

RSPP

Revista de Saúde Pública do Paraná

VOLUME 01 Nº 2 DEZEMBRO 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 – Taramã

Curitiba (PR) – CEP:82821-016

Tel. (41)3342-9818

www.escoladesaude.pr.gov.br

Tiragem: 3.000 exemplares

RSPP

Revista de Saúde Pública do Paraná

ISSN IMPRESSO 2595-4474 | ISSN ONLINE 2595-4482

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

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – Brasil.

R454 Revista de Saúde Pública do Paraná / Escola de Saúde Pública do Paraná. – v. 1, n. 2 (ago./dez. 2018). – Curitiba : SESA/ESPP, 2018. –

174p. : 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 (Escola de Saúde Pública do Paraná) **EDITOR ASSOCIADO** José Carlos da Silva de Abreu (Secretaria de Estado da Saúde Pública do Paraná) **CORPO EDITORIAL** Antônio Carlos Nardi (Secretaria de Estado de Saúde do Paraná), Célia Maria Borges da Silva Santana (Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco), Denise Xavier Messias (Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior), Domicio Sá (Fiocruz-PE), Giseli Cipriano Rodacoski (Escola de Saúde Pública do Paraná), João José Batista de Campos (Instituto de Estudos em Saúde Coletiva-INESCO), José da Paz Oliveira Alvarenga (Universidade Federal de Pernambuco), Julia Valeria Ferreira Cordellini (Secretaria de Estado da Saúde Pública do Paraná), Márcio Márcio José de Almeida (Faculdades Pequeno Príncipe), Neuza Buarque (Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco), Rosa Maria Pinheiro Souza (ENSP/FIOCRUZ), Sérgio Túlio Stingham (Secretaria de Estado da Saúde Pública do Paraná), Solange Rothbarth Bara (Escola de Saúde Pública do Paraná). **SECRETÁRIA** Aline Rossi Ribeiro.



Escola de Saúde Pública
Centro Formador de Recursos Humanos



PARANÁ
SECRETARIA DA SAÚDE



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

INDEXADA EM:



ASSOCIADA À:



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

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

Política editorial vigente

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

Missão

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

Público-alvo

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

Escopo

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

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

Periodicidade e distribuição

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

Avaliação pelos pares

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

Sumário

EDITORIAL	07
ENTREVISTA.....	09

ARTIGOS ORIGINAIS

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO NA REDE COSEMS DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE Antonio Carlos Figueiredo Nardi, Priscila Torres de Brito, Ádria Jane Albarado, Elizabeth Alves de Jesus Prado, Natália Fernandes de Andrade, Maria Fatima de Sousa, Ana Valéria Machado Mendonça	13
PREMATURIDADE DE CRIANÇAS NASCIDAS NO CENTRO OBSTÉTRICO DO MUNICÍPIO DE COARI – AMAZONAS, BRASIL Ana Felisa Hurtado Guerrero, Silvaney Gonçalves Reis, Perpétua Souza da Costa Parente, Daiane Valéria Oliveira da Silva, José Camilo Hurtado Guerrero	23
A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO PARANÁ: SÉRIE TEMPORAL, 2007-2016 Eliz Cassieli Pereira Pinto, Rafaela Sirtoli, Ligiane de Lourdes da Silva, Poliana Vieira da Silva Menolli	35
O REFERENCIAMENTO DE USUÁRIOS AO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS Brunna Verna de Castro Gandinho, Jaqueline Vilela Bulgareli, Claudia Aline de Brito Oliveira, Caruline Rodrigues Alvarenga, Ismael Mendes Silva, Antonio Carlos Pereira, Michelli Caroliny de Oliveira, Luciane Miranda Guerra	48
DOENÇA CELÍACA E O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA Caroline Gonçalves Pustiglione Campos, Aline Domingues Stumpfs Mendoza, Elaine Cristina Antunes Rinaldi, Suellen Viencoski Skupien	54
DOENÇA NEURODEGENERATIVA RARA: CARACTERIZAÇÃO DOS PORTADORES DE DOENÇA DE HUNTINGTON E ATAXIA ESPINOCEREBELAR NA AMAZÔNIA OCIDENTAL, BRASIL Naime Oliveira Ramos, Vivian Susi de Assis Canizares, Andonai Krauze de França, Thaynara Naiane Castro Campelo, José Juliano Cedaro	63
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS NOTIFICAÇÕES DE TUBERCULOSE DE PACIENTES COM RESIDÊNCIA NA 17ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ ENTRE 2010 E 2017 Juliana Zanoni Dotti, Joice Mara Cruciol, Willian Herbert Noguti de Lima	75
INDICADORES DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM UM MUNICÍPIO DO SUDOESTE DO PARANÁ Franciele Mackievicz, Lianara Battistoni, Cleunir de Fatima Candido De Bortoli, Lujácia Felipes Fiorentin	83
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS INDIVÍDUOS COM GRAU DOIS DE INCAPACIDADE FÍSICA NOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE, DURANTE 10 ANOS, EM GUARAPUAVA-PR Sabrina Aparecida Wandler, Vanessa Cristina Novak, Cintia Raquel Bim, Aline Cristina Carrasco, Christiane Riedi Daniel	90
REVELANDO A DIMENSÃO DA ÉTICA NO COTIDIANO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO NORTE DO ESTADO DO PARANÁ Marcelo Marques Ferreira, Cibele Isaac Saad Rodrigues	101
INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MUNICÍPIOS DE UMA REGIONAL DE SAÚDE Alessandro Rodrigues Perondi, Ana Paula Wilges, Márcia da Silva Roque, Cirlei Piccoli Cosmann, Lediana Dalla Costa	110

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA EQUIPE GESTORA DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE Fernanda de Freitas Mendonça, Thaisa Mara de Melo, Marselle Nobre de Carvalho, Brigida Gimenez Carvalho	118
CARACTERÍSTICAS DE GESTANTES COM SÍFILIS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO PARANÁ Tamara Cristina Gobatto Bertusso, Phalcha Luizár Obregón, Juliana Gerhardt Moroni, Emanuelle Bianchi da Silva, Taline Alisson Artemis Lazzarin Silva, Leandro Davi Wagner, Thamara Piazza	129
RELATOS DE EXPERIÊNCIA	
UMA EXPERIÊNCIA DE RESGATE DA MEMÓRIA DA SAÚDE MENTAL DO PARANÁ Sílvia Beatriz Ussyk Manzarra, Rejane Cristina Teixeira Tabuti, Tiago Pereira Nocera, Denise de Castro, Osvaldo Tchaikovski Júnior	141
IMPLANTAÇÃO DO BUSINESS INTELLIGENCE PARA GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM UNIDADES HOSPITALARES Annanda Letícia Unicki Ribeiro, Vivian Patrícia Raksa	152
O USO DO <i>E-LEARNING</i> COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA FISIOTERAPEUTAS ATUANTES EM UM HOSPITAL PÚBLICO Débora Melo Mazzo, Juliana Carvalho Schleder	161
ERRATA	168
CHAMADA PÚBLICA	169
DIRETRIZES PARA AUTORES.....	170

É com muita satisfação que a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), por meio da Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP), apresenta esta segunda edição da **REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ (RSPP)**, periódico técnico-científico que procura trazer reflexões, sob a égide da prática científica, que tratam da saúde pública e coletiva em nosso Estado.

A ESPP completa, em 2018, 60 anos, e junto com o Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, que completa 64 anos, é a unidade responsável por elaborar, coordenar e executar a Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná. Aproveitando a ocasião, a Escola buscou adicionar a esta sexagenária história na formação dos recursos humanos do Paraná a responsabilidade pela edição desta publicação que busca divulgar trabalhos que sistematizem o conhecimento científico produzido nos serviços de saúde no Estado, pela primeira vez autonomamente em nível de Secretaria de Estado.

Continuando o trabalho realizado até 2017 em parceria com o iNESCO na Revista Espaço para a Saúde, a SESA/ESPP espera que os trabalhos disseminados neste espaço, além de trazer dados úteis e fomentar a pesquisa, também possam ser articulados e servir como constructos de políticas e ações que busquem a melhoria dos serviços de saúde pública para o Paraná e o Brasil.

Também visamos contribuir para a organização da Política de Educação Permanente em Saúde em nosso estado, ao estimularmos a competência no fazer e na leitura científica pelos recursos humanos como meio de buscar o aprimoramento e a inovação constantes no dia a dia dos serviços.

Considerando a ampliação da rede assistencial, as mudanças do perfil epidemiológico da população e a necessidade constante de melhores práticas em gestão dos recursos e infraestrutura em saúde, aplicar a racionalidade científica na busca de soluções é caminho para atingir metas e objetivos, sendo ferramenta fundamental para a gestão do trabalho e da educação em saúde.

Além disso, esta publicação traz para o debate a contribuição de especialistas de outras instituições, de abrangência regional e nacional, que constroem o pensamento em saúde pública, tanto na autoria de artigos quanto na avaliação por *peer review*

dos trabalhos submetidos à nossa apreciação, além da participação, em seu corpo editorial, de profissionais de renome na saúde pública em nível regional e nacional. Aos profissionais de Universidades, Escolas de Saúde Pública, Conselhos e outras entidades, que contribuíram com nossa Revista, externamos nosso agradecimento e contamos com sua participação na construção conjunta de conhecimentos e políticas na área da saúde coletiva.

É nesse sentido que nesta edição escolhemos 13 artigos originais de variados temas e abordagens científicas, cujo aporte metodológico e discussão acreditamos ser de valor para pesquisadores, gestores e interessados. Também trazemos 3 relatos de experiência com vivências e ponderações que merecem ser observados pela comunidade. Ao todo, colaboram no v. 1, n. 2 desta publicação 72 autores, profissionais de entidades de saúde e membros de corpo docente e discente de instituições de ensino.

Em nome da Escola de Saúde Pública do Paraná, agradecemos ao iNESCO, entidade parceira que viabiliza esta publicação e a SESA, por acreditar e investir na educação e pesquisa como estratégia de gestão e possibilitar esta iniciativa.

Desejamos uma boa leitura a todos!

ANA LÚCIA NASCIMENTO FONSECA
Editora-chefe
Diretora da ESPP/CFRH

Entrevista

CRISTIANE MARTINS PANTALEÃO

SECRETÁRIA DE SAÚDE DE UBIRATÃ E
PRESIDENTE DO COSEMS PR

Diálogo para fortalecer e avançar



Cristiane Martins Pantaleão, em 2002, escolheu ser enfermeira por encantamento pelo sistema público, pelo cuidado com as pessoas e por acreditar no ser humano (herança familiar).

Durante sua formação profissional, teve a oportunidade de conviver com docentes e discentes que acreditavam nos mesmos princípios que ela, e encerrou esta etapa com um elo forte com a gestão pública.

Em 2006 foi atuar como enfermeira coordenadora de Unidade de Saúde da Família em Ubiratã, PR, localizada na região Noroeste do Paraná, onde nasceu, e voltou a morar na cidade após dez anos. Foi admitida em concurso público no município e, em seguida, com sua inquietação, sugere a criação de uma coordenação da Atenção Básica. O seu objetivo era ampliar e fortalecer esse importante nível de atenção do município, que até então tinha baixa cobertura de saúde da família, mas com uma história muito rica no trabalho da saúde pública, com uma equipe (que sempre esteve ao seu lado)

participando e construindo um sistema pensando no cuidado, na integralidade, universalidade e na igualdade.

Após três anos (2009), foi convidada pelo prefeito a assumir a gestão da Secretaria de Saúde onde permanece até hoje. Naquela época, Cristiane achava que seu trabalho seria melhor aproveitado dentro da coordenação da atenção básica, pois era lá que ela atuava como gestora de saúde. Depois de assumir a secretaria, passou a entender melhor a importância do papel do secretário de saúde como GESTOR. E, em 2014, foi eleita presidente do COSEMS, estando hoje no seu terceiro mandato.

O que a Revista de Saúde Pública do Paraná representa para os municípios e o COSEMS PR no âmbito da saúde pública?

Antes de entrar no mérito do que a Revista de Saúde Pública do Paraná representa para os municípios e COSEMS PR, quero expressar a minha opinião sobre a importância que os periódicos científicos têm, de modo geral, para a qualificação do conhecimento dos profissionais, cientistas, pesquisadores, professores, de todas as áreas. Acredito que os conteúdos veiculados nos periódicos científicos têm um papel fundamental na construção das tomadas de decisão! No mundo do trabalho, as decisões devem ser respaldadas na compreensão das realidades onde atuamos! E nesse sentido, as publicações científicas exercem um papel importante na disseminação dessas informações com a qualidade requerida.

Dito isto, considero a Revista de Saúde Pública do Paraná, publicação semestral, sob a responsabilidade da Escola de Saúde Pública do Paraná; um importante e fundamental veículo de comunicação a serviço, em primeiro lugar do Sistema Único de Saúde e, depois um disseminador do conhecimento científico baseado em evidências, seja por meio das pesquisas acadêmicas, dos registros das vivências dos cotidianos no SUS, seja por meio das resenhas de publicações, artigos e assemelhados!

"considero a Revista de Saúde Pública do Paraná, publicação semestral, sob a responsabilidade da Escola de Saúde Pública do Paraná; um importante e fundamental veículo de comunicação a serviço, em primeiro lugar do Sistema Único de Saúde e, depois um disseminador do conhecimento científico baseado em evidências, seja por meio das pesquisas acadêmicas, dos registros das vivências dos cotidianos no SUS, seja por meio das resenhas de publicações, artigos e assemelhados!"

Na minha opinião, a Revista de Saúde Pública do Paraná tem uma grande responsabilidade em acolher as produções não só advindas do âmbito das universidades, escolas técnicas, mas também aquelas produzidas nos serviços de saúde e na comunidade usuária do SUS! E não só acolher, mas também disseminar amplamente as suas edições, para permitir o acesso à leitura de todos os interessados!

O Editorial da sua primeira edição traz a seguinte mensagem: "A Revista de Saúde Pública do Paraná é o mais novo espaço de divulgação de estudos, pesquisas, debates e reflexões de assuntos que permeiam a saúde pública e coletiva no estado do Paraná. Pensada para a comunicação científica, a revista propõe a disseminação de informação especializada, devidamente validada por pares, de trabalhos em diversas modalidades (artigos originais, artigos de revisão, resenhas, comunicações breves e relatos de experiência)." Que esse compromisso perdure e seja frutífero!

As áreas de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde têm sido uma das prioridades das políticas de Saúde. Diante disso, o COSEMS acredita em um fortalecimento da Escola de Saúde Pública?

Na condição de presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná – COSEMS PR, eu digo que para nós, porque o COSEMS é o representante de 399 gestores municipais de saúde, e conseqüentemente, responsáveis diretos por um conjunto enorme de trabalhadores e usuários do SUS, o COSEMS PR mais do que acredita no NECESSÁRIO FORTALECIMENTO da Escola de Saúde Pública do Paraná, e entende que esse deve ser um compromisso de Estado!

Entendo que a atuação dos profissionais da saúde não se restringe somente à assistência, mas também deve voltar-se à pesquisa, à gerência e à educação. É, intrinsecamente, está construindo todo o tempo processos formativos, com o usuário, sua família e sociedade, além da sua própria formação! Portanto, a EDUCAÇÃO NA SAÚDE deve ser uma ação transversal e não restrita a atividades esporádicas e pontuais! Formar profissionais para atuar no sistema de saúde sempre foi um desafio. Trazer o campo do real, da prática do dia a dia de profissionais, usuários e gestores mostra-se fundamental para a resolução dos problemas encontrados na assistência e cuidado à saúde dos cidadãos!

E, sem dúvida, a Escola de Saúde Pública do Paraná, deve liderar esse fomento a um processo educacional, formativo de qualidade para todos os cidadãos paranaenses!

Qual é a mensagem que você deixa para os leitores da Revista de Saúde Pública do Paraná?

Quero deixar aqui o registro da importância do compromisso de todos os cidadãos paranaenses/ brasileiros com a tarefa de tornar fato a SAÚDE

COMO DIREITO e DEVER de TODOS e não só do ESTADO! Nós todos somos beneficiários do Sistema Único de Saúde – SUS, na condição de usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, gestores do sistema de saúde. Conhecer a abrangência e a complexidade do sistema de saúde brasileiro é tarefa para todos nós! Como cidadãos, não podemos restringir a nossa atuação somente como consumidores do SUS, restringindo o entendimento de que o SUS se limita aos serviços de assistência à saúde (hospital, consultas e medicamentos...). É preciso que a sociedade compreenda que a qualidade da água consumida, que a qualidade dos produtos alimentícios, que as vacinas que previnem as doenças, que a certificação dos medicamentos que são colocados à venda no mercado, que manter o ambiente livre de lixos, e muitos outros aspectos, tudo isso está sob a responsabilidade e a guarda do SUS, fazendo interface com outros setores das políticas públicas: educação, assistência social, meio ambiente, etc. E então? Qual é a nossa parte de responsabilidade, enquanto cidadãos, sobre essas questões? Qual é o papel do gestor federal, estadual e municipal? Qual é o papel dos trabalhadores do SUS? Qual é o papel do usuário? Será que a responsabilidade pela sustentabilidade dessa engrenagem é somente de um desses atores? Compreender o contexto político, econômico e social da atualidade brasileira pode nos apontar soluções socialmente mais solidárias com responsabilidades compartilhadas e menos solitárias!

Nesse sentido, a Revista de Saúde Pública tem um papel fundamental, como eu já disse anteriormente, na disseminação de conhecimentos que possam ampliar esse entendimento mais alargado e aprofundado da complexidade do SUS.

Vamos aproveitar mais uma vez a oportunidade de, em 2019, ano das Conferências de Saúde Municipais, Estaduais e Nacional, juntos, sermos capazes de superar ou, pelo menos, reduzir os desafios que estão colocados para a sustentabilidade do SUS!

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO NA REDE COSEMS DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Health communication in Brazil: an exploratory study of the network of councils of municipal health secretaries (COSEMS)

Antonio Carlos Figueiredo Nardi¹, Priscila Torres de Brito², Ádria Jane Albarado³, Elizabeth Alves de Jesus Prado⁴, Natália Fernandes de Andrade⁵, Maria Fatima de Sousa⁶, Ana Valéria Machado Mendonça⁷

1. Secretário de Estado da Saúde do Paraná. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Graduado em Odontologia pela Universidade de Marília. ORCID: 0000-0003-3797-8312
2. Pesquisadora da Universidade de Brasília. Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. ORCID: 0000-0002-1319-3409
3. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Graduada em Comunicação Social com habilitação em Jornalismo pela Universidade Federal de Roraima. ORCID: 000-0003-2519-7690
4. Pesquisadora da Universidade de Brasília. Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. ORCID: 0000-0002-2731-5155
5. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Pesquisadora Júnior da Universidade de Brasília. ORCID: 0000-0002-6137-4335
6. Doutora *Honoris Causa* pela Universidade Federal da Paraíba, com pós-doutorado pelo Centre de Recherche sur la Communication et la Santé (ComSanté), da Université du Québec à Montréal. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Mestre em Ciências Sociais pela UFPB. Graduada em Enfermagem pela UFPB. ORCID: 0000-0001-6949-9194=
7. Pós-doutora em Comunicação em Saúde, pelo Centre de Recherche sur la Communication et la Santé (ComSanté), da Université du Québec à Montréal. Doutora em Ciência da Informação pela Universidade de Brasília. Mestre em Comunicação e Cultura pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Graduada em Jornalismo e Relações Públicas. ORCID: 0000-0002-1879-5433

CONTATO: Elizabeth Alves de Jesus Prado | QNM 22 Conjunto N | casa 11 | Ceilandia Norte | Distrito Federal | E-mail: elizabethalvesjesus@gmail.com

COMO CITAR: Nardi ACF, Brito PT, Albarado AJ, Prado EAJ, Andrade NF, Sousa MF, et al. Comunicação em saúde no Brasil: um estudo exploratório na rede COSEMS das secretarias municipais de saúde. R. Saúde Públ. 2018 Dez;1(2):13-22



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 teve como objetivo principal investigar as características dos serviços de comunicação em Saúde, a partir da Rede dos Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) no Brasil. Trata-se de um estudo exploratório quantitativo e qualitativo do tipo participante, conduzido de 2014 a 2015, com amostra não probabilística. Foram aplicados questionários com as assessorias de comunicação em saúde dos municípios participantes e entrevistas com os gestores dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Ao todo participaram 122 municípios, dos quais somente dois núcleos da Rede possuíam diretoria de comunicação e 64,8% dos municípios não possuíam Assessoria de Comunicação. As instalações de trabalho dos comunicadores são precárias, os profissionais não têm estabilidade empregatícia, ocupam cargos comissionados e possuem pouca experiência na área. Os profissionais de comunicação realizam assessoramento direto aos secretários, não possuem assento nos conselhos gestores, têm comprometidas suas ações de planejamento, o que fragiliza os processos organizativos. É necessário construir uma agenda política estratégica de comunicação em saúde, fortalecimento dos processos de informação, educação e comunicação voltados para prevenção das doenças e promoção da saúde, compreendidos como um ideal ético-político-formativo a ser alcançado na direção de cidades saudáveis solidária, democrática e socialmente justa.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação em Saúde. Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde. Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde.

ABSTRACT The purpose of this research was to investigate the characteristics of health communication services, based on the Network of Councils of Municipal Health Secretaries (Cosems) in Brazil. This is a quantitative and qualitative exploratory study, conducted from of 2014 to 2015 with a nonprobabilistic sampling. Questionnaires were applied with the health communication advisors of the participating municipalities, and interviews with the managers of the Councils of Municipal Health Secretaries (Cosems) were conducted. In total, 122 municipalities participated, of which only two centers of the Network had a communication board, and 64.8% of the municipalities did not have a Communication Department. Communicators' workplaces are precarious; professionals have no job stability, and hold commissioned positions; and they have little experience in the area. Communication professionals provide direct advice to the secretaries; they do not have a seat on management councils; their planning actions are jeopardized, which weakens the organizational processes. It is necessary to build a political agenda, with communication strategy in health, strengthening of information, education and communication processes aimed at disease prevention and health promotion, understood as an ethical-political-formative ideal to be achieved towards healthy, democratic, sympathetic and socially fair cities.

KEYWORDS: Communication in Health. Unified Health System. Health Management. Municipal Health Councils.

INTRODUÇÃO

Este estudo visa analisar a Comunicação em Saúde no Brasil a partir de um estudo exploratório junto à Rede dos Conselhos Municipais de Secretarias de Saúde (Cosems), uma rede surgida concomitantemente ao processo de descentralização da gestão do sistema de saúde¹, a partir do movimento social e em prol da saúde pública. A escolha por este objeto justifica-se pela importância que os municípios brasileiros assumem na gestão do sistema, serviços e ações de saúde desde o início dos anos 80; pela complexidade que é comunicar saúde quando esta envolve um conjunto de instituições e sujeitos políticos que delimitam a informação e a comunicação a atos secundários, simplificando-as no tocante a sua finalidade, que é promover a saúde da população.

A base conceitual que estrutura a pesquisa circunscreve conhecimentos das políticas públicas, do sistema de saúde e da Comunicação Social. No que se refere às definições de políticas públicas, esse é conceito polissêmico. Assim, as definições encontradas explicam que, ao falar-se de políticas públicas, não se pode esquecer dos interesses, poderes, sujeitos, estruturas permeadas pelas inter-relações dos aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais.

Em relação à saúde, utilizou-se a definição que a considera um bem maior da condição de vida, individual e coletiva, marcada pela conjuntura social, econômica, política e cultural. Esta constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social, conforme a direção do que afirma a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS): "saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou de enfermidade"².

Nessa perspectiva, e por compreender a complexidade do conceito ampliado de saúde, fez-se necessário estruturar um sistema que pudesse responder por tamanha responsabilidade social.

Com isso, entram em cena diversos atores coletivos, reunidos no entorno de uma agenda comum: construir um projeto capaz de superar males do setor saúde que, historicamente, agonizava desde o início do século passado. Nasce então o Sistema Único de Saúde (SUS), fruto das lutas dos movimentos sociais que antecederam o período da Nova República.

A Comunicação em Saúde, por sua vez, é um dos pontos considerados essenciais para o desenvolvimento de ações que envolvem a gestão da informação para a tomada de decisões no SUS. Seus processos, fluxos e evidências, elementos clássicos ao entendimento das questões de saúde, envolvem a população, os profissionais e os gestores de saúde do país. Enfatizada por desdobramentos nas suas mais variadas formas de utilização, muitas vezes é abordada sob a perspectiva desenvolvimentista, discutida a partir de campanhas publicitárias que, em grande maioria, buscam persuadir diferentes camadas da população para a adoção de estilos e modos saudáveis considerados ideais no combate às doenças. No âmbito da gestão, é associado aos afazeres da assessoria de comunicação de órgãos, instituições ou Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

Ao se debater a comunicação sob o ponto de vista do gestor, observa-se que ela pode atuar como mediadora do diálogo entre ações públicas, opinião pública e esfera pública, cooperando com estratégias específicas desenvolvidas por profissionais da área, com a finalidade de buscar o melhor esclarecimento e convicção da sociedade como apontado por Gomes e Maia³, numa "prática pedagógica do esclarecimento e de entendimento mútuos".

Habermas⁴, por sua vez, afirma que a esfera pública atua com subjetividade e, no que concerne à interpretação feita, necessita da autocompreensão do gestor de saúde, uma vez que traz consigo o imaginário de que a comunicação é somente a transmissão de informação do emissor ao receptor quando, ao contrário, sua complexidade demanda cuidados, processos, fluxos, estrutura e profissionais

habilitados para atuarem na linha de frente junto à sociedade.

É com esses pilares conceituais das ciências da saúde e da comunicação que os cenários de práticas das Assessorias de Comunicação da Rede Cosems e das Secretarias Municipais da Saúde foram investigados, com o fim de conhecer a atuação dos profissionais de comunicação em apoio à gestão do SUS, bem como seus processos de gestão municipal e de suas instâncias representativas a partir das ações políticas destinadas à Comunicação em Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem quali-quantitativa⁵⁻⁶. Os participantes foram atores políticos sanitários responsáveis pela tomada de decisão para implementação de uma política de comunicação nos municípios brasileiros: secretários municipais de saúde; diretores dos Cosems; e profissionais de comunicação em saúde. Estes foram considerados para a parte quantitativa e, para a parte qualitativa, foram entrevistados secretários municipais de saúde e presidentes dos Cosems.

No que se refere à parte quantitativa, inicialmente realizou-se contato por mensagem eletrônica com todas as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e todos os Cosems do país, convidando cada participante a preencher o questionário eletrônico disponibilizado no servidor da Universidade de Brasília e divulgado no portal do Conasems de 2014 a 2015. Estes questionários, em número de quatro, abordaram as especificidades das Cosems e SMS com e sem assessoria de comunicação (ascom) e contemplaram, dentre outros, temas referentes à estrutura de trabalho das ascom, o perfil dos profissionais que nelas atuam, suas principais atribuições e variantes de quem não possuía este serviço especializado.

Para a determinação do tamanho da amostra

considerou-se o número total de municípios brasileiros 5.565⁷. O erro amostral adotado foi de 5% e nível de confiança de 95%, resultando numa amostra de 360 municípios. Por considerar importante a inclusão de números representativos de todas as regiões geográficas brasileiras e para evitar vieses de seleção em função das diferenças de proporção no número de municípios por região, optou-se por realizar uma amostra estratificada simples por região geográfica, resultando: 32, na região Norte; 127, na Nordeste; 33, Centro Oeste; 118, Sudeste; e 85, na Sul. Ao final, optou-se por incluir 10% a mais do valor calculado por estrato para compensar as possíveis perdas.

Após a definição da quantidade de municípios por região geográfica, foi realizada a seleção aleatória simples sem reposição em cada estrato utilizando o pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), o qual também foi utilizado, juntamente com planilhas em Excel, para sistematização dos discursos e posterior análise.

No que se refere à parte qualitativa, foi utilizado um roteiro de entrevistas semiestruturado e, para análise das respostas, a técnica de análise de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), conforme referencial teórico proposto por Lèfevre e Lèfevre⁸. O objetivo do método é analisar o material coletado, proveniente de fontes discursivas escritas. Para este estudo foram utilizadas as transcrições das entrevistas realizadas com os gestores. A construção do discurso ocorre após a separação das falas em expressões-chave similares. Logo, a ideia central das falas representa uma categoria de análise. Reconstrói-se, a partir das falas individuais, a expressão do coletivo sobre o assunto estudado. O produto deste método é um discurso-síntese, redigido na primeira pessoa do singular, que possibilita conhecer as representações do grupo sobre o tema pesquisado.

As categorias analíticas foram definidas, a priori, de acordo com o roteiro de perguntas estabelecidas para a pesquisa, todavia, nesta análise considerar-se-á apenas uma. A questão

norteadora foi dividida em duas partes: 1º) O que é comunicação em saúde para você?, na qual observou-se o conceito; e, 2º) Como esse conceito se aplica nas ações e serviços de saúde no seu município, na qual focou-se em exemplos práticos.

O estudo teve projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/FS) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília sob o número de registro 209/13.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere ao âmbito quantitativo da pesquisa realizada com as SMS, 122 municípios foram investigados. Destes, 35,2% declararam possuir e 64,8% disseram não contar com Assessoria de Comunicação (Ascom). Facilitadoras do relacionamento das instituições com os seus diferentes públicos, as assessorias de comunicação oferecem serviços especializados que envolvem políticas e estratégias de jornalismo, relações públicas, publicidade e propaganda⁹.

O estudo demonstrou que as Ascom existentes funcionam com estrutura física e formas de comunicação em condições precárias. Todos responderam que não possuem sala exclusiva para a Ascom, bem como equipamentos; informatização; acesso aos meios e às ferramentas de comunicação; sistemas de clipping e de mailing. Essa estrutura é de extrema importância para a realização de procedimentos cotidianos de trabalho para que a comunicação entre as instituições e seus públicos estratégicos¹⁰ ocorra de forma fluida, assertiva e eficaz.

As Ascom das SMS possuem assessores cujo perfil foi identificado da seguinte maneira: 58% são do gênero feminino, 42%, masculino. A formação de 67% é na área da comunicação, sendo que 48% são graduados, 32,6% especialistas e um informou possuir doutorado. A profissão mais frequente é de jornalista (57 no total), embora 22 (51%) das assessorias investigadas afirmaram

não dispor deste profissional. Quanto ao vínculo empregatício, 48% é servidor público de cargo comissionado e a média de tempo de trabalho na instituição foi de 4,4 anos, sendo que o profissional que apresentou menor tempo foi menos de um ano e o maior foi 36 anos. As respostas revelaram que 86% dos participantes afirmaram que a área de Comunicação está diretamente ligada a(o) secretário de saúde municipal, o que sugere reflexão, pois a Comunicação em Saúde exige que o foco esteja no coletivo e considere o modelo de atenção e não personificado ao assessorado.

Quanto às formas de comunicação, quando questionados sobre a posse e o uso de veículos que proporcionem comunicação direta e constante com a população, 83,7% responderam afirmativamente. Entretanto, não mencionaram qual ou quais. Em relação às estratégias de informação e comunicação voltadas para dar maior visibilidade às diretrizes do SUS, 53,5% afirmaram possuí-las, e 51,2% disseram ter publicações voltadas para informação e comunicação em saúde. No que se refere à capacitação profissional, ela não é promovida em 72,1% das assessorias, bem como o planejamento, o acompanhamento e a avaliação desse planejamento não ocorre em 90% delas.

Do total de 20 Cosems estudados, 37% afirmaram e 37% negaram possuir assessoria de comunicação, sendo eles, respectivamente: Alagoas, Amazonas, Bahia, Minas Gerais, Pará, Rio Grande do Norte, São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul; e Roraima, Amapá, Acre, Rondônia, Maranhão, Tocantins, Piauí, Sergipe, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Os demais não participaram da pesquisa. Dentre os participantes que possuem Ascom, somente os Cosems de São Paulo e da Bahia contam com diretoria de comunicação, e 80% não possuem a função.

O perfil profissional dos assessores de comunicação do Cosems apresentou paridade de gênero. A maioria é especialista (60%) e um possui doutorado. Todos são formados na área de comunicação. Quanto ao vínculo empregatício

com os Cosems, 70% disseram ser prestadores de serviços e 20% celetistas. A média de tempo de trabalho na instituição foi de 2,4 anos, sendo que o profissional que apresentou menor tempo foi menos de um ano e o maior foi de cinco anos e todos responderam que a área de comunicação estava diretamente ligada a(o) presidente do Cosems.

Em relação à estrutura física na área de comunicação, as respostas repetiram o informado pelos assessores da SMS. Todavia, mesmo com a infraestrutura deficiente, 90% dos Cosems têm página na internet, facebook, blog ou twitter. O que aponta o potencial das referidas mídias como alternativa para a comunicação. O Cosem que não os possui afirma utilizar redes sociais como um dos meios de comunicação da assessoria. Já a comunicação entre as secretarias de saúde é feita usando, principalmente, e-mail. Mais uma vez, ferramentas gratuitas e alternativas são utilizadas para atendimento das demandas rotineiras da assessoria.

Quanto às estratégias de informação e comunicação voltadas para dar maior visibilidade às diretrizes do SUS, 80% disseram possuir e 50% têm publicações voltadas para informação e comunicação em saúde. A capacitação profissional não é promovida em 80% das assessorias e tanto o planejamento quanto o processo de acompanhamento e avaliação desse planejamento não ocorrem em 60% das assessorias. Em 90% das assessorias de comunicação existe a presença do profissional jornalista e em 40% dos Cosems investigados, a equipe de assessoria de comunicação se resume somente a este profissional. A média de funcionários por equipe é de 5,1, sendo que a maior equipe é composta por 22 funcionários. Profissionais como relações públicas, radiocomunicadores e mobilizadores sociais não apareceram em nenhuma das Ascom. Uma característica predominante nas equipes das assessorias de comunicação refere-se à forma de vínculo temporário, prestação de serviços e estágio. Em todos os Cosems que participaram da pesquisa

apenas um servidor efetivo é lotado em assessoria de comunicação.

Observa-se que o investimento realizado por parte das SMS nas assessorias de comunicação é basicamente com os salários dos profissionais, uma vez que não possuem estrutura, recursos humanos, equipamentos e ferramentas adequadas para o trabalho. O vínculo empregatício, em sua grande maioria, temporário e com contrato precarizados, também impede um maior envolvimento e dedicação à prática e ação política de comunicar saúde, uma vez que exige engajamento que vai além da função profissional.

O DISCURSO DOS GESTORES

Foram entrevistados 17 gestores dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) nas cinco regiões do país, nos seguintes estados: Norte - Acre; Amazonas; Pará; Rondônia e Roraima; Nordeste - Alagoas; Ceará; Maranhão; Paraíba; Pernambuco; Rio Grande do Norte e Sergipe; Sudeste - Espírito Santo e Minas Gerais; Centro Oeste - Goiás e Mato Grosso; e, Sul: Paraná. Destes, 41% (n=7) declararam ser do sexo masculino e 59% (n=10) do sexo feminino. A média da faixa etária dos gestores foi de 44,64 anos, sendo a idade mínima declarada de 30 anos e a máxima de 60 anos.

Quanto ao grau de escolaridade dos gestores: 6% (n=1) possuem ensino médio completo, 47% (n=8) ensino superior completo, 29% (n=5) Pós-Graduação com título de especialista e 18% (n=3) Pós-Graduação com o título de mestre. Os gestores afirmaram ter experiência no setor saúde, além da gestão no Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems). Observou-se que entre os 17 entrevistados, apenas um não possui ensino superior completo. Quanto à formação acadêmica dos gestores(as), encontrou-se os cursos de Administração, Serviço Social, Enfermagem, Odontologia, Contabilidade, Pedagogia, Medicina Veterinária, Administração Hospitalar, Filosofia e Gestão de empresas.

A experiência dos entrevistados na gestão municipal em saúde foi calculada em meses, e depois estratificada nas seguintes faixas: até 5 anos, 30% (n=5); entre 5 e 10 anos, 35% (n=6) e em mais de 10 anos, 35% (n=6). O tempo médio de gestão de todos os entrevistados foi de oito anos e seis meses. No Cosems, dois entrevistados declararam ser recém-empocados e um não informou o tempo. O tempo médio de gestão dos demais foi de dois anos e três meses. Os períodos foram estratificados em: até 1 ano, 35% (n=6); até 5 anos 35% (n=6); 5 anos ou mais 12% (n= 2); recém-eleito, 12% (n= 2) e não informado, 6% (n=1).

