

RSPP

Revista de Saúde Pública do Paraná

VOLUME 01. Nº 1. JULHO 2018 | ISSN IMPRESSO 2595-4474 | ISSN ONLINE 2595-4482



Escola de Saúde Pública
Centro Formador de Recursos Humanos



PARANÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

RSPP

Revista de Saúde Pública do Paraná

VOLUME 01. Nº 1. JULHO 2018 | ISSN IMPRESSO 2595-4474 | ISSN ONLINE 2595-4482 | CURITIBA (PR)

2018 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 – Tarumã

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. 1, n. 1 (jan./jul. 2018). – Curitiba : SESA, 2018.

130p. : 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 Ana Lúcia Nascimento Fonseca **EDITOR ASSOCIADO** José Carlos da Silva de Abreu **CORPO EDITORIAL** Márcio José de Almeida, João José Batista de Campos, Solange Rothbarth Bara, Denise Xavier Messias, Giseli Cipriano Rodacoski, Julia Valeria Ferreira Cordellini, Sérgio Túlio Stingham **SECRETÁRIA** Aline Rossi Ribeiro.



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:

Google
Acadêmico

SISTEMA DO GOOGLE QUE OFERECE FERRAMENTAS
ESPECÍFICAS PARA BUSCA DE LITERATURA ACADÊMICA

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
PALAVRAS DO EDITOR	08
ENTREVISTA	09

ARTIGOS ORIGINAIS

AVALIAÇÃO DO USO DE TECNOLOGIAS NO ATENDIMENTO DOMICILIAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA CIDADE DE CURITIBA	13
Andrea Maria Cavalcante Alencar, Elenize Losso, Talita Turatti do Carvalho, Suzane Ketlyn Martello	
A FREQUÊNCIA DE DISFAGIA EM IDOSOS EM UM HOSPITAL DA CIDADE DE CURITIBA – PR	22
Andréia Maneira, Isabel de Lima Zanata	
NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES PARA O SUS NO ESTADO DO PARANÁ	29
Thamyres Correa Barbosa, Vivian Patrícia Raksa, Annanda Unicki Ribeiro	
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUANTO AO EFEITO DE UM GRUPO DE APOIO À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO	37
Maria Luiza Melo Machado, Ana Paula Ferreira Gomes	
PERFIL DE GESTANTES ADOLESCENTES DIAGNOSTICADAS COM SÍFILIS EM CURITIBA – PR	49
Márcia Moroskoski, Leandro Rozin, Maria Cecília Batista, Rosimara Oliveira Queiroz, Selma Pereira Silva	
HETEROCONTROLE DA FLUORETAÇÃO DA ÁGUA DE ABASTECIMENTO PÚBLICO DA 15ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ	61
Tânia Harumi Uchida, Jaime Aparecido Cury, Cinthia Pereira Machado Tabchoury, Raquel Sano Suga Terada, Mitsue Fujimaki	
USO DE DIAMINO FLUORETO DE PRATA EM CRIANÇAS ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ	70
Caroline Delmaschi Ramos, Carolina Veloso Lima, Mayara dos Santos Noronha, Daylana da Silva Pacheco, Bárbara Emanoele Costa Oliveira, Pablo Guilherme Caldarelli	
PREVALÊNCIA DE SINTOMAS RESPIRATÓRIOS EM SERVIDORES DE BIBLIOTECAS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA	76
Rogério de Souza Braga, Adilson Krumheuer de Azevedo, Lyandra Franco Carneiro, Angela Luiza da Cunha Legey, Arlete Ana Motter	

RELATOS DE EXPERIÊNCIA

UMA PROPOSTA DE RENOVAÇÃO DA SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS NO SUS: A REGIONALIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA E EXPERIÊNCIA PARA SUPERAÇÃO DE DESAFIOS	85
Felipe Assan Remondi	
O SERVIÇO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS EM CASA COMO FORMA DE MELHORIA DO ACESSO EM SAÚDE PÚBLICA	93
Eloisa Comiran, Rosângela de Lima Silva Pugliese, Fabiane Karwowski, Kelly Cristiane Gusso Braga	
EVENTOS ADVERSOS: ESTRATÉGIAS E INCENTIVOS PARA NOTIFICAÇÕES HOSPITALARES	103
Aline Aparecida Oliveira Moreira, Gisele Carvalho Remondi, Maria Claudia do Carmo Ortega, Silvana Verlingue, Natália Najara Conceição Ortega	

ARTIGOS REVISÃO DE LITERATURA

O USO DO REIKI NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE E NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	110
Sérgio Spezzia, Solange Spezzia	
O TRATAMENTO DA DISPEPSIA FUNCIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA PROPOSTA DE FITOTERAPIA	118
Isis Kawana Ferreira, Sergio Ricardo de Brito Bello, Karyne Sant'Ana Gonzales Gomes	

CHAMADA PÚBLICA	125
-----------------------	-----

DIRETRIZES PARA AUTORES	126
-------------------------------	-----

Editorial

Hoje, o Paraná comemora mais um avanço na área da Saúde e abraça um desafio, o qual temos a certeza que honraremos com sucesso. Esta edição da Revista de Saúde Pública do Paraná marca o início de uma nova fase para a Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP), pois a instituição passa a ser a única responsável pela edição do periódico.

Além de ser um momento de celebração, temos muito a agradecer a todos aqueles que viabilizaram esse brilhante trabalho e seguiram com ele até aqui. Registramos o nosso "muito obrigado" aos professores, pesquisadores, alunos, conselheiros editoriais, servidores e dirigentes do Sistema Único de Saúde e, em especial, aos leitores. Todos vocês sempre serão a base que fortalece essa publicação técnico-científica que tem como missão reunir e compartilhar o saber. Agradecemos também ao Instituto de Estudos de Saúde Coletiva (iNESCO) e à Universidade Estadual de Londrina pelo apoio na coedição desde 2016. Essas são as verdadeiras parcerias que transformam as pessoas!

Assim, com total apoio do Governo do Estado por meio da Secretaria Estadual da Saúde, a ESPP dará continuidade na divulgação de estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate, a produção e disseminação de conhecimentos nos campos da saúde coletiva e da saúde pública. E se manterá, inclusive, como referência nas áreas de ensino, de gestão do trabalho e da educação continuada e permanente, com o objetivo de contribuir para a resolução de demandas e na melhoria da saúde e da qualidade de vida da população paranaense.

Somos fortes e seguiremos em frente!

Boa sorte!

CIDA BORGHETTI

Governadora do Estado do Paraná

Palavras do editor

PASSAGEM DE BASTÃO

Diante de tantas reflexões do cenário atual, gostaríamos de fazer uma analogia com a corrida de revezamento momento em que atletas com os mesmos objetivos passam o bastão para outro corredor.

Assim estamos com a Revista de Saúde Pública do Paraná.

É chegado o momento e agora a Escola de Saúde Pública do Paraná está com o bastão em mãos. A corrida iniciou-se com a Revista Espaço para Saúde no INESCO, que durante quase 30 anos ofereceu cientificidade aos leitores do Brasil e muitos internacionais.

Realmente a primeira passagem do bastão é feita com os corredores em movimento. Vários colaboradores da Revista eram também servidores das Secretaria Estadual de Saúde. Vínhamos correndo lado a lado já há algum tempo.

Agora, com muito orgulho, apresentamos a primeira edição da Revista, que permanecerá contribuindo com a disseminação do conhecimento aos paranaenses e a todos os colegas que tenham interesse e aderência aos assuntos aqui tratados.

Modificamos o escopo e fizemos a composição do conselho editorial para que a *expertise* de cada um deles pudesse contribuir cada vez mais com a busca pela qualificação da revista.

Nosso trabalho será sempre no sentido de caminhar em velocidade para que o conhecimento sobre os espaços na atuação dos serviços de saúde se propague, se consolide.

Nesta corrida, certamente seremos vários vencedores. E assim nos colocamos de bastão em mãos, trabalho colaborativo, multidisciplinar, arrojado e com visão de longo alcance.

Esperamos que você possa correr pelas páginas desta primeira edição e apreciar as informações sistematizadas e de qualidade, adjetivos que serão nosso padrão para permanecermos levando em frente aquilo que nossos parceiros nos proporcionaram nos últimos anos.

Boa leitura!

ANA LÚCIA NASCIMENTO FONSECA
Editora-chefe

Entrevista

ANTÔNIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

Diálogo para fortalecer e avançar



FOTO: VENILTON RÜCHLER

O atual secretário de Estado da Saúde, Antônio Carlos Figueiredo Nardi, nasceu em 1º de junho de 1961, em Mococa, município brasileiro do estado de São Paulo. Graduado em Odontologia pela Universidade de Marília em 1983, migrou para o município Maringá, no Paraná, depois de formado. Nos anos seguintes, atuou como secretário municipal de Saúde de Floresta (1989-1991 e 1997-1999), Marialva (2000-2006) e Maringá (2006-2015), na região Noroeste do estado. Em 2015, assumiu a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Entre 2016 e 2018, foi o titular da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, ao lado do ministro Ricardo Barros.

Também foi presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) por sete anos consecutivos, membro diretor do conselho de administração da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (HEMOBRÁS), do Grupo Hospitalar Conceição e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); presidente do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS-PR) por cinco gestões, conselheiro deliberativo do Consórcio Paraná Saúde, membro titular da Comissão Intergestores Bipartite

do Paraná (CIB-PR) por mais de 16 anos e membro titular da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em Brasília, onde se encontram as bancadas federal, estaduais e municipais para a discussão das políticas públicas, além de conselheiro municipal, estadual e nacional de Saúde.

Com pós-graduação pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-RJ) em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde e mestrado e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (2013 e 2017), tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: gestão pública, intersectorialidade, promoção da saúde, prevenção, tratamento e controle do tabagismo, doenças negligenciadas, vigilância e comunicação em Saúde.

Premiações: 2014 - Gestor Público Paraná / Implantação do Projeto de Informatização da Secretaria Municipal da Saúde de Maringá. 2015 - Prêmio InovaSUS (Projeto: Portal Saúde Maringá).

Condecorações: Medalha de Mérito Oswaldo Cruz - Presidência da República; Medalha de Honra ao Mérito Odontológico - Conselho Federal de Odontologia; Medalha Gilson Carvalho - COSEMS/PB; Medalha no grau de Grande Oficial no Quadro da Ordem de Rio Branco - Presidência da República; Medalha Dower Cavalcante - COSEMS/CE.

O senhor possui ampla atuação nas esferas federal, estadual e municipal. Como aplicará sua experiência à frente da Secretaria de Estado da Saúde?

Acredito que as políticas de saúde devam ser absolutamente construídas conforme as necessidades dos cidadãos e pactuadas interfederativamente, tendo o município como protagonista neste processo. Ao compor a equipe da Secretaria de Estado da Saúde na gestão da governadora Cida Borghetti, a primeira governadora mulher do Paraná, vamos defender leis extremamente importantes que serão a base da nossa atuação à frente da SESA. Nossa governadora possui a sensibilidade e olhar de uma deputada estadual, deputada federal e vice-governadora. Trata-se de uma pessoa que reconhece o valor dos municípios, de seus gestores e, acima de tudo, da população.

Como o senhor conduzirá a política de Saúde do Paraná?

A governadora Cida Borghetti tem plena clareza de que devemos manter os programas e ações em andamento com prioridade para políticas de prevenção e promoção da Saúde. Lembrem-se que ela é a autora e relatora da lei da obrigatoriedade do dia estadual e nacional de Combate e Prevenção ao Câncer de Mama e Colo do Útero, além de relatora do Marco Legal da 1ª infância.

Nosso foco é construir pontes para o diálogo, e junto aos municípios (prefeitos e secretários municipais da Saúde), às instituições parceiras que fazem parte da sociedade organizada, às universidades, aos prestadores de serviço, aos conselhos estadual e municipais, aos conselhos de classe de cada profissão da Saúde, à Comissão Intergestora Bipartite e às demais secretarias do governo, dar continuidade aos programas exitosos de apoio à gestão municipal e dos serviços hospitalares nas Redes de Atenção à Saúde do Paraná.

Como fica a situação dos hospitais na sua gestão?

Recebi a missão de aprimorar, apoiar e aperfeiçoar todos os programas iniciados na gestão do ex-governador Beto Richa e do ex-secretário Michele Caputo Neto. Os hospitais municipais, filantrópicos, universitários e os parceiros da rede privada terão apoio irrestrito da Secretaria Estadual da Saúde. E na proposta de plano de governo - e no Plano Plurianual para os próximos quatro anos de gestão que será elaborado agora - esse apoio se destaca como a base da nossa estruturação. Vamos atuar dando todo o suporte às Redes de Atenção à Saúde como, por exemplo, Rede Mãe Paranaense, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção a Pessoa Idosa, Rede de Atenção à Saúde Mental e Rede de Atenção à Saúde à Pessoa com Deficiência. Incluímos neste contexto a Rede Integral de Oncologia e outras redes de Alta Complexidade que já tiveram um olhar extremamente favorável do então ministro Ricardo Barros. Essas serão fortalecidas, dentro desse processo, para que o beneficiado seja de fato o cidadão que receberá o devido atendimento próximo ao seu local de residência, conforme preconiza o Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná, o HospSUS.

Quais as regiões do Paraná que na sua opinião devem merecer um olhar mais cuidadoso com vistas a melhorar o nível de Saúde das suas comunidades?

O Paraná possui 399 municípios e vamos trabalhar para atender às necessidades de todos os cidadãos, sem exceção. Não trabalhamos com divisões e sim com parcerias. A governadora Cida Borghetti entende que há municípios que requerem uma atenção maior. A melhor forma de resolver isso é fazer o que estamos fazendo com todos os gestores municipais. Tanto a Secretaria de Estado da Saúde quanto o Governo do Estado mantêm suas portas abertas para recebê-los. Sem contar que essa é uma via de mão dupla, pois também vamos até eles. Estamos dialogando, aperfeiçoando e expandindo nossa comunicação para chegarmos aos resultados que esperamos e que são esperados pelos usuários da saúde pública paranaense, diminuindo os gargalos assistenciais existentes.

Foi o que aconteceu em relação à terceira dose da vacina contra a dengue, por exemplo?

Sim. Analisamos a situação de cada município e seguimos a determinação da Organização Mundial da Saúde. A OMS indica que a aplicação da vacina contra a dengue deve ocorrer apenas onde houve a circulação do vírus. E esse foi o caso dos 30 municípios selecionados para a campanha de vacinação. Eles concentravam 71,1% dos casos registrados no Paraná, 87,9% dos casos graves e 82,5% das mortes por dengue (52 dos 63 óbitos por dengue em 2016). Neste contexto, não há municípios desassistidos. Trata-se de uma estratégia responsável, dialogada e muito bem estruturada.

E qual foi a estratégia adotada para a campanha de vacinação contra a gripe?

O Governo do Estado do Paraná acredita que um sistema de saúde precisa cuidar das pessoas para que não adoçam. Nosso papel não é apenas cuidar das doenças. Até agora, a campanha já atingiu 76% do público-alvo, estimado em 2,3 milhões de pessoas. O Paraná é o estado com maior cobertura vacinal na região Sul do país. Ainda assim, o índice de cobertura vacinal em alguns grupos está baixo, fazendo com que o diálogo com os prefeitos e secretários municipais

tenha outro foco. A vacina está disponível nos 399 municípios e temos que reforçar cada vez mais a ida das pessoas até as unidades de saúde para que elas sejam vacinadas. Essa também é uma estratégia responsável, dialogada e muito bem estruturada. Por conta das dificuldades para locomoção da população devido à falta de combustível causada pelas paralisações nas estradas (greve dos caminhoneiros) e por indicação do Ministério da Saúde, estendemos a campanha até o dia 15 de junho com o intuito de garantir saúde plena à população.

Por falar na greve dos caminhoneiros que marcou o mês de maio, como a Secretaria de Estado da Saúde administrou a situação?

A governadora Cida Borghetti, desde o início da paralisação, deixou claro que a melhor forma de conduzir essa situação seria, mais uma vez, o diálogo. Nos reunimos no Palácio Iguazu, junto a outros secretários estaduais e membros do governo, com representantes do movimento dos caminhoneiros, sindicatos e empresários dos setores da produção e do transporte de cargas na tentativa de obter um acordo que levasse à normalização do abastecimento aos centros urbanos. Na Secretaria de Estado da Saúde montamos um grupo de gestão de crise para monitorar, 24 horas por dia, as situações que poderiam impactar na rede assistencial do Paraná. O grupo estava em contato permanente com a Defesa Civil para identificar situações que colocassem em risco o abastecimento de hospitais e demais unidades do Governo do Estado na área da saúde, assim como os serviços contratualizados do SUS. Como disse a nossa governadora, "aqui está todo mundo do mesmo lado". Essa é uma gestão que conversa e, seja qual for a crise, sempre vai buscar o melhor para todos os paranaenses. Felizmente, superamos esse episódio sem intercorrências graves no sistema de Saúde.

Como foi receber a Medalha Dower Cavalcante?

Recebi a Medalha Dower Cavalcante durante a abertura do XVII Congresso do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS/CE), na cidade de Iguatu. A medalha homenageia pessoas e entidades que se destacam na defesa da saúde pública. Me senti honrado com a homenagem principalmente pelo que ela representa: um grande

médico e sanitaria e as causas que ele defendeu. Agradeço o reconhecimento e desejo fazer ainda mais pela qualidade de vida e saúde dos cidadãos. Esse é o meu trabalho, meu dever e minha satisfação enquanto ser humano e gestor público.

Qual o papel da Educação na sua gestão com relação à Escola de Saúde?

É a Educação que nos permite ser quem somos e lutar por nossos objetivos enquanto pessoas e gestores públicos. Como já falei inúmeras vezes, dialogamos para adquirir conhecimento. Conhecer o outro, suas necessidades, suas metas é fundamental. Conhecer a história, o contexto atual, os desafios também. Desde muito cedo tive a vontade de aprender, seja em uma sala de aula ou numa conversa informal. Minha última experiência acadêmica foi na Universidade de Brasília (UnB), quando retornei à academia para cursar meu mestrado e doutorado, o que foi altamente gratificante. No entanto, considero a Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP) uma instituição tão importante quanto, pois é um local onde o saber é trabalhado, aprimorado e colocado em prática por grandes profissionais. Vamos continuar dando total apoio à ESPP na realização dos cursos, projetos e parcerias. Temos orgulho em oferecer aos servidores públicos do Paraná uma educação continuada de qualidade, na qual o indivíduo se mantém em constante aprendizagem. Essa capacitação permanente é de extrema importância para atender à população e é a base do nosso fortalecimento. Inclusive, realizaremos pela ESPP a formação de 12 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Controle de Endemias (ACE) para a otimização de suas ações junto às famílias paranaenses.

Como a senhor analisa esses dois meses de mandato?

A governadora Cida Borghetti vem trabalhando incansavelmente nesses quase sessenta dias de governo para atender as 399 cidades paranaenses de igual maneira. Já foram executadas inúmeras ações nesse curto espaço de tempo graças às parcerias com os gestores municipais e grupos de pessoas interessadas em ver nosso estado avançar cada vez mais. Esse é o início de grandes transformações tanto

na Saúde quanto em outras áreas do governo, pois o nosso compromisso é com as pessoas. Nossa gestão está focada em garantir um bom ambiente para que todos os cidadãos possam viver com dignidade, saúde e prosperidade. Na Secretaria de Estado da Saúde, já dialogamos bastante e vamos dialogar muito mais. Seguimos entregando importantes recursos para os municípios paranaenses. Esses investimentos beneficiam diretamente a vida das pessoas. Posso dizer que são quase dois meses intensos, árduos e motivadores dos quais tenho orgulho de fazer parte. Continuaremos o diálogo com nosso exército de servidores públicos da SESA, valorizando-os e fazendo com que sejam participantes ativos desse processo, tanto no nível central quanto nas 22 Regionais de Saúde do Estado. Contem conosco para, juntos, continuarmos em frente!

AVALIAÇÃO DO USO DE TECNOLOGIAS NO ATENDIMENTO DOMICILIAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA CIDADE DE CURITIBA

Evaluation of the use of technologies in children and teenagers home care in the city of Curitiba

Andrea Maria Cavalcante Alencar¹, Elenize Losso², Talita Turatti do Carvalho³, Suzane Ketlyn Martello⁴

1. Fisioterapeuta em Saúde da Família pelo Programa de Residência da SMS/ Feaes. Formada pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3581-1618>
2. Fisioterapeuta no Programa Melhor em Casa de Curitiba. Mestre em Engenharia Biomédica pela UTFPR. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7643-4660>
3. Fisioterapeuta no Programa Melhor em Casa formada na UNESP. Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0496-5152>
4. Fisioterapeuta no Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná. Mestre em Tecnologia em Saúde, pela PUCPR. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4474-7045>

CONTATO: Andrea Maria Cavalcante Alencar | Rua Luiz França, 1390 | Bairro Cajuru | Curitiba | Paraná | Brasil | CEP 82940-090 | E-mail: andrea.malencar@gmail.com

COMO CITAR Alencar AMC, Losso E, Carvalho TT do, Martello SK. Avaliação do uso de tecnologias no atendimento domiciliar de crianças e adolescentes na cidade de Curitiba. R. Saúde Públ. 2018 Jul.;1(1):11-19.



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 Tendo em vista o crescente número de pacientes complexos atendidos em domicílio, o objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia do uso de tecnologia em saúde, em pacientes de 0-17 anos, 11 meses e 29 dias, atendidos pelo serviço público de atenção domiciliar, Programa Melhor em Casa, da cidade de Curitiba - Paraná. Os seguintes dados foram coletados de planilhas e prontuários: uso e identificação de recurso tecnológico, tempo de permanência no programa, re-hospitalizações e dados clínicos e funcionais. A análise dos dados resultou em 40 participantes, predomínio do sexo masculino, idade média de 7 (\pm 6) anos, e diagnósticos clínicos variados.

A incidência de alteração de mecânica ventilatória foi de 50% e o tempo de permanência no programa foi 82,5% superior em pacientes com uso de tecnologia respiratória. A baixa incidência de re-hospitalizações pode indicar a efetividade do atendimento domiciliar possibilitando o uso consciente e seguro de tecnologia em domicílio.

RESUMO Saúde da Criança. Serviços de Assistência Domiciliar. Tecnologia Biomédica.

ABSTRACT Considering the growing number of complex patients treated at home, the objective of this study was to evaluate the efficacy of health technology in patients aged 0-17 years, 11 months and 29 days, attended by a public home care service, 'Programa Melhor em Casa' of the city of Curitiba – state of Paraná. The following data were collected from worksheets and medical reports: use and identification of technological resources, length of stay in the program, hospital readmissions, and clinical and functional data. Data analysis resulted in 40 participants, male predominance, mean age of 7 (\pm 6) years, and varied clinical diagnoses. The incidence of altered ventilatory mechanics was 50% and the time spent in the program was 82.5% higher in patients with respiratory technology use. The low incidence of hospital readmissions may indicate the effectiveness of home care, allowing the conscious and safe use of home-based technology.

KEYWORDS: Child Health. Home Care Services. Biomedical Technology.

INTRODUÇÃO

Segundo a Portaria Consolidada nº 5 de 28 de setembro de 2017, a Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio¹.

A AD atualmente é dividida em modalidades específicas de atendimento. Segundo esta mesma Portaria, a prestação da assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade, conjunta e articulada, das equipes de Atenção Primária, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês.

No caso das modalidades AD2 e AD3, o Serviço de Atenção Domiciliar denominado Programa Melhor em Casa assegura atendimento a usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade de Saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado^{1,2,3}.

As diretrizes de políticas de saúde para o remanejamento de leitos hospitalares têm exigido a presença de programas de assistência domiciliar, sejam estes privados ou públicos. Assim, pacientes denominados clinicamente estáveis são enviados para seus lares e programas de desospitalização têm atuado na instrumentalização e assistência aos familiares, para que seja segura ao paciente^{2,13}. A desospitalização ocorre em casos de pacientes que

apresentam estabilidade clínica e funcional, cuidador responsável, ciência da seriedade do atendimento domiciliar, estrutura material e comunicação entre os componentes da Rede de Atenção à Saúde (Unidade de Saúde, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Unidade de Pronto Atendimento e Hospital de origem), que devem ter ciência das necessidades do paciente visando providenciar insumos e atendimentos em caso de emergência²⁻⁴.

Além de critérios clínicos e de estrutura material, se faz necessário que a empresa responsável pelo fornecimento do material também forneça esterilização e troca periódica de materiais, além de profissionais responsáveis para manutenção e manuseio dos aparelhos, visando garantir um atendimento domiciliar sem riscos para o paciente⁵⁻⁷.

Há recursos que os fisioterapeutas podem encontrar em domicílios e que são de responsabilidade deste profissional ter o conhecimento prático e teórico que podem ser indispensáveis para a sobrevida. Citam-se: monitores e mensuradores de funções vitais, ventiladores pulmonares e seus componentes, geradores de pressão positiva, conhecidos como BIPAP e CPAP, cilindros e concentradores de oxigênio, reanimador manual, cânulas de traqueostomias e aspiradores de secreção⁸⁻¹².

No Programa Melhor em Casa de Curitiba, os pacientes, incluindo crianças e adolescentes, são encaminhados de hospitais desta cidade e região metropolitana, avaliados pelo programa no hospital e admitidos em seu lar. Para esta admissão, é importante e necessária a participação da equipe de Atenção Primária responsável pelo paciente, uma vez que o Melhor em Casa possui caráter instrumentalizador e temporário, e as Unidades de Saúde são responsáveis permanentes pelo paciente.

Em resposta à solicitação feita à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, foi confirmada a incorporação da ventilação mecânica invasiva no Sistema Único de Saúde SUS, em outubro de 2017².

Neste relatório, a CONITEC² avaliou e comparou os procedimentos domiciliares e hospitalares, observando: taxa de morte, necessidade de re-hospitalização, liberação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva UTI e custos. Viu-se que não houve diferença importante na taxa de morte entre os grupos, em relação à mesma doença-base. Sobre a necessidade de re-hospitalização, ela parece estar mais relacionada ao perfil/gravidade da doença do que ao tipo de ventilação mecânica utilizada (hospitalar/domiciliar). O uso da tecnologia domiciliar foi interpretado como uma alternativa para a liberação de leitos da UTI^{2,6}.

As justificativas principais para o estudo decorrem de um crescente aumento do número de crianças e adolescentes em uso de tecnologia que estão recebendo atendimento domiciliar pelo Melhor em Casa Curitiba. Houve a necessidade de avaliar se o atendimento a essas crianças e adolescentes que fazem uso de tecnologia tem sido efetivo no município de Curitiba. A necessidade do remanejamento de leitos hospitalares e da implantação de programas de desospitalização são também justificativas para este estudo. Também deve lembrar-se da contribuição dos avanços tecnológicos na área da saúde na sobrevida, em situações em que os prognósticos não são favoráveis para cura, incluindo crianças e adolescentes^{2,6,10}.

O objetivo primário do estudo foi avaliar a efetividade do uso da tecnologia em domicílio no cuidado ao paciente pediátrico. Os objetivos secundários foram: identificar o recurso tecnológico utilizado na assistência à criança e adolescente, em um Serviço de Atenção Domiciliar do município de Curitiba e verificar a incidência de reinternamentos hospitalares após a admissão do paciente no Programa Melhor em Casa Curitiba.

METODOLOGIA

Este estudo usou de metodologia retrospectiva, observacional e quantitativa. O levantamento bibliográfico foi realizado nas

principais bases de pesquisa: Scielo, PubMed, Lilacs, Capes, Medline e Bireme, na janela de tempo de 2000 a 2017, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol. As palavras-chave presentes nos Descritores de Saúde foram: Saúde da Criança, Serviços de Atenção Domiciliar, Tecnologia Biomédica. As *Keywords* foram: *Child, Home Care Services, Biomedical Technologies*. Também foram empregados os operadores booleanos "e" e "ou" e inclusos os seguintes estudos: revisão bibliográfica, descritivo, observacional, qualitativos, quantitativos e foram excluídos estudos experimentais realizados tanto em animais quanto em seres humanos.

Após pesquisa bibliográfica, os sujeitos selecionados para coleta de dados foram: pacientes pediátricos e adolescentes, 0 a 17 anos, 11 meses e 29 dias, de ambos os sexos, com patologias multivariadas, internados de 2012 a 2017, no Melhor em Casa Curitiba, provenientes de hospitais desta cidade e região metropolitana.

Os dados coletados para este estudo foram: sexo, idade, diagnóstico clínico e cinético-funcional, número de atendimentos realizados pelas equipes multiprofissionais, tempo de internamento domiciliar, número de reinternamentos, intervalo entre internamentos, identificação do recurso tecnológico utilizado, identificação do tipo de via aérea, do uso de oxigênio associado e sua titulação.

Quanto ao tipo de via aérea, com ou sem via aérea artificial, que nestes pacientes eram cânulas traqueais: tipo de cânula traqueal, de material metálico ou plástico, numeração e cuff. Do recurso tecnológico identificaram-se órteses, cadeira de rodas, muletas, bengalas, concentradores, torpedos de oxigenoterapia, oxímetros, aspiradores, cateteres, máscara e equipamentos de ventilação mecânica. Quanto aos diagnósticos funcionais: hemiplegia, hemiparesia, paraplegia, tetraplegia ou quadriplegia, paraparesia, tetraparesia ou quadriparesia, *déficit* de mobilidade, *déficit* de coordenação, *déficit* de força muscular e *déficit* de equilíbrio, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), hipersecretividade pulmonar e alteração da mecânica ventilatória.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com CAAE 70741217400000101, em 21 de junho de 2017, e a coleta teve início após esta aprovação, utilizando planilhas computadorizadas dos atendimentos fisioterapêuticos e de prontuários físicos e eletrônicos.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística dos dados foi realizada por meio do software IBM SPSS Statistics (v.21.0). A normalidade da distribuição das variáveis quantitativas contínuas foi testada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. O teste não paramétrico de Mann-Whitney foi aplicado para comparar o tempo de permanência no Programa Melhor em Casa, nº de atendimentos realizados pelo SAD e número de reinternações, com relação ao uso de recursos tecnológicos (sim ou não) e ao sexo. Em todas as análises, um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$) foi assumido. Os dados foram apresentados por meio de média, desvio padrão, frequências absolutas e percentuais relativos.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 40 participantes, com idade entre 0 e 17 anos, 11 meses e 29 dias, inseridos no Melhor em Casa Curitiba, cujas características estão apresentadas na Tabela 1 por meio de média, desvio padrão (DP), frequências absolutas e percentuais relativos.

Dos 40 prontuários analisados, 24 eram do sexo masculino e 16 do sexo feminino, com idade média geral de 7 (\pm 6) anos. O tempo médio de permanência no SAD foi de 199,3 (\pm 306,3) dias, com um número médio de atendimentos de 72,4 (\pm 98,6) e uma frequência de internação média de 1,1 (\pm 1,8). Com relação à oxigenoterapia, esta foi utilizada por 62,5% dos participantes. 62,5% fizeram uso de ventilação mecânica, das quais 68,0% era invasiva. A traqueostomia foi necessária para 52,5% dos sujeitos, das quais, 85,7% eram plásticas. Quanto à numeração da traqueostomia e a presença de cuff, os dados não estavam presentes na maioria dos prontuários e por isso não foram coletados.

Tabela 1. Características da amostra.

VARIÁVEIS		MÉDIA ± DP / FREQ (%)
Idade (anos)		7 ± 6
Sexo	Fem	16 (40,0)
	Masc	24 (60,0)
Uso de traqueostomia	Sim	21 (52,5)
	Não	19 (47,5)
Tipo de traqueostomia	Plástica	18 (85,7)
	Metálica	3 (14,7)
Uso de oxigênio	Sim	25 (62,5)
	Não	15 (37,5)
Uso de VM	Sim	25 (62,5)
	Não	15 (37,5)
Tipo de VM	Invasiva	17 (68,0)
	Não Invasiva	8 (32,0)
Nº de reinternações		1,1 ± 1,8
Tempo de permanência no SAD (dias)		199,3 ± 306,3
Nº de atendimentos realizados pelo SAD		72,4 ± 98,6

SAD: Serviço de Atenção Domiciliar – Programa Melhor em Casa.

Fonte: Elaborada pelos autores (2018)

Na Tabela 2 estão apresentadas as comparações entre o tempo de permanência no programa, o número de atendimentos e a frequência de reinternações entre quem fez ou não o uso de algum recurso tecnológico.

Diferenças significantes estatisticamente foram encontradas para o tempo de permanência no Programa Melhor em Casa e o nº de atendimentos realizados. Os indivíduos que não fizeram uso de recurso tecnológico tiveram um tempo de permanência média no programa de 51,9 dias, nos quais foram realizados em média 16,4 atendimentos pelo SAD. Já aqueles que precisaram de algum tipo de recurso tecnológico tiveram um tempo de permanência 80% superior, com uma

média de 255,2 dias, nos quais foram realizados 93,7 atendimentos, ou seja, 82,5% a mais. Já em relação à frequência de reinternações hospitalares, não foram observadas diferenças significativas. Os recursos tecnológicos estão apresentados na Figura 1, com as respectivas frequências de utilização.

Conforme pode ser observado na Figura 1, o recurso isolado mais utilizado foi a oxigenoterapia, relatado em 25% dos prontuários. Ao somar os casos em que a oxigenoterapia é usada em associação a outros recursos, esse percentual chega a 55%. A VMNI isolada foi utilizada por apenas 5% dos participantes, porém, em associação a outro recurso, foi relatada em 30% dos prontuários levantados. A associação da VMNI à oxigenoterapia,

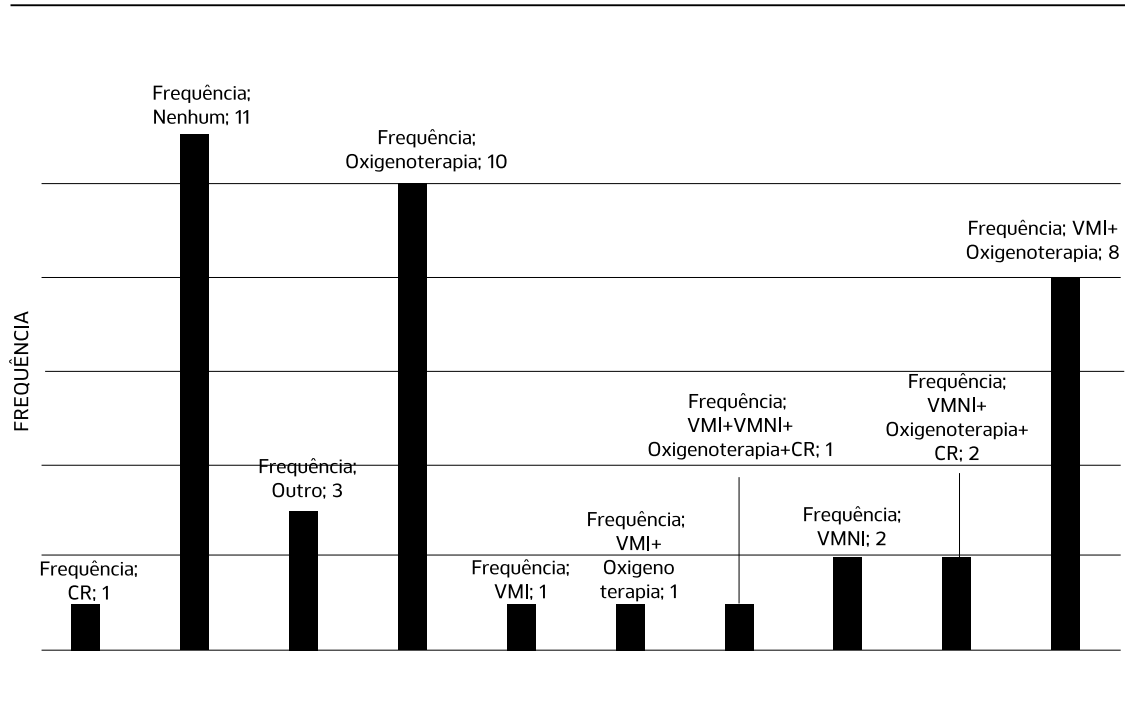
Tabela 2. Comparação do tempo de permanência no Programa Melhor em Casa, nº de atendimentos e reinternações conforme o uso ou não de recurso tecnológico.

VARIÁVEIS	USO DE RECURSO TECNOLÓGICO		p
	SIM	NÃO	
Tempo de permanência no SAD (dias)	255,2 ± 344,0	255,2 ± 344,0	0,001*
Nº de atendimentos realizados pelo SAD	93,7 ± 108,1	93,7 ± 108,1	0,001*
Nº de reinternações	1,4 ± 2,0	1,4 ± 2,0	0,103

*SAD: Serviço de Atenção Domiciliar – Programa Melhor em Casa Curitiba; *: significância estatística; Teste de Mann-Whitney (α=0,05).*

Fonte: Elaborada pelos autores (2018)

Figura 1. Frequência de utilização dos recursos tecnológicos.



CR: cadeira de rodas; VMI: ventilação mecânica invasiva; VMNI: ventilação mecânica não invasiva.
 Fonte: Elaborada pelos autores (2018)

especificamente, foi aplicada em 20% dos participantes. A categoria "Outro" refere-se ao uso de colar cervical, órtese de posicionamento para membro inferior e tipoia canadense.

Procurou-se investigar ainda se havia diferença no tempo de permanência no Programa Melhor em Casa, no nº de atendimentos e de reinternações, de acordo com o sexo. Os resultados estão apresentados na Tabela 3.

Nenhuma das variáveis testadas apresentou diferença significativa estatisticamente entre os sexos. Apesar do tempo de permanência no programa ter sido 31% superior entre os participantes do sexo masculino, vale a pena ressaltar os altos valores de desvio padrão em ambos os sexos. Além disso, os participantes do sexo masculino corresponderam a 60% da amostra.

Tabela 3. Comparação do tempo de permanência no Programa Melhor em Casa, nº de atendimentos e reinternações de acordo com o sexo.

VARIÁVEIS	SEXO		p
	FEMININO	MASCULINO	
Tempo de permanência no SAD (dias)	167,7 ± 274,0	220,3 ± 330,1	0,174
Nº de atendimentos realizados pelo SAD	65,6 ± 114,2	77,0 ± 89,0	0,304
Nº de reinternações	0,94 ± 2,0	1,1 ± 1,8	0,576

SAD: Serviço de Atenção Domiciliar – Programa Melhor em Casa Curitiba; Teste de Mann-Whitney (α=0,05).

Fonte: Elaborada pelos autores (2018)

Figura 1. Frequência de utilização dos recursos tecnológicos.



CR: cadeira de rodas; VMI: ventilação mecânica invasiva; VMNI: ventilação mecânica não invasiva.

Fonte: Elaborada pelos autores (2018)

Os diagnósticos clínicos dos participantes foram demasiadamente variáveis, não sendo possível a apresentação de suas frequências e percentuais relativos. A Figura 2 apresenta os diagnósticos funcionais relatados nos prontuários com as respectivas frequências.

Assim como na análise dos recursos tecnológicos, os diagnósticos funcionais foram apresentados tanto de forma isolada quanto quando em associação a outros diagnósticos, conforme relatado em prontuário. O atraso no DNPM em associação à alteração da mecânica ventilatória foi o mais frequente (20%), seguido pela alteração da mecânica ventilatória isolada e "outro" diagnóstico, ambos representando 15% da amostra. Ao agrupar todas as categorias que apresentam alteração na mecânica ventilatória, esse percentual chega a 50% dos participantes.

DISCUSSÃO

O presente estudo apresentou uma avaliação do uso de tecnologia no domicílio realizado pelo Programa Melhor em Casa, ao paciente pediátrico e adolescente, com quadro clínico complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

Dos 40 prontuários levantados, 24 participantes eram do sexo masculino e 16 do sexo feminino, com idade média geral de 7 (\pm 6) anos. No estudo de Resener, Martinez, Reiter e Nicolai¹³, os pacientes apresentaram idades entre 1 e 21 anos, sendo 11 do sexo masculino e 15 do feminino.

Com relação à oxigenoterapia, no presente estudo, foi utilizada por 62,5% dos participantes e que fizeram uso de ventilação mecânica, das quais 68,0% era invasiva. A traqueostomia foi necessária para 52,5% dos sujeitos, das quais, 85,7% eram plásticas, pois dependiam de uso contínuo de ventilação. Resener et al.¹³ apontou

12 crianças (46,2%) ventiladas através de técnicas não invasivas e 19 (73,1%) necessitavam apenas de suporte ventilatório intermitente.

No estudo de Garcia, Mezzacappa e Pessoto¹⁴, a ventilação mecânica invasiva foi utilizada por 68,0% dos participantes e no estudo de Hanashiro¹⁰, 08 crianças em ventilação invasiva proporcionariam uma otimização de 12 leitos hospitalares por mês.

No estudo de Garcia et al.¹⁴, além de oxigênio inalatório, 127 casos (83%) utilizaram ventilação mecânica invasiva. A média \pm DP para esta variável foi de 20,2 \pm 19,6 dias, variando de 1 a 86 dias. Quanto ao uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), 88 casos (58%) utilizaram esta modalidade, com duração média de 5,5 \pm 5,3 dias.

Quanto ao tempo de permanência no programa, foi 80% superior diante de paciente complexo e com uso de tecnologia em domicílio, exigindo um maior número de atendimentos pela equipe.

Neste estudo, houve diversas patologias crônicas, caracterizadas como alta complexidade, exigindo cuidados especiais para a família e equipe de assistência domiciliar. Os dados da incidência de patologias foram muito variados, não permitindo uma identificação de frequências. Nas literaturas de Garcia et al.¹⁴ e Munhoz et al.¹⁵ houve um predomínio de patologias de comprometimento respiratório, fibrose cística, displasia broncopulmonar e bronquiolite obliterante. Em pesquisa realizada pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz, as principais patologias encontradas foram de causas pulmonares e neurológicas².

Assim como na análise dos recursos tecnológicos, os diagnósticos funcionais foram apresentados tanto de forma isolada quanto quando em associação a outros diagnósticos, conforme relatado em prontuário. O atraso no DNPM em associação à alteração da mecânica ventilatória foi o mais frequente (20%), seguido pela alteração da mecânica ventilatória isolada e "outro" diagnóstico, ambos representando 15% da amostra. Resener et al.¹³ relataram quanto às patologias que levaram à Insuficiência respiratória crônica (IRC), 15 crianças (57,7%) apresentavam patologias

neuromusculares com alteração da função dos músculos respiratórios, 8 pacientes (30,8%) tinham como diagnóstico problemas ventilatórios de causa central e 3 crianças (11,5%), doenças pulmonares obstrutivas.

O tempo de permanência no programa foi 80% superior diante de paciente complexo e com uso de tecnologia em domicílio, exigindo-se maior número de atendimentos pela equipe.

Sobre o tempo de permanência no Melhor em Casa (Tabela 2): Hanashiro observou que a ventilação mecânica invasiva de oito pacientes disponibilizou 4.022 leitos-dia no hospital em 4 anos (uma média de 12 novos pacientes por mês na UTI), e a taxa de sobrevivência dos pacientes em casa não foi significativamente diferente daquela verificada nos pacientes hospitalizados^{2,10}.

Resener et al.¹³ mostraram a distribuição de acordo com o tempo decorrido desde a indicação da ventilação domiciliar, onde 20 das 26 crianças (76,9%) estavam sendo ventiladas há menos de 5 anos. Quatro crianças (15,5%) estavam em ventilação domiciliar por período de tempo entre 7 e 9 anos, praticamente desde o início do programa.

Dos recursos encontrados no estudo realizado no Melhor em Casa Curitiba, conforme a Tabela 1, predominou a tecnologia de mecânica respiratória invasiva. No estudo de Resener et al.¹³, de 26 crianças, 12 eram ventiladas de modo contínuo e não invasivo e 19 necessitavam apenas de ventilação intermitente, diferente deste estudo em que apenas 5% fizeram uso de ventilação não invasiva.

Conforme a Conitec², os equipamentos são classificados em três níveis ou especificações: 1-representados por equipamentos mais simples do tipo geradores de pressão positiva; 2-equipamentos do tipo *bipap* ou *bilevel* com ou sem baterias e 3-para suporte de vida; dotados de bateria interna com duração de 04 a 11 horas.

Quanto ao uso de oxigênio suplementar, a principal forma de fornecimento de oxigênio no município de Curitiba ocorre por meio de concentradores, diferente do relatório do Conitec, onde prevalece o uso de cilindros².

Em relação aos reinternamentos ou re-hospitalizações, não foram observadas diferenças significativas entre os indivíduos que não tiveram nenhum uso de recurso tecnológico e os que utilizaram algum tipo de recurso tecnológico. Porém, de forma isolada, a taxa de reinternamento apresentou baixo percentual nos pacientes assistidos em domicílio, o que mostra a efetividade do serviço prestado e da corresponsabilização do cuidador e de todos os outros componentes da RAS.

CONCLUSÃO

Após análise detalhada foi possível identificar os recursos tecnológicos mais utilizados e a incidência de reinternamentos hospitalares durante a assistência domiciliar ao paciente pediátrico no município de Curitiba. Em suma, pôde-se verificar que a complexidade dos diagnósticos apresentados pelos pacientes estava diretamente relacionada com a necessidade do uso de tecnologia mecânica respiratória invasiva. Além disso, a baixa incidência de reinternamentos hospitalares comprova a efetividade do atendimento domiciliar possibilitando o uso consciente de tecnologia em domicílio.

