centro de Ciências Biológicas da Universidade Estadual de Londrina. *Semina Ciênc Agrar*. 2000;21(1):19-25.
33. Querino AMV, Delbem ACB, Oliveira RC, Silva FGD, Müller EE, Freire RL, et al. Fatores de risco associados à leptospirose em cães do município de Londrina-PR. *Semina Ciênc Agrar*. 2003;24(1):27-33.
34. Benitez AN, Rodrigues GG, Gonçalves DD, Burke JC, Alves LA, Müller EE, et al. Leptospirose em cães errantes encontrados em campus universitário: avaliação sorológica e exame direto da urina. *Semina Ciênc Agrar*. 2010;31(1):191-6.
35. Caldart ET, Constantino C, Pasquali AKS, Benitez ADN, Hamada FN, Dias RCF, et al. Zoonosis in dogs and cats attended by the Birth Control Project: *Toxoplasma gondii*, *Leishmania* spp. and *Leptospira* spp., serodiagnosis and epidemiology. *Semina Ciênc Agrar*. 2015;36(1):253-65.
36. Céspedes M, Ormaeche M, Condori P, Balda L, Glenney M. Prevalencia de leptospirosis y factores de riesgo en personas con antecedentes de fiebre en la provincia de Manu, Madre de Dios, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2003;20:180-5.
37. Trevejo RT, Rigau-Pérez JG, Ashford DA, McClure EM, Jarquin-González C, Amador JJ, et al. Epidemic leptospirosis associated with pulmonary hemorrhage-Nicaragua, 1995. *J Infect Dis*. 1998;178:1457-63.
38. Lilenbaum W, Martins G. Leptospirosis in cattle: A challenging scenario for the understanding of the epidemiology. *Transbound Emerg Dis*. 2014;61:63-8.
39. Garcia JL, Navarro IT. Avaliação sorológica da leptospirose e brucelose em pacientes moradores da área rural do município de Guaraci, Paraná, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2001;34(3):301-2.
40. Ramos-Vieira NM, Osório-Cisalpino E, Cota-Koury M. Survey of anti-*Leptospira* agglutinins in workers from the city of Londrina-Paraná, Brazil. *Rev Latinoam Microbiol*. 1993;35(2):153-7.
41. Gonçalves DD, Teles PS, Reis CR, Lopes FMR, Freire RL, Navarro IT, et al. Seroepidemiology and occupational and environmental variables for leptospirosis, brucellosis and toxoplasmosis in slaughterhouse workers in the Paraná State, Brazil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. 2006;48(3):135-40.
42. Vasconcelos LM, Cisalpino EO, Vieira MNR, Koury MC. Pesquisa de aglutininas anti-*Leptospira* em diferentes grupos profissionais na cidade de Londrina, Paraná. *Ver. Soc. Bras. Med. Trop*. 1992;25(4):251-5.
43. Schneider M, Velasco-Hernandez J, Min K-D, Leonel DG, Baca-Carrasco D, Gompper ME, et al. The use of chemoprophylaxis after floods to reduce the occurrence and impact of leptospirosis outbreaks. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(6):594.

RECEBIDO: 30/08/2019

ACEITO: 14/10/2019

PROGRAMA DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO EM CRECHES DE CURITIBA-PR: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO INFANTIL

Breastfeeding Incentive Program in daycare centers in Curitiba-PR: perception of early childhood education professionals

Laís dos Santos¹, Rubia Daniela Thieme²

1. Nutricionista Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba-PR. Brasil ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4828-0019>.
2. Docente da Universidade Positivo (UP) e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba-PR, Brasil ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9587-7275>.

CONTATO: Laís dos Santos | Endereço: Rua Padre Estanislau Trzebiatowski | Boqueirão | Curitiba-PR | Telefone: (41) 998765545 | E-mail: lais.nutricaoufpr@gmail.com

COMO CITAR: Santos L, Thieme RD. Programa de incentivo ao aleitamento materno em creches de Curitiba-PR: percepção de profissionais da educação infantil. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Dez;2(2):85-96.



COPYRIGHT 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.

RESUMO O objetivo deste estudo foi verificar a percepção de profissionais da educação infantil quanto ao programa de incentivo ao aleitamento materno em creches do município de Curitiba-PR. Estudo transversal, de caráter quantitativo, realizado em 40 centros municipais de educação infantil (CMEI) participantes do Programa

Mama Nenê. Ao todo, participaram do estudo 108 profissionais. Para a coleta de dados, foram aplicados questionários estruturados com perguntas fechadas. Foi realizada análise descritiva dos dados. Com base na percepção dos profissionais entrevistados, as creches analisadas incentivam o aleitamento materno por meio do Programa Mama Nenê, utilizando estratégias significativas. Contudo, foi verificada baixa adesão das mães à iniciativa de usar os espaços físicos das creches para amamentar, conhecidos como “cantinhos da amamentação”. Para a criação de condições mais favoráveis à continuidade da amamentação nestas instituições, a educação em saúde e a adequação das leis que protegem mulheres trabalhadoras que amamentam são questões fundamentais.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento Materno. Lactentes. Alimentação materna. Creches.

ABSTRACT The aim of this study was to assess the perception of early childhood education professionals about the breastfeeding incentive program at daycare centers in the city of Curitiba, state of Paraná. This is a cross-sectional, quantitative study carried out at 40 daycare centers participating in the Program “Mama Nenê”. A total of 108 professionals participated in the study. For data collection, structured questionnaires with closed questions were applied. A descriptive data analysis was performed. According to the perception of the professionals interviewed, the daycare centers analyzed encourage breastfeeding through the Program “Mama Nenê”, using significant strategies. However, a low adherence by mothers to the use of the spaces of the institutions for breastfeeding, the so called “breastfeeding corners”, was observed. To create more favorable conditions for the continuity of breastfeeding in daycare centers, health education and the adequacy of laws protecting working women who breastfeed are key issues.

KEYWORDS: Breastfeeding. Infant. Maternal Nutrition. Child Day Care Centers.

INTRODUÇÃO

A amamentação exclusiva até os seis meses de idade e complementada até os dois anos ou mais é reconhecida por apresentar impacto contra a morbimortalidade infantil¹. O leite humano é nutricionalmente adequado e completo para os lactentes, rico em fatores imunológicos e substâncias bioativas que protegem contra infecções e doenças comuns na infância²⁻³. O aleitamento materno (AM) também apresenta eficácia comprovada na proteção

contra comorbidades como obesidade e diabetes tipo 2, além de estar positivamente associado à inteligência¹³.

Embora os benefícios da amamentação sejam mundialmente conhecidos, as taxas de aleitamento materno exclusivo (AME) ainda estão longe de serem consideradas ideais. Estima-se que em países de baixa e média renda, o AME seja ofertado apenas para 38% dos lactentes⁴⁻⁵. No Brasil, segundo a última Pesquisa Nacional de Prevalência

de Aleitamento Materno⁶, publicada em 2009, a prevalência de AME em menores de seis meses era de 41%, média considerada razoável, porém distante da recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que deve ser de, no mínimo, 50% durante os primeiros seis meses de vida^{1,3,6}.

Um dos fatores contribuintes para o abandono da prática da amamentação é o retorno das mães ao trabalho, momento em que lactentes podem se sentir desestimuladas ou sem condições estruturais e logísticas para continuar a amamentar ou ordenhar o leite humano⁷⁻¹⁰. Entretanto, com a crescente presença da mulher no mercado de trabalho, o retorno à atividade remunerada não deve ser um empecilho ao AM. Assim, a criação de políticas e programas que incentivem, apoiem e garantam a prática da amamentação da mãe trabalhadora formal e informal é uma necessidade contextualizada e presente¹.

Nesse sentido, como forma de minimizar a interrupção da amamentação antes dos seis meses de idade e permitir a continuidade do AM complementado até dois anos ou mais, políticas públicas locais que visam orientar as mulheres para praticar o AME e o AM, implantando licença maternidade remunerada de seis meses, assim como políticas que incentivem as mulheres a amamentar seus filhos no trabalho e em lugares públicos são estratégias sugeridas pela OMS, com vistas a aumentar as taxas de AME e AM complementado em todo o mundo até 2025¹.

No Brasil, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)¹¹ e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)¹² no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), têm como eixos estratégicos a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável. Para operacionalizar a PNAN e a PNAISC, o município de Curitiba-PR tem apresentado compromisso político e social criando programas e implementando iniciativas que incentivam, apoiam e promovem a amamentação.

Uma das estratégias do município, realizada

com parceria da Secretaria Municipal da Educação (SME) e da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), é o Programa Mama Nenê que apoia a continuidade da amamentação depois que os lactentes começam a frequentar as creches municipais. A meta do município é que mesmo inseridos na educação infantil, após o retorno das mães ao trabalho, os lactentes continuem recebendo o leite materno¹³.

De acordo com as diretrizes do Programa Mama Nenê, as mães que podem e querem continuar amamentando usufruem de espaços específicos nas instituições, conhecidos como "cantinhos da amamentação", preparados especialmente para o momento do AM. Já para as mães que não podem ir até às creches amamentar, há a possibilidade do envio de leite materno, que é armazenado, aquecido adequadamente e oferecido aos lactentes em copinhos descartáveis pelos profissionais da instituição, que são previamente treinados¹⁴.

O apoio à continuidade da amamentação e a permissão para que esta prática aconteça em creches são importantes iniciativas que promovem o desenvolvimento integral da criança e que aproximam as famílias e profissionais da educação infantil no processo de cuidar¹⁵. Além disso, iniciativas locais e comunitárias bem sucedidas podem contribuir para o sucesso do AM em panoramas nacionais, possibilitando o alcance em longo prazo de metas mundiais, e contribuindo para a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) dos lactentes^{1,11}.

Considerando que a inserção na educação infantil se inicia cada vez mais cedo, entre quatro a seis meses de idade, e que as crianças passarão a maior parte do seu dia em creches, é válida a discussão sobre como estes espaços trabalham a questão do AM, de maneira que possam contribuir, tanto quanto o ambiente familiar, para o adequado desenvolvimento infantil¹⁵.

Assim, o objetivo deste estudo foi verificar a percepção de profissionais da educação infantil quanto ao programa de incentivo ao aleitamento materno em creches do município de Curitiba-PR.

METODOLOGIA

Estudo transversal, observacional e analítico, de caráter quantitativo, realizado no município de Curitiba-PR, capital do estado do Paraná. O município possui Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,823, considerado alto, e população estimada de 1.893.997 habitantes¹⁶.

Conforme dados do último Censo Demográfico, no ano de 2010, o município contava com um total de 22.241 crianças menores de um ano, e 85.678 crianças entre um e quatro anos¹⁷. De acordo com o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES)¹⁶, no ano de 2016 foram realizadas 36.869 matrículas em creches municipais. Conforme o Censo Educacional de 2016, Curitiba-PR possui em seu território 338 creches, também chamadas de Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI)¹⁸.

A Secretaria Municipal da Educação (SME) divide o município em dez Núcleos Regionais de Educação (NRE), que incluem cada CMEI e demais instituições de ensino¹⁹. Para a coleta de dados, foi selecionado o maior NRE de Curitiba-PR, que contempla 54 creches municipais e creches conveniadas à prefeitura da cidade¹⁹.

O NRE selecionado faz parte de uma região do município denominada Cidade Industrial de Curitiba (CIC), conhecida por abranger inúmeras indústrias e fábricas em seu território, que empregam muitas famílias e mães moradoras da região, demandando da gestão pública municipal uma maior oferta de creches e escolas de educação infantil no local²⁰.

Como critério de inclusão, foram selecionadas apenas creches que possuísem crianças de zero a dois anos matriculadas em berçários. As instituições que não possuíam berçários foram excluídas do estudo. Assim, das 54 instituições do NRE-CIC apenas 42 possuíam berçários, sendo selecionadas para o estudo.

Durante o período de coleta de dados, entre março e julho de 2018, participaram do estudo

108 profissionais da educação infantil (diretores, professores, auxiliares administrativos, lactaristas, auxiliares da cozinha e serviços gerais) selecionados por conveniência, de acordo com a aceitabilidade e com a disponibilidade no momento da pesquisa. Os profissionais disponíveis e que aceitaram participar da pesquisa foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

O critério de inclusão para seleção da população de estudo contemplou profissionais da educação infantil que possuíam vínculo empregatício comprovado às creches municipais e conveniadas da Prefeitura Municipal de Curitiba-PR, e que tivessem disponibilidade para participar da pesquisa em seu horário livre durante o período de trabalho. Foram excluídos profissionais da educação infantil sem vínculo empregatício às instituições municipais selecionadas, e aqueles que não aceitaram ou que não tinham disponibilidade para participar da pesquisa.

Para a coleta de dados foram aplicados questionários estruturados com perguntas fechadas, elaborados pelas autoras. As informações foram coletadas por meio de entrevistas, que eram previamente agendadas com as coordenações de cada instituição e as pesquisadoras.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado pelas autoras exclusivamente para este estudo e tem como base um instrumento denominado *“Creating a breastfeeding friendly workplace strategy: a toolkit for employers”*²¹ criado e validado no Canadá. Os questionários foram desenvolvidos com temas chaves, fundamentados no instrumento canadense²¹ e também no estudo australiano de Javanparest et al. (2013)⁸, sendo divididos em quatro classes relacionadas ao incentivo do aleitamento materno: (A) Condições estruturais da instituição e capacitações de recursos humanos para o incentivo à amamentação; (B) Rotinas de acolhimento para

a amamentação na creche; (C) Incentivo à prática da amamentação e (D) Barreiras para o incentivo à amamentação na creche.

Os questionários incluíam ainda o nome do entrevistado, categoria de trabalho na instituição de ensino, nome da instituição, e-mail, telefone, número de funcionários da instituição, número de crianças menores de seis meses e menores de dois anos, bem como número de crianças que eram amamentadas pela mãe ou com o leite materno ordenhado na creche.

A análise estatística foi realizada por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0®, sendo realizada análise descritiva dos dados, que foram apresentados como frequência absoluta e relativa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba-PR (SMS), com parecer de nº 2.396.864, sob protocolo CAAE 796017170.0000.0101.

RESULTADOS

Das 42 creches selecionadas para a pesquisa, apenas duas optaram por não participar, alegando falta de interesse em contribuir com o estudo, obtendo-se, assim, 40 instituições para realização da coleta de dados. A maioria (97,5%) das creches incluídas na pesquisa possuía o programa de incentivo ao AM já implementado e apenas uma em processo de implementação.

A maior parte (90%) das instituições incluídas no estudo possuía mais de 20 funcionários efetivos no período de realização da pesquisa, e a média de profissionais da educação infantil, que aceitou e tinha disponibilidade para participar da coleta de dados, foi de aproximadamente 3 por instituição. A amostra de profissionais entrevistados foi de 108, sendo 63% professores (n=68), 26,9% (n=29) diretores ou vice-diretores, 3,7% (n=4) auxiliares administrativos e 6,5% (n=7) incluindo lactaristas, auxiliares da cozinha e serviços gerais (Tabela 1).

Tabela 1 Características das creches (n=40) e distribuição dos profissionais entrevistados (n=108). Curitiba-PR, Brasil, 2018.

	n	%
Programa Mama Nenê implementado	40	100
Sim	39	97,5
Não	1	2,5
Número de Funcionários por instituição		
<10	2	5
11- 20	2	5
>20	36	90
Tempo de funcionamento da instituição (anos)		
6-10	6	15
>10	34	85
Profissionais entrevistados	108	100
Professor	68	63
Diretor ou Vice-Diretor	29	26,9
Aux. Administrativo	4	3,7
Outros (Lactaristas, Auxiliares de Cozinha e Serviços Gerais)	7	6,5

Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

No período de coleta de dados, as creches incluídas na pesquisa possuíam 1.124 crianças menores de dois anos matriculadas, sendo que 89,8% (n=1009) destas tinham de seis meses a dois anos de idade e 10,2% (n=115) eram menores de seis meses. Observou-se ainda que das 1.124 crianças menores de dois anos, apenas 9,4%

(n=106) eram amamentadas pelas mães nas salas de amamentação dentro das instituições, conforme demonstrado na Tabela 2. Ressalta-se que estes últimos resultados não incluem lactentes que recebiam AM apenas em casa, tratando-se somente das crianças que recebiam amamentação nas creches.

Tabela 2 Distribuição do número de crianças menores de dois anos matriculadas, e de mães que amamentavam nas creches. Curitiba-PR, Brasil, 2018.

	n	%
Crianças menores de 2 anos	1.124	100
<6 meses	115	10,2
6 meses a 2 anos	1.009	89,8
Mães que amamentavam crianças entre 0 e 2 anos	106	9,4

Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

Em relação às estratégias de incentivo e apoio à prática da amamentação por meio do Programa Mama Nenê, a maioria dos entrevistados (98,1%) afirmou que as creches apresentavam espaço ou local específico para o momento da amamentação, 84,3% (n=91) que possuíam materiais expostos sobre o Programa (pôsteres, folders, panfletos) e 83,3% (n=90) que portavam material de apoio com procedimentos para a ordenha e o armazenamento do leite materno dispostos no ambiente denominado "cantinho da amamentação" (Tabela 3).

Entre os entrevistados, 94,4% (n=102) afirmaram já ter participado de cursos de capacitação para implementação do Programa Mama Nenê em creches, e 96,3% (n=104) relataram realizar algum tipo de acolhimento às novas mães que demonstram interesse em amamentar seu filho na instituição. Além disso, a maioria dos entrevistados (91,7%) estimula a continuidade do AM após a matrícula do lactente na creche e 90,7%

(n=98) afirmaram incentivar a mãe ou familiares a procurar a Unidade de Saúde mais próxima para receber orientações em caso de dúvidas relacionadas à amamentação (Tabela 3).

Quanto às barreiras para o incentivo e apoio à prática da amamentação nas creches, 75,9% (n=82) dos entrevistados destacaram a falta de divulgação e apoio ao Programa Mama Nenê pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e Unidades de Saúde, já 65,7% (n=71) consideram a falta de demanda ou interesse das mães para a continuidade da amamentação na creche uma barreira (Tabela 4).

A falta de tempo por parte das mães que trabalham para amamentarem na creche, locais de trabalho das mães distantes do CMEI, falta de outras políticas específicas para a amamentação nas instituições e falta de tempo das mães para ordenhar o leite em casa ou na creche foram outros obstáculos destacados (Tabela 4).

Tabela 3 Estratégias de incentivo e apoio à prática da amamentação realizadas nas creches, por meio do Programa Mama Nenê. Curitiba-PR, Brasil, 2018.

ESTRATÉGIAS	Sim n (%)	Não n (%)
Permissão para que as mães enviem leite materno ordenhado para ser armazenado e oferecido aos lactentes	107 (99,1)	1 (0,9)
Orientação na matrícula do lactente quanto ao funcionamento do Programa Mama Nenê	107 (99,1)	1 (0,9)
Espaço/local específico para o momento da amamentação	106 (98,1)	2 (1,9)
Permissão para que as mães entrem na instituição para amamentar em qualquer momento	106 (98,1)	2 (1,9)
Divulgação do Programa Mama Nenê e possibilidade de amamentar e/ou ordenhar leite materno	105 (97,2)	3 (2,8)
Incentivo e encorajamento para que funcionárias também amamentem na instituição	105 (97,2)	3 (2,8)
Realização de algum tipo de acolhimento às novas mães com interesse em amamentar	104 (96,3)	4 (3,7)
Participação em cursos de capacitação para implementação do Programa Mama Nenê	102 (94,4)	6 (5,6)
Estímulo para a continuidade do aleitamento materno após a matrícula do lactente	99 (91,7)	9 (8,3)
Incentivo para procurar a Unidade de Saúde a fim de receber as orientações em caso de dúvidas	98 (90,7)	10 (9,3)
Materiais expostos sobre o Programa Mama Nenê	91 (84,3)	17 (15,7)
Material de apoio com procedimentos para ordenha e armazenamento do leite materno	90 (83,3)	18 (16,7)
Divulgação do Programa Mama Nenê para a comunidade	87 (80,6)	21 (19,4)

Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

Tabela 4 Barreiras para o incentivo e apoio à prática da amamentação nas creches analisadas (n=40). Curitiba-PR, Brasil, 2018.

BARREIRAS	Sim n (%)	Não n (%)
Locais de trabalho das mães distantes das creches	83 (76,9)	25 (23,1)
Falta de divulgação e apoio pela Secretaria Municipal da Saúde e Unidades de Saúde	82 (75,9)	26 (24,1)
Falta de tempo por parte das mães que trabalham para amamentarem	79 (73,1)	29 (26,9)
Falta de tempo das mães para ordenhar o leite em casa ou na creche	76 (70,4)	32 (29,6)
Falta de demanda ou interesse das mães para a amamentação	71 (65,7)	37 (34,3)
Falta de outras políticas específicas para a amamentação em creches	48 (44,4)	60 (55,6)

Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstram que as creches incluídas na amostra possuíam o Programa Mama Nenê implementado ou em momento de implementação, apontando os esforços da gestão e equipe profissional de cada instituição para que o funcionamento do programa de incentivo ao AM aconteça no município.

No Brasil, não há legislação específica que obrigue creches a terem programas de apoio à amamentação, mas gestores locais, com auxílio das equipes de profissionais da saúde da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e das equipes dos profissionais da educação infantil, podem se organizar nesse sentido, contribuindo para a promoção do AM em seu município²². Ter uma política escrita e elaborada pode fornecer às instituições uma estrutura para a tomada de decisões, além de permitir que os funcionários entendam seus papéis e responsabilidades⁷.

Em 2018, o Ministério da Saúde (MS)²² publicou um documento denominado "A creche como promotora da amamentação e da alimentação adequada e saudável: livreto para os gestores", o qual elucida o papel destas instituições no cuidado com a saúde das crianças, e norteia ações de gestores municipais no apoio e incentivo à amamentação na educação infantil.

Seguindo essa premissa, além do Programa Mama Nenê em Curitiba-PR, outros municípios brasileiros, mesmo sem obrigatoriedade, já começaram a implementar políticas de apoio ao AM, incluindo salas de amamentação e de coleta de leite humano em centros de educação infantil, como por exemplo Florianópolis-SC, Joinville-SC e Porto Alegre-RS²².