Dentre os temas norteadores que compuseram o roteiro de entrevista teve-se a Comunicação em Saúde como uma das temáticas centrais. Os participantes foram questionados acerca do que seria Comunicação em Saúde e como eles aplicavam este conceito nas ações e serviços de saúde desenvolvidos no município em que atuavam. A análise da respectiva categoria trouxe como produto o texto-síntese das expressões-chave dos gestores entrevistados, conforme se apresenta a seguir:

Comunicação em Saúde:

É transmitir para as pessoas tudo que a gente tem conhecimento em relação à saúde. É a forma que a gente leva a informação, é como levamos o conhecimento para as pessoas. É também um instrumento pelo qual você vai transmitir a informação, chegar ao denominador comum, chegar a um indicador e fazer com que alguma coisa dê certo. Comunicação em saúde é a baliza, é a diferença de você conseguir avançar de forma planejada, articulada e em conjunto através da qual você vai conseguir avançar com algum tipo de ruído ou dificuldade. É efetivamente uma ferramenta de gestão. A comunicação é quando você consegue lidar com a massa. Fazer com que a população e os servidores entendam nosso sistema. É toda a forma de apresentar a saúde para a comunidade como ela é. É uma formatação de uma rede com todas as informações básicas de saúde para a gente disseminar entre os nossos colaboradores e nossos

colaboradores, para as equipes, supervisores, diretores e também a comunidade. Ela é bem mais ampla, eu acho que tem que ter comunicação e tem que ter educação. Você utiliza a comunicação tanto para informar quanto para fazer educação em saúde. A comunicação pode ser passada através de meios de comunicação, todos os métodos que você utiliza: oral, documentos escritos, tudo o que você utiliza para se comunicar com os trabalhadores de saúde, como também para fazer comunicação com os munícipes dos órgãos do SUS. Eu acho que além de você comunicar, fazer, é preciso expressar a qualidade da saúde. A comunicação é o ato de tornar a informação pública de forma que permita que as pessoas mais comuns do público-alvo que você pretende atingir, se apropriem e empoderem das informações de saúde. Eu diria que a comunicação é um processo de refinamento de chegada das informações de saúde que a gente precisa repassar, tanto para os profissionais quanto para os usuários. Então a comunicação seria um refinamento do diálogo, do necessário diálogo, da necessária interação entre o saber saúde e o viver saúde.

Percebe-se inicialmente que os gestores apresentaram o conceito de Comunicação em Saúde em seus discursos num formato bastante funcionalista para transmissão de conhecimento sobre saúde e para a gestão. Enquanto conhecimento, a temática é referida pelos mesmos, como método de refinamento para traduzir o conteúdo sobre saúde e torná-lo informação pública e inteligível aos cidadãos. Tal compreensão vai ao encontro do que é teorizado por Pierre Zémor¹¹ sobre comunicação pública, pois o autor a compreende como um lugar privilegiado ligado à regulação, proteção e antecipação do serviço público na comunicação natural da sociedade.

Ao se considerar a abordagem de Pintos¹² segundo a qual a Comunicação em Saúde é a aplicação de teorias, princípios e técnicas comunicacionais com o objetivo preciso de difundir e compartilhar informações, conhecimentos e práticas que contribuam para melhorar os sistemas

de saúde e bem-estar das populações, se percebe que o entendimento dos gestores, apesar de limitado, engloba finalidades para além da visão instrumental do uso da comunicação.

Na concepção dos gestores, a comunicação em saúde passa, necessariamente, pela formação de redes que possam alcançar servidores, população e demais gestores dos sistemas municipais de saúde de forma ampliada. Como exemplo, os gestores referiram-se à rede dos Cosems. Nesta perspectiva, a rede promove a integração que promove a participação e a construção da autonomia, além de ser parte do processo primordial no desafio de transparência, linguagem e transformação de construção de vínculo e dever de cidadania conforme apontado por Mendonça¹³.

Ao se pensar Comunicação em Saúde é imprescindível que esta seja ordenadora do modelo de atenção e que as políticas de comunicação em saúde desenvolvidas por gestores perpassem ações comprometidas com a equidade, e atendam às necessidades e demandas dos cidadãos¹⁴, fato que pode ser identificado como uma preocupação dos gestores. Embora tenham clareza da necessidade de comunicação junto à população, profissionais, gerentes de unidades e outros profissionais que compõem a rede dos Sistemas Municipais de Saúde, ainda não dispõem de um Plano de Comunicação Social em Saúde, conforme verifica-se no discurso advindo das expressões-chave da aplicação do conceito de comunicação.

Aplicação do conceito:

Trabalho com os nossos ACS, uso muito os nossos servidores, utilizo bastante a comunicação, a própria prefeitura fornece a comunicação via contato, jornais e rádios do nosso município, então utilizo todos esses mecanismos na nossa secretaria de saúde. Tem também o nosso conselho municipal de saúde, estabelecemos também nos nossos murais, dentro das conferências municipais que acontecem. Participo de várias chamadas nas rádios e jornais que circulam pelo município. Se aplica em forma de palestras, de ações, as próprias consultas

qualitativas na atenção básica, a comunicação se dá através da implantação de mecanismos de interação ensino, serviço e cuidado, através das ações do núcleo de apoio a saúde da família, do NASF, através das ações do programa saúde nas escolas. Há também meios diversos como as páginas do facebook, carro de som, boletins epidemiológicos, reportagens, ouvidoria, cartaz, panfleto, as pessoas distribuem panfletos nas escolas, nas unidades de saúde, temos o teatro de rua feito por um grupo de servidores que são agentes de saúde. Eu gostaria de ressaltar, que nós temos essa ouvidoria dentro do conselho municipal que trabalha paralelamente à secretaria municipal. Hoje em dia a rede social consegue fazer acontecer algumas políticas públicas de saúde que a gente às vezes não alcança com palestras, com idas nas escolas, com debates, mas conseguimos muito bem atingir com as redes sociais, eu acho muito bacana. Um dia na semana, na rádio de horário fixo levo sempre um profissional de saúde para poder explicar o que está se referindo, nós já temos um cronograma fixo durante anos todo, toda quinta feira, um profissional disponibiliza seu tempo para comunicar fazer a divulgação, no jornal de circulação local também de dez em dez dias, coloco isso para a população explicando. Com as comunidades religiosas existe parceria, a gente vai lá e faz explanação, faz palestra, faz "intercâmbio" com esse pessoal. A polícia militar também é parceira nossa em algumas ações que a gente tem lá. As ONGS de forma geral tenho um relacionamento muito próximo para poder divulgar e colaborar com a gente também naqueles atos que nós precisamos da vigilância em saúde. A comunicação também é feita para as outras secretarias.

Entretanto, é perceptível que os gestores reconhecem o potencial e a aplicabilidade das diferentes formas de comunicação para comunicar saúde. Desde a comunicação governamental¹⁵ com sua estrutura e credibilidade por ser oficial, o atendimento e utilização da imprensa, bem como das mídias alternativas como mídias sociais e carro de som são citadas como ações. Observa-se que há preocupação por parte dos agentes

políticos em promover espaços para debates e promoção da cidadania por meio da participação de representantes da comunidade, conselhos e escolas, nos moldes do que se discute no âmbito da comunicação comunitária e emancipadora¹⁶.

A apreensão de conteúdos é realizada também por meio do protagonismo de profissionais da saúde ao ocuparem espaços da mídia para abordar questões de saúde e compartilhar e aprender com demais atores sociais. Percebeu-se, portanto, que para os gestores participantes, a comunicação deve promover a aproximação com os cidadãos conforme sua realidade local, pois a interação seria a palavra de ordem para que ocorra a comunicação. Nesta perspectiva, infere-se ainda a adoção de práticas oriundas do que atualmente conhece-se por educação popular¹⁷ em saúde, na qual o diálogo e o convívio são essenciais para mobilizações e transformações da realidade, inclusive da saúde.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo sinalizaram que a concepção de comunicar para os gestores entrevistados trata-se de uma comunicação em um formato de transmissão do conhecimento sobre saúde de forma interativa e inteligível para os cidadãos. Assim, o processo de trabalho dos profissionais de comunicação nas SMS deve ser transversal aos procedimentos organizativos que circunscrevem, desde a estrutura física, perfil dos trabalhadores e definição de uma agenda estratégica, para que possa responder às demandas da população por melhorias permanentes nos modos de informar e comunicar ações de saúde.

Devido às ações dos profissionais de comunicação serem voltadas apenas ao assessoramento direto aos secretários, estes enfrentam limitações ao instituírem seus processos de trabalho para as Secretarias Municipais de Saúde, o que sugere reflexão, pois a Comunicação

em Saúde exige que o foco esteja no coletivo e considere o modelo de atenção e não personificado ao assessorado.

Percebe-se, portanto, a necessidade de se instituir nas Secretarias Municipais de Saúde setores que possam responder às demandas de informação e comunicação em saúde, como condições essenciais, voltadas à prevenção, proteção e promoção da saúde de seus municipes. Além disso, é eminente a necessidade de se estabelecer novas relações entre o poder público e a sociedade, priorizando-a.

Um dos desafios está na vinculação dos profissionais de comunicação em saúde. A precarização dos vínculos empregatícios, em geral, ligados ao mandato dos governantes municipais, deve ser substituída por cargos de carreiras públicas, deslocando o foco de uma comunicação como forma de promoção eleitoral para uma comunicação promotora de saúde.

Esta pesquisa revela a necessidade de formulação de uma política de Comunicação em Saúde, capaz de promover ações concretas, perenes, conscientes em afinidade às situações, sociais, econômicas, sanitárias e culturais dos saberes em práticas da tríade: informação, educação e comunicação em saúde.

Por fim, a identificação dos determinantes do processo saúde doença, das desigualdades em saúde e do impacto de ações e programas para reduzir a carga de doença na população só é possível a partir de boas informações e no momento oportuno, do contrário as informações restringe-se ao controle das doenças, e situações de risco epidemiológicos e sócio-sanitário.

REFERÊNCIAS

1. Mendonça CS, Reis AT dos, Moraes JC de. La política de regulación de Brasil Internet]. Brasília: Organización Panamericana de la Salud serie técnica Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Brasília: Organización Panamericana de la Salud; 2006 [citado 2016 Abr. 7]. (Serie Técnica Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud; 2). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/st12e.pdf>
2. Carta de Ottawa. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá; 1986 [citado 21 Jun 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
3. Gomes W, Maia RCM. Comunicação e democracia. Porto Alegre: Meridional; Sulina. 2008. 39p.
4. Habermas J. Mudança estrutural da esfera pública. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003. 398 p.
5. Minayo MCS. Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. 244 p.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2014. 406 p.
7. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Estimativa Populacional; 2012. [citado em 2016 Set 18]. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2013>.
8. Lefevre F, Lefevre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2003. 80 p.
9. Ferrareto, EK, Ferrareto LA. Assessoria de imprensa: teoria e prática. São Paulo: Sagra-Luzzatto; 2001.
10. Mafei M. Assessoria de imprensa: como se relacionar com a mídia. São Paulo: Contexto, 2008.
11. Zémor P. A comunicação pública. In: Martins L., organizador. Algumas abordagens em Comunicação Pública. São Paulo: Casa das Musas; 2003. p. 76 -103.
12. Pintos VS. Comunicación y Salud. Inmediaciones de la Comunicación [Internet]; 2001. [citado em 2016 nov. 6]; n.3, 121-36. Disponível em: <https://www.ort.edu.uy/fcd/pdf/revista-inmediaciones-de-la-comunicacion-3.pdf>
13. Mendonça AVM. Informação e Comunicação para o Sistema Único de Saúde no Brasil: uma política necessária. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM. Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. Campinas/SP: Saberes Editora; 2014. p. 701-719.
14. Pitta AMR., Magajewsk FRL. Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da Saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2000 Ago [citado em 2016 Dez 6]; 4(7): 61-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000200005&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832000000200005>.
15. Brandão E. Comunicação pública: alcances e limites do conceito. In: Martins L., organizador. Algumas abordagens em Comunicação Pública. São Paulo: Casa das Musas; 2003. p. 20 -37.
16. Volpato MO. Comunicação comunitária: trajetórias e inovações. R. UNINTER Com] Internet]. 2014 [citado 2016 Abr 19];2(3):217-232. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistacomunicacao/index.php/revistacomunicacao/article/view/555/316>
17. Oliveira MW. Educação popular e saúde. R. Educ. Pop. [Internet] 2007. [citado 2018 Mar 14];6(1):75-83. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/viewFile/19898/10623>

RECEBIDO: 31/08/2018

ACEITO: : 22/10/2018

PREMATURIDADE DE CRIANÇAS NASCIDAS NO CENTRO OBSTÉTRICO DO MUNICÍPIO DE COARI – AMAZONAS, BRASIL

Prematurity of children born at the obstetric center of the municipality of Coari – Amazonas, Brazil

Ana Felisa Hurtado Guerrero¹, Silvaney Gonçalves Reis², Perpétua Souza da Costa Parente³, Daiane Valéria Oliveira da Silva⁴, José Camilo Hurtado Guerrero⁵

1 Gerontóloga. Sanitarista e ex-docente do curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas, Escola de Ciências da Saúde, Manaus, Amazonas, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2816-6235>

2 Técnica de Enfermagem da Secretaria Estadual de Saúde no Município de Coari. Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Amazonas, Escola de Ciências da Saúde, Manaus, Amazonas, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1537-1491>

3 Técnica de Análises Clínicas da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Coari. Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Amazonas, Escola de Ciências da Saúde, Manaus, Amazonas, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2784-5399>

4 Técnica em Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Coari. Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Amazonas, Escola de Ciências da Saúde, Manaus, Amazonas, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1607-6515>

5 Biólogo - Entomólogo. Professor Visitante Nacional do Instituto de Biodiversidade e Floresta da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), Santarém, Pará, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9062-1860>

CONTATO: José Camilo Hurtado Guerrero | Universidade Federal do Oeste do Pará | Instituto de Biodiversidade e Florestas (IBEF) – Campus Tapajós | Rua Vera Paz, s/n | Salé | Santarém - PA | CEP: 68040-470. | E-mail: jhocamhur@gmail.com

COMO CITAR: Guerrero AFH, Reis SG, Parente PS, Silva VO, Guerrero JCH. Prematuridade de crianças nascidas no Centro Obstétrico do município de Coari-Amazonas, Brasil. R. Saúde Públ. 2018 Dez;1(2):23-34



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 OBJETIVO: Analisar a incidência de partos prematuros no Centro Obstétrico de Coari, no período de 2011 a 2015. MÉTODO: Estudo retrospectivo quantitativo sobre partos prematuros no Hospital Regional de Coari Odair Carlos Geraldo. RESULTADOS: Mostrou-se que foram mães adolescentes, solteiras, agricultoras com intercorrências como contrações uterinas e parto normal. Nos partos prematuros nasceram mais meninos com peso

normal e entre 35 e 37 semanas. Em relação ao índice de Apgar, 10,6% dos prematuros obtiveram pontuação menor ou igual a sete no primeiro minuto de vida, sendo que no quinto minuto esse percentual caiu para 7,8%, indicando que a maioria teve uma rápida recuperação. **CONCLUSÃO:** A gravidez na adolescência vem crescendo no município e com isso aumentando também os partos prematuros, portanto os cuidados devem ser centrados na realização de um bom pré-natal para evitar complicações, uma vez que não contam com UTI neonatal.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho de Parto. Parto Prematuro. Recém-Nascido Prematuro.

ABSTRACT **OBJECTIVE:** To analyze the incidence of premature deliveries at the Obstetric Center of Coari in the period from 2011 to 2015. **METHODS:** This is a retrospective, quantitative study on premature deliveries at the Regional Hospital of Coari Odair Carlos Geraldo. **RESULTS:** Findings showed that most mothers were adolescents, single, farmers who had complications such as uterine contractions, and normal birth. Regarding premature newborns, there were more boys with normal weight, born between 35 and 37 weeks. Regarding the Apgar score, 10.6% of premature infants scored seven or less in the first minute of life, and in the fifth minute this percentage fell to 7.8%, indicating that most of them had a rapid recovery. **CONCLUSION:** Adolescent pregnancy has been increasing in the municipality and, with it, premature births. Thus, care should focus on good prenatal care to avoid complications, because they cannot rely on a neonatal Intensive Care Unit (ICU).

KEYWORDS: Labor of Delivery. Premature birth. Premature Newborn.

INTRODUÇÃO

O parto pré-termo ou prematuro é aquele que ocorre quando a gestação é interrompida depois da 20ª semana de gravidez e antes ou igual à 37ª semana de gestação, um número que corresponderia ao tempo mínimo para o desenvolvimento do feto, sendo a prematuridade uma das principais causas de mortes neonatais^{1,2}. Considera-se prematuridade grave o escore do Apgar entre 0 a 3, de 4 a 7 moderado e de 8 a 10 normal³. A prematuridade é classificada de acordo com sua evolução clínica, sendo ela eletiva, onde a complicação estão em decorrência de problemas que estão ocorrendo com a mãe como por exemplo: doenças hipertensivas, descolamento

da placenta, dentre outras. Ou espontânea, na qual não se detecta nenhuma complicação da mãe^{4,5}.

As causas mais comuns de parto prematuro estão relacionadas com a faixa etária, a desnutrição, o baixo peso durante a gestação, tratamento de infertilidade, complicações obstétricas, as infecções vulvovaginais, a extensão do cuidado no pré-natal, fatores comportamentais, o que torna essencial o acompanhamento das gestantes e de algumas doenças específicas durante este período de gestação para evitar um parto pré-termo^{6,7,8,9}.

Geralmente o parto pré-termo tem maior ocorrência em adolescentes com idade inferior a

dezenove anos e mulheres com gestações tardias⁷. Nesses grupos etários, a grande atenção deve estar voltada aos riscos de morbimortalidade perinatais, especialmente, nas adolescentes que ainda estão em fase de crescimento e não apresentam certa maturidade fisiológica, o que as torna incapazes de suportar adequadamente o estresse característico da gestação¹⁰. Assim, os problemas que ocorrem durante o processo do ciclo gravídico puerperal podem ser fatores de risco à saúde tanto da mãe quanto do feto e podendo evoluir para a morte do neonato.⁵

Em muitos casos, além dos gastos financeiros, e dos cuidados dos profissionais de saúde e dos próprios familiares, o parto prematuro pode ocasionar problemas na qualidade de vida do neonato e também no desenvolvimento psicossocial da criança¹¹. Embora a chance de sobrevivência dos recém-nascidos prematuros tenha aumentado nos últimos anos, devido às tecnologias existentes, a prematuridade ainda vem sendo a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal, sendo um dos grandes desafios para a obstetria. Por isso, apresenta-se como um dos maiores problemas encontrados em mulheres gestantes, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento^{2,5}.

O parto prematuro é considerado um grande problema para a saúde pública, pois, segundo a estimativa, nascem cerca de 15 milhões de bebês prematuros por ano no mundo, determinando que sua ocorrência seja de um parto prematuro em cada dez nascimentos¹². Em nível mundial em 2010 aconteceram cerca de 15 milhões de partos prematuros, e cerca de um milhão desses recém-nascidos morreram após o parto, ou por algum tipo de complicação¹³. Enquanto que no Brasil são registrados mais de 279 mil nascimentos de recém-nascidos pré-termos totalizando cerca de 17,7% dos partos realizados¹⁴, sendo que o nascimento pré-termo é a maior causa de morte neonatal no país, tendo um percentual de 70% dos casos^{6,15}.

A Região Norte é responsável por 9% dos nascimentos totais e 6% são pré-termos de muito

baixo peso. No entanto, em Manaus, capital do Amazonas, observou-se um aumento no percentual de prematuridade de 3,8% para 7%⁵. Este estudo teve como objetivo analisar a incidência de partos prematuros no Centro Obstétrico de Coari, no período de 2011 a 2015.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa a partir dos prontuários de crianças prematuras nascidas de mães admitidas no Centro Obstétrico de assistência e cuidado de puérperas e neonatos do Hospital Regional de Coari Dr. Odair Carlos Geraldo (HRCOAG), residentes na região do Médio Solimões e que tiveram seus partos assistidos no período de 2011 a 2015. O Centro de referência é responsável também pelo atendimento de grávidas de municípios circunvizinhos, localizados no Médio Solimões, como são: Tefé, Alvarães, Uarini, Codajás, Anori, Anamá e Beruri.

A coleta de dados foi realizada no Setor de Estatística do Hospital, através dos prontuários e fichas de internação das puérperas, totalizando um universo de 957 prematuros. Na definição de crianças prematuras se utilizou como referência a tabela de escores de Apgar de Santos e Pasquini³, para os nascidos prematuros com menos de 37 semanas.

O Apgar é um método de avaliação sistemática do recém-nascido, realizado após o parto, que avalia as condições fisiológicas e a capacidade de resposta, e serve para identificar se a criança necessita de reanimação ou cuidados especiais³. O Apgar avalia cinco sintomas da saúde do recém-nascido: frequência cardíaca, respiração, irritabilidade reflexa, tônus musculares e cor. Para a análise o escore do Apgar foi simplificado em < 7 e em ≥ 7³.

Foram consideradas as variáveis a seguir: os nascidos vivos com idade gestacional entre 20^a e 37^a semanas, idade, raça-cor, profissão, estado

civil, além do tipo de parto da puerpera. Em relação ao prematuro foi revisada a ficha de admissão neonatal, onde foram verificadas informações referentes ao sexo, peso ao nascer, Apgar e se teve alguma anomalia ou malformação congênita.

Na análise dos dados foram utilizadas medidas de frequências absolutas e relativas. A organização do banco de dados foi no Microsoft Office Excel, versão 2010, e a análise das variáveis nos softwares Minitab v.14¹⁶, SPSS v. 20¹⁷ e Epi Info v.6¹⁸.

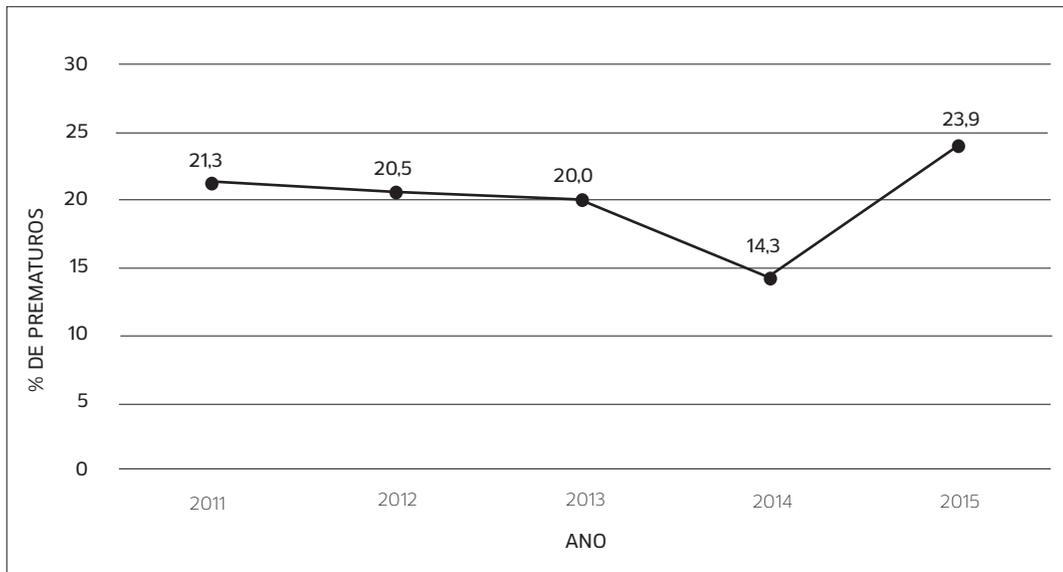
O estudo contou com a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas e da Secretária Municipal de Saúde do Município de Coari, sendo aprovado mediante parecer nº 1.787.260 de 22.10.2016, que, em se tratando de dados secundários, dispensou o Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido (TCL). Porém, garantiu o anonimato e confidencialidade das informações nos prontuários.

RESULTADOS

No período de 2011 a 2015, foram notificadas 957 gestantes que tiveram seus partos prematuros no Centro Obstétrico do Hospital Regional Dr. Odair Carlos Geraldo. O número de partos para cada ano foram: 2011(204), 2012 (196), 2013 (191), 2014(137) e 2015 (229). Dentre os anos pesquisados pode-se observar que 2015 foi o ano que teve relativamente a maior concentração de mulheres com partos prematuros (23,9%) (Figura 1).

Figura 1 Distribuição dos partos prematuros no Centro Obstétrico de Coari, Amazonas, no período de 2011 a 2015.



Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Os dados sociodemográficos das mães mostraram que a maioria estava na faixa etária entre 15 e 19 anos, num total de 337 (35,3%), e evidenciou-se uma parcela importante de crianças grávidas na faixa etária de 10 a 14 anos - 45 (4,7%) (Tabela 1).

No referente à variável raça/cor observou-se

que 892 (95,8%) das mães se autodeclaravam como pardas. A análise da variável ocupação mostrou que 300 (32,4%) eram agricultoras, seguidas das donas do lar 265 (28,6%) e estudantes que apresentaram um percentual próximo 240 (25,9%), já para o estado civil dominaram as outras 532 (56,8%), totalizando 532 (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas das mães dos prematuros nascidos no município de Coari, Amazonas, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015.

Variáveis	n	%
Faixa Etária		
10 - 14	45	4,7
15 - 19	337	35,3
20 - 24	245	25,7
25 - 29	190	19,9
30 - 34	88	9,2
35 - 39	36	3,8
40 - 44	13	1,4
45 - 49	1	0,1
Ignorado/em branco/ilegíveis*	2	
Raça/cor		
Parda	892	95,8
Branca	36	3,9
Preta	3	>0,003
Ignorado/em branco/ilegíveis*	26	
Profissão		
Agricultora	300	32,4
Assalariada	107	11,5
Do lar	265	28,6
Estudante	240	25,9
Autônoma	15	1,6
Ignorado/em branco/ilegíveis*	30	
Estado Civil		
Casada	96	10,2
Solteira	532	56,8
União Estável	309	33,0
Ignorado/em branco/ilegíveis*	20	

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

*Os casos ignorado/em branco/ilegíveis são apresentados como informativos mais excluídos das análises.

A tabela 2 apresenta a situação obstétrica das gestantes e condições do parto prematuro. A avaliação da idade gestacional mostrou que o maior percentual estava entre 27 e 47 semanas e mais 924 (96,7%), e entre 14 e 26 semanas foi de 32 (3,3%). Quanto ao tipo de parto foi observado que 620 (65,0%) foram partos normais e 334 (35,0%) partos cesarianos. No entanto, dentre as causas mais frequentes que as mulheres referiram para o parto prematuro foi a contração uterina, 759 (79,1%), seguida de perda de líquido amniótico 77 (8,0%).

Sobre o sexo dos prematuros, predominou

o masculino, 497 (52,7%), no concernente à prematuridade foram moderados, 481 (50,3%), e com idade gestacional de 35 a 37 semanas, 701 (73,3%), conforme mostra a tabela 3. Referente ao peso ao nascer, 662 (72,3%) tiveram com peso acima de 2.500 kg (Tabela 3).

Verificou-se em relação ao índice de Apgar, que 98 (10,6%) dos prematuros obtiveram pontuação < 7 no primeiro minuto de vida, sendo que no quinto minuto esse percentual caiu para 72 (7,8%), indicando que a maioria teve Apgar ≥ 7. Além disso, houve má formação congênita em 29 (3,3%) dos neonatos (Tabela 3).

Tabela 2. Situação obstétrica e do parto prematuro das gestantes no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015, no Município de Coari – Amazonas

Situação obstétrica	n	%
Tipos de Parto		
Normal	620	65,0
Cesárea	334	35,0
Ignorado/em branco/ilegíveis*	3	
Diagnóstico do Parto**		
Contração Uterina	759	79,1
Dor baixo ventre	10	1,0
Óbito fetal	22	2,3
Sangramento Vaginal	17	1,8
Pré – eclampsia	20	2,8
Perda de Líquido Amniótico	77	8,0
Pico hipertensivo	10	1,0
Outros***	45	4,5
Ignorados/brancos/ilegíveis*	10	

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

*Os casos ignorado/em branco/ilegíveis são apresentados como informativos, mas excluídos das análises.

**Nota: o número de eventos é maior aos pacientes por causa de algumas parturientes apresentarem múltiplos sintomas na hora do parto.

***Outros: junção de alguns eventos que de maneira isolada seriam pouco expressivos (por exemplo, sofrimento fetal e desproporção céfalo-pélvica).

Tabela 3. Características das crianças prematuras que nasceram no Centro Obstétrico de Coari, Amazonas, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015.

Variáveis	n	%
Sexo do prematuro		
Masculino	497	52,7
Feminino	444	47,1
Indefinido	2	0,2
Ignorado/em branco/ilegíveis*	14	
Peso do prematuro		
≤ 2.500 g	253	27,7
>2.500 g	662	72,3
Ignorado/em branco/ilegíveis*	42	
Tipo de prematuro		
Extremo	59	6,2
Limitrofe	401	41,9
Moderado	481	50,3
Supra extremo	15	1,6
Ignorado/em branco/ilegíveis*	1	
Idade gestacional (semanas)		
20 - 24	21	2,2
25 - 29	45	4,7
30 - 34	189	19,8
35 - 37	701	73,3
Ignorado/em branco/ilegíveis*	1	

Variáveis	n	%
Apgar no primeiro minuto		
<7	98	10,6
≥ 7	830	89,4
Ignorado/em branco/ilegíveis**	29	
Apgar no quinto minuto		
<7	72	7,8
≥ 7	856	92,2
Ignorado/em branco/ilegíveis*	29	
Anomalias congênitas		
Não	838	96,7
Sim	29	3,3
Ignorado/em branco/ilegíveis*	90	

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

*Os casos ignorado/em branco/ilegíveis são apresentados como informativos, mas excluídos das análises.

DISCUSSÃO

Foram levantados 957 casos de crianças prematuras nascidas no Centro Obstétrico do Hospital Regional Dr. Odair Carlos Geraldo, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015. Os percentuais dos casos de partos prematuros notificados permanecem bem próximos durante todos os anos, com exceção para o ano de 2014, o que pode ter sido ocasionado pela crise política e de gestão que atravessou o município, principalmente caracterizado por apresentar uma alta rotatividade de gestores nas diversas secretarias.

As características sociodemográficas mostraram que a faixa etária que se destacou foi de 15 a 19 anos com 35,3%, e a faixa etária de 20 a 24 anos com 25,7%, sendo semelhante a outros estudos realizados no Brasil, Região Norte, e Amazonas¹⁹, onde um dos fatores de risco predominante na interrupção da gravidez é a idade materna, especialmente, na adolescência em Coari. Estudo sobre prematuridade realizado no Brasil em 2016¹⁹, revelou 55,5% de adolescentes grávidas para o Brasil, 52,4% para a região Sudeste, e o maior percentual de 67,4% correspondeu à região Norte.

Pesquisa realizada na reserva de Mamirauá,

interior do Amazonas, mostrou gravidez em 81,0% das adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos²⁰. Fato corroborado por estudo realizado em 2010²¹, o qual afirma que, no Brasil, as adolescentes jovens apresentaram 75,0% de chance de ter partos prematuros, quando comparadas com mulheres adultas. Essas complicações que ocorrem durante o período gravídico em adolescentes podem trazer mais consequências negativas para os neonatos do que para a genitora, podendo-se citar o baixo peso, o índice de Apgar insatisfatório e a morbimortalidade desses recém-nascidos²². Porém, vale ressaltar que a prematuridade está mais relacionada com as condições socioeconômicas da gestante do que com a idade materna, o baixo número de consultas do pré-natal ou da ausência delas, bem como de um acompanhamento inadequado^{23,24}.

Quanto à categoria raça/cor um percentual significativo se autodeclarou como pardas (95,8%). Corroborando os resultados obtidos em pesquisas realizadas em 2011 e 2012^{25,26}, que encontraram um maior percentual de mães com partos prematuros, que se autodeclararam pardas, ressaltando que este fato pode encontrar explicação na miscigenação existente no Brasil. Porém, um estudo realizado em 2015²⁷ encontrou resultados contrários, onde predominaram mulheres negras, com situação

financeira desfavorável e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, quando comparadas com mulheres pardas e brancas. Porém, o estudo anterior concorda com outro realizado no Brasil em 2016¹⁹, onde as mulheres brancas apresentaram menor probabilidade de uma gravidez precoce, enquanto que esta aumentava quando se tratava de mulheres pretas e indígenas. De maneira que as altas taxas de gravidez na adolescência mostram relação com fatores socioeconômicos e com minorias raciais e étnicas, quando comparadas com mulheres brancas²⁸.

Houve uma predominância neste estudo de mulheres que trabalhavam como agricultoras (32,4%), seguidas das donas do lar (28,6%). Uma pesquisa realizada em Campo Grande em 2011²⁹ mostrou que a maioria das mães de prematuros era dona do lar, discordando dos nossos achados, mas eles consideraram esse fator importante para o risco de uma gestação interrompida. Assim também, uma pesquisa no Rio Grande do Norte evidenciou que os maiores índices de partos prematuros aconteciam com donas de casa³⁰. No entanto, outros estudos mostraram que mulheres com precárias condições de saúde e socioeconômicas são mais suscetíveis ao parto prematuro do que as mulheres de classe média e alta^{29,31}.

A situação conjugal é um fator que chama a atenção para o parto prematuro, e esta pesquisa mostra que 56,8% das puérperas eram mães solteiras. Um estudo na cidade de Manaus constatou que as mães solteiras representaram 53,0% dos casos de prematuridade³². Uma pesquisa realizada constatou que o abandono por parte dos cônjuges é muito significativo para as mães, já que se sentem angustiadas ao pensar que terão que criar uma criança sozinhas³³. Outros pesquisadores ressaltam ainda que o estado civil pode ser um fator de risco relevante para a prematuridade, já que durante a gestação a mulher fica mais fragilizada e vulnerável em termos emocionais, com preocupações que podem causar estresse, pois precisa de apoio e compartilhar as responsabilidades do bebê^{29, 34}.

Em relação ao tipo de parto, neste estudo observou-se que 65,0% das mulheres tiveram

partos normais e 35,0% cesáreos. O parto normal tem benefícios comprovados para a mãe e filho, tais como melhor desenvolvimento da criança, rápida recuperação da mãe, convívio mais cedo com a família e sociedade, pois a dor do parto é um processo natural na vida da maioria das mulheres³⁵. É a partir daí que o parto normal precisa tornar-se um ambiente sociável que não seja restrito a locais cirúrgicos, para que seja amenizada a ansiedade, tensão antes do parto e o sofrimento que pode representar em diversas ocasiões a opção pelo parto cesariano³⁵.

Os dados deste estudo apontam um percentual importante de partos cesáreos. O Brasil ocupou, durante alguns anos, uma posição nada admirável de campeão de cirurgias cesarianas²², o que pode ser indicativo da desvalorização do parto normal e da falta de informação, educação em saúde e incapacidade de escolha das mulheres de práticas de intervenção quando confrontadas com as decisões técnicas dos profissionais de saúde^{22,36}. Estudo realizado em Caxias do Sul em 2012 identificou que a cesárea mostrava uma associação com o maior risco de mortalidade neonatal de fetos de gravidez de baixo risco, porém pode dar alguma vantagem de sobrevivência para os de menos de 26 semanas²⁸.

Segundo o Ministério da Saúde³⁷, o parto cesáreo não deveria acontecer, pois a retirada da criança pode causar sérias complicações na sua vida, assim como algumas dificuldades para a mãe, como possíveis infecções e, até mesmo complicações devido à anestesia. Durante o momento do parto são liberadas algumas substâncias e hormônios que auxiliam no desenvolvimento da criança e amamentação³⁸.

O parto cesariano é recomendado geralmente em gravidez de risco ou casos excepcionais, sendo que quando o primeiro parto é desse tipo há uma maior probabilidade do segundo também ser como o primeiro²⁶, porém, ele não traz quase benefício para a mãe e para o bebê, uma vez que um estudo realizado mostrou que o parto cesariano demanda um tempo maior de recuperação para a mãe, expondo a gestante a processos infecciosos e

hemorrágicos, além disso, este deve ser feito por profissionais especializados, para diminuição dos riscos tanto para a mãe, quanto para o bebê³⁹.

No município de Coari, os principais sinais de parto prematuro foram as contrações uterinas (79,1%). O trabalho de parto prematuro pode apresentar alguns sinais e sintomas, e dentre eles está a contração uterina, com presença de dor ou sem dor⁴⁰. Estudo realizado em Imperatriz, Maranhão, em 2012²⁶, mostrou que as complicações mais graves durante a gestação foram as infecções do trato urinário, as doenças hipertensivas e o sangramento vaginal.

Com relação aos dados obtidos na pesquisa sobre prematuros, constatou-se que predominou o sexo masculino (52,7%). Os bebês de sexo masculino são mais propensos a nascer antes do tempo quando comparados aos do sexo feminino⁴¹.