A assistência em saúde associada ao uso de tecnologias realizada em domicílio é algo complexo e relativamente novo no país e por isso se faz necessária a constante formalização de fluxos e rotinas entre os componentes da RAS para que esse tipo de assistência seja ágil e segura. A confecção de pesquisas científicas a respeito do assunto pode gerar constatações pertinentes que reforcem a AD, de qualidade, como meio de garantir a desospitalização de pacientes com ou sem uso de tecnologias; e conseqüentemente a liberação de leitos hospitalares

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 03 out; 2017.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (CONITEC). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
3. Lyra Filho FJ, Hirschheimer MR. Atenção domiciliar a crianças e adolescentes. Recomendações. Atualizações de Condutas em Pediatria. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo; 2010.
4. Salgado EQMA, Luis LAF, Leite NSL. A família da criança dependente de tecnologia. In: Assistência Domiciliar Pediátrica-trabalho interdisciplinar, conceitos e desafios em dependências tecnológicas. São Paulo: Atheneu; 2013.
5. Lima TC, Vargas MAO. Cuidado domiciliar intensivo: uma possível realidade do Sistema Único de Saúde? Rev Bras Enferm. 2004;57(6):658-61.
6. Pessanha FB, Freitas LAV, Rodrigues M, Mendes RAG. Abordagem fisioterapêutica global buscando a integridade das crianças dependentes de tecnologias. In: Cruz Filho AD, Vachod L. Assistência Domiciliar Pediátrica-trabalho interdisciplinar, conceitos e desafios em dependências tecnológicas. São Paulo: Atheneu; 2013.
7. Carbonero FC, Zago GM, Campos D. Tecnologia assistiva na Distrofia Muscular de Duchenne: aplicabilidade e benefícios. Rev Neurocienc. 2012;20(1):109-16.
8. Drucker LP. Home technological support network for technology dependent children discharged from a state-run hospital. Ciênc saúde coletiva. 2007;12(5):1285-94.
9. Adde FV, Alvarez AE, Barbisan BN, Guimarães BR. Recommendations for long-term home oxygen therapy in children and adolescents. J Pediatr. 2013; 89(1):6-17.
10. Hanashiro M, Franco AOC, Ferraro AA, Troster EJ. Alternativas de tratamento para pacientes pediátricos em ventilação mecânica crônica. J Pediatr. 2011;87(2):145-9.
11. França EET, Ferrari FR, Fernandes PV, Cavalcanti R; Duarte A, Aquim EE et al. Força tarefa sobre a fisioterapia em pacientes críticos adultos: Diretrizes da Associação Brasileira de Fisioterapia Respiratória e Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR) e Associação de Medicina Intensiva Brasileira. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira; 2012.
12. Barbas CS, Ísola AM, Farias AM, Cavalcanti AB, Gama AM, Duarte AC, et al. Recomendações brasileiras de ventilação mecânica 2013. J Bras Pneumol. 2014;40(5):458-86.
13. Resener TD, Martinez FE, Reiter K, Nicolai T. Assistência ventilatória domiciliar em crianças: descrição de um programa. J. Pediatr. 2001;77(2): 84-88
14. Garcia EAL, Mezzacappa MA, Pessoto MA. Programa de oxigenoterapia domiciliar para crianças egressas de uma unidade neonatal: relato da experiência de dez anos. Rev Paul Pediatr. 2010;28(3):276-82.
15. Munhoz AS, Adde FV, Nakaie CMA, Doria Filho U, Silva Filho LVRF, Rodrigues JC. Oxigenoterapia domiciliar prolongada em crianças e adolescentes: uma análise do uso clínico e de custos de um programa assistencial. J. Pediatr. 2011;87(1):13-8.

RECEBIDO: 25/02/2018

ACEITO: 16/05/2018

A FREQUÊNCIA DE DISFAGIA EM IDOSOS EM UM HOSPITAL DA CIDADE DE CURITIBA – PR

The frequency of dysphagia in the elderly in a hospital of the city of Curitiba – state of Paraná

Andréia Maneira¹, Isabel de Lima Zanata²

1. Fonoaudióloga. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso. Fundação Estatal de Atenção em Saúde de Curitiba (FEAES).
2. Fonoaudióloga. Mestre em Distúrbios da Comunicação pela Universidade Tuiuti do Paraná, Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso da Fundação Estatal de Atenção em Saúde de Curitiba (FEAES). ORCID: orcid.org/0000-0002-0902-5584

CONTATO: Andréia Maneira | Rua Casemiro Synderski, 37 | Rio Bonito | Irati | Paraná | Brasil
| E-mail: andreiamaneira@hotmail.com

COMO CITAR Maneira A, Zanata IL. A frequência de disfagia em idosos em um hospital da cidade de Curitiba-PR. R. Saúde Públ. 2018 Jul.;1(1):20-26.



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 trabalho consistiu em analisar o perfil epidemiológico dos pacientes internados em um hospital na cidade de Curitiba - PR, durante um período de seis meses e identificar a frequência de disfagia nesta população. Trata-se de uma pesquisa epidemiológica retrospectiva, descritiva a partir de análise de prontuário eletrônico. Os dados foram submetidos à análise descritiva. Sendo identificados 216 pacientes atendidos pelo serviço de fonoaudiologia da instituição, a amostra se configurou com média de idade igual a 83 anos e composta por 131 pacientes do sexo feminino e 85 do sexo masculino. A Hipertensão Arterial Sistêmica foi a doença com maior frequência nos idosos pesquisados e par a comorbidade a Desnutrição. O trabalho constatou que em relação às dificuldades de deglutição a disfagia de grau leve ocorreu com maior frequência e que há grande frequência de distúrbios de deglutição em idosos hospitalizados acometidos por doenças crônicas relacionadas ao envelhecimento.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Transtornos de deglutição. Fonoaudiologia. Serviços de saúde para idosos. Epidemiologia.

ABSTRACT The objective of the study was to analyze the epidemiological profile of patients admitted in a hospital in the city of Curitiba, state of Paraná, Brazil, for six months, and to identify the frequency of dysphagia among this population. It is a retrospective, descriptive epidemiological survey made with the electronic medical record analysis. Data were submitted to descriptive analysis. Among 216 patients being treated by the speech therapy service of the institution, the sample was configured with a mean age of 83 years, and consisted of 131 female patients and 85 male patients. Systemic Arterial Hypertension was the disease with the highest frequency in the elderly studied, and the comorbidity was Malnutrition. The study found that regarding swallowing difficulties, mild dysphagia occurred more frequently and there is a high frequency of swallowing disorders in hospitalized elderly patients with chronic aging-related diseases.

KEYWORDS: Aged. Deglutition disorders. Speech, Language and Hearing Sciences. Health Services for the Aged; Epidemiology.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico que é caracterizado por redução de taxa de crescimento populacional e transformações na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos. Estas modificações têm imprimido importantes mudanças no perfil epidemiológico da população.¹

O Brasil possui a quinta maior população idosa do mundo, com cerca de 28 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Atualmente, a proporção de pessoas idosas no país alcançou 13,7% da população geral, sendo o grupo de idosos longevos, aqueles que vivem 80 anos ou mais, a parcela que mais expressivamente cresce.²

O resultado dessa dinâmica é a maior procura dos idosos por serviços de saúde. As internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Dessa forma, o envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças

na população, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde.³

O processo de envelhecimento pode ser definido como natural, progressivo, degenerativo, universal e intrínseco, caracterizado por menor eficiência funcional, com enfraquecimento dos mecanismos de defesa frente às variações ambientais e perda das reservas funcionais.⁴

Durante o envelhecimento ocorrem mudanças fisiológicas que acarretam dificuldades de deglutição. As alterações da deglutição podem ser originadas de causas primárias, como as decorrentes do envelhecimento, e secundárias, que seriam derivadas de agentes farmacológicos, condições de saúde e condições neurológicas que afetam essa população.⁵

A avaliação clínica da deglutição é segura, não invasiva, tem baixo custo, é rápida, reproduzível e consome poucos recursos.

A disfagia reflete em problemas envolvendo a cavidade oral, faringe, esôfago ou transição

esofagogástrica. A disfagia ou dificuldade na deglutição pode resultar na entrada de alimento na via aérea, resultando em tosse, sufocação/asfixia, problemas pulmonares e aspiração. Também gera déficits nutricionais, desidratação com resultado em perda de peso, pneumonia e morte.⁶

Em um ambiente hospitalar composto por idosos existe a presença de um elevado número de queixas referentes às dificuldades na deglutição. Parte refere-se às deglutições já adaptadas, outros às alterações mecânicas e estas dificuldades fazem da avaliação fonoaudiológica uma intervenção diferenciada para determinação da origem das dificuldades de deglutição. I d e n t i f i c a ç ã o e s precoces merecem atenção, pois colaboram com a prevenção de agravos à saúde do idoso.

Conhecer sobre a epidemiologia da disfagia na população idosa proporciona o conhecimento dos fatores que determinam o problema, bem como auxilia o melhor entendimento das consequências relativas à saúde.

No atendimento ao paciente disfágico e em ambiente hospitalar, compete ao fonoaudiólogo colaborar juntamente com a equipe interdisciplinar na melhora clínica, buscando a redução do tempo de uso das vias alternativas de alimentação, o tempo de hospitalização e contribuição na melhoria do quadro pulmonar.

O presente trabalho teve por objetivo a identificação do perfil epidemiológico e a frequência de disfagia em idosos atendidos na instituição

MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo foi realizado por análise documental em prontuário médico. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pequeno Príncipe sob o parecer de número 2.113.89.

A coleta dos dados foi realizada por um único pesquisador, e optou-se por trabalhar com os prontuários eletrônicos de pacientes internados

durante o período de junho a novembro de 2016, selecionados os pacientes com idade maior que 65 anos e que passaram por avaliação fonoaudiológica durante o internamento, excluindo os pacientes que passaram pelo atendimento em unidade de terapia.

Desta forma utilizou-se 216 prontuários de pacientes atendidos na unidade de internação, 131 do sexo feminino e 85 do sexo masculino, com média de idade de 83,7 anos e com intervalo etário de 65 a 102 anos.

A análise dos dados buscou identificar o paciente em idade e sexo, aspectos da avaliação médica em doenças de base e comorbidades, aspectos da avaliação fonoaudiológica em presença e grau de disfagia.

Assegurando-se que todos os cuidados para garantir o sigilo, anonimato e privacidade dos participantes quanto aos dados confidenciais foram realizados.

As variáveis epidemiológicas e clínicas foram analisadas de forma descritiva por meio de valores percentuais, média, e apresentados em forma de gráficos, utilizando o software Microsoft Office Excel.

RESULTADOS

Os resultados demonstram que a população estudada apresentou o número de doenças superior a 1, as mais evidentes foram Hipertensão Arterial Sistólica, Diabetes, Demência e Doença Cerebrovascular (Tabela 1). Para comorbidades a mais frequente no estudo é a Desnutrição (Tabela 2), e o tabagismo destacou-se como maior repetição nos hábitos de vida progressa.

Na avaliação fonoaudiológica, os resultados nos mostram que 78,7% (n= 17) dos pacientes apresentaram deglutição funcional, 51,85 % (n=112) disfagia leve, 16,67% (n=36) disfagia moderada e 23,61% (n=51) apresentaram disfagia grave (Gráfico 1).

Gráfico 1. Padrão de deglutição por e divisão por sexo.

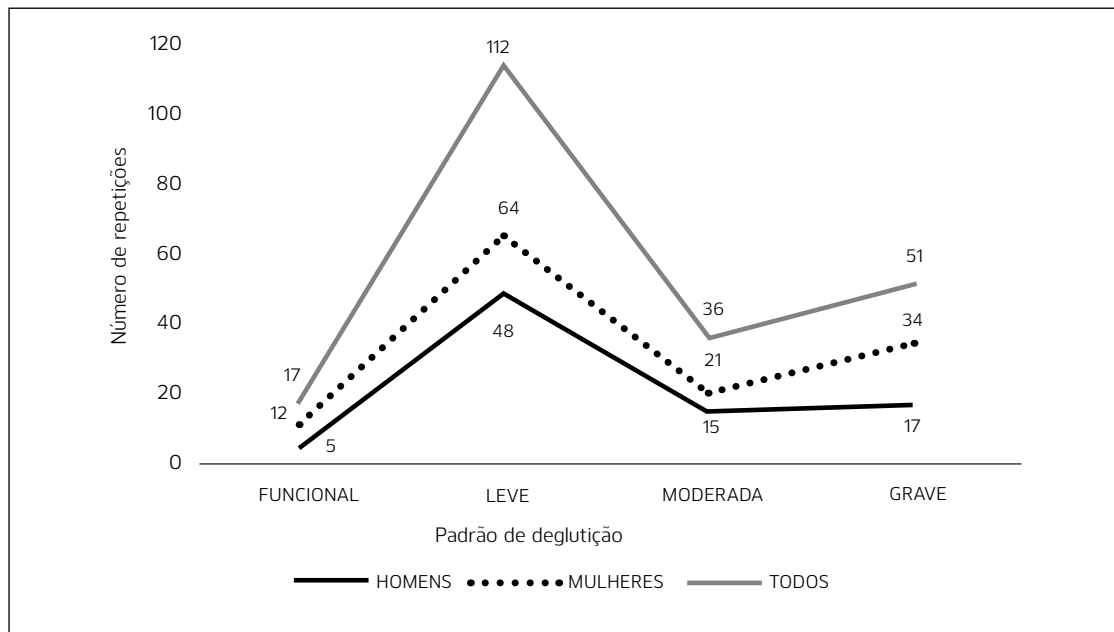


Gráfico 01: número de ocorrências nos pacientes por sexo e total.

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

O sexo feminino se configurou com os maiores números em relação ao sexo masculino.

Em relação à disfagia na unidade amostral segregada por sexo, configurou-se uma maior prevalência no sexo masculino sendo que acometeu 80 pacientes (n =85), representando 94,11% dos casos deste sexo. Já no sexo feminino foram acometidas 119 idosas (n= 131), resultando 90,83% dos casos.

As tabelas a seguir indicam o percentual do padrão de deglutição em relação às doenças de maior frequência.

Em escala decrescente de porcentagem a Hipertensão sistólica tem o maior percentual de frequência com 66,67 % e a Neoplasia o menor com 10,65%.

Tabela 1. Porcentagem do padrão de deglutição por doença

DOENÇA/ PADRÃO DE DEGLUTIÇÃO	FUNCIONAL	LEVE	MODERADA	GRAVE	%
HAS	14	75	24	31	66,67%
DM	6	31	7	6	23,15%
DEMÊNCIA	2	31	15	19	31,02%
DOENÇA CEREBROVASCULAR	1	26	17	13	26,39%
NEOPLASIA	3	17	1	2	10,65%

Tabela 01: número de ocorrências nos pacientes e porcentagem segregados por doença em relação ao padrão de deglutição.

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Tabela 2. Porcentagem do padrão de deglutição por comorbidade.

COMORBIDADE/ PADRÃO DE DEGLUTIÇÃO	FUNCIONAL	LEVE	MODERADA	GRAVE	%
HISTÓRICO TABAGISMO	3	27	6	14	23,15%
HISTÓRICO ETILISMO	1	7	3	5	7,41%
DESNUTRIÇÃO	3	61	25	37	58,33%

Tabela 02: número de ocorrências nos pacientes e porcentagem segregados por comorbidade em relação ao padrão de deglutição. Desnutrição com 58,33 % é a comorbidade com maior frequência.

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

DISCUSSÃO

No internamento hospitalar o idoso está exposto a complicações e a infecções, e ainda representa fator de risco para a disfagia.⁷

A deglutição envolve a participação de órgãos, músculos, nervos e depende da integridade dos mesmos para ocorrer de forma coordenada e eficiente,⁸ a desorganização do sistema estomatognático pode sofrer alterações decorrentes do envelhecimento causando a disfagia.

A presbifagia se caracteriza pelas modificações na função da deglutição durante o envelhecimento do ser humano, que desencadeia uma adaptação ao processo de alimentação e deixa o idoso propenso a desenvolver disfagia.

As características da deglutição em idosos são diversas e incluem dificuldades de controle e ingestão do bolo, diminuição da força mastigatória, acúmulo de resíduos, redução do grau de elevação da laringe, necessidade de deglutições múltiplas, maior ocorrência de tosse, maior probabilidade de aspiração após a deglutição e aumento da duração da fase esofágica.⁹

As dificuldades de deglutição acometem 16% a 22% da população acima de 50 anos, alcançando índices de 70% a 90% de distúrbios de deglutição nas populações mais idosas¹⁰. Este estudo corrobora com o perfil epidemiológico observado, pois os resultados refletem que a disfagia estava presente em 90% nos pacientes com média de idade de 83 anos.

Dentre os prontuários estudados foram encontrados 131 pacientes do sexo feminino, sendo a maioria do espaço amostral, este dado confirma a feminização da velhice no Brasil.

Feminização, que se explica, em parte, pela maior expectativa de vida das mulheres, associada aos fatores como: menor consumo de álcool e tabaco e diferenças de atitude em relação às patologias³. Este fato se reflete também pelo autocuidado ao identificar sinais e sintomas precoces.

Constatou-se que grande parte dos idosos é acometida por uma ou mais doenças crônicas, enfermidades que aumentam a frequência de internação hospitalar.

As doenças crônicas não transmissíveis, naturais do processo de envelhecimento são consideradas um sério problema de saúde coletiva, devido aos agravos que podem propiciar a ocorrência de outros agravos à saúde. As quatro principais são: doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes¹¹.

O estudo constata que essas doenças são rotineiramente diagnosticadas na população idosa. Identifica-se um número dentro do espaço amostral (n= 216) a amostragem de 144 pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial e 50 pacientes com Diabetes ou ambas.

No Brasil, a HAS afeta mais de 30 milhões de brasileiros (36% dos homens adultos e 30% das mulheres) e é o maior fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, com destaque para o acidente vascular encefálico

(AVC) e o infarto do miocárdio, as duas maiores causas isoladas de mortes no país.¹²

A Diabetes Mellitus (DM) é uma disfunção metabólica caracterizada pela presença da hiperglicemia e pode ser resultado de defeitos, tanto na ação quanto na secreção da insulina, assim como em ambos. Um estudo indica que a prevalência da DM varia de 7 a 14% na população acima de 30 a 69 anos.¹³

O percentual para a disfagia encontrado em pacientes com Hipertensão Arterial foi frequente em 90,27% e para a Diabetes foi em 88% dos casos do estudo.

Um estudo realizado anteriormente avaliou a deglutição observando o tempo de trânsito faríngeo durante a deglutição de líquido. Participaram desse estudo 63 idosos divididos em dois grupos, sendo um saudável e outro com doenças frequentemente encontradas nessa população (hipertensão arterial, osteoartrite, diabetes mellitus, doença da tireoide, hipercolesterolemia, doença do refluxo gastroesofágico e depressão). Os autores verificaram aumento significativo do tempo de trânsito faríngeo para os idosos com doenças sistêmicas, especialmente no grupo com hipertensão arterial.¹⁴ Concluíram que a presença de doenças comuns à população idosa estava associada à deterioração da função da deglutição, não podendo tal alteração ser considerada decorrente somente do envelhecimento.

Quanto ao histórico de neoplasias, 23 (n=216) dos pacientes apresentaram a doença, descritas em seu prontuário. Segundo o Instituto Nacional de Câncer José de Alencar, em 2013 as estimativas de câncer no Brasil foram de 518.510 novos casos da doença.

No que se refere ao número de pacientes com sintomas de disfagia, ocorreram 86,96 %, não diferenciados por especificidade da neoplasia.

Sobre a frequência de Demência de acordo com o estudo, 31,6% dos pacientes possuíam o diagnóstico em prontuário.

Em estudo¹⁵ sobre demência constatou-se que pacientes demenciados e com outras doenças neurológicas podem apresentar comprometimento

funcional e cognitivo por um longo período antes da morte e também desenvolver disfagia, desnutrição, pneumonia e imobilidade, tornando-se parcial ou totalmente dependentes para as atividades da vida diária.

A demência inclui como sintoma da evolução da doença, a disfagia 16, no presente trabalho a afirmação é demonstrada pela presença em 67 idosos com quadro demencial. Deste valor 97% dos casos apresentam dificuldades de deglutição.

Em pesquisa realizada em idosos com demência, foi observado que a maioria desses idosos apresentou dificuldades durante a alimentação ou em atividades envolvidas nesta função, como o preparo do alimento, o manuseio de utensílios e a higiene oral, dependendo da assistência de um cuidador. Com isso, 16 concluiu que os idosos com demência precisam de acompanhamento fonoaudiológico e nutricional periódico, a fim de minimizar suas limitações e incapacidades relacionadas à alimentação, prevenindo a desnutrição, a desidratação e outras complicações.

Destaca-se significância no estudo para as doenças cerebrovasculares, as quais têm etiologia multifatorial, e dentre os prontuários pesquisados foram encontrados 50 pacientes com histórico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Aneurisma.

A incidência de disfagia pós-AVC pode variar de 42 a 67% e a sua presença está associada a um aumento do risco de complicações pulmonares por aspiração de saliva e/ou alimento, desnutrição, desidratação, hospitalização prolongada e morte.^{17,18}

Segundo o presente estudo, encontrou-se 98% de pacientes com doenças cerebrovasculares e sintomas de disfagia, número significativamente maior que o do estudo acima citado.

Foram encontrados 126 pacientes com estado nutricional comprometido. A disfagia foi frequente em 98% dos casos pesquisados.

A disfagia pode levar à desnutrição e à desidratação por inadequação dietética e em razão da consistência dos alimentos¹⁹

A desnutrição é um problema comum nas pessoas idosas, que é raramente reconhecido e diagnosticado, levando insucesso e incapacidade

para cobrir as necessidades nutricionais dos doentes. Apesar dos estudos apontarem diferentes critérios para identificar a má nutrição nos idosos, há clara evidência que a desnutrição afeta pessoas que vivem nas suas casas, institucionalizadas e em maior extensão os pacientes com doenças agudas ou crônicas, que se encontram hospitalizados²⁰.

Na pesquisa percebe-se a grande prevalência de desnutrição em ambiente hospitalar, principalmente pela população estudada ser composta por idosos.

A intervenção precoce para o diagnóstico da disfagia contribui para melhores resultados e a melhora do idoso hospitalizado, principalmente em pacientes com doenças crônicas que apresentam como complicação a disfagia.²¹

CONCLUSÕES

O desenvolvimento do presente trabalho oportunizou a identificação epidemiológica da população estudada e a frequência de disfagia.

Constatou-se grande incidência de doenças crônicas nos indivíduos da pesquisa, causando internamentos hospitalares frequentes. Confirmou-se também que há grande frequência de disfagia nos idosos internados na instituição.

O diagnóstico da disfagia merece grande atenção devido às implicações clínicas causadas pelo sintoma.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009. Disponível em: ww2.ibge.gov.br
2. Ministério da Saúde. Conjunto de ações foca na saúde do idoso. Disponível em: [www. Brasil.gov.br](http://www.Brasil.gov.br).
3. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Saúde Pública* 2009. 43(3), 548-554.
4. Ribeiro A. Aspectos biológicos do envelhecimento. In: RUSSO IP. *Intervenção Fonoaudiológica na Terceira Idade*. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.
5. Jaradesh S. Neurophysiology of swallowing in the age. *Dysphagia*. 1994; 9:218-20.

6. Padovani AR, Moraes DP, Mangilli LD, Andrade CRF. Protocolo de Avaliação do Risco para a Disfagia (PARD). In: Andrade CRF, Limongi SCO (Org). *Disfagia: prática baseada em evidências*. São Paulo: Sarvier; 2012. p. 62-73.

7. Guerra IC, Ramos OS, Cerqueira A. Risco de hospitalizações repetidas em idosos usuários de um centro de saúde escola. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(3): 585-92.

8. Kikawada M, Iwamoto T, Takasaki M. Aspiration and infection in the elderly. *Drugs Aging*. 2005; 22(2):115-30.

9. Nilsson H, Ekberg O, Olsson R, Hindfelt B. Quantitative aspects of swallowing in an elderly nondysphagic population. *Dysphagia*.1996;11(3):180-4.

10. Santoro PP. Disfagia orofaríngea: panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras. *Revista CEFAC*. 2008;10(2).

11. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA; Barreto SM. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377 (9781):1949-61.

12. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95.

13. Lyra R, Silva RS, Montenegro JRM, Matos MVC; Cézar NJB, Da Silva ML. Prevalência de diabetes melitos e fatores associados em população urbana adulta de baixa escolaridade e renda do sertão nordestino brasileiro. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2010;54(6):560-6.

14. Kendall KA; Leonard RJ; McKenzie S. Common medical conditions in the elderly: impact on pharyngeal bolus transit. *Dysphagia*. 2004;19(2):71-7.

15. Palecek EJ, Teno JM, Casarett DJ, Hanson LC, Rhodes RL, Mitchell SL. Comfort feeding only: a proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(3):580-4

16. Goes VF, Mello-Carpes PB, Oliveira LO, Hack J, Magro M, Bonini JS. Avaliação do risco de disfagia, estado nutricional e ingestão calórica em idosos com Alzheimer. *Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2014;22(2):317-24*

17. Sanches EP, Bilton T, Ramos LR. Análise descritiva da alimentação de idosos com demência. *Distúrb Comun*. 2000; 11(2):227-49.

18. Itaquy RB; Favero SR; Ribeiro MC; Barea LM; Almeida ST, Mancopes R. Disfagia e acidente vascular cerebral: relação entre o grau de severidade e o nível de comprometimento neurológico. *J Soc Bras Fonoaudiologia*. 2011; 23(4):385-9.

19. I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados. Barueri, SP: Minha Editora, 2011.

20. Oliveira MM. Terapia Nutricional e Disfagia: A Importância do Acompanhamento Nutricional. *Rev Brasileira de Ciências da Saúde*, ano 6, n 16, abr/jun 2008.

21. De Paiva KM, Xavier IC, Farias N. Envelhecimento e Disfagia: Uma questão de saúde pública. *Aging and Dysphagia: a Public Health Issue. Journal of Aging & Innovation*, 1 (6): 67-77, 2012.

RECEBIDO: 27/02/2018

ACEITO: 16/05/2018

NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES PARA O SUS NO ESTADO DO PARANÁ

Need for hospital beds to SUS in the state of Paraná

Thamyres Correa Barbosa¹, Vivian Patricia Raksa², Annanda Letícia Unicki Ribeiro³

1. Enfermeira na Superintendência de Unidades Hospitalares Próprias da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7112-9934>
2. Mestre em Planejamento e Governança Pública pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Enfermeira na Superintendência de Unidades Hospitalares Próprias da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4682-311X>
3. Administradora na Superintendência de Unidades Hospitalares Próprias da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7485-9289>

CONTATO: Thamyres Corrêa Barbosa | Rua Presidente Faria, 334 | Centro | Curitiba | Paraná | Brasil | CEP 80020-290 | E-mail: thamyres.barbosa@gmail.com

COMO CITAR Como citar: Barbosa TC, Raksa VP, Ribeiro ALU. Necessidade de leitos hospitalares para o SUS no Estado do Paraná. R. Saúde Públ. 2018 Jul.;1(1):27-36.



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 como objetivo avaliar se a quantidade de leitos hospitalares do SUS existentes no estado do Paraná está adequada à legislação vigente, assim como apresentar as alterações propostas pela Portaria GM/MS nº1631/15 em relação à anterior, Portaria GM/MS n.º 1.101/02, no que tange à programação de leitos hospitalares. O método utilizado foi a pesquisa quanti-qualitativa com objetivos exploratórios e descritivos, que utilizou pesquisa biblio-gráfica e documental como procedimento de coleta de dados e o método comparativo para tratamento e análise dos dados. Destaca-se que a Portaria vigente considera a população de referência para cada leito-especialidade e pondera a redução da taxa de natalidade e ampliação proporcional da faixa etária de idosos para o cálculo da necessidade de leitos hospitalares. Conclui-se que o estado do Paraná atende ao quantitativo de leitos SUS estabelecido com base no cenário mínimo recomendado pela legislação vigente.

PALAVRAS-CHAVE: Número de Leitos em Hospital. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT The objective of this study was to evaluate if the number of SUS hospital beds in the state of Paraná is adequate to the current legislation regarding hospital beds programming, as well to present the changes proposed by Ordinance GM/MS no. 1.631/15 in relation to the previous one, GM/MS Ordinance no. 1.101/02. The methodology included quantitative and qualitative reviews from bibliographical and documental data collection for exploratory and descriptive purposes. Comparative methods were used for data analyses. The current ordinance uses the population of reference for each bed-specialty and considers the reduction of the birth rate and proportional increase of the elderly age group to calculate the need for hospital beds. The study concludes that the amount of SUS hospital beds in the state of Paraná meets the minimum scenario recommended by the current legislation.

KEYWORDS: Hospital Bed Capacity. Unified Health System.

INTRODUÇÃO

A A estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, está sob a coordenação maior do Ministério da Saúde (MS).

É o MS que estabelece tipos de ações e serviços de saúde do SUS e seu financiamento, operacionalizados descentralizadamente pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, sob controle social.

As internações, entre as mais caras dessas ações, são realizadas em serviços hospitalares, de administração complexa e com alto custo para seu funcionamento.

Sendo consenso entre planejadores de sistemas de saúde que mais oferta de serviços de saúde atrai mais demanda por esses serviços, infere-se que mais leitos hospitalares disponíveis resultam em mais internações.

No Brasil, o estudo da influência da oferta de leitos hospitalares na utilização destes equipamentos

é ainda pouco discutido e são escassos os estudos específicos sobre a necessidade destes.

Por isso, torna-se relevante quantificar os leitos existentes em um território adscrito e refletir sobre os dados encontrados, visando à compreensão de acesso da população a esses serviços de saúde, necessidade de leitos e de investimentos, chegando até a reorientação dos modelos de atenção em saúde.²

Para definir o quantitativo de leitos hospitalares necessários o MS publicou dois conjuntos de parâmetros, a Portaria GM/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002 (vigente até setembro de 2015) e a Portaria GM/MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, que a substituiu.

A Portaria GM/MS nº 1.101/02 define a necessidade de leitos hospitalares totais e recomenda que os parâmetros de cobertura para assistência hospitalar devem ser calculados "com base na expectativa esperada de internações por habitante/ano, em quatro clínicas básicas: Clínica Médica, Obstetrícia, Pediatria e Cirurgia,

Quadro 1. Parâmetros para o cálculo da necessidade de leitos hospitalares a cada 1.000 habitantes.

LEITOS POR ESPECIALIDADE	VARIÇÃO ENTRE AS REGIÕES	PARÂMETROS RECOMENDADOS		UNIDADE DE MEDIDA
		% SOBRE NECESSIDADE TOTAL DE LEITOS	NÚMERO ABSOLUTO DE LEITOS SOBRE TOTAL DA POPULAÇÃO	
Cirúrgica	0,44 a 0,70	14,99	0,44	Leitos/1.000hab.
Clínica Médica	0,67 a 1,13	26,82	0,78	Leitos/1.000hab.
Cuidados prolongados	0,02 a 0,18	5,62	0,16	Leitos/1.000hab.
Obstetrícia	0,43 a 0,63	9,49	0,28	Leitos/1.000hab.
Pediátrica	0,45 a 0,62	14,06	0,41	Leitos/1.000hab.
Psiquiátrica	0,05 a 0,61	15,31	0,45	Leitos/1.000hab.
Reabilitação	0 a 0,01	4,72	0,14	Leitos/1.000hab.
Tisiologia	0,01 a 0,02	0,43	0,01	Leitos/1.000hab.
Psiquiatria Hospital Dia	0,01 a 0,02	2,73	0,08	Leitos/1.000hab.
Fator de Ajuste ⁽¹⁾	-	5,83	0,17	Leitos/1.000hab.
TOTAL	2,07 a 3,38	100	2,92	Leitos/1.000hab.

Fonte: Portaria GM/MS n.º 1.101/02.

(1) Fator de Ajuste é a porcentagem do total de leitos, que poderá ser utilizada, dependendo dos fatores locais, em uma especialidade, dividida entre algumas ou entre todas.

contemplando, ainda, as internações decorrentes de Cuidados Prolongados, Psiquiatria, Tisiologia, Reabilitação”.³ Define também que, para leitos hospitalares totais, o quantitativo necessário fica no intervalo de 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes, dos quais 4 a 10% devem ser leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI. Essa Portaria define ainda os parâmetros para o cálculo da necessidade de leitos hospitalares, por clínica. O quadro 1 apresenta o quantitativo total de leitos hospitalares necessários por clínica para cada 1.000 habitantes.

A Portaria GM/MS n.º1.631, de 1º de outubro de 2015, traz em seu anexo (Seção VI – Atenção Hospitalar) a definição dos parâmetros para leitos e internações. A metodologia proposta para determinar a quantidade de leitos gerais necessários considera separadamente cada um dos tipos de leito-especialidade, sendo o número total de leitos obtido pelo somatório das estimativas de todos os tipos de leito-especialidade.⁴

O cálculo para definição da necessidade de leito-especialidade deve considerar: número de internações anuais esperadas para cada leito-especialidade (de acordo com a população de referência, taxa de internação esperada e fator

de ajuste para a taxa de recusa), tempo médio de permanência (dias), taxa de ocupação hospitalar, e fator de ajuste para incorporação de internação de não residentes.⁴

Ademais, a Portaria também apresenta quatro cenários para elaboração da necessidade de leitos:

Cenário 1: Valor mínimo recomendado de taxas de internações e tempo médio de permanência (=percentil 25 das capitais) & TOH (taxa de ocupação hospitalar) para fila 1%;

Cenário 2: Valor mínimo recomendado de taxas de internação e tempo médio de permanência (=percentil 25 das capitais) & TOH para fila 5%;

Cenário 3: Valor máximo recomendado de taxas de internação e tempo médio de permanência (=percentil 75 das capitais) & TOH para fila 1%;

Cenário 4: Valor máximo recomendado de taxas de internação e tempo médio de permanência (= percentil 75 das capitais) & TOH para fila 5%.⁴

Este estudo tem como objetivo geral avaliar se a quantidade de leitos hospitalares existente no estado do Paraná está adequada à legislação vigente, e os seguintes objetivos específicos:

- apresentar as alterações propostas pela Portaria GM/MS nº1631/15 em relação à anterior, Portaria GM/MS n.º 1.101/02 no que tange à necessidade de leitos hospitalares;
- aplicar a portaria GM/MS nº1.631/15 para definir o quantitativo de leitos hospitalares necessários no estado do Paraná;
- avaliar se a quantidade de leitos hospitalares no estado do Paraná atende ao regulamentado pela Portaria GM/MS n.º1.631/15.

METODOLOGIA

Desenvolveu-se uma pesquisa de natureza quanti-qualitativa para fins exploratórios e descritivos, que utilizou como procedimento de coleta de dados pesquisa bibliográfica e documental para obtenção do quantitativo de leitos hospitalares atuais, comparando-o ao ideal regulamentado para o estado do Paraná.

A coleta de dados foi caracterizada por dois momentos. O primeiro momento estabeleceu o cenário ideal regulamentado pelas Portarias GM/MS n.º 1.101/02 e GM/MS n.º 1.631/15, quanto à necessidade de leitos hospitalares no Paraná, considerando os dados populacionais do IBGE 2010, excluindo a população usuária do Sistema Suplementar de Saúde.

O segundo momento descreveu o cenário atual da distribuição de leitos hospitalares no estado, considerando o quantitativo de leitos hospitalares SUS (leitos por especialidade e leitos de UTI), publicizados no *TabNet / DATASUS*. As informações referentes à quantidade, característica e perfil dos leitos hospitalares foram obtidos no diretório *TabNet CNES*, na competência de fevereiro de 2018, permitindo a elaboração do cenário atual da distribuição de leitos hospitalares no Paraná.

Para o tratamento e análise dos dados foi aplicado o método comparativo, que consiste no estudo das semelhanças e diferenças entre diversos tipos de sociedades, grupos, localizações, povos etc. Esse método realiza comparações com a finalidade de verificar similitudes e explicar divergências, e contribui para uma melhor compreensão do comportamento humano.⁵

Após a coleta de dados e estabelecimento do cenário atual e do cenário ideal regulamentado da distribuição de leitos hospitalares no Paraná, foi aplicado o método comparativo visando a confronto/comparação entre esses cenários, permitindo a identificação de déficit ou superávit de leitos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No tocante às alterações que a Portaria GM/MS nº1.631/15 traz em relação à Portaria GM/MS n.º 1.101/02, verifica-se que, para o cálculo da necessidade de leitos, devem ser considerados: a) a população de referência para cada leito-especialidade, diferente de sua antecessora, que considerava para a base de cálculo a população total; b) a taxa de internação; c) o tempo médio de permanência; d) a taxa de ocupação hospitalar; e) a porcentagem de recusa de internações, inclusive para os leitos complementares.

A Portaria GM/MS n.º 1.101/02 define que os leitos hospitalares totais devem se encontrar no intervalo de 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes, considerando os parâmetros específicos de acordo com a especialidade e para o total, chegando a 2,92 leitos por mil habitantes para o total de leitos, 1,91 leitos por mil habitantes para leitos gerais (Clínica Médica, Obstetria, Pediatria e Cirurgia) e 4% a 10% dos leitos para UTI.

A Portaria GM/MS n.º 1.631/15 estabelece que o quantitativo total de leitos hospitalares é obtido pelo somatório das estimativas de todos os tipos de leito-especialidade, definidos com base na população de referência para as especialidades de obstetria, neonatologia, pediatria (clínica e cirúrgica), clínica (por faixa etária) e cirúrgica (por faixa etária).

Quadro 2. Necessidade de Leitos Hospitalares de acordo com as Portarias GM/MS nº 1.101/02 e nº1.631/15.

ESPECIALIDADE	PORTARIA Nº 1.101/2002	PORTARIA 1.631/2015	
		CENÁRIO 1	CENÁRIO 4
Obstetrícia	1939	1355	1536
Neonatologia	-	302	683
Pediatria - Clínica	2872	1135	2168
Pediatria - Cirúrgica		179	590
Clínica Adulto - 15 a 59 anos	6074	2292	4691
Clínica Adulto - 60 anos ou mais		2329	4235
Cirurgia Adulto - 15 a 59 anos	3658	1977	3524
Cirurgia Adulto - 60 anos ou mais		880	1801
Reabilitação	964	-	-
Psiquiatria	3127	255	255
Cuidados Prolongados	1148	-	-
Tisiologia	88	-	-
Hospital Dia	558	-	-
UTI Neonatal	1776	96	394
UTI Pediátrica		59	341
UTI Adulto		452	1361
Total de Leitos	22204	11311	21580

Fonte: IBGE / Censo 2010.

Vale ressaltar que a Portaria GM/MS nº1.631/15 não apresenta critérios para a definição de leitos em reabilitação, tisiologia e hospital dia, como sua antecessora. Para os leitos de psiquiatria e cuidados prolongados, orienta a utilização dos critérios vigentes em portarias específicas das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e de Urgência e Emergência.

Há que se mencionar que uma questão não considerada nos parâmetros para cálculo, nas duas portarias, é o quantitativo de leitos do Sistema Suplementar de Saúde (planos e seguros privados), pois ambas não excluem a população usuária de planos e seguros de saúde para o cálculo.

O quadro 2 apresenta os dados obtidos para a Portaria GM/MS nº1.631/15 comparativamente à Portaria GM/MS nº 1.101/02, sendo que neste estudo, optou-se por analisar a quantidade de leitos necessários de acordo com os cenários 1 e 4 da Portaria GM/MS nº1.631/15, que se referem ao quantitativo mínimo e máximo, respectivamente.

Para a confecção do cenário regulamentado da necessidade de leitos hospitalares no Paraná

foram utilizados os dados populacionais do Censo/IBGE 2010, excluindo a população usuária do Sistema Suplementar de Saúde, que corresponde a 23% da população, de acordo com dados do *Tabnet*.

Para atender à orientação de 2,92 leitos para 1.000 habitantes da Portaria GM/MS nº 1.101/02 seriam necessários 22.204 leitos hospitalares e 1.776 leitos de UTI (8% dos leitos totais).

Quanto à Portaria GM/MS nº1.631/15, para o cenário mínimo proposto, seriam necessários 11.311 leitos hospitalares totais e 607 leitos de UTI, o que corresponde a 1,79 leitos para 1.000 habitantes. Em relação ao cenário máximo proposto, seriam necessários 21.580 leitos hospitalares totais e 2.096 leitos de UTI, ou seja, 2,84 leitos para 1.000 habitantes. Desta forma, é possível constatar que os parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.101/02 se aproximam ao cenário máximo sugerido pela Portaria vigente.

Ao aplicar a Portaria GM/MS nº1.631/15, pode-se observar uma redução na necessidade de

Quadro 3. Distribuição dos Leitos Hospitalares no Estado do Paraná X Necessidade de Leitos conforme Portaria GM/MS nº 1.631/15.

ESPECIALIDADE	CENÁRIO 1	LEITOS (MIL HABIT)	CENÁRIO 4	LEITOS (MIL HABIT)	LEITOS EXISTENTES SUS
Obstetrícia	1355	12,24	1536	13,88	2298
Neonatologia	302	2,73	683	6,17	-
Pediatria - Clínica	1135	0,65	2168	1,25	2491
Pediatria - Cirúrgica	179	0,10	590	0,34	
Clínica Adulto - 15 a 59 anos	2292	0,46	4691	0,94	6946
Clínica Adulto - 60 anos ou mais	2329	2,73	4235	4,97	
Cirurgia Adulto - 15 a 59 anos	1977	0,39	3524	0,70	4526
Cirurgia Adulto - 60 anos ou mais	880	1,03	1801	2,11	
UTI Neonatal	96	0,87	394	3,56	554 ¹
UCI Neonatal					
UTI Pediátrica	59	0,03	341	0,20 ³	166 ²
UCI Pediátrica					
UTI Adulto	452	0,08 ⁴	1361	0,23	1172 ³
UCI Adulto					
UTI Queimados	-	-	-	-	10
Outros Leitos	-	-	-	-	236
Reabilitação	-	-	-	-	2538
Psiquiatria	255	0,04	255	0,04	
Cuidados Prolongados	-	-	-	-	
Tisiologia	-	-	-	-	
Hospital Dia	-	-	-	-	382
Total de Leitos	11.311	1,49	21.579	2,84	21.319

Fonte: Tabwin / DataSus

¹Somatório dos leitos de UTI Neonatal I, II e III, UCI Neonatal

²Somatório dos leitos de UTI Pediátrica I, II, III e UCI Pediátrica

³Somatório dos leitos de UTI Adulto I, II e III, UTI Coronariana e UCI Adulto

leitos das especialidades de obstetrícia e pediatria, assim como aumento para os leitos de clínica. Como a Portaria GM/MS nº 1.101/02 possui mais de uma década e foi observada redução da taxa de natalidade e ampliação proporcional da faixa etária de idosos, evidencia-se que a revisão destes parâmetros na Portaria GM/MS nº 1.631/15 foi oportuna.

O quadro 3 apresenta o quantitativo de leitos hospitalares atuais no Estado do Paraná comparativamente ao ideal regulamentado pela Portaria GM/MS nº 1.631/15.

Nesse estudo, optou-se por analisar a quantidade de leitos necessários de acordo com os cenários 1 e 4, que se referem ao quantitativo mínimo e máximo, respectivamente.

Ressalta-se que o documento não aborda as clínicas de Tisiologia, Hospital Dia, Cuidados Prolongados, Psiquiatria e Reabilitação. Dessa forma, utilizou-se o número de leitos existentes dessas clínicas para fins de análise em relação à totalidade de leitos SUS.

Na análise do cenário 1, identifica-se que todas as clínicas têm leitos acima do esperado: Obstetrícia tem 943 a mais, Pediatria 1.177, Clínica Médica 2.325, Cirúrgica 1.669, UTI Neonatal 458, UTI Pediátrica 107 e UTI Adulto 720.

Já na análise do cenário 4, que prevê uma maior taxa de internação esperada, para o estado do Paraná seria necessária a ampliação do quantitativo de leitos em algumas especialidades. Na Clínica Cirúrgica seria necessário um acréscimo

de 799 leitos, na Pediatria Clínica e Cirúrgica de 267, na Clínica de 1.980 e na UTI Adulto de 189 leitos. Observa-se que na UTI Pediátrica seria necessária uma ampliação de 175 leitos, no entanto, cabe mencionar que a taxa de natalidade no estado do Paraná apresenta queda desde 1991, o que é refletido na inversão da pirâmide populacional.⁶ As duas especialidades que não necessitariam de ajustes nos leitos existentes são Obstetrícia e UTI Neonatal, que apresentam um quantitativo de 762 e 160 leitos, respectivamente, acima do número mínimo de leitos sugeridos.

Observa-se que o quantitativo de leitos SUS existentes no estado do Paraná atende ao cenário 1, com quantidade de leitos satisfatória em relação à quantidade mínima proposta pela Portaria MS/GM nº 1.631/15.

CONCLUSÃO

A Portaria GM/MS nº 1.631/2015 foi oportuna ao revisar os critérios para a necessidade de leitos hospitalares, visto que considerou a redução da taxa de natalidade e ampliação proporcional da faixa etária de idosos. Ademais, considera a população de referência para cada leito-especialidade, mas não abrange as especialidades de tisiologia, hospital-dia, reabilitação, cuidados prolongados e psiquiatria.

É possível constatar que os parâmetros propostos pela Portaria GM/MS nº 1.101/02 se aproximam do cenário máximo sugerido pela Portaria vigente. Vale destacar que ambas desconsideram a população usuária de planos e seguros de saúde para o cálculo.

Constata-se que, no estado do Paraná, o quantitativo de leitos se encontra dentro dos parâmetros recomendados pelo cenário mínimo da Portaria GM/MS nº 1.631/2015. Porém, quando comparado a um cenário máximo, verifica-se que para algumas especialidades seria necessário maior quantitativo de leitos.

A discrepância no número de leitos esperados, conforme cenários 1 e 4 da Portaria GM/MS nº

1.631/2015, reforça a necessidade de considerar a regionalização como componente essencial no planejamento da oferta de leitos hospitalares. Pode ser considerada uma técnica para expandir e qualificar a cobertura assistencial de saúde de um determinado espaço geopolítico para fins de planejamento, organização e gestão de redes e serviços, sem ampliar o número de leitos.⁷ Desta forma, evidencia-se a necessidade de estudos que analisem o quantitativo de leitos por região de saúde.

Há que se esclarecer que a taxa de leitos por mil habitantes é apenas um elemento que deve compor o planejamento dos serviços de saúde, e não representa a qualidade ou a resolubilidade dos hospitais.² Esse indicador isoladamente não reflete a real capacidade técnica dos hospitais no atendimento da população. Fatores como realização de procedimentos, recursos humanos e condições estruturais devem ser considerados, assim como as características dos indivíduos.⁸

É preciso considerar nesse planejamento, além dos aspectos sociais, culturais e demográficos da população a ser atendida, que o uso ou ociosidade de leitos hospitalares afeta fortemente os resultados financeiros de um sistema de saúde. Hospitais têm alto custo fixo para a operacionalização de seus leitos, portanto, se a maioria deles não for utilizada por não ser necessária, o custo de cada internação será muito alto para o benefício proporcionado.

Por fim, vale ressaltar que há quem considere cada internação hospitalar, especialmente nas especialidades clínicas, indicador da ineficácia e ineficiência da Atenção Primária à Saúde, considerada pela Organização Mundial de Saúde a estratégia de mais custo-efetivo na organização de sistemas de saúde.⁹

REFERÊNCIAS

1. Nicz LF. Necessidade de utilização dos serviços hospitalares: uma análise crítica. *Revista Paulista de Hospitais* 1982; (7/8):154-67
2. Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde (Gais). *Leitos Hospitalares no SUS/SP*. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde 2015; [acessado

em 23 março 2018]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/recursos/ses/perfil/gestor/homepage/gais-informa/gais__46_outubro_2015.pdf

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.101 de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: www1.saude.ba.gov.br/regulasaudef/2009/PN%20PORTARIAS%202009/nvos%20pdfs%202009/PT%20GM%201101%2012.06.2002.pdf. Acesso em: 20 maio 2015.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.631 de 01 de outubro de 2015. Estabelece os critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: www.saude.campinas.sp.gov.br/programas/protocolos/Parametros_SUS_2015.pdf. Acesso em: 28 de março de 2018.