No exterior, políticas de incentivo à amamentação em centros de educação infantil têm sido observadas principalmente em países como Canadá, Austrália e Estados Unidos^{21,23-24}. Para a OMS¹, iniciativas locais e comunitárias bem sucedidas podem contribuir para o sucesso do AM

em panoramas nacionais e mundiais. Entretanto, estudos mostram que mesmo com salas de apoio e políticas favoráveis à amamentação em pré-escolas e em empresas públicas e privadas, a adesão a essas iniciativas ainda assim pode ser baixa e não garantir a continuidade do AM²⁵⁻²⁶.

Corroborando com estes achados, o presente estudo demonstrou que apenas 9,4% dos lactentes estavam sendo amamentados em espaços específicos das creches, apontando baixa adesão por parte das mães à prática da amamentação dentro do CMEI durante o período estudado.

A baixa adesão aos programas de apoio à amamentação em creches pode ter relação principalmente com o desmame precoce, ocorrido antes da matrícula na instituição⁸. Outra hipótese é que na falta do conhecimento dos programas de apoio à amamentação em creches, muitas mães antecipem o desmame por considerar, erroneamente, que a rotina da instituição não inclui a amamentação na alimentação dos lactentes. Do mesmo modo, algumas nutrizes, inclusive, podem deixar de amamentar acreditando que a cessação do AM é um pré-requisito para a matrícula do lactente na creche.

De acordo com a percepção dos profissionais entrevistados, apesar da baixa adesão das mães à prática da amamentação dentro da creche, a maioria das instituições incluídas no estudo exerce atitudes positivas quanto ao apoio e o incentivo à continuidade do AM, estando em conformidade com as ações que favorecem a amamentação em creches propostas pelo MS em 2018²².

No presente estudo, ações como a creche permitir que as mães enviem leite materno ordenhado para ser armazenado e oferecido aos lactentes, realizar orientações na matrícula do lactente quanto ao funcionamento do Programa Mama Nenê, possuir espaço específico para o momento da amamentação e permitir que as mães entrem na instituição para amamentar em qualquer momento, entre outras, foram as principais estratégias de incentivo e apoio à prática

da amamentação realizadas nas creches.

Resultados semelhantes foram encontrados por Javanparast et al. (2012)⁷, em que a maioria dos centros de educação infantil estudados exercia práticas de incentivo à amamentação, incluindo o acolhimento das mães, salas específicas de amamentação, além de oferecer folhetos e panfletos sobre o tema aos pais. Ainda, os fatores mais comuns citados como facilitadores para a prática da amamentação incluíam a proximidade entre a creche e o local de trabalho da mãe, a sensibilização dos profissionais da educação infantil no acolhimento das crianças e mães, e a comunicação aberta entre pais e funcionários das creches.

O presente estudo também investigou barreiras para o incentivo e apoio à prática da amamentação nas creches. Uma das principais barreiras apontadas entre os entrevistados foi a falta de divulgação e apoio ao Programa Mama Nenê pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e Unidades de Saúde. Em estudo semelhante, entrevistados também citaram o papel dos sistemas públicos de saúde na ênfase da importância da amamentação em creches e em toda a sociedade⁸.

É válido ressaltar as muitas atividades exercidas pelos profissionais da educação infantil em creches, que além do suporte educacional e comportamental, também prestam apoio nos cuidados relacionados à saúde e ao desenvolvimento da criança. Assim, o auxílio dos profissionais da saúde às creches é fundamental, de forma que a equipe da educação não se sinta sobrecarregada no cuidado integral à criança.

A articulação entre as ações do SUS e as ações da Rede de Educação Básica Pública é um dos objetivos do Programa Saúde na Escola (PSE), que prevê, entre as suas ações, a promoção da saúde de crianças do ensino público, pactuando a comunicação entre escolas e Unidades de Saúde²⁷.

Dentro da perspectiva do PSE, é primordial a ação intersetorial e transdisciplinar entre saúde e educação, de forma que o apoio ao Programa

Mama Nenê seja trabalhado numa dimensão ampla, requerendo das gestões locais o compromisso e a participação ativa no planejamento e na execução das estratégias de incentivo à amamentação nas creches e também em Unidades de Saúde.

Com o objetivo de intensificar a resolubilidade no atendimento de saúde de pessoas e coletividades na atenção básica, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabeleceu a Saúde da Família como estratégia prioritária para a reorganização da atenção primária à saúde no país. Uma das especificidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) é a existência de equipes multiprofissionais, como as Equipes de Saúde da Família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituídos por profissionais capacitados de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de forma integrada, ampliando a abrangência das ações da atenção básica²⁸.

Nesse contexto, os profissionais da saúde devem apoiar e orientar as famílias de crianças matriculadas em creches, e, sobretudo, nas Unidades de Saúde da Família, na abordagem do pré-natal, devem motivar gestantes, promover a autoconfiança e habilidades por meio do aconselhamento das técnicas relacionadas ao AM^{22,29}.

Outra questão apontada como barreira ao incentivo à amamentação em creches para os entrevistados foi a falta de demanda ou interesse das mães para a prática do AM dentro das instituições. O desmame precoce pode ser um dos fatores influenciadores da falta de demanda e interesse das mães em programas de incentivo à continuidade da amamentação em creches. Barbosa et al. (2009)³⁰ demonstraram que as crianças que entravam em centros de educação infantil com menos de sete meses de idade apresentavam risco quatro vezes maior de desmame precoce.

Ainda, a falta de informações e orientações adequadas sobre amamentação durante a gestação e puerpério podem ser determinantes para a interrupção precoce do AM e, conseqüentemente,

levar à baixa adesão a programas semelhantes ao Mama Nenê. Novamente, destaca-se a importância do profissional da saúde nesse processo.

Questões relacionadas ao trabalho materno também foram destacadas como empecilhos para a prática da amamentação em centros de educação infantil, como a falta de tempo por parte das mães que trabalham para amamentarem nos espaços das creches e a falta de proximidade entre os locais de trabalho das mães e as instituições. Em estudo semelhante, Maciel e Veríssimo (2010)³¹ demonstraram que uma das maiores dificuldades relacionadas à prática do AM na creche incluía a longa distância entre o local de trabalho materno e o centro de educação infantil.

Mesmo quando existem políticas de incentivo por parte das creches e o desejo por parte da mãe em amamentar, a falta de apoio institucional no local de trabalho pode ser considerada uma barreira determinante para a interrupção do AME e do AM^{25-26,32}. Além disso, a dificuldade de acesso às creches localizadas fora do local de trabalho da mãe pode resultar em redução da continuidade da amamentação³³.

A mulher que deseja manter a prática da amamentação após o retorno ao trabalho é respaldada por leis e acordos trabalhistas, como a licença-maternidade de 120 dias e as pausas de 30 minutos para amamentar²². Estratégias de apoio às mulheres trabalhadoras que amamentam permitem a criação de uma cultura de respeito e apoio à amamentação como forma de promover a saúde da mulher trabalhadora e de seu filho³⁴.

Empregadores que respeitam leis que facilitam a amamentação no local de trabalho contam com funcionárias mais produtivas e com menores índices de falta^{33,35}. Para Fernandes et al. (2018)³⁴, o cumprimento das leis trabalhistas relacionadas à amamentação é fundamental no Brasil, tendo em vista que quase 25% da população economicamente ativa é constituída por mulheres com filhos menores de seis meses de idade.

Assim, pode-se considerar que fatores sociais

externos à vontade da mãe em manter ou não a amamentação podem influenciar a interrupção desse processo, constituindo-se numa razão para que mães introduzam precocemente a fórmula infantil artificial, independentemente do apoio e incentivo à prática da amamentação exercida pela creche.

É válido ressaltar que este estudo entrevistou profissionais da educação infantil, e que pesquisas sobre a percepção das mães beneficiárias de programas de incentivo ao AM em creches, como o Mama Nenê, são necessárias. A falta da participação das mães neste estudo configura-se como um fator limitante e que dificultou uma análise aprofundada das razões para a baixa adesão à prática da amamentação dentro das instituições selecionadas.

Além disso, este estudo não avaliou se o tempo de AME e AM complementado aumentou entre as crianças beneficiárias do Programa Mama Nenê, dado que pode ser importante para demonstrar a efetividade da iniciativa no município de Curitiba-PR.

O presente estudo também apresentou limitações quanto a sua população e amostra. O NRE selecionado para a pesquisa possui o maior número de creches e escolas de educação infantil do município, todavia, ressalta-se que esta escolha não se deu por meio de critérios estatísticos e nem considerou aspectos de representatividade. Da mesma maneira, os profissionais da educação infantil que participaram da pesquisa não foram selecionados por meio de amostragem probabilística, e sim por conveniência, já que encontravam-se prontamente disponíveis nas instituições.

Apesar das limitações em estudos com amostras não probabilísticas, as pesquisadoras procuraram adotar procedimentos metodológicos rigorosos durante a coleta e análise dos dados, a fim de evitar vieses relacionados à percepção dos profissionais da educação infantil quanto ao programa de incentivo ao AM em creches do município de Curitiba-PR.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na percepção dos profissionais da educação infantil, as creches analisadas exercem ações de incentivo e apoio à continuidade da amamentação. Contudo, é verificada a baixa adesão das mães à iniciativa de usar os espaços das instituições para amamentar, denominados "cantinhos da amamentação".

Essa baixa adesão pode ter relação com a falta de divulgação e apoio ao Programa Mama Nenê por parte da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e das Unidades de Saúde do município, além de questões que envolvem o trabalho materno, a disponibilidade e o interesse das mães em manter a amamentação após a matrícula do filho na creche. A falta de apoio às gestantes e lactantes, por parte dos profissionais da saúde, bem como a falta de informações e orientações adequadas sobre amamentação durante a gestação e o puerpério, sobretudo, podem acarretar na interrupção precoce do AM e, conseqüentemente, levar a não utilização dos "cantinhos da amamentação" pelas mães.

Destaca-se que apesar de muitas mães não utilizarem os espaços das instituições para amamentar, não se pode afirmar que a amamentação não continue ocorrendo no ambiente domiciliar.

É evidente o papel das creches como instituições promotoras do cuidado, crescimento e desenvolvimento infantil, incluindo o apoio e incentivo à amamentação, para o sucesso da mesma. Entretanto, mesmo com ações estruturadas e programas de incentivo e apoio ao AM, como o Mama Nenê, viabilizado pelas Secretarias Municipais da Educação e Saúde de Curitiba-PR, a prática da amamentação em creches pode enfrentar barreiras limitantes e ser comprometida por fatores que ultrapassam os esforços dos gestores locais em apoiar a continuidade do AM até os dois anos ou mais.

Assim, para a criação de condições mais favoráveis à continuidade da amamentação nas creches, a educação em saúde e o cumprimento das leis que visam proteger as mulheres trabalhadoras

que amamentam são questões fundamentais.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre lactancia materna [Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief]. Geneva: World Health Organization; 2017.
2. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
3. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 387(10017): 475-90.
4. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2013; 382(9890):427-51
5. World Health Organization. World Health Statistics 2013. Geneva: World Health Organization; 2013.
6. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
7. Javanparast S, Newman L, Sweet L, McIntyre E. Analysis of breastfeeding policies and practices in childcare centres in Adelaide, South Australia. *Matern Child Health J*. 2012; 16(6):1276-83.
8. Javanparast S, Newman L, Sweet L, McIntyre E. A Survey of child care centers about breastfeeding support in Adelaide, South Australia. *J Hum Lact*. 2013; 29(2):230-35.
9. Mangrio E, Persson K, Bramhagen AC. Sociodemographic, physical, mental and social factors in the cessation of breastfeeding before 6 months: a systematic review. *Scand J Caring Sci*. 2018 Jun;32(2):451-465.
10. Nkrumah, J. Maternal work and exclusive breastfeeding practice: a community based cross-sectional study in Efutu Municipal, Ghana. *Int Breastfeed J*. 2017 Fev 10;12:10
11. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2013
12. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 Ago 2015 [acesso em 2019 Out 11]. Seção 1, p. 37. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.
13. Prefeitura Municipal de Curitiba. Mama Nenê dez anos: educação certifica 128 creches que apoiam a amamentação [Internet]. Prefeitura Municipal de Curitiba. 2017 Mar 28 [acesso em 2017 Ago 20]. Disponível em <http://www.curitiba.gov.br>

pr.gov.br/noticias/educacao-certifica-128-creches-que-apoiam-amamentacao/41662.

14. Prefeitura Municipal de Curitiba. Educação: Mama Nenê garantiu o benefício da amamentação para quase 5 mil bebês [Internet]. Prefeitura Municipal de Curitiba. 2016 [acesso em 2017 Ago 20]. Disponível em <http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/mama-nene-garantiu-o-beneficio-da-amamentacao-para-quase-5-mil-bebes>.
15. Longo-Silva, G, Taddei, JAAC, Konstanyner, T, Toloni, MHA. Percepções de educadores de creches acerca de práticas cotidianas na alimentação de lactentes: impacto de um treinamento. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(2):545-52.
16. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno Estatístico do Município de Curitiba [Internet]. Curitiba: IPARDES; 2017.[acesso em 2017 Ago 29]. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=80000>.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 [Internet]. Brasília: IBGE; 2010 [acesso em 2017 Ago 29]. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.
18. Brasil, Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Censo Escolar de Educação Básica 2016 [Internet]. Brasília: INEP; 2017 [acesso em 2017 Ago 29]. Disponível em: http://download.inep.gov.br/educacao_basica/censo_escolar/notas_estatisticas/2017/notas_estatisticas_censo_escolar_da_educacao_basica_2016.pdf.
19. Curitiba, Secretaria Municipal da Educação. Localização das unidades educacionais [Internet]. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba; 2017 [acesso em 2017 Ago 29]. Disponível em <https://educacao.curitiba.pr.gov.br/unidades/>.
20. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba. Nosso bairro: Cidade Industrial [Internet]. Curitiba: IPPUC; 2015 [acesso em 2017 Ago 29]. Disponível em: <http://www.ippuc.org.br/nosso%20bairro/anexos/75-Cidade%20Industrial%20de%20Curitiba.pdf>.
21. Region of Waterloo Public Health. Creating a breastfeeding friendly workplace strategy: a toolkit for employers. Kitchener: Region of Waterloo; 2015 [acesso em 2017 Ago 29]. Disponível em: https://www.regionofwaterloo.ca/en/doing-business/resources/Documents/Breastfeeding_Friendly_Workplace_Toolkit.PDF.
22. Ministério da Saúde; Universidade do Estado do Rio de Janeiro. A creche como promotora da amamentação e da alimentação adequada e saudável: livreto para os gestores. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
23. Population Health, Southern NSW Local Health District. Encouraging & supporting breastfeeding In childcare: resource kit [Internet]. New South Wales: NSW Ministry of Health; 2014 [acesso em 2017 Set 01]. Disponível em: <http://thespoke.earlychildhoodaustralia.org.au/wp-content/uploads/2015/11/EncouragingSupportingBreastfeedingInChildcareResourceKit.pdf>.
24. Wisconsin Department of Health Services. Ten steps to breastfeeding friendly child care centers [Internet]. Madison: Wisconsin Department of Health Services; 2016 [acesso em 2017 Set 01]. Disponível em: <https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p0/p00022.pdf>.
25. Tsai S. Impact of a breastfeeding-friendly workplace on an

employed mother's intention to continue breastfeeding after returning to work. *Breastfeed Med*. 2013;8(2):210-16.

26. Fernandes VMB, Santos EKA, Erdmann AL, Pires DEP, Zampieri MFM, Gregório VRP. Implantação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas e privadas: potencialidades e dificuldades. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 2019 Out 10];37(esp):e2016-0044. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000500419&script=sci_abstract&tlng=pt.
27. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Portal da Legislação: Decretos. 2010 [acesso em 2019 Out 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm.
28. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Saúde Legis-Sistema de Legislação da Saúde. 2017 [acesso em 2019 Out 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
29. Bezerra LCA, Frias PG, Vidal SA, Macedo VC, Vanderlei LC. Aleitamento materno: avaliação da implantação do programa em unidades básicas de saúde do Recife, Pernambuco (2002). *Ciênc Saúde Colet*. 2007;12(5):1309-17.
30. Barbosa MB, Palma D, Domene SMA, Taddei JAAC, Lopez FA. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. *Rev Paul Pediatr*. 2009;27(3):271-81.
31. Maciel AF, Verissimo MLOR. Conhecimentos e práticas de trabalhadores de uma creche acerca do aleitamento materno. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum*. 2010;20(3):688-98
32. Osis MJD, Duarte GA, Pádua KS, Hardyb E, Sandoval LEM, Bento SF. Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(2):172-79.
33. Brasileiro AA, Ambrosano GMB, Marba STM, Possobon RF. A amamentação entre filhas de mulheres trabalhadoras. *Rev Saúde Pública*. 2012;46 (2):642-48.
34. Fernandes VMB, Santos EKA, Zampieri MFM, Gregório VRP, Hernandes MJ, Ribeiro, LC. Conduitas de gestores relacionadas ao apoio ao aleitamento materno nos locais de trabalho. *Texto & Contexto Enferm*. 2018;27(3):1-12.
35. Oliveira RL, Silva AN. Aspectos legais do aleitamento materno: cumprimento da lei por hospitais de médio e de grande porte de Maceió. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2003;3(1):43-8.

RECEBIDO: 21/08/2019

ACEITO: 16/10/2019

INCIDÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DA SEPSE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL MISTO DO PARANÁ

Sepsis incidence and characteristics in an Intensive Care Unit of a mixed hospital in the state of Parana

Estefani Teresinha Seibt¹, Joice Cristina Kuchler², Franciele do Nascimento Santos Zonta³

1. Enfermeira graduada pela Universidade Paranaense - Unidade Universitária de Francisco Beltrão - PR. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5078-2915>.

2. Enfermeira, discente do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde - Universidade Estadual do Oeste do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1515-3563>.

3. Mestre em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da USP, Docente da Universidade Paranaense, Unidade de Francisco Beltrão. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4236-4027>.

CONTATO: Joice Cristina Kuchler | Endereço: Cabeceira do Lontra | Nova Esperança do Sudoeste - PR | Telefone: (46) 984214762 | E-mail: joicekuchler97@gmail.com

COMO CITAR: Seibt ET, Kuchler JC, Zonta FNS. Incidência e características da sepse em uma unidade de terapia intensiva de um hospital misto do Paraná. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Dez.;2(2):97-106.



COPYRIGHT 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.

RESUMO A sepse e o choque séptico são as maiores causas de óbito em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva, devido à dificuldade na sua identificação e ao tratamento minucioso exigido. Objetivando identificar o índice e as características da sepse em uma UTI adulto de um hospital do Paraná, realizou-se uma pesquisa de campo retrospectiva, documental e quantitativa. A amostra foi constituída de 432 prontuários. Dados foram coletados por meio de um checklist próprio. Houve prevalência do sexo masculino e faixa etária acima dos cinquenta anos. A etiologia de admissão prevalente foi insuficiência respiratória e broncopneumonia. Quanto ao foco infeccioso,

prevaleceu o pulmonar. Constatou-se índice elevado dos casos de sepse, juntamente de uma taxa de mortalidade ultrapassando a média geral do país. Sugere-se uma monitorização e notificação mais eficaz dos casos, combinada com a aplicação de um protocolo unificado, visando à redução da taxa de letalidade por esta síndrome.

PALAVRAS-CHAVE: Sepse. Unidades de Terapia Intensiva. Infecção Hospitalar. Epidemiologia. Mortalidade.

ABSTRACT Sepsis and septic shock are the major causes of death in patients admitted to intensive care units, due to the difficulty in identifying them and the thorough treatment required. In order to identify the index and characteristics of sepsis in an adult ICU of a hospital in the state of Paraná, a retrospective, documentary and quantitative field research was carried out. The sample consisted of 432 medical records. Data were collected through their own checklist. There was a male prevalence and age group above fifty years. The prevalent etiology of admission was respiratory failure and bronchopneumonia. Regarding the infectious focus, the pulmonary prevailed. A high rate of sepsis cases was found, together with a mortality rate exceeding the general average of the country. More effective monitoring and reporting of cases is suggested, combined with the application of a unified protocol to reduce the case fatality rate for this syndrome.

KEYWORDS: Sepsis. Intensive Care Units. Cross Infection. Epidemiology. Mortality.

INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são ambientes complexos e dinâmicos, que atendem pacientes em estado grave, representado por doenças adquiridas, traumas ou pós-operatórios, apresentando elevado risco de óbito. Para o manejo dos pacientes, a UTI disponibiliza equipe multiprofissional, materiais e recursos adequados, que permitem a observação integral e contínua dos pacientes. Dessa forma, é possível garantir o atendimento de forma ágil e eficaz em prol do restabelecimento e promoção da saúde dos mesmos¹.

Por outro lado, é um local com elevado índice de óbitos entre todos os setores hospitalares. Devido à complexidade dos casos, ao longo do tempo foram implantados novos procedimentos terapêuticos, cada vez mais invasivos, o que favorece o desenvolvimento de infecções graves, bem como o uso indiscriminado de antimicrobianos, o que vem tornando os micro-organismos multirresistentes².

Atualmente, a sepse é a maior causa de óbitos em ambientes hospitalares, especialmente na UTI, devido à dificuldade na sua identificação

e ao tratamento minucioso que exige agilidade e precisão no momento do diagnóstico. Além disso, o custo com exames, materiais, procedimentos e medicamentos também é substancial, tornando a sepse um problema mundial de saúde, com repercussão no cenário econômico³.

Após o consenso entre a *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) e a *European Society of Critical Care Medicine* (ESICM), a sepse passou a ser definida como uma disfunção orgânica agressivamente letal, decorrente de uma resposta desregulada do hospedeiro frente a uma infecção⁴. Tal condição é conhecida mundialmente por sua gravidade e letalidade por evoluir, na maioria dos casos, com disfunção de múltiplos órgãos, especialmente rins e pulmão, comprometendo gravemente o prognóstico do paciente¹.

No Brasil, a sepse ultrapassa 400.000 casos por ano, acometendo hospitais dos mais diferentes portes, públicos ou privados. Em um hospital do interior do Paraná foi realizado um estudo epidemiológico, caracterizando um quinquênio da sepse, e observou-se uma incidência de 71,4% entre os pacientes internados na UTI, com taxa de mortalidade de 63,4%⁴.