Esta pesquisa mostrou que a maioria dos neonatos prematuros apresentava peso dentro dos parâmetros de normalidade de >2.500g (72,3%), sendo que também se destacaram os nascidos entre 35 e 37 semanas de gestação, 73,3%. Estudo realizado em Manaus em 2015,⁴² evidenciou que o maior percentual de crianças prematuras nasceu com o peso adequado, superior a 2.500g, e 93,5% dos casos estavam com 37 semanas de gestação. Porém, crianças com o peso \leq 2.500g são os mais suscetíveis a uma hospitalização e desenvolvimento comprometido⁴³. Outros estudos apontam que a condição socioeconômica e de saúde da mãe contribuem para o baixo peso da criança, podendo afetar o desenvolvimento normal e favorecer a morbimortalidade neonatal^{44,45}.

A análise do índice de Apgar no quinto minuto de vida revela que, entre todos os prematuros, um percentual de 78% obteve um índice insatisfatório no mesmo. Achados de estudo no Rio Grande Sul coincidem com estes resultados, já que houve predominância dos parâmetros normais, diminuindo assim um risco para a saúde do neonato^{46,47}. O Apgar inferior a 7 no 5º minuto é um alerta de risco para o neonato adquirir alguns problemas neurológicos e as chances de sobrevivência são menores. O mesmo estudo também mostrou que os neonatos com

muito baixo peso sofrem hipóxia no 1º minuto de vida se seu Apgar de 0 – 3⁴⁸.

No presente estudo também foi identificado um percentual de 3,3% de crianças que nasceram com algum tipo de malformação congênita. Esta é a segunda maior causa de morbidade e mortalidade no Brasil³⁵. A malformação pode interromper a gestação, portanto, para salvaguardar a vida da genitora como a do feto, nesses casos, geralmente, é realizado o parto cesariano²⁹.

A gravidez na adolescência vem crescendo no município, constituindo um fator importante no aumento das chances de gestantes terem parto prematuro. No tocante ao neonato prematuro, o Hospital Regional de Coari, no momento da realização da pesquisa, não contava com UTI neonatal e nem com profissionais especializados na assistência ao mesmo, o que pode comprometer as chances de sobrevivência dos prematuros. A prematuridade não pode ser evitada, porém, pode ser prevenida, por isso é muito importante a realização do pré-natal, para acompanhar o estado de saúde da mãe e da criança.

Há de se ressaltar que entre os resultados sociodemográficos das mães do presente estudo, observou-se uma parcela importante de crianças grávidas na faixa etária de 10 a 14 anos (4,7%). A saúde materna é cercada de diversos agravos e complicações perinatais quando a gravidez acontece durante a adolescência, ou pior ainda, quando estamos falando de crianças que nem sequer alcançaram um nível de desenvolvimento do organismo, o que termina predispondo uma situação potencial de risco tanto para a mãe como para o recém-nascido, assim como apresentam uma responsabilidade precoce, despreparo de responsabilidade social, econômico e psicológico^{22,49}.

A gestação em adolescente já é considerada um problema de saúde pública e não é difícil imaginar quando esta situação acontece com crianças que engravidam em decorrência de violência sexual, porque toda criança menor de 18 anos grávida, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera estupro de vulnerável. O que, além de antecipar alguns processos, termina em sofrimento

psíquico e impedindo de acontecer o processo maturativo em curso⁵⁰.

Assim, a mulher grávida em decorrência de violência sexual tem o direito de ser informada sobre as alternativas legais com relação ao destino da gestação, prevenção de doenças e possibilidades de atenção à saúde⁵⁰. Porém, uma pesquisa sobre o estupro no Brasil em 2014⁵¹ constatou que quanto menor for a escolaridade, as crianças/adolescentes recebiam um tratamento diferenciado no que diz respeito ao princípio da universalidade e agravado mais ainda em se tratando de residentes em área rurais, refletindo diretamente na qualidade dos serviços públicos ofertados⁵¹.

CONCLUSÕES

O presente artigo traz pela primeira vez a discussão do nascimento de prematuros no município de Coarí, mostrando uma importante constatação de crianças grávidas, possivelmente vítimas de violência sexual, o que termina gerando custos para o Sistema Único de Saúde e para a vítima, que seja desde a perspectiva de tratamento de traumas psicológicos e sociais dessas crianças grávidas, já que as mesmas estão despreparadas para assumir responsabilidades de cuidado de outra criança, ou desde o ponto de vista de seus filhos prematuros em risco de morte ou de levar uma vida com sequelas, em decorrência de complicações do parto.

O anterior problemática exige incentivar ações de prevenção de gravidez na adolescência, especialmente nas áreas rurais, como uma forma de evitar o aumento de partos prematuros no município. Assim como orientar as gestantes sobre a importância da qualidade do pré-natal e acompanhamento nutricional durante a gestação, buscando sempre a saúde da mãe e do filho.

Proporcionar treinamentos para o bom preenchimento das fichas das gestantes, e assim evitar a falta de informações nos prontuários e dificuldade de leitura;

Esforços devem partir da prefeitura e de gestores em saúde para realizar a construção de uma maternidade com boa infraestrutura física e de recursos humanos especialistas na área neonatal, justificada pelo elevado número de partos prematuros e prevenção de mortes neonatais;

O desenvolvimento social e a garantia de direitos básicos de dignidade e respeito à sexualidade das crianças coarienses exigem a superação de uma cultura machista e o quadro de violações sexuais históricas, que impõem diversos desafios, em termos de políticas públicas e de gestão municipal que visem a garantia do respeito aos Direitos Humanos de crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

1. Rocha RCL, Souza E, Guazzelli CAF, Filho AC, Soares EP, Nogueira ES. Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2006 Mar [citado 2015 Mar 05];28(9):530-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n9/05.pdf>.
2. Bittar RE, Zugaib M. Indicadores de risco para o parto prematuro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. [Internet]. 2009 Out [citado 2017 Out 15];31(4):203-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n4/08.pdf>.
3. Santos LM dos, Pasquini VZ. A importância do Índice de Apgar. *Rev Enferm. UNISA* [Internet]. 2009 Ago [citado 2016 Ago 13];10(1):39-43. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2009-1-08.pdf>.
4. Rades E, Bittar RE, Zugaib M. Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. *Rev Bras Ginecol Obstet*. [Internet]. 2004 Jul [citado 2018 Jul 25]; 26(8):6655--62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032004000800010&lng=en.
5. Souza LF, Botelho NM. Fatores de risco para o parto prematuro em puérperas que tiveram parto pré-termo. *Rev para. Med*. [Internet]. 2011 Ago [citado 2016 Ago 1];24(e2750):2-8. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2011/v25n4/a3056.pdf>.
6. Rocha RCL, Souza E de, Guazzelli CAF, Filho AC, Soares EP, Nogueira ES. Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. [Internet]. 2006 Abr [citado 2018 Abr 19];28(9):530-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n9/05.pdf>.
7. Andrade PC, Linhares JJ, Martinelli S, Antonini M, Lippi UG, Baracat F. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 Anos: estudo controlado. *RBGO 2004 Set* [citado 2015 Set 05];26(9):697-702. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032004000900004>.
8. Goldenberg P, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros,

- Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2005 Set [citado 2015 Set 05];21(4):1077-86. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400010>.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Department of Health and Human Services. CDC Health Disparities and Inequalities Report- United States, 2013. Morbidity and Mortality Weekly Report [citado 10 janeiro 2016]; 62(3). Disponível em: www.cdc.gov/mmwr/pdf/other/su6203.pdf.
10. Cohen WR. Does maternal age affect pregnancy outcome?. Royal College of Obstetricians and Gynecologists'. BJOG [Internet]. 2014 Jan [citado 2016 Jan 10];121:252-4. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12563/pdf>.
11. Novaes CEF, Koch HA, Montenegro CAB, Rezende Filho, JF de. Diagnóstico do parto pré-termo pela medida ultrassonográfica do comprimento do colo uterino. Radiol Bras [Internet]. 2009 Maio [citado 2018 Maio 09];42 (5):295-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rb/v42n5/a07v42n5.pdf>.
12. Organização Mundial da Saúde. Born too soon: the global action report on preterm birth [Internet]. Geneva: OMS; 2012 [citado 2016 Fev 20]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503433_eng.pdf.
13. Barizon TO, Santos JR, Reis CB. Fatores relacionados à prematuridade dos recém-nascidos de Dourados nos anos de 2011 e 2012. [Tese]. Cáceres (MG): Universidade Estadual de Mato Grosso; 2014 Agost [citado 2018 Agost 20]. Disponível em: <https://anaisonline.uems.br/index.php/enic/article/view/2396>.
14. Duarte MMP, Freire EEG, Oliveira JFB de. Assistência de enfermagem à gestante em trabalho de parto prematuro. Interface: Comunic., Saude, Educ.. 2015 Mar [citado 2016 Mar 16];3 (1):1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.16891/2317.434X.143>.
15. Figueiró-Filho EA, Oliveira VM de, Ferreira CM, Silva VM da, Silva Tinos AL da, Kanomata LB. Variáveis perinatais e associação de recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer em hospital público universitário do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. [Internet] 2014 Set [citado 2016 Set 5]; 36(1):10-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n1/0100-7203-rbgo-36-01-00010.pdf>.
16. Minitab 14 Statistical Software Academic, State College, PA: Minitab; 2003.
17. IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.
18. WHO (World Health Organization), 1994. Epi Info. Version. 6.02. A Word Processing, Database, and Statistics System for Epidemiology on Microcomputers. Geneva: WHO.
19. Cruz MS da, Carvalho FJV, Irffi G. Perfil socioeconômico, demográfico, cultural, regional e comportamental da gravidez na adolescência no Brasil. Plan Pol Públ.(PPP) [Internet]. 2016 Jul [citado 2018 Jul 7];46:243-66. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6577/1/ppp_n46_perfil_socioeconomico.pdf.
20. Ruzany MH, Tavares Andrade CL de, Meirelles ZV, Moura EAF, Deusdará R, Rodrigues V, et al. Desinformação e vulnerabilidades com relação à sexualidade dos adolescentes e jovens da Reserva de Mamirauá, Amazonas-Brasil. Adolesc. Saude [Internet] 2010 Out [citado 2016Out 6]; 7(2): 41-49. Disponível em: http://adolescenciasaude.com/detalhe_artigo.asp?id=188#.
21. Martins EF. Mortalidade perinatal e avaliação da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido em Belo Horizonte. [Tese]; Minas Gerais. Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/>.
22. Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Esc Anna Nery Rev Enferm. [Internet] 2009 Abr [citado 2016 Abr 4];13(2):297-304. Disponível: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715322009.pdf>.
23. Oyamada LH, Mafra PC, Meireles R de A, Guerreiro TMG, Caires Júnior MO de, Silva FM da. Gravidez na adolescência e o risco para a gestante. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR [Internet]. 2014 Ago [citado 2018 Agost 21];6(2):38-45. Disponível em: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140331_212052.pdf.
24. Azevedo WF de, Diniz MB, Fonseca ESVB da, Azevedo LMR de, Evangelista, CB. Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. Rev Einstein. [Internet] 2015 Jun [citado 2018 Jun 01];13(4):618-26. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n4/pt_1679-4508-eins-S1679-45082015RW3127.pdf.
25. Lima CRV, Silva CS. Perfil sócio demográfico clínico e obstétrico de gestantes admitidas numa maternidade de referência do Recife com diagnóstico de parto prematuro no ano de 2010. Revista Conceito A [Internet]. 2011 Ago [citado 2018 Agost 19];2:646-82. Disponível em: <http://www.faculdadesaomiguel.com.br/pdf/revista-conceito/n2/enfermagem/perfil-socio-demografico.pdf>.
26. Almeida AC de, Jesus ACP de, Lima PFT, Araújo MFM de, Araújo TM de Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. Rev Gaúcha de Enferm. [Internet]. 2012 Jun [citado 2018 Jun 9];33(2):86-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n2/13.pdf>.
27. Alves TL, Costa Ribeiro Júnior H da, Lima Costa M de, Valois SS. Fatores associados ao recém-nascido pequeno para a idade gestacional: uma revisão. Nutrire. [Internet] 2015 Set [citado 2017 Set 05];40(3):376-382. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/2316-7874.04513>.
28. Madi JM, Araújo BF de, Zatti H, Rombaldi RL, Lorencetti J, Pinson G, et al. Avaliação dos fatores associados à ocorrência de prematuridade em um hospital terciário de ensino. Revista da AMRIGS [Internet]. 2012 Agos [citado 2018 Agos 13];56(2):111-118. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/56-02/original2.pdf>.
29. Nogaret DM, Anache AA. Análise dos determinantes do nascimento de crianças pré-termo segundo os registros dos prontuários médicos das parturientes internadas no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – Cg- Ms. In:VII Encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial [Internet]. 2011 Nov 08-10; Londrina. Londrina: UEL, 2011. [citado em 2018 Out 22]. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/congressomultidisciplinar/pages/arquivos/anais/2011/AVALIACAO/155-2011.pdf>.
30. Holanda RMO. Prevalência e fatores associados à asfíxia perinatal a partir de uma amostra de nascidos vivos [dissertação]. Mossoró: Universidade do Estado de Rio Grande do Norte; 2015.
31. Freitas PF, Araújo RR de. Prematuridade e fatores associados em Santa Catarina, Brasil: análise após alteração do campo idade gestacional na Declaração de Nascidos Vivos. Rev Bras Saúde Mater. Infant. [Internet] 2015 Nov [citado 2017 Nov 16];15(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v15n3/1519-3829-rbsmi-15-03-0309.pdf>.
32. Cruz MS da. Perfil socioeconômico, demográfico, cultural, regional e comportamental da gravidez na adolescência no Brasil [tese] Paraíba (PE): Universidade Federal da Paraíba; 2016. http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6577/1/ppp_n46_perfil_socioeconomico.pdf

33. Balbino SC. Características das mães adolescentes e de seus filhos prematuros no município de Iturama/MG. [Internet] [monografia]. Uberaba (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2013. [acesso 2018 Out 22]Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/referencia/0000003818>.
34. Rodrigues APRA, Santos LBB dos, Castela MPS, França AMB de, Pimpão FD. Análise da prematuridade nos extremos da idade reprodutiva. *Interf. Cient.-saúde e amb.* 2015 Abr [citado 2017 Abr 10];3(3):65-78. Disponível em: https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/viewFile/2107/pdf_4.
35. Lansky S, Lima FAA de, Silva AAM da, Campos D, Azevedo Bittencourt SD de, Carvalho ML de, Frias PG de, Cavalcante RS, Cunha AJLA da. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 Sep [citado 2017 Sep 6];30(supl.1):S192-S207. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>.
36. Marque FC, Dias IMV, Azevedo L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2006 [citado 2017 Dez 2];10(3):439-447. Disponível em: http://eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=135.
37. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 Nov [citado 2017 Nov 29];30(supl. 1):S5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300001.
38. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, J Hyde M. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 2012 Abr [citado 2017 Abr 6];95(5):1113-1135. Disponível em: <https://doi.org/10.3945/ajcn.111.030254>.
39. Padilha JF, Torres RPP, Gasparetto A, Farinha LB, Mattos KM de. Parto e idade: características maternas do estado do Rio Grande do Sul. *Saúde (Santa Maria)* [Internet]. 2013 Ago [citado 2017 Ago 09];39(2):99-108. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/6304/pdf_1.
40. Andrade SW. Intercorrências gestacionais: trabalho de parto prematuro [monografia]. Santa Maria: Universidade Franciscana. UNIFRA; 2012.
41. Melo WA de; Castellini FM; Alvarenga A, Carvalho, MD. Fatores de riscos obstétricos e neonatais para ocorrência de prematuridade no município de Maringá, PR. In: VII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica; 2011 Out 25-28; Maringá, PR. Maringá: Ed. CESUMAR; 2011.
42. Freire JL. Determinantes do baixo peso ao nascer em parturientes atendidas em uma maternidade pública de Manaus, AM-2011 [dissertação]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2012.
43. Costa EL, Sena MCF, Dias A. Gravidez na adolescência: determinante para prematuridade e baixo peso. *Comun Ciênc Saúde* [Internet]. 2011 Fev [citado 2018 Fev 14];22(sup. esp. 1): 183-187. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6577/1/ppp_n46_perfil_socioeconomico.pdf.
44. Vale de Almeida AH do, Costa MCO, Gama SGN da, Amaral MTR, Vieira GO. Baixo peso ao nascer em adolescentes e adultas jovens na Região Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [Internet] 2014 Set [citado 2017 Set 12];14(3):279-286. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v14n3/1519-3829-rbsmi-14-03-0279.pdf>.
45. Gonzaga ICA, Santos SLD, Silva ARV da, Campelo V. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. *Ciênc Saúde Colet* [Internet] 2016 Jan [citado 2018 Jan 16];21(6):1965-1974. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1965.pdf>.
46. Bozzetto C, Grave MTQ, Périco E. Incidência de nascimentos prematuros em hospital de um município do Vale do Cai. *Destaque Acadêmicos* [Internet] 2013 Abr [citado 2018 Abr 4];5(3). Disponível em: <http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/viewFile/286/282>.
47. Renner FW, Garcia EL, Renner JDP, Costa BP, Figueira FP, Ebert JP, et al. Perfil epidemiológico das puérperas e dos recém-nascidos atendidos na maternidade de um hospital de referência do interior do Rio Grande do Sul no primeiro semestre de 2014. *Boletim Científico de Pediatria* [Internet]. 2015 Jun [citado 2018 Jun 19];4(2):27-32. Disponível em: http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/160107101642bcped_v4_n2_a2.pdf.
48. Gaiva MAM, Fujimori E, Sato APS. Mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Rev Esc Enferm USP* 2014 Fev [citado 2018 Fev 7];48(5):778-786. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-778.pdf.
49. Maciel SSSV, Maciel WV, Lucena Oliveira AG de, Vasconcelos Sobral L de, Vasconcelos Sobral H de, Carvalho ES de, Souza Silva AK de. Epidemiologia da gravidez na adolescência no município de Caruaru, PE. *Revista de AMRGS* [Internet]. 2012 Mar [citado 2017 Mar 15] 56(1):45-50. Disponível em: http://www.amrgs.org.br/revista/56-1/0000095683-9_954.pdf.
50. Santos SRMLB. Menina, mulher, filha, mãe?: a gravidez decorrente de violência sexual. [tese]. Brasília: Universidade de Brasília. Instituto de Psicologia; 2013.
51. Cerqueira D, Coelho DSC. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde. Brasília; 2014. (Nota técnica; 11).

RECEBIDO: 25/08/2018

ACEITO: 22/10/2018

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO PARANÁ: SÉRIE TEMPORAL, 2007-2016

Family health strategy and hospitalizations due to primary health care sensitive conditions in Paraná: a time series study, 2007-2016

Eliz Cassieli Pereira Pinto¹, Rafaela Sirtoli², Ligiane de Lourdes da Silva³, Poliana Vieira da Silva Menolli⁴

1 Farmacêutica Especialista em Farmácia Hospitalar (Universidade Estadual do Oeste do Paraná), Londrina, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6089-403X>

2 Farmacêutica Especialista em Farmácia Hospitalar (Universidade Estadual do Oeste do Paraná), Londrina, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7022-0728>

3 Mestra em Ciências Farmacêuticas, Docente da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5701-6893>

4 Mestra em Saúde Coletiva, Docente da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9741-1049>

CONTATO: Eliz Cassieli Pereira Pinto | Av. Tancredo Neves, 3224 | Santo Onofre | Cascavel | PR | CEP: 85806-470 | Sala 308 | Residência em Farmácia Hospitalar | E-mail: cassielipinto2@gmail.com.

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



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 Propõe-se com o presente estudo, descrever a evolução das ações da atenção primária em saúde e correlacioná-las às hospitalizações por condições sensíveis a esse nível de atenção. Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo e analítico, a partir de dados secundários. Foram objetos de estudo a abrangência populacional das equipes de Saúde da Família, PACS e número de NASF, além das internações por condições sensíveis à atenção primária, no Paraná e em suas cinco maiores cidades. Utilizou-se o modelo de correlação de Pearson, a fim de

investigar a relação entre as variáveis. Observou-se tendência crescente na abrangência das ESF em todos os locais do estudo. Houve decréscimo importante no número de ICSAP no período estudado, bem como correlação estatística negativa com a ampliação da cobertura das ações da APS no estado do Paraná.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família. Sistema Único de Saúde - SUS. Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT This study proposed to describe the evolution of actions in primary health care, and to correlate them with hospitalizations due to sensitive conditions. It is an ecological, retrospective and analytical study, based on secondary data. The objects of study are the population coverage by Family Health teams (eSF), Health Community Agents Program (PACS), and number of Family Health Support Centers (NASF), as well as hospitalizations for primary care sensitive conditions, in the five largest cities in the state of Paraná. Pearson's correlation model was used to investigate a possible correlation between the variables. There was an increase in the coverage of eSF in all of the cities of the study. There was a significant decrease in the number of Primary Health Care Sensitive Conditions (ICSAP) during the period studied, as well as a negative statistical correlation with the increase in the coverage of Primary Health Care actions in the state of Paraná.

KEYWORDS: Family Health. Unified Health System - SUS. Basic Health Care.

INTRODUÇÃO

Estruturar sistemas de saúde eficientes e economicamente viáveis tem sido um desafio global¹. O enfrentamento a agravos e condições complexas muito distintas explica parte da dificuldade no desenvolvimento de um modelo ideal^{2,3}.

O insucesso no controle de algumas doenças infecciosas e o aumento de agravos relacionados ao estilo de vida contemporâneo, bem como as condições crônicas, evidenciaram a incapacidade do modelo biomédico e exigiram uma ampliação do conceito de saúde, para além da ausência de doença^{3,4}. Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido desde a metade do século XX o caminho buscado e construído por diversos países, na tentativa de um modelo mais humano e eficiente no cuidado em saúde⁴⁻⁶.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe a universalização da saúde e o princípio de

se estruturar o cuidado de maneira descentralizada e menos voltada à prática hospitalar^{1,4}. A adoção da Estratégia da Saúde da Família (ESF), como modelo de estruturação permanente da APS, reflete os esforços brasileiros na busca por um modelo de atenção renovado, capaz de coordenar e proporcionar cuidados efetivos de forma integral, facilitando o acesso aos serviços de saúde e reduzindo desfechos clínicos desfavoráveis, como as hospitalizações⁷⁻⁹.

A expansão da ESF garantiu acesso aos serviços de saúde, especialmente à parcela da população até então negligenciada¹⁰. Contudo, tal expansão não ocorre de forma homogênea¹¹ tornando-se fundamental aprofundar a análise e a compreensão dos desdobramentos da estratégia em diferentes realidades locais¹², por meio de indicadores de avaliação¹² construídos a partir da ampla produção de dados secundários pelo SUS¹³.

Tais indicadores são ferramentas importantes para a gestão em saúde¹².

Dentre os indicadores disponíveis para observação de desempenho da APS e ESF estão as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), que refletem um conjunto de condições de Saúde para as quais um cuidado efetivo em momento oportuno diminuiria o risco de desfechos desfavoráveis, como as internações hospitalares. Dessa forma, constituem uma medida indireta da efetividade da APS e sua organização¹².

O presente estudo teve como objetivo descrever a evolução da cobertura populacional da ESF no Paraná em suas cinco maiores cidades, de 2007 a 2016, bem como a tendência das internações por condições sensíveis à atenção primária, no mesmo período. Ainda objetivou-se estabelecer uma possível correlação entre as variáveis estudadas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo e analítico, de tendência de série temporal. As unidades de análise do estudo foram o estado do Paraná e suas cinco maiores cidades - Curitiba, Londrina, Maringá, Ponta Grossa e Cascavel -, entre 2007 e 2016¹⁴.

Foram consideradas ações de APS integrantes da ESF - a proporção de cobertura populacional estimada por equipes de Saúde da Família (eSF%), proporção de cobertura populacional estimada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS%) e número de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os dados foram obtidos por meio do sítio eletrônico de Departamento de Atenção Básica (DAB)¹⁵. As coberturas populacionais foram baseadas no número de equipes/agentes e na população local estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de cada localidade estudada¹⁶. No que concerne ao número de NASF, foram considerados os núcleos implantados a cada

biênio, sem distinção quanto ao tipo de equipe.

Para as internações hospitalares, foram utilizados dados secundários, disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) contidos em Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) reduzidas¹⁶. A partir do diagnóstico contido na AIH, as internações foram categorizadas em internações por condições sensíveis à atenção primária em saúde (ICSAP) - de acordo com a lista brasileira de CSAP (Portaria nº 221/2008 do MS)¹⁷ - e internações por outras causas (IOC).

A fim de investigar a hipótese de uma resposta mais adequada às condições agudas, por parte do sistema de saúde, no presente trabalho, a lista brasileira de ICSAP fora subdividida em duas categorias: crônicas e não crônicas. Foram consideradas internações sensíveis por condições crônicas (IC): Asma (J45-J46); Doenças pulmonares (J81, J20, J21, J40-44, J47); Hipertensão (I10-I11); Angina (I20); Insuficiência cardíaca (I50); Doenças cerebrovasculares (I63-I67, I69, G45-G46); e Diabetes mellitus (E10-E14). Os demais diagnósticos contidos na lista brasileira de ICSAP, foram classificados como ICSAP - Não Crônicas (INC).

Para as internações totais (IT) e ICSAP foram construídos coeficientes proporcionais por 1000 habitantes e a proporção de ICSAP IC e NC dentre o total de internações. Foram incluídas todas as internações ocorridas no período estudado, exceto os partos, por serem considerados desfecho natural da vida. Não houve restrição ou classificação quanto à faixa etária. Foram utilizadas como variáveis de interesse: número de internações, diagnóstico e sexo. Com o intuito de minimizar as flutuações inerentes à sazonalidade, os dados foram agrupados por biênios.

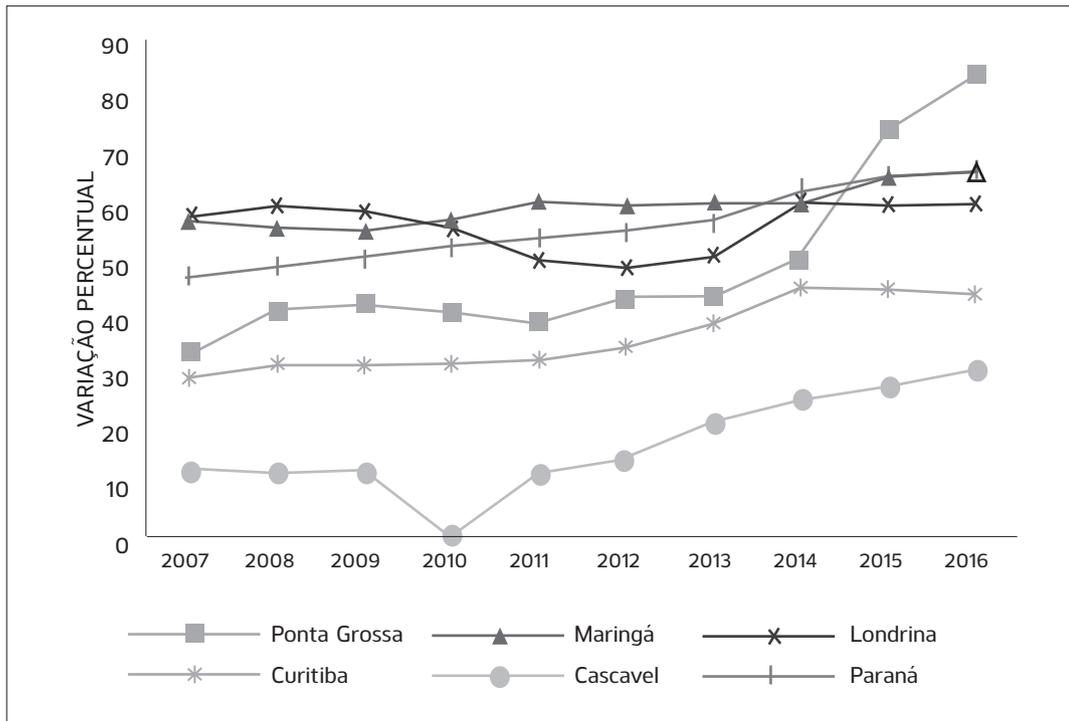
Realizou-se estatística descritiva e análise de correlação, por meio do Software Excel, versão 2016®. Para verificar o grau de correlação entre as variáveis foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson e considerada significativa a correlação que apresentou o valor em módulo superior a 0,50

e valor de $p < 0,05$, com intervalo de confiança de 95%. Para verificar a hipótese de que o coeficiente de correlação encontrado era igual a zero, o teste T foi utilizado. Para a análise de variação de acordo com o sexo, foi realizado teste de Qui-quadrado (χ^2).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tendência da abrangência populacional das equipes de Saúde da Família (SF), no estado do Paraná e suas cinco maiores cidades, é apresentada no Gráfico 1.

Gráfico 1 . Evolução da cobertura populacional pelas equipes de SF, no Paraná e suas cinco maiores cidades, entre 2007 e 2016



Fonte: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB).

Em 2007, 14 anos após o início do PSF, a cobertura do programa chegava a cerca de metade da população do estado (48,1%). O incremento durante a década fora de 36,8%, passando a 67,1% ao final de 2016. Quando comparado aos outros estados do Sul no mesmo ano o Paraná tem resultado superior aos índices gaúchos (56,9%) e inferior aos catarinenses (79,02%)¹⁵. A expansão da ESF teve grande importância especialmente no

Nordeste, onde serviços de saúde tradicionais eram escassos até então¹⁸. Toma-se como exemplo o estado de Alagoas, cuja cobertura de equipes de SF em 2013 já chegava a 74,3% da população¹⁹.

Quanto aos dados municipais, no início do período estudado, a média de cobertura populacional entre as cidades incluídas fora de 38,5%. Ainda que de maneira irregular, todas apresentaram variação positiva, elevando a cobertura média

para 57,8% e favorecendo a alta da cobertura estadual. Por se tratarem de municípios de grande porte, a expansão da cobertura populacional pela ESF tende a ocorrer mais lentamente. Dados do relatório do DAB, quanto à evolução das equipes de SF até 2006, evidenciaram que quanto menor for o porte populacional do município, maior será a abrangência e mais acelerada a expansão da ESF¹⁸.

Uma vez que a ESF figura entre os modelos propostos pelo Ministério da Saúde (MS) na forma de adesão - a gestão municipal opta por adotá-los ou não -, fatores político-partidários, econômicos, ideológicos e culturais podem limitar a expansão e qualificação das ações estruturantes da ESF^{20, 21}. Como visto no gráfico 1, seu crescimento no estado ocorre de maneira altamente heterogênea.

Em 2007, enquanto Londrina já alcançava abrangência populacional superior a 60%, apenas 11,8% da população cascavelense estava circunscrita a uma equipe de SF. Cascavel, embora tenha apresentado a maior variação relativa entre o primeiro e último biênio (147%), permaneceu com o menor índice de cobertura (29,2%). Londrina, pioneira na reorientação do cuidado a partir da APS em nível nacional^{4,20} e com altos índices de cobertura previamente ao período estudado (79% em 2005)⁴, sofreu decréscimo notável entre 2011 e 2013 - que pode ser explicado pela crise política enfrentada pelo município nesse período^{22,23}. Em Maringá, percebeu-se uma tendência ascendente constante durante a década, chegando a 66,6% e aproximando-se da porcentagem estadual (67,1%), enquanto Curitiba avançou de 30,6% para 45,3% no último biênio (Tabela 1).

Embora tenha sido observado incremento importante entre 2007 e 2016 em Curitiba, a proporção de cobertura populacional pelas equipes de SF na capital supera apenas a cidade de Cascavel. As diferenças populacionais entre a capital e demais cidades - sendo Curitiba a única metrópole incluída no estudo - explicam, em parte, a diferença entre elas. Não obstante a capital apresente a segunda menor cobertura do estudo, é válido ressaltar que

a cidade concentra mais de 10% da população do estado¹⁴ e possui uma rede antiga de serviços de saúde tradicionais²⁴. Portanto, prover abrangência populacional expressiva representa um desafio diferenciado²⁰.

Destaca-se o aumento exponencial da cobertura, entre o 4º e 5º biênio, no município de Ponta Grossa, que em 2013 contava com 41 ESF - ano no qual pactuou através do Plano Municipal de Saúde a meta de alcançar 69 equipes em 2016. Ainda em 2015, o município chegou a 80 equipes de SF implantadas e cobertura populacional acima de 80%, abrangência mais expressiva entre as grandes cidades do estado²⁵.

A Tabela 1 apresenta a tendência das modalidades de serviços equipes de SF, PACS e NASF no estado do Paraná e nas cidades incluídas no estudo, na última década.

A implantação da Saúde da Família como estratégia se deu, em parte, inspirada pelos bons resultados alcançados pelo PACS²⁰, mas, especialmente, pela percepção de que ações isoladas não responderiam de maneira adequada às demandas em saúde⁷. Reconhecidas suas limitações, o PACS permanece como uma estratégia importante na organização da APS²⁰, o que reflete no crescente do programa em algumas cidades, como Cascavel e Ponta Grossa, as quais tiveram incremento nas proporções de cobertura de 66,5% e 55,4%, respectivamente.

Ainda em relação ao PACS, Londrina, Curitiba e Maringá apresentaram decréscimo. Nos casos de Curitiba e Maringá as posições entre PACS e ESF se inverteram durante o período estudado. No primeiro biênio, a abrangência do PACS apresentava-se superior à cobertura das equipes, enquanto, no último, as equipes de SF prevalecem. Segundo Mattos, o decréscimo do PACS apresenta-se como uma tendência esperada, visto que desde a perspectiva da reorganização da APS, é o PSF que se afirma enquanto proposta inovadora, e não mais o PACS²⁰.

A exemplo da abrangência das equipes de

Tabela 1. Evolução da cobertura populacional pelas equipes de SF^a, pelo PACS^a e número de NASF^b, no estado do Paraná e suas cinco maiores cidades, entre 2007 e 2016

		1ºbiênio 2007-2008	2ºbiênio 2009-2010	3ºbiênio 2011-2012	4ºbiênio 2013-2014	5ºbiênio 2015-2016	Varição (%) ^c
Paraná	eSF%	49,1	52,5	55,8	61,0	67,1	36,8
	PACS%	55,6	57,7	60,3	61,2	62,6	12,6
	NASF	0,0	22,0	71,0	179,0	255,0	-
Cascavel	eSF%	11,8	5,9	13,0	23,2	29,2	147,4
	PACS%	26,1	21,4	39,6	40,9	40,5	55,4
	NASF	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
Curitiba	eSF%	30,6	31,8	33,6	42,7	45,3	47,9
	PACS%	36,0	32,9	33,9	33,0	30,4	-15,5
	NASF	0,0	5,0	14,0	32,0	25,0	-
Londrina	eSF%	60,0	58,5	50,3	56,7	61,4	2,2
	PACS%	43,2	42,5	34,9	34,5	32,9	-23,7
	NASF	0,0	3,0	8,0	6,0	8,0	-
Maringá	eSF%	57,5	57,2	61,3	61,6	66,6	15,8
	PACS%	58,2	57,8	53,9	50,5	55,8	-4,2
	NASF	0,0	7,0	7,0	7,0	7,0	-
Ponta Grossa	eSF%	37,8	41,9	41,5	47,8	80,3	112,2
	PACS%	43,8	42,9	44,8	50,0	71,6	63,5
	NASF	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	-

Fonte: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB).

^aMédia da proporção de cobertura populacional estimada no biênio;

^bNúmero de núcleos implantados no biênio;

^cValor do último biênio, menos o valor do primeiro, dividido pelo primeiro e multiplicado por 100.

SF, Ponta Grossa apresenta o maior alcance populacional de Agentes Comunitários em Saúde (ACS), com cerca de 70% de seus municípios vinculados ao PACS, no biênio 2015-2016. A cidade de Cascavel é a única, entre as cidades estudadas, onde a cobertura do PACS permanece superior à abrangência populacional das equipes de SF. Embora seja o PACS articulado à ESF, o programa persiste com financiamento próprio¹⁵, o que elucida as diferenças entre as proporções de cobertura por equipes de SF e PACS em uma mesma localidade.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família

(NASF) foram regulamentados pelo MS em 2008, como apoio matricial às equipes de SF²⁶, e as primeiras unidades no estado são observadas a partir do segundo biênio do estudo. Dentre as cidades estudadas, Londrina, Curitiba e Maringá implantaram inicialmente 3,5 e 7 núcleos, respectivamente. Ao longo dos biênios, as mesmas cidades chegam a 8,7 e 25 NASF, enquanto o Paraná teve um incremento considerável, passando de 22 unidades no segundo biênio a 225 núcleos ao final do período¹⁵.