5. Marconi, MA, Lakatos, EM. Fundamentos de metodologia científica. 7ed. São Paulo: Atlas, 2010

6. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde. Paraná 2016-2019. 2016; (31)

7. Raksa, VP. A regionalização como instrumento de governança pública em saúde no estado do Paraná: análise dos vazios assistenciais como subsídio à ação do estado [dissertação]. Curitiba: Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR; 2015

8. Carvalho MS, Castro MSM, Travassos C. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil 2005; 39 (2): 277-84 [acessado em 23 março 2018]. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200020

9. Nedel FB, Facchini LA, Mateo MM, Vieira LAS, Thumé E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). São Paulo: Rev. Saúde Pública. 2008; v.42 n. 6: p. 1041-1052. [acessado em 23 março 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600010

RECEBIDO: 30/03/2018

ACEITO: 16/05/2018

PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUANTO AO EFEITO DE UM GRUPO DE APOIO À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Perception of health professionals about the effect of a mental health support group in Primary Health Care

Maria Luiza Melo Machado¹, Ana Paula Ferreira Gomes²

1. Psicóloga Residente do Programa de Saúde da Família da SMS de Curitiba/FEAES. Especialista em Psicologia, Habilidades Sociais e Desenvolvimento Humano. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9026-957X>.
2. Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; Tutora e Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da SMS/FEAES; Docente dos cursos de Medicina e Psicologia das Faculdades Pequeno Príncipe. Mestre em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6484-7177>.

CONTATO: Maria Luiza Melo Machado | R. Leon Nicolas, 195 | Capão Raso | Curitiba | Paraná | Brasil | CEP 81150-140 | E-mail: mluiza_mm@yahoo.com.br

COMO CITAR Machado MLM, Gomes APF. Percepção dos profissionais de saúde quanto ao efeito de um grupo de apoio à saúde mental na atenção primária à saúde. R. Saúde Públ. 2018 Jul.;1(1):35-46.



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 inclusão das ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde atende aos princípios do Sistema Único de Saúde e contribui para o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Neste contexto, este estudo relata o efeito de um grupo na relação de cuidado com usuários com transtornos mentais em uma Unidade Básica de Saúde de Curitiba. Para investigar seu efeito, levantou-se a percepção dos profissionais envolvidos, a partir da análise de conteúdo. Os relatos dos profissionais foram agrupados em temas e núcleos de discussões; as ocorrências das respostas foram enumeradas (quantitativo) e os conteúdos selecionados foram analisados (qualitativo). Nos resultados, percebeu-se efeito positivo na assistência à saúde mental, destacando-se melhora na autoestima, autonomia e comunicação dos usuários; bem como mudanças de atitude daqueles que prestam cuidado, com quebra de preconceitos e redução de estigmas, proporcionando um melhor acolhimento e compreensão do contexto em que os usuários vivem.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Serviços Comunitários de Saúde Mental

ABSTRACT In Brazil, the inclusion of mental health actions in Primary Health Care Services follows the principles of its Public Health System, and contributes to the process of the Brazilian Psychiatric Reform Policies. Thus, this study reports the effect of a mental health supportive group on the relationship with users in a Basic Health Unit in the city of Curitiba. In order to investigate its effect, the perception of the professionals involved was surveyed through content analysis. The professionals' answers reports were divided into themes and discussion groups; the answers were listed (quantitative) and the selected contents were analyzed (qualitative). The results showed a positive impact on mental health care, with improvement in self-esteem, autonomy and communication of patients being highlighted, as well as changes in the attitude of health care providers, including the reduction of prejudice and stigma, providing better care and understanding of the context in which these patients live.

KEYWORDS: Mental Health. Primary Health Care. Community Mental Health Services

INTRODUÇÃO

As preocupações com a saúde mental durante muitos anos foram marginalizadas, sendo que as pessoas com algum diagnóstico de transtorno mental eram consideradas potencial risco à sociedade¹.

Após a Revolução Francesa – que trazia como *slogan* "Fraternidade, liberdade e igualdade" – os cuidados dos pacientes excluídos da sociedade, começaram a sofrer mudanças¹. Neste contexto, Philippe Pinel iniciou uma reformulação dos hospitais psiquiátricos, visando a necessidade de tratamento, defendendo a importância de desacorrentar os alienados e inscrever suas "alienações" na nosografia médica. Para tal, separou os ditos loucos dos demais excluídos (criminosos) com o objetivo de estudá-los, propondo o isolamento para conhecer sobre a enfermidade que os loucos eram portadores¹.

Em meados do século XX, foi constatado que, além da exclusão social, os hospitais psiquiátricos e os manicômios utilizavam de práticas violentas. Nesse período foram iniciadas críticas aos hospícios, destacando-se as contribuições de Laing (1960), Cooper (1967), Szasz (1960), Foucault (1954), Deleuze (1968), Guatarri (1966), Caplan

(1980) e Basaglia (1967), e o surgimento de diversas propostas como: a Psiquiatria Preventiva Comunitária Norte-americana de Caplan (1980), nos Estados Unidos; a Psiquiatria de Setor de Bonnafé (1945) e a Psicoterapia Institucional de Oury e Guattari (1966), na França; o modelo de Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones (1953), na Inglaterra². Essas iniciativas tinham o intuito de adequar o tratamento a uma ideologia em que a assistência pudesse ter a participação democrática e o bem-estar social a todos os envolvidos no processo do cuidado dos pacientes, emergindo a indispensabilidade de uma Reforma Psiquiátrica³.

Uma das principais mudanças no modelo de assistência hospitalar ocorreu em meados de 1940, na unidade de reabilitação social Belmont Hospital, na Inglaterra, onde foi desenvolvida uma metodologia que rompia com o tratamento exclusivamente individual, propondo uma psiquiatria social que reforçava o envolvimento interpessoal – o uso de métodos grupais – cujo objetivo era considerar a instituição como uma comunidade, na qual se esperava que todos contribuíssem para alcançar a mesma meta: criação de uma organização social

dotada de propriedade de cura⁴. Neste contexto hospitalar surgiu a designação de comunidade terapêutica, sendo esta a primeira estratégia utilizada para superar o modelo excludente dos manicômios. A lógica desse modelo assistencial era baseada na democracia das relações, participação e papel terapêutico de todos os membros da comunidade, com ênfase na comunicação e no trabalho, como instrumentos essenciais no processo de recuperação dos internos³⁵.

Em 1961, na Itália, Franco Basaglia, insatisfeito com o sistema psiquiátrico da época – não aceitava o estilo de vida que era ofertado aos internos e os métodos coercitivos e violentos utilizados no tratamento – passou a utilizar medidas que visavam a humanidade do paciente, com o objetivo de resgatar a dignidade e seus direitos³.

Basaglia propôs, inicialmente, transformar os hospícios em uma comunidade terapêutica, visando um espaço de cura. Buscou melhorar as condições de hospedaria e o cuidado técnico aos internos. Porém, à medida que se defrontava com a miséria humana criada pelas condições do hospital, percebia que uma simples humanização deste não seria suficiente, eram necessárias transformações profundas tanto no modelo de assistência psiquiátrica quanto nas relações entre a sociedade e a loucura⁶.

A partir de um processo de longa resistência, o modelo de tratamento em hospitais e manicômios foi sendo substituído por uma rede territorial de atendimento, na qual faziam parte os serviços de atenção comunitária, a emergência psiquiátrica em hospital geral, as cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas (chamadas por ele de "grupos-apartamento") para os loucos⁶.

A doença mental começou a ser compreendida para além do campo do saber médico – antes resolvida simplesmente por soluções técnicas –, passando a incluir outras dimensões, como: a classe social, na qual a maioria eram pessoas mais carentes; aspectos referentes à natureza jurídica e policial, na manutenção da ordem pública; a não neutralidade da ciência, quando passou a se

manifestar contra o saber absoluto da psiquiatria; e, também, o reconhecimento do papel e da função dos profissionais como agentes empoderadores e de controle na instituição⁵.

Em meados de 1970 e 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu o impacto dos problemas de saúde mental e questionou os cuidados exclusivamente na atenção especializada, preconizando a descentralização dos serviços existentes, a integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação da comunidade²⁸.

A partir de 1976, Basaglia desenvolveu uma assistência em saúde mental que, na sua totalidade, era exercida na rede territorial⁹. Influenciando o cenário mundial, preconizava um novo paradigma em saúde, no qual propunha tornar a Atenção Primária à Saúde (APS) em um ponto estratégico da rede de cuidados e da reestruturação de todo o sistema, sendo a responsável por solucionar os principais problemas de saúde da população, inclusive os referentes à saúde mental⁹.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil surgiu com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), no final da década de 1970, fortemente influenciada pelos princípios e diretrizes defendidos por Basaglia – denunciando a violência nos hospitais e o desrespeito aos direitos humanos¹⁰. Tal movimento provocou e fortaleceu um discurso humanitário em defesa dos pacientes internados, possibilitando o avanço da luta antimanicomial.

No Brasil, a partir da influência da Reforma Sanitária, essas ideologias foram incorporadas e veiculadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica. A 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que teve como consequência a realização, no ano de 1987, da I Conferência Nacional de Saúde Mental¹¹. Este movimento desloca o tratamento do atendimento centrado no hospital para um atendimento mais ampliado, que possa contemplar a família, as relações sociais e os vínculos do sujeito que vivencia uma situação de sofrimento¹².

A promulgação da Constituição Federal de 1988 é considerada um dos momentos mais importantes para a Reforma Psiquiátrica brasileira, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que visa a garantia do acesso à saúde como direito de todos, uma transformação significativa que preconizou inúmeras políticas públicas¹³, inclusive na saúde mental. Na década de 1990, nove estados aprovaram leis referentes à assistência para a saúde mental e o Ministério da Saúde publicou oito portarias nesse período, por exemplo: Portaria/SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991; Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992; Portaria/SAS nº 407, de 30 de junho de 1992; Portaria/SAS nº 408, de 30 de dezembro de 1992; Portaria/SAS nº 145, de 25 de agosto de 1994; Portaria/SAS nº 147, de 25 de agosto de 1994¹⁴.

Outro fator importante ocorreu no ano de 1989, com o projeto de lei do deputado Paulo Delgado, que também influenciou as legislações estaduais em saúde mental na década de 1990, que propôs priorizar a reorientação do modelo assistencial – no qual o sujeito passa a ser acompanhado dentro da sua comunidade, sendo inserido nas ações de: promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde – substituindo o modelo manicomial asilar que apresentava conceitos e práticas baseados no isolamento e na exclusão social do fenômeno da loucura¹³.

Porém, esta lei só veio a ser aprovada em 06 de abril de 2001, ficando conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei 10.216¹⁵. Ambos os processos contribuíram para que houvesse uma ampliação e acessibilidade aos serviços em saúde, além de uma ruptura, embora gradual, na maneira de apreender o sujeito em seu sofrimento^{13,15}.

No Sistema Único de Saúde, a APS tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste nível de atenção, as ações são desenvolvidas longitudinalmente, em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus

vínculos com a comunidade e local onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida¹⁶.

Desta forma, o cuidado em saúde mental na Atenção Básica se torna estratégico, tendo em vista o vínculo e a relação estabelecida pelas equipes, através da facilidade de acesso aos usuários e vice-versa. Por estas características, é comum que os profissionais de saúde se deparem a todo o momento com pacientes e situações que envolvem o sofrimento psíquico¹⁶.

Na APS preconiza-se o cuidado humanizado e contextualizado, levando-se em conta aspectos da integralidade e promoção da saúde mental, por meio da clínica ampliada, porém por vezes as práticas de cuidado reproduzem uma lógica reducionista, influenciada pelo modelo tradicional, biomédico¹⁷. Deste modo, o sofrimento mental acaba sendo tratado como um sintoma, uma sensação desagradável que pode desencadear alguma disfunção orgânica, desconsiderando os diversos significados que o sofrimento pode ter. Nestas situações, em que para cada queixa há uma conduta, pode ocorrer, de modo geral, a medicalização do sofrimento psíquico, sem a consideração do contexto sociofamiliar do usuário, podendo caracterizar situações iatrogênicas. Há de se considerar, ainda, a influência da ideologia de consumo de medicamentos, por concepções de seus consumidores e prescritores em um diálogo contextualizado pelas condições culturais e socioeconômicas¹⁸.

Em 24 de janeiro de 2008 é promulgada a Portaria 154/GM, que dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS, bem como ser mais resolutiva, fortalecendo e auxiliando no processo de territorialização e regionalização, contribuindo na inserção de diversas estratégias de prevenção e promoção de saúde¹⁹. Desta forma, o NASF agrega profissionais por núcleos de saber, inserindo nas equipes ações de apoio e assistência voltadas à atividade física (profissionais de Educação Física), alimentação (nutricionistas), reabilitação

(fisioterapeutas e fonoaudiólogo), serviço social (assistentes sociais), saúde mental (psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais), saúde da mulher (ginecologistas/obstetras), saúde da criança (pediatras), homeopatia (médico homeopata), acupuntura (médico acupunturista, fisioterapeuta acupunturista e psicólogo acupunturista), assistência farmacêutica (farmacêuticos) entre outras áreas^{19,20}. Diante da complexidade e dados epidemiológicos, a Portaria 154/GM, recomenda que cada equipe NASF tenha pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental²⁰.

Em 2011, através da Portaria no 3088 de 23 de dezembro de 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que preconiza a criação, ampliação e articulação de atenção à saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas²¹. A RAPS é constituída por diversos equipamentos de saúde, com diferentes níveis de complexidade, sendo estes: a Unidade Básica de Saúde; o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); as Unidades de Acolhimento (UA); o Serviço de Residência Terapêutica (SRT); a Atenção de Urgência e Emergência; e leitos em Hospitais Gerais e Psiquiátricos, entre outros; podendo ainda contar com recursos e equipamentos de outros setores (assistência social, educação, segurança, etc.)^{16,21}.

Em 21 de dezembro de 2017, foi promulgada a portaria nº 3.588, que altera as portarias de consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, incluindo: ambulatórios psiquiátricos RAPS; a reformulação das internações de saúde mental em hospitais gerais, inclusão na RAPS e qualificação dos hospitais psiquiátricos especializados; a utilização das Comunidades Terapêuticas; e a criação de nova modalidade de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do tipo IV (CAPS-AD-IV)²².

Conforme exposto, a assistência à saúde mental brasileira teve importantes avanços, principalmente sobre o fenômeno da loucura e a própria concepção ampliada de saúde no território²³. Contudo, apesar destes avanços, os serviços substitutivos ainda enfrentam dificuldades

e barreiras de cuidado quanto à inserção do tratamento/acompanhamento em saúde mental no território²³.

A Política Nacional de Saúde Mental¹⁵ reforça a reorientação da atenção no território e a corresponsabilização do cuidado como forma de garantia de acesso universal, integral e qualificado aos usuários. Dessa forma, a APS é apontada como orientadora/coordenadora do cuidado na rede de atenção à saúde. Destacando-se que a reorientação do modelo tradicional de atenção à saúde está relacionada à adoção de práticas que tenham como premissa o acolhimento dos usuários⁵.

Assim, a inclusão da saúde mental na APS contribui para promover a ruptura com o modelo hospitalocêntrico, além de evidenciar a importância dos serviços substitutivos – como os CAPS – de circularem mais pelo território, ressaltando a necessidade desses como um *modus operandi*, para além das estruturas físicas¹⁰.

Essa concepção de atenção propicia a redução do estigma em relação à loucura, além de ampliar o acesso da população aos cuidados em saúde mental, uma vez que a APS é o ponto do sistema que está mais próximo da vida das pessoas, tornando-se um ponto estratégico para a construção de novos modelos e práticas de atenção⁵.

A inclusão da saúde mental na APS fortalece o cuidado, permite uma atenção compartilhada, de uma formação ampliada e de possibilidades concretas de rupturas e avanços para a clínica psicossocial. Além de atender, entre outros, os princípios da integralidade e de equidade defendidos pelo SUS, avançando para o processo de desinstitucionalização¹⁶, no qual a assistência à saúde das pessoas ocorre onde elas vivem e com isso incentiva a sua comunidade à convivência com a loucura e a diferença, trabalhando a inclusão para que se possa minimizar os efeitos negativos do modelo biomédico que segrega e exclui⁵.

A APS passa a ser compreendida como ponto central do cuidado à saúde mental, por meio do desenvolvimento de estratégias e intervenções que possibilitem a configuração, desconfiguração

e reconfiguração dos territórios existenciais individuais e coletivos. Apresenta a missão de deslocar o olhar da doença para o cuidado, para o alívio e a resignificação do sofrimento e para a potencialização de novos modos individuais e grupais de estar no mundo, contribuindo, assim, para a efetivação da integralidade do cuidado, bem como as transformações requeridas como superação do modelo manicomial/excludente¹⁶.

Neste contexto, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), na cidade de Curitiba, criou-se um grupo de saúde mental para pacientes que tinham transtornos mentais graves, em sua área de abrangência. O grupo tinha como intuito acolher estes usuários e promover saúde na comunidade em que estão inseridos. Este grupo foi desenvolvido por acadêmicos do segundo período de Enfermagem, durante o curso da disciplina de Saúde Mental, de uma instituição particular de ensino parceira da UBS, sob a supervisão do professor da disciplina e das psicólogas do NASF.

As equipes de saúde da UBS indicaram os usuários com transtornos mentais graves para participar do grupo, o qual foi composto por 12 usuários com os seguintes diagnósticos: esquizofrenia com auto e hetero agressão; esquizofrenia paranoide; retardo mental moderado; transtorno depressivo recorrente; transtorno afetivo bipolar.

O grupo foi realizado na sala da Capela em frente à UBS, no período de março a novembro de 2017, tendo sua periodicidade semanal e duração média de 2 horas, contabilizando 30 encontros, nos quais foram realizadas diversas ações promotoras de convivência, incluindo atividades lúdicas, espaços de escuta, rodas de conversa, orientações/oficinas de saúde e psicoeducação. Além destas atividades, os alunos realizavam visitas domiciliares e busca ativa dos participantes (quando ocorria mais de duas faltas consecutivas no grupo ou em consultas); manejo verbal individual; troca de informações com as equipes da UBS, entre outras ações.

As estratégias utilizadas visavam fortalecer o vínculo entre o usuário e a UBS; melhorar a autoestima dos usuários; estimular e incentivar

o autocuidado; monitorar e melhorar a eficiência do tratamento medicamentoso; contribuir para a estabilização dos quadros e minimizar o número de crises, internações e abandonos ao tratamento. Ademais, as intervenções tinham objetivo de romper com o modelo biomédico, favorecendo discussões sobre cada caso com os diferentes profissionais da equipe da APS (médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde, psicólogos, nutricionistas, educador físico, farmacêutico, etc.).

Pode-se perceber que tal iniciativa gerou mudanças na assistência em saúde mental na referida UBS, tanto para aquele que recebia o cuidado, quanto para o profissional que o realizava. Deste modo, considerou-se relevante a presente pesquisa, de modo a analisar e apresentar os resultados dessas ações de cuidado, a partir da percepção dos profissionais da UBS. Assim, o presente estudo definiu como objetivo investigar o efeito de um grupo de apoio à saúde mental a partir da percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

O presente estudo configura uma pesquisa exploratória descritiva com utilização dos métodos qualitativo e quantitativo, a partir da análise de conteúdo, com fundamentos em Bardin²⁴. As ocorrências dos termos dos discursos foram enumerados (quantitativo) e o conteúdo expresso foi analisado, objetivando a compreensão (qualitativo). Para tanto foi elaborado um instrumento de pesquisa semiestruturado para a coleta das percepções dos profissionais acerca do efeito do grupo de saúde mental no cuidado em saúde mental na APS.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: estar lotado na UBS selecionada; acompanhar o usuário(s) com transtorno mental grave que participava do grupo de saúde mental no território da UBS; ter interesse em participar da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para evitar viés ou

inferências nos dados, foram excluídos da pesquisa as duas psicólogas, os acadêmicos e o docente de enfermagem que contribuíram para a realização das atividades do grupo. Também foram excluídos os profissionais que estiveram ausentes no período da coleta de dados, por desligamento do serviço, licenças ou férias; e ainda, aqueles que não quiseram participar.

Para a manutenção do sigilo dos participantes, formulou-se um instrumento autoaplicável, dispensando a presença de entrevistador, evitando inferências no preenchimento. Na entrega do questionário, também foi disponibilizado um envelope não identificado, para que este fosse devolvido ao pesquisador lacrado.

Os questionários foram numerados (Q1, Q2, Q3, etc.) a fim de preservar a identidade dos participantes na tabulação e análise de dados. O instrumento semiestruturado foi composto por cinco questões fechadas (idade, sexo, nível de escolaridade, profissão, tempo de atuação na unidade de saúde) e sete questões abertas: 1) Quais são os usuários que estão inseridos no grupo de saúde mental da UBS que você acompanha? Há quanto tempo você conhece estes pacientes?; 2) Qual a forma de cuidado / relação estabelecida entre você e o participante do grupo?; 3) Você percebeu alguma alteração nesta relação de cuidado desde que o usuário começou a participar do grupo de saúde mental?; 4) Como você descreve/caracteriza os pacientes que estão inseridos no grupo de saúde mental?; 5) Quais as dificuldades e facilidades que você percebe no acompanhamento destes usuários na UBS?; 6) Você percebeu mudanças nos usuários que você acompanha após a participação destes no grupo de saúde mental ofertado pela UBS? Descreva as mudanças observadas; 7) Qual a sua opinião a respeito da estratégia grupo de saúde mental como parte do tratamento de saúde mental na APS?

Quanto aos cuidados éticos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, por meio do protocolo de número 2.295.314, o que atendeu à normativa de pesquisa envolvendo seres humanos.

Para a análise qualitativa de resultados utilizou-se o método Análise de Conteúdo, com base na Análise Temática de Bardin²⁴, composto por três fases: (1) pré-exploração, caracterizada pela seleção do corpus a ser analisado, sendo realizada a leitura de todo material, apreendendo-se os aspectos relevantes; (2) seleção das unidades de análise coerentes aos objetivos da pesquisa; (3) categorização e subcategorização dos dados selecionados, sendo classificados em temas, conforme grau de intimidade ou proximidade, e expressão de significados e elaborações que atenderam aos objetivos do estudo e criaram novos conhecimentos, proporcionando uma visão diferenciada sobre os temas propostos²⁴.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 13 profissionais, 5 de nível superior (médico, enfermeiro e nutricionista); 5 técnicos e auxiliares de saúde (enfermagem e saúde bucal); e 3 agentes comunitários. Esses profissionais desenvolvem suas atividades na unidade de saúde através da Estratégia Saúde da Família, cujos usuários, diagnosticados com algum transtorno mental, estão inseridos no Grupo de Saúde Mental do Curso de Enfermagem de uma Universidade particular de Curitiba.

Os profissionais entrevistados tinham em média 45 anos de idade. O tempo de atuação na unidade de saúde varia entre 1 e 18 anos, com média de 9 anos de atuação no território. Em média os participantes acompanham entre 2 e 3 usuários inseridos no grupo, há um profissional que acompanha 1 usuário e um que acompanha 6.

Por meio da análise do discurso dos profissionais, podem-se observar diversos elementos que permeiam a assistência em saúde mental na APS. Desta forma, os relatos foram organizados em temas que estão agrupados em cinco núcleos de discussão: (1) relação profissional/ usuário na APS; (2) percepção sobre o perfil

dos usuários diagnosticados com transtorno mental; (3) percepção sobre as potencialidades e dificuldade na assistência; (4) a percepção sobre a intervenção; e (5) a percepção sobre as mudanças de comportamento dos usuários.

Ao analisar o primeiro núcleo, a relação profissional/usuário na APS (Figura 1), foi possível destacar 5 temas: atendimento; cuidado com a medicação; integralidade do cuidado; vínculo; e acolhimento.

Em 27% das respostas o atendimento mostrou-se como uma das características da relação entre o participante e o usuário. Percebe-se que esta relação ainda está atrelada ao modelo biomédico, no qual o agente de saúde presta serviços "mecanicistas" como: agendamentos, entrega e/ou administração de medicamentos, consultas, etc. Essa característica também pode ser percebida através da preocupação com a medicação dos usuários, presente em 24% dos relatos, sendo consequência e, concomitantemente, estimulada pela hegemonia do modelo biomédico²⁵.

Figura 1. Percepção sobre a relação entre os usuários e os profissionais da APS



Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

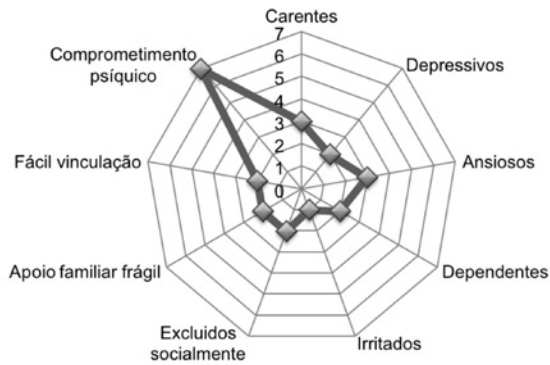
Neste sentido, há uma representação do processo saúde-doença em que a relação é mediada por um pensamento/desejo de agir sobre algo, exercendo um domínio sobre o outro, sobre um signo/significado²⁵. Enxergar a relação como quem a prescreve, entrega e/ou administra a medicação é assumir uma posição ativa, de quem interfere nos sintomas, em detrimento a uma posição passiva (paciente), daquele que recebe o cuidado, sendo que se espera uma postura inversa a esta, no sentido de se promover a autonomia do usuário, visando seu autocuidado.

Concomitante a esta observação, alguns relatos apresentam características que destoam do modelo biomédico, sendo organizados nos temas: vínculo (21%), acolhimento (18%) e integralidade do cuidado (10%). Essas relações se aproximam da ideologia defendida pelo modelo biopsicossocial – que proporciona uma visão integral do ser e do adoecer, compreendendo as dimensões física, psicológica e social –, que tem-se afirmado progressivamente e é considerado como uma alternativa ao modelo biomédico²⁶, pois afirma que a relação de cuidado deve ser baseada no acolhimento, no vínculo e na integralidade da atenção. Como pode ser observado nos relatos a seguir: "a nossa relação é com cordialidade e paciência" (Q7); "Se dô super bem, tem carisma muito grande com eles" (Q11); e "saber ouvir e entender as limitações"(Q13).

Nesse modelo o destaque para o cuidado são as tecnologias leves²⁷, tecnologias de relação, que demonstram serem fundamentais na produção do cuidado principalmente no acolhimento, formação de vínculo e acesso, levando à autonomia.

No segundo núcleo de discussão, percepção sobre o perfil dos usuários diagnosticados com transtorno mental (Figura 2), os participantes descreveram os usuários com as seguintes características: carentes, depressivos; ansiosos, dependentes, irritados, excluídos socialmente, apoio familiar frágil, comprometimento psíquico (comprometimento cognitivo, afetivo, mentais, especiais) e de fácil vínculo.

Figura 2. Percepção sobre o perfil dos usuários



Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Conforme verificado, os profissionais consideram os pacientes como carentes, dependentes e irritados, essas características evidenciam que os transtornos mentais ainda estão associados a estereótipos negativos que contribuem nas barreiras de acesso⁷, que limitam a produção de saúde, por uma crença de que os pacientes com transtorno mental não são capazes de assumir compromisso com o tratamento. Desta forma, pode-se inferir que mesmo com um olhar diferente do senso comum, oportunizado pela formação profissional, que sensibiliza para atuar com este público, por meio da informação técnica e científica, que as representações sociais da loucura e a influência cultural cristalizam estereótipos, interferindo desta forma na relação de cuidado e no acesso.

Na categoria "percepção sobre as dificuldades e potencialidades na assistência" os profissionais apontam o desfalque da própria equipe de saúde, o tempo limitado nos atendimentos, dificuldade de monitorar os pacientes, falta de apoio familiar/comunitária e o problema de compreensão da queixa do usuário como as dificuldades que enfrentam no atendimento dos usuários. Destacam, ainda, a falta de adesão dos usuários aos tratamentos ofertados nos CAPS.

Entretanto, em relação às potencialidades que facilitam o atendimento dos usuários, ressalta-se o apoio das instituições de ensino, a adesão e

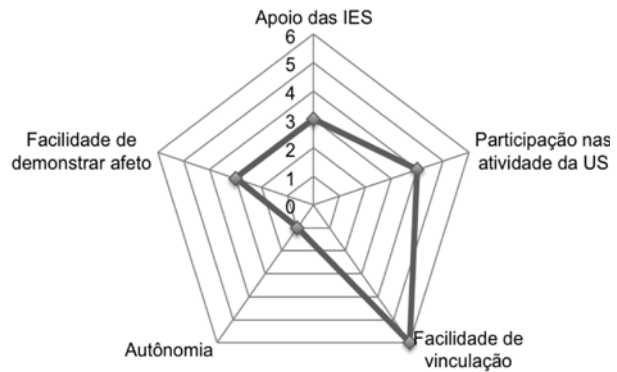
participação nas consultas e atividades propostas na Unidade Básica de Saúde, a facilidade de formar vínculo e demonstrar afeto.

Figura 3. Percepção sobre as dificuldades na assistência



Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Figura 4. Percepção sobre as potencialidades na assistência



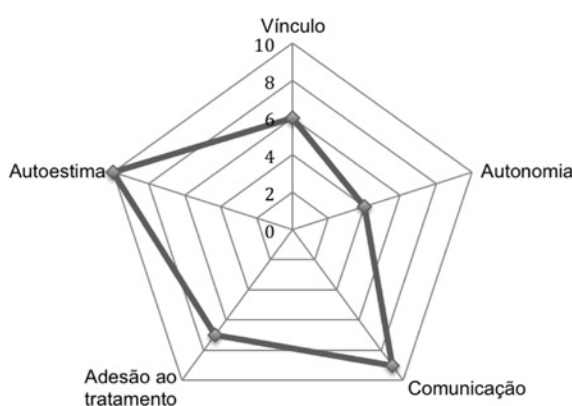
Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Por fim, nas palavras dos participantes da pesquisa, a intervenção foi avaliada como: "uma ferramenta para a qualidade de vida (melhora) dos pacientes inseridos" (Q9) que serviu "como apoio para a equipe da unidade de saúde, diminuindo as intervenções" (Q4)... e contribuindo no "sucesso do tratamento do paciente, vínculo paciente/funcionário, entendimento do contexto em que vive o paciente" (Q2), considerando "uma forma

deles (usuários) se sentirem mais úteis e integrados na comunidade" (Q7), "eles gostaram e melhoraram a autoestima" (Q12).

Em relação à percepção dos profissionais quanto às alterações do comportamento dos usuários (Figura 5), após a intervenção, observaram-se cinco temas principais: vínculo; autonomia; comunicação; adesão ao tratamento; e autoestima.

Figura 5. Percepção sobre as potencialidades na assistência



Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Perceberam mudança na autoestima dos usuários, observando maior motivação e animação no dia a dia, e relatam que os pacientes se sentem valorizados. Outra mudança observada foi a forma de se comunicar com a Unidade de Saúde, na qual os usuários se apresentaram com uma postura mais autônoma e participativa, respeitando os seus limites e dos outros, tornando-se mais acessíveis e comunicativos.

A percepção dos profissionais, concernente aos usuários, ressalta uma ambivalência. Há um receio (medo) daquele que pode perder o controle de suas emoções, de seus impulsos e comportamento, ao mesmo tempo em que revelam a existência de afeto e respeito. Outro tópico ambíguo é o reconhecimento e a observação da autonomia dos usuários, ao mesmo tempo em que os caracterizam como pessoas dependentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo o vínculo foi o tema que se mostrou presente em todos os núcleos de discussão. Pode-se concluir que o tempo de atuação no território, que em média é de 9 anos, contribui na longitudinalidade do cuidado. O vínculo longitudinal é um dos atributos da Atenção Primária à Saúde, considerando-o como uma característica central e exclusiva deste nível de atenção, conceituando como o acompanhamento realizado ao usuário ao longo do tempo por uma equipe de saúde da família para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos²⁸.

O vínculo, então, favorece o cuidado integral, à medida em que estabelece uma relação afetiva, de confiança, respeito e a valorização entre a unidade de saúde e a comunidade em que está inserida. Desse modo, a percepção dos profissionais da APS contribui para avaliação das intervenções realizadas com os usuários do seu território.

Perante o exposto, evidencia-se que o cuidado em saúde mental é caracterizado por um processo de elaboração das crenças preexistentes, como um novo saber que norteia o cuidado, saber este que se atualiza por meio das relações de vínculo e afeto, onde usuários e profissionais transformam-se uns aos outros, através do convívio, respeito e da humanização.

Porém, para que se possa avançar na assistência em saúde mental é de suma importância entender que a saúde mental no Brasil vem sofrendo rápidas mudanças, que por diversas vezes são inovadoras e contribuem para o cuidado mais humanizado, mas que por vezes aponta para o retrocesso. Debruçar-se sobre este fenômeno contribui para que possamos repensar nos processos de trabalho, refletir sobre ações que contribuem para as barreiras de acesso, ou para a culpabilização do usuário pela não adesão ao serviço. De forma que lidar com a dificuldade do outro é encarar a própria dificuldade do profissional, que pode transcender questões técnicas e políticas, atingindo sua própria subjetividade.

Por fim, evidencia-se que as práticas ainda são embasadas em uma forte visão biomédica, minimizando-se a história e individualidade dos sujeitos, sendo estas ações de cuidado reforçadas pelo raciocínio anatomoclínico e fisiopatológico, lógico, baseado em evidências científicas¹⁶. Faz-se necessário que os profissionais reconheçam que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos usuários que chegam aos serviços de saúde, independente se há um diagnóstico ou não. Assim, os profissionais poderão ofertar assistência de forma mais integral, sem fragmentar a mente e o corpo, não dissociando a saúde emocional da saúde geral.

Desta forma, se mostra de extrema importância e de grande valia a inclusão de ações de saúde mental na APS, a fim de sensibilizar os demais profissionais de saúde e facilitar a incorporação e o aprimoramento de competências de cuidado em saúde mental prática diária, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde¹⁶.

REFERÊNCIAS

1. Amarante PDC. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. Cad. Bras. Saúde Mental, vol.1, n.1, jan-abr, 2009.
2. Prado Filho K, Lemos FCS. Uma breve cartografia da luta antimanicomial no Brasil. Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar, São Carlos, v. 2, n. 1, p. 45-63, jan-jun, 2012.
3. Amarante PDC. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994.
4. De Leon G. Comunidade Terapêutica – teoria, modelo e método. Ed. Loyola, São Paulo, SP, 2003.
5. Souza AC. Estratégias de Inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica – Col. Saúde Loucura. Ed. Hucitec, 2015
6. Amarante PDC. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996.
7. Organização Mundial da Saúde - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança: relatório sobre a saúde no mundo. Geneve: OMS, 2001.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; Circular Conjunta n. 01 e 03, 2003.
9. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde. Alma-Ata, 1978.
10. Santos Y. O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal/RN. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2007.
11. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Tese de Doutorado, Curso de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006.
12. Antonacci MH, Pinho LB. Saúde Mental na Atenção Básica: uma abordagem convergente assistencial. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre, 2011
13. Neto FK. Reforma psiquiátrica e conceito de esclarecimento: reflexões críticas. Rev. Mental - Ano I - n. 1 - Barbacena, dez, 2003.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5a ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
15. Brasil. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental:1990-2004. 5ª ed. Brasília: 2004.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
17. Jorge MSB, Randemark NFR, Queiroz MVO, Ruiz EM. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. Rev Bras Enfermagem, Fortaleza, v. 59, n.6, p.734-739, nov./dez. 2006.
18. Mendonça RT, Carvalho ACD, Vieira EM, Adorno RCF. Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. Saúde Soc., p. 95- 106, 2008
19. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2008.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
21. Brasil. Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) Diário Oficial da União, 2011.
22. Brasil. Portaria no 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e no 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá

outras providências. Diário Oficial da União – Seção 1, no 245, 22 de dezembro de 2017.

23. Heidrich AV. Reforma psiquiátrica à brasileira: Análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. Tese de Doutorado – Porto Alegre: PUCRS, 2007

24. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 7ª Ltda, 1977.

25. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? Rev Saúde Soc, 2002.

26. Marco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. Rev Bras Educ Med, v.30, n.1, p.60-72, 2006.

27. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; p.74-111, 1997.

28. Santos ROM. O vínculo longitudinal como dispositivo do cuidado: Saúde da Família e doenças crônicas em uma comunidade do Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

RECEBIDO: 27/02/2018

ACEITO: 16/05/2018

PERFIL DE GESTANTES ADOLESCENTES DIAGNOSTICADAS COM SÍFILIS EM CURITIBA – PR*

Profile of adolescent pregnant women diagnosed with syphilis in the city of Curitiba – state of Paraná

Márcia Moroskoski¹, Leandro Rozin², Maria Cecília Batista³, Rosimara Oliveira Queiroz⁴, Selma Pereira Silva⁵

1. Enfermeira Residente em Saúde da Criança e do Adolescente – Faculdades Pequeno Príncipe. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4377-4025>
2. Enfermeiro. Docente da Faculdades Pequeno Príncipe. Mestre em biotecnologia aplicada à saúde da criança e do adolescente. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6691-5903>
3. Enfermeira Residente em Saúde da Criança e do Adolescente – Faculdades Pequeno Príncipe. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1343-6191>
4. Enfermeira Residente em Saúde da Criança e do Adolescente – Faculdades Pequeno Príncipe. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7976-2259>
5. Enfermeira Residente em Saúde da Criança e do Adolescente – Faculdades Pequeno Príncipe. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4830-1980>

CONTATO: Leandro Rozin | Rua Professor Dário Veloso, 36 | Vila Izabel | Curitiba | Paraná | Brasil.
| CEP 80320-050 | E-mail: leandrorozin@hotmail.com

COMO CITAR Moroskoski M, Rozin L, Batista MC, Queiroz RO, Silva SP. Perfil de gestantes adolescentes diagnosticadas com sífilis em Curitiba-PR. R. Saúde Públ. 2018 Jul.;1(1):47-58.



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 OBJETIVOS: Realizar levantamento epidemiológico de casos confirmados de sífilis em gestantes adolescentes no período de 2007 a 2016 e estabelecer o perfil epidemiológico das adolescentes diagnosticadas com sífilis na gestação. MÉTODO: estudo documental retrospectivo de abordagem quantitativa. Desenvolvida com

dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). RESULTADOS: Verificou-se um constante aumento dos casos de sífilis em gestantes adolescentes, com maior expressividade para os três últimos anos pesquisados, que juntos acumularam 57% dos casos notificados. A maioria das gestantes adolescentes tinha entre 15 e 19 anos (96,8%), e fizeram apenas a 5ª e a 8ª séries incompletas (23,9%). Quanto ao diagnóstico e tratamento, 43,2% foram diagnosticadas ainda no 1º trimestre, 68,7% estavam na fase latente e apenas 50% dos parceiros foram tratados concomitantemente. CONCLUSÃO: A incidência de sífilis em gestantes adolescentes vem aumentando de forma preocupante. São necessárias intervenções mais eficazes para o controle da doença entre adolescentes.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia. Gravidez na adolescência. Sífilis.

ABSTRACT OBJECTIVES: To conduct an epidemiological survey of confirmed cases of syphilis in adolescent pregnant women from 2007 to 2016, and to establish the epidemiological profile of adolescents diagnosed with syphilis during pregnancy. METHOD: retrospective documentary study of quantitative approach, developed with data from the National System of Notifiable Diseases. RESULTS: There was a steady increase in syphilis cases in adolescent pregnant women, with greater expressiveness for the last three years surveyed, which together accounted for 57% of reported cases. Most adolescent pregnant women were between 15 and 19 years old (96.8%), and their level of education ranged from incomplete 5th and 8th grades (23.9%). Regarding diagnosis and treatment, 43.2% were diagnosed as early as the first trimester, 68.7% were in the latent phase and only 50% of the partners were treated concomitantly. CONCLUSION: The incidence of syphilis in adolescent pregnant women has increased in a worrisome way. More effective interventions for disease control among adolescents are needed.

KEYWORDS: Epidemiology. Pregnancy in Adolescence. Gestational Syphilis.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença antiga que, recentemente, voltou a preocupar a saúde pública não só no Brasil como em vários países do mundo. Prova desta preocupação no Brasil foi a publicação da Lei n.º 13.430, de 31 de março de 2017, que instituiu o Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita. Com isso, o governo brasileiro estimulou a participação de profissionais e gestores de saúde em ações que visem à redução desses casos¹.

A sífilis é uma infecção bacteriana causada pelo *Treponema pallidum* (*T.pallidum*). As principais formas de transmissão acontecem pela via sexual e vertical, ou seja, da mãe para o bebê. A doença pode ser clinicamente dividida em primária, secundária, latente recente, latente tardia ou

terciária. Ocorrendo no período gestacional, o risco da doença acometer o feto varia de 30% a 100%, dependendo da evolução da infecção na gestante e do trimestre de gestação²⁻³.

As manifestações clínicas da sífilis dependem do avanço da doença, mas, em geral, caracterizam-se por lesão única e indolor na região genital, seguida por pápulas, principalmente palmo-plantares, placas mucosas, alopecia em clareira, madarose, febre, mal-estar, cefaleia, adinamia, linfadenopatia generalizada e/ou alterações neurológicas, cardiovasculares e ósseas^{2,4}.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima 1 milhão de novos casos de sífilis em gestantes por ano². No Brasil, nos anos de 2014 e 2015, foi registrado um aumento dos casos de

sífilis adquirida (32,7%), sífilis em gestante (20,9%) e sífilis congênita (19%). A taxa de detecção de sífilis em gestante, em 2015, chegou a 11,2 casos a cada 1.000 nascidos vivos. No tocante à sífilis congênita, a incidência foi de 6,5 casos por 1.000 nascidos vivos no mesmo período⁵. É importante destacar que a sífilis em gestante eleva significativamente os índices de morbimortalidade, podendo chegar a 40% a taxa de abortamento, óbito fetal e morte neonatal⁶.

Durante a adolescência, o uso de preservativo geralmente é irregular, podendo resultar em gravidez indesejada³⁷. A gravidez na adolescência ocasiona repercussões físicas, psicológicas e sociais, sendo necessária equipe multiprofissional qualificada para o manejo adequado do pré-natal²⁹. O fato de a gestante ser adolescente e ter sífilis demanda ainda mais empenho da equipe de saúde, a fim de que o risco de transmissão vertical diminua. Torna-se fundamental, então, considerar as fragilidades das adolescentes, que vivenciam a instabilidade emocional própria da faixa etária, associada a uma gravidez comumente não planejada.

Considerando o contínuo aumento dos casos de sífilis em gestante e sífilis congênita, bem como a dificuldade em vincular os adolescentes às unidades de saúde, torna-se importante conhecer o perfil da gestante adolescente com sífilis em Curitiba – PR, para que esses dados subsidiem ações de prevenção e controle, uma vez que conhecer o perfil epidemiológico da população é a base para o planejamento e gestão dos serviços de saúde. Dessa forma, a pesquisa teve como objetivos realizar levantamento epidemiológico de casos confirmados de sífilis em gestantes adolescentes no período de 2007 a 2016, e estabelecer o perfil epidemiológico das adolescentes diagnosticadas com sífilis na gestação.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo retrospectivo, de base documental e abordagem quantitativa. Os dados foram coletados no Sistema Nacional de Agravos

de Notificação (SINAN), com base nas fichas de notificação referentes ao agravo sífilis em gestante, CID10 O98.1, disponíveis em banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – PR.

As notificações se originam de 10 distritos sanitários, que também possuem vigilâncias epidemiológicas de controle regional que se organizam para cobertura integral dos serviços de saúde nas diversas regiões do município. A ficha de notificação da sífilis em gestante é padronizada em todo o território nacional, faz parte da lista de agravos de notificação do Ministério da Saúde e contempla informações para realizar investigação epidemiológica e intervenção dos casos notificados¹⁻².

Considerando os objetivos da pesquisa, foram estabelecidos critérios de inclusão para seleção dos dados: notificações de casos confirmados de sífilis em gestantes, com idade entre 10 e 19 anos, faixa etária que contempla a adolescência, disponíveis no banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – PR, de janeiro de 2007 a dezembro de 2016. O estudo dos 10 anos tornou possível a análise e realização de série histórica em Curitiba, com o panorama anual da sífilis em gestantes adolescentes.

Os dados coletados foram os contidos na ficha de notificação, que contempla a variável idade, trimestre gestacional, raça/cor, escolaridade, classificação clínica, teste não treponêmico no pré-natal, teste treponêmico no pré-natal, esquema de tratamento prescrito à gestante, tratamento concomitante do parceiro, esquema de tratamento prescrito ao parceiro, motivo para o não tratamento do parceiro, dados fundamentais para que os objetivos da pesquisa fossem alcançados¹⁻².

Após a coleta, os dados foram organizados por meio do Software Excel e interpretados. Distribuídos em tabelas e analisados por meio da estatística descritiva⁸, comumente utilizada em estudos de levantamento epidemiológico com delineamento e análise perfil de morbimortalidade. A análise se estrutura em estatística simples, em proporção, com agrupamento e descrição dos dados categóricos e/ou numéricos, fornecendo de

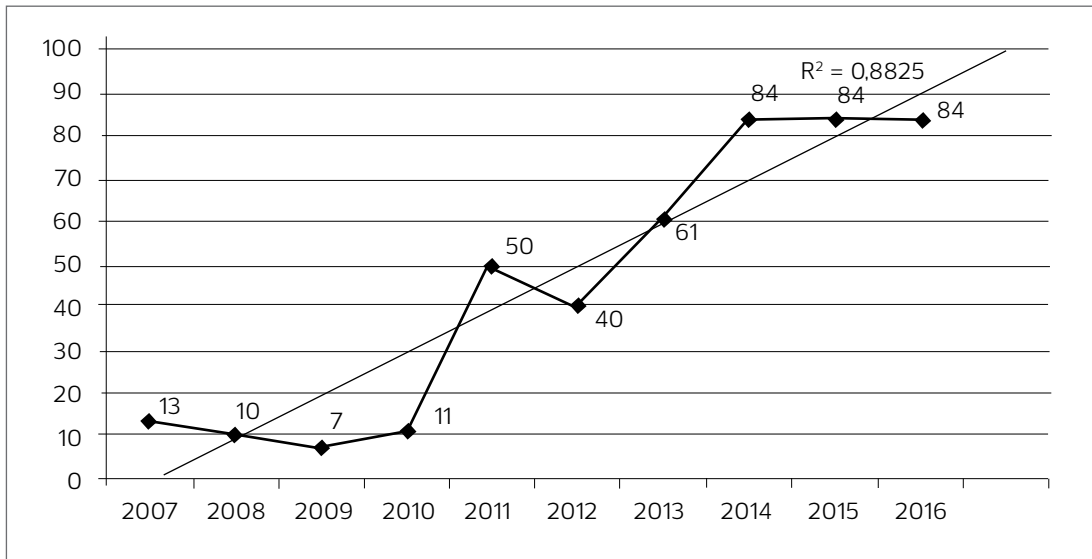
RESULTADOS

forma descritiva o perfil dos casos acometidos para análise.

A pesquisa seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras contidas na Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece os critérios éticos para realização de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética das Faculdades Pequeno Príncipe com CAAE de n.º 682274170.3001.0101 e aprovado com parecer de n.º 2.140.916 e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, sendo aprovado pelo parecer n.º 2.140.916.

Após a coleta de dados e aplicação dos critérios de inclusão, as notificações de sífilis em gestantes adolescentes em Curitiba – PR, entre janeiro de 2007 e dezembro de 2016, totalizaram 444 casos. Entre os anos estudados, notou-se um crescente aumento das notificações de sífilis em gestantes adolescentes, com destaque para os três últimos anos, que juntos acumularam 57% dos casos registrados em 10 anos. Em contrapartida, o ano de 2009 teve menor prevalência, com apenas 7 casos (1,6%). Quando os dados são analisados por meio da linha de tendência, o aumento das notificações de sífilis em gestantes adolescentes fica ainda mais evidente – Figura 1.