Vale ressaltar que, em todo o Brasil, o índice de óbitos causados pela síndrome é elevado. A incidência é de aproximadamente 200 mil casos por ano, com taxas de mortalidade de 35 a 65 %⁵.

As características clínicas da sepse e os fatores associados ao estado de saúde do paciente são determinantes para o diagnóstico precoce e intervenção adequada. Por isso, a equipe multiprofissional deve compreender os riscos e consequências da sepse. A partir do olhar clínico destes profissionais, embasado nas evidências epidemiológicas, é possível em tempo hábil tomar iniciativas terapêuticas capazes de minimizar as complicações, impedindo que o quadro se agrave e evolua com prognóstico ruim⁶.

Apesar da disseminação de algumas informações, ainda se fazem necessários estudos que optem por discutir sobre a gravidade, manejo

e incidência da sepse. O conhecimento sobre a síndrome, além de mostrar a preocupação gerada ao âmbito da saúde, esclarece a elevada taxa de óbitos em UTIs³. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi identificar o índice e as características da sepse bem como descrever suas complicações, apontando o índice de sobrevivência dos pacientes acometidos por tal patologia que estavam internados em uma UTI adulto de um hospital misto do Paraná.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo exploratória, documental e retrospectiva, com abordagem quantitativa, que compreendeu um levantamento dos pacientes que estiveram internados em uma UTI adulto, no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2018. O estudo foi realizado em um hospital geral de médio porte, tendo como gestor o poder público e privado.

A seleção dos prontuários dos pacientes com sepse na UTI obedeceu aos critérios de inclusão: prontuários de pacientes maiores de 18 anos de ambos os sexos, com ficha de Internação hospitalar preenchida, internados no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2018, com diagnóstico de sepse. E como critérios de exclusão: prontuários indisponíveis no período de realização da pesquisa ou incompletos, bem como pacientes sem diagnóstico de sepse.

Para a obtenção dos dados foi utilizado um *checklist*, confeccionado a partir de variáveis descritas na literatura, a saber: sexo, idade, dias hospitalizado, tipo de paciente (clínico, cirúrgico ou trauma), etiologia de admissão na UTI, presença de hipertermia, hipotermia, taquicardia, taquipneia, leucocitose, leucopenia, administração de antimicrobiano em possível foco infeccioso, sinais de disfunção orgânica como Pressão Arterial Sistólica (PAS) <90mmHg ou Pressão Arterial Média (PAM) <65, queda de Pressão Arterial (PA) >40mmHg, Creatinina >2,0 mg/dl, Plaquetas <100.000,

proteína C reativa, recente necessidade de uso de gás oxigênio (O₂) para manter a Saturação Percutânea de Oxigênio (SpO) >90, administração de vasopressores, critérios diagnósticos para SIRS, sepse, sepse grave ou choque séptico, origem da sepse, e o desfecho final (alta ou óbito).

Para a obtenção dos prontuários foi realizada uma pesquisa no programa SP Data®, de uso interno do hospital, o qual contém dados pertinentes à internação dos pacientes conforme a especialidade do atendimento. A partir disso, foi possível delimitar somente os pacientes que estiveram internados na UTI, cujo diagnóstico estabeleceu critérios compatíveis com a sepse. Então foi realizada a busca em cada prontuário, seguindo rigidamente os critérios de inclusão e exclusão do estudo.

O processo de coleta e análise dos dados ocorreu nos meses de maio a julho de 2018, e subsequentemente foi realizada a análise descritiva, pelo software *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 21.0®.

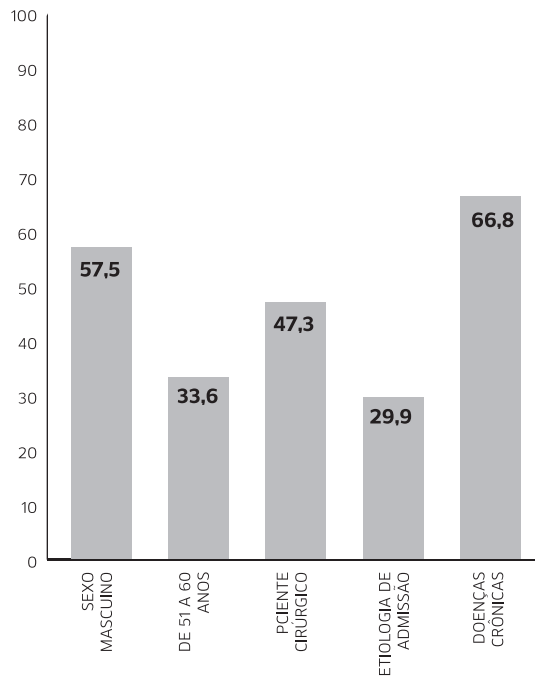
Para consolidação da pesquisa foram regidos e seguidos todos os preceitos éticos e legais conforme as Diretrizes da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde⁷. Desta forma, obteve-se a Declaração de Permissão de Utilização de Dados da referida instituição. Posteriormente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Paranaense e aprovado sob Protocolo nº 2.565.444/2018.

RESULTADOS

Entre os anos de 2015 e 2018, 1.188 pacientes tinham registros de internação na UTI, e, destes, 432 (36,4%) apresentaram sepse. Observou-se que 248 (57,5%) pacientes eram do sexo masculino e 183 (42,5%) do sexo feminino, com média de idade variando entre 51 e 60 anos (145; 33,6%). A maior

frequência de internamentos foi por condições cirúrgicas (47,3%). Como etiologia de admissão, houve a prevalência dos casos de insuficiência respiratória aguda e broncopneumonia (129; 29,9%). Quanto às doenças crônicas associadas, 289 (66,8%) não possuíam nenhuma comorbidade associada, porém a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi a doença crônica mais frequente (14,1%) entre os pacientes, conforme a Figura 1.

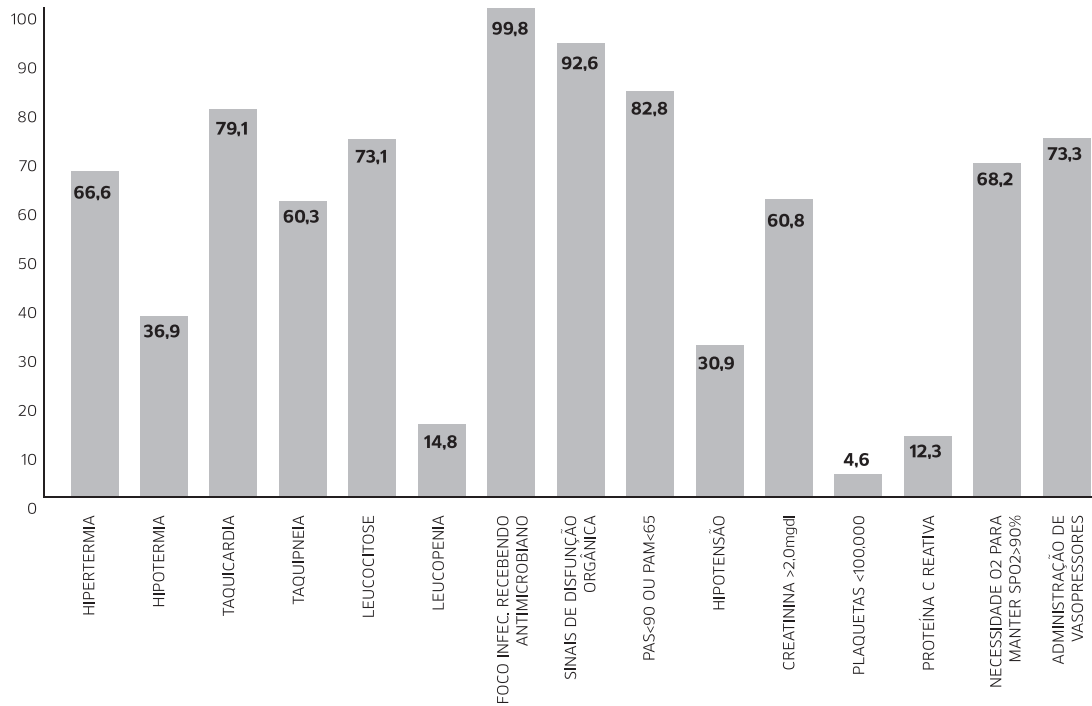
Figura 1 Dados referentes ao perfil prevalente dos pacientes diagnosticados com sepse, internados em uma UTI adulto de um hospital misto do Paraná, entre janeiro de 2015 e janeiro de 2018



Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Os 432 pacientes que foram diagnosticados com sepse apresentaram sinais clínicos inerentes ao quadro (Gráfico 2), no qual se verificou que 66,6% apresentaram hipertermia e 36,9% hipotermia. A taquicardia ocorreu em 341 (79,1%) pacientes e a taquipneia em 260 (60,3%).

Figura 2 Dados inerentes a manifestações clínicas do quadro séptico apresentados pelos pacientes envolvidos na pesquisa.



Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

A contagem dos leucócitos, que é um fator para diagnóstico de infecção, mostrou que 315 (73,1%) apresentaram leucocitose e 64 (14,8%), leucopenia. Quanto à administração de antimicrobiano com foco infeccioso suspeito ou confirmado, 430 (99,8%) já estavam recebendo e apenas um (0,2%) não recebeu antibioticoterapia no momento do diagnóstico.

Os sinais clínicos de disfunção orgânica mostraram-se em 399 (92,6%) pacientes, ou seja, um número elevado de complicações, e somente 32 (7,4%) não os apresentaram. Ainda dentre estes pacientes, foi observado que durante a internação na UTI e após a instalação do quadro séptico, 357 mostraram PAS <90mmHg ou PAM <65 (82,8%).

A hipotensão ocorreu em 357 (82,8%)

pacientes. A contagem de creatinina >2,0mg/dl, ocorreu em 262 (60,8%) do total de 432 internados. A contagem das plaquetas também é um fator contribuinte no diagnóstico, porém, apenas 20 (4,6%) dos pacientes apresentaram plaquetas <100.000.

A contagem da Proteína C Reativa foi realizada em 53 (12,3%) pacientes e todos apresentaram resultado reagente. Quanto à necessidade do suporte de O₂ para manterem SpO₂ >90%, foi necessário em 294 (68,2%) pacientes. Quando se instala a hipotensão severa faz-se necessária a administração de drogas vasoativas, desta forma, as medicações vasopressoras foram utilizadas em 316 (73,3%) casos.

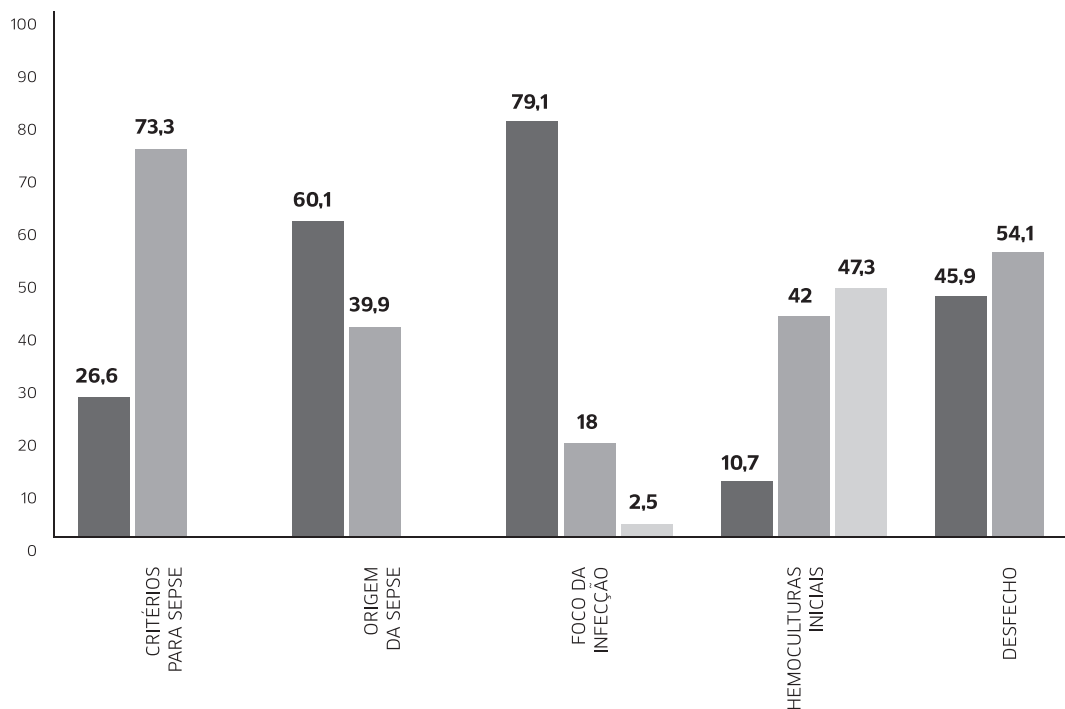
A partir desses sinais e sintomas clínicos,

foram obtidos os critérios diagnósticos, em que 115 (26,6%) indicaram sepse e 316 (73,3%) choque séptico. A origem da sepse ocorre de duas formas, e neste estudo 259 (60,1%) foram comunitárias e 172 (39,9%) nosocomiais. O foco infeccioso pulmonar foi o prevalente entre os pacientes com sepse (342;

79,1%), seguido do urinário e abdominal (78;18,0% e 11; 2,54%, respectivamente).

O desfecho dos quadros de sepse mostrou que 198 (45,9%) pacientes receberam alta da UTI, enquanto 233 (54,1%) foram a óbito, conforme mostra a figura 3.

Figura 3 Características e desfecho dos quadros de sepse apresentados pelos pacientes, entre janeiro de 2015 e janeiro de 2018



Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Este estudo realizou uma análise dos resultados utilizando o método de tabulação cruzada (Figura 4), comparando o grau de mortalidade e relacionando-os aos seus sintomas e sinais clínicos. Então, verificou-se que a taquicardia e a taquipneia estão associadas ao óbito, pois de um total de 341 pacientes que apresentaram taquicardia, 187 evoluíram a óbito, e dos 260 que apresentaram taquipneia 140 tiveram o mesmo desfecho.

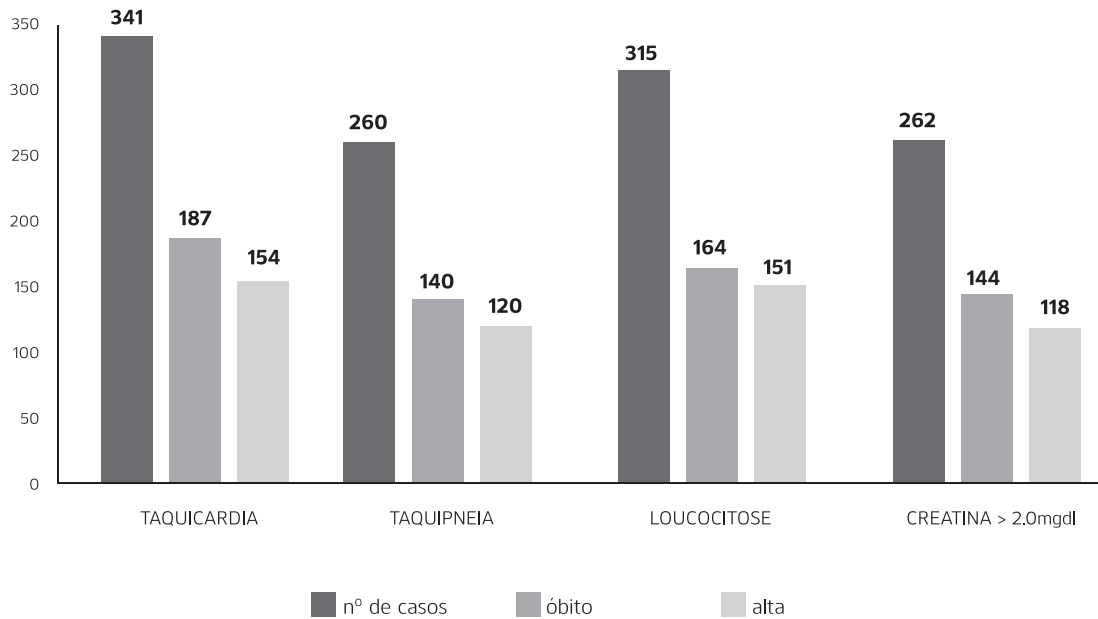
Notou-se também que entre os pacientes que apresentaram leucocitose, 164 foram a óbito. A dosagem da creatinina, marcador importante da disfunção orgânica, mostrou-se elevada, acima de 2.0mg/dl em 262 casos de sepse, e 144 foram a óbito.

Foi possível observar ainda a necessidade de manter suporte de oxigênio para suprir a dessaturação, bem como a administração de

drogas vasoativas, na intenção de reverter a hipotensão severa causada pelo choque séptico. Entretanto, dos 294 pacientes submetidos ao

suporte de oxigênio, 165 foram a óbito. Quanto aos 316 pacientes que receberam droga vasoativa, 173 deles foram a óbito.

Figura 4 Resultados da tabulação cruzada associando sinais e sintomas clínicos com a sepse



Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

É válido enfatizar que tais manifestações clínicas incorrem para a disfunção orgânica no paciente, desta forma, ao analisar todos os casos, foi possível notar que 399 casos evoluíram com disfunção, e, destes, 218 foram a óbito.

DISCUSSÃO

No decorrer do desenvolvimento desta pesquisa, bem como na análise dos dados coletados, nota-se o preocupante índice dos casos de sepse, o qual se mostrou elevado, com mortalidade

acentuada, afetando principalmente o público masculino com idade superior a 50 anos.

Além disso, outro achado importante foi a quantidade de culturas negativas, a presença de germes multirresistentes, e a não realização desse exame. A cultura de fluidos corporais é essencial para o diagnóstico séptico, pois, além de identificar o agente causador do quadro infeccioso, preconiza o tratamento de forma correta e eficaz⁸.

Estes achados refletem de forma preocupante no âmbito da saúde devido ao fato de que, além do número elevado de óbitos, ocorrem sérias complicações com os pacientes, achado este

já disposto em outro estudo⁹ que reafirma a gravidade da sepse.

Como descrito no presente estudo, houve a prevalência de indivíduos do sexo masculino e com faixa etária acima dos 50 anos, semelhantemente a um estudo que descreveu a UTI adulto como um setor que admite em maior número pacientes idosos, com idade média de 64,7 anos¹⁰. Além disso, pesquisas realizadas no Brasil e no mundo evidenciam que a população idosa é predominante nos casos de sepse.

A sepse mostra-se com um número considerável de comorbidades associadas. Nesta pesquisa, menos da metade dos pacientes possuíam doenças crônicas, e dentre os que apresentaram, prevaleceu HAS e diabetes. Estes mesmos dados foram evidenciados em outro estudo², em que a idade média de 62 anos para os pacientes internados em UTIs se refletiu não só no Brasil, mas no mundo todo.

O tipo de internação na UTI mais comum foi de pacientes cirúrgicos e de clínicos. Porém, pesquisa realizada na cidade de Natal (RN) mostrou que somente 20,7% dos internamentos em uma UTI foram por condições cirúrgicas e 79,6% foram internadas para tratamento clínico¹¹.

Essa diferença, quando se comparam os dois estudos, pode ser explicada pelo fato de que o hospital do presente estudo é referência em cirurgias neurológicas. Os pacientes que passam por cirurgias de alta complexidade necessitam de leitos em UTIs, pois o risco de descompensar a função hemodinâmica é elevado, além dos procedimentos invasivos servirem como forma de exposição a agentes infecciosos¹².

As etiologias de admissão em UTI são variadas, porém, concomitante com o fato de que o maior número de pacientes é o de idosos, as internações por complicações respiratórias como insuficiência respiratória aguda e broncopneumonia foram as mais frequentes neste estudo. Pesquisas desenvolvidas em hospital filantrópico de São Paulo e em hospital no Ceará, igualmente apontaram que

as internações por complicações respiratórias são predominantes em UTIs¹⁶.

Uma grande parte dos pacientes estudada apresentava condições crônicas, como HAS e diabetes, fatores agravantes para o quadro. Estudo feito em 2017 apontou que as comorbidades associadas em mais de 50% dos pacientes admitidos em uma UTI eram HAS e diabetes¹². As doenças crônicas servem como fator de predisposição ao agravamento do quadro séptico e estão diretamente associadas ao óbito⁵.

Os sinais e sintomas clínicos da sepse mostraram-se evidentes no estudo em questão, tendo em vista que a maioria dos pacientes apresentou hipertermia, taquicardia e leucocitose. Um estudo feito no ano de 2016 identificou as mesmas alterações em mais de 45% dos pacientes que desenvolveram sepse¹, assim como uma pesquisa de 2017, na qual mais de 50% dos pacientes com quadro séptico apresentaram hipertermia, taquicardia, leucocitose e taquipneia³.

As manifestações clínicas da síndrome surgem da sequência deste *feedback* positivo, ou seja, logo após o início do processo infeccioso primário ocorre a resposta inflamatória subjacente e começam a surgir as disfunções orgânicas que definem o curso da sepse¹³.

As mudanças clínicas que surgem no início do quadro séptico caracterizam-se pela queda da saturação de oxigênio, alteração do nível de consciência - a qual pode ser mensurada a partir da aplicação da escala de coma de Glasgow - taquipneia e/ou taquicardia, acidose metabólica - devido à elevação do lactato, acidose respiratória, hipertermia e leucocitose¹⁴.

O choque séptico foi detectado em mais da metade dos pacientes durante a internação na UTI, assim como em uma pesquisa realizada em um hospital de ensino de referência em doenças infecciosas em Belém, Amazônia, em que 57% dos pacientes com sepse evoluíram com choque séptico⁵.

Apesar dos avanços o diagnóstico precoce

da sepse continua sendo um grande desafio nas unidades de emergências e de cuidados intensivos, pois sua detecção é de difícil percepção devido à ausência de sintomas e sinais clínicos específicos². As seis primeiras horas após o diagnóstico constituem a janela de oportunidade no tratamento da sepse, e a correta terapia aplicada dentro dessa fase inicial é capaz de reduzir a mortalidade da sepse e o choque séptico em aproximadamente 16%¹⁵.

Nesta pesquisa, a origem da infecção teve prevalência comunitária, ou seja, os pacientes já se internaram na UTI apresentando manifestações da sepse. O mesmo foi evidenciado em outra pesquisa realizada em um hospital público, na qual a origem da sepse na maior parte dos casos foi comunitária¹⁶.