Vale a ressalva de que políticas inovadoras,

que envolvam mudanças organizacionais, estruturais e culturais – como é o caso dos NASF –, tendem a ter baixa adesão inicialmente, uma vez que há carência de definições teóricas quanto ao seu funcionamento^{27,28}. Na tentativa de orientar a operacionalização desses núcleos, bem como adequá-los às necessidades dos diferentes territórios, ao longo da última década novas portarias e materiais institucionais foram lançados. Dentre esses, destaca-se o Caderno de Atenção Básica nº 39, publicado em 2014, o qual se constitui como fundamental ferramenta para facilitar a implantação dessa política²⁸, visto que introduz instrumentos de implementação e qualificação do processo de trabalho dos núcleos²⁹.

O reflexo da necessidade dessas estratégias de operacionalização fica evidenciado pela evolução ocorrida a partir da publicação desses materiais. No Paraná, 71 núcleos foram implantados nos cinco primeiros anos da política, sendo que a partir de 2013 houve um crescimento relativo de 359%. Essa tendência extrapola o nível estadual, sendo observado um incremento de 225% para o país até janeiro de 2016¹⁵.

A despeito dos grandes avanços advindos da expansão das ações da ESF, tal estratégia pode passar a uma desaceleração de sua expansão, haja vista a possibilidade de novas estratégias estruturantes da APS, como previsto na última Portaria Nacional de Atenção Básica, publicada em 2017. A revogação de diretrizes importantes, bem como da unidade da Saúde da Família enquanto estratégia estruturante única desse nível de atenção, tornam incerto o futuro da ESF no Brasil³⁰.

No intuito de analisar a relação entre a evolução das ações da SF no estado e municípios e, considerando que a expansão de tais ações pode impactar de diferentes maneiras sobre os serviços de saúde, a evolução das internações foi observada. A Tabela 2 apresenta a evolução dos coeficientes de Internações Totais (IT), ICSAP totais (ICSAP), ICSAP crônicas (IC) e ICSAP não crônicas (INC).

Durante o período analisado, ocorreram

7035.462 internações no Paraná. As ICSAP totais somaram 1.650.154, representando 23,45% das internações totais. Quando subdivididas, 59,1% foram decorrentes de IC (n=975.501) e 40,9% por INC (n=674.653). Maiores coeficientes para IC foram encontrados em série histórica realizada no Rio de Janeiro³¹. Contudo, apenas internações de pessoas idosas foram incluídas no estudo, onde seis grupos de condições crônicas foram responsáveis por 70% das ICSAP³¹.

Quanto ao coeficiente de internações totais nota-se uma tendência ascendente. Com exceção de Curitiba – única com variação negativa (2%) – e Maringá – com discreta variação positiva (6,7%) –, Cascavel, Londrina e Ponta Grossa evoluíram com progressão relativa superior a 20%. O coeficiente estadual sofreu uma variação de 6%, tendo como referência o primeiro biênio. Outras séries históricas conduzidas nos estados de Pernambuco e Minas Gerais respaldam o achado, com incrementos de 6% e 8%, respectivamente³².

No que concerne aos coeficientes de ICSAP, evidenciou-se redução expressiva durante a série temporal nas cidades de Maringá (24%), Curitiba (18%) e Cascavel (10,3%). Londrina e Ponta Grossa sofreram acréscimo de 11,5% e 18%, respectivamente. Em estudo previamente publicado no Paraná, tendo como objeto as regionais de saúde, já havia sido evidenciado divergência entre as tendências de algumas cidades paranaenses³³. Ainda, devido a fatores não inclusos neste estudo, os quais potencialmente influenciam os coeficientes de internações³⁴, é digna de nota a utilidade na aplicação deste para avaliação da progressão de um contexto local, maior do que na comparação entre distintas realidades³⁵.

Quando observadas as evoluções dos coeficientes de condições sensíveis, segundo a divisão do estudo, nota-se que a redução de INC foi superior em todos os municípios estudados, com exceção de Cascavel, cuja variação de IC foi ligeiramente superior. A tendência ao enfrentamento mais eficaz às condições não crônicas é prevista

Tabela 2. Coeficientes de IT, de ICSAP, de IC e INC (x1000 habitantes), e correlação de Pearson de tais variáveis com a cobertura populacional de equipes de SF, de PACS e de NASF, no estado do Paraná e suas cinco maiores cidades, entre 2007 e 2016

		1ºbiênio 2007-2008	2ºbiênio 2009-2010	3ºbiênio 2011-2012	4ºbiênio 2013-2014	5ºbiênio 2015-2016	Variação (%) ^b	ESF ρ^c	PACS ρ^c	ASF ρ^c
Paraná	IT	130,3	135,3	135,1	131,5	135,9	4,2			
	ICSAP	35,3	33,7	30,4	28,9	28,5	-19,3	<0,01*	<0,01*	<0,01*
	IC	20,5	19,6	17,9	17,4	17,4	-15,2	<0,01*	<0,01*	0,02*
	INC	14,8	14,0	12,5	11,6	11,1	-25,0	<0,01*	<0,01*	<0,01*
Cascavel	IT	176,4	194,3	207,9	204,5	213,8	21,2	-	-	-
	ICSAP	17,5	14,5	25,3	17,9	15,7	-10,3	0,51	0,15	-
	IC	12,5	10,4	17,5	12,6	11,2	-10,8	0,45	0,16	-
	INC	5,0	4,2	7,8	5,3	4,6	-9,0	0,46	0,15	-
Curitiba	IT	159,0	163,9	165,4	154,6	155,8	-2,0	-	-	-
	ICSAP	17,9	14,6	15,2	15,7	14,7	-18,0	0,17	0,02	0,16
	IC	10,2	8,7	9,1	9,3	8,5	-17,0	0,21	0,04	0,24
	INC	7,7	6,0	6,2	6,4	6,2	-19,5	0,19	0,03	0,13
Londrina	IT	158,3	158,8	184,3	182,5	192,1	21,3	-	-	-
	ICSAP	23,6	20,7	26,6	25,5	26,3	11,5	0,26	0,02	<0,01
	IC	11,7	11,6	15,7	14,7	14,6	24,6	0,08	0,01	<0,01
	INC	11,9	9,1	10,9	10,9	11,7	-1,4	0,82	0,32	0,30
Maringá	IT	174,4	183,5	184,3	228,1	186,1	6,7	-	-	-
	ICSAP	26,9	25,3	22,1	22,1	20,4	-24,0	0,11	0,83	0,41
	IC	15,0	14,4	12,2	13,1	11,2	-25,3	0,16	0,97	0,41
	INC	11,8	10,9	9,8	9,0	8,2	-30,7	0,13	0,66	0,48
Ponta Grossa	IT	127,5	142,5	145,5	149,5	153,9	20,8	-	-	-
	ICSAP	33,6	35,3	43,3	41,9	39,7	18,2	0,57	0,59	-
	IC	21,8	24,0	30,7	27,4	27,1	24,6	0,53	0,55	-
	INC	11,8	11,2	12,6	14,5	12,6	6,4	0,78	0,78	-

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

^aSoma das internações no biênio (categoria), dividido pela média da população residente no biênio, multiplicado por 1000;

^bValor do último biênio, menos o valor do primeiro, dividido pelo primeiro e multiplicado por 100;

^c ρ valores das correlações realizadas;

*correlações negativas e significativas.

por outros autores, uma vez que o SUS se dispõe de forma fragmentada, respondendo às demandas sociais por meio de ações reativas e episódicas voltadas, prioritariamente, às condições agudas¹².

A fim de identificar uma possível correlação entre as tendências temporais de cada categoria de internação, frente à evolução das coberturas populacionais de PACS, ESF e número de NASF, foram realizadas análises estatísticas para todas as variáveis estudadas. Os p valores resultantes das correlações podem ser visualizados na Tabela 2.

Quanto às análises em nível municipal, não fora encontrada correlação estatisticamente significativa. Em estudos conduzidos em municípios mineiros³⁶, gaúchos³⁷ e no próprio Paraná³³, a relação linear entre incremento de ESF não culminou em decréscimo significativo de coeficientes de ICSAP.

Nesse sentido, vale a ressalva da interferência de outros fatores na variação dos coeficientes de internação, tais como condições socioeconômicas, urbanização, acesso à rede privada e oferta de leitos, por exemplo^{34,38}. Ao observarmos a relação leitos SUS/privados nas cidades estudadas, percebe-se que as cidades com maiores coeficientes de ICSAP - Ponta Grossa e Londrina -, apresentam também maior oferta de leitos SUS, com valores dessa relação de 2,39 e 2,34 leitos SUS para cada leito privado, respectivamente. Cascavel, por sua vez, apresenta a menor relação (valor médio entre 2007 e 2016 de 1,16) e, no último biênio, a relação se opôs (0,98), revelando a maior oferta de leitos privados em detrimento dos públicos³⁹. Tal relação pode explicar os baixos coeficientes de ICSAP encontrados na cidade, uma vez que parte das condições sensíveis possa estar sendo destinada aos serviços privados.

Ainda, para além da existência dos serviços, a influência da organização e estruturação desses sobre as hospitalizações - destacando-se a organização do serviço ambulatorial, composição das equipes, qualificação dos profissionais, dentre outros elementos -, já foi comprovada em outros estudos^{34,38}.

A cidade de Curitiba retrata um exemplo de que os níveis de saúde almejados para uma população perpassam por diversos determinantes, incluindo a estrutura e organização sobre as quais a ESF está disposta^{24,40}.

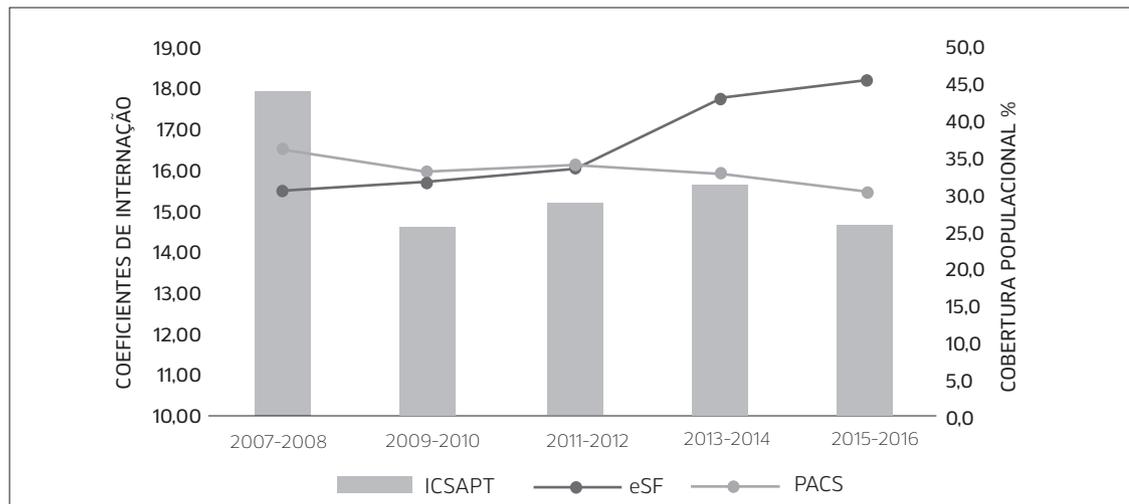
Ao observarmos especificamente a evolução da capital, nota-se que esta obtém os menores coeficientes de IC (8,5), e de ICSAP totais (14,7). Quando comparada a outra metrópole, a cidade de Florianópolis-SC, a ampla diferença entre as coberturas da ESF das capitais - 90% para a catarinense e 31% para a paranaense -, não reflete de maneira significativa sobre o coeficiente de ICSAP, sendo estes 10,4 e 14,7, respectivamente⁴¹.

Tais resultados podem ser um reflexo do pioneirismo da capital no desenvolvimento e implantação de estratégias estruturantes e organizacionais da APS, tais como a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). O Programa Mãe Curitibana, rede de atenção integral à saúde materno-infantil, é considerado como uma das RAS mais consistentes e estruturadas do mundo⁴⁰. Ademais, sistema de diagnóstico patológico com logística inovadora, educação sanitária, programa de cuidado compartilhado, Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade dos Serviços (IDQ), e muitos outros exemplos, são reconhecidos como colaboradores dos bons índices alcançados pela cidade⁴⁰. No Gráfico 2 pode ser observado o panorama das variáveis analisadas, durante a série histórica na capital paranaense.

Embora não tenha sido estabelecida correlação estatisticamente significativa, pode-se notar que há uma tendência no crescimento da cobertura de equipes de SF, a partir do terceiro biênio, paralelamente ao decréscimo da abrangência do PACS. Como discutida anteriormente, essa tendência é esperada²⁰, seja pelo incremento de equipes de SF que ocorre de maneira mais acelerada, bem como a incorporação de ACS às equipes⁴².

Enquanto à correlação não foi encontrada entre as cidades, os dados estaduais evidenciaram

Gráfico 2. Evolução da abrangência populacional do PACS e equipes de SF e coeficientes de ICSAPT, no município de Curitiba, PR, 2007-2016



Fontes: Departamento de Atenção Básica, DAB e SIH/SUS.

ICSAPT: Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, divididas pela população estimada no biênio *1000;

eSF: Proporção de cobertura populacional estimada por equipes de saúde da família;

PACS: Proporção de cobertura populacional estimada por agentes do PACS.

relação estatisticamente significativa. Tal achado pode ser reflexo do teste estatístico empregado. A maior robustez dos dados estaduais contribui para menores variações ao longo tempo, o que reflete em tendências mais lineares⁴³.

Como demonstrado na Tabela 2, a evolução de todas as categorias de internações estudadas (ICSAP totais, IC e INC) apresentou correlação negativa e forte com as diferentes ações da APS incluídas no estudo (equipes de SF, PACS e NASF). A relação entre o decréscimo de ICSAP e o aumento de cobertura da SF, em nível estadual, já foi descrita por outros autores, em séries históricas publicadas em Pernambuco³² e Minas Gerais⁴⁴.

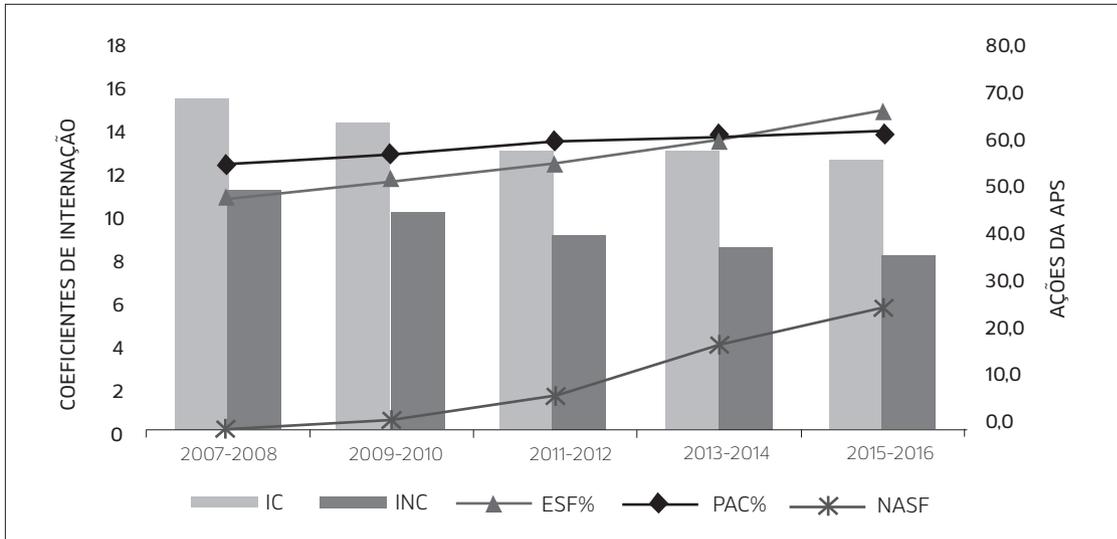
O Gráfico 3 traz a evolução das participações relativas das internações evitáveis no total de internações do estado, no período estudado. Pode-se observar redução dos coeficientes de internações evitáveis tanto crônicas, quanto não

crônicas, ao longo da série temporal. Os resultados estaduais reiteram a hipótese da maior eficácia do SUS em face às condições agudas, uma vez que o decréscimo da categoria INC foi 1,5 vezes superior em relação às IC (variação % de INC: 25%; e variação % de IC:15,2%).

Por fim, fora observada a prevalência de internações, segundo o sexo. Ocorre que no período estudado houve cerca de 1,65 milhão de ICSAP, sendo 53,2% mulheres e 46,8% homens. Achados semelhantes são descritos em estudo realizado no estado de Pernambuco, onde a diferença percentual entre os sexos foi mais evidente em ICSAP em relação às internações por outras causas, e em Divinópolis, MG, onde a prevalência de ICSAP entre as mulheres foi de 56%^{32,45}.

Quando a análise foi conduzida por categoria, as IC (n=975501) apresentaram-se com ocorrência bastante semelhante em ambos os sexos, 50,7% e

Gráfico 3 . Evolução das ações da atenção primária à saúde – equipes de SF, PACS e NASF, e da participação relativa das internações por condições crônicas sensíveis à Atenção Primária à Saúde (IC)^a e não crônicas sensíveis à Atenção Primária à Saúde (INC)^b - no total de internações por biênio -, no estado do Paraná, 2007-2016



Fontes: Departamento de Atenção Básica, SIH/SUS;

IC: Internações por condições crônicas sensíveis à atenção primária à saúde;

INC: Internações por condições não crônicas sensíveis à atenção primária à saúde;

ESF%: Proporção de cobertura populacional estimada por equipes de saúde da família;

PACS%: Proporção de cobertura populacional estimada por agentes do PACS;

NASF: Número de NASF implantados.

49,3%, para mulheres e homens, respectivamente. Já para INC (n=674653) observa-se frequência bastante superior no sexo feminino (56,8%), como evidenciado pela análise estatística. Realizado o teste de chi-quadrado, revelou-se um risco relativo de 1,316 para o sexo feminino. Ou seja, as mulheres paranaenses teriam 31,61% mais chance de ser internadas por INC do que os homens do mesmo estado.

Segundo dados do último censo, a proporção é de 96,6 homens para cada 100 mulheres, no estado do Paraná. Contudo, ainda que considerada tal diferença, a proporção no caso das INC parece não ser creditada pela diferença populacional. Outros autores creditam a maior prevalência de internações do sexo feminino, ao fato de mulheres buscarem os serviços de saúde com maior e, se reconhecida a baixa resolatividade da APS, o

encaminhamento para outro nível de atenção, faz-se necessário frequência⁴⁶⁻⁴⁸.

O presente estudo apresentou dados relevantes para as políticas de saúde e organização dos serviços nos locais estudados. Contudo, possui algumas limitações que devem ser mencionadas.

Estudos que utilizam dados secundários oriundos dos Sistemas de Informação de Saúde encontram-se sujeitos a fragilidades, como o sub-registro nos bancos de dados e possíveis problemas de classificação nos CIDs⁴⁹. Entretanto, por apresentarem boa proporção de informações válidas – DAB e SIH/SUS –, são considerados importantes fontes de informação em saúde³⁷.

Quanto ao método estatístico utilizado, há de se notar a limitação da correlação de Pearson. A ausência de correlação estatisticamente

significativa deve ser interpretada com cautela, uma vez que não exclui a hipótese de a correlação existir, porém de forma não-linear⁴³.

Por fim, não foram analisadas outras variáveis que podem influenciar no número de internações, por fugirem ao escopo do estudo. Ainda nesse sentido, cautela é necessária ao interpretar os achados, uma vez que a utilização da cobertura potencial das ações da SF como proxy de estrutura e os coeficientes de ICSAP como indicadores de desempenho podem não discriminar de maneira sensível a qualidade da APS.

Todavia, é importante destacar que as limitações descritas não invalidam a relevância do trabalho, mas, sim, são úteis para o delineamento de novos estudos que venham a somar com os resultados já encontrados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta pesquisa descrevem o panorama atual dos programas e estratégias centradas na SF, no Paraná e suas cinco maiores cidades, bem como a evolução destas ao longo da última década. De modo geral, há uma tendência à ampliação das equipes de SF e números de NASF. No que tange ao PACS, fora observada maior divergência, com incremento do número de ACS no estado e em algumas cidades, e regressão em outras. Paralelamente à ampliação da ESF, houve decréscimo das ICSAP, de maneira mais contundente àquelas ocasionadas por condições não crônicas.

Através do presente trabalho foi possível constatar que o estado do Paraná vem aderindo e construindo um modelo de APS baseada na ESF. Tal construção tem se dado de maneira diferente entre seus municípios, porém, essa diferença não invalida os esforços de estruturação e expansão dos serviços de APS na última década, os quais foram refletidos nos indicadores de resolutividade aqui apresentados.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégias de Controle e Desafios para os Sistemas de Saúde. Distrito Federal, Brasília; 2011.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2010;15(5):2297-2305.
3. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet: Health in Brazil* 2011:61-64.
4. Andrade SF, et al. Bases da Saúde Coletiva. 2. ed. Londrina: Eduel; 2017.
5. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata, Cazaquistão; 1978.
6. Carta de Ottawa. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá; 1986.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF; 2006.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF; 1997.
9. Claunara SM. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e Qualidade da Saúde da Família em Belo Horizonte/Brasil. Tese [Doutorado em Epidemiologia] - Porto Alegre; 2016
10. Albuquerque M do SV de, Lyra TM, Farias SF, Mendes MF de M, Martelli PJ de L. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde debate*. 2014;38(spe):182-194
11. Costa NR. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. *Ciênc Saúde Colet* 2016 May; 21(5): 1389-1398.
12. Alfredique ME, et al. Internações por condições sensíveis atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. (ICSAP - Brasil). *Cad Saúde Públ*. 2009 Jun;25(6):1337-1349.
13. Campos MR, Martins M, Noronha JC, Trava-ssos C. Proposta de integração de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) para pesquisa. *Inf Epidemiol SUS* 2000 Mar;9(1):51-8.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [homepage na internet]. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação [acesso em 18 out 2018]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). [homepage na internet]. Histórico cobertura SF [acesso em 18 out 2018] . Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php/cnv.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (SIH-SUS). [homepage na internet]. Sistema de Informações Hospitalares [acesso em 18 out 2018]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthotm.exe?ibge/cnv/poppr.def>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 [portaria na internet]. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da União

2008. [acesso em 18 out 2018] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados. 2 ed. Brasília, DF; 2008.
19. Silva MAP da, Menezes RCE de, Oliveira MAA, Longo-Silva G, A Leiko. Atenção Básica em Alagoas: expansão da Estratégia Saúde da Família, do Nasf e do componente alimentação/nutrição. Saúde Debate 2014 Dez; 38(103): 720-732.
20. Mattos RA de. O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades. Physis 2002, 12(1): 77-108.
21. Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas Públicas, Universidade Federal da Bahia. O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil: relatório final. Salvador, BA; 2002.
22. Tuchlinski C. Os Belinati e o dinheiro público de Londrina (PR). Estadão. 2015 nov 3. [acesso em 18 out 2018] Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/humberto-dantas/os-belinati-e-o-dinheiro-publico-de-londrina-pr/>.
23. Silveira F. Prefeito de Londrina é preso e renuncia ao cargo. Gazeta do Povo. 2012 set 20. [acesso em 18 out 2018] Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/vida-publica/prefeito-de-londrina-e-preso-e-renuncia-ao-cargo-3sk7avgc46p5dyuzv5niy3ary>.
24. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro 2013 Out-Dez; 8(29):294-303.
25. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório anual de gestão exercício 2015. Ponta Grossa, 2015.
26. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília (DF); 2008. Diário Oficial União. 4 mar 2008; Seção 1:35-7.
27. Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone AG, Barros JO. Estudo do trabalho em Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Rev Saúde Pública 2013;47(5):968-75.
28. Sampaio J, Martiniano CS, Rocha AMO, Neto AAS, Sobrinho GDO, Marcolino EC, et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: refletindo sobre as acepções emergentes da prática. Rev Bras de Ciênc da Saúde. 2013; 17 (1): 47-54.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de apoio à saúde da família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 22 set 2017; Seção 1: 68.
31. Marques AP, Montilla DER, Almeida WS, Andrade CLT. Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. Rev Saúde Pública. 2014;48(5):817-826
32. Andrade SSS. Estratégia Saúde da Família e sua relação com as internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, no período de 2000-2014. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Fundação Oswaldo Cruz; 2016.
33. Arruda GO, Schmidt DB, Marcon SS. Internações por diabetes mellitus e a Estratégia Saúde da Família, Paraná, Brasil, 2000 e 2012. Ciênc Saúde Colet. 23(2):543-552, 2018.
34. Pázó RG, Frauches DO, Molina MCB, Cade NV. Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-12.
35. Magalhães ALA, Neto OL. Desigualdades intraurbanas de taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária na região central do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2017;22(6):2049-2062.
36. Silva LF. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Minas Gerais: análise da prevalência e os gastos nas macrorregiões de saúde. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] - Universidade Federal de Juiz de Fora; 2017.
37. Costa JSD, Arruda JS. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-11.
38. Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. Rev Saúde Pública. 2005;39(2):277-284.
39. Brasil. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Informações de Saúde (TABNET): rede assistencial. [acesso em 18 out 2018]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11665&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/leimt>
40. Mendes EV. As redes de atenção à Saúde. Brasília, DF: OPAS; 2011.
41. Brasil VP, Costa JSD. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina - estudo ecológico de 2001 a 2011. Epidemiol Serv Saúde. 2016;25(1):75-84.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1007, de 4 de maio de 2010. Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às Equipes de Saúde da Família. Diário Oficial da União, 5 maio 2010; Seção 1: 36-37.
43. Pagano M, Gauvreau K. Princípios de Bioestatística. São Paulo: Cengage Learning, 2010.
44. Santos LA, Oliveira VBD, Caldeira AP. Internações por condições sensíveis à atenção primária entre crianças e adolescentes em Minas Gerais, 1999-2007. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2016;16(2):169-178.
45. Cardoso et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(4):227-34.
46. Rehem TCMSB, Oliveira MRF, Amaral TCL, Ciosak SI, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária em uma metrópole brasileira. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(4):884-90.
47. Levorato CD, Mello LM de, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. Ciênc Saúde Coletiva. 2014; 19(4):1263-1274
48. Meneghell SN et al. Internações hospitalares no Rio Grande do Sul. Inf Epidemiol SUS. 1997;6(2): 49-59.
49. Bittencourt SA, Camacho LAB, Leal MC. O sistema de informação hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. Cad Saúde Pública. 2006;22(1):19-3.

RECEBIDO: 22/08/2018

ACEITO: 18/10/2018

O REFERENCIAMENTO DE USUÁRIOS AO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

The user referencing at the psychosocial care center alcohol and drugs

Brunna Verna de Castro Gondinho¹, Jaqueline Vilela Bulgareli², Claudia Aline de Brito Oliveira³, Caruline Rodrigues Alvarenga⁴, Ismael Mendes Silva⁵, Antonio Carlos Pereira⁶, Michelli Caroliny de Oliveira⁷, Luciane Miranda Guerra⁸.

1. Doutoranda em Odontologia – Saúde Coletiva – FOP/UNICAMP. E-mail: bvernagondim@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1061-4407>
2. Pós-doutoranda em Odontologia – Saúde Coletiva – FOP/UNICAMP. E-mail: jaquelinebulgareli@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7810-0595>
3. Mestranda em Gestão e Saúde Coletiva – FOP/UNICAMP. E-mail: claudia.alinee@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9632-8593>
4. Mestranda em Ciências Biomédicas – UFPI. E-mail: caruliner@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4567-1660>
5. Mestrando em Psicologia – USP. E-mail: ismael_mendes0@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3921-9902>
6. Doutor em Saúde Pública – FSP/USP. Professor Titular FOP/UNICAMP. Email: apereira111@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1703-8171>
7. Mestra em Gestão e Saúde Coletiva – FOP/UNICAMP. E-mail: oliveira_micheli@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9628-2898>
8. Doutora em Odontologia – FOP/UNICAMP. E-mail: lumiranda1302@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7542-7717>

CONTATO: Michelli Caroliny de Oliveira | Av. Limeira, 901 | Bairro Areião | Piracicaba | SP. | E-mail: oliveira_micheli@hotmail.com

COMO CITAR Gondinho BVC, Bulgareli JV, Oliveira CAB, Alvarenga CR, Silva IM, Pereira AC, et al. O referenciamento de usuários ao centro de atenção psicossocial álcool e drogas. R. Saúde Públ. 2018 Dez.;1(2):48-53



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 é conhecer, descrever e problematizar o encaminhamento de usuários ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) em Teresina (PI). Estudo descritivo realizado no CAPS ad após a investigação de 272 prontuários do período de julho de 2013 a janeiro de 2014. Identificou-se um pequeno número de usuários oriundos da Estratégia Saúde da Família (2,94%), enquanto que a demanda espontânea e as indicações de amigos e familiares somam 53,3%, além de se ter constatado que existem vários pontos emissores de encaminhamento para o usuário. Tais resultados sugerem a necessidade de uma avaliação do trabalho realizado pela Estratégia Saúde da Família frente a esta demanda, a fim de se problematizar a sua falta de integração com o CAPS ad com vistas em ações resolutivas da vigilância em saúde, as quais controlem os entraves ao encaminhamento dos usuários.

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Dependência Química. Alcoolismo. Síndrome de Abstinência a substâncias.

ABSTRACT The objective of this work is to know, describe and problematize the referral of users to the Alcohol and Drug Psychosocial Care Center (CAPS ad) in the city of Teresina (PI). This is a descriptive study carried out at CAPS ad after the investigation of 272 medical records from July 2013 to January 2014. A small number of users from the Family Health Strategy (2.94%) were identified, while the spontaneous demand and the referrals of friends and relatives totaled 53.3%; in addition, it was observed that there are several referral points for the user. These results suggest the need for an evaluation of the work carried out by the Family Health Strategy in response to this demand, in order to problematize its lack of integration with CAPS ad, aiming at achieving resolute actions of health surveillance, which control the obstacles to the referral of users.

KEYWORDS: Substance-Related Disorders. Chemical Dependency. Alcoholism. Substance Abstinence Syndrome.

INTRODUÇÃO

A dependência química é um tema que vem ganhando espaço dentro das discussões sociais e em saúde, visto que é identificada pela Organização Mundial da Saúde como um problema de saúde pública¹.

Prestar atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas por meio do fortalecimento de políticas públicas com ações ampliadas, intra-setoriais e intersetoriais é um dos caminhos para o enfrentamento desta problemática².

A atual Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, ao orientar-se

pelo conceito de redução de danos – que pressupõe a ruptura do paradigma da abstinência –, assume a prevenção, o tratamento e a reabilitação desses usuários da mesma forma como se compromete com o planejamento, a formulação, a execução e avaliação de ações em saúde³.

Busca-se aqui uma nova lógica para a gestão do cuidado, embasada na produção de diálogos sobre os desejos e projetos de vida dessas pessoas, usando tecnologias em articulação com profissionais e ambientes para proporcionar mecanismos de interlocução éticos, resolutivos e corresponsáveis pelas demandas do território⁴.

Para isso, torna-se necessária a implementação de uma modelagem que possibilite maior integração das ações e serviços de saúde ofertados através de organizações poliárquicas, com pontos vinculados entre si e com iguais objetivos, que atuem por meio de ações cooperativas e interdependentes, permitindo ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população sob a coordenação da atenção básica em saúde. São as Redes de Atenção à Saúde⁵.

Nesse contexto, está o processo de referência e contrarreferência que caracteriza a inversão de um modelo de atenção através de uma estruturação coletiva do processo de trabalho não mais hegemônica como antes. O foco aqui é o indivíduo e a busca pelo alcance da integralidade⁶.

Problemas comuns nos dias atuais - e que já existiam desde a década de 80 - desafiam os sistemas de referência e contrarreferência, como: aspectos organizacionais, integração e comunicação entre os vários níveis de atenção e falta de informação por parte da população. Além disso, muitos municípios não registram informações sobre os seus sistemas de referência e contrarreferência nos Planos Municipais de Saúde e nem no DATASUS. Isso, por sua vez, impossibilita a consolidação do trabalho em rede, contribuindo com a fragmentação do cuidado em saúde⁷.

Assim, a informação e o registro acerca das formas de organização da demanda são cruciais para o planejamento em saúde. Disso depende a articulação em rede, princípio da integralidade do cuidado⁸.

A presente pesquisa buscou conhecer, descrever e problematizar o referenciamento de usuários ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas em Teresina - Piauí.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) de

Teresina (PI). A pesquisa foi composta pelo total dos prontuários de adesão de usuários (272) no CAPS AD do período de julho de 2013 a janeiro de 2014.

Para a coleta dos dados usou-se formulário para preenchimento de informações referentes aos prontuários do serviço de saúde, que diz respeito ao encaminhamento do usuário. Foram desconsiderados os prontuários que estavam sendo utilizados pela equipe do estabelecimento no momento da coleta.

Para a análise descritiva utilizou-se tabelas de contingência com frequências absolutas e relativas. A pesquisa teve início somente após anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, sob o protocolo número 043/2013.

RESULTADOS

Na Tabela 1, são apresentados os dados quantitativos, oriundos do formulário utilizado para o preenchimento de informações referentes aos prontuários levantados.

Observa-se um referenciamento originado de vários pontos (Hospitais e outros setores da saúde, pontos da assistência social, justiça, faculdades, emissoras de televisão, ONG (Organizações Não Governamentais), comunidades terapêuticas, empresas privadas, delegacia, dentre outros), bem como é possível constatar que a demanda referida da Estratégia Saúde da Família (ESF), representante da atenção básica, correspondeu a apenas 2,94% do valor total, enquanto que a demanda espontânea, juntamente com indicação de amigos e familiares, somaram juntas 53,3%. Destaca-se, também, a porcentagem de prontuários sem qualquer identificação de origem do encaminhamento referido, fato que correspondeu a 12,5% do total de prontuários de adesão investigados durante a pesquisa.

Tabela 1 Frequência absoluta e relativa das informações de encaminhamento coletadas nos prontuários do CAPS AD, Teresina (PI), 2014.

QUESTÃO	PRONTUÁRIOS	
	N	%
TOTAL	272	100
REFERENCIAMENTO		
Demanda Espontânea	97	35,66
Família	37	13,6
Hospital Psiquiátrico	15	5,51
Amigos	11	4,04
ESF	8	2,94
Outro CAPS	7	2,57
Justiça	6	2,2
SASC	5	1,84
CATi	5	1,84
Comunidade Terapêutica	4	1,47
SHrad	3	1,1
Centro Pop	3	1,1
Casa de Metara (ONG)	2	0,74
CRAS	2	0,74
Empresa Privada	2	0,74
Delegacia do Idoso	2	0,74
Faculdade	2	0,74
Assembleia Legislativa	1	0,37
TV	1	0,37
Lar da Criança (ONG)	1	0,37
Conselho Tutelar	1	0,37
Centro Débora Mesquita (ONG)	1	0,37
Prontuários não encontrados	4	1,47
Outro serviço de saúde	18	6,61
Nenhuma Identificação	34	12,5

Fonte: Elaborado pelos autores (2014).

DISCUSSÃO

O fortalecimento de políticas públicas se dá por meio de ações ampliadas intra e intersetoriais; e o cuidado em saúde mental na atenção básica é estratégico por constituir-se como nível de atenção articulador da Rede de Atenção à Saúde Mental⁹.

Cabe lembrar que o cuidado em saúde é o somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais e que, na busca pela integralidade, vão se complementando, de maneira mais ou

menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do serviço de saúde. Desta forma, é uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes que se articulam em um processo dialético de complementação, mas também de disputa¹⁰.

Nesta pesquisa, a existência de vários pontos emissores de referência ao usuário de drogas para o CAPS AD expõe, assim como no trabalho de Delfini e Reis¹¹, o obstáculo da desresponsabilização que dificulta a efetiva articulação entre os serviços da ESF e do CAPS, assim como também impossibilita a produção de cuidado em saúde mental através da modificação do antigo conceito de loucura e da criação de um novo lugar social para o louco. Lugar este, distante do que era o hospício, da "modificação do eu" e do "despojamento de identidade" que o mesmo causava através de uma barreira imposta às relações sociais¹².

Pereira¹³, ao avaliar o trabalho realizado pela Estratégia de Saúde da Família frente a essa demanda de usuários do Sistema Único de Saúde, pontuou como necessária a articulação da atenção básica com o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, a fim de que possa ocorrer um estabelecimento de parcerias entre estes dispositivos da saúde.