Tabela 1. Distribuição de casos de sífilis em gestantes adolescentes conforme o ano de notificação.



Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Observou-se que quanto maior a idade da adolescente, maior o número de casos registrados, dos 444 casos notificados no período estudado, 428 (96,8%) foram em gestantes de 15 a 19 anos. No entanto, também foi constatada a ocorrência de sífilis numa adolescente com 12 anos de idade.

Quanto ao diagnóstico de sífilis, 192 casos (43,2%) das notificações ocorreram no primeiro

trimestre. No segundo trimestre, 118 casos (26,6%), ao passo que o terceiro trimestre de gestação registrou 126 ocorrências (28,4%). Em análise de outras variáveis, 362 (81,6%) consideradas de cor/raça branca, pardas tiveram 45 fatos registrados (10,1%) e pretas tiveram 16 ocorrências (3,6%), seguidas pelas amarelas 2 (0,5%) e por uma indígena (0,2%).

Ao avaliar a escolaridade das adolescentes gestantes diagnosticadas com sífilis, a maioria apresenta apenas a 5.^a e a 8.^a série incompleta do ensino fundamental, totalizando 106 casos (23,9%), seguidas pelas que possuem o ensino

médio incompleto – 60 adolescentes (13,6%). A desproporção é evidente se comparada às adolescentes gestantes com educação superior completa (1 – 0,2%) ou com ensino superior incompleto (4 – 0,9%).

Tabela 1. Caracterização dos casos notificados de sífilis gestacional em adolescentes em Curitiba – PR, segundo a faixa etária, período gestacional, raça/cor e escolaridade. Curitiba – PR, Brasil (2007-2016).

IDADE	N	%
12 anos	1	0,2
13 anos	5	1,2
14 anos	8	1,8
15 anos	35	7,9
16 anos	55	12,4
17 anos	91	20,4
18 anos	114	25,7
19 anos	135	30,4
TOTAL	444	100
PERÍODO GESTACIONAL	N	%
1º trimestre	192	43,2
2º trimestre	118	26,6
3º trimestre	126	28,4
Trimestre gestacional ignorado	8	1,8
TOTAL	444	100
RAÇA/COR	N	%
Amarela	2	0,5
Branca	362	81,6
Indígena	1	0,2
Parda	45	10,1
Preta	16	3,6
Ignorada	18	4
TOTAL	444	100
ESCOLARIDADE	N	%
Analfabeto	0	0
1ª à 4ª série incompleta do ensino fundamental	40	9
4ª série completa do ensino fundamental	24	5,4
5ª à 8ª série incompleta do ensino fundamental	106	23,9
Ensino fundamental completo	46	10,3
Ensino médio incompleto	60	13,6
Ensino médio completo	21	4,7
Educação superior incompleta	4	0,9
Educação superior completa	1	0,2
Ignorado ou não se aplica	142	32
TOTAL	444	100

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Na classificação clínica da sífilis, a latente foi a de maior predominância, com 305 ocorrências (68,7%). Em seguida, a classificação primária somou 66 casos (14,9%) e a secundária e terciária registraram 13 casos (2,9%) cada uma. Os exames laboratoriais realizados nas gestantes adolescentes com sífilis, no período estudado, dividiram-se em duas frentes.

O teste não treponêmico resultou reagente em 425 casos (95,8%); não reagente com 18 ocorrências (4%). Apenas em um caso o exame não foi realizado (0,2%). Já o teste treponêmico demonstrou 368 casos de reagentes (95,8%) e 7 de não reagentes (1,6%). O teste não foi realizado em 61 oportunidades (13,8%), contendo também 8 fatos ignorados (1,8%).

Tratando-se do esquema de tratamento prescrito à gestante adolescente com sífilis, a penicilina G benzatina 7.200.000UI se destaca, com 370 prescrições (83,3%). A penicilina G benzatina 2.400.000UI aparece em seguida com 25 prescrições (5,6%) e a penicilina G benzatina 4.800.000UI, por sua vez, foi prescrita em 7 oportunidades (1,6%). Além desses, outro esquema foi adotado em 3 casos (0,7%). Vale destacar que em 39 (8,8%) notificações, os esquemas de tratamento não foram realizados nas gestantes adolescentes.

Quanto à classificação da sífilis, prevaleceu o diagnóstico de sífilis latente em 305 casos (68,7%) do total da amostra analisada. Vale ressaltar que a ficha de notificação não permite a classificação da sífilis latente em recente ou tardia, que é informação indispensável para o esquema de tratamento adequado.

Das 139 gestantes avaliadas quanto à adequação do tratamento (31,3%), 22 receberam o tratamento adequado (15,8%), conforme preconiza o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções sexualmente transmissíveis (2015). Por outro lado, 64 mulheres receberam tratamento inadequado (46,0%), e 11 não receberam tratamento (7,9%). Em 42 casos (30,3%), as gestantes adolescentes receberam tratamento, embora a classificação

clínica tenha sido ignorada durante o preenchimento da ficha de notificação. O tratamento da sífilis em gestante deve dar-se concomitantemente com o (s) do (s) parceiro (s). Todavia, isso se cumpriu em 191 casos (43%). Não houve tratamento em 214 ocorrências (48,2%), e em 39 oportunidades (8,8%) esse dado foi ignorado.

Para os parceiros que receberam tratamento, o esquema de escolha deu-se da seguinte forma (Tabela 2): a penicilina G benzatina 7.200.000UI foi adotada em 200 casos (45%); a penicilina G benzatina 2.400.000UI foi prescrita 8 vezes (1,8%); e a penicilina G benzatina 4.800.000UI determinada em 7 ocasiões (1,6%). Outros esquemas foram prescritos aos parceiros em 7 casos (1,6%).

Dentre o motivo para o não tratamento do parceiro da gestante adolescente com sífilis, a razão prevalente foi o fato do parceiro não ter mais contato com a gestante, em 87 casos (40,6%). "Outros motivos" apareceram na segunda posição, com 85 ocorrências (39,8%). Por outro lado, em cada 14 oportunidades (6,5%), ou o parceiro foi comunicado/convocado à Unidade de Saúde para tratamento e não compareceu, ou foi comunicado/convocado, mas recusou o tratamento. Por fim, o parceiro foi diagnosticado com sorologia não reagente em 6 casos (2,9%).

DISCUSSÃO

O aumento nos casos de sífilis em gestantes adolescentes vai ao encontro de pesquisas que alertam que mesmo os adolescentes reconhecendo a importância do uso do preservativo, o fazem de forma esporádica, alegando interferência no prazer, confiança no parceiro e/ou uso da pílula anticoncepcional⁷.

De acordo com o Ministério da Saúde, esse aumento nos casos de sífilis nos últimos 10 anos segue uma tendência mundial e, além de estar ligado ao aumento das relações desprotegidas entre os jovens, pode estar relacionado ao agravamento do uso de drogas e o aumento do número de gestantes em situação de rua².

Tabela 2. Caracterização dos casos notificados de sífilis gestacional em adolescentes em Curitiba - PR, segundo a classificação clínica, exames laboratoriais, esquema de tratamento da gestante, tratamento adequado da gestante, tratamento concomitante do parceiro, esquema de tratamento do parceiro e motivo do não tratamento do parceiro. Curitiba - PR, Brasil (2007-2016).

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA		N	%
Primária		66	14,9
Secundária		13	2,9
Terciária		13	2,9
Latente		305	68,7
Ignorado		47	10,6
TOTAL		444	100

EXAMES LABORATORIAIS	TESTE NÃO TREPONÊMICO		TESTE TREPONÊMICO	
	N	%	N	%
Reagente	425	95,8	368	82,8
Não reagente	18	4	7	1,6
Não realizado	1	0,2	61	13,8
Ignorado	0	0	8	1,8
TOTAL	444	100	444	100

ESQUEMA DE TRATAMENTO DA GESTANTE	N	%
Penicilina G benzatina 2.400.000UI	25	5,6
Penicilina G benzatina 4.800.000UI	7	1,6
Penicilina G benzatina 7.200.000UI	370	83,3
Outro esquema	3	0,7
Não realizado	39	8,8
Ignorado	0	0
TOTAL	444	100

TRATAMENTO DA GESTANTE	N	%
Adequado	22	15,8
Inadequado	64	46
Não realizado	11	7,9
Tratamento prescrito com classificação clínica ignorada	42	30,3
TOTAL	139	100

TRATAMENTO CONCOMITANTE DO PARCEIRO	N	%
Sim	191	43
Não	214	48,2
Ignorado	39	8,8
TOTAL	444	100

ESQUEMA DE TRATAMENTO DO PARCEIRO	N	%
Penicilina G benzatina 2.400.000UI	8	1,8
Penicilina G benzatina 4.800.000UI	7	1,6
Penicilina G benzatina 7.200.000UI	200	45
Outro esquema	7	1,6
Não realizado	214	48,2
Ignorado	8	1,8
TOTAL	444	100

MOTIVO PARA O NÃO TRATAMENTO DO PARCEIRO	N	%
Parceiro não teve mais contato com a gestante	87	40,6
Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento	8	3,7
Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu	14	6,5
Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas recusou o tratamento	14	6,5
Parceiro com sorologia não reagente	6	2,9
Outro motivo	85	39,8
TOTAL	214	100

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Também pode ter contribuído para o aumento dos casos de sífilis o desabastecimento mundial de Penicilina, devido à falta da matéria-prima específica para sua produção no mercado global^{6,10}.

A pesquisa de Costa et al¹¹, mostra que a incidência de sífilis congênita também se apresenta crescente e, num espaço temporal de 10 anos, a taxa passou de 0,56 para 49,32 por 10.000 nascidos vivos. Entretanto, esses aumentos podem estar relacionados à melhoria do sistema de notificação, progresso das vigilâncias epidemiológicas, ampliação do acesso aos serviços de saúde, dentre tanto outros avanços instituídos no Sistema Único de Saúde nos últimos anos (SUS)¹².

A maior parte das gestantes estudadas tinham entre 15 e 19 anos (96,8%), corroborando com os dados encontrados na pesquisa de Barbosa et al¹¹, num estudo descritivo de sífilis gestacional notificados no estado do Piauí, que apontou que 95,7% das gestantes adolescentes com sífilis estavam na faixa etária dos 15 a 19 anos.

A adolescência é marcada pela construção da personalidade e do surgimento das características sexuais. No entanto, na maioria das vezes, os adolescentes não procuram os serviços de saúde por receio e/ou vergonha de declarar que tem uma vida sexual ativa¹³.

A gravidez na adolescência traz repercussões biológicas, psicológicas e sociais para a mãe e a criança, uma vez que ocorre, na maioria dos casos, de forma inesperada e sem planejamento, tornando-se fundamental uma rede sensibilizada, capacitada e integrada para assistir essa faixa etária⁹.

O risco de a doença acometer o feto varia de 30 a 100%, dependendo da evolução da infecção na gestante e do trimestre de gestação³. O Ministério da Saúde preconiza que todas as gestantes sejam testadas duas vezes durante o pré-natal, uma no primeiro trimestre e a outra no segundo trimestre. Além disso, é obrigatório um teste logo após a internação para o parto na maternidade⁴.

Quanto ao quesito raça/cor, houve predomínio de adolescentes que se autodeclararam brancas. Dados diferentes foram encontrados por Moreira

et al¹⁴, onde a maioria da amostra foi composta por pessoas que se autodeclararam pardas ou pretas. Pesquisas apontam que a população negra possui baixos níveis de instrução, ocupa posições menos qualificadas no trabalho e reside em locais com menor infraestrutura básica, consequentemente tem menos acesso aos serviços de saúde^{15,16}.

Analisando os indicadores de acesso à saúde, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, observa-se que 74,5% das mães que se declararam brancas realizaram 7 consultas de pré-natal, enquanto que entre as pretas e pardas o percentual cai para 55,7% e 54,2%, respectivamente¹⁷. Esses dados demonstram que a população preta e parda tem menos acesso aos serviços de saúde. Com isso, tornam-se indispensáveis políticas públicas inclusivas que desmontem tal disparidade.

É fundamental que os profissionais de saúde considerem a diversidade racial, de cor e étnica, característica da população brasileira, para que possam atender as especificidades de cada uma.

Referente à escolaridade, os dados encontrados na presente pesquisa foram semelhantes aos encontrados por Barbosa et al¹⁸, cujos dados demonstram que a maior parcela das gestantes com sífilis possuía a 5.^a e a 8.^a série incompleta do ensino fundamental (27,5%), e a menor parcela o ensino superior completo (0,3%).

Outro estudo realizado em Brasília com gestantes e puérperas com sífilis também encontraram que a maioria possuía apenas o ensino fundamental (64,2%)¹⁹. Um estudo multicêntrico nacional realizado com puérperas no período de 1999 a 2000 sobre soroprevalência da sífilis mostrou que o VDRL positivo estava associado, dentre outros fatores, à renda familiar, idade materna e baixa escolaridade²⁰.

Em nossa pesquisa a análise da escolaridade poderia ter sido mais consistente se o campo escolaridade tivesse sido preenchido adequadamente ao longo dos anos, já que 142 casos (32%) foram enquadrados como "ignorados ou não se aplicam".

Analisando a proporção de gestantes adolescentes que realizaram exames laboratoriais

para diagnóstico da sífilis, observamos que não há problemas quanto ao acesso a esse tipo de serviço, uma vez que quase todas foram testadas.

A pesquisa de Barbosa *et al*¹⁸ teve dados semelhantes quanto aos testes não treponêmicos, pois 89,2% das gestantes tiveram o teste não treponêmico reagente, 3,4% não reagente e para 5,2% o teste não foi realizado. Já no teste treponêmico o resultado foi diferente da presente pesquisa, pois não foi realizado em 70,6% das gestantes, 4,4% foram não reagentes e em 16,8% o resultado foi reagente.

Os testes preconizados pelo Ministério da Saúde e comumente utilizados para o diagnóstico da sífilis dividem-se em treponêmicos e não treponêmicos. Entre os não treponêmicos estão o VDRL, RPR e TRUST, indicados para o diagnóstico e segmento terapêutico, sendo passível de titulação. Os testes treponêmicos, por suas vezes, FTA-abs, TPHA, ELISA, MHTP, teste rápido e EQL, são testes qualitativos para detecção de anticorpos antitreponêmicos, úteis para confirmação do diagnóstico⁴.

Quando ocorre um caso de sífilis, os anticorpos específicos podem permanecer detectáveis indefinidamente pelos testes treponêmicos, podendo significar uma cicatriz sorológica devido a um tratamento anterior. Já os testes não treponêmicos tendem à negatificação após o tratamento, e por isso são utilizados no segmento³⁵.

Vale lembrar que, após o tratamento, o seguimento das gestantes deve ser mensal, com teste não treponêmico, para possível indicação de retratamento nos casos em que houver elevação de títulos em duas diluições em relação ao último exame realizado, devido à possibilidade de falha terapêutica²⁴. Para analisarmos os tratamentos prescritos às gestantes adolescentes no período estudado, torna-se fundamental conhecermos os esquemas terapêuticos preconizados pelo Ministério da Saúde para cada caso.

Na sífilis primária, secundária e latente recente (até um ano de duração), o esquema adotado deve ser Penicilina G benzatina 2.400.000 UI, via

intramuscular, sendo 1.200.000UI em cada glúteo. Já nos casos de sífilis latente tardia (com mais de um ano de duração ou duração ignorada) e sífilis terciária, o esquema deve ser Penicilina G benzatina 7.200.000UI, via intramuscular, sendo 1.200.000UI em cada glúteo, totalizando 2.400.000UI por semana, repetido durante três semanas^{2,4,5}.

No entanto, a ficha de notificação de sífilis em gestante não possibilita a classificação da sífilis latente em recente ou tardia, mas apenas como latente, o que impossibilita a análise dos tratamentos das gestantes que receberam essa classificação, uma vez que os esquemas terapêuticos são diferentes para essas duas formas de sífilis.

Ademais, a ficha de notificação de sífilis em gestante traz como uma possibilidade de esquema terapêutico a Penicilina G benzatina 4.800.000UI, contudo, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), publicado em 2015, pelo Ministério da Saúde, não estabelece esse esquema terapêutico para nenhuma classificação clínica da sífilis.

O descompasso encontrado entre a ficha de notificação e as diretrizes terapêuticas da sífilis favorece o tratamento inadequado às gestantes, elevando as taxas de sífilis congênita, sem contar os recursos públicos desperdiçados. Nos casos em que a sífilis em gestante não é tratada ou é tratada inadequadamente, as consequências podem ser abortamentos, prematuridade e natimortalidade. Já nos casos em que a mãe não é tratada e ocorre a infecção do conceito, aproximadamente 40% evoluem para aborto espontâneo, natimorto ou óbito perinatal^{2,6}.

Por fim, para ser considerado adequado, o tratamento da sífilis em gestantes deve ser realizado somente com penicilina; tratamento completo e concomitante com o parceiro; adequado na dose e no tempo, de acordo com a fase clínica da doença e com conclusão do tratamento em até 30 dias antes do parto⁵.

O número de tratamentos adequados da presente pesquisa foi muito baixo se considerado

o total de casos notificados no período estudado, enquanto que os casos de tratamentos inadequados foram a maioria da amostra analisada.

No estudo de Moreira *et al*⁴, que analisou a incidência de sífilis congênita em Porto Velho, resultados semelhantes foram encontrados: 18,6% das gestantes foram tratadas adequadamente, 55,0% inadequadamente e 19,1% não receberam tratamento algum. A pesquisa de Costa *et al*¹, em uma análise da sífilis congênita no Ceará, também observou predominância de tratamentos inadequados das gestantes, mantendo-se adequado em menos da metade dos casos estudados.

A prescrição de dosagens menores do que o preconizado pelo Ministério da Saúde pode ser ineficiente no combate à sífilis, ocasionando a progressão da doença na gestante e não impedindo a transmissão vertical. Em contrapartida, dosagens maiores elevam os gastos públicos, agravando o desabastecimento de penicilina em nível nacional, além de exporem as gestantes a riscos desnecessários, como reações anafiláticas graves, apesar de raras⁶.

Em relação ao tratamento prescrito à gestante com classificação clínica ignorada, não se sabe quais critérios foram adotados pelos profissionais de saúde. Esse desconhecimento é grave, pois administrar qualquer medicamento sem um diagnóstico apropriado pode contribuir para danos evitáveis. Os dados encontrados são preocupantes se pensarmos nas consequências do manejo ineficiente das gestantes com sífilis. Torna-se fundamental, portanto, que as diretrizes terapêuticas definidas pelo Ministério da Saúde sejam seguidas por todos os profissionais de saúde, contribuindo para a diminuição dos casos de sífilis em gestantes.

Quanto ao tratamento concomitante à gestante, os dados da presente pesquisa são melhores que os apresentados por Campos *et al*¹, quando pesquisaram o perfil da sífilis gestacional em Fortaleza – CE. Eles identificaram que apenas em 24,1% dos casos notificados os parceiros foram tratados, enquanto que para 65,5% não houve tratamento do parceiro, sendo que dentre

os tratados, menos da metade (42,9%) recebeu o tratamento completo, o que representa 10,3% da amostra total da pesquisa.

No mesmo sentido, a pesquisa de Costa *et al*¹¹ apontou que apenas 14,5% dos parceiros receberam tratamento concomitante, enquanto 62,7% não receberam tratamento e 22,8% tiveram esse campo ignorado.

Para diminuir a incidência de sífilis materna é fundamental que o parceiro receba o tratamento adequado concomitante com a gestante, ação que objetiva diminuir ou evitar as reinfecções.

Vale ressaltar que ao analisar os dados da tabela 2, sobre haver ou não tratamento concomitante do parceiro, observa-se divergência no número de tratados. Anteriormente, foi registrado tratamento de 191 parceiros, no entanto, são registrados 222 esquemas terapêuticos prescritos aos parceiros. Também se percebeu que o número de registros “ignorados” foi superior na tabela anterior, sugerindo que houve subnotificações de tratamentos concomitantes, permitindo inferir que foram tratados 222 (50%) parceiros de gestantes adolescentes com sífilis, pois o esquema de tratamento foi registrado.

Estudos apontam que um dos maiores obstáculos para a erradicação da sífilis congênita no Brasil é o não tratamento dos parceiros^{22,23}.

Torna-se fundamental a qualificação das ações de atenção à saúde do homem e políticas públicas que visem aproximar o público masculino das unidades de saúde. A exemplo, está a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída pela Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, que tem por objetivo facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde do SUS²³.

Além disso, o pré-natal é um excelente momento para o fortalecimento do vínculo entre o homem e os profissionais de saúde, sendo que o tema paternidade e o cuidado estão em destaque na PNAISH²⁴.

CONCLUSÕES

Os resultados demonstram que a incidência de sífilis em gestantes adolescentes em Curitiba-PR seguiu crescente nos 10 anos analisados, especialmente a partir de 2011, quando as notificações se tornaram mais expressivas. Apesar da maioria das gestantes estar na faixa etária dos 15 a 19 anos, foi registrado um caso de sífilis numa gestante de apenas 12 anos de idade, o que evidencia a necessidade de conscientização sobre direitos sexuais e saúde reprodutiva, propiciando espaços para discussão e oportunidade para que os adolescentes sejam ouvidos e possam sanar suas dúvidas sobre o tema.

As gestantes adolescentes eram moradoras da zona urbana quase em sua totalidade e a baixa escolaridade foi predominante, sendo que a maioria possui apenas a 5ª e a 8ª série do ensino fundamental. Quanto ao manejo das gestantes adolescentes com sífilis, percebeu-se a necessidade de adequação da ficha de notificação para que a classificação clínica da sífilis latente possa ser dividida em recente ou tardia, para que os tratamentos prescritos sejam passíveis de análise, o que não ocorre atualmente.

Ainda referente à ficha de notificação, sugere-se que o esquema de tratamento com penicilina G benzatina 4.800.000UI seja retirado, uma vez que não há esse esquema de tratamento nas diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, favorecendo o tratamento inadequado das pacientes. O Ministério da Saúde preconiza que para o tratamento adequado das gestantes o parceiro deve ser tratado concomitantemente. No entanto, apenas a metade dos parceiros recebeu o tratamento devido, o que propicia a reinfeção da gestante e a transmissão vertical da sífilis.

Os resultados encontrados demonstram que ainda há um longo caminho a ser percorrido para que a sífilis em gestantes adolescentes diminua a níveis aceitáveis, de acordo com o preconizado pela OMS e OPAS.

Os profissionais de saúde devem estar preparados para o atendimento desse público que necessita de abordagem diferenciada. As

políticas públicas devem ser qualificadas e oferecer estrutura adequada para que os profissionais consigam colocá-las em prática, sendo inadmissível a falta de penicilina para tratamento dos casos de sífilis, o que certamente contribuiu para o aumento dos casos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde lança ação nacional de combate à sífilis. Brasília – DF: 2016. Acesso em 18 Abr 2017. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/26100-ministerio-da-saude-lanca-acao-nacional-de-combate-a-sifilis>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções sexualmente transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília – DF: 2015.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco – Manual Técnico. 5ª Edição. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília – DF: 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 1ª Edição atualizada. Brasília – DF: 2016.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico para diagnóstico de sífilis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília – DF: 2016.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Boas Práticas: O uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da Sífilis Congênita no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília – DF: 2015.
7. Jardim DP, Santos EF. Uso do preservativo masculino por adolescentes no início da vida sexual. *Adolesc Saúde*. 2012 Out [citado 2017 Out 15] 9(2):37-44. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/psi-52741>
8. Peternelli LA. Conhecendo o R: Uma revisão estatística. Editora FGV. Série caderno e didáticos, 2009.
9. Orso LF, Mazzetto FMC, Siqueira FPC, Chadi PF. Ser mãe na adolescência: significado dessa vivência na gestação e parto. *Rev Enferm. UFPE on line*: 2016. Out [citado 2017 Out 05] 10(6): 4870-4879, dez. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11267/12899>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico Sífilis 2017. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília – DF: 2017.
11. Costa CC, Freitas LV, Sousa DMN, Oliveira LL, Chagas ACMA, Lopes MVO et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Rev Esc Enferm. USP [Internet]*. 2013 Set [citado 2017 set 12]; 47(1): 152-159. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100019>.

12. Ximenes IPE, Moura ERF, Freitas GL, Oliveira NC. Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará. *Rev RENE*. 2008; 9(3): 74-80.
13. Silva CAB. Gravidez na adolescência x políticas públicas: análise contextual. *Interdisciplinar: Rev Eletrôn da Univar*; 2012; Nov [citado 2017 Nov 13]; 7:15-20. Disponível em: <http://www.revista.univar.edu.br/index.php/interdisciplinar/article/view/101>.
14. Moreira K, de Oliveira D, de Alencar L, Cavalcante D, Pinheiro A, Orfão N. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. *Cogitare Enfermagem*. [Online]. 2017. Dec [cited 2017 Dec 23] 22:2. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48949/pdf>
15. Cruz, MA. Desigualdade racial dificulta acesso da população negra aos serviços de saúde. Campinas, 7 a 13 de dezembro de 2009 *JORNAL DA UNICAMP*. Disponível em: http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/dezembro2009/ju450pdf/Pag05.pdf.
16. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Comunicação. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*. 2011; 25(3): 535-549.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília – DF: 2012. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=15580&Itemid=803#doencas. Acesso em 02 Dez 2017.
18. Barbosa DRM, Almeida MG, Silva AO, Araújo AA, Santos AG. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. *Rev Enferm. UFPE on line*; 2017 Nov [citado 2017 Nov 29] 11(5): 1867-1874, mai. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23335/18934>.
19. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad. Saúde Pública*. [Internet] 2013 Abr [Citado 2017 Abr 06]; 29(6): 1109-1120. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600008&lng=en&nrm=iso
20. Rodrigues CS, Guimarães MDC; Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2004; 16: 168-75.
21. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2010 Ago [citado 2017 Ago 26]; 26(9): 1747-1755. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000900008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900008>.
22. Romanelli RMC, Carellos EVM, Souza HC, Paula AT, Rodrigues LV, Oliveira WM et al. Manejo de sífilis em gestantes e seus recém-nascidos: ainda um problema? *j. bras. doenças sex. transm*; 2015. Set [citado 2017 set 12]; 27(1-2):35-39. Disponível em: http://www.dst.uff.br/revista27-1-2-2015/DST_v27n1-2_35-39_IN.pdf
23. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem. Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Nacional de Saúde do Homem. Brasília – DF: 2016.

RECEBIDO: 22/02/2018

ACEITO: 16/05/2018

HETEROCONTROLE DA FLUORETAÇÃO DA ÁGUA DE ABASTECIMENTO PÚBLICO DA 15ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Heterocontrol of fluoridation of public water supply
15th Health Region (state of Paraná, Brazil)

Tânia Harumi Uchida¹, Jaime Aparecido Cury², Cíntia Pereira Machado Tabchoury³,
Raquel Sano Suga Terada⁴, Mitsue Fujimaki⁵

1. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada da Universidade Estadual de Maringá – UEM, Maringá, Paraná, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8170-1092>.
2. Doutor e Professor Titular da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/ UNICAMP, Piracicaba, São Paulo, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1046-5605>.
3. Doutora e Professora Associada da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/ UNICAMP, Piracicaba, São Paulo, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7660-5685>.
4. Doutora e Professora Associada da Universidade Estadual de Maringá – UEM, Maringá, Paraná, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1344-9870>.
5. Doutora e Professora Associada da Universidade Estadual de Maringá – UEM, Maringá, Paraná, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7824-3868>.

CONTATO: Mitsue Fujimaki | Rua Luiz Gama, 144 | Apto 1601 | Centro | Maringá | Paraná | Brasil | CEP 87014-110 | Cel: (44) 99111-6464 | E-mail: mfujimaki@uem.br

COMO CITAR Uchida TH, Cury JA, Tabchoury COM, Terada RSS, Fujimaki M. Heterocontrole da fluoretação da água de abastecimento público da 15ª Regional de Saúde do Paraná. R. Saúde Públ. 2018 Jul.;1(1):59-67.



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 Objetivou-se conhecer o processo de fluoretação das águas de abastecimento público e realizar o heterocontrole do fluoreto nas águas dos 30 municípios que compõem a 15ª Regional de Saúde do Paraná. Um questionário contendo dados relativos à fluoretação dos municípios foi aplicado e cinco coletas de água em Unidades

Básicas de Saúde ou poços artesianos foram realizadas em todos esses municípios, no período de 12 meses. Dos 30 municípios que compõem esta regional, em 77% dos municípios a água utilizada é proveniente de poços, 77% relatam ter água fluoretada e 40% dos municípios realizaram levantamento epidemiológico para fluorose dental. Das 335 amostras de água, 79,5% foram classificadas como máximo benefício contra cárie e mínimo risco para fluorose dentária. Conclui-se que apesar da maioria dos municípios pesquisados realizarem a fluoretação das águas de abastecimento, o heterocontrole não é prática comum nos mesmos.

PALAVRAS-CHAVE: Fluoretação. Fluoretos. Abastecimento de água.

ABSTRACT The objective of this study was to know the process of fluoridation of the public water supply, and to perform the heterocontrol of fluoride in the waters of 30 municipalities of the 15th Regional Department of Health of Paraná. A questionnaire containing data on fluoridation in the municipalities was applied, and five water collections in Basic Health Units, or in artesian wells, were carried out in all these municipalities, in a period of 12 months. Of the 30 municipalities composing this regional department, 77% use water from wells, 77% reported having fluoridated water, and 40% carried out an epidemiological survey for dental fluorosis. Of the 335 water samples, 79.5% were classified as the maximum benefit against dental decays, and minimal risk for dental fluorosis. It is concluded that most of the cities surveyed perform fluoridation of water supply, but heterocontrol is not a common practice.

KEYWORDS: Fluoridation. Fluorides. Water supply.

INTRODUÇÃO

A cárie dentária, em termos de saúde pública, é o principal problema de saúde bucal¹. A adição de fluoreto (F) na água de abastecimento público pode, de forma isolada, reduzir as chances de uma pessoa ter cárie em até 65% e, além disso, é um método recomendado por mais de 150 organizações de ciências e saúde, dentre elas, a Organização Mundial da Saúde, a Federação Dentária Internacional, a Associação Internacional de Pesquisa em Odontologia, a Organização Pan-Americana de Saúde e a American Dental Association². A fluoretação das águas de abastecimento público é um método coletivo e representa umas das principais e mais importantes medidas de saúde pública, podendo ser considerada como uma medida de controle de cárie dentária efetiva e de ótima relação custo-benefício³.

Entretanto, para que a população se beneficie dos efeitos dessa importante medida, faz-se necessário que os teores de F adicionados à água de abastecimento público estejam dentro dos níveis recomendados⁴. É necessária a existência de mecanismos que viabilizem e controlem a adequada concentração de F na água, para que a medida exerça o maior impacto possível na prevenção da cárie, sem aumentar a prevalência de fluorose dental⁵. Os níveis de F devem permanecer dentro de faixas adequadas e por longos períodos de tempo para ter seus efeitos desejados⁶, reforçando a importância de se ter um sistema de vigilância para a manutenção desses níveis. Um sistema de vigilância permanente da fluoretação deve ser realizado pela própria companhia de abastecimento de água (controle operacional) ou por meio de um

mecanismo externo conhecido como heterocontrole, o qual compreende o monitoramento dos teores de F nas águas de abastecimento por uma instituição ou órgão diferente daquele responsável pela fluoretação⁷.

No Brasil, a primeira cidade a implantar a fluoretação das águas em seu sistema de abastecimento foi a cidade de Baixo Guandu, no Estado do Espírito Santo, em 19538. Apesar da fluoretação ser obrigatória no Brasil desde 1974 (lei nº. 6050, de 24 de maio de 1974)¹, em localidades onde exista Estação de Tratamento de Água (ETA), vários municípios ainda não adicionam F nas suas águas de abastecimento público. A portaria do Ministério da Saúde nº. 635, de 25 de dezembro de 1975, aprova e determina normas e padrões a serem seguidos para a correta fluoretação das águas, desde a concentração a ser utilizada, de acordo com as médias das temperaturas máximas anuais de cada região^{2,8}. Em 2011, uma nova classificação para a concentração de F nas águas de abastecimento público (Centro Colaborador do Ministério da Saúde para Vigilância em Saúde Bucal da Universidade de São Paulo - CECOL/USP) foi construída coletivamente e consensuada pela comunidade acadêmica, especialistas e produtores de água. Esta nova classificação da concentração de F é baseada em benefício anticárie e risco de fluorose⁹. Por isso, estudos de heterocontrole da fluoretação tornam-se importantes.

Até o momento, pouco se sabe sobre o heterocontrole do processo de fluoretação das águas de abastecimento público na 15ª Regional de Saúde do Paraná. Desta maneira, o objetivo deste trabalho foi conhecer o processo de fluoretação das águas de abastecimento público e realizar o heterocontrole do F nas águas dos 30 municípios que compõem a 15ª Regional de Saúde do Paraná. Exceto em Maringá, nenhum estudo de heterocontrole foi feito nesses municípios e poucos são os trabalhos que utilizam essa nova classificação, proposta pelo CECOL/USP, considerando o máximo benefício na prevenção da cárie dentária e mínimo risco de desenvolvimento da fluorose dental.

METODOLOGIA

DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e longitudinal. Buscou-se avaliar o processo de fluoretação das águas de abastecimento dos municípios pertencentes à 15ª Regional de Saúde do Paraná, por meio de um questionário entregue aos coordenadores de saúde bucal de cada município. Para a realização do heterocontrole da fluoretação das águas de abastecimento, foram realizadas coletas trimestrais de amostras de água, provenientes de pontos específicos, como as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), poços artesianos ou minas em um período de 12 meses.

LOCAL DO ESTUDO

O estado do Paraná possui a Secretaria da Saúde do Paraná (SESA/PR), dividida em 22 regionais de saúde, e o presente estudo foi realizado na 15ª Regional de Saúde. Esta regional abrange 30 municípios da região Noroeste (Ângulo, Astorga, Atalaia, Colorado, Doutor Camargo, Florai, Floresta, Flórida, Iguaçu, Itaguajé, Itambé, Ivatuba, Lobato, Mandaguaçu, Mandaguari, Marialva, Maringá, Munhoz de Mello, Nossa Senhora das Graças, Nova Esperança, Ourizona, Paiçandu, Paranacity, Presidente Castelo Branco, Santa Fé, Santa Inês, Santo Inácio, São Jorge do Ivaí, Sarandi e Uniflor), com sede localizada no município de Maringá. Desses 30 municípios, 23 deles possuem fluoretação das águas de abastecimento, sendo eles: Astorga, Atalaia, Doutor Camargo, Florai, Floresta, Itaguajé, Itambé, Ivatuba, Lobato, Mandaguaçu, Mandaguari, Maringá, Munhoz de Mello, Nova Esperança, Ourizona, Paiçandu, Paranacity, Presidente Castelo Branco, Santa Fé, Santa Inês, Santo Inácio, São Jorge do Ivaí, e Uniflor. Sete municípios não adicionam o F na água de abastecimento público: Ângulo, Colorado, Flórida, Iguaçu, Marialva, Nossa Senhora das Graças e Sarandi.

AVALIAÇÃO DA FLUORETAÇÃO DA ÁGUA DE ABASTECIMENTO DOS MUNICÍPIOS

Foram entregues pessoalmente questionários aos coordenadores de saúde bucal dos municípios durante uma reunião realizada pela coordenação de saúde bucal da 15ª Regional de Saúde do Paraná, na qual foi explicada a importância do heterocontrole e os benefícios do uso do F. Quando necessário, os mesmos foram reenviados por e-mail. O questionário continha questões que abordavam os seguintes assuntos: fonte de captação da água de abastecimento, presença de F na água de abastecimento, empresa responsável pelo tratamento da água, frequência com que é feito o controle da concentração de F e realização de algum levantamento epidemiológico de cárie ou fluorose dentária. A apresentação dos resultados foi realizada de forma descritiva.

COLETA DAS AMOSTRAS DE ÁGUA

Dos 23 municípios que adicionam F na água de abastecimento público, sete municípios (Astorga, Mandaguaçu, Mandaguari, Maringá, Nova Esperança, Paiçandu e Paranacity) tiveram as amostras de água coletadas das UBSs, 1 município (Munhoz de Mello) teve água coletada de minas e em 15 municípios (Atalaia, Doutor Camargo, Florai, Floresta, Itaguajé, Itambé, Ivatuba, Lobato, Ourizona, Presidente Castelo Branco, Santa Fé, Santa Inês, Santo Inácio, São Jorge do Ivaí, e Uniflor) a água foi coletada diretamente de poços, onde ocorria o tratamento e fluoretação. Considerando a diversidade de sistemas de tratamento de água nos municípios da 15ª Regional de Saúde, o número de pontos de coleta não seguiu o mesmo padrão para todos os municípios.

Como a adesão dos municípios ocorreu paulatinamente, devido à dificuldade dos coordenadores de saúde bucal dos municípios da 15ª Regional do Paraná aderirem ao projeto do heterocontrole, não foi possível realizar as coletas de amostras de água de todos os municípios ao mesmo tempo. Assim, o período de coleta das amostras foi de dezembro de 2010 a fevereiro de 2013.

Para as coletas, foram utilizados frascos plásticos, previamente etiquetados e identificados. Ao responsável pela coleta era solicitado que a água fosse oriunda da torneira situada o mais próximo da entrada de água da rua, preferencialmente junto ao hidrômetro. Esta torneira era deixada aberta por trinta segundos, os frascos lavados três vezes e a água então era coletada para análise.

Nos 7 municípios que não apresentaram fluoretação das águas de abastecimento foi realizada somente a primeira coleta proveniente de UBS, poço ou mina, para comprovação.

ANÁLISE DAS AMOSTRAS

A verificação do teor de F na água foi feita pelo Laboratório de Bioquímica Oral da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/UNICAMP). A concentração de F das amostras foi determinada com eletrodo íon específico (Orion 96-09) acoplado a um analisador de íons (ORIONSTAR A 214). O aparelho foi calibrado com soluções padrões em concentrações de F variando de 0,25 a 2,00 µg F/mL, adicionando-se o mesmo volume de TISAB II. As leituras dos padrões foram realizadas em triplicata para a construção da curva de calibração. Em seguida, as amostras foram analisadas em duplicata e os resultados obtidos foram calculados e expressos em ppm F.

CLASSIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS

Todas as amostras avaliadas foram classificadas de acordo com o documento do consenso técnico sobre a Classificação de Águas de Abastecimento Público segundo o Teor de Flúor⁹. Os municípios pertencentes à 15ª Regional de Saúde do Paraná estão localizados na região Noroeste do estado do Paraná, onde as médias das temperaturas máximas se situam entre 26,3 e 32,5°C. Portanto, a concentração de F que oferece a melhor combinação benefício-risco varia de 0,55 a 0,84 ppm de F, na qual o benefício na prevenção da cárie é máximo e o risco de produzir fluorose é mínimo.

RESULTADOS

Todos os 30 questionários enviados aos municípios foram respondidos. Os resultados estão resumidos na Tabela 1.

Tabela 1. Aspectos relevantes obtidos mediante questionário realizado com os Coordenadores de Saúde Bucal da 15ª Regional de Saúde do Paraná.

QUESTIONAMENTOS	RESPOSTAS
1. Fonte de captação da água de abastecimento	<ul style="list-style-type: none"> • 77% (n=23) dos municípios - captação de poços. • 10% (n=3) dos municípios - mistura com água captada de poços e de rio. • 10% (n=3) - mistura de água captada de poço e mina. • 3% (n=1) - captação de rio.
2. Fluoretação na água de abastecimento	<ul style="list-style-type: none"> • 77% (n=23) dos municípios apresentam a fluoretação das águas de abastecimento, realizada pela empresa responsável pelo tratamento da água. • 24% (n=7) não apresentam a fluoretação das águas de abastecimento.
3. Empresa responsável pelo tratamento da água	<ul style="list-style-type: none"> • 63% (n=19) dos municípios - SANEPAR. • 23% (n=7) - Sistema Municipal de Água e Esgoto (SAMAE). • 14% (n=4) - serviço é terceirizado pelas prefeituras.
4. Frequência com que é feito o controle da concentração de F	<ul style="list-style-type: none"> • Dos 23 municípios que apresentam água fluoretada: <ul style="list-style-type: none"> - 34,8% (n=8) relataram fazer diariamente o controle do teor de F pela companhia de abastecimento; - 60,85% (n=14) relataram não haver uma frequência estabelecida; - 4,35% (n=1) alegou realizar heterocontrole da fluoretação da água de abastecimento.
5. Realização de algum levantamento epidemiológico de cárie ou fluorose dentária	<ul style="list-style-type: none"> • 40% (n=12) dos municípios declararam terem feito algum tipo de levantamento; • 50% (n=15) nunca fizeram e • 10% (n=3) não souberam responder.

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Foram avaliadas 335 amostras de água que passaram pelo processo de fluoretação. A Tabela 2 apresenta a porcentagem do total de amostras de água em cada faixa de concentração de F, de acordo com a nova proposta de classificação baseada em benefício na prevenção da cárie e risco de fluorose⁹.

DISCUSSÃO

A fluoretação das águas de abastecimento público tornou-se, ao longo do século XX, uma

das ações de maior impacto na prevenção da cárie dentária, desde que ocorra uma manutenção adequada e permanente dos níveis de F^{10,11,12}. Para garantir a eficácia preventiva da fluoretação é indispensável o controle operacional nas estações de tratamento de água e o seu monitoramento, que em termos da Vigilância em Saúde é conhecido como heterocontrole¹³. O heterocontrole é uma ação de vigilância em saúde pública empregado para garantir a manutenção e concentração de F presentes na água, visando o máximo benefício da prevenção da cárie dentária com o mínimo risco

Tabela 2. Porcentagem do total de amostras de água, classificadas de acordo com as faixas de concentração de F e seus benefício e risco estimados (N= 335). Para localidades em que as médias das temperaturas máximas se situam entre 26,3º e 32,5oC.

Faixa de População (mil habitantes)	Municípios	Amostras coletadas (n)	ppm F (%)					
			0,00 a 0,44	0,45 a 0,54	0,55 a 0,84*	0,85 a 1,14	1,15 a 1,44	>1,45
	1	5	1	-	4	-	-	-
	2	5	-	-	5	-	-	-
	3	5	-	-	5	-	-	-
	4	5	-	-	5	-	-	-
	5	5	-	-	5	-	-	-
	6	5	-	-	5	-	-	-
0 l--- 10	7	5	-	-	5	-	-	-
	8	5	5	-	-	-	-	-
	9	5	3	-	9	3	-	-
	10	5	-	2	3	-	-	-
	11	5	-	-	4	1	-	-
	12	5	-	-	5	-	-	-
	13	5	-	-	5	-	-	-
	14	5	2	-	2	1	-	-
	15	5	-	-	2	3	-	-
10 l--- 20	16	10	2	2	6	-	-	-
	17	10	-	1	7	2	-	-
	18	5	-	-	5	-	-	-
20 l--- 50	19	25	-	-	18	7	-	-
	20	30	-	-	28	2	-	-
	21	10	-	-	8	2	-	-
	22	30	-	-	30	-	-	-
100 l--- 500	23	130	5	-	100	25	-	-
	Total	335	18	5	266	46	-	-

* Melhor combinação benefício-risco

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

de fluorose¹⁴. Resultados de revisões sistemáticas comprovam o efeito benéfico e a segurança do F quando em concentração adequada na água de abastecimento^{15,16}. Embora o Brasil seja o segundo maior sistema de fluoretação de águas de abastecimento público de todo o mundo¹⁷, o controle operacional sobre o teor de F é insuficiente. O controle operacional deve ser exercido regularmente pelo responsável pelo Sistema de Abastecimento de Água de forma a assegurar a manutenção na concentração de F e a potabilidade da água para consumo humano¹⁸.

Assim, existe a necessidade de desenvolver mecanismos de controle da fluoretação⁸, onde o heterocontrole possa ser uma política e deixar de ser uma iniciativa de órgãos, como as instituições de ensino.

Com o intuito de institucionalizar o heterocontrole como uma política, o CECOL/USP, dentre as atividades de vigilância da saúde bucal, tem dado ênfase aos aspectos relacionados com a vigilância da fluoretação das águas de abastecimento público e temas associados. Dessa maneira, o CECOL/USP apresentou um documento

com sugestões na Consulta Pública sobre a Portaria MS 2.914, de 12/12/2011¹⁹. O documento indica a necessidade de que as análises da concentração de F na água sejam feitas conforme as necessidades de cada região de saúde e de rever a Portaria 635/75 por se encontrar desatualizada¹⁹. Com isso, o objetivo seria beneficiar o país com um sistema de vigilância da fluoretação das águas assentado em informações confiáveis e melhorar a qualidade dos dados disponíveis sobre a cobertura da fluoretação no Brasil²⁰. Neste aspecto, ao compararmos a Portaria em vigência com a nova classificação da concentração de F em água de abastecimento, verifica-se que a proposta do CECOL/USP leva em conta o desenvolvimento da cárie e fluorose enquanto doenças crônicas e estratificam as faixas de concentração de F de acordo com diferentes graus de risco. No olhar da vigilância em saúde, esta nova classificação flexibiliza os limites rígidos da concentração de F (mínimo 0,6 ppm F e máximo 0,8 ppm F) da Portaria 635/1975, e propõe uma faixa de concentração, que é coerente considerando simultaneamente o risco e o benefício²¹. O CECOL/USP propôs ainda o desenvolvimento de um projeto de investigação científica intitulado: Projeto Vigiflúor, que busca desenvolver e aplicar instrumentos para a produção e apuração de dados sobre cobertura e vigilância da fluoretação de águas em municípios de médio e grande porte demográfico²².

Segundo os dados obtidos neste trabalho, pode-se notar nesses municípios, a prevalência de poços artesianos como fonte de captação de água na maioria dos municípios. A prevalência de poços justifica-se pela presença de um lençol freático com uma vazão suficiente para atender a demanda da população e que essa água possui qualidade e viabilidade técnica para a sua captação². O município de Sarandi, por exemplo, encontra-se em um desajuste na sua rede de distribuição, devido à ausência de planejamento, dimensionamento da rede, falta de um sistema de produção adequado e reservatórios. A solução para esse município seria realizar um replanejamento de toda a rede de distribuição de água, mantendo primeiramente os

poços com boa vazão e perfurar novos poços ou captar água dos mananciais de superfície.

Com relação à frequência com que é feito o controle da concentração de F, oito dos vinte e três municípios com água fluoretada relataram que a companhia de abastecimento faz diariamente o controle do teor de F. Seguindo a Portaria nº. 518 de 24 de março de 2004, que normatiza os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade de água para consumo humano, é determinado que o controle dos níveis de F na água deve ser realizado diariamente². Um controle operacional (realizado pela própria companhia de saneamento) criterioso, utilizando metodologias validadas e padronizadas, poderia ser uma forma econômica e viável de verificação da concentração do fluoreto. Entretanto, isso não eliminaria a necessidade da realização do heterocontrole, ou seja, o controle realizado por instituições externas, para garantir que as avaliações operacionais sejam monitoradas e a água disponibilizada atenda aos critérios de qualidade.