O foco infeccioso prevalente foi o pulmonar, e o mesmo resultado deu-se em outra pesquisa, na qual o sítio da infecção na maior parte dos casos foi o trato respiratório (56,2%)⁴. Levando-se em conta que a sepse pode estar relacionada a qualquer foco infeccioso, é preciso lembrar que as infecções mais comumente associadas a sua ocorrência são: a pneumonia, a infecção urinária e a infecção intra-abdominal. A pneumonia, em geral, é o foco responsável por pelo menos metade dos casos de sepse.

A mortalidade elevada é um fator preocupante não só neste estudo, mas no Brasil todo, pois o índice da sepse agrava-se com o passar dos anos. Observa-se também que a taxa de óbito aumenta conforme a faixa etária, ou seja, quanto maior a idade dos pacientes, maior o índice de mortalidade¹⁷.

Este estudo apresenta algumas limitações, dentre as quais destaca-se o desenho retrospectivo, em que a avaliação clínica dos pacientes ficou restrita às evoluções dos profissionais de saúde do setor, registradas no prontuário. Dessa forma, possíveis fatores como preenchimento incompleto dos prontuários atrelados à falta de notificação dos casos de sepse dificultam estudos com tal metodologia.

Além disso, ao longo do período de pesquisa os critérios diagnósticos de sepse foram alterados¹⁸,

onde parâmetros da síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SRIS) não são mais usados para a definição, ou seja, a presença de disfunção orgânica pode representar diagnóstico de sepse, mesmo na ausência de SRIS. A expressão "sepse grave" foi colocada em desuso, ou seja, toda sepse agora é considerada como grave. Dessa forma, no presente estudo as variáveis como a frequência da sepse e suas classificações poderiam sofrer alterações diante da utilização dos critérios recentemente atualizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se índice elevado dos casos de sepse. Esse dado é preocupante quando comparado com a literatura atual, pois a taxa de mortalidade mostrou-se elevada, ultrapassando a média geral do país. As complicações da sepse mostraram-se agravantes, com rápida evolução para a disfunção orgânica, tornando os quadros irreversíveis e contribuindo para o óbito.

A presente pesquisa contribui para o âmbito da saúde, pois trouxe dados relevantes frente ao quadro clínico que mais causa óbitos em hospitais, além de tratar da importância da realização de exames como as culturas e do uso correto de antibiótico. Os resultados deste trabalho apontam para a necessidade da realização de novos estudos, tanto retrospectivos quanto prospectivos, para a avaliação integral dos pacientes admitidos em UTI.

Sugere-se uma monitorização e notificação mais eficaz dos casos, combinada com a aplicação de um protocolo unificado, visando à redução da taxa de letalidade por esta síndrome.

REFERÊNCIAS

1. Santos AM, Souza GRB, Oliveira AML. Sepse em adultos na unidade de terapia intensiva: características clínicas. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2016;61:3-7.
2. Anselmo Júnior E, Dall’Stella DK, Araújo JM, Souza ES, Schuelter-Trevisol F. Incidência de sepse nosocomial em adultos de uma unidade de terapia intensiva, Tubarão SC, em 2013. *ACM Arq Catarin Med [Internet]*. 2017 [citado em 2019 Out 22];46(4):17-26. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/161>.
3. Garrido F, Tieppo L, Pereira MDS, Freitas R, Freitas WM, Filipini R, et al. Ações do enfermeiro na identificação precoce de alterações sistêmicas causadas pela sepse grave. *ABCS Health Sci*. 2017;42(1):15-20.
4. Zonta FNS, Velasquez PGA, Velasquez LG, Demetrio LS, Miranda D, Silva MCB. Características epidemiológicas e clínicas da sepse em um hospital público do Paraná. *Rev Epidemiol Controle Infecç*. 2018;8(3):224-31.
5. Barros LLS, Maia CSF, Monteiro MC. Fatores de risco associados ao agravamento de sepse em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. *Cad Saúde Coletiva*. 2016;24(4):388-96.
6. Melo EM, Barbosa AA, Silva JLA, Studart RMB, Lima FET, Veras JEGF, et al. Clinical outcome of patients on mechanical ventilation in intensive care unit. *Rev Enferm UFPE on line*. 2015;9(2):610-6.
7. Brasil, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres Humanos [Internet]. *Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde*. 2012 [citado em 2019 Out 22]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saulegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
8. Carvalho MR, Moreira ICC, Neta FLA, Guimarães MSO, Viana VGF, Oliveira FW. Incidência de bactérias multirresistentes em uma unidade de terapia intensiva. *R Interd*. 2015;8(2):75-85.
9. Freitas RB, Santiago MT, Bahia CP, Pereira LP, Mello CMV, Nogueira ACR, et al. Aspectos relevantes da sepse. *Rev. Cient. FAGOC Saúde*. 2017;1(2): 25-32.
10. Cruz LL, Macedo CC. Perfil epidemiológico da sepse em hospital de referência no interior do Ceará. *Id On Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia*. 2016;10(29):71-99.
11. Bonfada D, Santos MM, Lima KC, Garcia-Altes A. Análise de sobrevida de idosos internados em unidades de terapia intensiva. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2017;20(2):198-206.
12. Pauletti M, Otaviano MLPO, Moraes ADST, Schneider DS. Perfil epidemiológico dos pacientes internados em um Centro de Terapia Intensiva. *Aletheia*. 2017;50(1-2):38-46.
13. Machado FR, Assunção MSC, Cavalcanti AB, Japiassú AM, Azevedo LCP, Oliveira MC. Chegando a um consenso: vantagens e desvantagens do Sepsis 3 considerando países de recursos limitados. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016;28(4):361-5.
14. Shankar-Hari M, Phillips GS, Levy ML, Seymour CW, Liu VX, Deutschman CS, et al. Developing a new definition and assessing new clinical criteria for septic shock: for the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016 Feb 23;315(8):775-87.
15. Peninck PP, Machado RC. Aplicação do algoritmo da sepse por enfermeiros na unidade de terapia intensiva. *Ver. Rene*. 2012;13(1):187-99.
16. Santos AV, Silva AAO, Sousa, ÁFL, Carvalho MM, Carvalho LRB, Moura MEB. Perfil epidemiológico da sepse em um hospital de urgência. *Rev. Prev. Infecç. Saúde*. 2015;1(1):19-30.
17. Teles LS, Galdino LP, Lima MMP, Santos MM, Cardoso LA. Enfermagem frente à sepse: uma revisão literária. In: *Congresso Internacional de Enfermagem; 2017 Maio 9-12; Aracaju-SE. Aracaju: Universidade Tiradentes; 2017. p. 1-4.*
18. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions For Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315(8):801-10.

RECEBIDO: 28/08/2019

ACEITO: 22/10/2019

ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL MATERNO-INFANTIL

Secondary Care in maternal and child oral health

Carolina de Oliveira Azim Schiller¹, William Augusto Gomes de Oliveira Bellani², Renata Iani Werneck³, Samuel Jorge Moysés⁴, Simone Tetu Moysés⁵

1. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5593-4191>.
2. Universidade Federal do Paraná. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1429-616X>.
3. Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1134-5357>.
4. Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3075-6397>.
5. Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4861-9980>.

CONTATO: Carolina de Oliveira Azim Schiller | Endereço: Rua João Domachoski, 400 apto 401 torre 4 | Telefone: (41) 99684-8028 | E-mail: caroazim@hotmail.com

COMO CITAR: Schiller COA, Bellani WAGO, Werneck RI, Moysés SJ, Moysés ST. Atenção secundária em saúde bucal materno-infantil. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Dez;2(2):107-114.



COPYRIGHT 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.

RESUMO Este artigo apresenta os resultados de análise sobre a atenção secundária em saúde bucal na Rede de Atenção Materno-infantil em 136 municípios no estado do Paraná. Para avaliação do perfil dessa rede foi utilizado o Instrumento de Avaliação de Rede de Atenção Materno-infantil (IARAMI). Os participantes da pesquisa responderam a um questionário composto por 131 perguntas, sendo duas delas sobre saúde bucal. A organização da atenção

secundária em saúde bucal foi identificada na maioria dos municípios avaliados (80,80%), porém falta integração com a atenção primária. Dos municípios avaliados apenas 13,13% apresentaram ótima integração entre esses pontos. A atenção à saúde bucal para gestantes e crianças deve ser organizada em redes de atenção integrada para garantir a qualificação da atenção.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Bucal. Odontologia em Saúde Pública. Saúde Materno-Infantil. Atenção Secundária à Saúde.

ABSTRACT This article presents the results of analysis of secondary care in oral health in the Maternal and Child Care Network in 136 municipalities in the state of Paraná. To evaluate the profile of this network, the Maternal and Child Care Network Assessment Instrument (IARAMI) was used. The participants answered a questionnaire consisting of 131 questions, two of them about oral health. The organization of secondary care in oral health was identified in most municipalities evaluated (80.80%), but there is not integration with primary care. Of the municipalities evaluated, only 13.13% presented good integration between these points of attention. Oral health care for pregnant women and children should be organized into integrated care networks to ensure the qualification of care.

KEYWORDS: Oral Health. Public Health Dentistry. Maternal and Child Health. Secondary Care.

INTRODUÇÃO

A atenção em saúde materno-infantil é uma preocupação global e um desafio para os gestores em saúde. Nesta perspectiva, a organização dos sistemas de saúde em redes de atenção à saúde (RAS) se apresenta como uma estratégia para superar a fragmentação das ações e serviços de saúde materno-infantil e qualificar a gestão do cuidado, e tem sido apoiada por organizações internacionais¹ e pelo Ministério da Saúde².

As RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.³

Organizar o sistema de saúde em redes significa, na prática, garantir a integralidade na atenção.⁴⁻⁵ E para prover o cuidado integral é essencial que haja a integração dos pontos de atenção. A integração dos serviços em redes tem como finalidade a melhoria na eficiência e na racionalidade dos serviços e ainda deve melhorar o acesso e a expansão dos serviços, produzir economia, evitar a repetição de exames e procedimentos e ser humana, qualitativa e eficaz⁵.

A Política Nacional de Saúde Bucal, Brasil Sorridente, instituída em 2004, propõe a integralidade na atenção em saúde bucal⁶ e pressupõe o desenvolvimento de mecanismos para a integração dos serviços odontológicos, como a oferta suficiente de serviços especializados, a

implantação de centrais de marcação de consultas, o uso de protocolos de atenção e instrumentos de referência e contrarreferência, o respeito ao fluxo de encaminhamentos e o investimento em tecnologias da informação. Estes mecanismos são condições essenciais para a formação e gestão da rede de atenção à saúde bucal⁷.

A rede de atenção à Saúde Bucal é composta por pontos de atenção primária, secundária e terciária, que por meio do sistema de apoio, logístico e governança é responsável por um conjunto de ações que envolve a promoção da saúde, o controle e prevenção das doenças bucais, limitação de danos e reabilitação em saúde bucal.

A atenção primária é realizada nas Unidades de Atenção Primária do estado. A atenção secundária tem como pontos de atenção os 54 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), além do Centro Regional de Atendimento Integral ao Deficiente (CRAID), para pacientes com deficiência, e do Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Palatino (CAIF), para pacientes portadores de fissura palatina⁸. E a atenção terciária é realizada nos hospitais do Estado. A referência aos CEOs e hospitais é feita pelas equipes da atenção primária, onde são respeitados os fluxos de encaminhamento⁸ e, ao final dos procedimentos especializados, é realizada a contrarreferência para a atenção primária, juntamente com um plano de cuidado.

No estado do Paraná a rede de saúde bucal é considerada uma rede prioritária que perpassa as demais redes do estado, incluindo a rede materno-infantil. A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) propõe a organização da rede de atenção materno-infantil, com ênfase nas ações do pré-natal e puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida, incluindo o cuidado em saúde bucal⁹. De mesmo modo, a SESA enfatiza que a rede de saúde bucal tem como prioridade a atenção das crianças e gestantes e a realização do pré-natal odontológico, havendo

uma confluência de esforços para a qualificação do cuidado em saúde bucal de gestantes e crianças.

A atenção em saúde bucal às gestantes e crianças é realizada em sua maioria na atenção primária. Os cuidados com a saúde bucal da gestante devem iniciar o mais precocemente possível, com ênfase no seu cuidado pessoal e no controle dos fatores de risco. Nas consultas de pré-natal odontológico a gestante deve receber orientações sobre o controle das doenças bucais, como instrução de higiene bucal e orientações sobre dieta⁸.

Parto prematuro e crianças com baixo peso ao nascer são problemas apontados por pesquisadores como relacionados com as doenças bucais da gestante, em especial à doença periodontal¹⁰, de maneira que deve ser dada uma atenção especial ao controle dessa doença nesse período.

Quanto à atenção à saúde bucal da criança, na consulta de puericultura odontológica devem ser dadas orientações sobre aleitamento e amamentação, cárie da primeira infância, limpeza da boca e dos dentes, alterações de desenvolvimento, erupção dos dentes, chupeta e hábitos viciosos e uso de fluoretos¹¹.

As gestantes e crianças até um ano que necessitem de uma atenção especializada poderão ser encaminhadas à atenção secundária nos CEOs⁸. Os CEOs devem ofertar minimamente algumas especialidades como endodontia, cirurgia oral menor, periodontia especializada, atendimentos a pacientes especiais, portanto a especialidade de odontopediatria não é obrigatória, mas poderá ser ofertada.

A atenção dessas gestantes e crianças requer uma organização dos serviços em redes de atenção à saúde. Avaliar a organização dessa rede de atenção é essencial para a boa gestão dos serviços. A avaliação da Rede de Atenção Materno-infantil, realizada em 2014 em municípios de diferentes portes populacionais no

Paraná, possibilitou identificar o perfil da atenção secundária em saúde bucal oferecida a partir desse modelo de estruturação de serviços.

O objetivo do estudo foi identificar a existência da atenção secundária em saúde bucal e sua integração com a atenção primária na Rede de Atenção Materno-infantil em municípios de diferentes portes populacionais no estado do Paraná.

METODOLOGIA

Foram convidados a participar deste estudo 136 municípios do estado do Paraná. A definição desta amostra considerou alguns critérios (variáveis) como: distribuição nas macrorregionais, porte populacional (pequeno, médio e grande); tipo de gestão (básica, plena). O cálculo do tamanho da amostra foi feito para cada uma das macrorregionais, admitindo erro amostral de no máximo 6,85%, sendo que em cada macrorregião os municípios foram sorteados com probabilidade proporcional ao tamanho.

Para avaliação do perfil da Rede de Atenção Materno-infantil foi utilizado o Instrumento de Avaliação das Redes de Atenção à Saúde Materno-infantil, adequado e validado para avaliação desta Rede. Foi desenvolvida uma plataforma on-line com um questionário e este foi enviado por e-mail aos gestores municipais (secretários municipais de saúde ou indicado pelo mesmo com conhecimento sobre a organização e funcionamento da Rede de Atenção Materno-infantil do estado do Paraná).

O questionário era composto por 131 perguntas que abordavam aspectos sobre população, atenção primária à saúde, os pontos de atenção à saúde secundários e terciários, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos, o sistema de governança e o modelo de atenção à saúde. Para cada pergunta, os respondentes assinalaram 0 (zero) para indicar a não existência do que foi perguntado, 1 para a existência com funcionamento básico ou

incipiente, 2 para a existência com funcionamento razoavelmente bom, mas insuficiente, e 3 para a existência com operação de forma ótima.

Os dados foram tabulados e organizados de modo a possibilitar a análise das pontuações para cada pergunta.

Nesta pesquisa foram analisadas duas perguntas sobre saúde bucal desse questionário: Há serviços especializados de nível secundário para os cuidados à saúde bucal? Os serviços ambulatoriais especializados de nível secundário para os cuidados à saúde bucal operam de forma integrada com a atenção primária à saúde?

As informações foram analisadas por meio de distribuição de frequências.

A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição vinculada através do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 18587013.0.0000.0020/ parecer 459.400.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 99 municípios do estado do Paraná.

As análises deste estudo tiveram o propósito de identificar a existência dos serviços especializados de nível secundário para os cuidados à saúde bucal na Rede de Atenção Materno-infantil e se esses serviços especializados operam de forma integrada com a atenção primária em saúde. A Tabela 1 apresenta a distribuição de frequências de respostas.

Do total de municípios avaliados, 19,19% dos participantes assinalaram não existir serviços especializados de nível secundário para os cuidados à saúde bucal para atendimento das mães e crianças vinculados à Rede de Atenção Materno-infantil; 22,22% afirmaram que eles existem com funcionamento incipiente; 33,33% declararam que existem, mas que são insuficientes; e 25,25% informaram que existem com operação

ótima. Dentre os municípios avaliados, 25,25% informaram que os serviços ambulatoriais especializados de nível secundário para os cuidados à saúde bucal não operam de forma integrada com a ação primária em saúde; 30,30%

afirmaram que esta integração é incipiente; 31,31% declararam que a integração existe, mas de forma insuficiente; e 13,13% indicaram operação ótima, com integração dos dois níveis de atenção.

TABELA 1 Distribuição de frequências de respostas sobre a existência e integração de serviços de atenção secundária em saúde bucal para gestantes em municípios do Paraná, 2015.

Há serviços especializados de nível secundário para os cuidados à saúde bucal?	n
Não há serviços especializados	19
Há serviços especializados com funcionamento básico ou incipiente	22
Há serviços especializados com funcionamento razoavelmente bom, mas que são insuficientes	33
Há serviços especializados em operação de forma ótima	25
Os serviços ambulatoriais especializados de nível secundário para os cuidados à saúde bucal operam de forma integrada com a atenção primária à saúde?	
Sem integração	25
Integração é incipiente	30
Integração existe, mas de forma insuficiente	31
Operação ótima, integrada	13
TOTAL	99

Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

O estudo demonstrou que na maioria dos municípios pesquisados do estado do Paraná (80,80%) há serviços especializados de nível secundário para os cuidados à saúde bucal de mães e crianças vinculados à Rede de Atenção Materno-infantil. Porém, foi constatada a ausência desses serviços em 19,19% dos municípios, e em 55,55% deles os serviços de nível secundário foram considerados com funcionamento básico e insuficiente.

DISCUSSÃO

Esses dados são preocupantes, tendo em vista

que a atenção secundária de saúde bucal realizada nos CEOs atende gestantes com problemas odontológicos mais complexos, como infecções pulpares e periodontais, sendo esta uma patologia que pode comprometer a qualidade do parto e de uma gestação saudável.

Estudos recentes têm apresentado evidências de que a doença periodontal em gestantes é um possível fator de risco para parto prematuro e baixo peso ao nascer¹²⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶. A atenção adequada à saúde bucal da gestante pode, portanto, diminuir o risco de complicações na gravidez e proporcionar uma gestação saudável.

A pouca integração da atenção primária de saúde com a atenção secundária em alguns

municípios contrasta com as evidências científicas que mostram a importância dessa integração entre a atenção primária e a atenção especializada. Uma avaliação de 72 sistemas de saúde aponta que onde existe alguma forma de integração entre esses dois níveis de atenção à saúde os resultados são mais positivos e os usuários se apresentam mais satisfeitos¹⁷.

Além disso, um ensaio randomizado¹⁸ verificou que a integração entre a atenção primária e especializada à saúde reduziu o uso de serviços especializados. E ainda, uma análise de 14 revisões sistemáticas e 29 ensaios randomizados encontrou evidências de que as redes de atenção à saúde melhoraram os resultados clínicos¹⁹. Quando não há uma boa integração entre os pontos de atenção primário e secundário, a atenção em saúde fica prejudicada.

Um estudo de avaliação da oferta e utilização de serviços públicos de atenção odontológica secundária aponta que existem dificuldades na integração entre a atenção primária à saúde e a atenção secundária²⁰. Essa dificuldade é atribuída tanto à indicação inadequada por parte do profissional da atenção básica quanto à falta de preparação do paciente para seu encaminhamento ao CEO, que deve ser realizada na atenção primária. Além disso, é necessária a contrarreferência do paciente para o acompanhamento na atenção primária e preservação do caso. A interface da atenção primária com a atenção secundária é uma das questões mais críticas na coordenação da atenção em saúde bucal²⁰. Uma interface ideal seria descrita por meio de critérios de equidade, de integralidade no cuidado e de eficiência e eficácia que garantam que todos que necessitem de referência para a atenção secundária tenham o acesso garantido, com fluxo facilitado e com mecanismos de triagem adequados^{21,22}.

Há evidências na literatura que sinalizam a existência de inúmeros fatores que podem interferir no padrão de referência entre a atenção primária e secundária. Dentre eles, destacam-se: nível de

necessidade ou desejo do usuário em receber o cuidado, tempo de espera, sistema de remuneração, orientação clínica por meio de protocolos, formação e qualificação profissional, presença de protocolos gerenciais para referência e contrarreferência e localização geográfica, ou seja, distância entre a atenção primária e secundária²¹⁻²³⁻²⁴⁻²⁵.

O profissional da atenção primária que atua como coordenador e ordenador da rede de saúde bucal desempenha a função de agente de triagem, identificando os pacientes a serem encaminhados para a atenção especializada. Ele deve também promover a referência para a atenção secundária e controlar a demanda imprópria²¹, além de acompanhar o usuário durante todo o processo até seu retorno à atenção primária.

A atenção primária é responsável pela resolubilidade de 85% dos agravos em saúde²⁶. É nesse ponto de atenção que são desenvolvidas as ações de promoção à saúde, prevenção e controle das doenças bucais, como cárie dentária e doença periodontal, e reabilitação do paciente. Já os casos de maior complexidade são encaminhados para a atenção secundária. Uma atenção primária resolutiva deve reduzir a demanda por consultas especializadas. Com isso, os profissionais que trabalham na atenção secundária teriam maior disponibilidade para atender pacientes que realmente precisam de tratamento especializado. Há evidência científica de que é comum o encaminhamento de pacientes para a atenção secundária com pouca ou até mesmo nenhuma informação clínica com dados insuficientes para uma intervenção mais qualificada e resolutiva na atenção secundária²⁷.

Na inter-relação entre cirurgiões-dentistas generalistas e especialistas é necessário considerar as implicações éticas, as habilidades dos profissionais e competências de cada nível de atenção, para que o usuário se sinta acolhido e receba a atenção necessária e com qualidade²⁴.