Tendo em vista que a relação entre a atenção básica e os demais níveis da atenção deve ser estabelecida a partir de processos dinâmicos e democráticos, entende-se que deve haver interface entre esses níveis e não superposição. Interface esta, entendida como o lugar privilegiado para a ocorrência das mudanças necessárias à implementação da atenção à saúde⁸.

Desta forma, ao pesquisar esse "lugar" onde a relação entre os níveis ocorre, o presente trabalho identificou especificidades no município em estudo que podem gerar importantes entraves à integralidade, são eles: encaminhamento originado de vários pontos, baixa demanda referida pela atenção básica e porcentagem significativa de prontuários sem qualquer identificação de origem do encaminhamento referido.

Esses achados são justificados pela pesquisa de Lopes¹⁴, que ao estudar o processo de trabalho em saúde mental na ESF em Teresina concluiu que mesmo frente a uma alta demanda em saúde mental, oriunda de problemas associados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, o cotidiano dessas equipes pauta-se no modelo do assistencialismo curativista – ligado ao discurso científico – e que a gestão em saúde do município atua na gestão de dados, em detrimento da realização de uma gestão de financiamento.

Em sua obra, Michel Foucault¹⁵ fala que este discurso científico produz uma prática cada vez mais afastada da singularidade, e se alicerça numa consideração da generalidade do "caso" que coloca o médico – pode-se aqui inferir profissionais de saúde – como possuidor de uma verdade inquestionável sobre a doença. Desta forma, exclui o sujeito como possível corresponsável no processo de sua cura, à medida que o priva de fala ou decisão sobre seu corpo.

Alternativas para o tratamento e prevenção de transtornos mentais são as terapêuticas que visam um compartilhamento de responsabilidades – paciente, família, profissionais, sociedade e estado – em busca de uma construção coletiva, dentro de uma relação dialógica e em rede psicossocial. Essas redes são pontos de fundamental importância para abordagem em saúde e inclusão social de pessoas que venham a possuir algum transtorno mental¹⁶.

Reflete-se também, sobre a realização de ações resolutivas de gestão e de vigilância em saúde, com a finalidade de que seja possível conhecer e controlar possíveis problemas que estejam prejudicando a atenção a esses usuários. Esta mudança poderá ocorrer por meio da indissociabilidade entre atenção à saúde e gestão, assim como, pela problematização do assunto entre equipes e gestão, mostrando que o acolhimento é uma forma de cuidar que pode partir de todo e qualquer trabalhador.

Porém, para que as políticas públicas possam causar mudanças nos modelos de atenção e gestão em saúde, elas devem tomar para si a humanização

como aspecto fundamental. Somente a partir daí deverão ser construídas políticas amplas e reformistas, a fim de que discussões sobre o tema não terminem em declarações fundamentalistas e em embates puramente ideológicos¹⁷.

A humanização em saúde como uma possibilidade de instaurar politicamente, no interior de instituições, espaços libertários e acolhedores que possam dar significado à presença e às ações de profissionais, gestores e pacientes, pois considera, assim, as dimensões das subjetividades e singularidades¹⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em Teresina (PI), a articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica mostrou-se frágil, uma vez que a demanda de usuários do CAPS-ad é, na sua maioria, autorreferenciada. Há necessidade de se repensar tal modelo com vistas numa articulação sólida entre os níveis de atenção à saúde (intra-setorial), bem como uma organização inter-setorial, pois a articulação organizada entre o Sistema Único de Saúde, a rede comunitária local e o Sistema Único de Assistência Social – entendendo a Estratégia Saúde da Família como principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde – é ponto prioritário para a implementação da rede de saúde mental, especialmente no que diz respeito à atenção aos usuários de álcool e drogas.

Tais constatações são de interesse não somente dos trabalhadores da saúde, como também da sociedade e da gestão de saúde que poderá, com esses dados, problematizar, junto aos atores envolvidos nesse problema, o aprimoramento da assistência prestada aos usuários de álcool e outras drogas em Teresina (PI).

REFERÊNCIAS

1. Who - World Health Organization. Reducing risks, promoting healthy life: Geneva (Sw): WHO; 2002.
2. Lefio LA, Villarroel SR, Rebolledo C, Zamorano P, Rivas K. Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(4):257-66.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p.
4. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos R. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco; 2003; p. 197-210.
5. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
6. Souza TMS de, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa de Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saúde Publica* 2007; 23(11):2727-2739.
7. Marra SMP, Arcieri RM. Análise da inclusão da odontologia nos planos municipais de saúde das cidades integrantes da gerência regional de saúde de Uberlândia-MG. *Biosci J* 2011;27(3):510-517.
8. Vazquez FL, Guerra LM, Vítor ES, Ambrosano GMB, Mialhe FL, et al. Referência e contrarreferência na atenção secundária em odontologia em Campinas, SP, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014;19(1):245-255, 2014.
9. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de atenção básica; n. 34). 176 p.
10. Merhy EE. Ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Editora HUCITEC, 2002; p.115-135.
11. Souza Delfini PS de, Reis AOA. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. *Cad Saúde Pública* 2012, 28(2):357-366.
12. Britto RC. A Internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2004. 210 p.
13. Pereira MM. As ações do Programa de Saúde da Família na promoção da saúde dos dependentes químicos [Internet]. [local desconhecido]: Faculdade Eficaz; [citado 2011 Dez 29]. Disponível em: http://www.faculdadeeficaz.com.br/?c=revista_eficaz.
14. Lopes DCT. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: notas cartográficas sobre processo de trabalho em saúde [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2009. 14 p.
15. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro, Forense Universitária; 1994. 241 p.
16. Vieira Filho NG. Sofrimento e desinstitucionalização: construindo redes de apoio em saúde mental. *Rev Mal-Estar e Subjetividade* 2011;9(1):309-333.
17. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2005;10(3): 561-571.
18. Reis AOA, Marazina I, Gallo PR. A Humanização na Saúde como instância libertadora. *Saúde Soc*. 2004;13(3):p. 36-43.

RECEBIDO: 28/08/2018

ACEITO: : 22/10/2018

DOENÇA CELÍACA E O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Celiac disease and knowledge of primary care health professionals

Caroline Gonçalves Pustiglione Campos¹, Aline Domingues Stumpfs Mendoza², Elaine Cristina Antunes Rinaldi³, Suellen Viencoski Skupien⁴

1. Enfermeira. Docente assistente do Curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual de Ponta Grossa. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3803-6100>
2. Enfermeira. Graduada em Enfermagem da Universidade Estadual de Ponta Grossa. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2173-6266>
3. Enfermeira. Docente assistente do Curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual de Ponta Grossa. ORCID: <HTTP://orcid.org/0000-0002-2937-7405>.
4. Enfermeira. Docente colaboradora do Curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual de Ponta Grossa. ORCID:<https://orcid.org/0000-0002-9503-6334>

CONTATO: Caroline Gonçalves Pustiglione Campos | Teodoro Sampaio 421, oficinas PG. | CEP: 84035-640 | E-mail: carolgonc@hotmail.com

COMO CITAR: Campos CGP, Mendonza ADS, Rinaldi ECA, Skupien SV. Doença celíaca e o conhecimento dos profissionais de saúde da atenção primária. R. Saúde Públ. 2018 Dez.;1(2):54-62



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 doença celíaca é um problema de ordem mundial em decorrência da sua alta prevalência. O objetivo foi identificar o conhecimento dos enfermeiros, médicos e farmacêuticos da atenção primária sobre a doença celíaca. Trata-se de uma pesquisa quantitativa e descritiva. Realizada no município de Ponta Grossa no interior do Paraná em 19 unidades de saúde, com 82 profissionais, em 2016. A coleta de dados se deu pela aplicação de um questionário com perguntas fechadas, fundamentadas no Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas da Doença

Celíaca. A análise dos dados foi por meio de tratamento estatístico. Resultou-se em 93,0% dos profissionais de saúde responderam conhecer sobre a doença e 15,0% relatam ter ciência do protocolo de atendimento ao paciente celíaco. Obteve-se 80,0% de acertos referentes à sintomatologia típica e 40,0% da forma atípica. Conclui-se há necessidade de capacitação por meio da educação em serviço, como estratégia de reforçar o manejo desta doença na atenção primária.

PALAVRAS-CHAVE: Doença Celíaca. Estearreia. Profissional da Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT Celiac disease is a worldwide problem due to its high prevalence. The objective was to identify the knowledge of nurses, physicians and pharmacists from primary care to health about celiac disease. This is a quantitative and descriptive research. It was held in a municipality in the countryside of the state of Paraná in 19 health units, with 82 professionals, in 2016. Data collection was done through the application of a questionnaire with closed questions, based on the Clinical Protocol of Therapeutic Guidelines of Celiac Disease. Data analysis was conducted through statistical treatment. Ninety three percent of health professionals reported to have some knowledge about the disease, and 15.0% reported being aware of the protocol of care to the celiac patient. Eighty percent gave right answers for the typical symptomatology, and 40.0% for the atypical form. It was concluded that there is a need for training through in-service education, as a strategy to strengthen the management of this disease in primary care.

KEYWORDS: Celiac disease. Stearine. Health Professional. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A doença celíaca é uma enteropatia crônica do intestino delgado, de caráter autoimune, causada pela exposição ao glúten em indivíduos propensos geneticamente.

Trata-se de um processo inflamatório que envolve a mucosa do intestino delgado, levando à atrofia das vilosidades intestinais e, conseqüentemente, à má absorção, além de uma variedade de manifestações clínicas¹.

Como condição crônica, a doença celíaca possui as seguintes formas clínicas: clássica, não clássica, latente e assintomática. A forma clássica geralmente manifesta-se nos primeiros anos de vida apresentando sintomas como a diarreia ou constipação crônica, vômitos, emagrecimento, comprometimento variável do estado nutricional, dor e distensão abdominal. A forma não clássica é caracterizada pela ausência de sintomas digestivos,

mas pode apresentar manifestações isoladas como baixa estatura, artrite, constipação intestinal, osteoporose e esterilidade. A latente é identificada através de biópsia jejunal normal, consumindo glúten, podendo também apresentar atrofia subtotal das vilosidades intestinais¹⁻².

A forma assintomática vem sendo reconhecida com maior frequência nas últimas duas décadas entre familiares de primeiro grau de pacientes celíacos por meio do desenvolvimento de marcadores sorológicos específicos. Aproximadamente 10,0% dos parentes dos celíacos podem apresentar essa condição devido ao caráter familiar da desordem¹⁻².

A doença celíaca é um problema de ordem mundial em decorrência da sua alta prevalência, aproximadamente 1:100-300 pessoas em todo o mundo³. No Brasil, em um estudo realizado em

Brasília foi encontrada uma prevalência de 0,3% (1:294) para a doença celíaca, o que demonstra a significância de estudos no cenário brasileiro⁴.

Em conformidade com estudos, a prevalência da doença celíaca entre os países e em populações europeias ou de ancestralidade europeia varia de 0,3% a 1,0%, e, provavelmente, muitos casos permanecem sem diagnóstico. No Brasil, os dados estatísticos oficiais são desconhecidos, portanto estima-se que existam 300 mil brasileiros portadores da doença, com maior incidência na região sudeste. Essa condição patológica é mais frequente em mulheres, numa proporção de 2:1 e atinge predominantemente os indivíduos de cor branca, entretanto, no Brasil, devido à miscigenação racial já foi descrita em mulatos⁵.

Aprovado pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde nº 1149, de 11 de novembro de 2015, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Celíaca menciona a falta de informação sobre a doença, e a dificuldade para o diagnóstico acabam prejudicando a adesão do paciente ao tratamento, limitando as possibilidades de melhora do quadro clínico¹.

A terapia nutricional recomendada é a retirada completa do glúten da dieta, o que faz com que os sintomas regredam e o estado nutricional seja restabelecido. A dieta imposta é restritiva, difícil e permanente, ocasionando alterações na rotina dos indivíduos e de sua família. O paciente após o diagnóstico passa a conviver com uma dieta restritiva devido à maioria dos produtos alimentícios conterem esta proteína na composição¹⁻².

Outro fator relevante para obediência à dieta é o conhecimento do paciente em relação à doença e seu tratamento, e, para isto, os profissionais de saúde têm a responsabilidade de esclarecê-los da forma mais detalhada possível. Deve-se enfatizar que poucos estudos foram publicados avaliando a obediência à dieta e o conhecimento dos indivíduos que desenvolveram tal enfermidade⁶.

Os pacientes podem precisar, além dos cuidados médicos, do atendimento de outros

profissionais de forma individualizada e coletiva. Enfatiza-se a necessidade da atenção multidisciplinar e multiprofissional a esses pacientes na atenção primária¹.

As práticas de saúde e o processo de trabalho desenvolvido no âmbito das equipes têm colocado em debate a emergência das doenças crônicas como um importante problema de saúde pública, especialmente na atenção primária à saúde, ainda centrado em formas de organização que não se adequam às necessidades de atenção a populações crescentemente assoladas por problemas de natureza crônica⁷.

Baseado nesses pressupostos, objetivou-se identificar o conhecimento dos enfermeiros, médicos e farmacêuticos da atenção primária à saúde sobre o protocolo clínico da doença celíaca.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa com abordagem quantitativa e descritiva realizada em unidades básicas de saúde no município de Ponta Grossa, Paraná.

O município de Ponta Grossa integra a Rede de Atenção Básica à Saúde, possuindo 52 Unidades de Saúde da Família, que abrigam 80 equipes de Estratégia Saúde da Família, 13 de Saúde Bucal e 02 Unidades Básicas, além de contar com aproximadamente 250 profissionais de saúde, dentre médicos e enfermeiros. A cobertura populacional do município pela Estratégia Saúde da Família é de 90%, segundo competência de agosto de 2017 e tem como meta alcançar 95% até 2020⁸.

Ressalta-se ainda que o município de Ponta Grossa possui aproximadamente 360.000 habitantes, sendo o perfil epidemiológico da população apresentado no Plano Municipal de Saúde, onde foram avaliados com base no diagnóstico situacional com finalidade de propor metas para reduzir: a Mortalidade Materno-Infantil por causas evitáveis; a Mortalidade por

Causas Externas; a morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e por último o impacto decorrente dos transtornos mentais e do uso abusivo de álcool e outras drogas⁸.

Antes de iniciar a pesquisa foi realizado contato com o coordenador da Estratégia Saúde da Família, da Secretaria de Saúde do município, para identificar as Unidades Básicas que tinham no quadro de funcionários o profissional farmacêutico. Constatou-se apenas 09 Unidades Básicas e após foram acrescentadas 10 unidades para compor a pesquisa, a fim de captar maior número de enfermeiros e médicos.

A amostra da pesquisa foi composta por 82 profissionais de saúde atuantes na atenção primária do município de Ponta Grossa, Paraná. Como critérios de inclusão na pesquisa têm-se: enfermeiros, médicos e farmacêuticos atuantes na atenção primária, com tempo de atuação mínimo de oito meses. Foram selecionadas 19 Unidades Básicas de Saúde, onde consta pelo menos uma de cada distrito sanitário do município.

O período de coleta de dados foi de julho a setembro de 2016, com aplicação de questionário estruturado, baseado no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Celíaca, contendo seis questões que contemplam os requisitos da assistência ao paciente celíaco.

A análise dos dados foi realizada por meio de tratamento estatístico, através do programa Excel® e expressos em frequência simples.

O estudo respeitou as exigências formais

contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Teve o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) no dia 10 de junho de 2016 sob o número: 1.586.568.

RESULTADOS

Fizeram parte da pesquisa 82 (100,0%) profissionais de saúde e destes foram identificados 39 médicos, 34 enfermeiros e 09 farmacêuticos. A média de idade dos profissionais de saúde foi de 42 anos com idade entre 24 e 65 anos, quanto ao tempo de formação a média foi de 13 anos, entre 08 meses e 40 anos de atuação nas diversas áreas do conhecimento.

Quanto à distribuição por gênero dos profissionais de saúde, apresentada na tabela 1, há predominância do gênero feminino com 57 (69,5%) profissionais, contabilizando 30 (52,6%) enfermeiras, 20 (35,1%) médicas e 7 (12,3%) farmacêuticas. O gênero masculino corresponde a 25 funcionários (30,5%), com 19 médicos (76,0%), 4 enfermeiros (16,0%) e 2 farmacêuticos (8,0%).

Do total de 76 (92,7%) profissionais, afirmaram possuir algum conhecimento sobre a doença celíaca: 37 médicos (48,7%); 33 enfermeiros (43,4%) e 6 farmacêuticos (7,9%). Contudo 12 profissionais (14,6%) afirmaram que conheciam o protocolo de

Tabela 1. Distribuição por gênero dos profissionais de saúde na atenção primária à saúde.

	Médico	Enfermeiro	Farmacêutico	n(%)
Feminino	20(51,2%)	30(88,2%)	7(77,7%)	57(69,5%)
Masculino	19(48,7%)	4(11,7%)	(22,2%)	25(30,4%)
Total	39	34	9	82(100%)

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

atendimento aos celíacos do Ministério da Saúde, sendo eles 10 médicos (83,3%) e 02 enfermeiros (16,7%), conforme a tabela 2. Ressalta-se, nesta pesquisa, que nenhum farmacêutico conhecia o protocolo de atendimento aos celíacos do Ministério da Saúde.

Pode ser observado no Quadro 1, as seis questões que contemplam os requisitos da assistência ao paciente celíaco, e os respectivos acertos dos profissionais sobre a doença. Reconheceram a forma típica da doença 80% dos pesquisados. Sobre os alimentos que contêm o

glúten, 50% da amostra respondeu corretamente, a classe médica obteve 39% de acertos.

A sintomatologia da forma não clássica foi identificada por 40% de acertos. Em relação aos setores em que o glúten é encontrado, 61% da população estudada respondeu corretamente, a classe farmacêutica representou 6% de acertos da amostra. Quanto às orientações e cuidados recomendados ao paciente celíaco 88% assinalaram a opção correta. A definição da contaminação cruzada obteve 57% de acertos, sendo representada por 44% dos profissionais da enfermagem.

Tabela 2. Conhecimento dos profissionais de saúde da atenção primária sobre a doença e protocolo de atendimento.

	Médico	Enfermeiro	Farmacêutico	Total%
Possui algum conhecimento sobre a doença celíaca?				
Sim	37(94,8%)	33 (97%)	6 (66,6%)	92,7%
Possui conhecimento a respeito do Protocolo Clínico do atendimento ao paciente celíaco?				
Sim	10 (25,6%)	2 (5,8%)	0 (0%)	14,6%
Total (n)	n= 39	n= 34	n= 9	100%

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Quadro 1 Distribuição das respostas assertivas sobre a doença celíaca.

<p>Questão 1: Tríade de sinais e sintomas da doença em sua forma clássica:</p> <p>a) Enxaqueca, pirose, diarreia crônica.</p> <p>b) Dermatite herpetiforme, constipação intestinal, gases.</p> <p>c) Diarreia crônica, perda de peso, distensão abdominal</p>	<p>Acertos: 66(80,5%)</p> <p>32 (48,5%) Médicos</p> <p>28 (42,4%) Enfermeiros</p> <p>06 (9,1%) Farmacêuticos</p>
<p>Questão 2: O glúten é uma proteína que está estritamente relacionada com a doença celíaca:</p> <p>a) Trigo, aveia, soja, leite, cevada</p> <p>b) Aveia, trigo, cevada, malte, centeio</p> <p>c) Cevada, trigo-sarraceno, soja, malte, aveia</p>	<p>Acertos: 41(50,0%)</p> <p>16 (39,0%) Médicos</p> <p>20 (48,8%) Enfermeiros</p> <p>05 (12,2%) Farmacêuticos</p>

<p>Questão 3: A forma não clássica da doença caracteriza-se por:</p> <p>a) Alterações sorológicas e histológicas do intestino delgado, na ausência de manifestações clínicas.</p> <p>b) Por um quadro de sintomas em que manifestações digestivas estão ausentes, ou quando presentes, ocupam um segundo plano.</p> <p>c) Crise celíaca, sua forma clínica pode ter uma evolução grave sendo desencadeada por uma infecção, que ocorre quando há retardo no diagnóstico e conseqüentemente no tratamento.</p>	<p>Acertos: 33(40,2%)</p> <p>19 (57,6%) Médicos</p> <p>11 (33,3%) Enfermeiros</p> <p>03 (9,1%) Farmacêuticos</p>
<p>Questão 4: Em quais setores o glúten pode estar inserido:</p> <p>a) Alimentício apenas.</p> <p>b) Alimentício e cosmético.</p> <p>c) Cosmético, alimentício e farmacêutico.</p>	<p>Acertos: 50 (60,9%)</p> <p>24 (48,0%) Médicos</p> <p>23 (46,0%) Enfermeiros</p> <p>03 (6,0%) Farmacêuticos</p>
<p>Questão 5: Que orientações e cuidados são recomendados ao paciente celíaco:</p> <p>a) Dieta restritiva, eliminando totalmente o glúten da alimentação.</p> <p>b) Reduzir o consumo de glúten, sem a necessidade da exclusão total desta proteína em sua dieta.</p> <p>c) Tratar com medicamentos específicos, uma alimentação saudável com boa ingestão hídrica.</p>	<p>Acertos: 72 (87,8%)</p> <p>32 (44,4%) Médicos</p> <p>32 (44,4%) Enfermeiros</p> <p>08 (11,1%) Farmacêuticos</p>
<p>Questão 6: Em Quando acontece a contaminação cruzada:</p> <p>a) Trata-se da condição de risco do indivíduo relacionada à prevalência da doença na família, um parente de 1º grau.</p> <p>b) Alimentos manipulados e armazenados em locais que contenham vestígios do glúten.</p> <p>c) Transmissão da doença por contato de fluidos sanguíneos de um celíaco, predispondo outro a desenvolver a doença.</p>	<p>Acertos: 47(57,3%)</p> <p>27 (57,5%) Médicos</p> <p>15 (31,9%) Enfermeiros</p> <p>05(10,6%) Farmacêuticos</p>

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

DISCUSSÃO

Verificou-se o predomínio do sexo feminino na pesquisa, principalmente na enfermagem. Diante da amplitude e complexidade que envolvem estudar o cenário multiprofissional da saúde, a enfermagem é analisada como prática naturalizada feminina, provavelmente uma das profissões mais antigas exercidas por mulheres⁹.

Em relação ao conhecimento dos profissionais de saúde sobre fisiopatologia da Doença Celíaca, representou 92,7% das respostas assertivas. Já

o entendimento do Protocolo sobre as Diretrizes Terapêuticas foi de 14,6%. Os dados da pesquisa evidenciaram que a maioria dos profissionais desconhece sobre o protocolo de atendimento. Compreende-se, após análise destes dados, que o conhecimento dos profissionais especificamente sobre a doença considera-se maior em referência às diretrizes terapêuticas. Ressalta-se que o desconhecimento pode impactar na identificação precoce e prevenção de complicações que a doença pode manifestar.

Informações nacionais apontam que há fragilidade no diagnóstico sendo considerada uma doença negligenciada, e devido a este fato mencionam que a Doença Celíaca possui baixa prevalência, incidência e mortalidade¹⁰.

Pesquisa¹¹ reforça que nos últimos anos o conhecimento epidemiológico da Doença Celíaca cresceu significativamente devido à identificação da grande variedade de manifestações clínicas dessa doença. Isto sugere a importância da capacitação dos profissionais de saúde, tratando-se de um processo educacional de curto prazo, envolvendo todas as ações que visam deliberadamente ampliar a capacidade das pessoas para desempenhar melhor as atividades relacionadas ao cargo de suas responsabilidades¹².

Pode-se afirmar que a educação em serviço possibilita o aprimoramento da formação profissional por meio de capacitações. Ações de promoção à saúde devem ser estimuladas mediante a utilização do protocolo clínico com intenção de fornecer a assistência prestada de qualidade¹³.

Sobre os questionamentos relacionados à patogenia, a doença foi definida como desordem do sistema imunológico pela maioria dos profissionais de saúde. Estudos conceituam a Doença Celíaca como sendo autoimune, acometendo indivíduos geneticamente predispostos à intolerância ao glúten. O diagnóstico baseia-se em testes sorológicos para anticorpos contra transglutaminase tecidual (TTG) e peptídeos de gliadina desamidados¹⁴.

A resposta prevalente entre os profissionais sobre qual órgão a doença celíaca acomete foi o intestino. O órgão afetado apresenta vilosidades achatadas na mucosa devido à inflamação, pela qual é induzida em pessoas geneticamente suscetíveis pela ingestão de proteínas do trigo, centeio e cevada que contêm glúten¹⁵.

Quanto aos fatores que predisõem o indivíduo a desenvolver a patologia, uma porção mínima da população estudada reconheceu o fator ambiental como componente. No entanto, a maior parte da amostra demonstrou ciência do fator genético e imunológico, outros fatores

predispostos. A condição celíaca representa uma forte condição hereditária, constituindo-se numa enfermidade multifatorial, envolvendo tanto componentes genéticos, como ambientais. A combinação de alguns fatores induz à patologia intestinal. Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos constatou a predominância de familiares de 1º grau com a Doença Celíaca e a possibilidade do teste genético para identificar tal doença, por sua vez, esse teste ainda é restrito pelo alto custo¹⁶⁻¹⁷.

Os três fatores que predisõem o indivíduo à patologia são: ambiental, o glúten como fator indutor da doença; genético, cerca de 90,0-95,0% dos doentes expressam moléculas de um complexo responsável por importante papel no sistema imune; e imunológico, devido à resposta imunitária anormal aos derivados da gliadina e da glutenina¹⁸.

A forma típica/clássica da doença foi reconhecida por 80,5% dos profissionais, isso se deve ao fato que a maioria dos indivíduos possui a forma clássica da doença, onde a identificação dos sintomas são mais comuns. Atualmente manifestações extra-intestinais, tais como anemia por deficiência de ferro, crescimento vacilante, puberdade tardia e úlceras na boca, estão sendo cada vez mais reconhecidas em crianças e adolescentes do Reino Unido^{6,19}.

Ao contrário da forma típica, a manifestação atípica/não clássica obteve apenas 40,2% de acertos. É de extrema importância que os profissionais de saúde estejam atentos para esta manifestação como possível forma de apresentação da doença, e, em caso de suspeita, deve-se realizar uma investigação pertinente²⁰.

Referente à presença do glúten nos alimentos, 50,0% dos profissionais assinalaram corretamente, sendo que ele corresponde à principal fração proteica presente no trigo, no centeio, na cevada e na aveia. Desta população apenas 39,0% da classe médica esteve ciente dos alimentos que possuem glúten. Os 5,0% da amostra que não responderam à questão foram médicos, sendo esta classe predominante na pesquisa. Há importância do conhecimento do paciente em relação à doença

e seu tratamento, e para isto os médicos têm a responsabilidade de esclarecê-los da forma mais detalhada possível. Os conhecimentos transmitidos por estes profissionais é um fator importante para garantir o sucesso do tratamento do paciente⁶.

A respeito dos setores em que o glúten está presente, 60,9% assinalaram a opção correta como os setores alimentício, cosmético e farmacêutico. O glúten está presente como um elemento cultural adicionado não só em alimentos, mas também nos seus subprodutos. Apenas 6,0% dos farmacêuticos estavam cientes da presença do glúten no setor farmacêutico, e vale ressaltar que, devido à terapêutica da condição celíaca ser essencialmente dietética, percebe-se um desinteresse comercial por parte da indústria farmacêutica em apoiar e financiar a divulgação ou formação de profissionais atuantes¹⁴.

Os profissionais enfermeiros têm como competências educar o paciente sobre a complexidade da dieta, as diversas fontes de glúten e alimentos passíveis de contaminação cruzada, informar a disponibilidade de produtos sem glúten no mercado e a correta orientação nutricional²¹. Dessa forma, reitera-se a importância do manejo dietético adequado que contribua a melhora dos sintomas apresentada por esses indivíduos²².

Com relação à contaminação cruzada, 57,3% dos profissionais de saúde responderam corretamente. Diante destes resultados foi constatado pouco conhecimento das equipes de saúde a respeito da Doença Celíaca e, principalmente, dos riscos associados à contaminação cruzada por glúten. Compreender a contaminação cruzada, a eliminação dos resíduos e traços de glúten faz parte da iniciação na vida de um celíaco¹⁰.

Uma das formas de ter o conhecimento é por meio de capacitações, buscando melhoria da assistência. Desse modo, a pesquisadora participante ministrou uma palestra sobre a Doença Celíaca para usuários do Sistema Único de Saúde e profissionais de uma Unidade Básica de Saúde. Foram elaborados e distribuídos folders com as principais informações da Doença Celíaca

e receitas alimentares sem glúten. A temática despertou interesse dos profissionais, e dúvidas foram esclarecidas.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o conhecimento dos profissionais de saúde relacionado à Doença Celíaca, quanto à sintomatologia, necessita ser aprofundado frente ao protocolo das diretrizes de assistência ao paciente. Pois o conhecimento superficial, pelos profissionais de saúde, implica na demora da captação dos pacientes não diagnosticados bem como nas orientações ao paciente celíaco quanto ao tratamento a ser seguido.

Sugere-se, por meio deste estudo, implementar a educação em serviço como estratégia de elencar discussões que são importantes para o direcionamento da conduta clínica.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1149, de 11 de novembro de 2015: aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da doença celíaca. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
2. Nadal J, Ferreira SMR, Costa IB da, Schmidt ST. O princípio do direito humano à alimentação adequada e a doença celíaca: avanços e desafios. Demetra [Internet]. 2013 [citado 2018 Out 22]; 8(3):411-23. Disponível em: http://www.fenacelbra.com.br/arquivos/publicacoes/principio_direito_humano_alimentacao.pdf
3. Magalhães JP, Oliveira MS, Monteiro MAM, Schaefer, MA, Garcia MAVT. Riscos de contaminação por glúten em um restaurante universitário com preparações para indivíduos celíacos: um estudo de caso. Nutr Clín Diet Hosp. 2017; 37(1):165-70.
4. Rocha S, Gandolfi L, Santos JE dos. The psychosocial impacts caused by diagnosis and treatment of Coeliac Disease. Rev Esc Enferm USP. 2016; 50(1):66-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100009>
5. Araújo HMC, Araújo WMC, Botelho RBA, Zandonadi RP. Doença celíaca, hábitos e práticas alimentares e qualidade de vida. Rev Nutr. 2010; 23(3): 467-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000300014>
6. Sdepanian VL, Morais MB de, Neto UF. Doença celíaca: avaliação da obediência a dieta isenta de glúten e do conhecimento da doença pelos pacientes cadastrados na Associação dos Celíacos

- do Brasil (ACELBRA). *Arq. Gastroenterol.* 2001;38(4):232-39. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032001000400005>.
7. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, Mota E, Pinto Junior EP, Luz LA da, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde da família?. *Saúde em debate.* 2014;38(spe):69-82. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S006>
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Municipal de Ponta Grossa. Plano Municipal de Saúde Ponta Grossa 2018 /2021. Ponta Grossa: Ministério da Saúde; 2017.
9. Ojeda BS, Eidt OR, Canabarro S, Corbellini VL, Creutzberg M. Saberes e verdades acerca da enfermagem: discursos de alunos ingressantes. *Rev Bras. Enferm.* [Internet] 2008 [citado em 2016 out 26];61(1):78-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000100012>.
10. Paula FA de, Crucinsky J, Benati R. Fragilidades da atenção à saúde de pessoas celiacas no Sistema Único de Saúde (SUS): a perspectiva do usuário. *Demetra.* 2014;9 (supl 1):311-28. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/demetra.2014.10499>
11. Oliveira A, Trindade E, Tavares M, Lima R, Terra M, Dias JA. Celiac disease in first degree relatives of celiac children. *Arq. Gastroenterol.*2012;49(3):204-207. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032012000300007>
12. Leandro AIP, Branco ES. Importância do treinamento e desenvolvimento nos serviços de saúde. *Rev Adm Hosp Inov Saúde* 2011;(6):64-69. doi: <http://dx.doi.org/10.21450/rahis.v0i6.1018>.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
14. Ludvigsson JF, Leffler DA, Bai JC, Biagi F, Fasano A, Green PHR, et al. The Oslo definitions for coeliac disease and related terms. *Gut* [Internet]. 2013 [cited 2016 fev. 20]; 2(1):43-52. doi: <http://gut.bmj.com/content/gutjnl/62/1/43.full.pdf>
15. Pelleboer RAA, Janssen RLH, Deckers-Kocken JM, Wouters E, Nissen AC, Bolz WEA, et al. Celiac disease is overrepresented in patients with constipation. *J Pediatr (Rio J)*.2012;88(2):173-6. doi: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.2155>
16. Rosa Utiyama SR da, Messias Reason IJT de, Silva Kotze LM da. Aspectos genéticos e imunopatogênicos da doença celiaca: visão atual. *Arq. Gastroenterol.* [Internet];2004;41(2):121-28. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032004000200010>.
17. Roy A, Pallai M, Lebowohl B, Taylor AK, Green PH. Attitudes toward genetic testing for celiac disease. *J Genet Counsel.*2016;25(2):270-8. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10897-015-9867-z>.
18. Nobre SR, Silva T, Cabral JEP. Doença celiaca revisitada. *Jornal Português de Gastrenterologia.* Lisboa 2007;14(4):184-93.
19. Paul SP, McVeigh L, Gil-Zaragoza E, Basude D. Diagnosis and nursing management of coeliac disease in children. *Nurs Child Young People* 2016 Feb;28(1):18-24. doi: 10.7748/ncyp.28.1.18.s28.
20. Boé, C, Lozinsky AC, Patrício FR, Andrade JAB de, Fagundes Neto U. Doença celiaca e constipação: uma manifestação clínica atípica e pouco frequente. *Rev Paul Pediatr.* 2012 Jun;30(2):283-87.
21. Abreu LCS de. A importância da enfermagem no tratamento de doenças celiacas. *Web Artigos* [Internet]. 2015 [citado 2018 Out 10]. Disponível em: http://www.webartigos.com/_resources/files/_modules/article/article_136789_201510191700426dda.pdf
22. Melo Ribeiro PV de, Paula Santos A de, Andreoli CS, Ribeiro SMR, Paula Jorge M de, Moreira AVB. Nutritional status variation and intestinal and extra intestinal symptomatology in patients with celiac disease and non-celiac gluten sensitivity given specialized dietary advice. *Rev Nutr.* 2017;30(1):57-67. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652017000100006>

RECEBIDO: 30/08/2018

ACEITO: 22/10/2018

DOENÇA NEURODEGENERATIVA RARA: CARACTERIZAÇÃO DOS PORTADORES DE DOENÇA DE HUNTINGTON E ATAXIA ESPINOCEREBELAR NA AMAZÔNIA OCIDENTAL, BRASIL

Rare neurodegenerative disease: characterization of huntington disease patients and spinocerebellar ataxia in western Amazon region, Brazil

Naime Oliveira Ramos¹, Vivian Susi de Assis Canizares², Andonai Krauze de França³, Thaynara Naiane Castro Campelo⁴, José Juliano Cedaro⁵

1. Bacharel em Enfermagem. Membro do Grupo de Pesquisa em Genética Humana da Fundação Universidade Federal de Rondônia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0566-495X>
2. Doutora em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários. Docente do Departamento de Psicologia da Fundação Universidade Federal de Rondônia. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0504-9650>
3. Doutor em Biologia Experimental, Docente da Fundação Universidade Federal de Rondônia e Coordenador do Grupo de Pesquisa em Genética Humana. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1612-0029>
4. Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem. Membro do grupo de Pesquisa em Genética Humana. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8185-4547>
5. Doutor em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano. Docente do Departamento de Psicologia da Fundação Universidade Federal de Rondônia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7479-6556>

CONTATO: Naime Oliveira Ramos | Avenida Amazonas | Bairro Tiradentes nº 6030 | Condomínio Villas de Belo Horizonte | casa 121 | CEP 76824-536 | E-mail: andreamaneira@hotmail.com

COMO CITAR: Ramos NO, Canizares VSA, França AK, Campelo TNC, Cedaro JJ. Doença neurodegenerativa rara caracterização dos portadores de Doença de Huntington e ataxia espinocerebelar na Amazônia Ocidental, Brasil. R. Saúde Públ. 2018 Dez;1(2):63-74



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 neste estudo caracterizar portadores de doenças neurodegenerativas raras e familiares quanto aos aspectos sociais, clínicos e assistências, pois a cronicidade dessas patologias faz com que seus portadores vivam longos períodos de dependência, sendo incapazes de realizar atividades do cotidiano, necessitando de cuidadores integralmente. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, realizada por meio de dados coletados nos relatórios desenvolvidos pelo laboratório de pesquisa. A amostra foi composta por dois grupos, um com membros afetados por Doença de Huntington e outro com afetados por Ataxia Espinocerebelar 2. Observou-se que esses distúrbios trazem grande impacto para a vida desses indivíduos, interferindo nas atividades corriqueiras. Além disso, verificou-se falta de capacitações dos profissionais de saúde para o devido acolhimento dessas pessoas e, por isso, salienta-se a necessidade de implantação de políticas públicas visando o acompanhamento e proteção dos pacientes e familiares afetados por essas doenças.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças Neurodegenerativas. Ataxias Espinocerebelares. Enfermagem em Saúde Comunitária. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT The objective of this study was to characterize patients with rare neurodegenerative diseases and their families, regarding social, clinical and assistance aspects, because these pathologies chronicity leads their patients to experience long periods of dependence, being unable to perform daily activities, requiring full-time caregivers. This is a qualitative research with a descriptive approach, carried out through data collected from the reports developed by members of the research group. The sample consisted of two groups, one affected by Huntington Disease, and the other affected by Spinocerebellar Ataxia 2. It was noted that these disorders have a great impact on the life of the individuals, interfering in their daily life activities. In addition, there is a lack of trained professionals to embrace these people; thus, the need to implement public policies to follow and protect the patients and their families affected by this disease is highlighted.