O resultado das análises das águas do presente trabalho mostraram que 79,5% das amostras de água fluoretada se encontraram na faixa de melhor risco-benefício, 0,55 ppm F a 0,84 ppm F, pela nova classificação proposta pelo CECOL⁹. Este resultado também pode ser percebido no trabalho realizado em Jaguaribara/CE, onde 63,9% das amostras estavam no melhor risco-benefício⁷. Dados do heterocontrole de F no município de Bauru/SP, utilizando a classificação proposta pelo CECOL/USP, mostraram que 69% das amostras se encontravam dentro da faixa de maior benefício do F na prevenção de cárie e menor risco à fluorose²³. Esses mesmos dados foram avaliados e, considerando a portaria vigente (Portaria 635/1975), foi encontrado que 85% das amostras estavam dentro dos níveis aceitáveis. Em estudos de heterocontrole realizados nos municípios de Cachoeira do Sul/RS²⁴, Campo Grande/MS²⁵, Pelotas/RS³ e Piracicaba/SP²⁶, os resultados mostraram que as águas de abastecimento público encontravam-se dentro dos níveis aceitáveis. Em

contrapartida, no estado do Piauí apenas 4,3% das amostras se encontravam dentro de níveis ideais e a maioria apresentava-se em condições abaixo da faixa ideal²⁷. Todas as amostras de água analisadas em um estudo realizado no município do Rio de Janeiro e 53,57% das amostras analisadas em São Luís/MA, a concentração de F estava abaixo da faixa ideal, comprometendo os benefícios do processo de fluoretação²⁸. Na cidade de Ponta Grossa/PR, dois terços das amostras encontravam-se fora do ideal e estes predominavam para valores acima do aceitável²⁹.

Dos 30 municípios pertencentes à 15ª Regional de Saúde do Paraná, 76% (n=23) dos municípios apresentam água fluoretada. De acordo com o portal do MS, 95% da população urbana do estado do Paraná e 85% da população total do estado recebem água fluoretada. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 52,9% dos distritos brasileiros com água tratada realizam a fluoretação³⁰. Sendo assim, a classificação proposta pelo CECOL/USP, sob o olhar da vigilância em saúde, torna menos rígidos os limites da concentração de F da Portaria 635/BSB/1975, que preconiza concentração mínima de 0,6 ppm F e máxima de 0,8 ppm F²⁰. Logo, breves flutuações na concentração de fluoreto na água, abaixo ou acima da faixa de melhor combinação entre os riscos e os benefícios são toleráveis ao longo do tempo de exposição⁹.

Em consequência disso, deve ser considerado que concentrações de F de benefício insignificante ou risco muito alto são toleráveis apenas se ocorrerem eventualmente por um dia ao longo dos meses; concentrações de benefício mínimo ou risco alto são aceitáveis apenas se não se mantiverem constantes por mais do que sete dias ao longo dos meses; e que concentrações de benefício ou risco moderado são toleráveis apenas se não se mantiverem constantes por mais do que 21 dias ao longo de um ano. A constatação, em qualquer aferição dos teores, de risco moderado, alto, ou muito alto deve desencadear ações que alertem o operador para promover os ajustes no sistema⁹. Assim, como as empresas já realizam a avaliação

dos teores de F constantemente, a validação dos métodos de análise realizados por eles torna-se fundamental, já que a identificação das flutuações pela empresa deveria acontecer imediatamente, assim como as correções necessárias.

Quanto aos municípios (n=7) que não apresentaram fluoretação das águas de abastecimento público, 100% das amostras apresentaram risco de produzir fluorose e benefício de prevenção da cárie insignificante. Vale ressaltar que nesses municípios a água é proveniente de locais onde não há presença de F natural. O estado do Paraná contém teores de F natural de até 0,96 ppm F, localizada na região Norte, próximos do limite de risco à saúde humana. A origem dessa grande área flúor-anômala ainda não está esclarecida, mas há fortes indicações de que esteja vinculada a fontes geológicas³¹. Portanto, esses sete municípios onde não há fluoretação encontram-se fora das áreas que apresentam F natural na água.

O heterocontrole faz parte das ações de vigilância em saúde, entretanto, ainda observamos poucos municípios que fazem sistematicamente o monitoramento e a avaliação dos teores de F das águas de abastecimento público, de modo a realizar intervenções imediatas. Assim, são necessários estudos que verifiquem a realização do heterocontrole como ações da vigilância em saúde. Além disso, vale ressaltar a importância do conhecimento do histórico da fluoretação no município, para possibilitar a avaliação do impacto da fluoretação no controle da cárie dentária e o monitoramento dos possíveis efeitos indesejados ao longo do tempo, por meio dos estudos epidemiológicos.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que na maioria dos municípios pesquisados ocorre a fluoretação das águas de abastecimento, entretanto, o heterocontrole não tem sido realizado. Apesar da maioria das amostras avaliadas apresentarem-se dentro da faixa de concentração de F de melhor combinação risco-

benefício em relação a saúde bucal, o heterocontrole é necessário para a identificação de flutuações no teor de F, a fim de garantir a qualidade da água à população. Além disso, a classificação das águas propostas pelo CECOL/USP parece ser adequada para a avaliação da fluoretação das águas de abastecimento público.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 6050, de 24 de maio de 1974. Dispõe sobre a obrigatoriedade da fluoretação das águas em sistemas de abastecimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1974.
2. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Lima FG. Vinte e quatro meses de heterocontrole da fluoretação das águas de abastecimento público de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(2): 422-429.
4. Ferreira RGLA, Marques RAA, Menezes, LMB, Narvai PC. Múltiplos aspectos do uso do flúor em saúde pública na visão de lideranças da área de saúde. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2013; 18(7): 2139-46.
5. Pinto VG. Saúde bucal coletiva. São Paulo; 2000.
6. Cury JA. O Uso do Flúor e o Controle da Cárie como Doença. *Odontologia Restauradora – Fundamentos e Possibilidades*. São Paulo; 2001.
7. Peixoto DF, Alencar KP, Peixoto RF, Sousa CFM, Sampaio FC, Forte FDS. Heterocontrole da fluoretação da água de abastecimento público do município de Jaguaribara, Ceará. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2012; 25(3): 271-277.
8. Ramires I, Bazulaf MAR. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária – cinquenta anos no Brasil. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2007; 12(4):1057-1065.
9. Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal. Consenso técnico sobre classificação de águas de abastecimento público segundo o teor de flúor. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2011.
10. Motter J, Moyses ST, França BHS, Carvalho ML, Moyses SJ. Análise da concentração de flúor na água em Curitiba, Brasil: comparação entre técnicas. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; 29(2): 120-125.
11. Zilbovicius C, Ferreira RGLA, Narvai PC. Fluoretação da água e revogação da Lei Federal n. 6.050/1974. *Rev Dir Sanit. nov. 2017/ fev.2018*; 18(3): 104-124.
12. Frazão P, Narvai PC. Fluoretação da água em cidades brasileiras na primeira década do século XXI. *Rev Saúde Pública* 2017;51(47):1-11.
13. Narvai PC. Fluoretação da água: heterocontrole no município de São Paulo no período 1990-1999. *Rev Bras Odontol Saúde Coletiva*. 2000; 1(2):50-6.
14. Venturini CQ, Narvai PC, Manfredini MA, Frazão P. Vigilância e monitoramento de fluoretos em água de abastecimento público: uma revisão sistemática. *Rev Ambient Água*. 2016; 11(4).
15. Iheozor-Ejiofor Z, Worthington HV, Walsh T, O'Malley L, Clarkson JE, Macey R, Alam R, Tugwell P, Welch V, Glenny AM. Water fluoridation for the prevention of dental caries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015; 6: 1-274.
16. McDonagh MS, Whiting PF, Wilson PM, Sutton AJ, Chestnutt I, Cooper Jm Missi K, Bradley M, Treasure E, Kleijnen J. Systematic review of water fluoridation. *BMJ*. 2000; 321(7265): 855-859.
17. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de saneamento. Brasília: 3ª edição; 2004.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2914, de 12 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Ministério da Saúde.
19. Faquim J, Soares CCS, Zilbovicius C, Panico C, Narvai PC, Frazão P. CECOL/USP apresenta sugestões na Consulta Pública sobre a Portaria MS 2.914, de 12/12/2011. São Paulo: Centro Colaborador em Vigilância da Saúde Bucal do Ministério da Saúde; 2015. Acesso em 23 nov 2017. Disponível em http://www.cecol.fsp.usp.br/dcms/uploads/arquivos/1449682036_CECOL-USP-Sugest%C3%B5esConsultaP%C3%BAblicaPortariaMS2914de12dez2011.pdf
20. Bergamo ETP, Barbana M, Terada RSS, Cury JA, Fujimaki M. Fluoride concentrations in the water of Maringá, Brazil, considering the benefit/risk balance of caries and fluorosis. *Braz Oral Res*. 2015;29(1):1-6.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 635/ Bsb/1975. Estabelece os critérios e teores para adição do íon fluoreto. Brasília: Ministério da Saúde; 1975. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/legislacao/pportaria635_26_12_75.pdf
22. Soares CCS, Simões CAD, Freire MCM, Narvai PC, Frazão P, Pereira PZ, Souza TAC. Projeto Vigifluor – Manual de Credenciamento do Agente do Programa Vigifluor; 2014.
23. Ramires I, Maia LP, Rigolizzo DS, Lauris JRP, Buzalaf MAR. Heterocontrole da fluoretação da água de abastecimento público em Bauru, São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2006; 2006; 40(5): 883-889.
24. Piva F, Tovo MF, Kramer PF. Heterocontrole da fluoretação da água de abastecimento público do município de Cachoeira do Sul - RS. *Rev Fac Odontol*. 2006; 47(2): 29-32.
25. Bellé BLL, Lacerda VR, De Carli AD, Zafalon EJ, Pereira PZ. Análise da fluoretação da água de abastecimento público da zona urbana do município de Campo Grande (MS). *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2009; 14(4): 1261-1266.
26. Amaral RC, Wada RS, Souza M da LR de. Concentração de fluoreto nas águas de abastecimento público relacionada à temperatura em Piracicaba - SP. *Ver Facul Odontol - UPF*. 2007; 12(3): 24-28.
27. Silva JS da, Val CM do, Costa JN, Moura MS de, Silva TAE, Sampaio FC. Heterocontrole da fluoretação das águas em três cidades no Piauí, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(5): 1083-1088.
28. Carmo CDS do, Alves CMC, Cavalcante PR, Ribeiro CCC. Avaliação da fluoretação da água de abastecimento público na ilha de São Luís, Maranhão, Brasil. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2010; 15 (supl. 1): 1835-1840.
29. Wambier DS, Pinto MHB, Kloth AEG, Vitorazzi ML, Ditterich RG, Oliveira DK de. Análise do teor de flúor nas águas de abastecimento público de Ponta Grossa-PR: dez meses de heterocontrole. *UEPG Ci Biol Saúde*. 2007; 13 (1/2): 65-72.
30. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2000.
31. Licht OAB. Atlas geoquímico do Estado do Paraná: Mineropar / Fundação Araucária. Curitiba: 1ª edição; 2001. Curitiba, Mineropar / Fundação Araucária.

RECEBIDO: 22/02/2018

ACEITO: 16/05/2018

USO DE DIAMINO FLUORETO DE PRATA EM CRIANÇAS ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ

Use of diamino silver fluoride in children of a Basic Health Unit located in north of the state of Paraná

Caroline Delmaschi Ramos¹, Carolina Veloso Lima², Mayara dos Santos Noronha³, Daylana da Silva Pacheco⁴, Bárbara Emanoele Costa Oliveira⁵, Pablo Guilherme Caldarelli⁶

1. Universidade Estadual de Londrina - UEL. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8158-3137>
2. Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7575-3651>
3. Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3963-7503>
4. Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1690-6451>
5. Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6693-360X>
6. Universidade Estadual de Londrina - UEL. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4589-9713>

CONTATO: Pablo Guilherme Caldarelli | Rua Juiz de Fora, 230 | Jardim Hedy | Londrina | Paraná | Brasil | CEP 86062-680 | E-mail: pablocaldarelli@hotmail.com

COMO CITAR Ramos CD, Lima CV, Noronha MS, Pacheco DS, Oliveira BEC, Caldarelli PG. Uso de diamino fluoreto de prata em crianças atendidas em uma unidade básica de saúde do Norte do Paraná. R. Saúde Públ. 2018 Jul.;1(1):xx-xx.



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 avaliou o uso e a aceitação de diamino fluoreto de prata (DFP) em crianças atendidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Norte do Paraná, bem como o cumprimento do protocolo municipal para aplicação do DFP. Prontuários (n=43) de crianças de 0 a 5 anos residentes na área de abrangência da UBS foram analisados. Foram coletadas informações sobre idade da criança, utilização e indicação do DFP, dentes submetidos ao tratamento e quantidade de reaplicações. Observou-se que o DFP foi aplicado em 79% das

crianças devido à Cárie Precoce na Infância (CPI), 60% dos dentes que receberam a aplicação do DFP eram posteriores e 86% dos responsáveis aceitaram utilizar o DFP. Portanto, conclui-se que o DFP tem sido utilizado no serviço público do Paraná e que o procedimento é aceito pela maioria dos responsáveis das crianças, mas o cumprimento do protocolo municipal para aplicação do DFP ainda merece atenção.

PALAVRAS-CHAVE: Cárie Dentária. Flúor. Prevenção e Controle.

ABSTRACT This study evaluated the use and acceptance of silver diamine fluoride (SDF) in children treated in a Basic Health Unit (UBS) in the North of the state of Paraná, as well as the compliance with the municipal protocol for SDF application. Medical records (n=43) of children aged from 0 to 5 years old residing in the area covered by the UBS were analyzed. Information about child's age, use and indication of SDF, teeth treated, and number of SDF reapplications were collected. It was observed that SDF was used in 79% of children due to Early Childhood Caries (ECC), 60% of the teeth treated were posterior teeth, and 86% of the children's tutors accepted SDF use. Therefore, SDF has been used in Paraná's public health service, the treatment was well accepted by most children's tutors, but the compliance with the municipal protocol for SDF treatment still needs attention.

KEYWORDS: Dental Caries. Fluorine. Prevention and Control.

INTRODUÇÃO

O diamino fluoreto de prata (DFP) é um produto de ação tópica usado em vários países como uma alternativa para o tratamento da cárie dentária¹². Trata-se de uma solução alcalina composta por um complexo entre amônia, prata e fluoreto ($\text{AgF}(\text{NH}_3)_2$). Assim, o íon fluoreto atua interferindo com o processo físico-químico do desenvolvimento da lesão de cárie, enquanto a prata tem efeito bactericida³ e atua como um antimicrobiano²⁴. Adicionalmente, sugere-se que o DFP poderia ser capaz de proteger a matriz colágena da dentina contra a degradação, aumentando sua capacidade de remineralização²⁵. Desta forma, a lesão tratada poderia aumentar a densidade mineral e a dureza à medida que a profundidade da lesão diminui³.

Nesse contexto, o DFP tem sido utilizado de maneira eficaz na prática clínica^{6,7,8,9}. Considerando que o uso deste produto é considerado não-invasivo, indolor e de fácil aplicação, ele tem sido recomendado para crianças na primeira infância, com alta atividade cárie e não cooperativas^{10,11}. No estado do Paraná, historicamente sua utilização encontra-se relacionada ao surgimento e estruturação do Programa de Atenção Precoce à Saúde Bucal (Bebê-Clinica), ocorrido em 1985 por meio do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP)⁶.

Embora o DFP seja efetivo no controle de lesões de cárie, sua aplicação causa um manchamento superficial do esmalte, exibindo

uma pigmentação escura^{12,13}. Portanto, o critério estético pode ser considerado um fator limitante na escolha e utilização desse material. Apesar de diversos estudos abordarem a utilização do DFP^{12,5,9}, é necessário entender de que forma os pais e/ou responsáveis lidam com esse tipo de tratamento, tendo em vista que sua aplicação pode ocasionar problemas de caráter social devido ao comprometimento estético^{12,13}.

O município de Londrina-PR apresenta um Protocolo Municipal de Saúde Bucal¹⁴ o qual contempla a utilização do DFP em dentes posteriores. De acordo com este manual, o uso do DFP é indicado para tratamento de crianças com alto risco de cárie, biofilme dental visível e em situações onde a escovação noturna e higiene bucal após amamentação são negligenciados. Considerando as características e mecanismo de ação do DFP bem como o protocolo estabelecido, observou-se a necessidade de conhecer como esse produto tem sido utilizado na prática clínica dos serviços públicos de saúde bucal do município.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar o uso e a aceitação de diamino fluoreto de prata (DFP) em crianças atendidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Norte do Paraná, bem como o cumprimento do protocolo municipal para aplicação do DFP.

METODOLOGIA

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), parecer n. 1.154.455/2015, atendendo aos requisitos estabelecidos pela Resolução N° 466.503 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde (CNS/MS).

Foi realizada uma pesquisa quantitativa, retrospectiva e transversal. Para isso, dentre as duas Unidades Básicas de Saúde que encontram-se vinculadas à Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da Universidade Estadual de Londrina (UEL) realizou-se um sorteio. Dessa

forma, a pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Dr. Walter Zamarian, localizado no Parque das Indústrias, região Sul do município de Londrina-PR (UBS PIND). Essa Unidade Básica de Saúde conta com uma equipe completa de saúde bucal do município, para atendimento infanto-juvenil e gestantes, e dois cirurgiões-dentistas da RMSF para atendimento na lógica da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Neste cenário, foram analisados 2.523 prontuários. A análise foi realizada por apenas um pesquisador, previamente calibrado. Os prontuários correspondiam a crianças atendidas na UBS PIND entre os meses de janeiro de 2012 a abril de 2016. Somente os dados dos prontuários contendo registro de indicação e/ou utilização do DFP em crianças entre 0 e 5 anos de idade foram coletados (n=43).

Além da indicação/utilização do DFP, foram obtidos dados sobre idade da criança, motivo para a indicação do DFP pelo profissional, elementos dentários em que o DFP foi aplicado e a utilização do termo de autorização para aplicação do DFP. Além disso, em casos de não autorização, foi verificado se no prontuário encontrava-se descrito o motivo pelo qual essa decisão foi tomada. Os dados coletados foram tabulados pelo *software* Microsoft Excel® e tratados por estatística descritiva, com números absolutos e porcentagem.

RESULTADOS

Foi observado que a maioria (88,4%) dos pais e/ou responsáveis aceitou o tratamento com a aplicação do DFP. A indicação de aplicação do DFP em aproximadamente 80% das crianças foi devido à presença da cárie precoce de infância (CPI) (Tabela 1).

Nenhuma criança de 0 a 1 ano teve indicação para o uso do DFP. Por outro lado, o DFP foi aplicado com maior frequência em crianças com idade entre 3 e 4 anos (Tabela 2).

A reaplicação do DFP foi realizada em 62,9% das crianças. A frequência observada foi

Tabela 1. Indicação da aplicação do DFP em dentes de crianças atendidas na UBS PIND, Londrina-PR.

INDICAÇÃO	QUANTIDADE DE CRIANÇAS N (%)
Cárie precoce de infância	34 (79,1%)
Não aceitação de outro tipo de tratamento	8 (18,6%)
Alto risco à cárie (dieta incorreta e má higiene bucal)	1 (2,3%)

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Tabela 2. Aplicação de DFP em crianças atendidas na UBS em Londrina-PR, de acordo com a idade e grupo de dentes.

APLICAÇÃO DO DFP	QUANTIDADE DE CRIANÇAS N (%)
Idade (anos)	
2 anos	2 (4,7%)
3 anos	17 (39,5)
4 anos	18 (41,9%)
5 anos	6 (13,9%)
Grupo de dentes	
Anteriores	4 (9,3%)
Posteriores	26 (60,5%)
Anteriores e posteriores	3 (7%)
Sem informação no prontuário	10 (23,2%)

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

de 2,3% para uma reaplicação, 32,6% para duas reaplicações, 7% para três reaplicações e 21% para quatro reaplicações.

A maioria dos cirurgiões-dentistas (86%) utilizou um termo de autorização no qual os pais e/ou responsáveis permitiram a aplicação do DFP nos dentes das crianças. No entanto, ressalta-se que uma parcela dos profissionais realizou a aplicação do DFP mesmo sem assinatura do termo (14%).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostram a aceitação dos pais/responsáveis em relação à aplicação do DFP nos dentes decíduos. Embora o produto apresente limitações estéticas^{12,13}, o DFP age no controle da lesão de cárie, e consequentemente, preservação do tecido dental^{2,3,15,16}. Trata-se de uma opção viável para o controle de lesões de cárie cavidadas na dentição decídua¹⁶, por se tratar de um produto com aplicação simples, rápida e de baixo custo¹², sendo efetivo em evitar a progressão dessas lesões^{12,16}.

Conforme observado, a principal indicação para a aplicação do DFP foi a presença da cárie precoce na infância (CPI). Esta condição clínica afeta crianças menores de 3 anos e é sinalizada por qualquer superfície amolecida em sua dentição¹⁷. Por se tratar da doença cárie, seu desenvolvimento depende da formação de biofilme na superfície dental frequentemente exposta à carboidratos da dieta¹⁸, principalmente a sacarose. Aliado a isso, a falta de higiene bucal, o aumento da idade, além de fatores socioeconômicos e culturais nos quais a criança está inserida, podem modular o desenvolvimento da doença^{19,20}.

Ressalta-se que a maior parte das aplicações de DFP foi feita em crianças com idade de 3 e 4 anos, possivelmente pelo fato de já apresentarem a dentição decídua completa e já possuírem uma dieta cariogênica. Além disso, a aplicação ocorreu com maior frequência nos dentes posteriores (60,5%). Devido a aplicação ser realizada em dentes posteriores, essa aceitação do tratamento pode ser aumentada, independente da pigmentação que o DFP causa ao dente¹³. Esse comportamento deve-se ao fato dos pais relatarem que os benefícios do uso do diamino sobrepõem-se à sua capacidade de pigmentação^{12,13}. Além disso, observou-se que além dos dentes posteriores, DFP tem sido aplicado em dentes anteriores, em divergência com o preconizado pelo protocolo do município de Londrina-PR¹⁴, que indica a aplicação de verniz fluoretado. Entretanto, mesmo quando aplicado nos dentes anteriores, os pais das crianças demonstram preferir o DFP

ao invés de procedimentos mais invasivos que necessitam de anestesia geral ou sedação, como os casos de crianças não cooperativas¹³.

De acordo com protocolo utilizado no município de Londrina-PR¹⁴, o tratamento com DFP deve ser realizado com quatro aplicações em sessões consecutivas, com intervalo de uma semana entre elas, também conhecido como "fluorterapia intensiva" ou "tratamento de choque". No entanto, os resultados encontrados mostram que uma baixa porcentagem de dentistas (21%) realizou as quatro aplicações preconizadas no protocolo. Nesse contexto, torna-se importante destacar que esse tipo de recomendação se mostra eficiente principalmente devido aos retornos semanais do paciente, servindo como um fator motivacional na manutenção do cuidado por pais e responsáveis. Porém, deve-se ressaltar que não existe um protocolo universal para aplicação tópica de fluoretos. Assim, cabe ao cirurgião-dentista utilizar os produtos de aplicação profissional de flúor da forma que melhor atender as necessidades de seu paciente ou as possibilidades de utilização no contexto em que está inserido²¹.

Ademais, foi possível observar a ausência de informações no preenchimento dos prontuários odontológicos, quanto à descrição dos procedimentos diários. Segundo o Conselho Federal de Odontologia (CFO)²², a evolução do tratamento deve acontecer com anotações de todos os procedimentos realizados, relato conciso dos dentes e faces coronárias ou regiões envolvidas, materiais utilizados e data de realização. Assim, para que o procedimento possa ser realizado, o cirurgião-dentista deve solicitar ao responsável pela criança, a assinatura do termo de autorização. Caso o responsável não concorde com a aplicação do DFP, um termo de não autorização deve ser assinado. Os resultados encontrados nesse estudo mostraram que a maior parte dos profissionais (86%) utilizou o termo de autorização, mas 14% dos cirurgiões-dentistas realizaram a aplicação do DFP mesmo sem assinatura do termo.

Destaca-se que o uso e indicação do DFP devem ser esclarecidos pelo cirurgião-dentista

aos pais/responsáveis, abordando seus benefícios, forma de aplicação e efetividade para o controle das lesões de cárie. Além disso, os responsáveis devem estar cientes da limitação estética oferecida pelo produto. Assim, para segurança do profissional, é imprescindível a utilização e assinatura do termo de autorização ou não autorização, como instrumento de defesa legal.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o diamino fluoreto de prata é utilizado pelos dentistas da Unidade Básica de Saúde e tem sido bem aceito pelos pais e responsáveis das crianças. Contudo, o cumprimento do protocolo municipal para aplicação do DFP ainda merece atenção, assim como a utilização de termo de autorização como um instrumento de defesa legal e a evolução dos prontuários.

REFERÊNCIAS

1. Contreras V, Toro MJ, Elías-Boneta AR, Encarnación-Burgos A. Effectiveness of silver diamine fluoride in caries prevention and arrest: a systematic literature review. *Gen Dent*. 2017;65(3):22-9.
2. Zhao IS, Gao SS, Hiraishi N, Burrow MF, Duangthip D, Mei ML, Lo EC, Chu CH. Mechanisms of silver diamine fluoride on arresting caries: a literature review. *Int Dent J*. 2018 Apr;68(2):67-76.
3. Mei ML, Ito L, Cao Y, Li QL, Lo ECM, Chu CH. Inhibitory effect of silver diamine fluoride on dentine demineralisation and collagen degradation. *Journal of Dentistry*. 2013;41(9):809-17.
4. Wu MY, Suryanarayanan K, van Ooij WJ, Oerther DB. Using microbial genomics to evaluate the effectiveness of silver to prevent biofilm formation. *Water Sci Technol*. 2007;55(8-9):413-9.
5. Mei ML, Chu CH, Low KH, Che CM, Lo EC. Caries arresting effect of silver diamine fluoride on dentine carious lesion with *S. mutans* and *L. acidophilus* dual-species cariogenic biofilm. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*. 2013;18(6):e824-e831.
6. Baldani MHP, Lopes CMDL, Kriger L, Matsuo T. A Odontologia para bebês no Estado do Paraná, Brasil - Perfil do programa de atenção precoce à saúde bucal. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2003;6(31):210-16.
7. Mei ML, Lo EC, Chu CH. Clinical Use of Silver Diamine Fluoride in Dental Treatment. *Compend Contin Educ Dent*. 2016 Feb;37(2):93-8; quiz100.
8. Chibinski AC, Wambier LM, Feltrin J, Loguercio AD, Wambier DS, Reis A. Silver Diamine Fluoride Has Efficacy in Controlling Caries Progression in Primary Teeth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Caries Res*. 2017;51(5):527-541.

9. Crystal YO, Marghalani AA, Ureles SD, Wright JT, Sulyanto R, Divaris K, Fontana M, Graham L. Use of Silver Diamine Fluoride for Dental Caries Management in Children and Adolescents, Including Those with Special Health Care Needs. *Pediatr Dent*. 2017 Sep 15;39(5):135-145.
10. Chu CH, Lo EC. Promoting caries arrest in children with silver diamine fluoride: a review. *Oral Health Prev Dent*. 2008;6(4):315-21.
11. Rosenblatt A, Stamford TCM, Niederman R. Silver diamine fluoride: a caries "silver-fluoride bullet". *Journal of Dental Research*. 2009;88(2):116-25.
12. Sousa FSO, Santos APP, Barja-Fidalgo F, Oliveira BH. Evidence-based pediatric dental practice within the clinician's reach: the case of the esthetic effect of topical silver diamine fluoride for caries control in primary dentition. *Rev Gaúcha de Odontol*. 2016;64(4):369-75.
13. Crystal YO, Janal MN, Hamilton DS, Niederman R. Parental perceptions and acceptance of silver diamine fluoride staining. *J Am Dent Assoc*. 2017 Jul;148(7):510-518.e4.
14. Londrina. Prefeitura Municipal. Manual de Saúde Bucal. 1 ed. Secretaria Municipal de Saúde. Paraná: Londrina; 2009.
15. Chu CH, Lo ECM, LO, Lin HC. Effectiveness of silver diamine fluoride and sodium fluoride varnish in arresting dentin caries in Chinese pre-school children. *J Dent Res*. 2002;81:767-70.
16. Chu CH, Lo EC. Promoting caries arrest in children with silver diamine fluoride: a review. *Oral Health Prev Dent*. 2008;6(4):315-21.
17. AAPD. Definition of early childhood caries (ECC). *Am Acad Pediatr Dent* [Internet]. 2008;4(age 3):1. Available from: http://www.aapd.org/assets/1/7/D_ECC.pdf
18. Fejerskov O. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. *Caries Res*. 2004 May-Jun;38(3):182-91.
19. Costa EL, Ferreira PVC, Oliveira BEC, Portugal RP, Rodrigues VP, Costa JF. Socioeconomic, Nutritional and Behavioral Factors Associated with Severe Childhood Caries in Children Aged 18-36 Months. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada (Impresso)*. . v.14, p.79-87, 2014.
20. Anil S, Anand PS. Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors, and Prevention. *Front Pediatr*. 2017 Jul 18;5:157. doi: 10.3389/fped.2017.00157. eCollection 2017.
21. Cury JA, Tenuta LMA. Uso de fluoreto em Odontologia restauradora fundamentado em evidências. In: Baratieri LN, editores. *Odontologia Restauradora - Fundamentos e Possibilidades*. 2.ed. Grupo Gen: São Paulo; 2015.
22. Brasil. Resolução CFO nº 118, de 11 de maio de 2012. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2012; 14 jun., seção 1, nº 114, p.118.

RECEBIDO: 22/02/2018

ACEITO: 16/05/2018

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS RESPIRATÓRIOS EM SERVIDORES DE BIBLIOTECAS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

Prevalence of respiratory symptoms in library workers in a public university

Rogério de Souza Braga¹, Adilson Krumheuer de Azevedo², Lyandra Franco Carneiro³, Angela Luiza da Cunha Legey⁴, Arlete Ana Motter⁵

1. Universidade Federal do Paraná. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7707-1091>
2. Universidade Federal do Paraná. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6152-5140>
3. Universidade Federal do Paraná. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5549-5360>
4. Universidade Federal do Paraná. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4295-4182>
5. Universidade Federal do Paraná. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2585-207X>

CONTATO: Arlete Ana Motter | Universidade Federal do Paraná (UFPR) | Setor de Ciências Biológicas - Curso de Fisioterapia | Avenida Cel. Francisco Heráclito dos Santos, s/n | Jardim das Américas | Curitiba | Paraná | Brasil CEP 81531-900 | Caixa Postal 19031 | E-mail: arlete.motter@uol.com.br

COMO CITAR Braga RS, Azevedo AK, Carneiro LF, Legey ALC, Motter AA. Prevalência de sintomas respiratórios em servidores de bibliotecas de uma universidade pública. R. Saúde Públ. 2018 Jul.;1(1):74-82.



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 INTRODUÇÃO: Os servidores passam um terço do dia no ambiente de trabalho, podendo ser um fator desencadeante de doenças ocupacionais, destacando-se os problemas respiratórios. OBJETIVO: Descrever a prevalência de sintomas respiratórios em profissionais de bibliotecas de uma universidade pública do sul do Brasil. MATERIAIS E MÉTODOS: O projeto desenvolveu-se entre 2015 e 2016. A amostra conta com servidores de ambos os sexos, respondendo a dois instrumentos de coleta de dados: questionário respiratório e questionário de Fargestron para dependência ao tabagismo. RESULTADOS: Foram selecionadas 14 bibliotecas da instituição,

136 trabalhadores, sendo 68% mulheres, e 32% homens. Destes, 44% relataram sintomas como, tosse com secreção (36%), tosse seca (23%), cansaço (19%), chiado (9%), dor no peito (5%). Das patologias, bronquite (40%), rinite (23%), foram as mais relatadas. CONCLUSÃO: É necessária maior participação de profissionais da saúde em ambientes de trabalho como bibliotecas, visando promover aos servidores, saúde, segurança e educação no trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças ocupacionais. Sinais e Sintomas Respiratórios. Bibliotecários.

ABSTRACT INTRODUCTION: Public servants spend a third of the day in the work environment, which can be a triggering factor for occupational diseases, especially respiratory problems. OBJECTIVE: To describe the prevalence of respiratory symptoms in professionals working in libraries of a public university in the south of Brazil. MATERIALS AND METHODS: The project was developed between 2015 and 2016. The sample has employees of both genders, responding to two instruments of data collection: respiratory questionnaire and Fargestron questionnaire for smoking dependence. RESULTS: Fourteen libraries of the institution were selected, with 136 workers, 68% female, and 32% male. Of these, 44% reported symptoms such as cough with secretion (36%), dry cough (23%), fatigue (19%), wheezing (9%), chest pain (5%). Of the pathologies, bronchitis (40%) and rhinitis (23%) were the most reported. CONCLUSION: There is a need for greater participation of health professionals in work environments such as libraries, aimed at promoting health, safety, and education at work.

KEYWORDS: Occupational diseases. Signs and Symptoms, Respiratory. Librarians.

INTRODUÇÃO

A dedicação ao trabalho hoje ocupa um terço do dia das pessoas. Tal índice é baseado na carga horária de trabalho de quarenta horas semanais com exercício de atividades durante oito horas por dia, cinco vezes na semana. Para que tais questões não afetem negativamente o desempenho profissional e social do indivíduo é necessário proporcionar uma boa qualidade de vida no trabalho.¹

A profissão de Biblioteconomia é regulamentada pela Lei nº. 4.084 de 30 de junho de 1962 que dispõe sobre seu exercício o decreto nº. 56.725 de 16 de agosto de 1965, que destaca em seu Artigo 2º o profissional bibliotecário no quadro de profissões liberais da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT). A promoção de capacitação e educação desses profissionais é

função da Federação Brasileira de Associações de Bibliotecários, Cientistas da Informação e Instituições (FEBAB), fundada em julho de 1959, e a fiscalização é responsabilidade do Conselho Federal de Biblioteconomia (CFB), criado em dezembro de 1965.²

O profissional bibliotecário tem como principal ponto de atuação a informação, com processos de geração, disseminação, recuperação, gerenciamento, conservação e utilização da informação.³ Essa atuação é bastante diversificada, com atuação em diferentes setores não só em bibliotecas, mas arquivos, centros de documentação, jornais, estações de televisão, internet, museus, livrarias e editoras, escritórios de advocacia e contabilidade e organização de bases de dados virtuais.⁴

As bibliotecas, arquivos e museus são edificações voltadas à preservação e com a finalidade de conservar materiais com a finalidade da durabilidade, possibilitando acesso ao conhecimento por meio das coleções de livros, documentos e objetos para a população em geral. Apresentando uma diversificada proporção de locais de trabalho para diferentes cargos neles exercidos como bibliotecários, curadores, arquivistas, conservadores entre outros. Esses locais de trabalho podem apresentar pouca ou nenhuma ventilação sendo um fator desencadeante de inalantes prejudiciais à saúde desses trabalhadores, muitas vezes expostos sem nenhuma proteção impactando sua saúde, bem-estar e a produtividade. Nesses ambientes, a presença de microrganismos como bactérias, fungos e vírus podem ser encontrados em livros de diferentes materiais, no mobiliário como estantes, armários, arquivos de armazenamento com pouco ou nenhuma ventilação resultando no aumento da umidade e estimulando a surgimento da microbiota fúngica geralmente patogênica.⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰

As doenças ocupacionais são classificadas em fatores de risco, podendo ser físicos quando relacionados à climatização e ruídos; químicos quando agentes aos quais o profissional é diretamente exposto; biológicos por vírus, bactérias ou parasitas presentes ou relacionados ao ambiente de trabalho; ergonômicos e psicossociais relacionados à má organização e má gestão do trabalho, resultando em um ambiente inadequado para o trabalho.¹⁻¹⁰ É considerada a principal causa de incapacidade no trabalho, fator esse relacionado às horas internas em ambientes com contaminação por agentes irritativos e imunogênicos à saúde. A asma é considerada uma doença respiratória de incapacidade no trabalho em sujeitos entre 18 a 44 anos.¹⁰⁻¹¹⁻¹²

Outros problemas relacionados ao ambiente de trabalho são a contaminação do ar por poeira, comumente encontrada em ambientes com pouca ventilação e importante agente das doenças respiratórias, quando inaladas podem apresentar alergias respiratórias, micoses alérgicas broncopulmonares e pneumonias hipersensitivas.⁹

Existem diferentes tipos de trabalho, cada um com suas respectivas atividades desenvolvidas em inúmeros setores. Estes ambientes podem apresentar agentes inaláveis, por exemplo, a área da panificação, em que os trabalhadores podem ficar expostos à poeira da farinha de trigo, exposição que pode resultar em asma, rinite, além de outros sintomas respiratórios.¹³ No setor agrícola, os trabalhadores da produção de biocombustível e da queima da palha de cana-de-açúcar, como os da indústria de cerâmica, são sujeitos às altas temperaturas e à inalação de partículas de poeira como de fumaça, as quais muitas vezes são depositadas nas vias aéreas, desenvolvendo inúmeras doenças respiratórias.¹⁴⁻¹⁵ Não só a poluição do ar é um fator desencadeante de doenças respiratórias ocupacionais, pois outros fatores como, por exemplo, a Síndrome do Edifício Doente, são relacionados à contaminação de um determinado ambiente por uma errônea climatização da umidade e temperatura que favorece a proliferação de microrganismos responsáveis pela biodeterioração do edifício, materiais e outros objetos nele encontrados, além de causar alergias, infecções e intoxicação.¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸

A pesquisa de prevalência de sintomas respiratórios em bibliotecários pela abordagem da fisioterapia do trabalho e saúde do trabalhador tem como justificativa alertar e assim minimizar os agravos à saúde desses profissionais, na medida em que ações preventivas e educativas poderão ser tomadas e expandidas para outras situações similares de trabalho.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo é do tipo transversal analítico e desenvolveu-se entre setembro de 2015 a julho de 2016 nas bibliotecas de uma universidade pública do sul do país. Com base no número total de funcionários do setor pesquisado (n= 200), utilizou-se uma amostra constituída por 136 funcionários, correspondente a uma margem de erro igual a 5% e um intervalo de confiança de 95%.

Os critérios de inclusão de seleção dos participantes foram trabalhadores que desempenhavam funções nas bibliotecas e na área administrativa que concordaram em participar da pesquisa segundo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram utilizados dois questionários como instrumento de coleta de dados: 1) Questionário respiratório e 2) Questionário de Fargeströn (dependência ao tabagismo). O questionário de Fargeströn foi inserido na investigação, pois, como se sabe, o tabagismo é considerado um fator de risco importante para sintomas e doenças respiratórias.

O Questionário de sintomas respiratórios contou com 53 questões (24 questões abertas e 29 questões fechadas), elaborado especificamente para esta investigação. As primeiras questões se refeririam à identificação do participante, seguido de seus hábitos de vida. Após, foram colocadas questões sobre características ambientais, organizacionais e das atividades realizadas na jornada de trabalho. Por fim, abordaram-se aspectos sobre a incidência de características desencadeantes de patologias respiratórias.

O questionário de Fargeströn é composto por 6 questões objetivas, tem o intuito de avaliar a dependência à nicotina.¹⁹ A partir dos dados coletados, quando preciso, foram calculados os anos-maços e adicionados à ficha de avaliação do participante. Desenvolvido em 1978 e validado no Brasil em 1991, onde, em cada alternativa, há uma pontuação e a soma disso resultará na avaliação do grau de dependência da nicotina.

Os questionários foram aplicados no próprio ambiente de trabalho dos indivíduos em dias distintos, tanto no período da manhã, quanto no período da tarde. Cada entrevista durou, em média, 15 minutos. Primeiramente o aluno se apresentava para a chefia de cada local a ser estudado. Com isto acabamos contando com a ajuda deste profissional para realizar o convite aos servidores e também nos cedendo uma sala mais reservada para a realização da entrevista de uma forma mais intimista. Após assinar o termo de consentimento, realizava-se a aplicação dos questionários onde o pesquisador

enunciava as questões para evitar divergência de interpretação, e anotava as respostas relatadas pelo participante.²⁰

Quanto à análise dos dados, em relação ao tabagismo, os participantes foram categorizados em tabagistas e não tabagistas. Quanto às atividades desenvolvidas nas bibliotecas, foram consideradas cinco categorias (chefe de biblioteca, bibliotecário, auxiliar de biblioteca, estagiário, assistente administrativo). Para avaliar o grau de exposição nas bibliotecas, utilizou-se o tempo de trabalho nas bibliotecas da universidade, em qualquer uma das cinco ocupações consideradas no presente estudo, sendo essa variável categorizada em até 5 anos e mais de 5 anos. Para classificar a jornada de trabalho do funcionário, a carga horária semanal foi dividida em quatro categorias: 20 horas semanais, 30 horas semanais, 40 horas semanais.

Quanto às variáveis dependentes, consideraram-se como "sintomas respiratórios gerais" aqueles trabalhadores que responderam apresentar um dos cinco sintomas respiratórios questionados (tosse, tosse com secreção, chiado, dor no peito, cansaço (falta de ar) e, como "sintomas respiratórios graves", aqueles trabalhadores que responderam apresentar uma das cinco variáveis de diagnóstico de doenças respiratórias (presença de doenças respiratórias, asma, bronquite alérgica, bronquite asmática, pneumonia, rinite).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da própria universidade sob o número 1175594 em 07 de agosto de 2015.

RESULTADOS

Foram selecionadas 14 bibliotecas da instituição de ensino, totalizando 136 trabalhadores de bibliotecas. Dos 136 trabalhadores, 93 (68%) eram mulheres, e 43 (32%) eram homens, com média de idade de $41,11 \pm 14,05$ anos, média de horas trabalhadas por semana de $30 \pm 5,26$ h e tempo nessa atividade $8,54 \pm 9,48$ anos. A Tabela 1 mostra as características dos trabalhadores nas bibliotecas estudadas.

Tabela 1. Características dos trabalhadores de bibliotecas do estudo.

VARIÁVEIS	TRABALHADORES (N = 136)
Sexo feminino ^a	93 (68%)
Sexo masculino ^a	43 (32%)
Idade b, anos	41,11 ± 14,05
Hábito tabágico ^a	17 (12%)
Dados ocupacionais	
Horas trabalhadas/semana b	30 ± 5,26
Anos de trabalho b	8,54 ± 9,48
Uso de EPIs ^a	52 (40%)
Tipo de atividade ^a	
Chefia	7 (5%)
Bibliotecário	36 (26%)
Auxiliar de biblioteca	35 (26%)
Estagiário	23 (17%)
Administrativo	35 (26%)

EPI: equipamento de proteção individual. ^a Resultados expressos com n (%). ^b Resultados expresso com média ± dp.

Fonte: Elaborada pelos autores (2018)

A Tabela 2 apresenta a ocorrência dos sintomas respiratórios nos trabalhadores de bibliotecas, assim como as possíveis doenças relatadas. Dos 136 indivíduos entrevistados, a presença de tosse (23%), tosse com secreção (36%), chiado (9%), dor no peito (5%), cansaço (19%) foram os sintomas mais frequentes relatados pelos trabalhadores. Quando perguntados sobre se já apresentaram ou apresentam doenças respiratórias, 44% relataram que sim. E quando questionados sobre quais eram, asma, bronquite alérgica, bronquite asmática, pneumonia e rinite foram as doenças mais relatadas (14%, 40%, 19%, 5% e 23% respectivamente).

Ao analisar a relação dos sintomas respiratórios apresentados pelos trabalhadores com hábito tabágico (Gráfico 1), foi possível observar que 71% dos trabalhadores tabagistas não apresentam ou apresentaram alguma doença respiratória, como 54% dos trabalhadores não tabagistas também não apresentaram doenças respiratórias.

O Gráfico 2 compara o tempo na função no cargo segundo a presença de doenças respiratórias (DR).

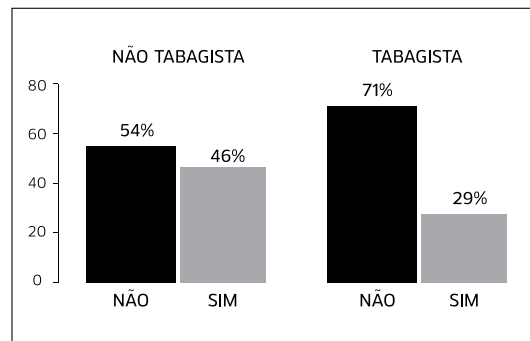
Tabela 2. Sintomas respiratórios e diagnósticos de doenças respiratórias.

SINTOMAS RESPIRATÓRIOS	n (%)
Tosse	31 (23%)
Tosse com secreção	12 (36%)
Chiado	12 (9%)
Dor no peito	7 (5%)
Cansaço (falta de ar)	25 (19%)
Doenças	
Presença de DR	59 (44%)
Asma	6 (14%)
Bronquite alérgica	17 (40%)
Bronquite asmática	8 (19%)
Pneumonia	2 (5%)
Rinite	10 (23%)

DR: doença respiratória.

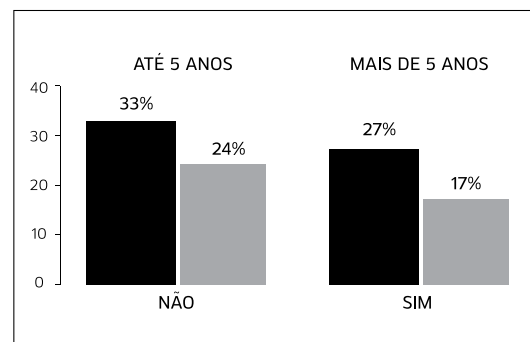
Fonte: Elaborada pelos autores (2018)

Gráfico 1. Relação dos trabalhadores Tabagistas e Não Tabagistas com presença de Doenças Respiratórias (DR).



Fonte: Elaborada pelos autores (2018)

Gráfico 2. Relação do tempo na função com a presença de doenças respiratórias.



Fonte: Elaborada pelos autores (2018)

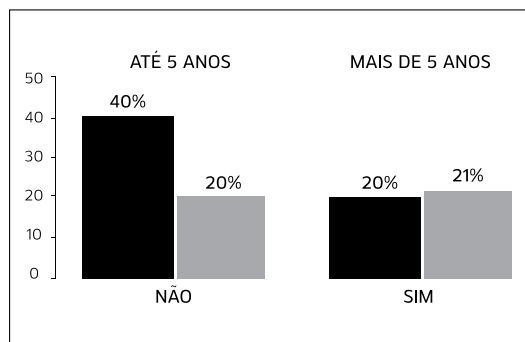
Para os que estão na função até 5 anos, 33% não apresentaram alguma DR, e para os indivíduos com mais de 5 anos foi de 24%.

Dentre os que apresentam alguma doença respiratória, 27% dos que exercem a função até 5 anos, enquanto os que exercem há mais de 5 anos é de 17%.

Com isso nota-se que, para esses indivíduos, não houve uma diferença tão grande em relação aos anos na função exercida para a presença de DR.