Este estudo se limitou a identificar a existência da atenção secundária e a sua integração

com a atenção primária. Porém, a existência de um Centro de Especialidades Odontológicas em determinado município não garante o acesso à atenção secundária em saúde bucal às gestantes e crianças. Algumas variáveis, como presença de odontopediatras ou cirurgião-dentista apto a atender crianças, priorização das gestantes, tempo de espera, demanda ao serviço, horários de atendimento e localização geográfica, irão determinar a acessibilidade, atributo dos serviços que possibilita que as pessoas cheguem aos serviços e recebam a atenção à saúde.²⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção secundária em saúde bucal se mostrou presente em grande parte dos municípios avaliados. Porém, esse resultado pode estar sendo comprometido pela falta de integração da atenção primária com a atenção secundária à saúde, falha esta que pode ocasionar consultas insatisfatórias da atenção secundária ou ainda resultar em encaminhamentos desnecessários ou realizados de maneira inadequada.

A maior resolubilidade da atenção primária, com o desenvolvimento de ações efetivas de promoção à saúde, prevenção e controle das doenças bucais, permite diminuição de encaminhamentos para a atenção secundária. E isso é desejável, tendo em vista que apenas os casos mais complexos devem ser encaminhados para os Centros de Especialidades. Portanto, a atenção à saúde bucal para gestantes e crianças deve ser organizada em redes de atenção integradas para garantir a qualificação da atenção.

REFERÊNCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria. Washington, DC: OPS; 2009.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 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). Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: OPAS; 2011.
4. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
5. Hartz ZM, Contandriopoulos AP. A integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad. Saúde Pública. 2004;20(2):331-6.
6. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad. Saúde Pública. 2010;26 (2): 286-98.
8. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Linha guia de saúde bucal. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 2014.
9. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Linha guia da Rede Mãe Paranaense. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 2012.
10. Moimaz SAS, Saliba NA, Garbin CAS, organizadores. Odontologia para gestante: guia profissional de saúde. Araçatuba: Unesp; 2009.
11. Walter LRF, Lemos LVFM, Myaki SI, Zuanon ACC. Manual de odontologia para bebês. São Paulo: Artes Médicas; 2014.
12. Cruz SS, Costa MCN, Gomes Filho IS, Vianna MIP, Santos CT. Doença periodontal materna como fator associado ao baixo peso ao nascer. Rev Saúde Pública. 2005;39(5):782-7.
13. Trentin MS, Scortegagna AS, Dal'bello MS, Bittencourt ME, Linden MSS, Viero R, Schrötter P, et al. Doença periodontal em gestantes e fatores de risco para o parto prematuro. RFO UPF. 2007;12(1):47-51.
14. Lopes FF, Lima LL, Rodrigues MCA, Cruz MCFN, Oliveira AEF, Alves CMC. A condição periodontal materna e o nascimento de prematuro de baixo peso: estudo caso-controle. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005;27(7):382-6.
15. Zanatta FB, Machado E, Zanatta GB, Fiorini T. Doença periodontal materna e nascimento prematuro e de baixo peso: uma revisão crítica das evidências atuais. ACM arq catarin de med. 2007; 36 (1): 96-102.
16. Ribeiro CM. Relação entre doença periodontal em gestantes

com parto prematuro e o nascimento de bebês de baixo peso. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. 2013;14(2):142-59.

17. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manag care q*. 1999;7(3):56-66.

18. Malcom L, Wright L, Carson L. Integrating primary and secondary care: the case of Christchurch South Health Centre. *New Zealand Med J*. 2000;113(1123):514-7.

19. Singh D. Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long-term conditions. Birmingham: University of Birmingham/Health Services Management Centre; 2005.

20. Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG, Figueiredo AL. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(1):143-54.

21. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *Br Dent J*. 2001;191(12): 660-70.

22. Figueiredo N, Silveira FMM, Neves JC, Magalhães BG, Goes PSA. Avaliação de ações da atenção secundária e terciária em saúde bucal. In: Goes PSA, Moysés SJ, organizadores. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p. 195-209.

23. Coulthard P, Kazakou I, Koron R, Worthington HV. Referral patterns and the referral system for oral surgery care. Part 1: general dental practitioner referral patterns. *Br Dent J*. 2000;188(3):142-5.

24. Schwartz B. The evolving relationship between specialists and general dentists: practical and ethical challenges. *J Am Coll Dent*. 2007;74(1):22-6.

25. Sharpe G, Durham JA, Preshaw PM. Attitudes regarding specialist referrals in periodontics. *Br Dent J*. 2007;202(4):218-9

26. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

27. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE et al, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 125-34.

RECEBIDO: 28/08/2019

ACEITO: 09/10/2019

LOGÍSTICA REVERSA DE MEDICAMENTOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ESTADO DO PARANÁ

Pharmaceutical reverse logistics: an experience
report from the state of Paraná

Luciane Otaviano de Lima¹, Gisele Ribeiro da Assunção Frois²

1. Coordenadora da Vigilância Sanitária Estadual – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Curitiba - PR. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0885-3687>.

2. Farmacêutica da Divisão de Vigilância Sanitária de Produtos – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Curitiba - PR. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5521-5813>.

CONTATO: Luciane Otaviano de Lima | Endereço: Rua Piquiri, 170 | Rebouças | CEP 80230-140 | Curitiba - PR | Telefone: (41) 3330-4251 | E-mail: visa@sesa.pr.gov.br

COMO CITAR: Lima LO, Frois GRA. Logística reversa de medicamentos: um relato de experiência do estado do Paraná. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Dez.;2(2):115-124.



COPYRIGHT 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.

RESUMO O presente trabalho descreve o relato de experiência da Divisão de Vigilância Sanitária de Produtos da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná na Campanha de Logística Reversa de Medicamentos Domiciliares Vencidos ou em Desuso realizada no ano de 2018 pelo Governo do Estado, em parceria com o Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo e outras entidades. A ação teve duração de 60 dias com a participação de 250 pontos de coleta distribuídos em farmácias públicas e privadas de todas as Regionais de Saúde do Estado. Os resíduos de medicamentos coletados ultrapassaram duas toneladas. Foi possível identificar os recursos necessários para implantação dessa política com participação de atores da cadeia farmacêutica. A atuação

do Governo do Estado foi essencial para a aproximação dos setores e articulação na Campanha. Contudo, salienta-se a necessidade de interlocução dos entes responsáveis pelo processo para execução permanente desta política no Estado.

PALAVRAS-CHAVE: Logística Reversa. Vigilância Sanitária. Resíduos Sólidos. Preparações Farmacêuticas. Controle de Medicamentos e Entorpecentes.

ABSTRACT This paper describes the experience report of the Health Surveillance Division of the State Health Department of Paraná in the Pharmaceutical Reverse Logistics Campaign for Expired or Unused Home Medicines held in 2018 by the State Government, in partnership with the Pharmaceuticals Industry Union of the State of São Paulo and other entities. The action lasted 60 days with the participation of 250 collection points distributed in public and private pharmacies of all State Health Units. The drug residues collected exceeded two tons. It was possible to identify the resources required to implement this policy with the participation of actors from the pharmaceutical chain. The participation of the State Government was essential to bring the sectors together, and to articulate the Campaign. However, the need of dialogue among entities in charge of the process, for the permanent implementation of this policy in the State, shall be highlighted.

KEYWORDS: Reverse Logistics. Health Surveillance. Solid Waste. Drug and Narcotic Control

INTRODUÇÃO

O uso de medicamentos está em constante expansão no mundo, o que não é diferente no Brasil. Em 2018, o mercado farmacêutico no Brasil ocupou a sétima posição no ranking internacional e estima-se que estará na quinta posição até 2023¹. Apesar dos diversos benefícios dos tratamentos medicamentosos, o seu uso indiscriminado e descarte inadequado pode gerar diversos danos à saúde humana, animal e ambiental. De acordo com o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas, os medicamentos foram o maior fator de intoxicação e envenenamento, com 40% dos 39.521 casos ocorridos em 2016².

Uma recente pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Farmácia constatou que a

automedicação é um hábito comum a 77% dos brasileiros que fizeram uso de medicamentos nos últimos seis meses. A facilidade de acesso ao medicamento foi citado como um dos fatores determinantes para a automedicação. A pesquisa revelou também que 76% dos entrevistados indicaram maneiras incorretas para a destinação final dos medicamentos que sobram ou vencem, sendo que a maioria da população descarta em lixo comum e quase 10% jogam os restos nas pias, vasos sanitários e tanque³.

Neste sentido, a Logística Reversa de Medicamentos, além de garantir a destinação ambientalmente adequada dos resíduos, contribui com o Uso Racional de Medicamentos e, aplicada

na visão de Saúde Única, contribui para a saúde humana, animal e ambiental. Assim, é caracterizada por um conjunto de ações, procedimentos e meios destinados a viabilizar a coleta e a restituição dos resíduos sólidos ao setor empresarial, para reaproveitamento ou destinação final ambientalmente adequada⁴.

A Política Nacional de Resíduos Sólidos, instituída pela Lei Federal nº 12.305/10, estabeleceu a responsabilidade compartilhada dos geradores de resíduos, como fabricantes, importadores, distribuidores, comerciantes, cidadão e titulares de serviços de manejo dos resíduos sólidos urbanos na Logística Reversa dos resíduos e embalagens pós-consumo⁴. Contudo, ainda não há uma Política Nacional de Logística Reversa de Medicamentos que garanta efetiva participação de todos os entes da cadeia farmacêutica no manejo e destinação adequada dos resíduos destes produtos.

O estado do Paraná estabeleceu a Logística Reversa de Medicamentos domiciliares vencidos ou sem uso por meio da Lei nº 17.211, de 03 de julho de 2012 e Decreto nº 9.213, de 23 de outubro de 2013, de forma a determinar uma responsabilidade compartilhada na destinação dos resíduos de medicamentos entre os atores envolvidos na cadeia farmacêutica. Os estabelecimentos que comercializam ou distribuem medicamentos ao consumidor final, inclusive de forma gratuita, são responsáveis pelo recebimento, acolhimento, identificação, armazenamento temporário e manutenção dos registros de gerenciamento de medicamentos, cujas características sejam similares àquelas comercializadas ou distribuídas por estes estabelecimentos, e esse processo deve estar incorporado no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) da empresa. Já os fabricantes, importadoras, distribuidoras e revendedoras de medicamentos são responsáveis pela coleta, transporte e destinação adequada desses produtos, além da prestação de assistência aos estabelecimentos que comercializam ou distribuem os mesmos. A fiscalização do cumprimento da lei nos estabelecimentos que comercializam ou

distribuem medicamentos compete à Vigilância Sanitária (VISA), enquanto a fiscalização das empresas fabricantes, importadoras, distribuidoras e revendedoras de medicamentos cabe ao Instituto Ambiental do Paraná (IAP)^{5,6}.

Nesse contexto, o Grupo de Trabalho sobre Medicamentos (GTM-PR), composto por representantes do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná (CRF-PR), Consórcio Paraná Saúde, Sindicato dos Farmacêuticos no Estado do Paraná, Secretaria Municipal de Saúde e do Meio Ambiente de Curitiba, Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e Secretaria de Estado do Meio Ambiente e Recursos Hídricos (SEMA), entre outros órgãos, atua junto aos setores responsáveis pela Logística Reversa de Medicamentos para implantação desse processo. Atualmente, a prática de coleta é desenvolvida por alguns setores públicos e privados, contudo a participação de todos os entes envolvidos na cadeia farmacêutica ainda é um desafio.

Dessa forma, o Governo do Estado do Paraná, por meio da SESA e SEMA, realizou uma Campanha de Logística Reversa de Medicamentos Domiciliares Vencidos ou em Desuso no ano de 2018, com a participação de fabricantes de medicamentos e farmácias, de forma a ofertar pontos de coleta em todas as Regiões de Saúde do Estado.

METODOLOGIA

A metodologia adotada para este trabalho foi o relato de experiência da Divisão de Vigilância Sanitária de Produtos (DVVSP) da SESA na Campanha de Logística Reversa de Medicamentos Domiciliares Vencidos ou em Desuso no Paraná, realizada no período de 15/08/2018 a 15/10/2018. Essa ação foi firmada pelo Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo (SINDUSFARMA) e Sindicato do Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos do Estado do Paraná (SINDIFARMA), com a assinatura de carta

de intenção com o Governo do Estado do Paraná em junho de 2018.

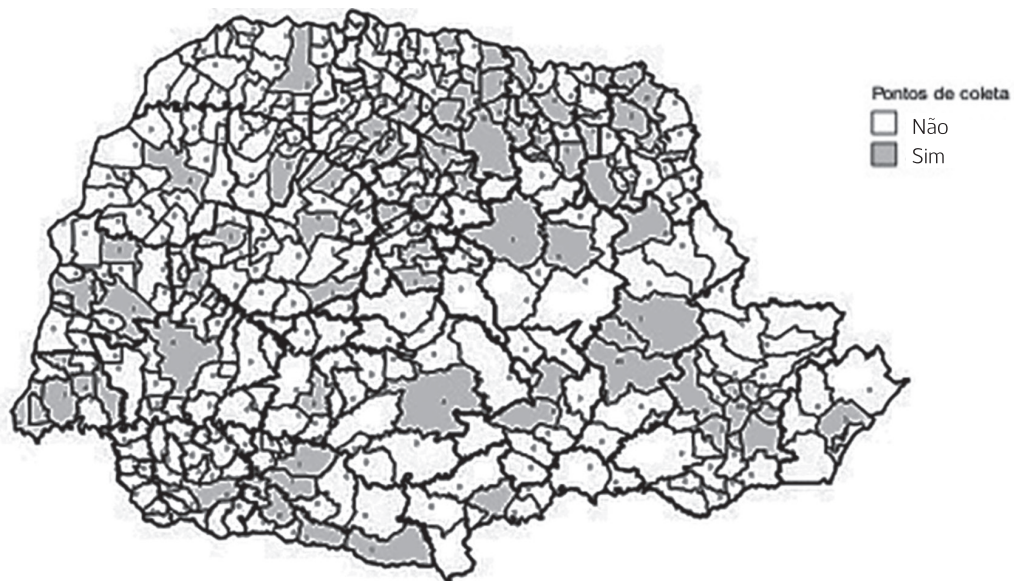
A DVVSP em parceria com a SEMA e GTM, realizaram a coordenação, organização e interlocução dos atores envolvidos na Campanha. Foram realizadas reuniões periódicas com o setor varejista e demais atores envolvidos para definições logísticas e de operacionalização. Considerando a dificuldade de deslocamento de alguns representantes dos pontos de coleta, o correio eletrônico e telefone foram importantes para a comunicação entre os participantes. Em alguns casos, o SINDIFARMA participou como representante dos associados que não puderam comparecer nas reuniões.

SELEÇÃO DOS PONTOS DE COLETA

Os pontos de coleta de resíduos foram estabelecidos de forma a atender todas as

Regionais de Saúde do Estado e os municípios com população maior que 100.000 habitantes. Inicialmente foram convidadas para participar da Campanha as farmácias que já efetuavam coleta de medicamentos vencidos, o que representava aproximadamente 200 pontos, conforme levantamento prévio realizado pelo GTM-PR. Após essa etapa, foram incluídas as farmácias que tinham interesse em iniciar o processo de coleta, além de pontos públicos selecionados com o apoio do Consórcio Paraná Saúde, Conselho dos Secretários Municipais de Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica da SESA e Centro de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR). Totalizaram 250 pontos de coleta distribuídos em 16 farmácias de Secretarias Municipais de Saúde, 23 farmácias estaduais, 02 farmácias federais e 209 farmácias privadas, localizados em 92 municípios. Foi possível atender os municípios com maior densidade demográfica de todas as regiões do Estado conforme demonstrado na figura 1.

Figura 1 Quantidade de pontos de coleta da Campanha de Logística Reversa de Medicamentos por município.



Fonte: Elaborado pelos autores (2019).

As informações dos pontos de coleta como nome, endereço e contato foram sistematizadas e disponibilizadas pela DVVSP aos interessados, e foram definidos pontos focais para tramitação de informações entre as farmácias, SESA e SINDUSFARMA. O Consórcio Paraná Saúde ficou como ponto focal das Secretarias Municipais de Saúde, o CEMEPAR como referência para as Farmácias do Paraná, e os representantes das farmácias privadas responsáveis por sua rede ou estabelecimento.

Os pontos de coleta foram orientados quanto ao funcionamento da Campanha por meio de um manual orientativo elaborado pelo SINDUSFARMA em parceria com a SESA.

ELABORAÇÃO, AQUISIÇÃO, ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DOS MATERIAIS

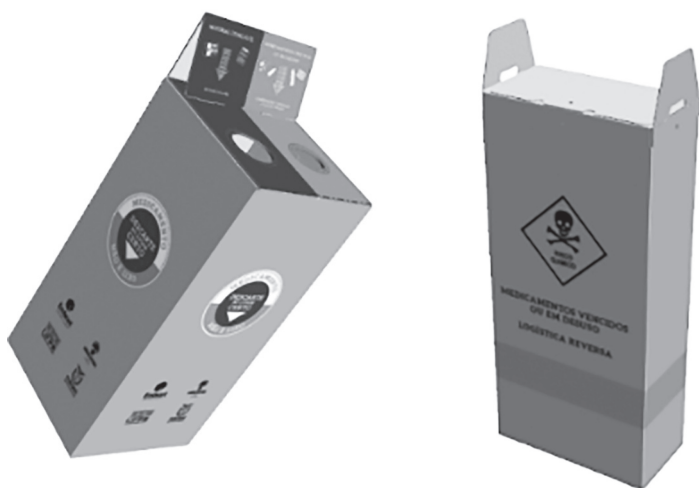
Foram utilizados os seguintes materiais durante a ação: caixas coletoras e componentes,

estrado para suporte da caixa coletora, sacos de lixo, lacres para caixa de resíduos, banner e cartaz educativo. A SESA realizou a coordenação e articulação no desenvolvimento, aquisição e distribuição destes materiais em parceria com as demais entidades.

O Departamento de Design da Universidade Federal do Paraná (UFPR) forneceu a logomarca e modelo do cartaz educativo, os quais foram desenvolvidos na execução do projeto-piloto de Logística Reversa de Medicamentos de Curitiba.

A caixa coletora⁷ utilizada na Campanha foi desenvolvida em conjunto com o GTM-PR e a fabricante Embrart Embalagens Inteligentes, conforme figura 2. Considerando o Termo de Compromisso de Logística Reversa assinado pelo Sindicato das Indústrias de Papel e Celulose (SINPACEL) com a SEMA, o SINPACEL e a Embrart confeccionaram e doaram à SESA as caixas coletoras e seus componentes (refis para coleta de resíduos e suporte para material reciclável).

Figura 2 Caixa coletora e refil para descarte dos resíduos em 3D.



Fonte: Embrart Embalagens Inteligentes, 2018.

A SESA financiou a confecção de banner e cartaz orientativo⁸, conforme modelo da figura 3, para uso em todos os pontos, bem como os lacres para fechamento da caixa de resíduos e sacos de lixo enviados aos pontos de coleta públicos, e estrados enviados às Farmácias do

Estado. O layout da caixa coletora e banner foram desenvolvidos pela SESA. Salienta-se que a arte do coletor priorizou a identificação visual com ênfase na separação dos resíduos de medicamentos e materiais recicláveis, como bula e embalagem secundária do medicamento.

Figura 3 Banner e cartaz de divulgação da Campanha de Logística Reversa de Medicamentos.



Fonte: SESA, 2018.

Na distribuição dos materiais, alguns pontos de coleta os retiraram diretamente no almoxarifado do Estado, contudo, considerando que a maioria das farmácias se localizavam em regiões distantes, a SESA realizou o transporte até as Farmácias do Paraná das Regionais de Saúde mais próximas dos respectivos pontos de coleta, para armazenamento temporário até retirada. Houve parceria e articulação com o Departamento Estadual de Logística e Suprimento (DELS), Departamento de Material e Patrimônio (DEMP) e CEMEPAR para o armazenamento e distribuição destes materiais. Foram disponibilizados aos pontos de coleta uma caixa coletora com suporte para reciclável e quatro

refis para descarte dos medicamentos, um banner e um cartaz. Aos pontos públicos foram fornecidos também lacres, sacos de lixo e estrado. Foi disponibilizado também um manual orientativo da Embrart referente à montagem da caixa coletora.

Os cartazes orientativos foram ofertados também às Universidades, Regionais de Saúde do Estado, Secretarias Municipais de Saúde, CRF-PR, Consórcio Paraná Saúde, entre outras entidades. A relação dos pontos de coleta com os endereços foi disponibilizada no sítio eletrônico da SESA para consulta pela população. Houve ainda divulgação da Campanha em mídias de grande circulação

como jornais e sítios eletrônicos das entidades participantes.

COLETA, TRANSPORTE E DESCARTE DOS RESÍDUOS

Considerando as atribuições do setor fabricante de medicamentos que foram estabelecidas na legislação vigente e a carta de intenções assinada, o SINDUSFARMA contratou uma empresa para gerenciamento da coleta, transporte e destinação final ambientalmente adequada dos resíduos de medicamentos coletados nos pontos da Campanha. A coleta dos resíduos ocorreu em duas fases, a primeira foi realizada de 17 a 30 de setembro de 2018 e a segunda no período de 16 a 30 de outubro de 2018.

Considerando a dificuldade de mensuração prévia do recurso financeiro necessário para transporte e destinação ambientalmente adequada dos resíduos de medicamentos coletados, foi estabelecida uma média máxima de 15 kg de resíduo por ponto para coleta durante a Campanha.

O SINDUSFARMA disponibilizou à SESA o relatório da Campanha com o peso dos resíduos coletados em cada fase da coleta. A empresa coletora ficou responsável por emitir o Manifesto de Transporte Rodoviário, com dados da farmácia, a quantidade de refs e respectivos pesos unitários, a ser assinado pela transportadora e pelo Responsável Técnico ou Representante Legal da farmácia. Os pontos de coleta também ficaram responsáveis pelo registro dos volumes e peso coletado.