KEYWORDS: Neurodegenerative Diseases. Spinocerebellar Ataxias. Community Health Nursing. Health Assessment.

INTRODUÇÃO

As doenças neurodegenerativas raras (DNR) se caracterizam pela degeneração e/ou morte dos neurônios, ocasionando a perda progressiva e gradual das funções motoras, fisiológicas e cognitivas. Podem ser classificadas em genéticas e não genéticas¹.

Neste estudo, as DNR enfocadas são as de etiologia genética. Dentre as mais conhecidas estão a Doença de Huntington (HD), a Doença de Alzheimer (DA), Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) e as Ataxias Espinocerebelares (SCA). As pesquisas

realizadas nessa temática são limitadas e ainda não são conhecidas as causas das mutações ocorridas no DNA. Estudos apontam que as consequências dessas doenças genéticas podem estar associadas à variação do número de cópias ou a expressão alterada de alguns genes^{2,1}.

A HD afeta o sistema nervoso central, sendo determinada pela presença dos movimentos coreicos, distúrbios comportamentais e demência. É uma doença dominante autossômica, causada pela repetição anormal (36 repetições ou mais) do

trinucleotídeo Citosina-Adenina-Guanina (CAG), no cromossomo 4p16.3, no gene Huntingtina³.

As SCA são caracterizadas, tanto clínica quanto geneticamente, por sua heterogeneidade, evidenciada por mais de trinta tipos existentes. É uma desordem neurológica sendo responsável pela degeneração dos feixes espinocerebelares, piramidais e da coluna posterior, sendo que a maioria dos subtipos ocorre devido à expansão no trinucleotídeo CAG dos genes SCA 2, SCA 3, SCA 6 e SCA 10. A evidência do número aumentado do triplete CAG, por meio de análise molecular, define o diagnóstico e o tipo de ataxia que acomete cada indivíduo¹.

Devido à deterioração dos neurônios, a apresentação sintomatológica desses distúrbios ocorre de forma severa e muitas vezes precoce, levando a pessoa a óbito. A cronicidade das DNR faz com que seus portadores vivam longos períodos de dependência, sendo incapazes de realizar simples atividades do cotidiano, necessitando de um cuidador integralmente⁴.

No Brasil, a magnitude dos casos das DNR ainda não está mensurada por não haver um sistema que notifique esses distúrbios, além da falta de diagnóstico precoce ou erro de diagnóstico. Esse fato traz grandes preocupações em relação aos casos, devido ao impacto gerado na vida dos afetados e de suas famílias. Tendo em vista sua relevância, as DNR já são consideradas um grave problema de saúde pública, abrangendo ações nos três níveis de atenção à saúde, seja no acolhimento às famílias, diagnóstico ou reabilitação⁵.

O apoio de uma equipe multiprofissional é fundamental para a realização da assistência às famílias acometidas pelas DNR, devendo ser acompanhadas durante todos os ciclos da vida e na inserção desta pessoa nos cuidados paliativos, que deve acontecer o mais precoce possível, com apoio fisioterápico, terapia ocupacional, assistência social e psicológica, visando, sobretudo, o retardamento da progressão dos sintomas².

As informações prestadas para as famílias e

pacientes são de fundamental importância, visto que contribuem para melhora da ansiedade desses indivíduos. Neste contexto se destacam aquelas direcionadas ao itinerário terapêutico que essas pessoas percorrem durante a trajetória da doença^{4,5}.

A atenção básica deve estar preparada para acolher essas pessoas, sendo o profissional de enfermagem o líder, atuando principalmente como educador da equipe da estratégia da saúde da família, utilizando instrumentalização específica para a implementação do cuidado, como a Sistematização da Assistência de Enfermagem/SAE e a criação do vínculo profissional-usuário para a realização do acolhimento, de forma humanizada, no Sistema Único de Saúde - SUS⁵.

Sendo assim, este estudo teve como objetivo caracterizar portadores de doenças neurodegenerativas raras e familiares quanto aos seus aspectos sociais, clínicos e assistenciais.

METODOLOGIA

Este trabalho insere-se em um programa mais amplo coordenado por pesquisadores vinculados ao grupo de pesquisa do Laboratório de Genética Humana (LGH), pertencente ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), que visa contribuir para o maior conhecimento sobre as DNR.

Trata-se de um estudo de modalidade qualitativa com abordagem descritiva, realizado por meio de dados coletados dos relatórios e instrumentos de pesquisa, assim como pela sistematização da assistência de enfermagem desenvolvida por membros do grupo de pesquisa durante as visitas domiciliares.

Durante o período de estudo foram acompanhadas sete famílias acometidas com algum tipo de DNR, residentes em municípios de Rondônia (Porto Velho, Guajará-Mirim, Cacoal, Burtitis) e Amazonas (Apuí). A amostra foi delimitada a duas

famílias, sendo uma portadora de HD e outra de SCA tipo 2. Optou-se por essa abordagem em virtude dessas famílias serem as que melhor representam o objeto de estudo e por apresentarem maior número de indivíduos acometidos.

A identificação e o contato inicial com os portadores e famílias foram realizados por algumas unidades de saúde do município de Porto Velho, sendo elas: Ambulatório de Doenças Genéticas Raras da Policlínica Oswaldo Cruz/POC e Centro de Atenção Psicossocial/CAPS Madeira Mamoré. Além dessas instituições, também houve contato direto dos pesquisadores aos portadores e suas famílias por meio de procura espontânea destes ao Laboratório de Genética da Universidade Federal de Rondônia.

Critério de inclusão para participação da pesquisa: todos os indivíduos com sintomas clínicos e/ou comprovação molecular de DNR e/ou pertencentes à família com histórico de alguma DNR.

Foram realizadas entrevistas utilizando-se um formulário específico contendo informações como identificação socioeconômica, questões sobre hábitos de vida, condições de saúde e outros aspectos da dinâmica pessoal e familiar, observados e relatados durante as visitas domiciliares que aconteceram entre dezembro de 2016 a maio de 2017.

Realizaram-se ainda anamnese e exames físicos para a elaboração da SAE (Sistematização da Assistência em Enfermagem), que é um instrumento utilizado pelo enfermeiro para prestar assistência de forma individualizada e sistematizada, por meio dos registros das informações sobre o paciente, contribuindo para a qualidade do cuidado de enfermagem de maneira humanizada⁶.

A utilização de alguns instrumentos como o Genograma e Ecomapa possibilitaram o acompanhamento e entendimento da dinâmica familiar dos portadores de HD e SCA2.

O primeiro consiste em uma ferramenta para a

visualização da estrutura familiar em três gerações, assim como sua composição, relações, fatores culturais, emocionais e sociais que envolvem os seus membros⁷. Já o segundo representa graficamente os recursos disponíveis e de acesso pela família. Nele, visualizam-se as redes e relações da família com a comunidade⁷.

Para fins de tabulação das informações, foi construído um banco de dados no programa Microsoft Office Excel 2007, objetivando organizar, resumir e descrever os aspectos importantes dos dados coletados durante toda a pesquisa, como as variáveis sexo, idade, renda, nível de escolaridade concepção do indivíduo frente à doença (acometido ou não), entre outros.

Essa pesquisa insere-se no projeto "Screening Mutacional e Aspectos Clínicos de Pacientes com Suspeitas de Doenças Neurodegenerativas Raras e Seus Aspectos Psicossociais na Amazônia Ocidental", tendo sido encaminhada para a análise do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, recebendo parecer favorável, sob o número 1.849.777, em 02 de dezembro de 2016 (CAAE 59260516.0.0000.5300), com base na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁸.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS

Cada família do estudo foi caracterizada conforme grupos domiciliares, ou seja, são indivíduos que se consideram da família e que residem na mesma casa, tendo aceitado, voluntariamente, participar desta pesquisa⁹.

Para uma melhor dinâmica da apresentação das informações da pesquisa foi denominada Família 1 para os membros afetados pela HD e Família 2 aqueles acometidos pela SCA2.

A Família 1 é composta por 39 pessoas, pertencentes a cinco gerações, sendo 21 do sexo

feminino, com faixa etária entre um e 37 anos, e 18 do sexo masculino, cuja amplitude da faixa etária se estende entre sete e 59 anos.

O grupo domiciliar de enfoque é composto pelo patriarca, um enteado, três filhos biológicos. A essas cinco pessoas acrescenta-se outro filho biológico portador de HD, sua esposa e duas filhas desse casal. Por serem dependentes financeiramente do patriarca, foram enquadradas dentro do mesmo domicílio. De tal maneira pertencem a esse grupo nove pessoas, destacando que a matriarca foi a óbito em 2014, devido a complicações geradas pela HD.

O desenvolvimento do genograma deste grupo domiciliar (Figura 1) permite o entendimento sobre como cada indivíduo se insere nesta família.

O patriarca é trabalhador rural, possui 59 anos e possui a função de ser o principal cuidador dos indivíduos afetados. Possui nove filhos biológicos com a primeira esposa e mais dois no relacionamento atual. Além desses filhos, também cuida do enteado que tem 38 anos e possui uma deficiência mental sem diagnóstico definido, não sendo portador de HD. Os filhos desse patriarca, acometidos por HD, a partir de então denominados pelas letras A, B, C e D, terão maior enfoque na análise das questões propostas neste estudo.

O primeiro membro da família afetado é a filha A, que tem 37 anos, é portadora de HD confirmada por análise molecular. É divorciada, possui três filhos, sendo o primeiro do sexo feminino, fruto de um relacionamento na juventude, que por sua vez já é mãe e reside em outra cidade. Essa paciente que chamamos de A também é genitora de mais dois meninos, fruto de um relacionamento que findou após o aparecimento dos primeiros sintomas da HD. Esses filhos, com idade inferior a 18 anos, residem com o pai, pois ela não possui mais condições de cuidá-los. Apesar das condições avançadas da doença, incluindo dificuldades de comunicação, ela frequentemente demonstra sentir saudades dos filhos e o desejo de estar com eles.

Os sintomas em A acentuaram-se há

quatro anos e atualmente apresenta alto grau de comprometimento neuropsicomotor. Recebe Benefício de Prestação Continuada (BPC) e tal recurso ajuda seu progenitor a manter os custos da casa onde vivem.

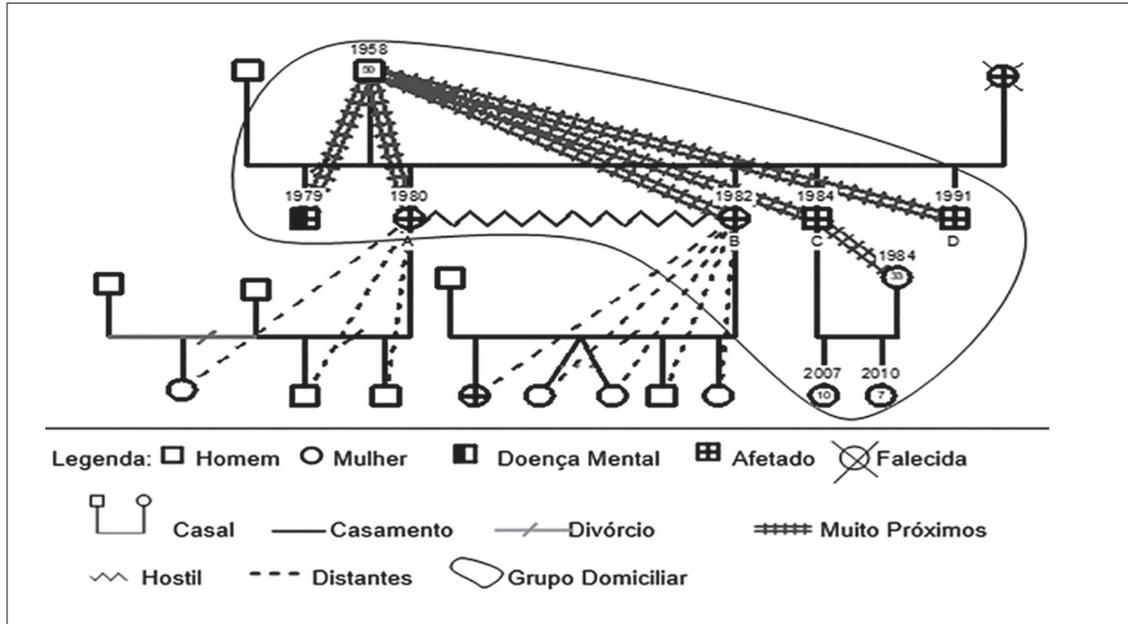
A filha B tem 35 anos e é divorciada. Possui cinco filhos, com os quais tem pouca relação. A sua filha mais velha tem 20 anos, é casada e tem um comportamento instável, ora residindo com o marido, ora morando com algum parente. Tem uma filha menor de dois anos, que deixou aos cuidados do pai da criança e dos pais dele. Os outros filhos de B são menores de idade e vivem com o pai em uma região rural de Porto Velho. B já apresenta grave comprometimento motor e manifestações psiquiátricas, que às vezes implica em agressões, sobretudo direcionado a sua irmã (filha A).

O filho C descobriu que é portador de HD no decorrer da pesquisa e apresenta um comprometimento mais leve quando comparado aos demais irmãos. Tem 33 anos e só recentemente passou a receber BPC. Há algum tempo não consegue emprego, pois a sintomatologia da doença acarreta lentidão de pensamentos e ações. É casado e vive com a esposa de 33 anos, com quem tem duas filhas (sete e dez anos), A esposa, por sua vez, tem um filho adolescente, oriundo de outro relacionamento.

O filho D é solteiro, tem 26 anos, portador de HD, com diagnóstico recente. Contudo, apresenta acentuado grau de comprometimento psicológico e psiquiátrico desde o final da adolescência, implicando inclusive em internações. Passa a maior parte do tempo deitado, debaixo de cobertas, apesar do calor escaldante da região amazônica e seu quarto não ter ventilador ou aparelho de ar condicionado.

A renda familiar é de três salários mínimos, incluindo renda como agricultor do patriarca e os dois auxílios de BPC, recebido pelos indivíduos A e C. O indivíduo B recebe Bolsa Família, porém o benefício fica com o pai das crianças. Os demais não possuem qualquer vínculo empregatício e

Figura 1. Representação gráfica do genograma do grupo domiciliar da Família 1.



Laboratório de Genética Humana da Unir, 2017.

nem recebem algum tipo de auxílio, favorecendo o aumento da situação de vulnerabilidade desses indivíduos, pois carecem de alimentos especiais, muitos remédios e gastos com deslocamentos.

Em relação à escolaridade deste grupo, apenas um dos membros chegou a concluir o ensino médio (filho C). O filho B não completou o ensino médio, o filho D e a esposa do filho C concluíram o ensino fundamental, enquanto o patriarca da família, seu enteado e a filha A não chegaram a concluir as séries escolares iniciais. As crianças, netas do patriarca, estão regularmente matriculadas em escolas da rede pública.

Diante disso, é possível perceber que a renda não é o único fator de situação de vulnerabilidade que esses indivíduos apresentam, mas também a baixa escolaridade, que interfere diretamente no entendimento das questões sociais que os cercam, assim como no entendimento da doença e de seus agravamentos. Isto posto, é importante destacar a necessidade de proteção desses indivíduos pelas

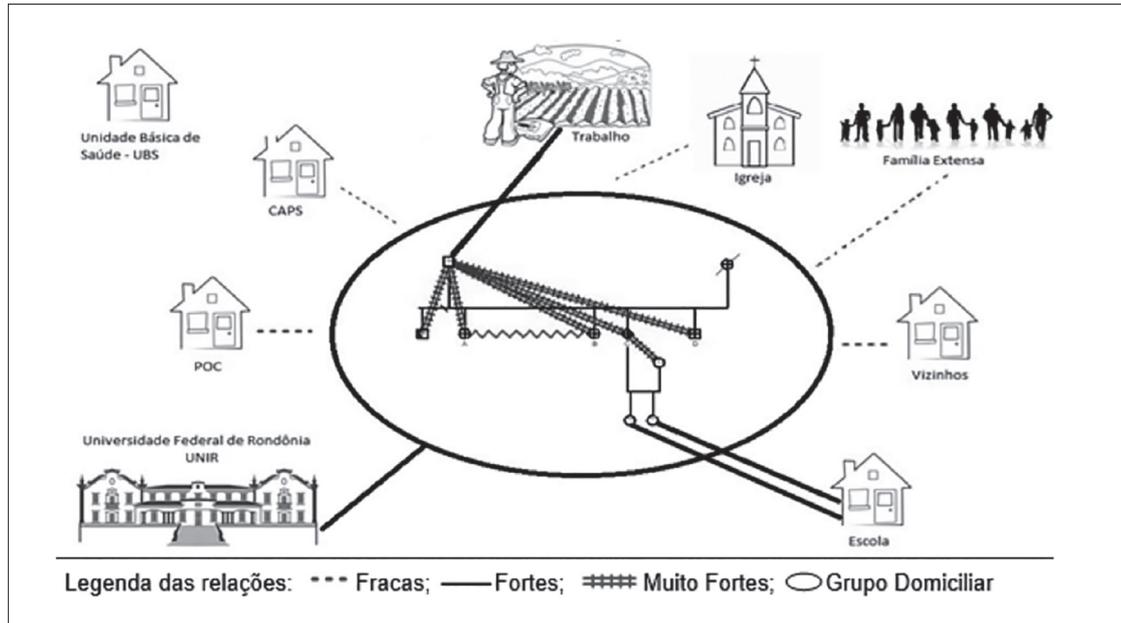
políticas sociais, objetivando intervenções efetivas na assistência visando assegurar-lhes condições dignas de vida¹⁰.

Todos seguem vertentes evangélicas neopentecostais, porém devido às restrições impostas pela HD não participam das atividades religiosas nos templos.

Alguns membros deste grupo, como o filho C, sua esposa e filhas, conseguem realizar algumas atividades de lazer, como passeios e visitas à casa de outros parentes. Os demais têm suas atividades limitadas ao domicílio, que fica em uma área rural e só costumam sair de lá para consultas ou exames médicos, implicando em uma grande logística, devido à dificuldade de locomoção e por residirem em local de difícil acesso. Como forma de lazer participam apenas das atividades realizadas pelos membros do LGH em alguns momentos das visitas domiciliares, como jogos, pinturas e desenhos.

É possível verificar no ecomapa (Figura 2) que as relações com a comunidade são fracas e

Figura 2. Representação gráfica do ecomapa do grupo domiciliar da Família 1.



Laboratório de Genética Humana da Unir, 2017.

muitas vezes inexistentes, principalmente no que se refere aos serviços de saúde, dos quais essa família depende fundamentalmente, pois os pacientes possuem necessidade de assistência multidisciplinar ininterruptamente.

A casa em que residem atualmente é cedida pelo empregador do patriarca, a qual é construída em madeira, estando em péssimo estado de conservação: possui muitas frestas entre as tábuas, não possui forro e apresenta piso irregular. Há sete cômodos (sala, três quartos, dois banheiros, com apenas um deles em condições de uso e cozinha). Na parte externa há uma varanda. Como fica em área de região rural, é frequente o aparecimento de aranhas e cobras, principalmente no período de chuvas.

As precariedades na estrutura da moradia puderam ser observadas nas visitas semanais realizadas. Há várias condições que podem vir a comprometer à integridade dos moradores, devido aos constantes riscos que estão expostos, como risco de queda que está relacionado ao

nivelamento do piso de entrada dos cômodos e presença de superfície irregular com uma extensa abertura no piso do banheiro. A falta de equilíbrio e de coordenação motora dos acometidos por HD torna a deambulação cada vez mais difícil nesses ambientes, necessitando de diversas adaptações.

Destaca-se ainda a potencialidade de risco ao suicídio ou de acidentes relacionados a objetos cortantes e herbicidas, expostos em locais indevidos e de fácil acesso, trazendo grandes preocupações, pois os portadores de HD tendem a apresentar distúrbios comportamentais de agressividade e depressão durante a progressão da doença³.

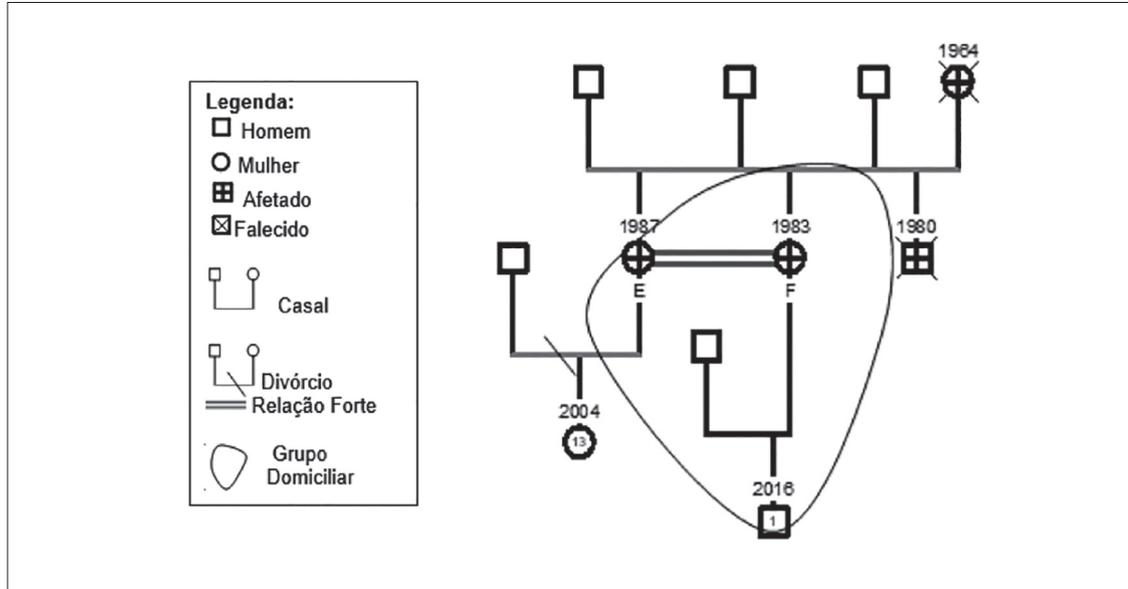
Em toda a estrutura da casa observa-se a presença de grande umidade. Os cômodos são pouco arejados e a incidência de luz solar é escassa, favorecendo a proliferação de insetos, roedores, fungos e até o aparecimento de animais peçonhentos, tornando-os vulneráveis a acidentes e a outras comorbidades.

A família do estudo acometida por SCA2, a qual denominaremos Família 2, é composta por

55 pessoas, que estão distribuídas em quatro gerações, sendo 29 do sexo feminino e 26 do sexo masculino. Até o momento da pesquisa o número total de indivíduos afetados pela doença era de 15, sendo que sete foram a óbito.

O grupo domiciliar abordado é composto por quatro pessoas, sendo um casal, seu filho e a cunhada, cujos acometidos por SCA2 serão denominados pelas letras E e F.

Figura 3. Representação gráfica do genograma do grupo domiciliar da família 2.



Laboratório de Genética Humana da Unir, 2017.

Durante a construção do genograma (Figura 3) deste grupo domiciliar foi possível observar a presença do gene mutante em 100% dos filhos da matriarca. Além disso, constatou-se que após o agravamento dos sintomas de E, seu marido a abandonou, deixando-a aos cuidados da irmã mais velha (indivíduo F), também portadora de SCA2.

O indivíduo E é do sexo feminino e tem 30 anos. É divorciada e está aposentada por invalidez. Tem uma filha de 13 anos, a qual está sob os cuidados e responsabilidade legal do avô, pois ela não tem condições de exercer tais funções. Registra-se que a manifestação dos sintomas de SCA2 teve início aos 14 anos e que sua mãe e seu irmão mais velho foram a óbito com sintomatologia da mesma doença. Atualmente vive com o pai e

sua condição de saúde é preocupante, pois sofre de severo comprometimento físico e cognitivo, afetando sua mobilidade, obrigando-a locomover-se apenas em cadeira de rodas. Também apresenta dislalia e disartria acentuadas, com dificuldade na deglutição, apresentando episódios de engasgos constantes, com risco de broncoaspiração.

A irmã mais velha (indivíduo F) tem 34 anos, é casada e recebe benefício devido à deficiência, e tem um filho de um ano de idade. Os sintomas da doença iniciaram há nove anos. Considerando as condições da irmã mais nova (indivíduo E), seus sintomas são moderados, com vertigens, disfagia, disartria, dismetria, marcha atáxica, passos irregulares, lentos, deambulação somente com auxílio e incoordenação motora.

Durante a gestação teve grandes complicações, desenvolvendo hipertensão e diabetes gestacional de difícil controle, apresentando pré-eclâmpsia grave. Devido às complicações e agravamento do seu quadro clínico, a gestação teve que ser interrompida com 37 semanas por meio de cesariana. Contudo, aparentemente, não houve sequelas para a criança, cujo desenvolvimento cognitivo e motor correspondente à idade esperada. Seu marido tem 33 anos e trabalha como autônomo. A renda familiar é inferior a três salários mínimos, incluindo duas aposentadorias. De tal modo, acaba sendo insuficiente para suprir todas as necessidades das pessoas que vivem na casa.

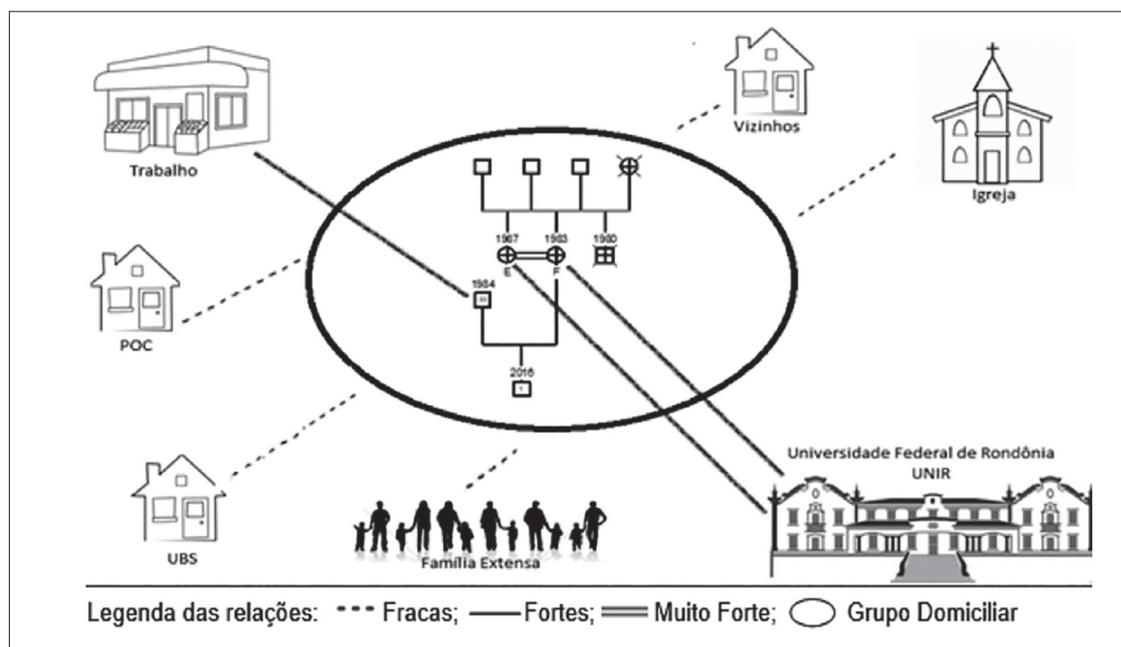
Em relação ao nível de escolaridade, o indivíduo F e seu marido cursaram o ensino médio. Sua irmã (E) concluiu o Ensino Fundamental. Embora sejam acometidas pela mesma doença, observa-se que a manifestação foi divergente nesses dois casos, sendo que o indivíduo E iniciou a manifestação dos primeiros sintomas ainda na

adolescência, diferente do indivíduo F, que teve a manifestação da doença apenas na fase adulta, ou seja, possibilitou que ela cursasse todo o Ensino Médio sem dificuldades aparentes, além de ter uma vida social sem limitações.

Este grupo domiciliar é pertencente a uma vertente evangélica, porém não frequenta a igreja regularmente. Afirmam também que não costumam realizar outras atividades fora de casa, devido à dificuldade de locomoção. É possível observar no ecomapa (Figura 4) que as relações com a comunidade são fracas.

Destaca-se que houve, em algum momento, o apoio da Unidade Básica de Saúde/UBS que é referência do bairro onde moram, porém a assistência era limitada ao acompanhamento e consultas relacionadas à condição de gestante em que o indivíduo F se encontrava, não havendo um olhar amplo e envolvendo equipe multiprofissional, como previsto pela Portaria 199/2014 do Ministério da Saúde.

Figura 4. Representação gráfica do ecomapa do grupo domiciliar da Família 2.



Laboratório de Genética Humana da Unir, 2017.

A casa na qual residem é de propriedade da família, sendo uma construção de alvenaria, com cinco cômodos (sala, dois quartos, cozinha e banheiro), e não possui qualquer tipo de adaptação para a atual condição de saúde das duas irmãs, causando possível risco de queda e desconforto em relação às limitações impostas pela doença.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

Segundo o Art. 11, da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, referente ao Exercício Profissional

da Enfermagem, e a Resolução nº 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem, a SAE é uma atividade privativa do enfermeiro, que consiste em realizar a identificação das situações de saúde e doença, subsidiando a prescrição e a implementação das ações de assistência de enfermagem, de forma a contribuir para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade^{11,12}.

Neste contexto, a implementação da SAE dos indivíduos desta pesquisa é de fundamental importância para a elaboração de um plano de cuidados individualizado, visando melhorar a

Quadro 1 Principais problemas encontrados, diagnósticos de enfermagem e intervenções dos portadores de HD e SCA2.

	PROBLEMAS ENCONTRADOS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES
A	Desorientação; Dificuldade de comunicação; Higiene corporal insatisfatória; Engasgos frequentes; Incontinência intestinal; Incontinência urinária; Coreia; Amplitude de movimentos reduzidos; Dificuldade de deambular.	Deglutição prejudicada relacionada a problemas neurológicos caracterizados por engasgo antes de deglutir.	-Orientar o cuidador quanto à observação da deglutição e o esvaziamento da boca durante as refeições; -Orientar o cuidador quanto à preparação de alimentos pastosos.
		Incontinência intestinal relacionada à diminuição geral no tônus muscular caracterizado por incapacidade de retardar a evacuação.	-Orientar o cuidador sobre a manutenção da higiene íntima e manter pele seca continuamente; -Orientar o cuidador quanto à troca das roupas/fraldas sempre que sujas.
B	Higiene corporal insatisfatória; Pediculose; Algia na região epigástrica e em membros inferiores; Constipação; Incontinência urinária.	Incontinência urinária funcional relacionada a prejuízo neuromuscular caracterizado por perda de urina antes de alcançar o banheiro.	-Orientar sobre a manutenção da higiene íntima e manter pele seca continuamente; -Estimular a realizar o exercício de Kegel. -Orientar o cuidador quanto à redução de alimentos irritantes vesicais (café, bebidas ácidas, pimenta).
		Constipação relacionada à motilidade gastrointestinal diminuída caracterizada por redução na frequência das fezes e por ruídos intestinais hipoativos.	-Orientar quanto à ingestão de alimentos que contenham fibras como: legumes, verduras, aveia. -Orientar quanto à ingestão hídrica fracionada, pelo menos 2 L, por dia.
C	Alteração de humor; Dificuldade na marcha;	Mobilidade física prejudicada relacionada ao controle muscular diminuído caracterizado por movimentos descoordenados, tremor induzido pelo movimento.	-Encaminhar para Fisioterapeuta; -Realizar exercícios passivos e ativos; -Orientar quanto às caminhadas de pelo menos 30 minutos, nas redondezas da casa.
		Regulação do humor prejudicada relacionado à doença crônica caracterizada por agressividade, ansiedade e agitação.	-Diminuir os fatores estressores como ruídos; -Encaminhar para o Psiquiatra; -Administrar medicações prescritas.

	PROBLEMAS ENCONTRADOS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES
D	Insônia; Higiene insatisfatória, Baixo peso; Dor em membros inferiores.	Déficit no autocuidado para banho relacionado ao prejuízo neuromuscular caracterizado por odor fétido, presença moderada de sujidade em couro cabeludo.	-Estimular e explicar sobre a importância da realização da higiene corporal; -Orientar quanto ao uso de produtos de higiene como shampoo, condicionador e sabonete.
		Insônia relacionada por ansiedade caracterizada por realização de movimentos repetitivos de ida e volta ao mesmo ambiente e relatos de insônia.	-Orientar para que não durma nos períodos da tarde; -Orientar quanto à realização de atividades que possam estimular o gasto de energia como caminhadas, corridas, natação.
F	Vertigem; Disfagia; Dismetria; Incoordenação motora; Marcha atáxica	Deambulação prejudicada relacionada ao prejuízo neuromuscular caracterizado por capacidade prejudicada de andar sobre superfícies regulares necessitando de auxílio.	-Construir mecanismos que facilitem a deambulação como barras de ferro na casa; -Disponibilizar apoios como bengalas para o auxílio da deambulação; -Auxiliar na redução de barreiras físicas da casa, como móveis, tapetes.
		Mobilidade física prejudicada relacionada a prejuízos neuromusculares caracterizados por movimentos descoordenados.	-Incentivar a realização de exercícios passivos e ativos; -Encaminhar para a fisioterapia.
E	Disartria; Dificuldades na deglutição; Deambulação prejudicada; Incontinência urinária e intestinal.	Capacidade de transferência prejudicada relacionada ao prejuízo neuromuscular caracterizado por dificuldade de transferir-se da cama para a cadeira, cama para posição em pé.	-Ensinar e orientar os cuidadores sobre a realização de exercícios passivos e ativos nos membros superiores e inferiores; -Encaminhar para o acompanhamento de um fisioterapeuta.
		Deglutição prejudicada relacionada a problemas neurológicos caracterizados por dificuldade para deglutir e engasgos constantes.	-Orientar o cuidador quanto à observação da deglutição e o esvaziamento da boca durante as refeições; -Monitorar reflexo de tosse durante as visitas.

Laboratório de Genética Humana da Unir, 2017.

qualidade de vida e prevenção ou diminuição dos agravos que a doença venha causar futuramente na vida dessas pessoas.

A seguir, serão destacados os problemas identificados durante a anamnese e exame físico, elencando os dois principais diagnósticos de enfermagem, segundo o NANDA: definições e classificação 2015-2017 e intervenções, almejando a melhoria de vida dos indivíduos acometidos pela HD e SCA2¹³.

Dentre as pessoas afetadas das duas famílias, os indivíduos A e E são os mais comprometidos.

Portanto, mais dependentes, necessitando de ajuda para todas as atividades diárias. Os outros indivíduos possuem dificuldades para a realização das atividades de vida diária, mas ainda possuem capacidade funcional para realização de algumas delas, não estando em total dependência no momento atual.

Percebe-se que com o avançar da DNR todos os portadores vão perdendo progressivamente sua autonomia e independência e irão necessitar de cuidados diuturnamente, além de intervenções que amenizem o sofrimento.

CONCLUSÃO

Este trabalho permitiu conhecer a estrutura familiar de dois grupos com membros acometidos por DNR. Percebe-se que o vínculo dessas pessoas com os serviços de saúde é frágil, conferindo uma rede de cuidados à saúde falha no reconhecimento das necessidades desta população.

A necessidade de capacitações dos profissionais da atenção primária é perceptível para a realização do acolhimento desses indivíduos, que se encontram perdidos e isolados do sistema de saúde. Além disso, a ausência de orientação quanto ao planejamento familiar pode trazer grande impacto para a família, visto que quase a totalidade dos sujeitos deste estudo está em idade fértil, necessitando de um olhar diferenciado da estratégia de saúde da família.