O Gráfico 3 apresenta a relação do tempo na função exercida com a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI). 40% dos que estão na função até 5 anos não utilizam EPI e 21% dos que trabalham há mais de 5 anos também não utilizam. Dentre os que utilizam, temos 20% com função exercida até 5 anos, enquanto os que trabalham há mais de 5 anos é de 21%. Podemos concluir que os indivíduos até 5 anos na função não utilizam EPIs, tornando-se uma tendência a não utilizar conforme o passar dos anos, sendo um fator para a presença de DR.

Gráfico 3. Relação do tempo da função com a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI).



Fonte: Elaborada pelos autores (2018)

DISCUSSÃO

Com base nos resultados, foi possível verificar que as características do trabalho em bibliotecas podem contribuir para o desenvolvimento de

sintomas ocupacionais. Tais sintomas podem ser desencadeados tanto pelo trabalho desenvolvido quanto por hábitos de vida do indivíduo, levando em consideração o comportamento de saúde desses indivíduos.

Existem inúmeras doenças relacionadas ao trabalho que afetam trabalhadores de diferentes ambientes e cada uma com seu respectivo sintoma. Ambientes com pouca ventilação como as bibliotecas, são fatores para os sintomas respiratórios, bronquite alérgica, asma, rinite, tosse.¹¹ Esses resultados são semelhantes a outro estudo, onde a presença de sintomas respiratórios em trabalhadores de uma mineração foi relatada por 22,44%, com relatos de mais um sintoma, com ressaltos nos sintomáticos 35,08% com história de tabagismo ou ex-tabagismo.¹⁹ Apesar de serem profissões distintas e ambientes totalmente diferentes, os sintomas se assemelham em ambos os trabalhadores. Estes dados também corroboram com outro estudo, onde 66,67% de trinta bibliotecários entrevistados possuem algum tipo de doença ou alergia de ordem respiratória, sendo a rinite a mais prevalente em 55%.²²

Outro estudo com funcionários de uma biblioteca pública apresenta resultados com sintomas semelhantes, nos quais houve queixas como garganta seca e irritada (29%), espirros e coceira nasal (19%) e olhos lacrimejantes (15%). No entanto, esses resultados estão relacionados à Síndrome do Edifício Doente (SED), cujos sintomas regredem após o sujeito se afastar do ambiente em questão.²³

Os sintomas respiratórios (presença de tosse, tosse seca, tosse com secreção, chiado, dor no peito, cansaço) dos participantes da pesquisa estão associados aos relatos de doenças respiratórias, tais como asma, bronquite alérgica, bronquite asmática, pneumonia e rinite. Merecem destaques a presença de tosse com secreção, como se vê na Tabela 2, e as doenças respiratórias de caráter alérgico. Esses resultados corroboram aos achados de um estudo realizado em carvoarias com 67 trabalhadores na produção de carvão vegetal, onde se observou a presença de espirros e secreção nasal em 35,82%

dos trabalhadores, já a tosse, expectoração e dispneia também foram relatadas em 22,38%, 26,86% e 11,94% respectivamente.

No estudo de Setto et al., os indivíduos que apresentaram doenças respiratórias, como asma ocupacional, eram tabagistas, já a DPOC foi diagnosticada em 4 indivíduos, seguida de 3 indivíduos com diagnóstico de bronquite crônica.²⁴

Em estudo realizado com servidores públicos de uma universidade pública federal da região sudeste do Brasil, demonstrou-se que o uso de tabaco foi autorrelatado por 8,7% dos empregados, enquanto 91,3% eram não fumantes. Em seus resultados, os autores afirmam não haver associação estatística com doenças respiratórias. Os resultados são similares aos observados neste estudo, onde apenas 12% dos trabalhadores entrevistados têm hábito tabágico, mas que não apresentam resultados significativos para doenças respiratórias.²⁵

Referindo-se à segurança no trabalho, foi questionada a utilização de equipamento de proteção individual (EPI), sendo observado que o hábito do uso de EPI é menor nos indivíduos com menos tempo na função, contrariando dados obtidos por outros autores.¹⁸ Em estudo também realizado com bibliotecários de Salvador, observou-se que 66,67% fazem uso dos EPIs e 33% não utilizam. Esse mesmo questionamento da não utilização de EPI corrobora com estudos, onde questionaram bibliotecários sobre o uso de EPI e 52% responderam que não usavam¹⁹. Portanto, esse aspecto deverá ser repensado para o caso em questão, visto que uma má educação em relação à segurança no trabalho, como, por exemplo, na agricultura, onde o uso de EPIs não é visto com importância, torna-se fator contribuinte para doenças respiratórias relatadas pelos trabalhadores.²⁶

Uma pesquisa realizada com funcionários de uma Instituição de Ensino Superior Estadual chegou à conclusão que o aprimoramento do nível de instrução do trabalhador é um aspecto fundamental para a qualidade de vida no ambiente de trabalho.²³ Isso pode ser uma explicação pelo fato

de haver poucos tabagistas e estes apresentarem poucos problemas de saúde relacionados ao trabalho. Além disso, também foi observado que os servidores trabalham em média 30h semanais, isso pode contribuir positivamente sobre a qualidade de vida profissional e particular, pois assim estes servidores dispõem de mais tempo para cuidados com a família, saúde, entre outros.

Pelos resultados pode-se constatar que o grupo de participantes com menos anos de trabalho na instituição apresentou-se com discreto aumento de doenças respiratórias, justamente o grupo no qual 40% deles revelaram que não usam EPI (Gráfico 2).

Os tabagistas e não tabagistas apresentaram resultados muito similares quanto à presença de doença respiratória (Gráfico 1). Este resultado corrobora ao estudo,²⁷ com servidores técnico-administrativos de uma universidade pública, no qual o autor relacionou as doenças ao tabagismo. Resultando que 85% dos servidores não apresentaram doença relacionada ao tabagismo e 6% relataram já terem apresentado doença relacionada ao tabagismo. Dentre as doenças citadas pelos entrevistados estão as alergias respiratórias, bronquite/bronquite asmática, hipertensão, infarto e pneumonia.

A presença de doenças associadas ao tabagismo em trabalhadores de um hospital universitário foi relatada por 18,8% dos trabalhadores²⁸, sendo frequente em ex-fumantes ($p=0,008$), dentre as principais doenças citadas foram circulatórias, 124 (8,4%), respiratórias, 99 (6,7%), psiquiátricas, 17 (1,1%) e gastrointestinais, 17 (1,1%).²⁵

Qualquer ambiente de trabalho pode apresentar riscos à saúde do profissional que nele desempenha sua função. Por exemplo, Souza et al²³, identificaram em carvoarias 8,80 vezes mais prurido nasal ao desempenhar a função com forno aceso quando comparados aos trabalhadores não tabagistas. A obstrução nasal está aumentada em trabalhadores tabagistas e eles têm 5,00 vezes mais risco de apresentar tosse, além de 10,58 vezes maior chance de apresentar sibilância. Por isso,

apesar deste estudo apresentar baixa correlação entre o tabagismo e as doenças respiratórias, tal hábito constitui um fator de risco respiratório ao qual se deve estar atento.

Um estudo na faculdade de medicina da Bahia realizou uma intervenção com o intuito de melhorar a qualidade do ar ambiente na biblioteca, já que havia uma grande diferença na quantidade de fungos no ambiente interno (204ufcm³) e no externo (117ufcm³). Esta intervenção se deu por neblina de água com surfactante e bioaerossóis, mostrando-se eficaz, diminuindo para 10,6 ufc³ a quantidade de fungos no ambiente interno da biblioteca.²⁹

CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar que o trabalho em biblioteca contribui para o desencadeamento de sintomas ocupacionais relacionado ao trabalho, o que pode interagir e interferir diretamente na qualidade de vida do trabalhador e em sua produtividade. Os cuidados com a saúde do trabalhador se fazem importantes para a promoção da qualidade de vida e conseqüentemente o melhor desempenho da atividade laboral. A escassez de estudos no Brasil demonstra a necessidade de realizar atividades de educação e conscientização como método de promoção e prevenção em saúde com embasamento científico. Assim sendo, são necessários mais estudos nesta área para que seja possível identificar com mais detalhamento a correlação das características ambientais das bibliotecas e a saúde do trabalhador, promovendo um método baseado na evidência.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos grandiosamente ao Prof. Dr. João Adriano de Barros, Pneumologista do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR, pelas reuniões e discussões técnicas com profundo embasamento científico no qual foi possível obter

um visão crítica sobre o assunto abordado na pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Araújo LS. A importância da ergonomia aplicada às unidades de informação para a atuação profissional dos bibliotecários. Rio de Janeiro: Trabalho de conclusão de curso, Escola de Biblioteconomia – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.
2. Spudeit DFAO, Fuhr F. Sindicatos de bibliotecários: história e atuação. *Rev TransInformação*. 2011; 23:235-249.
3. Duarte EA, Braga RMO. O profissional bibliotecário e o domínio da língua inglesa. *R Eletr Bibliotecon*. 2010; 30(15):105-122.
4. Amato GD, Cecchi L, Amato MD, Liccardi G. Urban air pollution and climate change as environmental risk factors of respiratory allergy: an update. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2010; 20(2):95-102.
5. Reis Menezes AA. Fungos em bibliotecas: frequência dos gêneros em livros e elaboração de teste para avaliação da biorreceptividade em papéis [dissertação]. São Paulo: Instituto de Biomédicas, Universidade de São Paulo, 2009.
6. Skora J, Gutarowska B, Pielech-Przybylska K, Stepién L, Pietrzak K, Piotrowska M, et al. Assessment of microbiological contamination in the work environments of museums, archives and libraries. *J. Aerobiologia*. 2015; 31: 389- 401.
7. Hayleeyesus SF, Manaye AM. Microbiological quality of indoor air in university libraries. *Asian Pac J Trop Biomed*. 2014; 4(1):312-317.
8. Backes LTH, Naumann VLD, Calil LN. Isolamento de fungos anemófilos em biblioteca e prevalência de alergias respiratórias. *Rev Panam Infectol*. 2011; 13(3):19-25.
9. Ribeiro EL. Fungos na biodeterioração de livros em ambientes bibliotecários nos últimos 35 anos (1977- 2012). *Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação*. 2013; 9(1):17-27.
10. Fernandes ALG, Stelmach R, Algranti E. Asma ocupacional. *J Bras Pneumol*. 2006; 32(1):27-34.
11. Branco ABA, Ildefonso SAG. Prevalência e duração dos benefícios auxílio-doença decorrentes de asma no Brasil em 2008. *J Bras Pneumol*. 2012; 38(5):550-558.
12. Galvão CES. Asma e rinite ocupacionais – visão imunoalérgica. *Rev Bras alerg. imunopatol*. 2010; 33(1):2-7.
13. Denipotti MEP, Robazzi MLCC. Riscos ocupacionais identificados nos ambientes de panificação brasileiros. *Rev Cienc Enferm. Concepción*. 2011; (1):117-127.
14. Ribeiro H. Queimadas de cana-de-açúcar no Brasil: efeitos à saúde respiratória. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(2):370-376.
15. Rondon EN, Silva RMVG, Botelho C. Sintomas respiratórios como indicadores de estado de saúde em trabalhadores de indústrias de cerâmicas. *J Bras Pneumol*. 2011; 37(1):36-45.
16. Toloza MDL, Lizarazo FLM, Blanco VJO. Concentración y composición microbiana em el ambiente de la biblioteca central Jorge palácios preciado de la universidad pedagógica y tecnológica de Colombia, Tunja, Colombia. *Actual Biol*. 2012; 34 (97):241-252.

17. Guo P, Yokoyama K, Piao F, Sakai K, Khalequzzaman M, Kamajima M, et al. Sick building syndrome by indoor air pollution in Dalian, China. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2013; 10:1489-1504.
18. Borges RCCO, Junior JCB, Oliveira FB, Brunherotti MA, Quemelo PRV. Avaliação da função pulmonar e sintomas respiratórios em trabalhadores da mineração de pirocloro. *J Bras Pneumol*. 2016; 42(4):279-285.
19. Pietrobon RC, Barbisan JN, Manfroi WC. Use of the fagerström test for nicotine dependence as an instrument to measure nicotine dependence. *Rev HCPA*. 2007; 27 (3):31-36.
20. Vargas LS, Lucchese R, Silva AC, Benício PR, Vera I. Aplicação do teste de Fagerstrom: revisão integrativa. *Rev Enfermagem UFPE on line*. 2014; 9(2):731-44.
21. Santos JX, Mattos CR. O profissional bibliotecário e os desafios de um ambiente insalubre. Salvador. Monografia Instituto de Ciência da Informação. 2007.
22. Pantoja LDM, Neto JC, Nascimento RF, Nunes ABA. Percepção ocupacional: a qualidade do ar interno em biblioteca pública, Ceará, Brasil. *Conex Ci e Tecnol*. 2016; 10(3):118-124.
23. Souza RM, Andrade FM, Moura ABD, Teixeira PJZ. Sintomas respiratórios em trabalhadores de carvoarias nos municípios de Lindolfo Collor, Ivoti e Presidente Lucena, RS. *J Bras Pneumol*. 2010; 36(2):210-217.
24. Setto JM, Bonolo PF, Franceschini SCC. Relationship between health behaviors and self-reported diseases by public employees. *Fisioter Mov*. 2016; 29(3):477-485.
25. Ribeiro DRB. A Relação entre o uso de agrotóxicos e a saúde respiratória dos trabalhadores rurais. Alfenas: Universidade Federal de Alfenas. 2014.
26. Freitas ALP, Souza RGB, Quintella HLMM. Qualidade de Vida no Trabalho do técnico-administrativo em IES públicas: uma análise exploratória. *Rev Brasileira de Qualidade de Vida*. 2013; 05(02):1-12.
27. Salazar PR. O uso do tabaco entre trabalhadores técnicos administrativos em educação de uma universidade pública do estado de minas gerais [dissertação]. Juiz de Fora: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. 2014
28. Echer IC, Corrêa APA, Lucena AF, Ferreira SAL, Knorst MM. Prevalência do tabagismo em funcionários de um hospital universitário. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(1):1-8.
29. Ribeiro ALPC, Lubisco NML. Redução de fungos em ambiente de biblioteca: variabilidade de aplicação de neblina ativada. *Rev Perspectivas em Gestão & Conhecimento*. 2016; 6(2):250-260.

RECEBIDO: 27/03/2018

ACEITO: 16/05/2018

UMA PROPOSTA DE RENOVAÇÃO DA SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS NO SUS: A REGIONALIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA E EXPERIÊNCIA PARA SUPERAÇÃO DE DESAFIOS

A proposal for renewal of the selection of medicines at SUS (Unified Health System): regionalization as a strategy and experience for overcoming challenges

Felipe Assan Remondi¹

1. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 17ª Regional de Saúde. Londrina - PR. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3213-1366>

CONTATO: Felipe Assan Remondi | Rua Piuai, 75 | Centro | Londrina | PR | Brasil | CEP 86020-390
| E-mail: felipe.remondi@gmail.com

COMO CITAR Remondi FA. Uma proposta de renovação da seleção de medicamentos no SUS: a regionalização como estratégia e experiência para superação de desafios. R. Saúde Públ. 2018 Jul.;1(1):83-90.



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 escolha e oferta de medicamentos no SUS caracterizam-se como uma importante etapa da Assistência Farmacêutica, com elevado impacto na resolutividade e eficiência da assistência à Saúde. No formato proposto, esta etapa encontra limitações, principalmente em sua operacionalização, que minimizam seus potenciais benefícios. O presente artigo tem por objetivo relatar e discutir uma experiência desenvolvida no âmbito de uma região de saúde para renovar a proposta de seleção de medicamentos com a introdução de ferramentas da Gestão de Tecnologias em Saúde, do conceito de regionalização e de Redes de Atenção. Para tanto, foram desenvolvidas ações em âmbito regional para normatização da prescrição de medicamentos, definição de um modelo e construção das Relações Municipais de Medicamentos, criação de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica Regionalizada e

mapeamento de necessidades relacionadas a protocolos clínicos. Constitui-se em experiência com resultados concretos e potencial de aplicabilidade em diferentes contextos de organização do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Farmacêutica. Medicamentos Essenciais. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT The selection and supply of drugs in the Brazilian public health system (SUS) is an important step of Pharmaceutical Care, with a high impact on the resolution and efficiency of health care. In the format proposed, this stage has limitations, mainly in its operation, minimizing its potential benefits. This article aims to report and discuss an experience developed within a health region to renew the proposal of drug selection with the introduction of tools for Health Technology Management, the concept of regionalization, and the Healthcare Networks. Thus, actions were regionally developed to define drug prescription standards and a model and construction of Municipal Drug Lists, the creation of a Pharmaceutical and Therapeutic Regional Committee, and mapping of clinical protocols needs. This experience had concrete results and potential of applicability in different contexts of health system organization.

KEYWORDS: Pharmaceutical Services. Drugs, Essential. Unified Health System.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a oferta de medicamentos pelo governo à população já supera 45 anos, com seu marco inicial na criação da Central de Medicamentos – CEME em 1971. Ainda que com uma visão reducionista do processo e atrelada a estratégias seletivas de Atenção Primária em Saúde, desde o início o país adota medidas que busquem a racionalização da utilização destes produtos com ações como a publicação de listas oficiais de medicamentos padronizados, em 1975, pelo então Ministério da Previdência e Assistência Social¹.

Com a nova Constituição Federal, promulgada em 1988, a saúde passa a ser reconhecida como direito social e a ser operacionalizada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo o acesso a medicamentos como uma das responsabilidades implícitas do sistema e operacionalizada pela área de Assistência Farmacêutica¹.

Dentre seus eixos, a Política Nacional de Medicamentos – PNM² indicou a reorientação da Assistência Farmacêutica como medida estratégica para promoção do acesso, descentralização da gestão e garantia do Uso Racional de Medicamentos¹⁻³.

Adotando o modelo orientado pela PNM, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF⁴ define a área como “*um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional*”.

Marin e colaboradores⁵ apresentaram o conjunto de ações previstas na Política Nacional no formato de um ciclo encadeado de atividades conhecido como *Ciclo da Assistência Farmacêutica*, composto por: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização (prescrição, dispensação e uso). Este modelo vem sendo considerado como principal marco de organização da área por sua visão sistêmica e racionalidade, com a superação do modelo reducionista de oferta de medicamentos vigente até então³.

Ainda que todas as etapas do ciclo sejam igualmente relevantes para os objetivos propostos, a seleção de medicamentos merece especial atenção, pois a partir dela serão desenvolvidas as demais atividades⁵. Segundo o Ministério da Saúde⁶, esta etapa consiste em:

um processo de escolha de medicamentos, baseada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, estabelecidos por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), visando assegurar medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos com a finalidade de racionalizar seu uso, harmonizar condutas terapêuticas, direcionar o processo de aquisição, produção e políticas farmacêuticas.

Este exercício é estratégico do ponto de vista gerencial, clínico e econômico, uma vez que está diretamente relacionado ao conceito de Medicamentos Essenciais e de Uso Racional de Medicamentos, ambos da Organização Mundial de Saúde⁷, influenciando diretamente os resultados terapêuticos dos indivíduos e comunidade por meio de suas principais ferramentas: a Relação de Medicamentos, o Formulário Terapêutico e os Protocolos⁸.

Apesar de sua elevada importância para o SUS e da existência de um modelo para sua operacionalização, a construção da seleção de medicamentos conforme preconizada pelo Ministério da Saúde⁶ enfrenta, na prática, inúmeros desafios que limitam o alcance de sua proposta⁹⁻¹⁰.

A constituição de Comissões de Farmácia e Terapêutica como espaços de centrais para a seleção de medicamentos ainda é um desafio para boa parte dos municípios¹⁰⁻¹¹, abrindo margem para fragilidade sobre a decisão dos medicamentos ofertados, fato que também é alvo de preocupações na esfera estadual de gestão do SUS¹².

Segundo Karnikowski e colaboradores, a existência de Comissões de Farmácia e Terapêutica formalmente constituída foi de 12,5% dos municípios pesquisados no Brasil, sendo que os produtos desta etapa são fortemente baseados na experiência clínica e possui baixa credibilidade entre prescritores¹³.

São reflexos destas fragilidades o baixo conhecimento das relações de medicamentos e adesão pelos prescritores¹⁴, dificuldades na educação permanente, adoção incipiente de condutas baseadas em evidências pelos profissionais⁹ e elevação nas demandas judiciais por medicamentos, inclusive desconsiderando as alternativas terapêuticas disponíveis¹⁵.

Estas e outras situações determinam a elevação nos valores aplicados com a aquisição de medicamentos pelos governos¹¹ e famílias¹⁶, sem que isso se converta em maior disponibilidade dos itens essenciais¹⁷ ou melhores resultados terapêuticos, especialmente em doenças crônicas¹⁸.

Frente ao presente desafio, o presente artigo tem por objetivo relatar e discutir as estratégias adotadas no âmbito de uma região de saúde do Estado do Paraná para renovação do processo de seleção de medicamentos para efetivação da Assistência Farmacêutica e do SUS.

RELATO DA EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO

Na última década, com maior consistência a partir de 2010, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações específicas para o fortalecimento de seu papel gerencial sobre tecnologias em saúde, com a publicação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde¹⁹ e com a aprovação da Lei nº 12.401/2011 que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS²⁰.

Define-se “gestão de tecnologias em saúde como o conjunto de atividades gestoras relacionado com os processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias do sistema de saúde”¹⁹.

Ao considerar que o medicamento e outros insumos são tecnologias em saúde, a adoção dos conceitos da política nacional é de fundamental importância para garantir que os recursos sejam empregados da forma mais efetiva e equitativa possível¹⁹, sendo esta nova definição muito próxima, se não substitutiva ou complementar, dos modelos da etapa de seleção de medicamentos no ciclo da Assistência Farmacêutica⁶.

A partir da necessidade de aprofundamento das discussões sobre seleção de medicamentos

e suas limitações, o conceito de Gestão de Tecnologias em Saúde e os reflexos dos novos marcos legais sobre o acesso a medicamentos no SUS, em agosto de 2015, foi realizada uma oficina de trabalho com os farmacêuticos da Regional de Saúde e dos municípios de abrangência para discussão da temática.

A oficina contou com a presença de 38 profissionais farmacêuticos, incluindo residentes e graduandos da área de farmácia, perpassando os assuntos: conceito de medicamentos essenciais e gestão de tecnologias em saúde, utilização da curva ABC de consumo regional como instrumento de avaliação do Uso Racional de Medicamentos, novos marcos legais sobre acesso a medicamentos no SUS, a importância e formato ideal para uma Relação Municipal de Medicamentos (REMUME).

Para que os temas discutidos pudessem ganhar o formato de ações concretas, o Grupo de Trabalho em Assistência Farmacêutica (GT) da Comissão Intergestores Bipartite Regional retomou e aprofundou as discussões levantadas, traçando estratégias de enfrentamento daquilo que já havia considerado como o principal conjunto de problemas para os municípios da região: "Falta de Relação Municipal de Medicamentos; Falta de Comissão de Farmácia e Terapêutica; Oferta de itens fora da RENAME; Falta de Protocolos Clínicos."

O conjunto de problemas descrito e sua persistência em municípios de distintos portes, como observado no âmbito local, reforçam que mesmo com mais de 15 anos de discussão e implementação do Ciclo da Assistência Farmacêutica e da seleção de medicamentos⁵, novas estratégias são necessárias, sendo que as mesmas não estão contempladas, necessariamente, nos modelos até então operacionalizados.

Isso significa dizer que os objetivos e potenciais contribuições da seleção de medicamentos permanecem atuais e extremamente necessários para a assistência à saúde⁵⁻⁶. Todavia, encontra na dificuldade de operacionalização das Comissões de Farmácia e Terapêutica uma importante limitação¹¹, especialmente em municípios de menor porte, que apresentam dificuldades que vão desde

a disponibilidade de profissionais com perfil e capacitação, até pressões para o fornecimento de um número de produtos superior ao que seria eficientemente necessário.

A partir da combinação dos novos marcos legais do SUS¹⁸⁻¹⁹, da proposta de organização de Redes de Atenção à Saúde²² e das novas abordagens e ferramentas oriundas da Gestão de Tecnologias em Saúde¹⁹, o GT identificou na estratégia da regionalização um caminho possível para renovação da seleção de medicamentos, propondo as seguintes estratégias de ação²³:

- Propor uma minuta de deliberação que discipline e uniformize o acesso a medicamentos no âmbito das unidades da Regional de Saúde;
- Propor uma minuta de deliberação que padronize o formato de organização das Relações Municipais de Medicamentos – REMUME e viabilize a organização de uma Relação Regional de Medicamentos – REREME;
- Instituir uma comissão regionalizada para gestão de tecnologias em saúde ou de farmácia e terapêutica – CFT- Regionalizada;
- Traçar estratégias para adaptação, uniformização e implementação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) para doenças de maior importância na Atenção Básica.

O conceito de regionalização encontra fundamento no Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, que aponta como região de saúde um conjunto de municípios que contenha e compartilhe um mínimo de ações e serviços de saúde para estruturar as Redes de Atenção à Saúde. São as Redes de Atenção, no conjunto regional de municípios, que devem materializar a integralidade da assistência, permitindo que o usuário satisfaça suas necessidades em saúde²¹.

Esta articulação intermunicipal, com pensamento integrado em redes e definição de normas comuns aos distintos municípios, com

colaboração de todas as secretarias de saúde, se denomina regionalização.


Por englobar pontos de atenção e farmácias em distintos municípios, as normas de operacionalização destas redes são definidas em comissões que envolvem os gestores municipais, estaduais e federais²¹ para possibilitar que os pontos operem de maneira integrada e contínua. A ideia de articulação, uniformização e continuidade da assistência não só pode, mas deve ser aplicada à organização da Assistência Farmacêutica para permitir sua plena integração ao sistema de saúde³.

A primeira ação proposta pelo GT foi publicada no formato de uma Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite Regional (CIB-Regional)²⁴ para efeitos de normatização nos municípios²¹. Esta deliberação se fundamenta no fato de que a produção da prescrição e a dispensação do produto podem ocorrer em pontos distintos da rede, em um ou mais municípios e, portanto, são necessárias normas uniformes no âmbito da região de saúde para assegurar o acesso tempestivo dos usuários aos medicamentos, sem idas e vindas para sanar dificuldades técnicas ou burocráticas que atrasam, desviam ou impedem a obtenção dos medicamentos no SUS²⁴.

Além de orientar os prescritores e dirimir detalhes acerca dos parâmetros de aceitabilidade de uma prescrição no contexto do SUS, um dos principais avanços que a deliberação apresenta é um formulário para registro de não conformidades na dispensação (figura 1)²⁴. Esta proposta reforça a farmácia como um ponto da Rede de Atenção, cabendo a ela não só o fornecimento de medicamentos e orientações, mas o exercício da educação continuada dos prescritores e estímulo à adoção da Relação de Medicamentos e dos Protocolos Clínicos.

Paralelamente à definição das normas de prescrição, o GT propôs um formato uniforme para as Relações Municipais de Medicamentos (REMUME), baseado na oficina realizada previamente com todos os profissionais da regional, com a publicação de uma Deliberação da CIB-Regional²³.

Tabela 1. Formulário de registro de não conformidade na prescrição a ser adotado pelos municípios no âmbito de uma região de saúde do Paraná²⁴.

	FORMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO AO PRESCRITOR
Prezado(a) Prescritor(a): Esta receita está em desacordo com a Deliberação CIB-Regional nº _____, a Portaria SVS nº 344/1998 e/ou RDC ANVISA nº 20/2011. Pedimos a gentileza de considerar as observações assinaladas:	
<input type="checkbox"/>	Prescrição não vinculada à Rede SUS
<input type="checkbox"/>	Não consta data de emissão
<input type="checkbox"/>	Não consta dosagem ou concentração do fármaco
<input type="checkbox"/>	Não consta duração do tratamento
<input type="checkbox"/>	Não constam dados pessoais do usuário
<input type="checkbox"/>	Não consta a forma farmacêutica
<input type="checkbox"/>	Não consta a identificação da Unidade Emitente
<input type="checkbox"/>	Não consta a identificação do prescritor
<input type="checkbox"/>	Prescrição ilegível
<input type="checkbox"/>	Medicamento não consta na REMUME ou listas suplementares
<input type="checkbox"/>	Medicamento não prescrito pela DCB (nome genérico)
<input type="checkbox"/>	Notificação de receita desacompanhada da prescrição
<input type="checkbox"/>	Não consta a posologia
<input type="checkbox"/>	Prescrição com rasuras ou emendas
<input type="checkbox"/>	Validade da receita expirada
Nome do dispensador: _____	
Assinatura: Data: ___/___/____	

A construção de REMUMEs com formato uniforme tem por objetivo apoiar os municípios na composição de suas listagens e, em um segundo momento, possibilitar a organização de uma Relação Regional de Medicamentos²³ que indique os itens comuns a todos os municípios. A relação regional é destinada para os prescritores de pontos de atenção que atendam pacientes

de múltiplos municípios, além de possibilitar uma discussão integrada sobre as diferenças de itens ofertados entre os municípios e eventuais lacunas assistenciais.

Buscando um formato que propicie o melhor entendimento e abranja todas as informações necessárias para os prescritores, gestores e órgãos do poder executivo, legislativo e judiciário, o modelo uniforme de REMUME relaciona os fármacos dos três componentes da Assistência Farmacêutica, apresentando-os de acordo com sua categoria terapêutica, Protocolo Clínico ou Programa ao qual está vinculado²³. Traz ainda informações de suporte com detalhes sobre acesso ao Componente Especializado, orientações gerais sobre a organização do SUS e das normas de prescrição adotadas no âmbito regional²³. Constitui-se, portanto, como referência unificada para os prescritores e gestores do sistema.

Para apoiar a construção das REMUMEs, o GT, por meio da Regional de Saúde, firmou parceria com o CRF-Jr de instituições de ensino locais, simplificando o processo de trabalho dos municípios. Após conclusão da formatação, os documentos foram submetidos para revisão dos gestores municipais, apreciação pelos respectivos Conselhos de Saúde e impressão em quantidade mínima para cada consultório do município, asseverando a legitimidade e ampla divulgação dos mesmos.

A terceira proposta, que visa à instituição de um comitê regionalizado para a seleção de medicamentos ou tecnologias em saúde, se concretiza como uma das medidas com maior potencial para superar as dificuldades e limitações relacionadas à seleção de medicamentos, visto que possibilita a integração e colaboração dos municípios para organização de uma comissão que, sozinhos, possivelmente não teriam plenas condições. Por seu caráter consultivo, não interfere a autonomia decisória do gestor, além de complementar os trabalhos das comissões que alguns municípios já possuem.

Embora a lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, aponte como atribuição do Ministério da Saúde,

assessorado pela Comissão Nacional de Tecnologias do SUS (CONITEC), a incorporação, exclusão ou alteração de novas tecnologias, bem como de constituição ou alteração de Protocolos Clínicos, ela não restringe essas atividades à esfera federal²⁰.

Uma comissão regionalizada permite um olhar sobre as peculiaridades da região de saúde, suprindo deficiências e reforçando o arcabouço instituído, por exemplo, com a identificação e com apoio para peticionamento de demandas relevantes à própria CONITEC.

A partir da proposição de uma deliberação que aprove sua criação e regimento interno, o comitê regionalizado poderá atuar no âmbito específico da Assistência Farmacêutica ou das Tecnologias como um todo, tendo por objetivo: a sistematização de solicitações de novas tecnologias/medicamentos; emissão de pareceres e recomendações, incluindo sobre a retirada ou alteração dos produtos já ofertados nas REMUME/REME; organização de demandas à CONITEC; definição de Protocolos Clínicos e Protocolos de Uso; ações de educação permanente; atendimento a demandas de órgãos do poder legislativo e judiciário; bem como outras ações necessárias para promoção do Uso Racional de Medicamentos.

No bojo das ações propostas, a CFT-Regionalizada mostra-se como uma estratégia que possibilitará que o processo de seleção de medicamentos ocorra de forma permanente e dinâmica, agregando a colaboração de outros atores como universidade e associações profissionais para todos os municípios da região.

Para além das relações de medicamentos, duas importantes ferramentas para Gestão da Clínica²² e para o Uso Racional de Medicamentos são os Protocolos Clínicos e os Protocolos de Uso²⁵, sendo inclusive de observância obrigatória no SUS e prioritária frente às Relações de Medicamentos²¹.

Ao passo em que o protocolo clínico tem foco em uma condição de saúde, estabelecendo, por definição, medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como para situações de falha terapêutica ou de falta de

segurança²⁰. Os Protocolos de Uso, por sua vez, referem-se a critérios, parâmetros e padrões para a utilização de uma tecnologia específica em determinada doença ou condição²⁵.

Por meio da CONITEC o Ministério da Saúde publica e atualiza diversos protocolos, no entanto muitas condições ainda carecem de melhor regulamentação ou se tratam de situações locais que acabam não sendo objeto de análise da CONITEC²⁵. Sob esta lacuna, que impacta diretamente na assistência à saúde nos municípios, pretende-se constituir protocolos regionais para situações relevantes.

Ainda que dependente do comitê regional, o GT tem procurado pautar junto aos secretários situações que poderiam ser beneficiadas pela elaboração destes documentos. Até o momento foi possível a identificação de ações para qualificação do cuidado na Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em complementação às linhas guias já definidas no Estado, na definição de normas de uso para tiras reagentes de glicemia capilar, do metilfenidato e do omeprazol, bem como apoio ao pleito de nova avaliação pela CONITEC, devendo estes assuntos serem priorizados nos trabalhos futuros da CFT-Regionalizada.

CONCLUSÕES

A essência da seleção de medicamentos – proporcionar ganhos terapêuticos e econômicos – permanece atual e necessária para o aprimoramento do sistema frente ao cenário epidemiológico e de inovação tecnológica atual.

Passados mais de 15 anos das propostas e modelos iniciais sobre o tema, é imperiosa, no entanto, a renovação da forma de pensar e operacionalizar a seleção de medicamentos no SUS, com a introdução de conceitos e ferramentas relacionadas à Gestão de Tecnologias em Saúde, a noção de regionalização e de Redes de Atenção presentes no novo marco regulatório do sistema,

sob pena de continuar mitigando os benefícios desta importante etapa do Ciclo da Assistência Farmacêutica.

Tendo este enfoque como norteador do trabalho colaborativo no âmbito de uma região de saúde, a proposição de múltiplas estratégias, encadeadas, complementares e que busquem a continuidade do processo podem propiciar ambiente fértil para a superação das condições que limitaram o alcance da seleção de medicamentos até o momento.

Quando totalmente implantadas as ações constituirão um sistema Proativo de estímulo ao Uso Racional de Medicamentos e fortalecimento das Redes de Atenção, tendo a farmácia como parte integrante de um círculo virtuoso para divulgação e adesão dos prescritores às Relações e Protocolos que, por sua vez, terão em uma comissão regionalizada espaço para acolhimento de solicitações, emissão de pareceres e atualização contínua e baseada em evidências dos Protocolos e Relações.

As discussões, propostas e experiências relatadas apontam para um caminho com elevado potencial de inovação e efetivação do direito à saúde, sem a qual os princípios da integralidade, equidade, segurança dos usuários e eficiência do sistema certamente estarão comprometidos.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria de Estado da Saúde/17ª Regional de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite Regional da 17ª RS e aos membros do Grupo de Trabalho em Assistência Farmacêutica. Ao Conselho Regional de Farmácia do Paraná e CRF-Jr. UEL, UNIFIL e UNOPAR.

REFERÊNCIAS

1. Brasil; Ministério da Saúde. Política Federal de Assistência Farmacêutica: 1990 a 2002 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [cited 2018 Feb 19]. 44 p. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/polit_fed_assist_farm.pdf

2. Brasil; Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação no 02, de 28 de setembro de 2017. [Internet]. Diário Oficial da União 03 out 2017; Suplemento: pg 61. 2017. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
3. Brasil; Ministério da Saúde. Planejar é Preciso: Uma proposta de método para aplicação à Assistência Farmacêutica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (Brasil); 2006. 74 p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_1143_M.pdf
4. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução No 338, de 06 de maio de 2004 [Internet]. Diário Oficial da União 20 maio 2004; Seção I: 52. 2004. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html
5. Marin N (org. Assistência Farmacêutica para gerentes municipais [Internet]. Mendes JCC, editor. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003 [cited 2018 Feb 19]. 373 p. Available from: www.opas.org.br/medicamentos
6. Brasil; Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções Técnicas para sua Organização [Internet]. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2018 Feb 19]. 100 p. Available from: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/283.pdf>
7. World Health Organization. WHO - Essential medicines [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [cited 2018 Feb 24]. Available from: http://www.who.int/medicines/services/essmedicines_def/en/
8. Castro CGSO de (org. Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000 [cited 2018 Feb 19]. 92 p. Available from: <https://static.scielo.org/cielobooks/zq6vb/pdf/castro-9788575412657.pdf>
9. Wannmacher L. Seleção de medicamentos essenciais: propósitos e consequências. Rev Tempus - Actas Saúde Coletiva. 2010;4(3).
10. Magarinos-Torres R, Pepe VLE, Oliveira MA, Osorio-de-Castro CGS. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. Ciên Saúde Colet [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 24];19(9):3859-68. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3859.pdf>
11. Vieira FS, Zucchi P. Gestão da Assistência Farmacêutica: Análise da situação de alguns municípios. Tempus Actas de Saúde Coletiva [Internet]. 2015 Feb 16 [cited 2018 Feb 19];8(4):11. Available from: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1581>
12. Lamb L, Shimizu HE. Assistência Farmacêutica no SUS na perspectiva dos gestores estaduais de saúde. Rev Tempus - Actas Saúde Coletiva. 2014;8(4).
13. Karnikowski MGDO, Galato D, Meiners MMMDA, Silva EV da, Gerlack LF, Bós AJG, et al. Caracterização da seleção de medicamentos para a atenção primária no Brasil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2015 [cited 2018 Feb 19];51(Supl 2:9s):1s. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007065.pdf
14. Silva Dal Pizzol T da S, Trevisol DJ, Heineck I, Flores LM, Camargo AL, Köenig Á, et al. Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 Apr [cited 2018 Feb 19];26(4):827-36. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400024&lng=pt&tlng=pt
15. Catanheide ID, Lisboa ES, Souza LEPF de. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. Physis Rev Saúde Coletiva [Internet]. 2016 Oct [cited 2018 Feb 19];26(4):1335-56. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000401335&lng=pt&tlng=pt
16. Luiza VL, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Ramos LR, Pizzol T da SD, et al. Catastrophic expenditure on medicines in Brazil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 19];50(suppl 2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300302&lng=en&tlng=en
17. Oliveira MA, Luiza VL, Tavares NUL, Mengue SS, Arrais PSD, Farias MR, et al. Access to medicines for chronic diseases in Brazil: a multidimensional approach. Rev Saúde Pública [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 19];50(suppl 2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300303&lng=en&tlng=en
18. Petris AJ. Acesso a medicamentos para tratamento de fatores de risco cardiovascular. Universidade Estadual de Londrina; 2014.
19. Brasil; Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde [Internet]. Brasília; 2010 [cited 2018 Feb 23]. 48 p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf
20. Brasil. Lei no 12.401, de 28 de Abril de 2011 [Internet]. Diário Oficial da União 29 de abril de 2011 2011. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112401.htm
21. Brasil. Decreto no 7508 de 28 de junho de 2011 [Internet]. Diário Oficial da União, 29 de junho de 2011. 2011. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
22. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciên Saúde Colet [Internet]. 2010 Aug [cited 2018 Feb 23];15(5):2297-305. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt
23. Paraná; Secretaria de Estado da Saúde; Comissão Intergestores Bipartite Regional da 17a Regional de Saúde. Deliberação no 10, de 22 de novembro de 2016. 2016.
24. Paraná; Secretaria de Estado da Saúde; Comissão Intergestores Bipartite Regional da 17a Regional de Saúde. Deliberação no 11, de 22 de novembro de 2016. 2016.
25. Ministério da Saúde (Brasil). Protocolos e Diretrizes - CONITEC [Internet]. 2018 [cited 2018 Feb 23]. Available from: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>

RECEBIDO: 26/02/2018

ACEITO: 16/05/2018

O SERVIÇO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS EM CASA COMO FORMA DE MELHORIA DO ACESSO EM SAÚDE PÚBLICA

Medication home delivery service as a way to improve access in public health

Eloisa Comiran¹, Rosângela de Lima Silva Pugliese², Fabiane Karwowski³, Kelly Cristiane Gusso Braga⁴

1. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR). ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4848-0763>

2. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR) ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3398-3053>

3. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR) ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3428-3948>

4; Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR) ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0123-4725>

CONTATO: Rosângela de Lima Silva Pugliese | Farmácia do Paraná | Avenida Marechal Floriano Peixoto, 250 | 3º andar | Centro | Curitiba | Paraná | Brasil | CEP 80010-130 | E-mail: rosangela.pugliese@sesa.pr.gov.br

COMO CITAR Comiran E, Pugliese RLS, Karkowski F, Braga KCG. O serviço de entrega de medicamentos em casa como forma de melhoria do acesso em saúde pública. R. Saúde Públ. 2018 Jul.;1(1):91-100.



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 Farmácia do Paraná, 2ª Regional de Saúde Metropolitana, implementou o serviço de entrega em casa de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica na forma de um projeto piloto no ano de 2017. Este serviço atende aos usuários idosos portadores de doenças crônicas que utilizam medicamentos de uso contínuo previamente elencados para este serviço. A entrega em casa tem como objetivo facilitar o acesso dos usuários idosos ao seu tratamento tendo em vista a dificuldade de muitos em se deslocarem até a farmácia. Além disso, impacta no melhoramento do fluxo de atendimento a todos os usuários, diminuindo o tempo de espera.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde pública. Assistência farmacêutica. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT The public pharmacy in the state of Paraná, which integrates the 2nd Health Regional Department of the City, implemented the home delivery service of medicines of the Brazilian Specialized Pharmaceutical Care Program as a pilot project in the year of 2017. This service attends the elderly users of the system that were previously listed for the program and need medicines of continuous use for chronic diseases. The medicine home delivery aims to facilitate the access to treatments by these elderly users that have difficulties to get to the pharmacy. In addition, it improves the service flow to all users, because it reduces the waiting time.

KEYWORDS: Public Health. Pharmaceutical Services. Unified Health System.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida e o avanço das tecnologias em saúde trouxeram consigo o crescente número de diagnósticos e tratamentos de diversas doenças crônicas. Com o passar dos anos, isso se tornou um desafio para a saúde pública e para a economia dos países.^{1,2} O acesso a medicamentos é um direito humano fundamental. Além do acesso aos serviços de saúde para consulta médica, diagnóstico e prescrição, a efetivação do acesso aos medicamentos depende de sua disponibilidade física na farmácia; da acessibilidade geográfica dos usuários aos serviços de farmácia; da aceitabilidade dos usuários em relação aos serviços de farmácia; e da capacidade aquisitiva de provedores ou indivíduos e famílias. De acordo com um estudo em adultos e idosos com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em duas regiões do País, as prevalências gerais do acesso aos medicamentos de uso contínuo são de 78,8% no Nordeste e 83,7% no Sul. A população de idosos no Brasil que referiu usar medicamentos de uso contínuo relata prevalências de acesso total de 86,0%.³

No Brasil, a saúde pública é articulada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual os medicamentos são organizados dentro da Assistência Farmacêutica. Essa é dividida nos

Componentes Básico, Estratégico e Especializado, que definem as responsabilidades das instâncias gestoras do SUS (Federal, Estadual e Municipal). Os medicamentos disponibilizados para o tratamento de doenças ou de agravos são aqueles padronizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).⁴ O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) visa garantir a integralidade do tratamento medicamentoso para todas as doenças definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Muitas doenças incluídas no CEAF tem seu tratamento iniciado no Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), dessa forma mantendo uma relação com esse componente que é a porta de entrada da assistência farmacêutica no Brasil.⁵ No Paraná, o CEAF é representado pela Farmácia do Paraná.

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR) realiza, para fins de gestão, um recorte territorial do Estado em 22 Regionais de Saúde, sendo que estas pertencem a quatro macrorregiões denominadas em Leste, Norte, Noroeste e Oeste, e cada regional de saúde possui uma farmácia para dispensação dos medicamentos do CEAF para a população adscrita.⁶ A fim de qualificar a assistência farmacêutica no estado do Paraná, no

ano de 2011 teve início o Programa Farmácia do Paraná organizado em três eixos estratégicos: estruturação da Assistência Farmacêutica, capacitação dos profissionais envolvidos e custeio da Assistência Farmacêutica.⁶ No plano estadual de saúde da SESA de 2012 foram traçados os objetivos de melhorar a estrutura física e a qualidade do recebimento e armazenamento dos medicamentos, de modo a garantir adequadas condições para a manutenção de sua estabilidade e conservação de suas características, e a implantação da orientação farmacêutica em sala apropriada, visando prover o usuário e/ou seu cuidador de informações que proporcionem maior adesão, efetividade e segurança no tratamento.⁶ Em novembro de 2015, a Farmácia do Paraná da 2ª Regional de Saúde Metropolitana (2ª RSM) teve sua estrutura física melhorada com nova sede, sendo ampliada sua área de 800m² para 2000m², contendo três salas exclusivas para atendimento farmacêutico para todos os usuários que iniciam tratamento com os medicamentos do CEAF e Programas da SESA-PR.

A 2ª RSM pertence à macrorregião Leste e é formada por Curitiba e mais 28 municípios. Segundo dados do Censo de 2010, a população da Regional é de 3.223.836 e representa 30,9% da população do Paraná, estimada em 10.444.526 de habitantes. Portanto, conclui-se que é uma região de grande concentração demográfica.^{6, 7} Na Farmácia do Paraná da 2ª Regional de Saúde Metropolitana são realizados atendimentos aos 30.596 cidadãos cadastrados no programa.⁸ Nessa unidade são tratadas 82 doenças através do fornecimento de 232 apresentações de medicamentos, pertencentes ao CEAF e demais programas SESA-PR. Diariamente, são realizados em média 1.400 atendimentos, o que acarreta em um grande fluxo de pessoas que necessitam de algum tipo de atendimento, seja de informação, cadastro, atendimento farmacêutico ou retirada de medicamentos. Comparando o total de atendimentos realizados em 2017 com o ano anterior verifica-se um crescimento aproximado de 15%. Sendo que em 2016 foram realizados 274.576 atendimentos no ano e, em 2017, 315.248 atendimentos.⁸

Com a necessidade de mitigar o número de atendimentos realizados diariamente surgiu a proposta de realizar a entrega de medicamentos a domicílio para facilitar o acesso dos pacientes idosos ao tratamento contínuo de doenças crônicas, ampliando a rede de distribuição, e diminuindo o fluxo e tempo de espera dos pacientes que continuam retirando seus medicamentos presencialmente na Farmácia do Paraná. Dessa forma, este relato refere-se à experiência desenvolvida na 2ª RSM a partir de 2017, o qual foi baseado em outros programas semelhantes que já existem ou existiram no Brasil, como os programas Medicamento em Casa do Hospital das Clínicas de São Paulo, Remédio em Casa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Remédio a Domicílio do município de Pomerode em Santa Catarina e o programa Minas em Casa da Secretaria Estadual de Minas Gerais.⁹⁻¹⁴

PLANEJAMENTO E IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO

Em 2015 iniciou-se o planejamento da implantação do serviço de entrega em casa pela Farmácia do Paraná, em Curitiba-PR. Analisando o cenário da farmácia e vislumbrando a melhoria do atendimento aos usuários cadastrados nesta unidade, foi elaborada a análise de uma matriz SWOT (Figura 1), ferramenta de gestão que auxilia na visualização de forças e fraquezas no ambiente interno e oportunidades e ameaças do ambiente externo, com o intuito de que as fraquezas e ameaças fossem trabalhadas para serem reduzidas ou eliminadas, a ponto de possibilitar o funcionamento do serviço.¹⁵

As fraquezas apresentadas foram mitigadas, e algumas até mesmo sanadas, e para que as ameaças fossem minimizadas, parcerias com outros setores da SESA-PR foram firmadas.