Na data de 12/12/2018, foi realizada uma reunião com representantes do SINDUSFARMA, SESA, SEMA e Consórcio Paraná Saúde para avaliação dos resultados da Campanha. Foi também enviado aos pontos de coleta um questionário FormSUS para avaliação da ação com as 3 perguntas de múltipla escolha descritas abaixo e um campo aberto para comentários. As alternativas das perguntas fechadas variavam em uma escala de 1 a 5, sendo 1 pouco relevante e 5 extremamente

relevante.

- Qual grau de relevância a Logística Reversa de Medicamentos representa para a população?
- Você considera a estratégia de Campanhas suficiente para atender as necessidades da população frente à Logística Reversa de Medicamentos?
- Qual é o grau de satisfação em que você classifica a Campanha de Logística Reversa de Medicamentos realizada pelo Estado do Paraná no período de 15/08/2018 a 15/10/2018?

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 apresenta a quantidade coletada em cada fase por faixas de peso e quantidade de farmácias envolvidas⁹. As coletas realizadas nas duas fases totalizaram 2.305 kg de resíduos de medicamentos. Considerando o breve período de divulgação da campanha, ressalta-se que o volume coletado pode representar apenas uma parcela dos resíduos de medicamentos domiciliares que são descartados pela população paranaense.

Constatou-se a coleta de mais de 40 kg por ponto em quatro farmácias públicas, sendo que o maior peso coletado em uma delas foi 201 kg. A predominância de resíduos nestes estabelecimentos pode estar associada à elevada quantidade de medicamentos distribuídos pela rede pública, o que favorece o acesso da população a esses ambientes, além da característica de "fidelização" desse público, que periodicamente frequenta a farmácia pública para a retirada de seus medicamentos. Observa-se que 29% (147) das farmácias não apresentaram resíduos para coleta em alguma das fases e 33% (156) das coletas recolheram entre 2 e 75 kg de resíduos. Esse peso está consonante com a média nacional de 5,3 kg/ponto de coleta ao mês, estimada pela Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial em 2013¹⁰. Salienta-se que a variação do

volume coletado por estabelecimento pode estar relacionada à diferença de hábito da população

local no descarte adequado, visto que algumas farmácias já realizavam coleta antes da Campanha.

Tabela 1 Quantidade de farmácias e peso coletado em cada fase por faixa de quantidade de resíduos.

COLETA	PRIMEIRA FASE		SEGUNDA FASE	
	Quantidade de farmácias	Peso coletado	Quantidade de farmácias	Peso coletado
Sem resíduos	67	0	80	0
Coleta de até 1,99 kg	25	28	55	53
Coleta entre 2 kg e 7,5 kg	80	322	76	309
Coleta acima 7,5 kg	48	900	38	693

Fonte: SINDUSFARMA, 2018.

Na pesquisa de satisfação, representantes de mais de 55 farmácias consideraram extremamente relevante (5 pontos) a Logística Reversa de Medicamentos para a população. Foi obtida uma média de 2 pontos na estratégia de Campanhas para o atendimento dessa demanda de descarte e média de 3 pontos no grau de satisfação da Campanha realizada.

Durante a Campanha alguns pontos sugeriram a alteração do modelo de coletor com a disponibilização de uma caixa com apenas 01 orifício para descarte dos medicamentos e complementação da informação visual do coletor com placa orientativa sobre o não descarte de agulhas e seringas. Quanto a estas sugestões, esclarece-se que o desenvolvimento da caixa coletora com dois orifícios visa a possibilidade de separação dos materiais recicláveis para reutilização em outras cadeias produtivas de maneira ambientalmente sustentável. Já na identificação visual da caixa elaborada, a mesma teve o objetivo de descrever imagens de forma afirmativa, ou seja, com a inserção dos itens passíveis de descarte e não o oposto a fim de evitar confusão.

Os pontos de coleta relataram também

dificuldades relacionadas às orientações de descarte aos usuários, dúvida quanto aos tipos de medicamentos que poderiam ser descartados, necessidade de triagem do conteúdo do suporte para recicláveis para confirmar o descarte correto. Esses dados corroboram uma pesquisa realizada na cidade de Curitiba, Paraná, onde foi identificado o descarte de resíduos de medicamentos e recicláveis no mesmo recipiente, mesmo com a indicação de separação dos materiais¹¹. Foi relatado ainda o descarte de medicamentos de estabelecimentos de saúde, contudo ressalta-se que a Lei nº 17.211/2012 e o Decreto nº 9.213/2013, estabelecem as responsabilidades dos entes da cadeia produtiva de medicamentos quanto ao descarte de medicamentos domiciliares, sendo que os resíduos gerados pelos estabelecimentos de saúde não estão contemplados neste processo. A necessidade de orientação aos consumidores também foi evidente em um estudo realizado no estado de São Paulo, o qual demonstrou que a maior parte dos consumidores nunca havia recebido informações sobre o descarte seguro de medicamentos¹².

Destaca-se que a condução dessa Campanha ocorreu de forma intersetorial e multidisciplinar

entre os responsáveis pela Logística Reversa de Medicamentos e diversos setores da SESA, SEMA e GTM-PR. Contudo, verificou-se que a operacionalização foi dificultada pela ausência de uma entidade com dedicação exclusiva para esse fim. A fragmentação das responsabilidades dos atores envolvidos na ação também retardaram a resolução das dificuldades encontradas. As estratégias de Campanhas de Educação Ambiental permanentes foram apontadas por outro estudo como quarta prática mais relevante na estratégia de sensibilização do consumidor para o descarte de medicamentos domiciliares¹².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Campanha de Logística Reversa de Medicamentos Domiciliares Vencidos ou em Desuso foi pioneira no estado do Paraná na disponibilização de pontos de coleta em todas as regiões do Estado com a responsabilização compartilhada entre o comércio varejista e setor fabricante de medicamentos. O elevado volume de resíduos coletado demonstrou a necessidade de uma cadeia de Logística Reversa permanente.

O descarte ambientalmente adequado dos medicamentos tem relevante importância socioambiental na sociedade atual. A crescente utilização de fármacos pela população, a automedicação e o uso irracional de medicamentos contribuem para que esses produtos estejam dentre as principais causas de intoxicação. A ausência de uma política de Logística Reversa efetiva favorece o descarte inadequado, como nos vasos sanitários, lixo comum, pia, esgoto, queima a céu aberto, além de gerar um grande passivo ambiental. A contaminação do solo e dos recursos hídricos favorece o desequilíbrio no meio ambiente. Portanto, o uso racional de medicamentos e o seu descarte adequado são fundamentais para a manutenção do ecossistema.

A Lei nº 17.211/2012 e o Decreto nº 9.213/2013

foram marcos de regulação da Logística Reversa de Medicamentos no Estado, contudo a sua implementação ainda é um desafio. A ausência de uma harmonização nacional sobre essa prática dificulta a responsabilização e participação efetiva e contínua das empresas que comercializam no Paraná, mas estão localizadas em outros estados onde a Lei não tem abrangência.

Foi possível verificar a predominância do setor público na coleta de medicamentos vencidos ou em desuso. Esse fato está relacionado à grande participação na aquisição e conseqüentemente na dispensação de medicamentos à população, bem como nas práticas de atenção farmacêutica, de forma que suas farmácias são pontos de referência para descarte. A atuação de pontos de coleta em farmácias federal, estadual e municipal se mostrou relevante nesta Campanha.

Considerando os relatos recebidos quanto às dificuldades enfrentadas, observa-se a necessidade de fortalecimento dos meios de comunicação e divulgação da orientação de descarte aos estabelecimentos e aos usuários.

Verificou-se ainda que há grande participação do comércio varejista na Logística Reversa de Medicamentos, sendo que muitos realizam coleta e destinação de medicamentos domiciliares vencidos e em desuso com recursos próprios. O estudo de Silva (2016) evidenciou que 132 farmácias localizadas em Curitiba, Paraná, relataram que os custos do gerenciamento de resíduos era realizado pelo próprio estabelecimento¹¹. Portanto, a participação permanente do setor fabricante, importador e atacadista de medicamentos é imprescindível para a continuidade do Plano de Logística Reversa.

A atuação do Governo do Estado nesta atividade foi essencial para a aproximação dos setores e articulação das propostas de atuação. Contudo, salienta-se a necessidade de interlocução dos entes envolvidos para a definição da melhor forma de operacionalização desta política. A participação de associações no desenvolvimento de uma cadeia logística é uma alternativa para a

melhor articulação dos entes interessados. Ressalta-se ainda a necessidade de Acordo Setorial entre os diversos envolvidos para a execução permanente no Estado.

REFERÊNCIAS

1. Aitken M, Kleinrock M, Simorellis A, Nass D. The Global Use of Medicine in 2019 and Outlook to 2023 [Internet]. USA: IQVIA Institute for Human Data Science, 2019; [citado em 2019 Ago 02]. Disponível em: <https://informatoiiit/wp-content/uploads/2019/03/the-global-use-of-medicine-in-2019-and-outlook-to-2023.pdf>.
2. Oliveira A. Remédios causam 40% dos casos de intoxicação e envenenamento [Internet]. Portal O Dia. 2018 Dez 01 [citado em 2019 Ago 02]. Disponível em: <https://sinitoxicict.fiocruz.br/sites/sinitoxicict.fiocruz.br/files//Clipping%20Internet%20Dez2018.pdf>.
3. Conselho Federal de Farmácia. Quase metade dos brasileiros que usaram medicamentos nos últimos seis meses se automedicou até uma vez por mês. [Internet]. Conselho Federal de Farmácia. 2019 Abr 27 [citado em 2019 Ago 02]. Disponível em: <http://www.cff.org.br/noticia.php?id=5267&titulo=Quase+metade+dos+brasileiros+que+usaram+medicamentos+nos+%C3%BAltimos+seis+mese+s+se+automedicou+at%C3%A9+uma+vez+por+m%C3%AAs>.
4. BRASIL. Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências [Internet]. Portal da Legislação: Leis Ordinárias. 2010 [citado em 2019 Out 14]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/12305.htm.
5. PARANÁ. Lei nº 17211, de 03 de julho de 2012. Dispõe sobre a responsabilidade da destinação dos medicamentos em desuso no Estado do Paraná e seus procedimentos [Internet]. Casa Civil: Sistema Estadual de Legislações. 2012 [citado em 2019 Out 14]. Disponível em: <https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/listarAtosAno.do?action=exibir&codAto=70132&indice=5&totalRegistros=412&anoSpan=2019&anoSelecionado=2012&mesSelecionado=0&isPaginado=true>.
6. PARANÁ. Decreto nº 9.213, de 23 de outubro de 2013. Regulamenta a Lei nº 17211, de 03 de julho de 2012, que dispõe sobre a responsabilidade da destinação dos medicamentos em desuso no Estado do Paraná e seus procedimentos, e dá outras providências [Internet]. Casa Civil: Sistema Estadual de Legislações. 2013 [citado em 2019 Out 14]. Disponível em: <https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/listarAtosAno.do?action=exibir&codAto=106889&indice=2&totalRegistros=229&anoSpan=2019&anoSelecionado=2013&mesSelecionado=10&isPaginado=true>.
7. Embrant Embalagens Inteligentes. Coletor utilizado na Campanha de Logística Reversa de Medicamentos Domiciliares Vencidos ou em Desuso; 2018. Curitiba, 2018.
8. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Medicamento não é lixo, descarte no lugar certo. Banner e cartaz utilizado na

Campanha de Logística Reversa de Medicamentos Domiciliares Vencidos ou em Desuso – 2018. Curitiba; 2018.

9. Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo (SINDUSFARMA). Relatório Final Coleta dos medicamentos em desuso e/ou vencidos na Campanha de Logística Reversa do Estado do Paraná – 2018. São Paulo; 2018.

10. Agência Brasileira de Desenvolvimento. Logística reversa para o setor de medicamentos [Internet]. Brasília: ABDI; 2013 [citado 2019 Out 14]. Disponível em: <https://old.abdi.com.br/Estudo/Log%C3%ADstica%20Reversa%20de%20Medicamentos.pdf>.

11. Silva SFM. Análise da aplicação da logística reversa por pontos de venda de medicamentos de uso humano em Curitiba-PR [dissertação na internet]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2016; [citado em 2019 Out 09]. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/47706/R%20-%20D%20-%20SAMIRA%20FAJARDO%20DE%20MELLO%20E%20SILVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

12. Aurélio CJ. Estratégias para operacionalização da logística reversa de medicamentos [dissertação na internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2015 [citado em 2019 Out 09]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/100/100136/tde-07012016-142615/en.php>.

RECEBIDO: 31/08/2019

ACEITO: 16/10/2019

VIOÊNCIA LABORAL CONTRA A EQUIPE DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA

Occupational violence against the nursing team: an integrative review

Bruna Decco Marques da Silva¹, Júlia Trevisan Martins², Aline Aparecida Oliveira Moreira³

1. Universidade Estadual de Londrina (UEL). Bolsista de Iniciação Científica CNPq. Londrina, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9595-9446>.

2. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6383-7981>.

3. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Enfermeira do Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade/SESA. Londrina, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2621-7078>

CONTATO: Aline Aparecida Oliveira Moreira | Endereço: R. das Orquídeas, 75 | Telefone: (43) 3374-1900 | E-mail: alineoliveira@yahoo.com.br

COMO CITAR: Silva BDM, Martins JT, Moreira AAO. Violência laboral contra a equipe de enfermagem: revisão integrativa. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Dez;2(2):125-135.



COPYRIGHT 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.

RESUMO O objetivo deste estudo foi identificar as evidências científicas nacionais e internacionais sobre os tipos de violência laboral sofrida pela equipe de enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. A coleta de dados deu-se em dezembro de 2018 nas bases de dados MEDLINE via PubMed, LILACS e na BDEF. A revisão encontrou 31 artigos que respondiam à pergunta de pesquisa. A violência física e psicológica foram as principais violências sofridas pelos profissionais da enfermagem. Os locais com maior ocorrência da violência foram os serviços de urgência e emergência nas pesquisas nacionais, e nas internacionais, foram nas instituições de saúde mental e na atenção primária. Os principais motivos elencados para a deflagração da violência foram a patologia do paciente,

sobrecarga de trabalho e estresse dos profissionais. Apesar da violência laboral estar presente em diversos serviços, sua investigação teve início recente, sendo importante avançar a respeito desse tema relevante.

PALAVRAS-CHAVE: Violência no trabalho. Equipe de enfermagem. Profissionais de enfermagem. Riscos ocupacionais.

ABSTRACT The aim of this study was to know the national and international scientific evidence on the types of occupational violence experienced by the nursing staff. This is an integrative literature review. Data collection took place in 2018 from MEDLINE databases via PubMed, LILACS and BDEF. The review found 31 articles that answered a research question. Physical and psychological violence were the main ones experienced by nursing professionals. The place with the highest incidence of violence was the emergency service in national surveys, and the mental health institutions and primary care in international surveys. The main reasons given for the outbreaks were the patient's pathology, work overload, and workers' stress. Although occupational violence is present in different services, its investigation is recent, and this relevant topic shall be further studied.

KEYWORDS: Workplace violence. Nursing, Team. Nurse Practitioners. Occupational Risks.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua violência como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”¹.

A violência no ambiente de trabalho tem se tornado cada vez mais comum e vem ocupando um dos tópicos de problemas na saúde pública, pois, além de comprometer o atendimento prestado pelo trabalhador, gera custos para o serviço devido aos afastamentos por licença médica, absenteísmo e doenças que comprometem a saúde mental².

A violência laboral é multifacetada, uma vez que pode abranger desde ataques verbais sutis até ataques físicos. É importante que as organizações de saúde tenham supervisores que assegurem proteção e possam conduzir os profissionais frente às circunstâncias de agressão³. Essa realidade não é encontrada na maior parte das instituições, pelo contrário, a violência na maioria das vezes é considerada como parte do cotidiano de trabalho⁴.

Embora a violência possa acontecer com qualquer profissional, os que lidam diretamente com pessoas são os mais vulneráveis, como os professores e equipe de saúde. Assim, a equipe de enfermagem, por ser constituída de profissionais que assumem a “linha de frente” nos serviços

de atendimento à saúde, fica 24 horas exposta às pessoas em situações de angústia, de dor, de sofrimento, de morte. E são estas situações que levam a equipe de enfermagem se tornar mais susceptível a sofrer violência laboral⁵.

A violência que ocorre contra a equipe de enfermagem pode ser de ordem psicológica, física ou estrutural, e normalmente está vinculada às necessidades sociais emergentes, como, por exemplo, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelos pacientes e as circunstâncias de trabalho a que os profissionais são expostos, as quais muitas vezes encontram-se desorganizada e mal administrada⁶.

A exposição à violência laboral causa danos à saúde do trabalhador e pode associar-se ao estresse e à redução da satisfação pessoal podendo acarretar prejuízos no rendimento do trabalho. Em se tratando de agressões, é necessário diálogo e resiliência frente ao profissional agredido⁷. Assim, as intervenções relativas ao fenômeno da violência laboral colaboram para promoção do bem-estar dos trabalhadores implicados⁴.

Uma pesquisa desenvolvida em Madrid mostrou que os trabalhadores que estão expostos à violência apresentam maiores taxas de ansiedade, desgaste e síndrome de *burnout* em relação aos que não sofreram qualquer tipo de violência⁸.

Diante disso, torna-se necessário descobrir quais são as evidências científicas sobre os tipos de violência laboral sofrida pela equipe de enfermagem. Para tal, o presente estudo objetiva identificar as evidências científicas nacionais e internacionais sobre esses tipos de violência laboral.

A relevância deste estudo é justificada pela escassez de estudos sobre esta temática e poderá apontar para que os gestores, em conjunto com os trabalhadores, estabeleçam ações de prevenção e contenção de violência, com a finalidade de garantir a saúde, o bem-estar no trabalho e, por consequência, a qualidade de vida no ambiente laboral.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. A fim de direcionar este estudo, foram seguidas seis etapas: definição do tema e elaboração do objetivo e da questão norteadora; busca na literatura e determinação para inclusão dos estudos; categorização dos estudos; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão do conhecimento⁹.

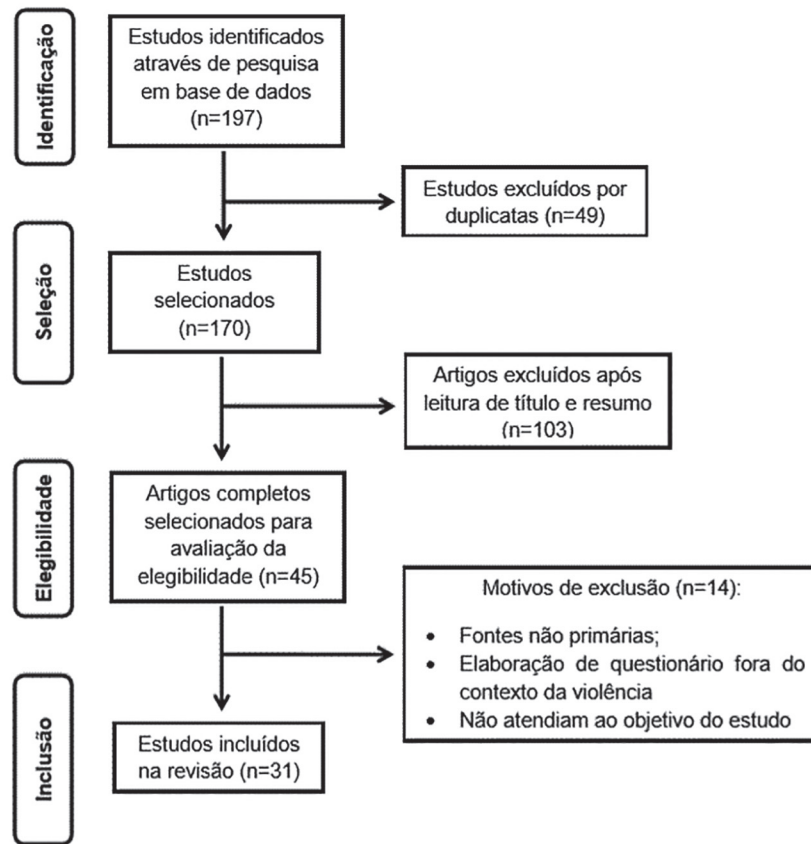
A pergunta de pesquisa foi sistematizada de acordo com a estratégia PICO (P – população; I – intervenção; C – comparação; O – desfecho). Considerou-se, assim, a seguinte estrutura: P – trabalhadores de enfermagem; I – publicações brasileiras; C – publicações internacionais; O – violência laboral. Dessa forma, elaborou-se a seguinte questão: Quais são as evidências científicas nacionais e internacionais sobre os tipos de violência laboral sofrida pela equipe de enfermagem?

Os descritores empregados encontravam-se inseridos no Banco de Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) (violência no trabalho, equipe de enfermagem, profissionais de enfermagem) e no *Medical Subject Headings* (MeSH) (*Workplace Violence, Nursing Team, Nurse Practitioner*).

A coleta de dados deu-se em dezembro de 2018, as bases utilizadas foram: PubMed/MEDLINE, da National Library of Medicine, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no Banco de Dados em Enfermagem (BDENF). As estratégias utilizadas foram: violência no trabalho AND equipe de enfermagem; violência no trabalho AND profissionais de enfermagem; workplace violence AND nursing team e workplace violence AND nurse practitioner.

Os critérios de inclusão para os estudos foram: artigos da língua portuguesa, inglesa e espanhola disponíveis gratuitamente, e pesquisa de fonte primária, sem decisão pelo corte temporal. Foram excluídos artigos que não respondiam à pergunta da pesquisa. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, obteve-se uma amostra final de 31 artigos, os quais foram lidos na íntegra (Figura 1).

Figura 1 Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos dessa revisão



Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

RESULTADOS

Os artigos da amostra foram escolhidos por meio da sequência: leitura de título, leitura de resumo e leitura do texto integral. Para a coleta de informes oportunos ao estudo, elaborou-se um instrumento abrangendo as seguintes informações: autores, local de origem do estudo, ano de publicação, amostra, delineamento do estudo e tipo de violência. A sistematização das informações foi realizada de forma descritiva e qualitativa, com descrição dos principais resultados por meio dos quadros abordando características gerais e os tipos de violência.

Dos 31 artigos incluídos nesta revisão, 11 foram internacionais e 20 nacionais. Assim, pode-se constatar que houve predominância dos artigos publicados em português sobre violência laboral na realidade brasileira em relação aos outros países nas bases de dados verificadas.