Em relação à SAE, ressalta-se a necessidade de sua elaboração e implementação por profissionais qualificados, pois assim pode-se garantir a qualidade de vida desses indivíduos, inserindo toda a família na realização do cuidado e dando autonomia nas atividades funcionais de vida diária por maior tempo possível.

Ressalta-se, ainda, a necessidade de implantação de políticas públicas, mediante a situação de vulnerabilidade socioeconômica dessas pessoas, visando o devido acompanhamento e proteção, sobretudo para evitar acidentes e comorbidades.

Conclui-se que tanto o portador de HD quanto o de SCA2 possuem sérios agravamentos durante o percurso da doença, que os levam a comprometimentos irreversíveis, trazendo grande impacto para a família e o doente, que perde sua total autonomia em realizar atividades básicas de vida. Ainda que limitadas, as intervenções realizadas são de fundamental importância para essas pessoas, pois melhoram a autoestima e promovem a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Coppedè F, Migliore L. DNA damage in neurodegenerative diseases. *Mutat Res.* 2015; 776:84-7.
2. Kristjanson LJ, Tøye C, Dawson S. New dimensions in palliative care: a palliative approach to neurodegenerative diseases and final illness in older people. *Med J Aust* 2003; 179(6 Suppl): S41.
3. Roos, RAC. Huntington's disease: a clinical review. *Orphanet J Rare Dis.*2010;5 (40):1-8.
4. Kristjanson LJ, Aoun SM, Oldham L. Palliative care and support for people with neurodegenerative diseases and their carers. *Int J Palliat Nurs.* 2006; 12(8):368-377.
5. Santos Luz G dos, Silva MRS da, DeMontigny F. Doenças raras: itinerário diagnóstico e terapêutico das famílias de pessoas afetadas. *Acta Paul Enferm.* 2015; 28(5):395-400.
6. Santos FOF dos, Montezeli JH, Peres AM. Autonomia profissional e sistematização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros. *REME.* 2012;16(2): 251-257.
7. Nascimento LC, Dantas IRO, Andrade RD, Mello DF de. Genograma e ecomapa: Contribuições da enfermagem brasileira. *Texto & Contexto Enfermagem.*2014; 23(1):211-220.
8. BRASIL. Resolução 466/2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde; 2012
9. Pereira APS, Teixeira GM, Bressan CAB, Martini JG. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Rev Bras Enferm.* Brasília. 2009; 62(3):407-16.
10. Silva TMR, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na Atenção Básica. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2012; 20 (5):1-9.
11. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem: Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a SAE e a implementação do processo de enfermagem. Brasília; 2009.
12. Brasil. Lei n. 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF),* 1986; 26 jun. Seção 1:1
13. Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificação 2015-2017. Tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros et al. Porto Alegre. Artmed; 2015.

RECEBIDO: 19/08/2018

ACEITO: 22/10/2018

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS NOTIFICAÇÕES DE TUBERCULOSE DE PACIENTES COM RESIDÊNCIA NA 17ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ ENTRE 2010 E 2017

Epidemiological profile of notifications of tuberculosis in patients living in the 17th health care region of of the state of Paraná from 2010 to 2017

Juliana Zanoni Dotti¹, Joice Mara Cruciol², Willian Herbert Noguti de Lima³

1. Especialização em Residência em Análises Clínicas pela Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil (2012). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0000-4461>
2. Doutorado em Medicina e Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil (2006). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2207-8963>
3. Administrativo em 17ª Regional de Saúde, Londrina, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8005-5340>

CONTATO: Juliana Zanoni Dotti | Alameda Manoel Ribas, nº 01 | Centro | Londrina | Paraná | CEP: 86010-140 | E-mail: judotti@yahoo.com.br

COMO CITAR: Dotti JZ, Cruciol JM, Lima WHN. Perfil epidemiológico das notificações de tuberculose de pacientes com residência na 17ª Regional de Saúde do Paraná entre 2010 e 2017. R. Saúde Públ. 2018 Dez;1(2):75-82



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 Mundialmente a tuberculose mata mais pessoas do que qualquer outra infecção. Obedecer aos esquemas terapêuticos torna a tuberculose curável. Este é um estudo transversal retrospectivo descritivo do perfil epidemiológico dos casos novos de tuberculose notificados na 17ª Regional de Saúde do Paraná no período de 2010 a 2017. A incidência variou entre 28,2 e 35,9 casos/100.000 habitantes. Dos 1.661 casos notificados, predominaram homens brancos com ensino fundamental, 10% populações especiais (privados de liberdade 7,7%). A baciloscopia se apresentou positiva no diagnóstico em 54,6% casos e 8,8% não realizaram teste para HIV. Alcoolismo foi o agravo associado mais prevalente (24,2%). Em 70,1% dos casos evoluíram para cura e 7,9% abandonaram o tratamento. Entre data de diagnóstico e a notificação houve diferença média de 10,3 dias em

51,8% das notificações. É necessário qualificar a assistência para alcançar a meta de cura de 85% dos casos proposta pela Organização Mundial da Saúde.

RESUMO Incidência. Tuberculose. Epidemiologia. Notificação de Doenças.

ABSTRACT Tuberculosis kills more people than any other infection worldwide. It may be curable if recommended therapeutic regimens are followed. This is a retrospective cross-sectional, descriptive study of the epidemiological profile of new cases of tuberculosis reported in the 17th Healthcare Region of the state of Paraná from 2010 to 2017. The incidence varied between 28.2 and 35.9 cases per 100,000 inhabitants. Of the 1,661 new cases reported, white men who finished just primary education were predominant, and 10% were special populations, with 7.7% of prisoners. Bacilloscopy was positive in 54.6% of the cases, and 8.8% of the sample have not tested for HIV. Alcoholism was the most prevalent associated disease (24.2%). Of the cases, 70.1% progressed to cure, and 7.9% abandoned treatment. Between the date of diagnosis and the notification there was an average difference of 10.3 days in 51.8% of the reports. It is necessary to qualify the assistance to reach the goal of cure of 85% of cases proposed by the World Health Organization.

KEYWORDS: Incidence. Tuberculosis. Epidemiology. Disease Notification

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa mundialmente preocupante e conhecida desde a antiguidade.¹⁻² O agente etiológico é o bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, descoberto em 1882 por Robert Koch. Ela afeta tipicamente os pulmões (TB pulmonar), entre outros locais (TB extrapulmonar).²

A transmissão da TB é direta, pela tosse, e a aglomeração de pessoas é o principal fator de transmissão.³ Subnutrição, tabagismo, alcoolismo, diabetes, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) favorecem o estabelecimento da TB.⁴

O diagnóstico da TB é baseado em sinais e sintomas clínicos e a confirmação ocorre por baciloscopia e cultura do escarro, além de outros exames auxiliares, como a prova tuberculínica cutânea (PPD) e o exame histológico.²

O Esquema Básico (EB) para tratamento da TB consiste em comprimidos de dose fixa

combinada (DFC) dos quatro medicamentos: 150 mg de rifampicina (R), 75 mg de isoniazida (H), 400 mg de pirazinamida (Z) e 275 mg de etambutol (E) conhecida por fase intensiva (RHZE) com duração de 2 meses. Seguido por uma fase de manutenção (RH) de 4 meses para todos os casos, com exceção dos casos de meningite por TB, onde é utilizado outro esquema.⁵⁻⁶ Os casos de falência do tratamento recebem o EB até o resultado dos exames de cultura e teste de sensibilidade aos medicamentos para definição do esquema a ser empregado individualmente, conhecido por Esquema Especial (EE).⁵⁻⁷ Os esquemas fazem parte do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que aliado à estratégia do Tratamento Diretamente Observado (TDO) são de fundamental importância para a redução da morbidade e mortalidade provocada pela TB.⁸

O objetivo deste estudo foi descrever o perfil epidemiológico presente nas notificações dos casos

novos de TB de pacientes com residência na 17ª Regional de Saúde (RS) do Paraná no período de 2010 a 2017, a fim de contribuir e subsidiar discussões para condutas clínicas mais eficientes diante dos casos suspeitos.

METODOLOGIA

Estudo transversal retrospectivo descritivo do perfil epidemiológico dos casos novos de TB em pacientes residentes e notificados na 17ª RS do Paraná no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2017.

O estado do Paraná conta com 22 RS, onde cada uma das regionais tem gerenciamento próprio de um conjunto de municípios. A 17ª RS tem sede na cidade de Londrina, atende outros vinte municípios e é a segunda maior regional do estado considerando o número de habitantes.⁹ A TB é uma doença de notificação compulsória no Brasil e a responsabilidade do preenchimento da ficha de notificação é do profissional de saúde.⁷ A fonte dos dados de TB foi o banco de dados do Sistema de Agravos de Notificação (SINAN)¹⁰, e a de populações foi o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹¹. A ficha de notificação, bem como as definições, são as padronizadas nacionalmente.¹⁰ Os registros do banco de dados já se encontravam revisados para duplicidades e outras inconsistências tais como: campos sem preenchimento e erros de digitação.

Foram selecionados os casos novos de TB, de ambos os sexos e maiores de 18 anos. Os critérios de exclusão foram casos de: recidiva, reingresso após abandono do tratamento, transferência do paciente, aqueles notificados após a morte do paciente e os que tinham história prévia desconhecida.

Para caracterização epidemiológica foram avaliadas as seguintes variáveis:

- características sociodemográficas: sexo (masculino e feminino); idade (em anos, categorizada nas faixas etárias: 18 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 anos ou mais); raça/cor (branca, preta,

amarela, indígena, parda e ignorada); escolaridade (analfabeto, ensino fundamental, médio, superior, e ignorada); populações especiais (privada de liberdade, profissional de saúde, moradores de rua e imigrante);

- características clínicas: data do diagnóstico; forma da TB (pulmonar, extrapulmonar, pulmonar+extrapulmonar); agravos associados (aids, alcoolismo, diabetes *melittus*, doença mental, uso de drogas ilícitas, tabagismo e outras comorbidades); baciloscopia de escarro (positiva, negativa), cultura do escarro (positivo, negativo), perfil de sensibilidade aos medicamentos do EB (sensível, resistente).

- características do tratamento: data de início do tratamento; data da notificação; TDO (sim, não); situação no encerramento do caso (cura, abandono, óbito por TB, óbito por outras causas, mudança de diagnóstico, TB-DR, mudança de esquema, falência, abandono primário do tratamento) e data de encerramento.

A análise descritiva dos dados foi feita por meio de frequência para as variáveis qualitativas e dos cálculos de média, desvio padrão, moda e mediana para as variáveis quantitativas. A análise estatística dos dados e gráficos foi realizada no programa Microsoft Office Excel® 2007.

A seleção dos casos preservou o sigilo de identificação dos pacientes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina em maio de 2018 com número 84145318.0.0000.5321. Não houve conflito de interesse no estudo e o suporte financeiro foi próprio.

RESULTADOS

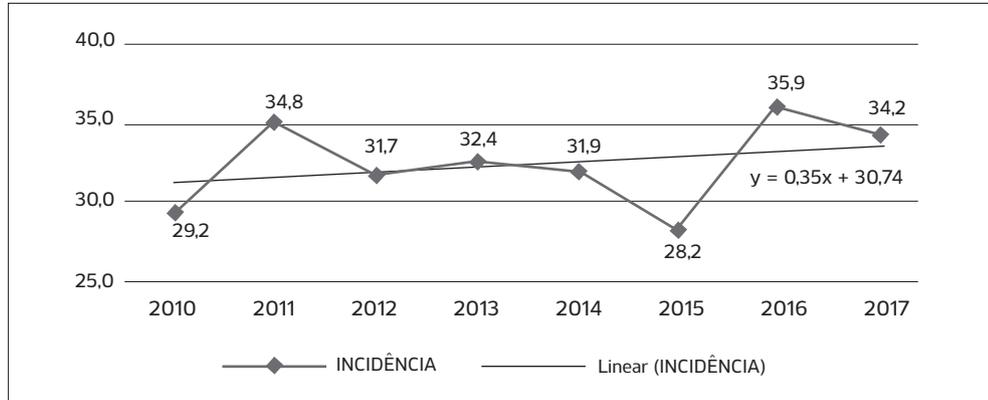
O total de notificações de casos de TB no período de 2010 a 2017 foi de 1.973, e o número de casos novos maiores de 18 anos foi de 1.661. A incidência de TB variou entre 28,2 e 35,9/100 mil habitantes ao ano, a média foi de $32,3 \pm 2,3/100$ mil habitantes ao ano (gráfico 1).

Houve predominância de notificações de pacientes do sexo masculino (1.234; 74,3%), brancos (1.097; 66%) e alfabetizados no ensino fundamental (936; 56,4%). A idade variou entre 18 e 91 anos,

com média de $30,5 \pm 14$ anos, com maior número de casos na faixa etária de 18 a 29 anos (451; 27,2%).

As características sociodemográficas estão descritas na tabela 1.

Gráfico 1. Incidência de tuberculose em maiores de 18 anos entre os anos de 2010 e 2017, segundo notificações na 17ª Regional de Saúde do Paraná.



Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Tabela 1. Características sociodemográficas dos casos novos de tuberculose, maiores de 18 anos entre os anos de 2010 e 2017, segundo notificações na 17ª Regional de Saúde do Paraná.

	n	%
Sexo		
Feminino	427	25,7
Masculino	1.234	74,3
Faixa Etária		
18 – 29	451	27,2
30 – 39	327	19,7
40 – 49	334	20,1
50 – 59	263	15,8
>= 60	286	17,2
Raça/Cor		
Branca	1.097	66,0
Preta	151	9,1
Amarela	31	1,9
Indígena	7	0,4
Parda	351	21,1
Ignorado	24	1,5
Escolaridade		
Analfabeto	66	4,0
Fundamental	936	56,4
Médio	312	18,8
Superior	107	6,4
Ignorado	240	14,5

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

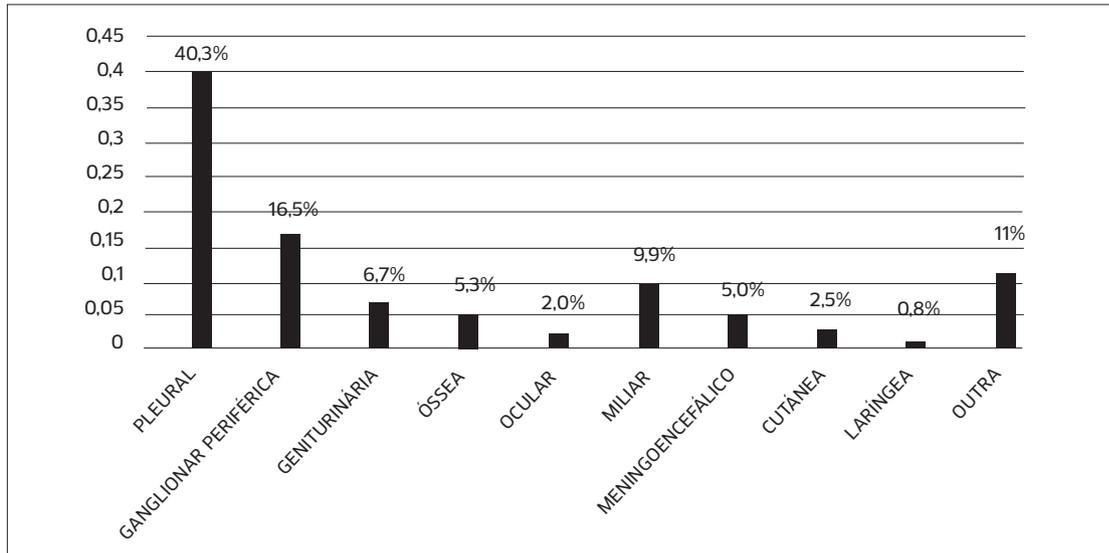
Da amostra selecionada (1.661 casos), 167 (10%) faziam parte de populações especiais, onde 31 (1,9%) moradores de rua, 123 (7,4%) privados de liberdade, 12 (0,7%) profissionais de saúde e 1 (0,06%) imigrante.

Quanto à presença de agravos associados: aids 166 (10%), uso de drogas ilícitas 139 (8,4%), tabagismo 250 (15,1%), alcoolismo 402 (24,2%), diabetes 141 (8,5%), doenças mentais 46 (2,8%), outras comorbidades 325 (19,6%).

A forma pulmonar foi diagnosticada em 1.304 (78,5%) casos, a extrapulmonar em 295 (17,8%) e a combinação delas em 62 (3,7%) casos. Os tipos e frequência das formas extrapulmonares estão dispostos no gráfico 2.

No momento do diagnóstico, a baciloscopia do escarro se apresentou: positiva em 907 (54,6%) casos, negativa em 398 (24%), não foi realizada em 341 (20,5%) e não se aplicava em 15 (0,9%) casos. A cultura no escarro se apresentou: positiva em 441 (26,5%), negativa em 209 (12,6%), em andamento em 52 (3,1%) e não foi realizada em 959 (57,7%) casos. O teste de sensibilidade aos medicamentos

Gráfico 2. Frequência das formas extrapulmonares de tuberculose dos casos novos de tuberculose, maiores de 18 anos entre os anos de 2010 e 2017, segundo notificações na 17ª Regional de Saúde do Paraná.



Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Tabela 2. Frequência das situações de encerramento da ficha de notificação dos casos novos de tuberculose, maiores de 18 anos entre os anos de 2010 e 2017, segundo notificações na 17ª Regional de Saúde do Paraná.

Variável	n	%
Cura	1.165	70,1
Abandono	132	7,9
Óbito por TB	55	3,3
Óbito por outras causas	98	5,9
Transferência	69	4,2
Mudança de diagnóstico	52	3,1
TB-DR	40	2,4
Mudança de esquema	14	0,8
Falência	0	0
Abandono Primário	1	0,1
Não informado	35	2,1
Total	1.661	100

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

se mostrou resistente em 33 (2%), sensível em 229 (13,8%), estava em andamento em 9 (0,5%), não foi realizado em 110 (6,6%) e não foi informado em 1.280 (77,1%) casos.

Das notificações analisadas, em 1.515 (91,2%) o teste para HIV foi realizado e observaram-se os seguintes resultados: positivo em 177 (11,6%),

negativo em 1.326 (87,5%) e estava em andamento em 12 (0,8 %) casos.

Quanto ao tratamento, 891 (53,6%) fizeram o TDO, 102 (6,1%) não fizeram, 1 (0,1%) caso era ignorado e para 667 (40,2) casos não havia essa informação. A duração média de tratamento dos casos notificados foi de $6,06 \pm 3,5$ meses, moda 6,1 e mediana 6,3. As frequências das situações de encerramento foram dispostas na tabela 2.

Houve uma diferença entre a data do diagnóstico e a data da notificação em 860 (51,8%) casos, com média de $10,3 \pm 24,0$ dias. E também uma diferença entre a data do diagnóstico e a data de início do tratamento em 688 (41,4%) casos, com média de $2,9 \pm 13,6$ dias.

DISCUSSÃO

O Brasil está na lista dos 20 países que concentram 90% dos casos de TB no mundo.² Neste estudo verificou-se que a incidência de TB registrada na 17ª RS do Paraná apresentou aumento de 29,2 para 34,2 casos/100 mil habitantes. No ano de 2015 foi registrada a menor incidência

do período avaliado. Isso talvez possa ser reflexo da proposta do Brasil para o comitê executivo da Organização Mundial da Saúde (OMS) e que ficou conhecida por Estratégia do Fim da TB, cuja avaliação e aprovação ocorreram entre os anos de 2013 e 2014.¹²

Dados semelhantes de aumento na incidência da TB na 17ª RS já haviam sido publicados, porém considerando a população geral, independente da idade e indicavam que no ano de 2010 a incidência foi de 25,6 casos e de 32,5 ± 2,6 casos/100 mil habitantes no ano de 2017.¹⁰ Já o relatório do Ministério da Saúde (MS) mostrou que no Paraná houve redução da incidência entre 2010 e 2017 que foi de 22,5 casos para 17,2 casos/100 mil habitantes.¹³ É possível que tenha ocorrido o deslocamento da população para as regiões mais populosas e aumentado a incidência na 17ª RS, mas não temos dados para essa análise e nem para justificar a diminuição da incidência no estado divulgada pelo MS.

Nossos dados mostram predominância em homens brancos com ensino fundamental. Um trabalho similar avaliou 1.418 casos de TB na cidade de Londrina no período de 2001 a 2008 e evidenciou 68,1% dos casos em homens, 46,5% na raça branca, 63% em indivíduos no ensino fundamental, com idade média de 39,8 anos.¹⁴ Observa-se que a TB acomete mais homens.¹⁵ As distinções comportamentais e culturais entre homens e mulheres podem estar relacionadas a esses dados.¹⁶ A faixa etária mais prevalente do estudo foi de adultos jovens, estando de acordo com estudos epidemiológicos publicados no Brasil e na África do Sul, países do grupo BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul).¹⁵

No quesito populações especiais, foram encontradas proporções muito baixas de preenchimento da informação. Mais da metade (884; 53,3%) dos registros das variáveis não foi preenchida e apenas 10% (167) dos pacientes constavam como pertencentes a alguma população especial, com prevalência dos privados de liberdade. Estudo semelhante desenvolvido no período de 2001 a 2014 também evidenciou que 93 a 99,4% dos registros dessas variáveis encontravam-se

como dado ignorado ou não preenchido.¹⁷ Estudo recente demonstrou que dos detentos avaliados, 14% foram diagnosticados com TB ativa.¹⁸ Estar preso por período maior que seis meses é um fator que se relaciona ao adoecimento por TB, e o doente de TB pode vir a transmitir a doença a outros detentos, aos profissionais que trabalham no sistema prisional, aos visitantes e a indivíduos na comunidade.¹⁹⁻²⁰

A TB é geralmente resultado da debilidade do sistema imunológico do paciente causada por doenças, comorbidades e hábitos.²¹ Foi observado que dentre as doenças e agravos associados à TB, alcoolismo 24,2% (402) e tabagismo 15,1% (250) foram predominantes, considerando que essa informação não estava disponível em 53,4% (887) das notificações para a variável tabagismo. Estudo realizado em Taiwan encontrou aumento de duas vezes no risco de TB ativa em fumantes comparados a não fumantes, e 17% dos casos de TB naquela população estudada eram atribuídos ao tabagismo.²² E um estudo realizado em Carapicuíba, São Paulo, constatou o alcoolismo como comorbidade de maior prevalência nos casos de TB e a associou como fator de risco mais significativo para o mau prognóstico e desfecho da doença.¹⁹

Segundo dados da OMS, aproximadamente 85% dos casos de TB são de localização pulmonar e, devido aos sintomas clínicos apresentados serem gerais, os pacientes costumam buscar serviços de atenção primária.¹²

Dados do MS sobre o estado do Paraná mostrou que em 2017, a testagem para HIV entre os casos novos de TB foi de 84,4%.¹³ No presente trabalho, 91,2% (1.515) foram testados para HIV, valor próximo aos números do estado. A oferta do teste para HIV, quando feita de forma adequada, pode representar mudança em termos de redução de mortalidade por coinfeção HIV/TB, pois contribui para o planejamento de assistência ao portador.²³ Vale ressaltar que um terço das mortes relacionadas ao HIV são decorrentes de TB.⁸

Mais da metade dos casos receberam os medicamentos por TDO e tiveram percentual de cura de 74% (660/891) e de abandono 9,8% (88/891). Para os que não receberam TDO

(6%; 102/1.661), o encerramento do caso foi de cura para 75,5% (77/102) e de abandono para 10,8% (11/102) dos casos. A estratégia TDO se fundamenta na observação direta da tomada do medicamento, três vezes por semana nos dois primeiros meses, seguido por uma vez por semana até o final do tratamento. Apesar de favorecer a adesão ao tratamento, revisões sistemáticas não conseguiram demonstrar maior efetividade do TDO em comparação ao tratamento auto-administrado, provavelmente porque a efetividade do tratamento é dependente de vários fatores e não apenas da tomada do medicamento.²⁴ Essa afirmação condiz com os dados encontrados nesse estudo. Todavia, nos Estados Unidos e Europa o TDO é recomendado por estar associado à negatificação da baciloscopia durante o tratamento.²⁵

O tratamento da TB é complexo, com duração média de seis meses, e deve ser mantido mesmo após a remissão dos sinais e sintomas, que ocorre em média inferior a sessenta dias pós-início do tratamento. Em razão disso, após esse período, verifica-se uma diminuição na adesão ao tratamento.¹⁵ Neste estudo, a duração média foi condizente com o preconizado pelo MS, contudo não foi investigada a associação entre abandono e o TDO.

Considerando as metas de cura (>85%) e abandono (<5%) preconizadas pela OMS⁶, tanto a 17ª RS, quanto o estado do Paraná e o Brasil como um todo, têm apresentado taxas de cura abaixo da meta (57,2%, 75,8% e 73%, respectivamente). Já as taxas de abandono da 17ª RS e do estado do Paraná têm se mostrado próximas da meta e bem distantes dos dados do Brasil como um todo (5,5%; 5,7% e 10,3% respectivamente).¹³

Uma avaliação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) em Divinópolis, Minas Gerais, observou falhas na distribuição de medicamentos e foi sugerido que a descentralização da medicação para as unidades de atenção primária à saúde pode melhorar o desempenho do programa.²³ No presente estudo detectamos uma pequena diferença entre a data do diagnóstico e a data do início do tratamento, podendo aumentar a eficiência do tratamento. Aquela mesma avaliação

referenciou deficiências em municípios brasileiros nas ações de vigilância epidemiológica e na inadequação do processo de notificação.²³ Na 17ª RS em mais de 50% dos casos houve diferença média maior que uma semana entre a data de diagnóstico e data da notificação, evidenciando a necessidade de treinamento das equipes em saúde sobre a importância da notificação e início do tratamento o quanto antes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maior limitação do estudo é a falta de dados completos, decorrente do não preenchimento dos campos presentes na ficha de notificação. Essa inconsistência pode ter subestimado as prevalências reais das variáveis.

Ao descrever o perfil epidemiológico presente nas notificações de TB da 17ª RS, evidenciou-se que a taxa de cura piorou significativamente, e em contrapartida a taxa de abandono melhorou muito ao longo dos anos estudados. Em vista disso, a qualidade da assistência prestada pelos profissionais da área necessita de contínuo aperfeiçoamento a fim de atingirmos melhor qualidade de saúde dos habitantes.

REFERÊNCIAS

- 1 Maciel MS, Mendes PD, Gomes AP, Siqueira-Batista R. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. *Rev Bras Clin Méd* [Internet]. 2012 [citado 2018 Jun 13]; 10(3): 226-30. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2886.pdf>
- 2 Organização Mundial da Saúde. Relatório Global da Tuberculose de 2017. Geneva: OMS, 2017.
- 3 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil livre da Tuberculose: Plano Nacional para o Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- 4 Shete PB, Haguma P, Miller CR, Ochom E, Ayakaka I, Davis JL, et al. Pathways and costs of care for patients with tuberculosis symptoms in rural Uganda. *Int J Lung Dis* [Internet]. 2015 [citado 2018 Ago 13]; 19(8): 912-7. Disponível em: <http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtd/2015/0000019/0000008/ara00009;jsessionid=130rbko68ktr.x-ic-live-02>.

- 5 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 6 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- 7 Rabahi MF, Junior JLRS, Ferreira ACG, Tannus-Silva DGS, Conde MB. Tratamento da tuberculose. J Bras Pneumol [Internet]. 2017 [citado 2018 Ago 15]; 43(5):472-86. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37562016000000388>
- 8 Barreira D. Os desafios para a eliminação da tuberculose no Brasil. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2018 [citado 2018 Ago 19]; 27(1). Disponível em: <http://dx.doi:10.5123/S1679-49742018000100009>
- 9 Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (PR). Plano Estadual de Saúde do Paraná 2016-2019. Paraná: Secretaria de Estado da Saúde, 2016.
- 10 Ministério da Saúde (BR). Sistema de informação de agravos de notificação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- 11 Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010.
- 12 Organização Mundial da Saúde. Relatório Global da Tuberculose de 2013: Grupo consultivo estratégico técnico para a tuberculose. Geneva: OMS, 2013.
- 13 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. Bolet. Epid. 2018 Mar;49(11):1-18.
- 14 Costa WL Jr. Avaliação dos casos de tuberculose notificados no município de Londrina no período de 2001 a 2008 [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina – UEL; 2011. 51 p. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/mpsaude/diss/diss/20.pdf>
- 15 Setolim MA, Andreoni S, Vieira AA. Aspectos epidemiológicos e adesão ao tratamento de tuberculose segundo coinfeção do HIV em pacientes do programa de controle da tuberculose de município prioritário do estado de São Paulo. Rev Bras Pesq Saúde [Internet]. 2015 [citado 2018 Ago 18]; 17(1): 38-47. Disponível em: <https://doi.org/10.21722/rbps.v17i1.12448>
- 16 Lemos LA, Feijão AR, Gir E, Galvão MTG. Aspectos da qualidade de vida de pacientes com coinfeção HIV/tuberculose. Acta Paul Enferm [Internet]. 2012 [citado 2018 Ago 18]; 25(1):41-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000800007>.
- 17 Soares MLM, Amaral NAC do, Zacarias ACP, Ribeiro LKNP. Aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos de abandono do tratamento de tuberculose em Pernambuco, Brasil, 2001-2014. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2017 [citado 2018 Ago 12]; 26(2): 369-78. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200014>
- 18 Rocha JZ da, Valença MS, Carrion LL, Silva LV da, Von Groll A, Silva PA. Respiratory symptoms and active tuberculosis in a prison in Southern Brazil: Associated epidemiologic variables. Rev Epidemiol Control Infect [Internet]. 2013 [citado 2018 Ago 16]; 3(4):128-33. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/3963/3256>
- 19 Vieira AA, Ribeiro SA, Siqueira AM de, Galesi VMN, Santos LAR dos, Golub JE. Prevalence of patients with respiratory symptoms through active case finding and diagnosis of pulmonary tuberculosis among prisoners and related predictors in a jail in the city of Carapicuíba, Brazil. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2010 [citado 2018 Ago 12];13(4):641-50. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000400009>.
- 20 Nogueira PA, Abrahão RMCM. A infecção tuberculosa e o tempo de prisão da população carcerária dos Distritos Policiais da zona oeste da cidade de São Paulo. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2009[citado 2018 Ago 12]; 12(1): 30-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000100004>.
- 21 Arbex MA, Varella MCL, Siqueira HR de, Mello FAF de. Drogas antituberculose: interações medicamentosas, efeitos adversos e utilização em situações especiais. Parte 1: fármacos de primeira linha. J Bras Pneumol [Internet]. 2010 [citado 2018 Ago 19]; 36(5): 626-40. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v36n5/en_v36n5a16.pdf
- 22 Chi-Pang W, Ta-Chien C, Hui-Ting C, Min-Kuang T, Ting-Yuang C, Shan-Pou T. The reduction of tuberculosis risks by smoking cessation. BMC Infect Dis [Internet]. 2010 [citado 2018 Ago 13];10(1):156-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2334-10-156>
- 23 Andrade HS, Oliveira VC, Gontijo TL, Pessôa MTC, Guimarães EAA. Avaliação do Programa de Controle de Qualidade da Tuberculose: um estudo de caso. Saúde Debate [Internet]. 2017 [citado 2018 Ago 17]; (41):242-58. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s18>
- 24 Karumbi J, Garner P. Directly observed therapy for treating tuberculosis. The Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2015 [citado 2018 Ago 19];(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003343.pub4>
- 25 Seaworth BJ, Armitage LY, Griffith DE. First do no harm--adverse events, drug intolerance, and hepatotoxicity: how can we not justify directly observed therapy for treating tuberculosis? Clin Infect Dis [Internet]. 2013[citado 2018 Ago 20]; 57(7):1063-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/cit432>.

RECEBIDO : 22/08/2018

ACEITO: 22/10/2018

INDICADORES DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM UM MUNICÍPIO DO SUDOESTE DO PARANÁ

Prenatal care indicators in a municipality in the southwest of the state of Paraná

Franciele Mackieviez¹, Lianara Battistoni², Cleunir de Fatima Candido De Bortoli³, Lujácia Felipes Fiorentin⁴

1. Enfermeira. Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Pato Branco - FADEP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1340-4827>
2. Enfermeira. Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Pato Branco - FADEP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4834-485X>
3. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Pato Branco - FADEP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1266-5267>
4. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Pato Branco - FADEP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6635-7684>

CONTATO: Cleunir de Fátima Candido De Bortoli | Rua Itabira, 1650. apto 702 | Centro | Pato Branco | Paraná. | E-mail: cleunir_candido@hotmail.com

COMO CITAR: Mackieviez F, Battistoni L, Bortoli CFC, Fiorentin LF. Indicadores da atenção pré-natal em um município do sudoeste do Paraná. R. Saúde Públ. 2018 Dez;1(2):83-89



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4. O Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO A atenção pré-natal é constituída por um conjunto de ações que visam à promoção da saúde materna e infantil. Este estudo teve por objetivo analisar os indicadores da assistência pré-natal de gestantes de risco habitual em acompanhamento na rede básica. Estudo de campo descritivo com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados por meio de formulário estruturado e submetidos à tabulação de maneira simples com análise descritiva dos mesmos. Os resultados evidenciaram inadequações relacionadas à baixa participação em atividades educativas. Identificou-se a necessidade de promover intervenções em saúde para monitorar o cumprimento dos protocolos assistenciais preconizados, visando garantir uma prática segura de cuidados à saúde durante a gestação, parto e puerpério. .

RESUMO Gestantes. Cuidado Pré-Natal. Período Pós-Parto. Serviço Básico de Saúde.

ABSTRACT Prenatal care consists of a set of actions aimed at the promotion of mother and child health. This study aimed to analyze the indicators of prenatal care to pregnant women being monitored for usual risks in the basic health facilities. This is a field, descriptive study of quantitative approach. Data were collected through a structured form, and submitted to simple tabulation with descriptive analysis. The results showed inadequacies related to low participation in educational activities. There is a need for promoting health interventions to monitor compliance with the recommended assistance protocols, to ensure safe health care during pregnancy, childbirth and puerperium.

KEYWORDS: Pregnant Women. Prenatal Care. Postpartum Period. Basic Health Service.

INTRODUÇÃO

O período da gestação é um momento complexo e único na vida da mulher, e compreende diferentes mudanças sendo elas de caráter biológico, psicológico, social e cultural, tornando-se necessário que a atenção pré-natal contemple muito além da dimensão biológica.¹

Neste contexto a assistência ao pré-natal é constituída em cuidados, que se darão por meio de condutas e procedimentos acolhedores, visando a atenção com a mulher e a criança. A assistência compreende o desenvolvimento de ações educativas e preventivas, abolindo as intervenções desnecessárias. Possui como objetivo identificar, tratar ou controlar patologias e situações de risco gestacional, assegurando a saúde materna e infantil.²

Historicamente, a saúde materno-infantil, ainda na primeira metade do século XX, consolidou-

se no conhecimento da prática obstétrica e neonatal, avanços esses que contribuíram significativamente para a redução da mortalidade materna e perinatal. Entretanto, atualmente existe uma ampliação conceitual da assistência pré-natal, contemplando o período pré-concepcional, o acompanhamento da gestação, do parto e do puerpério. No Brasil, a atenção à saúde materna e infantil foi contemplada por vários programas e iniciativas, sendo que esta evolução culminou com a atual política de atenção pré-natal.³

Frente aos desafios vivenciados, o Ministério da Saúde, com o objetivo de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil de todo o País e reduzir a taxa elevada de morbimortalidade no Brasil, instituiu a Rede Cegonha, a qual representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças: no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento; na articulação dos pontos de atenção

em rede e regulação obstétrica no momento do parto; na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades; na melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades); na ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico; e na humanização do parto e do nascimento.⁴

Em 2012, a Secretaria de Estado do Paraná implantou a Rede Mãe Paranaense, com o objetivo de reduzir o índice de mortalidade materno-infantil, que se caracteriza por um conjunto de ações que envolvem a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal com no mínimo sete consultas, a realização de diversos exames, a estratificação de risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças em situação de emergência, a garantia do parto através de um sistema vinculado ao hospital conforme o risco gestacional, entre outros.⁵

A assistência pré-natal adequada, com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar, além da qualificação da assistência ao parto, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê, tendo assim o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal.⁴

Diante deste contexto e compreendendo que a atenção ao pré-natal de qualidade é um fator essencial para a redução da mortalidade materna e infantil e em consonância com a Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa em Saúde, a qual demonstra a importância dos estudos relacionados à qualidade da atenção pré-natal, justifica-se a relevância e interesse deste estudo.⁶

Diante dessas considerações, a questão que norteou o desenvolvimento do trabalho foi: "Qual a situação dos indicadores da assistência pré-natal na atenção básica de um município do Estado do Paraná?". Visando responder a esta questão, teve por objetivo analisar os indicadores da assistência

pré-natal de gestantes de risco habitual em acompanhamento na rede básica.