Foi estruturada a equipe com contratação de novos colaboradores e para as entregas foi utilizado contrato vigente da SESA-PR com os CORREIOS; para adesão foi realizado treinamento com a

equipe de colaboradores da farmácia para oferecer o serviço de entrega em casa aos usuários que vinham retirar os medicamentos presencialmente. As fraquezas de necessidade de agendamento de turno de entrega, controle diário de entregas realizadas e banco de dados com endereços de entrega foram sanadas com a utilização do sistema disponibilizado dos correios.

Para regulamentar o serviço de entrega de medicamentos a domicílio foi elaborada pela SESA-

PR a Resolução nº 492/2017¹¹ contendo todas as normas para seu pleno funcionamento. A Resolução instituiu o serviço de nome "Farmácia do Paraná - Entrega em Casa", com o objetivo de promover a entrega de medicamentos a usuários cadastrados na Farmácia do Paraná e que estejam enquadrados nos critérios de inclusão. Ainda são elencados os critérios de manutenção e de desligamento do serviço, bem como o elenco disponível. O serviço teve início efetivamente em outubro de 2017.

Figura 1: Matriz SWOT para implantação do serviço Farmácia do Paraná – Entrega em Casa.



Fonte: Farmácia 2ª Regional/2015.

CRITÉRIOS DE ADEÇÃO

O serviço foi implantado para atendimento aos municípios de Curitiba como projeto piloto, sendo que o endereço do usuário deve obrigatoriamente ser em Curitiba.

Conforme estabelecido na Resolução nº 492/2017,¹¹ para aderir ao serviço é necessário que o usuário se enquadre nos critérios cumulativos

de inclusão: (I) Usuário possuir cadastro ativo na Farmácia do Paraná e receber desta unidade unicamente medicamento(s) que consta(m) no elenco do serviço; (II) ser idoso com idade igual ou superior a 60 anos; (III) Usuário e/ou responsável legal concordar formalmente através de assinatura do termo de adesão, conforme anexo II da resolução

em participar do serviço. Condições não previstas na resolução poderão ser avaliadas caso a caso pelo Serviço Social.

O intuito de atender idosos é baseado no princípio da equidade e no Estatuto do Idoso¹⁶, que garante, dentre outras, a preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas. Assim deve ser, uma vez que são pessoas acima de 60 anos de idade, que estão acometidas de uma doença crônica e apresentam maiores dificuldades para retirar presencialmente seu medicamento. Esse grupo etário é de aproximadamente 10.626 usuários que representam

34,73% do total cadastrado na Farmácia do Paraná da 2ª RSM.⁸

ELENCO DO SERVIÇO "FARMÁCIA DO PARANÁ - ENTREGA EM CASA"

A lista dos medicamentos contemplados pelo serviço está descrita no Quadro 1 com suas respectivas concentrações, formas farmacêuticas e patologias correspondentes.

Quadro 1: Elenco de medicamentos abrangidos pelo serviço Entrega em Casa

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	FORMA FARMACÊUTICA	PROTOCOLO CLÍNICO / NORMA TÉCNICA
Ácido ursodesoxicólico	150, 300 mg	Comprimido	Norma Técnica para fornecimento de Ácido Ursodesoxicólico, Fibrose Cística
Atorvastatina	20, 40 mg	Comprimido	Dislipidemia para a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite
Azatioprina	50 mg	Comprimido	Norma Técnica para utilização de Azatioprina, Artrite Reumatoide, Doença de Crohn, Esclerose Múltipla, Esclerose Sistêmica, Retocolite Ulcerativa, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Uveites Posteriores Não Infecciosas, Dermamiosite e Polimiosite, Miastenia Gravis, Hepatite Autoimune, Púrpura Trombocitopênica Idiopática, Imunossupressão no Transplante Renal, Imunossupressão no Transplante Hepático em Pediatria e em Adultos
Bezafibrato	200 mg	Drágea	Dislipidemia para a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite
Bromocriptina	2,5 mg	Comprimido	Hiperprolactinemia, Doença de Parkinson
Cabergolina	0,5 mg	Comprimido	Hiperprolactinemia, Acromegalia
Calcitriol	0,25 mcg	Cápsula	Osteoporose, Hipoparatiroidismo, Raquitismo e Osteomalácia, Distúrbio mineral e ósseo na doença renal crônica
Ciprofibrato	100 mg	Comprimido	Dislipidemia para a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite
Cloroquina	150 mg	Comprimido	Artrite Reumatoide, Lúpus Eritematoso Sistêmico
Fenofibrato	200 mg	Cápsula	Dislipidemia para a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite
Fingolimode	0,5 mg	Comprimido	Esclerose múltipla

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	FORMA FARMACÊUTICA	PROTOCOLO CLÍNICO / NORMA TÉCNICA
Hidroxicloroquina	400 mg	Comprimido	Artrite Reumatoide, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Dermamiosite e Polimiosite
Mesalazina	250, 1000 mg	Supositório	Retocolite Ulcerativa
Mesalazina	400, 500, 800 mg	Comprimido	Doença de Crohn, Retocolite Ulcerativa
Metotrexato	2,5 mg	Comprimido	Norma Técnica para fornecimento de medicamentos para Pênfigo, Artrite Psoriaca, Artrite Reumatoide, Dermamiosite e Polimiosite, Doença de Crohn, Esclerose Sistêmica, Espondilite Ancilosante, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Psoríase
Naproxeno	500 mg	Comprimido	Artrite Psoriaca, Artrite Reumatoide, Espondilite Ancilosante
Penicilamina	250 mg	Cápsula	Esclerose Sistêmica, Doença de Wilson
Prednisona	5 mg	Cápsula	Retocolite Ulcerativa, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Lúpus, Asma, Hepatite Autoimune, Norma Técnica para fornecimento de medicamentos para Pênfigo
Raloxifeno	60 mg	Comprimido	Osteoporose
Riluzol	50 mg	Comprimido	Esclerose Lateral Amiotrófica
Risedronato	35 mg	Comprimido	Osteoporose, Doença de Paget
Sildenafil	20, 25 e 50 mg	Comprimido	Esclerose Sistêmica, Hipertensão Arterial Pulmonar
Sulfassalazina	500 mg	Comprimido	Artrite Reumatoide, Artrite Psoriaca, Artrite Reativa, Retocolite Ulcerativa, Doença de Crohn, Espondilite Ancilosante.

Fonte: Adaptado da Resolução SESA nº 492/2017.

Somente são enviados medicamentos de forma sólida e de armazenamento em temperatura ambiente. Esse requisito foi idealizado devido à maior facilidade no transporte desse tipo de medicamento e as dificuldades encontradas no transporte de medicamentos que possuem restrições de armazenamento e temperatura. Ainda não são enviados medicamentos sujeitos a controle especial devido à vedação expressa no artigo 34 da Portaria nº 344/1998 e suas atualizações.¹⁷

FLUXO E FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO

No atendimento de fluxo normal da Farmácia do Paraná, os atendentes da farmácia verificam

se o usuário se encaixa nos critérios estabelecidos pela Resolução SESA nº 492/2017.¹¹ Caso o usuário preencha os critérios, ele é convidado a aderir ao serviço e, se demonstrar interesse, é entregue o termo de adesão para que seja assinado pelo usuário ou responsável legal.

Também, o usuário pode manifestar diretamente interesse e solicitar adesão ao serviço. Nas consultas farmacêuticas, já na primeira dispensação do medicamento, os usuários que se enquadram nos critérios são convidados a participar do serviço.

Para manutenção do cadastro no serviço de entrega em casa o usuário deve realizar a renovação da solicitação de medicamentos a cada três meses na

farmácia e manter os dados cadastrais atualizados. Ainda, no ato do recebimento do medicamento, o usuário ou pessoa autorizada por ele deve estar presente no endereço indicado. O autorizado é uma pessoa que o usuário autoriza a receber seus medicamentos por meio de formulário específico que deve ser preenchido e entregue na Farmácia. Em caso de ausência de alguém para receber o medicamento, o mesmo retorna à agência dos Correios e são realizadas mais duas tentativas, que se frustradas, o medicamento retorna à Farmácia.

O usuário será desligado do serviço quando da alteração do tratamento, com a inclusão de algum medicamento não relacionado no elenco do serviço ou suspensão de todos os medicamentos prescritos e relacionados no elenco; mudança de esfera de gestão dos medicamentos; não comunicação da alteração de endereço de entrega à Farmácia do Paraná; três tentativas consecutivas de entrega frustradas, entre outros descritos na resolução.

Para funcionamento interno do serviço foi estruturado um espaço físico para realização de atendimentos presenciais e armazenamento de medicamentos, preparo das embalagens para envio, e área para expedição dos itens. Também foi montada uma equipe, composta por uma farmacêutica e duas técnicas que atuam diretamente na realização dos procedimentos que envolvem o serviço.

A fim de otimizar os custos de entrega, os usuários contemplados com o serviço recebem o medicamento para três meses de tratamento, conforme vigência estabelecida na avaliação técnica do protocolo, seguindo o estabelecido nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde (MS)¹⁸ ou pela SESA.

Os procedimentos adotados internamente no setor de Entrega em Casa para o funcionamento do serviço estão descritos na Figura 2. A separação, conferência e embalagem dos medicamentos para envio são realizadas pela equipe do setor de Entrega em Casa. As embalagens secundárias dos medicamentos são envoltas em plástico bolha

e então colocadas dentro das embalagens para transporte personalizadas do serviço de entrega em casa (Figura 3), para evitar o balanço e possível ruptura da integridade das formas farmacêuticas devido a impactos. Essas embalagens contam ainda com um folheto explicativo do serviço a cada envio com as informações de cuidados gerais no uso de medicamentos, e de contato em caso de dúvidas e nome do farmacêutico responsável pelo serviço.

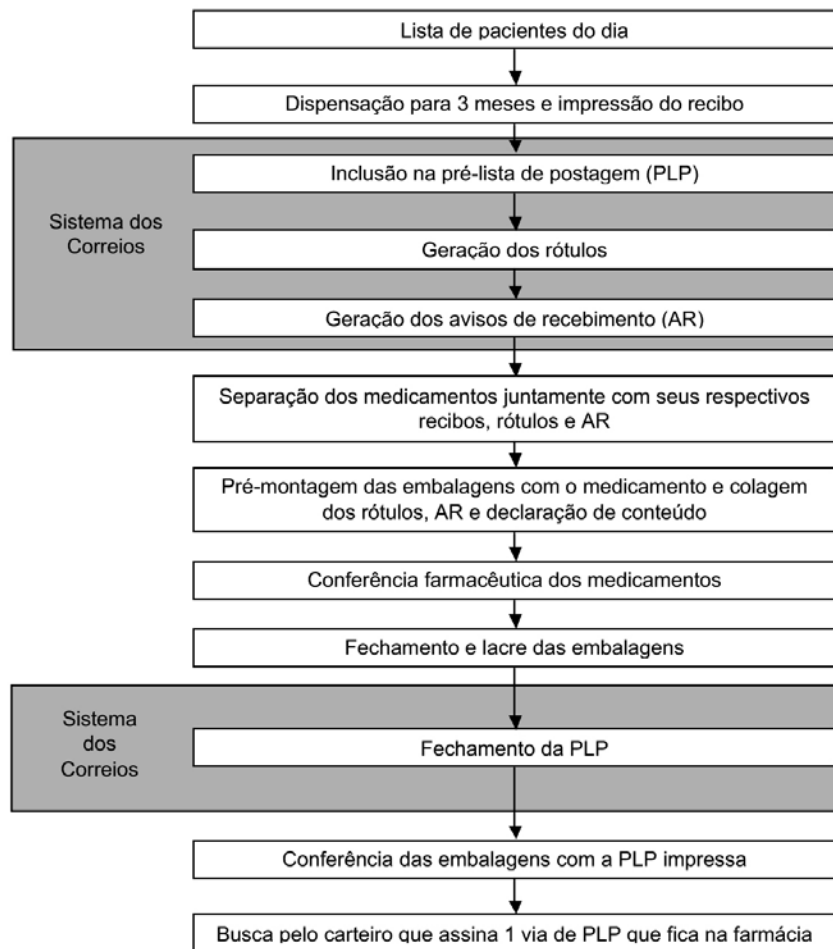
Atualmente a SESA tem contrato vigente do serviço de SEDEX com a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (Correios), que realiza as entregas e disponibiliza o Sistema Integrado de Gerenciamento de Endereços e Postagens (SIGEP). O SIGEP armazena o banco de dados dos endereços de entrega dos destinatários e gera uma lista de postagem que emite os rótulos de identificação, com dados do remetente, destinatário e observações acrescentadas pela farmácia. Essa lista de postagem gera também o Aviso de Recebimento (AR) que comprova a entrega do medicamento ao destinatário.

Além disso, o serviço de SEDEX contratado pela SESA-PR emite um número de rastreamento do objeto postado, que possibilita localizar, via site dos Correios, o item postado para o destinatário pela farmácia. Esse número de rastreamento é enviado ao destinatário por mensagem de texto (SMS) para o celular do paciente cadastrado no SIGEP.

A coleta das embalagens contendo os medicamentos é realizada no período da tarde e entregue aos usuários no dia seguinte. Às sextas-feiras, não há envio de medicamentos para evitar que as embalagens fiquem retidas nas sedes dos Correios durante o final de semana. Ao retornarem, os AR são anexados aos recibos de dispensação e então arquivados.

O usuário recebe a quantidade de medicamento referente a três meses de tratamento de uma única vez e retorna até a farmácia somente para renovação do processo.

Figura 2 : Fluxo interno de procedimentos adotados no Entrega em Casa.



Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

Figura 3 : Embalagem final personalizada utilizada pelo serviço.



AVALIAÇÃO DO SERVIÇO

O serviço é avaliado através de uma pesquisa de satisfação do usuário. O questionário é entregue e preenchido pelo usuário enquanto aguarda a renovação do processo de medicamento na farmácia e o devolve ao término do atendimento. A pesquisa conta com algumas perguntas para traçar um perfil do usuário, saber a origem do conhecimento do serviço e avaliação específica quanto à adesão e entrega. Ainda conta com um espaço para sugestões e uma avaliação final de satisfação geral de 1 a 5 estrelas, sendo 5 a pontuação mais alta.

BALANÇO DA EXPERIÊNCIA

Até o presente momento o serviço está funcionando adequadamente e conta com 1.500 usuários ativos com uma média de 500 entregas por mês. A meta é atingir 5.000 usuários cadastrados no serviço até dezembro de 2018. Foram distribuídas cerca de 217.400 unidades de medicamentos até meados de abril de 2018. São atendidos em sua maioria pacientes em tratamento para dislipidemia, representando 65 % do total cadastrado, ou seja, 973 usuários.

Da pesquisa de satisfação realizada foram tabulados dados de 76 formulários, dos quais 69 usuários (91%) atribuíram nível máximo de 5 estrelas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O serviço é um piloto e está em fase de monitoramento, que será avaliado ao final de 12 meses. Até então, o serviço está auxiliando na melhoria do acesso do atendimento da Farmácia do Paraná, tanto na comodidade para os idosos que não precisam vir até a farmácia para retirar seus medicamentos, quanto para os outros usuários que não são beneficiados diretamente pelo serviço, mas tem seu tempo de espera reduzido pela diminuição do fluxo na farmácia.

O serviço foi amplamente divulgado nas mídias impressas e televisivas com relatos de satisfação de usuários beneficiados.¹⁹⁻²¹ Consolidado o serviço, o desafio é de atingir a meta, mantendo a regularidade das entregas e a satisfação do usuário.

CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores não possuem qualquer conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. [Internet]. Rio de Janeiro; 2014. 183 p. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>
2. World Health Organization. From Burden to "Best Buys": Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. [Internet]. Geneva; 2011. Available from: http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary/en/
3. Oliveira MA, Luiza VL, Tavares NUL, Mengue SS, Arrais PSD, Farias MR, et al. Access to medicines for chronic diseases in Brazil: a multidimensional approach. Rev Saúde Pública [Internet]. 2016;50(suppl 2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300303&lng=en&tlng=en
4. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Assistência Farmacêutica [Internet]. [cited 2018 Apr 16]. Available from: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3059>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) [Internet]. [cited 2018 Apr 25]. Available from: <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmacutica/medicamentos-rename/componente-especializado-da-assistencia-farmacutica-ceaf>
6. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019. Curitiba: SESA; 2016. 1-200 p.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [Internet]. Brasília: IBGE; 2015. Available from: brasilensintese.ibge.gov.br/trabalho.%0Ahtml
8. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Dados Sismedex. 2018.
9. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Programa Farmácia de Minas em Casa [Internet]. [cited 2018 Feb 28]. Available from: <http://saude.mg.gov.br/gripe/>

story/3870-governo-de-minas-lança-programa-para-entregar-medicamentos-em-domicilio-sesmg

10. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Programa Farmácia de Minas em Casa [Internet]. [cited 2018 Feb 28]. Available from: <http://saude.mg.gov.br/aids/story/9994-nota-sobre-o-programa-farmácia-de-minas-em-casa>

11. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Resolução SESA no 492, de 19 de setembro de 2017. Dispõe sobre a instituição do Serviço "Farmácia do Paraná - Entrega em Casa" como parte integrante do Programa Farmácia do Paraná. 2017;

12. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa Medicamento em Casa [Internet]. [cited 2018 Feb 27]. Available from: http://www.hc.fm.usp.br/index.php?option=com_content&view=article&id=400&Itemid=298

13. São Paulo. Prefeitura de São Paulo. Remédio em Casa [Internet]. [cited 2018 Feb 27]. Available from: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/programas/index.php?p=5875>

14. Santa Catarina. Pomerode. Decreto no 3050 de 21 de janeiro de 2016. Define as diretrizes para a gestão e funcionamento do programa "Remédio a Domicílio" no município de Pomerode. Pomerode: Diário Oficial dos Municípios de Santa Catarina; 2016.

15. Macroplan. Avaliação Estratégica: Análise SWOT Macroplan® - Prospectiva, Estratégia & Gestão. Mimeo; 2007.

16. Brasil. Lei no 10.741, de 1o de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. [Internet]. 2003. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm

17. Brasil. Portaria n. 344, de 12 de maio de 1998. Ministério da Saúde. 1998.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas [Internet]. [cited 2018 Feb 27]. Available from: <http://portalms.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>

19. Banda B. Moradores de Curitiba vão receber medicamentos gratuitos em casa; saiba como [Internet]. 2017. Available from: <http://www.bandab.com.br/cidades/moradores-de-curitiba-vaoreceber-medicamentos-gratuitos-em-casa-saiba-como/>

20. Globo Comunicação e Participações S.A. Idosos que participam do programa Farmácia Paraná começam a receber medicamentos em casa [Internet]. 2017. Available from: <http://g1.globo.com/pr/parana/videos/t/todos-os-videos/v/idosos-que-participam-do-programa-farmacia-parana-comecam-a-receber-medicamentos-em-casa/6230623/>

21. Bem Paraná. Governo lança serviço de entrega domiciliar de medicamentos [Internet]. 2017. Available from: <https://www.bemparana.com.br/noticia/governo-lanca-servico-de-entrega-domiciliar-de-medicamentos->

RECEBIDO: 15/03/2018

ACEITO: 16/05/2018

EVENTOS ADVERSOS: ESTRATÉGIAS E INCENTIVOS PARA NOTIFICAÇÕES HOSPITALARES

Adverse events: strategies and incentive for hospital notifications

Aline Aparecida Oliveira Moreira¹, Gisele Carvalho Remondi², Maria Claudia do Carmo Ortega³, Silvana Verlingue⁴, Natália Najara Conceição Ortega⁵

1. Universidade Estadual de Londrina. Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2621-7078>.
2. Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0458-7753>.
3. Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4451-1780>.
4. Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2137-1110>.
5. Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1229-5902>.

CONTATO: Aline Aparecida Oliveira Moreira | Rua das Orquídeas, 75 | Londrina | Paraná | Brasil | CEP 86042-180 | E-mail: alineaoliveira@yahoo.com.br

COMO CITAR Moreira AAO, Remondi GC, Ortega MCC, Verlingue S, Ortega NNC. Eventos adversos: estratégias e incentivos para notificações hospitalares. R. Saúde Públ. 2018 Jul.;1(1):101-107.



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 é um relato de experiência sobre os incentivos e estratégias adotadas pelo Núcleo de Segurança do Paciente, para promoção de ações que resultem no aumento no número de notificações de eventos adversos. Objetivou-se avaliar os resultados das estratégias adotadas para notificação de eventos adversos no Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade. Foram realizadas diversas ações a fim de promover a identificação

de incidentes relacionados à segurança do paciente. A mais efetiva constitui-se na criação de formulário simplificado e instalação de urnas em locais estratégicos. A partir dos resultados obtidos, verificou-se um aumento significativo das notificações, ampliação dos notificadores e diversificação dos eventos relacionados que interferem na qualidade da assistência. O advento destas novas informações possibilitam o (re) direcionamento de ações para melhoria da assistência e segurança do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente. Gerenciamento de segurança. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. Hospitais.

ABSTRACT The present work is an experience report on the incentives and strategies adopted by the Patient Safety Center to promote the reporting of adverse events. The objective of this study was to evaluate the results of strategies adopted to report adverse events at the Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade. Several actions were taken to promote the identification of incidents related to patient safety. The most effective one is the creation of a simplified form and installation of ballot boxes at strategic locations. From the results obtained, there was a significant increase in notifications, increase of notifiers, and diversification of related events that interfere in the quality of care. The advent of this new information allows (re)directing actions to improve patient care and safety.

KEYWORDS: Patient Safety. Safety Management. Quality Indicators, Health Care. Hospitals.

INTRODUÇÃO

A busca pela qualidade do cuidado à saúde envolve o compromisso de instituições e profissionais com a garantia da segurança do paciente. Mudanças na cultura e no processo de trabalho relacionam-se diretamente com a redução dos riscos inerentes à prestação da assistência, um sistema complexo de relações passível de erros e/ou eventos adversos¹.

O Ministério da Saúde brasileiro define eventos adversos como incidentes no processo de assistência ao usuário que resultam em dano à saúde². Por sua vez, os erros consistem em falhas na execução de uma ação planejada. Os termos se diferenciam pelo fato de que os eventos adversos remetem-se ao resultado do cuidado e podem ser decorrentes de erros no processo de prestação da assistência à saúde¹.

A elaboração de protocolos específicos, a implementação de ações que sirvam como barreira de segurança e a educação permanente em consonância com as necessidades da equipe são estratégias simples e efetivas para a prevenção e redução de riscos e danos nos serviços de saúde hospitalares. Compreender os riscos e as características da assistência hospitalar contribui com elementos importantes para a melhoria da assistência prestada³.

Uma forma das instituições incentivarem o relato dos incidentes é fazer uso de um sistema de notificação de eventos adversos, que interliga ações a fim de detectar e analisar eventos adversos e situações de risco, além de auxiliar no direcionamento de quais atividades educacionais devem ser desenvolvidas para melhorar a segurança

de pacientes durante sua internação. Entretanto, estudos assinalam que, devido à subnotificação, esse tipo de sistema não capta a totalidade dos eventos adversos que ocorrem nas instituições⁴.

Torna-se importante identificar as causas que levam à subnotificação dos eventos adversos, para determinar as estratégias a serem desenvolvidas no intuito de encorajar a notificação dos eventos observados e, conseqüentemente, promover a política de segurança do paciente da instituição.

Ao considerar os desafios impostos pela subnotificação em todos os níveis dos serviços de saúde, o objetivo deste trabalho foi avaliar os resultados das estratégias adotadas para notificação de eventos adversos no Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade, Londrina-PR.

ANÁLISE CONTEXTUAL

A cidade de Londrina, situada no estado do Paraná, conta com uma complexa rede de assistência à saúde, sendo referência para municípios localizados na região norte do estado e em estados vizinhos.

Nesta rede de atenção à saúde, encontra-se o Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade – Hospital Zona Sul de Londrina (HZS), um hospital público de nível secundário vinculado à Superintendência de Unidades Próprias (SUP) da Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Referência em atendimentos para o SAMU e SIATE na média complexidade, o HZS está localizado na região sul de Londrina e funciona com porta aberta, atendendo casos de urgência e emergência, além de atendimento cirúrgico eletivo nas seguintes especialidades: ginecologia, vascular, otorrinolaringologia, plástica, infantil, mastologia, cirurgia geral e odontologia. O Pronto Socorro atende clínica médica, trauma e pediatria, entre outros. A média de atendimentos por mês é de 568 internações, 229 cirurgias eletivas e 2.435 atendimentos de Pronto Socorro.

O HZS segue o Sistema de Gestão da Qualidade adotado pela SUP e o cumprimento

de normas e padrões estabelecidos por órgãos regulamentadores para prestar uma assistência assertiva e de qualidade dentro de suas competências. Diante da Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) – RDC nº 36/2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde⁵, iniciou-se, na instituição, um processo para atender a esta normativa.

No mesmo ano da publicação da RDC nº 36 foi criado no HZS um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). À época, o processo para monitoramento dos eventos adversos iniciava com a notificação dos indicadores manualmente por cada setor assistencial, onde exclusivamente o enfermeiro realizava o preenchimento da planilha com descrição dos casos ocorridos. Posteriormente, o NSP realizava a análise dos indicadores em busca retrospectiva dos casos e realizava as notificações.

Em 2016, a planilha com os indicadores foi digitalizada e disponibilizada na rede interna dos setores assistenciais. A partir disto, iniciou-se um acompanhamento dos casos notificados e busca ativa deles. Ainda assim, o NSP estimava que houvesse subnotificação dos casos, uma vez que permanecia apenas o enfermeiro sendo o responsável pela notificação.

No ano de 2017, a primeira ação a fim de tentar ampliar a cultura de notificação foi associar à planilha de indicadores uma pasta colorida com os formulários de notificação e descrição das condutas adotadas diante dos eventos notificáveis. As pastas coloridas identificadas com letras grandes foram entregues em cada setor, com intenção de sensibilizar toda a equipe a realizar a notificação. Diariamente era realizada a busca ativa dos casos que se encontravam preenchidos na planilha e na pasta de notificações. A segunda ação constituiu-se na integração do NSP ao Comitê da Qualidade (CQ), obtendo a nomenclatura de Comitê da Qualidade e Segurança do Paciente (CQSP). Sendo assim, uniram-se esforços para a melhoria contínua e promoção da cultura da notificação dos incidentes.

Apesar da melhora do número de notificações, ainda assim havia inquietação do CQSP, pois o

enfermeiro permanecia como o único notificador no processo. Na busca por melhor adesão às notificações, o CQSP optou por criar uma urna e impresso simplificado para notificação de qualquer evento ou achado que pudesse interferir na qualidade da assistência e segurança do paciente. A proposta ampliava a notificação dos eventos para além do que é exigido pela ANVISA⁶.

Assim, o CQSP, com o apoio da direção do hospital, criou urnas com materiais disponíveis na própria instituição e um impresso de notificação de eventos adversos simplificado, permitindo inclusive o anonimato do notificador. O enfoque foi a notificação sem medo da punição, pois as ações que resultariam não teriam caráter punitivo.

Após um mês da instalação das urnas, foi realizada uma avaliação da potencialidade das estratégias adotadas, incluindo a comparação das notificações dos meses de fevereiro dos três últimos anos (2016, 2017 e 2018).

RESULTADOS

A implantação das urnas foi feita em locais estratégicos de todos os setores do serviço, tanto assistenciais quanto administrativos. A divulgação deste novo meio de notificação foi realizada nos setores durante a instalação das urnas, no recolhimento das notificações das pastas setoriais, nos treinamentos realizados, por meio de mídias sociais e de mural específico (Figura 1). Foi ressaltada que a notificação não tem o objetivo de gerar punição.

As estratégias propostas pelo CQSP para melhorar a quantidade e qualidade das notificações relacionadas à segurança do paciente revelaram um resultado positivo ao longo dos anos. Contudo, observou-se que a estratégia da utilização das urnas ocasionou um aumento expressivo do número de notificações. Tendo como base para avaliação o número de notificações realizadas no mês de fevereiro, observou-se que em 2016, 2017 e 2018 foram registradas duas, 15 e 70 notificações, respectivamente.

Figura 1. Folder de divulgação da urna de notificação de eventos adversos do Hospital Zona Sul de Londrina-PR.



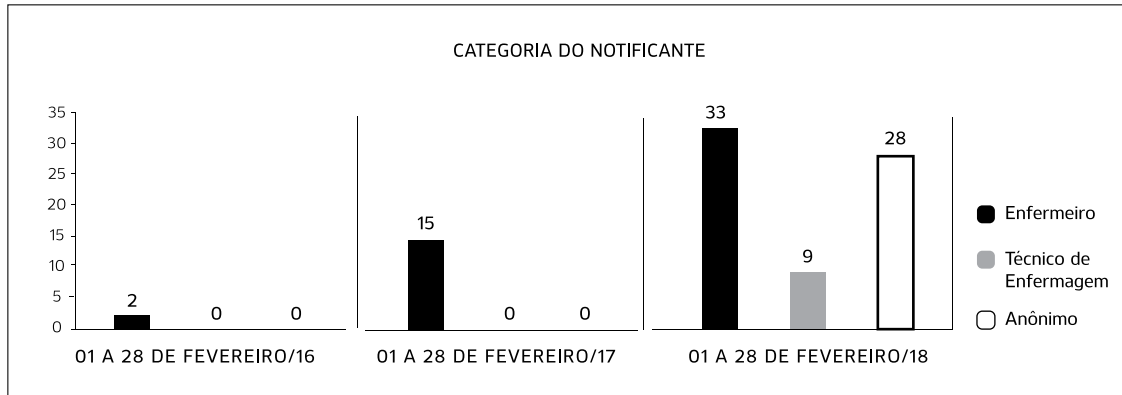
Fonte: Elaborada pelos autores (2018)

Além de aumentar o número mensal das notificações, outra intenção era a ampliação dos servidores notificadores para além dos enfermeiros. Esta meta também foi alcançada, visto que, com as urnas, profissionais de nível médio e aqueles que têm receio em identificar-se também fizeram notificações (Figura 2).

Outro aspecto importante foi a ampliação das categorias dos incidentes notificados. Com as estratégias utilizadas anteriormente, prevaleciam os eventos adversos e, em menor escala, os incidentes sem dano. Com o advento da urna, foi possível ampliar o conhecimento sobre os vários casos, que possivelmente estavam subnotificados na instituição. Estas novas informações possibilitam o (re)direcionamento de ações para melhoria da assistência e segurança do paciente (Figura 3).

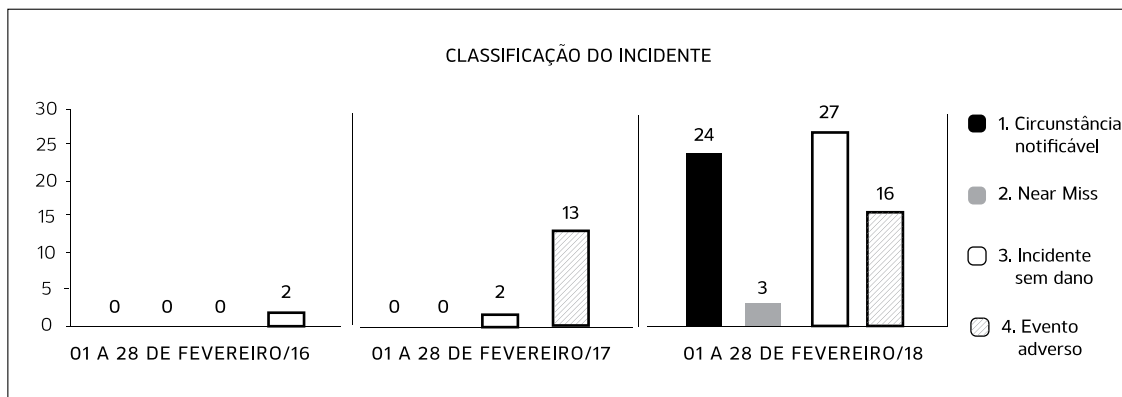
Ao analisar as características de cada notificação realizada no mês de Fevereiro/2018, verifica-se o predomínio das notificações

Figura 2. Categoria dos profissionais que realizaram as notificações dos eventos adversos nos meses de fevereiro de 2016 a 2018.



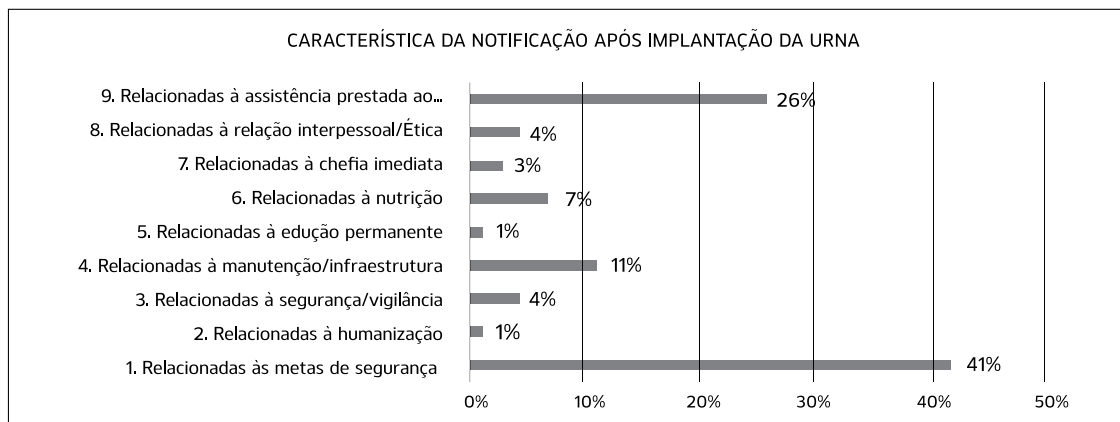
Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Figura 3. Classificação dos incidentes notificados nos meses de fevereiro de 2016 a 2018.



Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Figura 4. Características das notificações realizadas por meio da urna no mês de fevereiro de 2018



Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

relacionadas às metas de segurança, contudo, em números expressivamente maiores que os encontrados anteriormente. Foram também elencados outros pontos importantes (Figura 4) para a identificação das fragilidades do hospital, favorecendo um planejamento de ações adequado à situação exposta.

A urna favoreceu não apenas a notificação dos itens necessários às metas de segurança, como também constitui um canal aberto para o funcionário elencar fatores que interferem na qualidade da assistência, sem o medo de expor um colega de trabalho ou um membro da equipe para sua chefia.

REFLEXÃO

A cultura de segurança precisa ser desenvolvida nas instituições brasileiras com urgência, visto que no país apenas em 2013 foi publicado o Programa Nacional de Segurança do Paciente², contudo em 2004 já havia sido criada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com a finalidade de estabelecer metas, diretrizes e estratégias relacionadas ao tema pela Organização Mundial de Saúde⁷

O estabelecimento de uma cultura de segurança contribui para um trabalho seguro nos serviços por meio da comunicação efetiva, do compartilhamento de conhecimento e do trabalho em equipe, principalmente porque a maior parte dos eventos adversos seriam evitáveis⁸.

Os profissionais de saúde têm consciência da importância das notificações dos eventos adversos, contudo observa-se resistência ocasionada pelo medo e desconhecimento dos objetivos do processo. Além disso, prejudica a notificação o fato dos atores envolvidos não se empoderarem de seus respectivos papéis no âmbito da segurança do paciente nas instituições hospitalares⁹.

A observância de alguns aspectos pode contribuir para diminuição das subnotificações, como o uso formulários claros e concisos, a confidencialidade dos casos e o anonimato nas notificações, por promover segurança ao profissional que realmente não terá caráter punitivo. O plano de ação realizado pela chefia responsável para tratamento da notificação é outra estratégia utilizada frente ao incidente^{9,10}.

Deste modo, a confecção de urnas com materiais recicláveis disponíveis na própria instituição não ocasionou ônus; pelo contrário, revelou-se uma ferramenta simples e útil para incentivar as notificações dos eventos adversos e agregar ao processo de gestão um novo canal de comunicação para a comunidade hospitalar sem receio de julgamentos e punição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de melhoria da qualidade da assistência é dinâmico e contínuo. A adoção de ações de incentivo das notificações para evidenciar os eventos adversos proporcionou o conhecimento de vários incidentes que estavam subnotificados na instituição, não se limitando apenas nas metas de segurança do paciente. A ação mostrou-se um canal efetivo de comunicação adotado pelos trabalhadores, evidenciando atividades e atitudes que precisam ser corrigidas e melhoradas no cotidiano da instituição.

REFERÊNCIAS

1. Souza VS, Kawamoto AM, Oliveira JLC, Tonini NS, Fernandes LM, Nicola AL. Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. *Cogitare Enferm.* 2015; 20(3): 475-482.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 529 de 01 de abril de 2013. Institui o programa nacional de segurança do paciente. *Diário Oficial da União*, 02 abr. 2013.

3. Sartor GD, Silva BF, Masiero AV. Segurança do paciente em hospitais de grande porte: panorama e desafios. *Cogitare Enferm.* 2016; 21(esp):01-08.
4. Paiva MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMC. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. *Rev Latinoam Enf.* 2014 Oct; 22(5):747-754.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC Nº 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Oficial da União*, 26 jul. 2013.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
7. World Health Organization. Patient Safety. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report. Geneva: WHO; 2009.
8. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013; 18(7):2029-2036.
9. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. *Rev Esc Enferm USP.* 2017; 51: e03243.
10. Lorenzini E, Santi JAR, Bão ACP. Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014; 35(2):121-127.

RECEBIDO: 02/03/2018

ACEITO: 16/05/2018

O USO DO REIKI NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE E NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

The use of reiki in Health Care and the in the Unified Health System

Sérgio Spezzia¹, Solange Spezzia²

1. Cirurgião Dentista. Especialista em Gestão Pública pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Mestre em Ciências pela Escola Paulista de Medicina – UNIFESP. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5622-5581>.
2. Terapeuta Holística e Reikiana. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3827-8780>.

CONTATO: Rua Silva Bueno, 1001 | São Paulo | São Paulo | CEP 04208-050 | E-mail: sergio.spezzia@unifesp.br

COMO CITAR Spezzia S, Spezzia S. O uso do Reiki na assistência à saúde e no Sistema Único de Saúde. R. Saúde Públ. 2018 Jul.;1(1):108-115.



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 artigo foi investigar como procede a prática do Reiki e averiguar como é feito o atendimento com o Reiki no Sistema Único de Saúde (SUS). Foi realizada revisão bibliográfica, envolvendo estudos sobre como procede a prática do Reiki, incluindo os atendimentos que são feitos com essa técnica no SUS. A pesquisa foi feita nas bases de dados: LILACS e Google Acadêmico. Em 60% dos estudos consultados, verificou-se que nos últimos 07 anos o uso do Reiki tem crescido entre médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas e que outros profissionais de saúde aplicam a técnica em hospitais, unidades de emergência, unidades psiquiátricas, salas de cirurgia e nos cuidados paliativos. Concluiu-se que, sob o enfoque dos princípios básicos preconizados pelo SUS que abrangem a prevenção e a integralidade dos atendimentos, o Reiki contribui para melhor aproveitamento dos recursos públicos e para melhoria na qualidade de vida dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Terapias Complementares. Sistema Único de Saúde. Integralidade em Saúde.

ABSTRACT The purpose of this article was to investigate how the practice of Reiki proceeds and to investigate how Reiki care is done in the Unified Health System (SUS). A bibliographic review was carried out, involving studies on how Reiki practice proceeds, including the consultations that are done with this technique in the SUS. The research was done in the databases: LILACS and Google Scholar. In 60% of the studies consulted, it has been verified that in the last 7 years the use of Reiki has grown among doctors, nurses, dentists and other health professionals apply the technique in hospitals, emergency units, psychiatric units, operating rooms and in palliative care. It was concluded that, under the emphasis of the basic principles recommended by the SUS that cover prevention and integral care, Reiki contributes to a better use of public resources and to improve the quality of life of patients.

KEYWORDS: Complementary Therapies. Unified Health System. Integrality in Health.

INTRODUÇÃO

Em conformidade com a Organização Mundial da Saúde (OMS), Terapias Alternativas, Complementares e/ou Integrativas são designadas como prática não alopática de assistência à saúde. Nelas busca-se a prática holística do atendimento, fundamento que se baseia no vínculo forte firmado entre os pacientes e os profissionais de saúde praticantes. Essas terapias englobam o reiki, a meditação, a acupuntura, a terapia com florais, a naturopatia, a fitoterapia, dentre outras¹².

Segundo estimativa da OMS (2002)², o emprego dessas terapias em países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento havia aumentado bastante. A OMS por intermédio de documento intitulado "Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005", almeja incrementar essas práticas, concomitantemente buscando que elas sejam empreendidas racionalmente com qualidade, segurança e eficácia.

As terapias alternativas podem ser agrupadas em terapias físicas; hidroterapia; fitoterapia; nutrição; ondas, radiações e vibrações; terapia de exercícios individuais e terapias mentais e espirituais. As terapias mentais e espirituais incluem o reiki, a meditação, o toque terapêutico, o relaxamento psic muscular, a cromoterapia, entre outras³.

No Brasil, as práticas integrativas e complementares em saúde (PIC)⁴ são denominadas pelo Ministério da Saúde como Medicina Tradicional Alternativa e Complementar (MAC). As MAC não são consideradas integrantes das práticas de Medicina Convencional. Fazendo-se uso das PIC torna-se viável tratar os indivíduos como um todo, na causa central dos males apresentados e não se visa apenas e tão somente abranger os sintomas⁵.

As PIC visam acolher o sujeito, valorizando sua singularidade e subjetividade, por meio de uma postura autoeducativa que visa o desenvolvimento do potencial humano, buscando incentivo ao autoconhecimento, autocuidado e autotransformação. Essa prática possui alguns benefícios como baixo custo e eficácia⁶. Sabe-se que, nesse contexto, os conceitos de eficácia, eficiência e efetividade são extremamente importantes quando da elaboração de políticas públicas de saúde. A eficácia é uma medida que visa alcance de resultados, ela se preocupa com os fins e almeja alcançar os objetivos, enquanto que a eficiência é uma medida da utilização dos recursos, ela representa uma relação entre custos e benefícios e está voltada para a melhor maneira ou método pelo qual as coisas devem ser feitas ou executadas, com a finalidade de que os recursos

sejam disponibilizados da maneira mais racional possível. Nela inexistente preocupação com os fins, ocorre preocupação apenas com os meios⁷ Outro conceito que está correlacionado é a efetividade, nela a preocupação principal consiste em verificar a real necessidade e oportunidade para aplicação de medidas pelo governo, deixando claro que alguns setores serão beneficiados, enquanto outros não. A efetividade agrega os aspectos positivos que existem na eficiência e na eficácia^{8,9}.

O Reiki ou "energia vital universal", dentre as PIC, constitui método preventivo, natural de cura, que almeja propiciar equilíbrio e harmonia da saúde física, mental, energética, emocional e espiritual. Atualmente o Reiki encontra-se bastante difundido no mundo, por propiciar recursos de autocuidado e autodesenvolvimento que podem auxiliar bastante os indivíduos⁶.

O objetivo deste artigo foi investigar como procede a prática do Reiki e averiguar como é feito o atendimento com a terapia Reiki no Sistema Único de Saúde.

METODOLOGIA

Foi realizado estudo de revisão narrativa da literatura, envolvendo artigos, trabalhos e estudos sobre como procede a prática do Reiki, incluindo os atendimentos que são feitos com essa técnica no SUS.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Google Acadêmico. No LILACS empregou-se a expressão de busca: reiki and práticas integrativas complementares e obteve-se 16 registros. No Google Acadêmico utilizou-se a expressão de busca: reiki and sistema único de saúde and português and inglês and 2017 and 2016 and 2015 and 2014 and 2013 and 2012 and 2011 e obteve-se 36 resultados para consulta. Na base LILACS dos 16 estudos encontrados, 01 foi excluído por não possuir conteúdo concernente com o pesquisado; 01 foi excluído por possuir texto em espanhol e 09 foram excluídos por terem sido

publicados em data anterior à delimitada para busca nos critérios de inclusão. Foram incluídos, portanto, 05 estudos. Na base Google Acadêmico, dos 36 registros encontrados, excluiu-se 10 por não possuírem conteúdo satisfatório para o desenvolvimento da pesquisa e 02 por estarem em outro idioma. Foram incluídos 24 estudos.

Apontamentos de livros, monografias, dissertações e teses sobre essa mesma temática também foram considerados e incluídos no artigo.

Os critérios de inclusão adotados levaram em consideração, estudos e artigos publicados nos idiomas inglês e português, nos últimos sete anos que versavam sobre o tema.

Excluíram-se artigos que não tinham conteúdo concernente com o selecionado para pesquisa, que eram de outros idiomas e que tinham sido publicados em data anterior à delimitada para busca.

REVISÃO DE LITERATURA

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO REIKI E DE SUA PRÁTICA

O Reiki veio ao Ocidente trazido por Hawayo Takata, que havia conhecido a técnica no Japão em 1935¹⁰. Essa técnica apesar de ser oriunda do Japão agrega inúmeros adeptos em território brasileiro, possuindo aceitabilidade, tanto nos serviços públicos como nos privados¹¹. O significado da palavra Reiki advém de duas palavras japonesas, o *Rei*, que significa Universal e o *Ki*, que significa energia vital^{10,12,13}.

O emprego da técnica ocorre por intermédio da imposição das mãos do aplicador reikiano sobre os pacientes, havendo dessa forma a estabilização dos canais de energia e o equilíbrio energético do organismo, propiciando resolução dos problemas de saúde¹⁴. Utiliza-se técnica de harmonização energética pela imposição das mãos em determinadas regiões ou locais do corpo, o que é capaz de restabelecer o equilíbrio da energia circulante. Nela uma pessoa transmite energia vital

universal para outra, utilizando as mãos, no intuito de promover cura, potencializar a força vital e de agir equilibrando energias do corpo. A energia de cura segue para o corpo do paciente, advinda do ato de imposição das mãos, que age promovendo a autocura^{12,13,15-17}. A energia é transmitida em vários níveis simultaneamente, no nível físico, mental, emocional e energético¹⁸.