O quadro 1 mostra que as violências física e psicológica estão entre as principais violências sofridas pelos profissionais de enfermagem. Ainda identifica as características dessa violência, bem como o periódico e ano do estudo.

Quadro 1 Síntese dos estudos primários segundo tipo de violência, características da violência, periódico e ano do estudo

TIPOS DE VIOLÊNCIA	CARACTERÍSTICAS	PERIÓDICO E ANO
Psicológica	Agressões verbais, violência verbal, abuso verbal, assédio sexual, assédio moral e discriminação racial	Revista Brasileira de Enfermagem, 2006 ¹⁰ . Cadernos de Saúde Pública, 2006 ¹¹ . Occupational Medicine, 2008 ¹² . International Journal of Environmental research and Public Health, 2009 ¹³ . Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2011 ¹⁴ . Enfermagem em Foco, 2011 ¹⁵ . Revista Brasileira de Enfermagem, 2011 ¹⁶ . Acta Paulista de Enfermagem, 2011 ¹⁷ . Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2012 ¹⁸ . Ciência, Cuidado e Saúde, 2012 ¹⁹ . Acta Paulista de Enfermagem, 2012 ²⁰ . Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, 2013 ²¹ . Cadernos de Saúde Pública, 2014 ²² . International Journal of Mental Health Nursing, 2015 ²³ . Revista Brasileira de Enfermagem, 2015 ²⁴ . Journal of Nursing Scholarship, 2015 ²⁵ . Ciência, Cuidado e Saúde, 2015 ²⁶ . Journal of Clinical Nursing, 2016 ²⁷ . Journal of Nursing and Health, 2016 ²⁸ . Revista Gaúcha de Enfermagem, 2017 ²⁹ . Revista Gaúcha de Enfermagem, 2017 ³⁰ .
Física	Agressões físicas, violência física, ataques com armas ou faca, assédio sexual, abusos físicos e violência sexual	Cadernos de Saúde Pública, 2006 ¹¹ . Revista Brasileira de Enfermagem, 2006 ¹⁰ . Academic Emergency Medicine, 2008 ³¹ . International Journal of Environmental Research and Public Health, 2009 ¹³ . Revista Brasileira de Enfermagem, 2011 ¹⁶ . Acta Paulista de Enfermagem, 2011 ¹⁷ . Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2012 ¹⁸ . Acta Paulista de Enfermagem, 2012 ²⁰ . Journal of Clinical Nursing, 2013 ³² . Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, 2013 ²¹ . International Journal of Mental Health Nursing, 2015 ²³ . Revista Brasileira de Enfermagem, 2015 ²⁴ . Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2015 ³³ . Journal of Nursing Scholarship, 2015 ²⁵ . Ciência, Cuidado e Saúde, 2015 ²⁶ . Scandinavian Journal of Public Health, 2016 ³⁴ . Journal of Clinical Nursing, 2016 ²⁷ . Journal of Nursing and Health, 2016 ²⁸ . Revista Gaúcha de Enfermagem, 2017 ²⁹ . BMJ Open, 2017 ³⁵ . Revista Mineira de Enfermagem, 2017 ³⁶ . BMC Health Services Research, 2018 ³⁷ . Texto & Contexto Enfermagem, 2018 ³⁸ .
Estrutural	Discriminação e discriminação social	Cadernos de Saúde Pública, 2006 ¹¹ . Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, 2013 ²¹ . Revista Brasileira de Enfermagem, 2015 ²⁴ . Texto & Contexto Enfermagem, 2018 ³⁸ .

Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

No quadro 2, estruturaram-se título e ano, tipo de estudo, população e local. Apesar de não ter sido selecionado recorte temporal nas buscas, o primeiro estudo sobre a temática foi identificado nas buscas apenas em 2006 nacionalmente e em 2008 internacionalmente. Portanto, verifica-se preocupação recente sobre a temática de violência no trabalho.

Os principais tipos de abordagem metodológica dos estudos quantitativos foi o recorte transversal, os estudos qualitativos são todos nacionais e os estudos internacionais, apesar de serem em menor número, apresentaram estudos como maior número de participantes em estudos epidemiológicos e de coorte.

Nos estudos nacionais, o serviço de urgência

e emergência foi o mais abordado como local de ocorrência de violência contra os profissionais quando comparado aos estudos internacionais. Já as instituições de saúde mental que foram acometidas pela violência laboral foram mencionadas exclusivamente nos estudos internacionais. O ambiente hospitalar foi o mais acometido pela violência nos estudos nacionais quando comparados aos internacionais; os estudos internacionais apontaram maior violência nas atenções primárias.

Apesar desta revisão ter o foco na violência contra a equipe de enfermagem, foi identificado em ambos os estudos, nacionais e internacionais, outras categorias profissionais. Contudo, a equipe de enfermagem foi a mais exposta aos ataques violentos.

Quadro 2 Síntese dos estudos primários segundo título, ano, tipo de estudo, população e local do estudo.

TÍTULO E ANO	TIPO DE ESTUDO	POPULAÇÃO	LOCAL
Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina, Paraná, Brasil, 2006 ¹¹	Transversal e quantitativo	Trabalhadores de enfermagem e médicos	Serviço de urgência de um hospital em Londrina, Paraná
Relação tempo–violência no trabalho de enfermagem em Emergência e Urgência, 2006 ¹⁰	Qualitativa	Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem	Setor de emergência e urgência em Mato Grosso
Violence risks in nursing-results from the European 'NEXT' Study, 2008 ¹²	Epidemiológico	Enfermeiros	Países europeus
A Survey of Workplace Violence Across 65 U.S. Emergency Departments, 2008 ³¹	Transversal	Médicos, residentes, enfermeiros e assistentes médicos	Departamentos de Emergência dos EUA
Violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em hospital geral de São Paulo (SP), 2008 ³⁹	Transversal	Enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem	São Paulo
Incidence and Risk Factors of Workplace Violence on Nursing Staffs Caring for Chronic Psychiatric Patients in Taiwan, 2009 ¹³	Coorte	Trabalhadores de enfermagem	Hospital na área rural do leste de Taiwan
Violência psicológica na prática profissional da enfermeira, 2011 ¹⁴	Descritivo	Enfermeiras	Instituições hospitalares da Universidade Federal do Paraná
Situação constrangedora envolvendo profissionais das Unidades Básicas de Saúde do município de Porto Velho/Rondônia, 2011 ¹⁵	Quantitativo	Médicos, enfermeiros e dentistas	Unidades Básicas de Saúde de Porto Velho, Rondônia
Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem, 2011 ¹⁶	Qualitativo	Trabalhadores de enfermagem	Hospital público de Teresina, Piauí
Trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde na interface com a violência, 2011 ¹⁷	Qualitativo	Enfermeiros, auxiliares de enfermagem, Agentes comunitários de saúde, médico e vigilante	Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte
Violence towards personnel in out-of-hours primary care: A cross-sectional study, 2012 ¹⁸	Transversal	Enfermeiros, auxiliares de enfermagem e assistentes médicos	Centros de atenção primária na Noruega
Violência psicológica: um fator de risco e de desumanização ao trabalho da enfermagem, 2012 ¹⁹	Descritivo de abordagem quantitativo e qualitativo	Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem	Unidade Básica de Saúde de um município da região Noroeste do Rio Grande do Sul
Violência no cotidiano de trabalho de enfermagem hospitalar, 2012 ²⁰	Seccional e transversal	Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem	Hospitais públicos do Rio de Janeiro

TÍTULO E ANO	TIPO DE ESTUDO	POPULAÇÃO	LOCAL
Workplace physical violence among hospital nurses and physicians in underserved areas in Jordan , 2013 ³²	Transversal	Enfermeiros e médicos	Hospital em Jordânia
Violência relacionada ao trabalho das equipes de saúde da família, 2013 ²¹	Transversal	Agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e dentistas	Uberlândia, Minas Gerais
Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil, 2014 ²²	Transversal	Médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares e técnicos administrativos	Município de Salvador, Brasil
Aspectos relacionados à ocorrência de violência ocupacional nos setores de urgência de um hospital, 2014 ⁴⁰	Descritivo com abordagem quantitativa	Enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem	Setores de urgência de um hospital público em Rio Grande do Norte
Exposure of mental health nurses to violence associated with job stress, life satisfaction, staff resilience, and post-traumatic growth, 2015 ²³	Descritivo e transversal	Enfermeiros	Centro de saúde mental em Israel
Violência psicológica no trabalho da enfermagem, 2015 ²⁴	Descritivo e transversal com abordagem quantitativa	Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem	Rede hospitalar pública do município de Caxias, Maranhão
Violência, burnout e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar, 2015 ²³	Transversal	Enfermeiros auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos e profissionais de outras categorias de saúde	Hospital público referência para trauma na região sul do Brasil
Prevalence and Perpetrators of Workplace Violence by Nursing Unit and the Relationship Between Violence and the Perceived Work Environment, 2015 ²⁵	Transversal	Enfermeiras	Hospital universitário em Seul, Coréia do Sul
Unidade de Terapia Intensiva: violência no cotidiano da prática da enfermagem, 2015 ²⁶	Exploratório e qualitativa	Enfermeiras, técnica e auxiliares de enfermagem	UTI adulto de um hospital de ensino em Curitiba, Paraná
Incidence and recurrent work-related violence towards healthcare workers and subsequent health effects. A one-year follow-up study, 2016 ³⁴	Epidemiológico	Estudantes de saúde	Serviço de assistência à saúde dinamarquesa
Association among components of resilience and workplace violence-related depression among emergency department nurses in Taiwan: a cross-sectional study, 2016 ²⁷	Coorte retrospectiva	Enfermeiros	Departamento de emergência em Taiwan
Violência no trabalho e medidas de autoproteção: concepção de uma equipe de enfermagem, 2016 ²⁸	Exploratório e descritivo com abordagem qualitativa	Enfermeiros e técnicos de enfermagem	Pronto-socorro de um hospital universitário no Paraná
Estratégias utilizadas pela enfermagem em situações de violência no trabalho em hemodiálise, 2017 ²⁹	Exploratório e descritivo com abordagem qualitativa	Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem	Serviço de hemodiálise do sul do Brasil
Depressive symptoms and workplace violence-related risk factors among otorhinolaryngology nurses and physicians in Northern China: a cross-sectional study, 2017 ³⁵	Transversal	Enfermeiros e médicos	Hospitais terciários no norte da China
A violência contra os profissionais da enfermagem no setor de acolhimento com classificação de risco, 2017 ³⁰	Descritivo com abordagem qualitativa	Enfermeiras e técnicas de enfermagem	Setor de classificação de risco de um hospital em Mossoró, Rio Grande do Norte
Violência física ocupacional em serviços de urgência e emergência hospitalares: percepções de trabalhadores de enfermagem, 2017 ³⁶	Qualitativo	Trabalhadores de enfermagem	Serviços de urgência e emergência de dois hospitais públicos de um município do Paraná
Physical violence against health staff by mentally ill patients at a psychiatric hospital in Botswana, 2018 ³⁷	Transversal	Trabalhadores da área da saúde	Hospital Psiquiátrico Sbrana, Botswana
Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde, 2018 ³⁸	Transversal, de abordagem quantitativa e qualitativa	Técnicos de enfermagem, médicos, enfermeiros e profissionais de outras categorias da saúde	Hospital público referência em trauma para a Região Sul do Brasil

Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

No quadro 3, aponta-se a adoção de algumas medidas por parte dos profissionais diante do cenário de violência laboral. Poucos estudos

relataram a existência de políticas específicas para o enfrentamento da agressão instituída no ambiente de trabalho.

Quadro 3 Medidas adotadas pelos profissionais diante da violência laboral

MEDIDAS ADOTADAS	AUTOR E ANO
Informaram à chefia imediatamente após o ocorrido.	Oliveira, Camargo e Iwamoto, 2013 ²¹
Não fizeram denúncia com medo das consequências.	Miranda, Garcia e Barreto, 2011 ¹⁵ , Oliveira e D'Oliveira, 2008 ³⁹ , Silveira J, Karino ME, Martins JT, Galdino MJQ, Trevisan GS, 2016 ²⁸
Dialogaram com o agressor e se afastaram do agressor.	Cordenuzzi OCP, Lima SBS, Pretesc FC, Beck CLC, Silva RM, Paid DD, 2017 ²⁹
Recorreram à polícia, suporte psicológico e família.	Oliveira e D'Oliveira, 2008 ³⁹
Procuraram políticas específicas disponíveis no local de trabalho para lidar com a violência.	Oliveira e D'Oliveira, 2008 ³⁹ , Abualrub e Khawaldeh, 2013 ³²
Adotaram componentes de resiliência como a força pessoal, competência social e crenças religiosas.	Hsieh HF, Chen YM, Wang HH, Chang SC, Ching M, 2016 ²⁷

Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

DISCUSSÃO

Dentre as violências apresentadas, a estrutural foi localizada exclusivamente nos estudos nacionais. A violência psicológica é abordada em grande maioria nos estudos nacionais, quando comparadas aos internacionais. Já a violência física apresenta-se em grande maioria tanto nos artigos de abrangência nacional quanto nos de abrangência internacional.

Estudos nacionais apontam que o setor em que mais ocorreu violência foi de urgência e emergência, por ser entrada direta da população que busca atendimento à saúde^{11,28,31,36,40}. Nos estudos internacionais, destacou-se a atenção primária com atendimento em psiquiatria o local que mais apresenta violência, devido ao quadro clínico dos pacientes^{23,37}.

A violência laboral acomete diversas categorias profissionais. Os trabalhadores da área da saúde são os mais vulneráveis, pois estão na

linha de frente do atendimento ao usuário, sendo a categoria da enfermagem a que mais sofre violência nos setores de trabalho²¹.

Estudos nacionais apontam que os principais perpetradores de violência contra a equipe de saúde foram os pacientes, seguidos de familiares dos usuários^{15,19,24,39} e colegas de trabalho^{19,24,38}. Em contrapartida, apenas um estudo internacional mostrou a relação dos autores praticantes da violência, sendo respectivamente os pacientes, seguidos pelos médicos e familiares dos pacientes²⁵.

Dentre os motivos deflagradores para a violência, apontam-se, tanto em estudos nacionais quanto nos internacionais: a patologia do paciente^{18,38}, sobrecarga de trabalho e conseqüentemente estresse dos profissionais^{21,23}, falta de habilidades de comunicação^{30,32} e cenário de área violenta com influência de usuário de

droga^{17,18}. Exclusivamente, os estudos nacionais abordam o contingenciamento de trabalho e falta de recursos^{28, 38} e a falha na atenção primária³⁰ como desencadeantes da violência.

Quanto aos prejuízos para a saúde dos profissionais, estão: sintomas de Burnout^{12,33}, constrangimento^{19,26}, tristeza¹⁹, desestimulação^{16,36}, maior insatisfação no trabalho^{12,37}, tendência e sintomas depressivos^{27,35}, insegurança e diminuição da autoestima^{14,33}.

Poucos estudos relataram sobre a existência de políticas específicas para enfrentamento da violência instituída no ambiente de trabalho, devido ao medo de denunciar a agressão. Autores nacionais mostram a adoção de algumas medidas por parte dos profissionais após a agressão, sendo elas: informar a chefia imediatamente após o ocorrido²¹; não fazer denúncia com medo das consequências^{15,28,39}; adotar um posicionamento firme por meio do diálogo com o agressor e se afastar do agressor²⁹; recorrer à polícia, receber suporte psicológico e familiar³⁹.

A procura de políticas específicas disponíveis no local de trabalho para lidar com a violência é comum, tanto nos estudos nacionais quanto nos internacionais^{32,39}. Foi citado exclusivamente em estudos internacionais a adoção de componentes de resiliência como a força pessoal, competência social e crenças religiosas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão integrativa permite concluir que há maior quantidade de artigos publicados no idioma português em relação aos artigos internacionais, bem como os estudos nacionais apontaram maior enfrentamento e suporte por parte dos profissionais após a agressão.

Com este estudo, percebe-se a necessidade de realizar pesquisas que contribuam para a conscientização sobre os direitos dos profissionais

da saúde, principalmente a categoria da enfermagem que são os mais acometidos pelas agressões. Este estudo não pretende esgotar a temática sobre violência laboral, visto que houve um limite de bases de dados pesquisadas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). WHO global consultation on violence and health [Internet]. Geneva: WHO; 1996 [citado em 2018 Dez 29]. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf.
2. Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (CITE). Relatório sobre o progresso da igualdade entre mulheres e homens no trabalho, no emprego e na formação profissional [Internet]. Portugal: CITE; 2013 [citado em 2018 Dez 29]. Disponível em: http://cite.gov.pt/asstscite/downloads/Relat_Lei10_2013.pdf.
3. Almeida NR, Filho JGB, Marques LA. Análise da produção científica sobre a violência no trabalho em serviços hospitalares. Rev Bras Med Trab [Internet]. 2017 [citado em 2019 Jan 12];15(1):101-12. Disponível em: <http://www.rbmt.org.br/export-pdf/218/v15n1a12.pdf>.
4. Fernandes H, Sala DCP, Horta ALM. Violência em ambientes de cuidados à saúde: repensando ações. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 [citado em 2019 Jan 12];71(5):2749-51. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n5/pt_0034-7167-reben-71-05-2599.pdf.
5. Martino VD, Hoel H, Cooper CL. Preventing violence and harassment in the workplace. European Foundation for their improvement of living and working conditions [Internet]. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2003 [citado em 2019 Jan 12]. Disponível em: <http://edz.bib.uni-mannheim.de/www-edz/pdf/ef/02/ef02109en.pdf>.
6. Pedro DRC, Silva GKT, Lopes APAT, Oliveira JLC, Tonini NS. Violência ocupacional na equipe de enfermagem: análise à luz do conhecimento produzido. Saúde Debate [Internet]. 2017 [citado em 2019 Jan 25];41(113):618-29. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n113/0103-1104-sdeb-41-113-0618.pdf>.
7. Zanatta EA, Hermes TC, Krüger JH, Duarte PL, Vendruscolo C. Interfaces of violence with and nursing education: a possible and necessary dialogue. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2018 [citado em 2019 Jan 25];22(7). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/1414-8145-ean-22-04-e20170404.pdf>.
8. Bernaldo-De-Quirós M, Piccini AT, Gómez MM, Cerdeira JC. Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: cross sectional survey. Int J Nurs Stud [Internet]. 2015 Jan [citado em 2019 Jan 25];52(1):260-70. Disponível em: <https://daneshyari.com/article/preview/1076041.pdf>
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto Enferm [Internet]. 2008 [citado em 2019 Fev 6];17(4):758-64. Disponível em: <http://www>.

scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf.

10. Costa ALRC, Marziale MHP. Relação tempo–violência no trabalho de enfermagem em emergência e emergência. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2006 [citado em 2019 Fev 6];59(3):337-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a16v59n3.pdf>.
11. Cezar ES, Marziale MHP. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2006 [citado em 2019 Fev 6];22(1):217-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/24.pdf>.
12. Estryng-Behar M, van der Heijden B, Camerino D, Fry C, Le Nezet O, Conway PM, et al. Violence risks in nursing—results from the European ‘NEXT’ Study. *Occup Med (Lond)* [Internet]. 2008 Mar [citado em 2019 Fev 6];58(2):107-14. *Occupational medicine*. [Internet] 2008 [citado em 2019 fev 6]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18211910>.
13. Chen WC, Sun YH, Lan TH, Chiu HJ. Incidence and risk factors of workplace violence on nursing staffs caring for chronic psychiatric patients in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2009 Nov [citado em 2019 Abr 9];6(11):2812-21. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/6/11/2812>.
14. Barbosa R, Labronici LM, Sarquis LMM, Mantovani MF. Violência psicológica na prática profissional da enfermeira. *Rev. Esc. Enferm USP* [Internet]. 2011 [citado em 2019 Abr 9];45(1):26-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/04.pdf>.
15. Miranda FS, Garcia DF, Nascimento MRSN. Situação constrangedora envolvendo profissionais das Unidades Básicas de Saúde do município de Porto Velho/Rondônia. *Enferm Foco* [Internet]. 2011 [citado em 2019 Abr 9];2(supl):94-7. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/92/77>.
16. Santos AMR, Soares JCN, Nogueira LF, Araújo NA, Mesquita GV, Leal CFS. Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. *Ver. Bras. Enferm* [Internet]. 2011 [citado em 2019 Maio 5];64(1):84-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a13.pdf>.
17. Velloso ISC, Araújo MT, Alves M. Trabalhadores de uma unidade básica de saúde na interface com a violência. *Acta Paul. Enferm.* [Internet]. 2011 [citado em 2019 Mai 5];24(4):466-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a04v24n4.pdf>.
18. Joa TS, Morken T. Violence towards personnel in out-of-hours primary care: a cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care* [Internet]. 2012 Mar [citado em 2019 Maio 5];30(1):55-60. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/02813432.2012.651570>.
19. Oliveira CM, Fontana RT. Violência psicológica: um fator de risco e de desumanização ao trabalho da enfermagem. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2012 [citado em 2019 Maio 5];11(2):243-49. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11951/>.
20. Vasconcellos IRR, Griep RH, Lisboa MTL, Rotenberg L. Violência no cotidiano de trabalho de enfermagem hospitalar. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012;25(Spec No 2):40-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/pt_07.pdf.
21. Oliveira LP, Camargo FC, Iwamoto HH. Violência relacionada ao trabalho das equipes de saúde da família. *Rev Enferm Atenção à Saúde*. [Internet]. 2013 [citado em 2019 Maio 5];2(Spec No 2):46-56. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/388/417>
22. Silva IV, Aquino EML, Pinto ICM. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado em 2019 Maio 5];30(10):2112-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n10/0102-311X-csp-30-10-2112.pdf>.
23. Itzhaki M, Peles-Bortz A, Kostistky H, Barnoy D, Filshinsky V, Bluvstein I. Exposure of mental health nurses to violence associated with job stress, life satisfaction, staff resilience, and post-traumatic growth. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2015 Out [citado em 2019 Jun 18];24(5):403-12. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inm.12151>.
24. Lima GHA, Sousa SMA. Violência psicológica no trabalho da enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [citado em 2019 Ago 29];68(5):817-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0817.pdf>.
25. Park M, Cho SH, Hong HJ. Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2015 Jan [citado em 2019 Jun 18];47(1):87-95. Disponível em: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jnu.12112>.
26. Silva AG, Silva TL, Wall ML, Lacerda MR, Maftum MA. Unidade de terapia intensiva: violência no cotidiano da prática da enfermagem. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2015 [citado em 2019 Jun 18];14(1):885-92. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21914/pdf_305.
27. Hsieh HF, Chen YM, Wang HH, Chang SC, Ma SC. Association among components of resilience and workplace violence-related depression among emergency department nurses in Taiwan: a cross-sectional study. *J Clin Nurs* [Internet]. 2016 Set [citado em 2019 Jun 18];25(17-18):2639-47. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.13309>.
28. Silveira J, Karino ME, Martins JT, Galdino MJQ, Trevisan GS. Violência no trabalho e medidas de autoproteção: concepção de uma equipe de enfermagem. *J Nurs Health*. [Internet]. 2016 [citado em 2019 Jun 18];6(3):436-46. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/8387>.
29. Cordenuzzi OCP, Lima SBS, Prestes FC, Beck CLC, Silva RM, Pai DD. Estratégias utilizadas pela enfermagem em situações de violência no trabalho em hemodiálise. *Rev. Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 [citado em 2019 Jun 18];38(2): e58788. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n2/0102-6933-rgenf-1983-144720170258788.pdf>.
30. Freitas RJMD, Pereira MFDA, Lima CHP, Melo JN, Oliveira KKD. A violência contra os profissionais da enfermagem no setor de acolhimento com classificação de risco. *Rev. Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 [citado em 2019 Jul 23];38(3):e62119. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n3/0102-6933-rgenf-38-3-e62119.pdf>.
31. Kansagra SM, Rao SR, Sullivan AF, Gordon JA, Magid DJ, Kaushal R, et al. A survey of workplace violence across 65 US

emergency departments. *Acad Emerg Med* [Internet]. 2008 Dez [citado em 2019 Jul 23];15(12):1268-74. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1553-2712.2008.00282.x>.

32. Abualrub RF, Alkhaldeh AT. Workplace physical violence among hospital nurses and physicians in underserved areas in Jordan. *J Clin Nurs* [Internet]. 2014 Jul [citado em 2019 Jul 23];23(13-14):1937-47. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.12473>.

33. Pai DD, Lautert L, Souza SBC, Marziale MHP, Tavares JP. Violence, burnout and minor psychiatric disorders in hospital work. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [citado em 2019 Jul 23];49(3):457-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n3/0080-6234-reeusp-49-03-0460.pdf>.

34. Hogh A, Sharipova M, Borg V. Incidence and recurrent work-related violence towards healthcare workers and subsequent health effects. a one-year follow-up study. *Scand J Public Health* [Internet]. 2008 Set [citado em 2019 Jul 23];36(7):706-12. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1403494808096181>.

35. Fang H, Zhao X, Yang H, Sun P, Li Y, Jiang K, et al. Depressive symptoms and workplace-violence-related risk factors among otorhinolaryngology nurses and physicians in Northern China: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2018 Jan [citado em 2019 Ago 21];2(7):8(1):e019514. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5829786/>.

36. Scaramal DA, Haddad MDCFL, Garanhani ML, Nunes EDFPD, Galdino MJQ, Pissinati PDSC. Violência física ocupacional em serviços de urgência e emergência hospitalares: percepções de trabalhadores de enfermagem. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2017 [citado em 2019 Ago 21];21e-1024. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1160>.

37. Olashore AA, Akanni OO, Ogundipe RM. Physical violence against health staff by mentally ill patients at a psychiatric hospital in Botswana. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 Maio [citado em 2019 Ago 21];11:18(1):362. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3187-6>.

38. Dal Pai D, Sturbelle ICS, Santos CD, Tavares JP, Laurent L. Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde. *Texto & contexto enfermagem*. [Internet] 2018 [citado em 2019 ago 29]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n1/0104-0707-tce-27-01-e2420016.pdf>

39. Oliveira AR, D'Oliveira AFPL. Violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em hospital geral de São Paulo (SP). *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2008 [citado em 2019 Ago 29];42(5):868-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6805.pdf>.

40. Souza AAM, Costa WA, Gurgel AKC. Aspectos relacionados à ocorrência de violência ocupacional nos setores de urgência de um hospital. *Rev Pesqui Univ Fed Estado Rio J Online* [Internet]. 2014 [citado em 2019 Ago 29];6(2):637-50. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3158/pdf_1256.

RECEBIDO: 30/08/2019

ACEITO: 22/10/2019

Chamada Pública nº 5

A **Revista de Saúde Pública do Paraná (RSPP)**, periódico técnico-científico editado pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), por meio da Escola de Saúde Pública do Paraná/Centro Formador de Recursos Humanos (ESPP/CFRH), abre chamada pública para submissão de manuscritos, nas modalidades artigos originais, comunicações breves, relatos de experiência e artigos de revisão. O período para submissões será de **6 de janeiro até 15 de março de 2020**. Os manuscritos serão considerados para o v. 3, nº 1 da publicação, a ser publicado em julho de 2020.

Os postulantes devem atentar-se para a Política Editorial e as Diretrizes para Autores, disponíveis na edição impressa e no portal *on-line* da Revista. O processo de submissão pode durar de 3 a 5 meses, e a avaliação dos manuscritos se dará segundo critérios de originalidade, atualidade, relevância, consistência científica, redação e organização do texto e conveniência para publicação, segundo julgamento de corpo editorial científico e de avaliação pelo sistema duplo-cego. A RSPP não realiza nenhuma cobrança de taxas de editoração (Article Processing Charges – APC), taxas de submissão ou publicação de artigos aos autores. O processo será realizado totalmente on-line através do sistema Open Journal Systems, através do endereço <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp>.

A construção do conhecimento científico é um dos elementos que subsidiam a melhoria contínua da prestação de serviços de saúde, e é responsabilidade conjunta entre poder público, universidades, profissionais de saúde e comunidade usuária. Sendo assim, esperamos a colaboração de todos para a manutenção desta iniciativa, a qual busca incrementar a qualidade do SUS do Paraná e do Brasil através de informações com consistência científica, favorecendo a educação permanente em saúde e a inovação.

Participe!

PRISCILA MEYENBERG CUNHA SADE

Editora-Chefe RSPP

Diretrizes para autores

A Revista de Saúde Pública não aceitará publicações de textos já apresentados em outros veículos, tanto na íntegra quanto parcialmente.

Os textos deverão ser encaminhados no idioma Português (BR), através do sistema OJS (*Open Journal Systems*).

O nome completo de cada autor, instituição de origem, país, e-mail devem ser informados APENAS nos metadados. Via OJS, o autor deverá enviar também Página de título e identificação, como documento suplementar. O conselho editorial assegura o anonimato dos autores no processo de avaliação por pares, bem como o anonimato dos avaliadores e sigilo quanto à sua participação. É de responsabilidade do autor acompanhar o processo de submissão via sistema OJS.

A Revista de Saúde Pública do Paraná não realiza cobrança para processamento e envio dos artigos. O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados são de inteira responsabilidade do autor que está submetendo o manuscrito. As opiniões, conceitos e a exatidão das citações expressos nos trabalhos são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo posição do Conselho Editorial da Revista de Saúde Pública do Paraná.

Para aquelas pesquisas que envolvam seres humanos, deverão ser indicados os procedimentos adotados para atender o constante da Resolução nº 466 de 12 de setembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Deverá também ser indicado o número de protocolo de aprovação do projeto de pesquisa e a data de aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), dados estes que deverão constar no último parágrafo da metodologia do trabalho. A carta de aprovação do CEP (digitalizada e em pdf) deverá ser anexada no momento da submissão no Passo "Transferência de Documentos Suplementares".

Para a avaliação dos trabalhos, os autores deverão assinalar sua concordância com a "Declaração de Direito Autoral" do CREATIVE COMMONS, o qual consta no item Declaração de Direito Autoral. Ao clicar no ícone do CREATIVE COMMONS (This obra is licensed under a Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0) será aberta uma página que contém (em vários idiomas, inclusive o português) as condições da atribuição.

Os autores deverão reconhecer e revelar possíveis conflitos de interesse que possam influenciar seu trabalho. Também eles deverão enviar as políticas dos financiamentos recebidos caso a pesquisa envolva ensaios clínicos.

É de responsabilidade dos autores manterem seus e-mails atualizados para receber todas as comunicações, bem como comunicar à revista qualquer problema que possa ocorrer neste sentido.

Os autores devem respeitar normas éticas para a publicação dos trabalhos, sendo obrigatória a citação adequada de trabalhos de outros autores e o respeito aos direitos de autor em material protegido por copyright. As submissões passarão por análise de plágio em base de dados e softwares adequados para este fim. As submissões em que plágio for detectado serão rejeitadas.

Os autores podem acessar passo a passo para realizarem suas submissões no seguinte link: <http://www.pergamum.sesa.pr.gov.br/pergamumweb-sesa/vinculos/000008/000008db.pdf>.

TIPOS DE TRABALHOS ACEITOS

Editorial: De responsabilidade de editores, podem ser redigidos por convidados, mediante solicitação do editor-geral. Máximo de 800 palavras.

Cartas ao editor: comentários sobre material publicado. Máximo de 800 palavras.

Artigos originais: Contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados, e também formulações discursivas teorizantes. Devem possuir no máximo 6.000 palavras e cinco ilustrações (tabelas e/ou figuras entre outros) e resumo informativo com até 150 palavras.

Artigos de revisão: Compõe-se de trabalhos que apresentam como método de pesquisa a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, podendo ser revisões bibliométricas, sistemáticas, ou integrativas. Não serão aceitas revisões narrativas (que não indiquem as fontes de informação utilizadas, a metodologia para a busca de referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção de trabalhos). Devem possuir no máximo 5.000 palavras e quatro elementos visuais e resumo informativo com até 150 palavras.

Relatos de Experiência: Trabalhos que relatam experiências inovadoras em saúde,

com potencial de extrapolação e possibilidades de aplicação em outras realidades. Essa modalidade de submissão engloba relatos de projetos aplicativos ou projetos de intervenção, devendo conter objetivos e as formas para alcançá-los. Todo o relato de experiência que envolver seres humanos, sejam eles funcionários, pacientes, alunos e/ou instituição que permita o reconhecimento da identidade de alguma forma, deve também apresentar aprovação de Comitê de Ética. Devem ter no máximo 5.000 palavras e 4 (quatro) elementos visuais.

Resenhas de Livros: Resenhas de livros publicados sobre temas de interesse. Máximo de 1.000 palavras.

Comunicações breves: Relatos curtos de contribuições de interesse para a saúde pública, cujo conteúdo não comporte análises mais abrangentes e discussão de maior fôlego. Limite-se a 2.000 palavras e 1 (um) figura, com resumo informativo até 100 palavras.

AUTORIA

Os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, o qual determina que o reconhecimento da autoria deva basear-se em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:

1. Concepção do projeto ou análise e interpretação dos dados;
2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
3. Revisão e /ou Aprovação final da versão a ser publicada;
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

Considerações relativas à ordem de citação dos autores são de responsabilidade dos autores e devem ser resolvidas antes da submissão. Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria dos manuscritos e ter

participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pelo seu conteúdo. Os autores devem acrescentar seu código ORCID no sistema OJS. Caso os autores não tenham ainda seu ID ORCID recomendamos inscrever-se previamente em www.orcid.org.

Não há limite de número de autores, desde que todos preencham os critérios de contribuição.

PROCESSO DE JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os trabalhos enviados serão submetidos a uma primeira análise por parte do Comitê de editoração para verificação da adequação da contribuição à linha editorial e se este se adequa às instruções para os autores estabelecidas neste documento. Pode-se inclusive, nesta fase, ser requerido aos autores que se façam modificações em prazo estabelecido. A decisão da análise será comunicada aos autores.

Posteriormente, a avaliação do artigo é realizada pelo sistema peer review, quando membros do conselho editorial ou ad-hoc e convidados pela comissão de editoração avaliam o mérito do manuscrito. Serão enviados trabalhos para dois pareceristas, e, após o recebimento das avaliações, o editor decidirá pelo prosseguimento da submissão, que pode ser: aceitação do artigo para publicação, reenvio ao autor para reformulação ou rejeição justificada aos autores. Será estabelecido prazo para que os trabalhos que necessitem de reformulação sejam reenviados via sistema de editoração, caso contrário, a submissão será arquivada. Caso haja interesse, os autores que tiverem seus trabalhos rejeitados poderão submeter o artigo novamente em edição posterior, após realizar as reformulações requeridas, iniciando novo processo de submissão. Caso o número de trabalhos aprovados exceda o número de artigos para uma edição, os artigos excedentes serão publicados em edição posterior.

Além das normas a avaliação terá como critérios: atualidade, originalidade e relevância do tema,

consistência científica e respeito às normas éticas.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (Estrutura do Texto). Os elementos desta estrutura devem conter:

Introdução: apresentação do tema, definição do problema de pesquisa, revisão da literatura e objetivo. **Método:** metodologia empregada, descrição da amostra estudada, participantes do estudo ou fonte de dados, local de realização da pesquisa (sem citar o nome da instituição, a menos que haja autorização prévia), data da coleta de dados, técnica utilizada na coleta de dados, e critérios de seleção da amostra. Todo o método deve estar escrito de forma clara, objetiva, compreensiva e completa. Inserir que a pesquisa obedeceu aos padrões éticos e, se for o caso, inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, no último parágrafo desta seção. **Resultados:** apresentados com uma sequência lógica. Se houver tabelas, gráficos ou figuras as informações devem ser complementares, imediatamente ao texto em questão. **Discussão:** deverá seguir a mesma sequência dos resultados, com a comparação/discussão com a literatura e a interpretação dos autores. **Conclusão ou Considerações Finais:** destaque aos achados de maior importância e comentários sobre as limitações e implicações para futuras pesquisas.

Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção. Outras categorias de manuscritos (**revisões, comentários etc.**) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) devem ser registrados previamente, conforme exigência da Organização Mundial da Saúde e do Comitê Internacional de

Editores de Revistas Médicas. O registro deve ser realizado em plataforma que atenda os critérios destas duas organizações. É condição para publicação que o número do registro do ensaio clínico conste em nota de rodapé, na página de identificação do manuscrito. Mais informações podem ser acessadas em: <http://www.icmje.org/recommendations/browse/publishing-and-editorial-issues/clinical-trial-registration.html>.

Metadados: O autor, via sistema OJS, deve informar o título, o nome de todos os autores, seus respectivos códigos ORCID, principal vinculação institucional de cada um deles, órgão (s) financiador (es) e endereço para contato eletrônico para correspondência.

Página de título e identificação: O autor, no momento da submissão dos arquivos, deve enviar documento suplementar com título em português e inglês, identificação dos autores, filiação (titulação máxima, instituição, cidade, estado e país e a informação do autor designado como correspondente, com endereço físico e eletrônico).

Formatação: Os trabalhos devem ser redigidos de acordo com o Estilo Vancouver, norma elaborada pelo ICMJE (<http://www.icmje.org>), não devendo constar o nome dos autores na elaboração do texto:

Ex:

CORRETO: Estudo realizado por pesquisadores brasileiros...1.

INCORRETO: Silva (2010) realizou estudo...

Devem ser encaminhados em Word, OpenOffice ou RTF, fonte Arial 12, espaçamento 1,5 (inclusive resumo, ilustrações, agradecimento e referências), Recuo especial primeira linha de 1,25 cm, com todas as páginas numeradas e todas as margens configuradas em 2,5 cm cada.

Redação: Devem ser escritos de maneira objetiva, mantendo a linguagem adequada ao estudo, bem como ressaltando a terminologia científica condizente. Recomenda-se que o (s) autor (es) busquem assessoria linguística profissional (revisores e/ou tradutores

certificados nos idiomas do texto), antes de submeter (em) os manuscritos para verificação de incorreções/inadequações morfológicas/sintáticas, idiomáticas ou de estilo. Deve ser evitado o uso de primeira pessoa do singular "meu estudo" ou da primeira pessoa do plural "percebemos...". Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem recuo e sem numeração, com as seções mantendo o padrão gráfico em seus níveis hierárquicos.

Devem conter:

TÍTULO/SUBTÍTULO: Centralizados em caixa alta e negrito.

RESUMO: Resumo informativo, informando ao leitor finalidades, metodologia, resultados e conclusões do documento. Deve conter no máximo 150 palavras, compostas de uma sequência de frases concisas, afirmativas e não de enumeração de tópicos, em parágrafo único, sem espaçamento de linhas ou recuo. A primeira frase deve ser significativa, explicando o tema principal do documento. Deve ser utilizado verbo na voz ativa e na terceira pessoa do singular.

PALAVRAS-CHAVE: Devem figurar logo abaixo do resumo, antecedidas da expressão Palavras-chave e separadas entre si por ponto e finalizadas também por ponto. Utilizar de 3 a 5 descritores. Os descritores devem constar no índice dos Descritores em Ciências da Saúde DeCS (<http://decs.bvs.br>).

ABSTRACT/KEYWORDS: Logo abaixo, inserir o ABSTRACT/KEYWORDS do documento em inglês.

CITAÇÕES: Deve ser utilizado o sistema numérico para identificar as obras citadas. Representá-las no texto com os números correspondentes sem parênteses e sobrescritos, antes do ponto, sem mencionar o nome dos autores. Quando se tratar de numeração sequencial, separar os números por hífen, quando forem intercaladas devem ser separadas por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafos com palavras do autor (citação direta), devem ser utilizadas aspas na sequência do texto até três linhas (sem itálico)

e com referência correspondente. Em caso de citação com mais de três linhas, colocar em outro parágrafo, com recuo de 2,5 cm e referência correspondente. Supressões devem ser indicadas pelo uso da reticência entre colchetes [...]. Em caso de transcrição de falas de participantes de pesquisa, deve haver recuo de 2,5 cm e aspas.

REFERÊNCIAS: A Revista adota os "Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a Revistas Biomédicas", texto publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, Estilo Vancouver, disponível no site: <http://www.icmje.org> ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português).

Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>. Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.

Na lista de referências, estas devem estar numeradas consecutivamente, conforme a ordem em que forem mencionadas. O (s) autor (es) são referenciados pelo sobrenome, seguido do (s) nome (s) abreviados e sem o ponto. Caso o documento possua mais que seis autores, citar os seis primeiros seguido da expressão et al. Não serão aceitas referências de fim de página ou nota de rodapé.

Exemplos de referências:

Livro

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4ª edition. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulo de Livro

Figueiredo N, Silveira FMM, Neves JC, Magalhães BG, Goes PSA. Avaliação de ações da atenção secundária e terciária em saúde bucal. In: Goes PSA, Moysés SJ, organizadores. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p. 195-209.

Artigo apresentado em conferência

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

Artigo de periódico

Schwartz B. The evolving relationship between specialists and general dentists: practical and ethical challenges. J Am Coll Dent. 2007;74(1):22-6.

Artigo de periódico on-line

Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2014 [citado em 2019 Out 8];23(1):45-56. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100005&lng=en.

Página na Internet

World Health Organization (WHO). WHO global consultation on violence and health [Internet]. Geneva: WHO; 1996 [citado em 2018 Dez 29]. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf.

Outras orientações

Ilustrações: Devem ser até o máximo de 5 (cinco), sendo que considera-se como ilustrações gráficos, quadros e tabelas. Devem ser apresentadas em preto e branco. Devem ser apresentadas com os seus títulos na parte superior, sem espaçamento, alinhado à esquerda e devem ser numeradas consecutivamente. A legenda deve constar na parte inferior, em fonte 11, alinhada à esquerda. Devem ser construídas para sua reprodução direta sempre que possível. No corpo das tabelas, não utilizar linhas verticais nem horizontais; os quadros devem ser fechados. As ilustrações devem estar referenciadas no

texto da seguinte forma: Figura 1, Quadro 1, Gráfico 1. A fonte das tabelas e gráficos realizados pelos autores deve ser indicada com o termo: Elaborado pelos autores (ano).

Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, reservados às pessoas que prestaram ajuda técnica, mas que não foram caracterizados como coautoras, ou instituições financiadoras e de apoio de outros recursos.

Conflitos de interesse: Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, sejam interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

O autor pode baixar um template de artigo no seguinte link: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/RSPP/TEMPLATE_DE_ARTIGO2020.docx.

CARTA DE SUBMISSÃO (COVER LETTER)

Deve ser dirigida ao Editor Científico, assinada pelo autor/submetente, e deve ser anexada como documento suplementar no momento da submissão. A carta deve conter: a) título completo do manuscrito submetido; b) afirmação de que sua apresentação é exclusiva para a Revista; c) declaração de compromisso em inserir corretamente os metadados do manuscrito, com o nome e dados de todos os autores responsáveis pela submissão; d) declaração que evidencie a principal contribuição científica do manuscrito submetido e sua adequação ao escopo da Revista (porque é pertinente ao público-alvo da Revista). Além disso, se existir, também pode haver manifestação de interesse e disposição em atuar como revisor de pelo menos um manuscrito em futuras edições da Revista.

CHECK-LIST DA SUBMISSÃO

Os autores, para concretizarem sua submissão, estão obrigados a verificar a conformidade

da submissão em relação à política editorial e instruções para autores. O conselho editorial devolverá os artigos aos autores, sem análise do mérito, caso alguns dos itens listados a seguir não estejam dentro das normas da revista:

1. A contribuição deve ser original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista;
2. Deve conter carta de submissão (cover letter);
3. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, Open Office ou RTF.
4. O texto está de acordo com a formatação de página e estilo;
5. O texto apresenta resumo em português e inglês, com palavras-chave e keywords;
6. O texto está dentro das normas de estruturação na sua modalidade;
7. As tabelas e figuras estão identificadas conforme orientações e numeradas por ordem de inserção no texto;
8. As referências estão no Estilo Vancouver, numeradas por ordem de citação;
9. O autor submetente preencheu os metadados de todos os colaboradores, com nome completo, ORCID e contatos;
10. Os autores concordam com a política de direitos autorais desta revista.
11. O autor enviou, como documento suplementar, página de título e identificação.

DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL

Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

A) Autores mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.

B) Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.

C) Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado (Veja O Efeito do Acesso Livre).

PROVA

O autor receberá em formato pdf a prova final para publicação, em que apenas correções formais podem ser realizadas. O prazo para essa revisão é de 48 horas.