A aplicação do Reiki pode ser realizada em qualquer pessoa, sejam elas crianças, adultos ou idosos e comumente ocorre em centros energéticos do corpo denominados de *chakras*, os quais têm ligação com as glândulas, órgãos, vísceras e com o Sistema Nervoso. A palavra *chakra* significa roda no vocabulário sânscrito. Os sete *chakras* principais estão alinhados no sentido vertical da base do tronco ao topo da cabeça. Cada *chakra* possui uma cor e tem relação com a manutenção das funções físicas e emocionais, estando eles conectados a determinada glândula endócrina ou plexo nervoso. Os *chakras* absorvem energia universal primária, segmentam-na e enviam-na pelos *nadis* (rios de energia) ao sistema nervoso, sangue e glândulas endócrinas, visando alimentar o corpo¹⁰. Têm-se grandes e pequenos *chakras* ao longo do corpo, o primeiro, que é chamado *chakra* da raiz está localizado próximo ao cóccix; o segundo, *chakra sacral* ou esplênico, acha-se postado abaixo do umbigo ou próximo do baço; o terceiro, do plexo solar, localiza-se no abdômen em sua parte superior, embaixo do esterno; o quarto, chamado de *chakra* do coração, acha-se situado na parte média do esterno, sobre o coração ou timo; o quinto, *chakra* da garganta, está situado no pescoço, vizinho ao pomo de adão, sobre a laringe e tireoide; o sexto, da testa, denominado de anja, está postado na parte média da fronte, acima do nariz e o sétimo acha-se situado na porção do alto da cabeça. Todos os *chakras* devem funcionar perfeitamente, caso um deles cesse suas atribuições teremos problemas na absorção de energia, acarretando no não fornecimento de energia a determinadas células e órgãos do corpo. A terapia pelos *chakras* possibilita alimentar o corpo com energia, proporcionando bem-estar ao paciente, indo além do corpo físico¹⁹.

Os níveis de Reiki são nível I, II e III. No nível I, que é denominado o despertar, o indivíduo é apresentado ao contexto histórico da terapia, recebendo um símbolo, o *CHO KU REI*, que pode agir e ativar energia. No nível II, denominado de transformação, ensina-se os indivíduos a transmitir e preparar a transmissão do Reiki à distância, nessa fase recebe-se mais dois símbolos de Reiki, o *SEI HE KU* e o *HON SHA ZE SHO NEN*. No nível III, ocorre uma divisão em dois níveis IIIA e IIIB. No nível IIIA é denominado mestre de si e o reikiano recebe conhecimentos acerca de como demonstrar flexibilidade frente às intempéries do cotidiano e recebe símbolos de Reiki idênticos aos dos níveis anteriores. No nível IIIB, designado de mestre professor, o reikiano recebe ensinamentos sobre como promover a iniciação a novos reikianos, recebendo os mesmos símbolos de níveis anteriores, além dos símbolos empregados pelo mestre para realizar as iniciações, são eles: *DAI KOO MIO*, *RACU* e SERPENTE DE FOGO²⁰.

No decorrer da aplicação do Reiki, convém seguir alguns procedimentos para se obter bons resultados, e, para tal, paciente e profissional devem manter pernas, braços e dedos descruzados, no intuito de evitar cessação do fluxo de energia; o reikiano posiciona-se por detrás do paciente para dar início à sessão, nesse contexto, pode ser adequado usar incensos e música suave; a duração da sessão oscila entre 45 e 60 minutos e cada posição deve ser mantida pelo paciente de 3 a 5 minutos, além disso, deve-se iniciar o tratamento pela cabeça, obedecendo as posições convencionais, entretanto, no decorrer da sessão, caso haja necessidade, pode-se posicionar as mãos sobre outras áreas^{21,22}.

Na habilitação para aplicar o Reiki, o praticante deve passar, portanto por uma iniciação, que ocorre em níveis, respeitando-se determinado espaçamento temporal para cada qual. Essa preparação deve ser feita por um mestre de Reiki, que se encontra gabaritado para ensino e iniciação. Sabe-se que no decorrer da iniciação é ministrada uma aula teórica e ocorre um ritual em que o aluno recebe uma harmonização ou sintonização

que fornecerá meios para que ele possa captar a energia vital do universo^{10,13,23}.

A aplicação da terapia, além de ser de baixo custo, não promove efeitos adversos e mostra-se segura, provavelmente devido ao fato, de que na atualidade não é necessário ocorrer licenciamento para atuar, exercendo a terapia Reiki¹².

O *National Center for Complementary and Alternative Medicine* classificou o Reiki como modalidade de medicina energética e o Reiki foi oficialmente recomendado pelo *National Health Service Trusts* e pelo *The Prince of Wales's Foundation for Integrated Health*. Nesse contexto, e na modalidade de medicina energética pode-se fazer uso dele em instituições assistenciais, como hospitais e postos de saúde¹³.

O uso do Reiki tem crescido nos últimos sete anos entre médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas e outros profissionais de saúde, e a técnica tem sido aplicada em hospitais, unidades de emergência, unidades psiquiátricas, salas de cirurgia e dentre os recursos usados nos cuidados paliativos. Na Literatura, entretanto, denota-se escassez de pesquisas ou estudos realizados em unidades básicas de saúde e na estratégia de saúde da família acerca do tema^{12,23}.

O REIKI NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA

No ano de 2006, por meio da Portaria 971 de 03 de maio, o Ministério da Saúde, obedecendo à diretriz preconizada pela OMS, firmou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS), fornecendo para atendimento cinco procedimentos (homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia)^{24,25}. O ato viabilizou o atendimento com uso dessas práticas por profissionais de saúde do SUS na Atenção Primária, tanto nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), como nas Equipes de Saúde da Família. Essa política visa promover, prevenir e recuperar a saúde, através da utilização de métodos baseados no acolhimento e em relações de vínculo terapêutico entre usuário,

família e profissionais envolvidos, almejando proceder a orientações acerca do autocuidado com a saúde, educando também os pacientes¹.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) detém papel de destaque, uma vez que reúne características peculiares que permitem melhor entrosamento entre as partes contactantes no decorrer dos atendimentos. Deve haver troca de informações constantemente entre as partes para que ocorra uma comunicação eficaz, além disso, a humanização dos atendimentos também contribui para inter-relacionamento positivo entre os profissionais de saúde e os indivíduos que buscam assistência à saúde²⁶. No SUS, ainda na Assistência à Saúde Básica ou Primária, as PIC, que devem ser coordenadas pela Estratégia de Saúde da Família, visam promover a integralidade nos atendimentos realizados²⁷.

A Portaria nº 849 de março de 2017, firmada pelo Ministério da Saúde, estabeleceu algumas outras terapias, que passaram a compor as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no SUS, incorporando 14 novas atividades, totalizando 19 práticas para atendimento, considerando as 5 práticas já existentes desde 2006. As 19 terapias disponíveis para uso da população passaram a ser constituídas por ayurveda, homeopatia, medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, plantas medicinais/fitoterapia, arteterapia, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, termalismo social/crenoterapia e yoga^{24,25,28}.

Nesse contexto, a partir de março de 2018 passaram a ser disponibilizadas mais 10 novas PICS para uso, são elas: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais, totalizando 29 terapias^{24,25}.

No âmbito do SUS, essas práticas complementares têm mostrado aceitação dos pacientes, que são os que buscam esses atendimentos e têm interesse por eles²⁹.

Na atualidade, 30% dos municípios pertencentes aos 27 estados e Distrito Federal dispõem de PICS na assistência à saúde, e existem 1.708 municípios brasileiros que possuem atendimento voltado para as PICS, havendo concentração de 78% dos serviços na Atenção Básica, que é considerada Porta de Entrada do SUS; 18% na Atenção Especializada ou Secundária e 4% na Atenção Terciária ou Hospitalar. Estima-se que cerca de 7.700 estabelecimentos fornecem PICS à população, configurando 28% das UBS com atendimento³⁰.

DISCUSSÃO

Segundo Cunha, (2011)³¹, o Reiki possibilita estabelecimento de equilíbrio entre o excesso ou a falta de vitalidade, o que é feito por profissional capacitado por intermédio do toque das mãos, do olhar e/ou do sopro em locais específicos do corpo dos pacientes, que apresentam bloqueios de energia. O objetivo pretendido é fortalecer o corpo do paciente, permitindo a liberação de toxinas causadoras de desequilíbrio, visando ainda propiciar estado de consciência favorável e vida plena.

Em suma, a terapia promove tratamento holístico, trata causas e sintomas das patologias, fortalecendo o sistema imunológico, aliviando a sintomatologia dolorosa e liberando as toxinas³¹. Convém enfatizar que as PICS, segundo denominação realizada pela OMS, configuram práticas que detêm custo diminuto frente à demanda de atendimentos de várias doenças, atuando coadjuvadamente aos tratamentos principais preconizados².

Alguns estudos verificaram que a prática do reiki em casos de estresse, ansiedade, fadiga e sedação mostrou-se positiva e foi capaz de atenuar quadros dolorosos presentes^{12,32}. Estudo realizado por Oliveira (2014)¹³, denotou que o Reiki possui perfil favorável nas intervenções terapêuticas realizadas para quadros de estresse, melhorando inclusive a qualidade de vida. Evidenciou-se também que são necessários mais estudos de natureza multidisciplinar para tornar possível a compreensão

dos possíveis mecanismos psicofisiológicos e físicos que estão envolvidos com o reiki.

Outro estudo afirma que existe interesse crescente pelas terapias complementares no âmbito do SUS. Profissionais de saúde da Atenção Primária apoiam seu uso, além disso, sabe-se que existe demanda elevada por atendimentos com essas terapias³³.

De acordo com Andrade & Costa (2010)³⁴, no Brasil o campo das PICs vem ascendendo e essas práticas têm sido disseminadas em igrejas, clínicas particulares, entidades não governamentais (ONGs), bem como em instituições públicas de saúde.

É importante que se proceda a conscientização dos profissionais de saúde acerca de como as PICs podem ser utilizadas, evitando desconhecimento para sua aplicabilidade clínica ou para encaminhamento de casos para tratamento por outros profissionais capacitados. Nas graduações na área da saúde as PICs não fazem parte da grade curricular da maioria das instituições. Algumas vezes ocorre ministração de disciplina acerca do tema, no entanto, inexistente formação satisfatória²⁷.

A aplicação do reiki permite a humanização do cuidado, uma vez obedecidos princípios de acolhimento, escuta, confiança, avaliação e possível encaminhamento adequado a outros profissionais de saúde quando necessário, visando resolução da demanda apresentada pelos pacientes³⁵.

O custo-benefício da terapia reiki no SUS pode mostrar-se vantajoso. O baixo custo somado à grande abrangência populacional são atrativos que levam à escolha dessa prática. Pode-se optar por utilizar essa terapia em doenças epidêmicas, estas que normalmente despendem quantidade grande de recursos públicos para tratamento e que com o emprego dessas terapias tendem a economizar recursos dos serviços públicos de saúde³⁶.

A técnica tem caráter preventivo e age na causa dos problemas, demonstrando desfecho satisfatório ao ser utilizada em casos de ansiedade, depressão, insônia, medo, pânico, nas situações com sintomatologia dolorosa presente e em outras situações que possuem indicação para uso^{37,38}.

O reiki pode ser aplicado em inúmeras doenças, tais como: sinusite, asma, fadiga, artrite, insônia, depressão, entre outras. Em pacientes cancerosos submetidos à quimioterapia e que desenvolvem efeitos adversos ou secundários, como a mucosite oral, por exemplo, a terapia reiki auxilia a restabelecer o bem-estar, reduzindo o estresse emocional, que é causado pelo câncer³⁹⁻⁴¹.

No SUS somente em 2017 ocorreu a formalização dos atendimentos de reiki à população, o que representa um período pequeno em termos das adequações que sempre são necessárias para atendimento, no que tange principalmente ao pessoal capacitado e à estrutura física dos estabelecimentos de saúde, entretanto a médio e longo prazo os resultados da assistência realizada certamente mostrar-se-ão satisfatórios²⁸.

Relacionado aos pacientes usuários da Atenção Básica anteriormente à regulamentação dos atendimentos de reiki foi possível detectar uma busca por terapias novas ou diferenciadas das que havia até então, englobando uma forma de tratamento que fosse feita sem o uso de medicamentos e que concomitantemente trouxesse sensação de bem-estar⁴².

São necessários mais estudos ou pesquisas científicas acerca das PICs, visando avaliar e incrementar a aceitabilidade social e institucional dessas práticas. Esses estudos devem envolver a aplicabilidade das PICs realizada também pelo SUS.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que, sob o enfoque dos princípios básicos preconizados pelo SUS que abrangem a prevenção e a integralidade dos atendimentos, o Reiki contribui para melhor aproveitamento dos recursos públicos e para melhoria na qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-971.htm>. Acesso em: 06 de janeiro de 2018.
2. Organização Mundial da Saúde. Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional 2002 - 2005. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf>. Acessado em 06 de janeiro de 2018.
3. Trovo MM, Silva MJP, Leão ER. Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. *Rev Latin-Americ Enfermagem*, 2003; 11(4):483-9.
4. Telesi Júnior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Rev Estudos Avançados*, 2016; 30(86):99-112.
5. Scheffer M. Terapia floral do Dr. Bach: teoria e prática. 13. ed. São Paulo: Pensamento, 2011.
6. Ferrer VC. Reiki como uma Estratégia de Autocuidado e Promoção de Saúde Integral: uma realidade para o trabalhador do Distrito Federal. Monografia do Curso de Especialização em Saúde Mental, Alcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília, DF, 2015.
7. Chiavenato I. Recursos humanos na Empresa: pessoas, organizações e sistemas. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1994. p. 67-76.
8. Torres MDF. Estado, democracia e administração pública no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004.
9. Spezzia S, Carvalheiro EM, Trindade LL. Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil. *Rev Bras Odontol*, 2015; 72(1/2): 109-13.
10. Mckenzie E. A Bíblia do Reiki: o guia definitivo para a arte do Reiki. São Paulo, 2010. 400p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso/Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 96p.
12. Demir M, Can G, Celek E. Effect of Reiki on symptom management in oncology. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2013; 14(8):4931-3.
13. Oliveira RMJ. Efeitos da prática do Reiki sobre aspectos psicofisiológicos e de qualidade de vida de idosos com sintomas de estresse: estudo placebo e randomizado. [Tese de Doutorado]. Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo, 2013.
14. Diaz-Rodriguez L, Arroyo-Morales M, Cantarero-Villanueva I, Fernandez-Lao C, Polley M, Fernández-de-las-Peñas C. Uma sessão de Reiki em enfermeiras diagnosticadas com síndrome de Burnout tem efeitos benéficos sobre a concentração de IgA salivar e a pressão arterial. *Rev Latin-Americ Enfermagem*, 2011; 19(5):1132-8.
15. Franco LC, Souza LAF, Pessoa APC, Pereira LV. Terapias não farmacológicas no alívio da dor neuropática diabética: uma revisão bibliográfica. *Rev Acta Paulista de Enfermagem*, 2011; 24(2):284-8.
16. Freitag VL, Dalmolin IS, Badke MR, Andrade A. Benefícios do Reiki em população idosa com dor crônica. *Texto & Contexto Enferm*, 2014; 23(4):1032-40.

17. Salles LF, Vannucci L, Salles A, Silva MJ. Efeito do Reiki na hipertensão arterial. *Rev Acta Paul de Enferm*, 2014; 27(5):479-84.
18. Usui M, Petter FA. Manual de Reiki do Dr. Mikao Usui. 6.ed. São Paulo: Pensamento, 2014. 79p.
19. Gerber R. Medicina Vibracional: uma medicina para o futuro. 9.ed. São Paulo: Cultrix, 2007. 463p.
20. Cordeiro LR, Souza AMA. Reiki com profissionais de saúde: iniciação de uma prática integrativa complementar para mudanças em níveis espiritual, profissional e pessoal. In: Matos K. SL de (Org.). *Cultura de paz, ética e espiritualidade IV*. Fortaleza: Edições UFC, 2013. p. 487-99.
21. Eidt AC. O meio copo cheio - uma visão positiva que enlaça o Reiki e a psicologia corporal no cuidado da pessoa com câncer. In: Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais, XVIII, XIII, Curitiba, 2013. Disponível em: < http://www.centroreichiano.com.br/artigos/Anais_2013/EIDT.%20Alyne%20Cavallari.%20O%20meio%20copo.pdf > Acessado em: 19 de outubro de 2016.
22. Garbin RF, Silva RS. Apostila, Reiki seminário nível 1, 2017.
23. Nogueira MVB, Lima AFA, Cordeiro LR, Santiago Júnior L, Costa ACS, Galdino DFS, et al. PRO-PET saúde UFC e terapia Reiki: relato de experiência. 11º. Congresso Internacional da Rede Unida, Anais. *Rev Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2014; (Suplemento), Supl. 3.
24. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Mais 10 práticas integrativas são inseridas na PNPI, 2018. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2872 Acessado em 17 de abril de 2018.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/12/glossario-tematico.pdf> Acessado em 17 de abril de 2018.
26. Coriolano-Marinus MWL, Andrade RS, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários no cuidado à criança menor de dois anos no contexto de uma unidade de saúde da família. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2015; 19(53):311-24.
27. Thiago SC. Medicinas e terapias complementares na visão de médicos e enfermeiros da Saúde da Família de Florianópolis. [Dissertação de Mestrado em Saúde Pública] – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 849, de 27 de março de 2017. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27357131_PORTARIA_N_849_DE_27_DE_MARCO_DE_2017.aspx Acessado em 21 de fevereiro de 2018.
29. Freitag VL, Andrade A, Badke MR. O Reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde: uma revisão narrativa da literatura. *Rev Electr Trim de Enferm*, 2015; 38:346-56.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica. Portaria Amplia Oferta de PICS. Publicação Acrescenta mais sete Novos Procedimentos no SUS, 2017. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2297 Acessado em 22 de fevereiro de 2018.
31. Cunha MTMC. Apostila Seminário de Reiki Tibetano, nível III. Brasília, 2011. 96 p.
32. Demir M, Can G, Kelam A. Effects of Distant Reiki On Pain, Anxiety and Fatigue in Oncology Patients in Turkey: A Pilot Study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015; 16 (12): 4859-62.
33. Sawni A, Thomas R. Pediatricians' attitudes, experience and referral patterns regarding complementary/alternative medicine: a national survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 2007; 7:18.
34. Andrade JT, Costa LFA. Medicina complementar no SUS: Práticas Integrativas e Complementares sob a luz da Antropologia médica. *Saúde & Sociedade*, 2010; 19(3):497- 508.
35. Chernicharo IM, Freitas FDS, Ferreira MA. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. *Rev Bras Enferm*, 2013; 66(4):564-70.
36. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015. In: Oliveira JEP, Vencio S. (Org.). São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.
37. Thrane S, Cohen SM. Effect of Reiki Therapy on Pain and Anxiety in Adults: An In Depth Literature Review of Randomized Trials with Effect Size Calculations. *Pain Manag Nurs*, 2014; 15(4): 897-908.
38. Joyce J, Herbison GP. Reiki for depression and anxiety. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015; 4(CD006833). DOI: 10.1002/14651858.CD006833.pub2.
39. Granjeiro L. Reiki cada vez mais usado em doentes com cancro para reduzir efeitos da quimioterapia, 2013. Disponível em: <https://lifestyle.sapo.pt/saude/noticias-saude/artigos/reiki-cada-vez-mais-usado-em-doentes-com-cancro-para-reduzir-efeitos-da-quimioterapia-2> Acesso em: 22 de fevereiro de 2018.
40. Orsak G, Stevens AM, Brufsky A, Kajumba M, Dougall AL. The Effects of Reiki Therapy and Companionship on Quality of Life, Mood, and Symptom Distress During Chemotherapy. *J Evidence-Based Complement Altern Med*, 2015; 20(1) 20-7.
41. Rodrigues RB. Energia Vital Universal (Cura, equilíbrio, harmonia). Ed. Clube dos Autores, 2015. Disponível em: < https://books.google.com.br/books?id=CSeVCgAAQBAJ&pg=PA4&lpg=PA4&dq=RODRIGUES,+2015+reiki&source=bl&ots=WqCuk4unBA&sig=xrOYMncSjzP95AVxHqH9pl_x0d0&hl=ptBR&sa=X&ved=0ahUKewjbi_mXjPjTAhXEHJAKHQW7CzkQ6AEIzAA#v=onepage&q=RODRIGUES%2C%202015%20reiki&f=false > Acesso em: 16 de outubro de 2016.
42. Souza IMC, Bodstein RCA, Tesser CD, Santos FAS, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad Saúde Pública*, 2012; 28(11):2143-54.

RECEBIDO: 26/03/2018

ACEITO: 16/05/2018

O TRATAMENTO DA DISPEPSIA FUNCIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA PROPOSTA DE FITOTERAPIA

Treatment of functional dyspepsia in Primary Health Care: a phytotherapy proposal

Isis Kawana Ferreira¹; Sergio Ricardo de Brito Bello²; Karyne Sant'Ana Gonzales Gomes³

1. Nutricionista, Residente em Saúde da Família, Faculdade Pequeno Príncipe e Secretária Municipal de Saúde de Curitiba. Curitiba - PR, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9464-539X>
2. Nutricionista, Mestre em Biologia Celular e Molecular e Doutor em Medicina interna e Ciências da Saúde, pela Universidade Federal do Paraná. Curitiba - PR, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5435-1357>
3. Nutricionista, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, especialista em Saúde Coletiva pela ASBRAN. Curitiba - PR, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3265-1126>

CONTATO: Isis Kawana Ferreira | E-mail: isiskawana@gmail.com

COMO CITAR Ferreira IK, Bello SRB, Gomes KSG. O tratamento da dispepsia funcional na Atenção Primária à Saúde: uma proposta de fitoterapia. R. Saúde Públ. 2018 Jul.;1(1):116-122.



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 trabalho foi verificar através de estudos recentes se o uso de fitoterápicos no tratamento da dispepsia funcional (DF) pode ser indicado na Atenção Primária à Saúde (APS) e se pode ser uma alternativa ao uso dos inibidores da bomba de prótons (IBP). A fitoterapia faz parte da Política de Práticas Integrativas e Complementares e pode ser incluída no tratamento dos usuários na APS. Foram encontrados estudos recentes para quatro plantas medicinais: *Achillea millefolium*, *Curcuma longa*, *Pimpinella anisum* e *Zingiber officinale*. Os estudos mostraram que o uso dessas plantas melhora os sintomas dispépticos, assim como os IBP, porém essa classe pode causar efeitos tanto colaterais e adversos, quanto aumentar, desnecessariamente, os custos de saúde

pública com medicamentos. Sendo assim, a fitoterapia pode ser uma alternativa no tratamento da DF, evitando o uso contínuo e indiscriminado de IBP.

PALAVRAS-CHAVE: Fitoterapia. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT The objective of this study was to verify, through recent studies, if the use of phytotherapy in the functional dyspepsia (FD) treatment can be indicated in Primary Health Care (PHC), and whether it may be an alternative to the use of proton pump inhibitors (PPI). Phytotherapy is part of the Integrative and Complementary Practices Policy and can be included in the treatment of users in PHC. Recent studies have been found for four medicinal plants: *Achillea millefolium*, *Curcuma longa*, *Pimpinella anisium* and *Zingiber officinale*. Studies have shown that the use of these plants improves dyspeptic symptom, in the same way PPIs do; however, this latter class can both cause side effects and adverse effects or unnecessarily increase public health costs with medicines. Therefore, phytotherapy can be an alternative in the FD treatment, avoiding the continuous and indiscriminate use of PPI.

KEYWORDS: Dyspepsia. Phytotherapy. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A dispepsia funcional (DF) é definida como um conjunto de sintomas sem alteração no trato gastrointestinal (TGI) que os justifique. Os sintomas incluem dor ou queimação epigástrica, sensação de plenitude gástrica pós-prandial e saciedade precoce, podendo ocorrer ainda náuseas, distensão abdominal e eructação¹⁻². Por se tratar de uma síndrome muito comum, estima-se que cerca de 40% da população tenha dispepsia, sendo que no Brasil pode variar de 19,5% a 44%³.

O tratamento da DF é multifatorial e pode abranger dieta adequada, exercícios físicos, relaxamento e alguns medicamentos, incluindo inibidores da bomba de prótons (IBP) e fitoterápicos⁴.

Os inibidores da bomba de prótons (IBP) são utilizados no tratamento de diversas enfermidades relacionadas ao TGI, incluindo assim a dispepsia. Entretanto, sua eficiência pode ser questionável em alguns pacientes portadores dessa condição, exigindo assim o uso concomitante com outros medicamentos com diferentes mecanismos de ação⁵. Apesar de ser um medicamento considerado seguro e eficaz, principalmente no tratamento de doença do refluxo gastroesofágico e da erradicação do *Helicobacter pylori*, os IBP têm efeitos colaterais e adversos relatados na literatura científica⁶. Infecção por *Clostridium difficile*, pneumonia, osteoporose, doença renal, demência, má absorção de vitaminas e minerais, especialmente vitamina B12, magnésio, cálcio e ferro podem manifestar-

se de maneira mais frequente em indivíduos que fazem uso dessa classe de medicamentos⁷⁻¹⁰. Além dos efeitos relatados, IBP apresentam custos elevados que podem onerar os gastos públicos, sendo assim recomendado seu uso racional¹¹.

Os fitoterápicos consistem em plantas medicinais utilizadas no tratamento de diversas enfermidades e seus respectivos sintomas. Os fitoterápicos são utilizados há milênios por diversas culturas e em diferentes países¹². No Brasil e em outros países da América do Sul, o uso de plantas medicinais é popular, sendo passado de geração em geração. Em algumas culturas regionais, tais plantas ainda são utilizadas por benzedadeiras e indígenas em rituais religiosos e espirituais¹³.

Diante de sua inserção no histórico cultural brasileiro, das evidências científicas relacionadas aos seus benefícios, a presente terapia foi implementada na Atenção Primária à Saúde (APS)¹⁴⁻¹⁶, sendo consolidada pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, em 2006¹⁷.

Assim sendo, a presente revisão bibliográfica tem como objetivo levantar quais são as principais plantas medicinais presentes no Memento Fitoterápico e Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira usadas no tratamento da dispepsia funcional, os principais achados científicos correlacionados e vantagens de seu uso em relação aos IBP.

METODOLOGIA

Para a elaboração da presente revisão integrativa e descritiva, foram selecionados estudos científicos nas bases de dados Lilacs, Pubmed e Scielo. Dando ainda sustentação a essa revisão, foram consultadas as plantas medicinais com alegação de uso na DF, listadas no Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira e no Memento Fitoterápico, ambos documentos propostos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Para cada planta medicinal foram usados os seguintes descritores

e operadores booleanos: *dyspepsia* AND nome científico da planta medicinal.

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos científicos publicados no período de setembro de 2012 até setembro de 2017. Como critérios de exclusão, foram desconsiderados artigos que contemplavam plantas não listadas no Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira ou Memento Fitoterápico, estudos repetidos ou que não estão disponibilizados na íntegra.

RESULTADOS

A presente revisão bibliográfica conduziu ao levantamento de dezenove plantas medicinais com alegação de uso no tratamento da dispepsia, considerando-se o Formulário Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira e o Memento Fitoterápico. São elas: *Achillea millefolium* (L.); *Achyrocline satureioides* (Lam.); *Arctium lappa* (L.); *Baccharis trimera* (Less.); *Casearia sylvestris* (Sw.); *Cinnamomun verum* (J. Prel); *Cynara scolymus* (L.); *Curcuma longa* (L.); *Lippia alba* (Mill.) N. E. Br. ex Britton & P. Wilson; *Maytenus ilicifolia* (Mart. Ex Reissek); *Maytenus aquifolia* (Mart.); *Peumus boldus* (Molina); *Pimpinella anisum* (L.); *Plectranthus barbatus* (Andrews); *Rosmarinus officinalis* (L.); *Salvia officinalis* (L.); *Taraxacum officinale* (Weber ex F. H. Wigg); *Vernonia condensata* (Baker); *Zingiber officinale* (Roscoe).

Foram encontrados, no total 25 estudos científicos, porém apenas 5 estudos atenderam aos critérios de inclusão.

Das dezenove plantas medicinais listadas, somente quatro encontravam-se presentes em estudos publicados mais recentemente no tratamento da dispepsia. Tais achados encontram-se descritos na tabela 1.

Tabela 1. Síntese dos principais achados científicos relacionando plantas medicinais no tratamento da dispepsia.

PLANTA MEDICINAL	AUTOR	ANO	PAÍS	TIPO DE ESTUDO	PRINCIPAIS RESULTADOS
<i>Achillea millefolium</i>	Akran	2013	Paquistão	Revisão	A <i>A. millefolium</i> pode auxiliar no tratamento da dispepsia por sua atividade colerética.
<i>Curcuma longa</i>	Witkin; Li	2013	Estados Unidos da América	Revisão	O efeito benéfico da <i>C. longa</i> no tratamento da dispepsia é a curcumina, um dos princípios ativos desta planta. No entanto, a biodisponibilidade por via oral é baixa.
<i>Pimpinella anisum</i>	Ghoshegir; et al.	2014	Irã	Estudo clínico, randomizado, duplo-cego	Neste estudo, os pesquisadores concluíram que a <i>P. anisum</i> , numa dosagem de 3 g, três vezes ao dia, tem o potencial de melhorar a qualidade de vida dos pacientes com dispepsia funcional.
		2015			Os pesquisadores concluíram que a erva-doce, na dosagem de 3 g, 3 vezes ao dia, é eficaz no tratamento da dispepsia, reduzindo a severidade dos sintomas, mesmo após oito semanas do uso do fitoterápico.
<i>Zingiber officinale</i>	Emrani; Shojaei; Khalili	2016	Irã	Piloto Estudo clínico Randomizado Duplo-cego	O uso de 500 mg da raiz em pó de gengibre pode prevenir sintomas como náusea e vômito causados por drogas antituberculosas.

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

DISCUSSÃO

De acordo com Akran¹⁸, a *Achillea millefolium*, conhecida popularmente como mil-folhas apresenta efeito favorável na dispepsia em função de sua atividade colerética, aumentando assim a secreção biliar e, por conseguinte, a digestão, especialmente de gorduras. Entretanto, no presente estudo, não foram citadas doses, tempo de tratamento, e tampouco efeitos colaterais e adversos.

De acordo com o Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira¹⁹, é indicada a infusão de 1 a 2 g da planta seca em 150ml de água, devendo o chá ser ingerido 3 a 4 vezes ao dia entre as refeições. Este mesmo documento adverte que o uso da planta deve ser evitado em pessoas com

úlceras gastrointestinais, oclusões das vias biliares e em crianças menores de 12 anos. Entre os efeitos adversos e colaterais podem ocorrer reações alérgicas, cefaleia e inflamação.

Outra planta medicinal indicada para o tratamento da dispepsia funcional é a *Curcuma longa*. Witkin e Li²⁰ relatam que a *C. longa* é utilizada há anos pela medicina tradicional chinesa no tratamento dessa enfermidade. Os efeitos positivos evidenciados no tratamento da dispepsia são atribuídos à curcumina. De acordo com os autores, a maioria dos estudos clínicos de fase I utilizou a curcumina na dose de 8 g/dia. A presente dose promoveu poucos efeitos colaterais, sendo eles diarreia leve e náuseas. Os autores ressaltam ainda que um dos maiores problemas no uso da

curcumina é a baixa biodisponibilidade por via oral, que é melhorada quando associada à lecitina e à piperina.

O Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira indica o uso de infusão de 1,5g dos rizomas secos da planta em 150ml de água, devendo esse chá ser ingerido 10 a 15 minutos após o preparo, duas vezes ao dia. O mesmo documento contraindica o uso em pessoas com cálculos ou obstrução das vias biliares, úlceras gastrointestinais e deve ser evitado por pessoas que usam anticoagulantes e por crianças menores de 12 anos¹⁹.

A *P. anisum* ou erva-doce também tem sido utilizada largamente no tratamento da dispepsia. Os achados científicos indicados na tabela 1 são complementares e ainda realizados pelo mesmo grupo de pesquisa. Nos estudos indicados, 107 pacientes entre 18 e 65 anos com diagnóstico de dispepsia funcional de acordo com os critérios de Roma III foram avaliados por um período de 12 semanas. Tais pacientes foram divididos em dois grupos: o grupo placebo (60), que recebeu cápsulas idênticas ao grupo intervenção, porém com amido de milho e o grupo intervenção (47) que receberam cápsulas contendo 3 g de *P. anisum* em pó. Ambos os grupos foram orientados a ingerirem as cápsulas 3 vezes ao dia após as refeições principais durante 4 semanas²¹⁻²².

Para avaliação da eficácia do fitoterápico, utilizaram um questionário validado, descrito como SF-36, o qual avalia a qualidade de vida sob 8 domínios: vitalidade, saúde geral, saúde mental, funcionamento físico, funcionamento social, papel físico, papel emocional e dor corporal. Assim, o grupo que recebeu o fitoterápico aumentou 5 pontos ou mais em todos os 8 domínios do questionário sobre qualidade de vida, enquanto o grupo placebo não melhorou em nenhum domínio. Desta maneira, o estudo concluiu que a *P. anisum* melhora a qualidade de vida de pacientes com dispepsia funcional²¹.

Ghoshegir et al.²², também avaliaram a melhora dos sintomas de dispepsia funcional com o uso da erva-doce. Neste estudo, os pacientes responderam individualmente um questionário

validado e modificado, de acordo com os critérios de Roma III para 16 sintomas de dispepsia: desconforto epigástrico, saciedade precoce, inchaço epigástrico, náusea pré-prandial, náusea pós-prandial, náusea pela manhã, vômito, ânsia de vômito, eructações, perda de apetite, plenitude gástrica, dor epigástrica, dor epigástrica pré-prandial, dor epigástrica pós-prandial, dor epigástrica à noite e queimação epigástrica. Assim, o grupo que recebeu o fitoterápico diminuiu significativamente a gravidade dos sintomas de plenitude gástrica, desconforto epigástrico, queimação, dor epigástrica, saciedade precoce, inchaço, eructação e perda de apetite. Enquanto que o grupo placebo aumentou a severidade da dor epigástrica, plenitude gástrica e eructação. Os pesquisadores concluíram ainda que mesmo depois de 8 semanas após ter terminado o uso do fitoterápico, a *P. anisum* foi eficaz e bem tolerada no alívio da severidade dos sintomas de dispepsia.

O Formulário Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira indica a infusão de 1,5 g dos frutos secos da planta, previamente amassados em 150 ml de água, devendo o chá ser ingerido 10 a 15 minutos após o preparo, três vezes ao dia. O mesmo documento levanta a possibilidade de reações alérgicas e não indica seu consumo por crianças menores de 12 anos¹⁹.

Os critérios de diagnóstico de dispepsia funcional pelo comitê ROMA III incluem um ou mais dos seguintes sintomas: sensação de plenitude pós-prandial, saciedade precoce, dor ou queimação epigástrica e nenhuma evidência de doença que possa explicar o motivo destes sintomas, para o diagnóstico os sintomas devem ter sido iniciados nos últimos seis meses e continuar nos últimos 3 meses¹.

A última planta medicinal descrita como benéfica no tratamento da dispepsia funcional é o *Zingiber officinale*. O estudo conduzido por Emrani, Shojaei e Khalili²³ teve como objetivo verificar se o *Z. officinale*, chamado popularmente de gengibre, seria capaz de reduzir os efeitos relacionados ao TGI provocados pelas drogas antituberculosas. Foram selecionados 60 pacientes diagnosticados com

tuberculose e que estavam fazendo tratamento para tratar a doença. O grupo intervenção recebeu cápsulas com 500 mg do rizoma de *Z. officinale* em pó diariamente, enquanto que o grupo placebo recebeu cápsulas idênticas sem o tratamento proposto. Ambos os grupos foram orientados a ingerirem as cápsulas 30 minutos antes da medicação para tuberculose, durante 4 semanas. Foi utilizada a escala analógica visual para a avaliação dos efeitos e a gravidade do sintoma de náuseas relatado pelos pacientes. Assim, 70% dos pacientes que receberam o gengibre relataram presença de náuseas com gravidade estatisticamente menor. Episódios de vômito ocorreram em 53,3% nos pacientes do grupo placebo e 26,7% nos pacientes do grupo que recebeu o gengibre. A dor abdominal foi semelhante em ambos os grupos. Nenhum paciente relatou diarreia ou dispepsia durante o período do estudo. Os autores também mensuraram enzimas hepáticas para avaliar a hepatotoxicidade do medicamento para tuberculose nesse grupo de pacientes, e embora não tenha sido estatisticamente significativo, os pesquisadores constataram que o grupo que recebeu o gengibre teve um efeito protetor hepático em relação ao grupo placebo. Foi concluído que o gengibre pode ter um papel na prevenção dos sintomas gastrointestinais provocados por drogas utilizadas no tratamento da tuberculose, especialmente náusea e vômito.

De acordo com o Formulário Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira e o Memento Fitoterápico, o gengibre é indicado para crianças acima de 12 anos. Recomenda-se o uso de infusão de 0,5 a 1g dos rizomas secos da planta em 150 ml de água, devendo o chá ser ingerido 5 minutos após o preparo, duas a quatro vezes por dia^{16,19}. O Memento Fitoterápico ainda sugere que a planta possa ser utilizada como tintura, na posologia de 2,5 ml em 75 ml de água, uma a três vezes no dia ou 1,5 a 3 ml todos os dias¹⁶. Ou ainda, como extrato seco da droga vegetal na posologia de 2 a 4 g¹⁶. O Formulário Fitoterápico contraindica o uso em pessoas com cálculos biliares, irritação gástrica e hipertensos, não devendo ser indicado em crianças e pessoas que fazem tratamento com anticoagulantes¹⁹. O Memento fitoterápico também

alerta que o uso deve ser evitado em pessoas que usam anticoagulantes ou que tenham problemas de coagulação sanguínea, ou ainda o risco de dermatite de contato em pessoas sensíveis¹⁶.

CONCLUSÕES

Apesar dos documentos oficiais mencionarem 19 plantas medicinais utilizadas no tratamento da dispepsia, somente 4 dessas plantas medicinais foram citadas em estudos mais recentes, ressaltando assim a importância de ampliar os estudos dentro desse contexto.

As plantas medicinais avaliadas apresentaram efeito positivo no tratamento da dispepsia por diferentes mecanismos de ação, os quais ainda precisam ser elucidados. Algumas das plantas citadas desenvolveram suas ações em função de sua atividade colerética. Outras promoveram incremento da vitalidade, da saúde geral do paciente, melhoria da saúde mental, do funcionamento físico, social e emocional do paciente, com redução importante dos mecanismos de dor e da sintomatologia gastrointestinal.

Assim, os fitoterápicos discutidos são estratégias terapêuticas viáveis no tratamento de pacientes acometidos por dispepsia destacando seu custo comparativamente menor em relação ao uso dos IBP. Ou seja, mesmo que o uso dos IBP seja considerado seguro e eficiente, os gastos são significativos e as complicações em longo prazo podem se fazer presentes. Destaca-se ainda que o uso de fitoterápicos na atenção básica deve ser avaliado por profissional devidamente habilitado, de modo a reduzir de maneira importante os riscos para o paciente.

REFERÊNCIAS

1. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G., Hu P, Malagelada JR et al. Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology*. 2006, 130(5):1466-1479. [CrossRef] [PubMed]

2. Mearin F, Calleja JL. Defining functional dyspepsia. *Rev Esp de Enferm Dig.* 2011, 103(12): 640-647. [CrossRef] [PubMed]
3. Silva FM. Dispepsia: caracterização e abordagem. *Rev Med (São Paulo).* 2008, 87(4):213-233. [CrossRef]
4. Ottillinger B, Storr M, Malfertheiner P, Allescher HD. STW 5 (Iberogast®)—a safe and effective standard in the treatment of functional gastrointestinal disorders. *Wien Med Wochenschr.* 2013, 163(3-4): 65-72. [CrossRef] [PubMed]
5. Mayanagi S, Kishino M, Kitagawa Y, Sunamura M. Efficacy of Acotiamide in Combination with Esomeprazole for Functional Dyspepsia Refractory to Proton-Pump Inhibitor Monotherapy. *Tohoku J Exp Med.* 2014, 234(3):237-240. [CrossRef] [PubMed]
6. Aguilera Castro L, Martín de Argila de Prados C, Albillos Martínez A. Practical considerations in the management of proton-pump inhibitors. *Rev Esp Enferm Dig.* 2016, 108(3):145-153. [CrossRef] [PubMed]
7. Heidelbaugh JJ. Proton pump inhibitors and risk of vitamin and mineral deficiency: evidence and clinical implications. *Ther Adv Drug Saf.* 2013, 4(3):125-133. [CrossRef] [PubMed]
8. Maes ML, Fixen DR, Linnebur SA. Adverse effects of proton-pump inhibitor use in older adults: a review of the evidence. *Ther Adv Drug Saf.* 2017, 8(9):273-297. [CrossRef] [PubMed]
9. Trifan A, Stanciu C, Gîrleanu T, Stoica OC, Singeap AM, Maxim R et al. Proton pump inhibitors therapy and risk of Clostridium difficile infection: Systematic review and meta-analysis. *World J Gastroenterol.* 2017, 23(35):6500-6515. [CrossRef] [PubMed]
10. Malavade P, Hiremath S. Proton Pump Inhibitors: More Indigestion than Relief? *Indian J of Nephrol.* 2017, 24(4):249-257. [CrossRef] [PubMed]
11. Cahir C, Fahey T, Tilson L, Teljeur C, Bennett K. Proton pump inhibitors: potential cost reductions by applying prescribing guidelines. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:408. [CrossRef] [PubMed]
12. De Pasquale A. Pharmacognosy: The oldest modern Science. *J. Ethnopharmacol.* 1984, 11:1-6. [CrossRef] [PubMed]
13. Luiz MT. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. *Physis (Rio J).* 2005, 15:145-176. [CrossRef]
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fitoterapia_no_sus.pdf. Acessado em: 01 de setembro de 2016.
15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica 31. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_integrativas_complementares_plantas_medicinais_cab31.pdf. Acessado em: 01 de setembro de 2016.
16. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Memento fitoterápico da Farmacopeia Brasileira. Brasília, 2016. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33832/2909630/Memento+Fitoterapico/a80ec477-bb36-4ae0-b1d2-e2461217e06b>. Acessado em: 01 de setembro de 2016.
17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acessado em: 01 de setembro de 2016.
18. Akram M. Minireview on Achillea millefolium Linn. *J Mambri Biol.* 2013, 246(9):661-663. [CrossRef] [PubMed]
19. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira. Brasília: ANVISA, 2011. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/farmacopeiabrasileira/conteudo/Formulario_de_Fitoterapicos_da_Farmacopeia_Brasileira.pdf. Acessado em: 01 de maio de 2017.
20. Witkin JM, Li X. Curcumin, an Active Constituent of the Ancient Medicinal Herb Curcuma longa L.: Some Uses and the Establishment and Biological Basis of Medical Efficacy. *CNS Neurol Disord Drug Targets.* 2013;12(4):487-497. [CrossRef] [PubMed]
21. Ghoshegir SA, Mazaheri M, Ghannadi A, Feizi A, Babaieian M, Tanhaee M et al. Pimpinella anisum in modifying the quality of life in patients with functional dyspepsia: A double-blind randomized clinical trial. *J Res Med Sci.* 2014, 19(12):1118-1123. [PubMed]
22. Ghoshegir SA, Mazaheri M, Ghannadi A, Feizi A, Babaieian M, Tanhaee M et al. Pimpinella anisum in the treatment of functional dyspepsia: A double-blind, randomized clinical trial. *J Res Med Sci.* 2015, 20(1):13-21. [PubMed]
23. Emrani Z, Shojaei E, Khalil H. Ginger for Prevention of Antituberculosis-induced Gastrointestinal Adverse Reactions Including Hepatotoxicity: A Randomized Pilot Clinical Trial. *Phytother Res.* 2016, 30(6):1003-1009. [CrossRef] [PubMed]

RECEBIDO: 28/02/2018

ACEITO: 16/05/2018

Chamada Pública nº 2

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, por meio da Escola de Saúde Pública do Paraná/Centro Formador de Recursos Humanos (ESPP/CFRH), convida administradores, profissionais, professores, pesquisadores e alunos (graduação e pós-graduação) da área da saúde pública e saúde coletiva do Paraná a participarem do segundo número da **Revista de Saúde Pública do Paraná**, em sua nova configuração, que será publicada em Dezembro de 2018.

A submissão para esta chamada estará aberta no período de 01 a 31 de agosto.

O processo será realizado totalmente on-line através do sistema *Open Journal Systems* (OJS) 3.1, através do link <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/>.

Serão aceitas as submissões que se enquadrem no escopo de nossa publicação, ou seja, que estejam relacionadas às questões que envolvem a saúde pública, de preferência no estado do Paraná.

Os interessados podem inscrever trabalhos nas seguintes modalidades: artigos originais, artigos de revisão de literatura, relatos de experiência, resenhas de livros e comunicações breves. Os manuscritos passarão por avaliação cega por pares. Os autores deverão atentar-se para a Política Editorial e Diretrizes para Autores, incluídos no *link* acima e publicadas nesta edição, antes de efetivarem seus envios.

O fortalecimento da pesquisa em saúde é um dos eixos estratégicos que possibilitam a construção de um sistema de saúde efetivo e dinâmico, que tenha a capacidade de responder aos desafios apresentados aos profissionais de saúde em um mundo em constante mutação. Pensando nisso, solicitamos a participação de todos os profissionais do SUS do Paraná e da comunidade acadêmica a colaborarem na construção de mais este veículo para divulgação de conhecimento científico no estado.

Envie seu trabalho!



ANA LÚCIA FONSECA
Diretora da ESPP/CFRH
Editora Chefe Rsp

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 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 a sua participação. É de responsabilidade do autor acompanhar o processo de submissão via sistema OJS.

Não há cobrança para submissão de 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 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.

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 empírica inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados, e também formulações discursivas teorizantes e pesquisas de metodologia qualitativa. 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 de literatura: Compõem-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, realizado de maneira sistemática e ordenada, favorecendo o conhecimento do tema investigado. 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. 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. Limita-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.

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). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. 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 o (s) autor (es), 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>). Devem ser encaminhados em Word, OpenOffice ou RTF, fonte Arial 12, espaçamento 1,5 (exceto resumo, ilustrações, agradecimento e referências), Recuo especial primeira linha de 1,25 cm, com todas as páginas numeradas, 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, composto 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 2 a 5 descritores. Recomenda-se utilizar o 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, após o ponto, sem mencionar o nome dos autores. Quando se tratar de numeração seqüencial, separar os números por hífen, quando 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 seqüência do texto até três linhas (sem itálico) e referência correspondente. Com mais de três linhas, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 12 e espaço duplo entre linhas (sem aspas e sem itálico), seguindo a indicação do número correspondente ao autor e à página. Supressões devem ser indicadas pelo uso da reticência entre colchetes [...].

REFERÊNCIAS: A Revista adota o "Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a Revistas Biomédicas", 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 que forem mencionados. 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.

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, alinhado 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.

Agradecimentos: devem ser breves e objetivos, reservados às pessoas que prestaram ajuda técnica, mas que não foram caracterizados como co-autoras, 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 à patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

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, 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 esteja 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 mantém 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.