METODOLOGIA

A presente pesquisa caracterizou-se por um estudo de campo descritivo e de abordagem quantitativa. O cenário do estudo foi a Atenção Básica (AB) de um município no Sudoeste do Estado do Paraná, composto por equipes de Estratégia Saúde da Família.

Participaram deste estudo as gestantes e puérperas em acompanhamento pelas equipes de AB do município. A captação das participantes foi por conveniência e contou com o apoio das equipes de saúde para a aproximação com estas. Como critérios de inclusão foram convidadas as gestantes com estratificação de risco gestacional como habitual, cuja idade gestacional era igual ou maior a 36 semanas e puérperas de até 45 dias pós-parto. O critério de exclusão foi a idade inferior a 18 anos. Para coleta de dados utilizou-se um formulário estruturado, elaborado pelas próprias pesquisadoras, composto por duas etapas: a primeira parte corresponde às informações socioeconômicas das participantes e a segunda parte com informações relacionadas ao acompanhamento pré-natal. Este instrumento foi embasado nos pressupostos da Rede Cegonha, com variáveis como: idade gestacional do início do pré-natal; número de consultas, exames preconizados, imunização, vinculação da gestante à maternidade e inscrição no SISPRENATAL.

Os dados foram coletados de acordo com as informações registradas no cartão da gestante. A coleta ocorreu nas próprias unidades de saúde e domicílio das participantes. Após a coleta, os dados foram tabulados de maneira simples e procedeu-se a sua análise descritiva.

Este estudo respeitou os preceitos éticos, de acordo com a Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo a participação de seres

humanos.⁷ Foram assegurados o sigilo e o anonimato das participantes em todas as etapas de desenvolvimento da pesquisa, não utilizando nenhuma forma de identificação destas. Foram convidadas a participar de forma livre e voluntária, sendo que a participação ocorreu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, número de CAAE 667606170.0000.0116.

RESULTADOS

Participaram do estudo 44 mulheres com idade média de 25,08 anos, variando entre 18 e 35 anos. Prevaleceu a faixa etária de 21 a 30 anos (59,08%). A maioria das mulheres (871%) definiu seu estado civil como casada. O grupo apresentou nível

satisfatório de escolaridade, sendo que somente 9,2% referiram terem estudado de quatro a sete anos. Quanto à ocupação das participantes, 40,90% exerciam atividades no lar. Porém, 11,53% (3) exercem o cargo de auxiliar administrativo, 3,84% (1) babá, 7,70% (2) professora, 11,54% (3) auxiliar de caixa, 7,70% (2) manicure, 7,70% (2) zeladora, 7,70% (2) autônoma, 15,38% (4) caixa, 23,7% (6) atendente e 3,84% (1) técnica judiciária.

Quanto ao perfil obstétrico prevaleceram (54,5%) as gestantes, ficando em minoria as puérperas (45,5%). Entre elas, a maioria (84,09%) das gestantes era multípara e realizou o parto cesáreo (56,76%) anteriormente.

A avaliação dos indicadores de qualidade da assistência pré-natal, com base nos pressupostos da Rede Cegonha, evidenciou a inadequação de participação das gestantes em atividades educativas. Conforme tabela a seguir:

Tabela 1. Indicadores da assistência pré-natal, 2017, em um município do Paraná.

Indicador da assistência pré-natal	Sim	Não
	N (%)	N (%)
Captação precoce da gestante até 12 semanas de gestação	33 (75)	11 (25)
Sete ou mais consultas de pré-natal	44 (100)	0 (0)
Exames preconizados no primeiro trimestre de gestação	29 (66)	15 (34)
Exames preconizados no segundo trimestre de gestação	29 (59)	18 (41)
Exames preconizados no terceiro trimestre de gestação	15 (34)	29 (66)
Ultrassonografia obstétrica - 01 em cada trimestre de gestação	43 (97,72)	1 (2,28)
Nº de inscrição no Sis prenatal registrado no cartão de gestante	35 (79,6)	9 (20,40)
Vinculação da gestante à maternidade de realização do parto	36 (81,81)	8 (18,19)
Participação em atividade educativa	1 (2,28)	43 (97,72)
Imunização (dT e/ou dTpa, Influenza e Hepatite B)	31 (70,40)	13 (29,54)

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

DISCUSSÃO

O acompanhamento pré-natal tem por objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, possibilitando o parto e nascimento saudável, sem prejuízos para a saúde materna e infantil. A atenção

pré-natal qualificada prevê a detecção precoce e intervenção de fatores, que possam representar riscos à saúde da mulher e da criança.⁴

O Brasil conquistou importantes avanços na ampliação do acesso à assistência pré-natal, atingindo quase a totalidade das gestantes

brasileiras. Entretanto, muitos desafios persistem na busca da qualidade da assistência. Indicadores como a mortalidade materna, a proporção elevada de cesariana e a prevenção de agravos e dos óbitos evitáveis, somente serão satisfatórios com a superação das barreiras ao diagnóstico precoce da gravidez, ao início do acompanhamento pré-natal e à utilização dos contatos com os serviços de saúde para a realização de cuidados efetivos, tais como diagnóstico e tratamento de afecções e a promoção de ações de saúde.²

As características socioeconômicas interferem diretamente nos desfechos das gestações. Os achados deste estudo, no que se refere à idade materna, se assemelham ao perfil encontrado por outros autores.⁸⁻⁹

Os resultados obtidos demonstram o nível de escolaridade das participantes superior às reveladas em outra realidade no Brasil, onde as gestantes pesquisadas apresentavam entre quatro e sete anos de estudo.⁸ Isso posto, relaciona-se o elevado número de gestantes que iniciaram precocemente o acompanhamento pré-natal e a totalidade das participantes com número preconizado de consultas de pré-natal.

Segundo o MS, os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos, sendo assim, deve ser iniciado o acompanhamento pré-natal, até a 12ª semana de gestação.⁴

Essa realidade não é a mesma relatada por pesquisadores onde o indicador de início do pré-natal precoce foi considerado inadequado.⁸ Outro estudo semelhante apontou que o início tardio do pré-natal apresenta diversas barreiras, evidenciando desigualdades sociais que persistem no país, sendo as mulheres indígenas e negras as que têm menor acesso, seguidas daquelas com menor escolaridade, com maior número de gestações e residentes nas regiões Norte e Nordeste.²

Em relação ao número de consultas, o MS cita que o total de consultas deverá ser de no mínimo seis, com acompanhamento intercalado entre

médico e enfermeiro.⁴ Os resultados deste estudo apontam que todas as participantes realizaram o número mínimo de consultas preconizadas, esse fato corrobora com outros resultados, revelados em cenários distintos.^{8,10} Porém, em um estudo realizado no RJ, foram evidenciados que apenas 73,2% das gestantes possuíam número adequado de consultas, o que reforça as desigualdades existentes no país, ao que se refere à adequação da assistência pré-natal.¹¹

Observou-se que apenas 53% das participantes realizaram todos os exames preconizados pelo MS no período gestacional. Essa problemática é discutida por outros autores em estudos relacionados ao tema.^{10,12}

Em relação ao exame de ultrassonografia, 97,72% das participantes realizaram um ou mais exames em cada trimestre de gestação, índice que supera o preconizado pelo MS, que prevê no acompanhamento de pré-natal de risco habitual a realização do exame somente no primeiro trimestre de gestação.⁴ A incorporação da ultrassonografia entre os exames solicitados na rotina do pré-natal foi evidenciada em estudo de abrangência nacional.¹¹ Nesta mesma direção, autores apontaram o exame como um dos indicadores com maior prevalência.⁹ Em outra perspectiva, encontrou-se um índice inferior ao preconizado no MS.⁸

Referente ao número de inscrição no SISPréNatal, observou-se que apenas 70,6% informavam em seus cartões de gestantes o número do cadastro. Este sistema tem por finalidade cadastrar as gestantes por intermédio do acesso à base do Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS (CAD-SUS), disponibilizando informações em tempo real na plataforma web, o que torna possível a avaliação dos indicadores pela Rede Cegonha e o cadastramento das gestantes para vinculação ao pagamento de auxílio-deslocamento, conforme dispõe a Medida Provisória Nº 557, de 26 de dezembro de 2011. Além disso, o preenchimento da Ficha de Cadastro da Gestante no sistema e da Ficha de Registro dos Atendimentos da Gestante no SISPRENATAL possibilita a vinculação da gestante

no local do parto, o acesso ao pré-natal nos casos de alto risco, o monitoramento da solicitação e do resultado dos exames em tempo oportuno, entre outros.¹³

Autores recomendam o desenvolvimento de estudos voltados ao aprofundamento da temática do SISPRENATAL, ressaltando as dificuldades em relação à alimentação deste sistema e à fidedignidade dos dados e indicadores fornecidos por ele.¹⁰

Ao que se diz respeito à maternidade de referência, o resultado do estudo foi expressivo trazendo 81,81% de participantes vinculadas. O MS por meio dos pressupostos da Rede Cegonha reforça a importância da vinculação da gestante à maternidade, além de apontar a possibilidade de a gestante realizar uma visita ao serviço de saúde onde provavelmente se realizará o parto, se houver interesse por parte dela.⁴ Estudos sobre a adequação da atenção pré-natal no Brasil reafirmam a problemática da falta de vinculação da gestante à maternidade de referência, caracterizando, nesses estudos, como baixa adequação da assistência.^{2,14,15}

A participação das gestantes em atividades educativas apresentou-se inadequada no presente estudo. O que reflete uma falha nas práticas educativas, já apontado anteriormente por outros autores, com baixo índice participativo por parte do público-alvo.⁸

A educação em saúde no pré-natal é de suma importância, pois possibilita para as gestantes um momento de troca de experiências, compartilhamento de dúvidas, as quais normalmente não são discutidas em consultas formais, agregando isto ao binômio mãe-feto.⁴

Ao que se diz respeito à imunização na gestação, o indicador apresentou-se satisfatório, apontando 70,40% de eficácia, o que contradiz com estudo, que apresentou um nível de cobertura vacinal de apenas 49,34% no estado de Minas Gerais.¹⁰ A vacinação durante a gestação objetiva não somente a proteção da gestante, mas também a proteção do feto. Não há evidências de que, em

gestantes, a administração de vacinas de vírus inativados, de bactérias mortas, toxóides e de vacinas constituídas por componentes de agentes infecciosos, acarrete qualquer risco para o feto, sendo assim preconizadas as seguintes vacinas: dT, Influenza, Hepatite B, dTPa.⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ficou evidenciado neste estudo que os indicadores da atenção pré-natal apresentados foram satisfatórios quando comparados a outros estudos. A maioria deles apresenta-se adequado conforme os pressupostos da Rede Cegonha, comprovando a qualidade do serviço prestado.

A captação precoce das gestantes, o número de consultas preconizadas pelo MS, os exames trimestrais de forma geral, as ultrassonografias obstétricas e a imunização vacinal que foram analisadas apresentam-se de forma extremamente positiva. Isso reafirma as características da assistência para se ter acesso ao pré-natal, disponibilidade de consultas, exames e vacinas preconizadas.

Entretanto, observou-se a inadequação quanto à participação das gestantes em atividades educativas. Acredita-se que a busca por qualificação, atitude, conhecimento e habilidade por parte da equipe prestadora do serviço seja de suma importância para que aconteça uma mudança significativa em relação a este fato.

Constatou-se a necessidade de ajustes quanto ao registro em sistemas de informações, tendo em vista a quantidade elevada de gestantes sem o número de registro do SISPRENATAL. Destaca-se a relevância da alimentação adequada dos sistemas para, assim, obter dados e indicadores reais da assistência prestada.

Contudo, espera-se que os resultados deste estudo possam servir de subsídios e que contribuam para a melhora significativa na atenção à saúde da mulher. Além do mais, que também possam servir

de suporte no planejamento das ações e na busca da qualificação da atenção.

Propõe-se que novos estudos possam ser desenvolvidos, buscando conhecer os entraves acerca das ações educativas na atenção pré-natal, assim como, a participação do enfermeiro neste âmbito de atenção.

REFERÊNCIAS

1. Shimizu HE, Lima MG de. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Rev. Bras Enferm* 2009 Mai;62(3):387-92.
2. Viellas, EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN da, Theme Filha MM, Costa JV et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado 2018 Out 22];30(Suppl 1): S85-S100. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016.
3. Cruz RSBLC, Caminha MFC, Batista Filho M. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2014;18(1):87-94.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde. 2012. (Caderno de Atenção Básica: n.32).
5. SESA. Secretaria de Estado da Saúde. Linha Guia Rede Mãe Paranaense. Curitiba: Secretaria de Estado de Saúde do Paraná;2012.
6. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. 2. ed., 4. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
7. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), 2012.
8. Costa CSC, Vila VSC, Rodrigues FM, Martins CA, Pinho LMO. Características do atendimento pré-natal na rede básica de saúde. *Rev Eletrônica Enferm*. 2013 Abr;15(2):516-22.
9. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé Elaine, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais [Internet]. *Cad Saúde Pública*.2017 [citado 2018 Out 22]; 33(3):e00195815. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en&nrm=iso&lng=pt.
10. Ferraz DD, Rodrigues MS, Rodrigues TS, Lima AS. Atenção pré-natal segundo indicadores de processo do SISPRENATAL através do programa de humanização do pré-natal e nascimento. *Enferm Rev*. 2013 Maio;16(2):84-97.
11. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MMT et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev panam salud pública*. 2015;37(3):140-7.
12. Pavanatto A, Alves, LMS. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: Indicadores e práticas das enfermeiras. *Rev Enferm UFSM*. 2014 Out;4(4):761-70.
13. Brasil. Portaria GM/MS n.º1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha. *Diário Oficial* [da] república Federativa do Brasil, Brasília, DF, 27 jun.2011.
14. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(3):425-37.
15. Guerreiro EM, Rodrigues DP, Silveira MAM da, Lucena NBF de. O cuidado pré-Natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. *Rem Rev Min Enferm*. 2012;16(3):315-23.

RECEBIDO : 31/08/2018

ACEITO: 22/10/2018

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS INDIVÍDUOS COM GRAU DOIS DE INCAPACIDADE FÍSICA NOS CASOS NOVOS DE HANSENIASE, DURANTE 10 ANOS, EM GUARAPUAVA-PR

Epidemiological profile of grade 2 physical disability individuals in new cases of leprosy, during 10 years, in Guarapuava-PR

Sabrina Aparecida Wendler¹, Vanessa Cristina Novak², Cíntia Raquel Bim³, Aline Cristina Carrasco⁴, Christiane Riedi Daniel⁵

1. Egressa do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, Guarapuava-PR, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1875-3866>
2. Mestre. Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste-UNICENTRO, Guarapuava-PR, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1432-8774>
3. Mestre. Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste-UNICENTRO, Guarapuava-PR, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7067-2572>
4. Mestre. Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste-UNICENTRO, Guarapuava-PR, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3513-4506>
5. Doutora. Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste-UNICENTRO, Guarapuava-PR, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2282-1358>

CONTATO: Cíntia Raquel Bim | Rua Simeão Camargo Varela de Sá nº 04 | Vila Carli | CEP: 85040-080 | Guarapuava | Paraná | E-mail: cintiabim@gmail.com

COMO CITAR: Wendler SA, Novak VC, Bim CR, Carrasco AC, Daniel CR. Perfil epidemiológico dos indivíduos com grau dois de incapacidade física nos casos novos de hanseníase, durante 10 anos, em Guarapuava-PR. R. Saúde Públ. 2018 Dez;1(2):90-100



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 Hanseníase é uma patologia infectocontagiosa e crônica, possui alto poder incapacitante e representa um grave problema para a saúde pública no Brasil. OBJETIVO: Traçar o perfil dos casos novos de hanseníase, classificados com o grau 2 de incapacidade física (GIF2) no momento do diagnóstico e descrever

as principais incapacidades causadas pela doença. MÉTODOS: Estudo epidemiológico transversal, cujo levantamento de dados foi baseado nos prontuários, registros em Livros Ata nos arquivos do Ambulatório Municipal de Pneumologia e Dermatologia Sanitária de Guarapuava-PR e no Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde. RESULTADOS: A presença do GIF2 foi mais frequente no sexo masculino, com cor de pele branca, baixa escolaridade, classificação operacional multibacilar, forma clínica virchowiana. As principais incapacidades encontradas foram lesões tróficas ou traumáticas em pés e garra em mãos. CONCLUSÃO: Há necessidade de intensificar as ações educativas para prevenção, contribuindo para o diagnóstico precoce da doença e evitando as incapacidades.

PALAVRAS-CHAVE Hanseníase. Doenças Negligenciadas. Doença Infecciosa. Controle de Doenças Transmissíveis.

ABSTRACT Leprosy was an infectious and chronic pathology, with high incapacitating power, and represents a serious problem for public health in Brazil. OBJECTIVE: To describe the profile of new cases of leprosy classified as grade 2 physical disability (G2D) at the time of diagnosis, and to describe the main disabilities caused by the disease. METHODS: Cross-sectional epidemiological study, whose data collection was based on medical records, records in books in the archives of the Municipal Ambulatory of Pneumology and Sanitary Dermatology of Guarapuava-PR, and in the Information System of Notifiable Ministry of Health Diseases. RESULTS: The presence of GIF2 is more frequent in males with white skin color, low level of education, multibacillary operational classification, virchowian clinical form. The main disabilities were trophic or traumatic lesions in the foot, and claw hands. CONCLUSION: It is necessary to enhance educational actions for prevention, contributing to the early diagnosis of the disease, and avoiding disabilities.

KEYWORDS: Leprosy. Neglected Diseases. Infectious disease. Control of Communicable Diseases.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma patologia infectocontagiosa e crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) ou bacilo de Hansen, descrito pela primeira vez em 1868, pelo médico Amaneur Hansen¹. O tempo de multiplicação do bacilo é lento, podendo durar em média de 11 a 16 dias. Já o período de incubação é longo e as diferentes manifestações clínicas da doença podem aparecer de 2 a 7 anos. O *M. leprae* é caracterizado por alta infectividade e baixa patogenicidade, e possui afinidade por células cutâneas e células dos nervos periféricos².

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)³, em 2016, 143 países reportaram 214.783 casos novos de hanseníase, o que representa uma taxa de detecção de 2,9 casos por 100 mil habitantes. No Brasil, no mesmo ano, foram notificados 25.218 casos novos, perfazendo uma taxa de detecção de 12,2 casos por 100 mil habitantes. Os focos endêmicos estão localizados em países em desenvolvimento, correlacionados às condições socioeconômicas, culturais, de escolaridade, acesso a informações e essencialmente do acesso aos serviços de saúde⁴. O Brasil está entre esses países,

onde são detectados cerca de 47.000 novos casos a cada ano, e é o segundo com o maior número de casos novos registrados no mundo, representando, assim, um grave problema de saúde pública⁵.

A doença pode atingir pessoas de todas as idades, de ambos os sexos, porém raramente ocorre em crianças. O homem é considerado a única fonte de infecção. O contágio se dá através de contato direto com a pessoa doente não tratada. A principal via de eliminação do bacilo e a mais provável porta de entrada no organismo são as vias aéreas superiores².

Algumas pessoas não adoecem quando infectadas, pois o grau variável de imunidade contra o bacilo é o que determina o adoecimento ou não do indivíduo. Nas pessoas que apresentam baixa imunidade a doença manifesta-se inicialmente através de lesões de pele, com manchas esbranquiçadas ou avermelhadas, que apresentam perda de sensibilidade tátil, térmica e dolorosa, sem evidência de lesão nervosa troncular. Estas lesões de pele ocorrem em qualquer região do corpo, mas com maior frequência na face, orelhas, nádegas, braços, pernas, costas e, em alguns casos, acometem também a mucosa nasal².

Com a evolução da doença não tratada, manifestam-se as lesões nos nervos, principalmente nos troncos periféricos². O bacilo tem predileção pelas células de *Schwann*, que envolvem os axônios⁶. A neuropatia da hanseníase é clinicamente uma neuropatia mista, que compromete fibras nervosas sensitivas, motoras e autonômicas e podem levar à incapacidades. Os nervos envolvidos com maior frequência são o nervo facial (VII par craniano), nervo trigêmeo (V par craniano), nervo ulnar, nervo mediano, nervo radial, nervo fibular comum e nervo tibial⁵.

Essas manifestações podem ser acompanhadas por dor intensa, hipersensibilidade neural, edema, déficit motor e sensitivo. Algumas neurites podem se desenvolver sem dor, fenômeno chamado de neurite silenciosa⁵.

Os estados reacionais (ER) também são

reconhecidos como causas de lesões dos nervos e de incapacidades provocadas pela hanseníase. Esses correspondem a reações do sistema imunológico do doente ao *M. leprae*. Os ER apresentam-se através de episódios inflamatórios agudos e subagudos, e são divididos em dois tipos. No tipo 1, ou reverso, o quadro clínico se caracteriza por apresentar novas lesões dermatológicas, edema nas lesões antigas e dor ou espessamento dos nervos. Já no tipo 2, o quadro clínico se manifesta principalmente como eritema nodoso hansênico (ENH), que se caracteriza por apresentar nódulos vermelhos e dolorosos, febre, dores articulares, dor e espessamento nos nervos e mal-estar generalizado².

O diagnóstico da hanseníase é realizado através do exame clínico, quando se busca os sinais dermatoneurológicos da doença. Um caso de hanseníase ao ser confirmado requer tratamento quando a pessoa apresenta uma ou mais de uma das seguintes características: lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo(s) com espessamento neural; baciloscopia positiva².

Os indivíduos são classificados de acordo com a classificação operacional de Madrid⁵ em paucibacilares (PB) ou multibacilares (MB). Os PB são aqueles casos com até cinco lesões de pele, que correspondem às formas tuberculóide e indeterminada. Os MB são os casos com mais de cinco lesões de pele, que correspondem às formas *virchowiana* e dimorfa. O diagnóstico da doença e a classificação operacional são imprescindíveis para a escolha do esquema de tratamento adequado a cada caso⁵.

O tratamento específico da pessoa com hanseníase, indicado pelo Ministério da Saúde, é a poliquimioterapia (PQT), que mata o bacilo, evita a evolução da doença, previne incapacidades e deformidades, levando à cura. O bacilo morto é incapaz de infectar outras pessoas, rompendo a cadeia epidemiológica da doença².

No entanto, se no momento do diagnóstico o indivíduo já apresentar alguma deformidade física

instalada, esta pode ficar como seqüela permanente no momento da alta. Essas incapacidades e deformidades causam limitação da atividade e restrição de participação social do indivíduo⁷.

O Ministério da Saúde (MS) em 2002² implantou a atual classificação dos graus de incapacidade, considerando como incapacidade somente as lesões em mãos, pés e olhos, por serem mais severas para as atividades cotidianas e de diagnóstico mais simples. Assim, as lesões incapacitantes dessas regiões anatômicas são graduadas conforme sua gravidade em ausente (0), moderada (1), e grave (2). O MS preconiza que os serviços de saúde devem realizar essa avaliação nos indivíduos com hanseníase no momento do diagnóstico, no mínimo uma vez ao ano durante o tratamento, e no momento da alta⁸.

A prevenção de incapacidades físicas começa com o diagnóstico precoce e reconhecimento da doença, tratamento correto para cada tipo de ER e das complicações, e identificação de pacientes com riscos de desenvolver complicações secundárias⁹.

O Ambulatório Municipal de Pneumologia e Dermatologia Sanitária (AMPDS) do município de Guarapuava-PR tem atuado nas ações de controle da hanseníase conforme preconizado pelo MS, contudo, ainda há casos de grau 2 de incapacidade física (GIF2) no momento do diagnóstico. Sendo assim, um estudo epidemiológico torna-se de extrema importância para colaborar no controle da doença e na prevenção de incapacidades.

Diante disso, o presente estudo objetivou traçar o perfil dos casos novos de hanseníase que apresentavam GIF2 no momento do diagnóstico, descrever os tipos de incapacidades mais comuns e as regiões anatômicas mais suscetíveis a essas incapacidades.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal epidemiológico, com início após a autorização

da Secretaria Municipal de Saúde do município de Guarapuava – PR e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde (COMEP) da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO,) sob o parecer de número 552.011. Foi obedecida a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Os instrumentos de pesquisa utilizados foram os prontuários dos pacientes, dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN/DATASUS, registros em livros ata nos arquivos do Ambulatório Municipal de Pneumologia e Dermatologia Sanitária (AMPDS), centro de referência no atendimento das ações de controle da hanseníase em Guarapuava-PR. Foram selecionados para a pesquisa os casos novos de hanseníase que apresentavam GIF 2 no momento do diagnóstico, no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2012. Em nenhum momento da pesquisa os indivíduos foram identificados, sendo assim, não houve a necessidade do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados buscando as variáveis: sexo, raça, idade, escolaridade, data do diagnóstico, forma clínica da doença, modo de entrada no atendimento, modo de detecção do caso novo, grau de incapacidade física no momento do diagnóstico e no final do tratamento, de acordo com o formulário de classificação de incapacidade física⁵.

Para fins de análises no presente estudo, a população de Guarapuava-PR foi verificada no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE¹⁰, nos anos de estudo, conforme segue: 2003 – 160.932 habitantes, 2004 – 164.772 habitantes, 2005 – 166.897 habitantes, 2006 – 169.007 habitantes, 2007 – 164.567 habitantes, 2008 – 171.230 habitantes, 2009 – 172.728 habitantes, 2010 – 167.328 habitantes, 2011 – 168.349 habitantes e 2012 – 169.252 habitantes.

Os dados foram inseridos em planilha Microsoft Office Excel 2007, e as análises estatísticas foram realizadas utilizando o software estatístico SPSS 21.0. Os dados foram apresentados em média

e desvio padrão. Inicialmente foi empregado o teste de *Shapiro-Wilk* para verificar a distribuição das variáveis. Devido ao não atendimento do pressuposto de normalidade recorreu-se à estatística não paramétrica, empregando-se o teste U de *Mann-Whitney* nas comparações com dois fatores. Foi utilizado o teste de homogeneidade das variâncias para comparações com mais de três fatores, e também foi utilizado ANOVA *one-way* nos casos de homogeneidade das variâncias e *Kruskal-Wallis* para distribuição não paramétrica. Para os dados nominais utilizou-se o teste Qui-quadrado. Para todos os testes a significância adotada foi de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Durante janeiro de 2003 a dezembro de 2012, período de 10 anos considerado para este estudo, foram diagnosticados 307 indivíduos com hanseníase no município de Guarapuava – PR. Destes, 45 (14,65%) foram classificados com o grau

dois de incapacidade (GIF2) no início do tratamento, de acordo com o formulário de classificação de incapacidade física⁵. O ano de 2004 apresentou o maior coeficiente de detecção de novos casos de hanseníase (26,70/100.000 habitantes), e o maior número de indivíduos diagnosticados com GIF2 (24,4%). Esses dados podem ser visualizados na tabela 1.

O sexo masculino foi acometido em 75,6% dos casos analisados, e o feminino em 24,4%. A idade média mais prevalente foi 61,09 anos para homens e 53,97 anos para mulheres. Não houve significância estatística entre a idade média do gênero feminino e masculino ($p=0,19$).

Na tabela 2 é possível verificar a cor de pele, a escolaridade, a zona de residência, forma clínica da doença e a classificação operacional. O estudo constatou que os indivíduos da área rural são significativamente mais jovens que os da área urbana ($p=0,046$). Não houve diferença estatística entre a idade média dos casos MB e PB ($p=0,7$). No que diz respeito à baciloscopia no momento do diagnóstico, em 29 casos (64,4%) foram positivas.

Tabela 1. Distribuição anual dos casos novos de hanseníase e com GIF2, de 2003 a 2012, em Guarapuava-PR

Ano do diagnóstico	População de Guarapuava	Número total de casos novos	Coefficiente de detecção da população geral*	Número de casos novos com GIF2**	% GIF2 início do tratamento
2003	160.932	42	26,09	8	19,04
2004	164.772	44	26,70	11	25
2005	166.897	37	22,16	6	16,21
2006	169.007	27	15,97	2	7,40
2007	164.567	35	21,26	4	11,42
2008	171.230	30	17,52	2	6,66
2009	172.728	30	17,36	5	16,66
2010	167.328	18	10,75	1	5,55
2011	168.349	19	11,28	2	10,52
2012	169.252	25	8,86	4	16
Total	-	307	-	45	14,65

*Coeficiente de detecção: Casos novos/população total de Guarapuava-PR x 100.000;

**GIF2: Grau de incapacidade física dois

Tabela 2. Características dos indivíduos, separados pelo gênero, dos casos novos de hanseníase, de 2003 a 2012, em Guarapuava-PR

Características		F*	M**	p-valor
Raça/cor	Branca	8	28	0,78
	Parda	2	4	
	Negra	1	2	
Escolaridade	Analfabeto	4	8	0,80
	1-4 anos	5	16	
	4 anos	1	2	
	4-8 anos	1	6	
	8 anos	0	1	
	> 8 anos	0	1	
	Ensino médio Completo	0	0	
	Graduação	0	0	
	Zona de residência	Urbana	10	
Rural		1	6	
Classificação Operacional	Multibacilar	9	31	0,75
	Paucibacilar	2	3	
Forma Clínica	Tuberculoide	4	1	0,03
	Dimorfa	5	14	
	Virchowiana	2	19	

*F: feminino; **M: masculino

Em relação ao modo de detecção, 19 (42,2%) casos eram encaminhamento, 11 (24,5%) demanda espontânea, 1 (2,2%) por exame de coletividade, 3 (6,6%) por exame de contato e 11 (24,5%) por outros motivos.

No momento do diagnóstico, 44 (97,7%) dos casos apresentavam alterações de sensibilidade associadas ao GIF2. Os locais mais afetados pelas incapacidades físicas causadas pela doença no início e após o tratamento medicamentoso podem ser visualizados na tabela 3.

As lesões tróficas ou traumáticas e as garras foram as principais incapacidades encontradas, tanto no momento do diagnóstico, quanto após o tratamento medicamentoso. Os pés foram mais acometidos pelas lesões tróficas ou traumáticas, e

as mãos mais acometidas pelas garras, conforme a tabela 4.

Após o término do tratamento medicamentoso, não foi possível realizar a reavaliação em 1 indivíduo antes da conclusão do tratamento, por motivo de falecimento. Dos 44 indivíduos reavaliados, 5 (11,4%) evoluíram para grau 0 de incapacidade, 12 (27,2%) evoluíram para o grau 1 de incapacidade, e 27 (61,4%) permaneceram com o grau dois de incapacidade.

DISCUSSÃO

A hanseníase é uma patologia com alto poder incapacitante que pode acarretar graves

Tabela 3. Regiões anatômicas afetadas pelas incapacidades no início e fim do tratamento

Segmento anatômico	Início do tratamento			Conclusão do tratamento		
	F*	M**	p-valor	F*	M**	p-valor
Pés	00	09		00	09	
Mãos	01	03		01	02	
Olhos	00	00		00	02	
Pés e mãos	06	16	0,71	06	14	0,38
Pés e olhos	03	03		02	01	
Mãos e olhos	00	00		00	01	
Mãos, pés e olhos	01	03		01	00	

*F: feminino; **M: masculino

Tabela 4. Relação entre o tipo de incapacidade e a região anatômica afetada

	Mãos		Pés		Mãos e Pés		Olhos	
	I*	F**	I*	F**	I*	F**	I*	F**
Lesões Tróficas e/ou traumáticas	8	5	15	6	7	4	-	-
Garras	15	12	5	4	4	3	-	-
Reabsorção	1	0	4	4	0	0	-	-
Pé/Mão Caído	1	0	3	1	0	0	-	-
Logoftálmico e/ou ectrópio	-	-	-	-	-	-	4	3
Triquiase	-	-	-	-	-	-	1	1
Opacidade	-	-	-	-	-	-	3	3
Acuidade visual Menor 1,0	-	-	-	-	-	-	2	2

*I: início do tratamento medicamentoso; **F: fim do tratamento medicamentoso

problemas ao portador, como a diminuição da capacidade de trabalho, a limitação da vida social e problemas psicológicos^{11,12}. A classificação do grau de incapacidade pode ser utilizada como um indicador da precocidade do diagnóstico.⁸ Além disso, pode determinar a qualidade do atendimento ao indivíduo portador de hanseníase através da avaliação inicial e final do tratamento, e ainda contribuir para um melhor planejamento das ações de combate à doença.

No estado do Paraná, nos anos de 2001

a 2008, a GIF2 oscilou entre 8% e 14,3%, apresentando classificação de média para alta no período, segundo parâmetros inseridos na Programação de Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde – PAVS¹³. Números próximos foram encontrados em estudo no extremo sul de Santa Catarina¹⁴ e na presente pesquisa, em que a GIF2 correspondeu a 14,65% (oscilando de 5% a 19%) nos novos casos no momento do diagnóstico em todos os anos analisados.

O ano de 2004 foi o que apresentou um maior

número de diagnosticados, assim como no estudo realizado por Moreira e colaboradores¹⁵. Nesse ano, ocorreu uma campanha nacional lançada pelo Ministério da Saúde chamada "Vamos remover essa mancha Brasil", que mobilizou vários estados com informações sobre a doença e como identificá-la. Também nesse ano as ações de controle da hanseníase foram descentralizadas para a atenção básica, fatos que podem explicar o grande número de diagnósticos¹⁵.

A prevalência de incapacidades causadas pela hanseníase está correlacionada às condições socioeconômicas, culturais, de escolaridade, e de acesso a informações e serviços de saúde. Estudos demonstram que a doença vem ocorrendo com maior frequência em classes menos favorecidas, com menor escolaridade^{3,15,16,17}.

O baixo nível de escolaridade pode diminuir a compreensão das diretrizes de prevenção da doença, bem como a compreensão sobre o tratamento adequado e cuidados médicos necessários¹⁸. Existe relação estatisticamente significativa entre indivíduos com baixa escolaridade e limitação das atividades causadas pela doença^{3,16}, fato que condiz com os achados nessa pesquisa.

As incapacidades e limitações nas atividades têm se demonstrado com maior frequência nos casos multibacilares (MB)^{3,19,20,21}, corroborando com os dados da presente pesquisa, em que houve prevalência de casos MB correspondendo a 88,8% dos casos com GIF2. Dentre esses, a forma *virchowiana* apareceu com maior frequência, seguida pela forma dimorfa, convergindo com outros estudos já realizados^{22,19}.

Essas formas clínicas são reconhecidas pelo grande poder de transmissibilidade e elevado índice de incapacidade residual²¹. Moschioni e colaboradores²² constataram que as chances de desenvolvimento de GIF2 em indivíduos com forma clínica *virchowiana* e dimorfa é 16,5 e 12,8 vezes maior, respectivamente, quando comparados à forma indeterminada, que corresponde à forma inicial da patologia. Além disso, a forma MB é um importante indicador do diagnóstico tardio²³, e

possui maior incidência no sexo masculino^{18,21,24,25}.

A doença não tem predileção por sexo⁵, porém, no presente estudo houve prevalência do sexo masculino, corroborando com estudos anteriores^{16,17,20,25-33} e com dados da Organização Mundial da Saúde, que afirmam que na maior parte do mundo os homens são mais afetados que as mulheres, em uma proporção de 2:1³.

Em contrapartida, alguns autores apontam a prevalência do sexo feminino^{14,21,24,34}, e o número de mulheres diagnosticadas tende a aumentar devido a mudanças culturais e sociais que geram maior exposição do gênero¹⁵. As mulheres também têm maior preocupação com a estética corporal, assim procuram os serviços de saúde com maior frequência, o que contribuiu com o diagnóstico precoce da doença¹⁸.

O sexo masculino, por outro lado, além de se preocupar menos com estética corporal, mantém maior contato social, frequente exposição a ambientes de risco, dificuldade para chegar à unidade de saúde durante seu dia de trabalho, medo de perder o emprego por conta do estigma causado pela doença, o que leva ao diagnóstico tardio e presença de incapacidades no momento do diagnóstico^{11,14,28,35}.

Quanto à cor de pele, a prevalência nesse estudo foi da cor branca. As características regionais devem ser consideradas ao analisar esta característica, pois em Guarapuava-PR há predominância de cor de pele mais acometida branca³⁶. Em estudo realizado no Nordeste do Brasil¹⁸, a predominância foi de pessoas pardas, cor de predominância na população geral daquela região.

A hanseníase é considerada uma doença de adultos pelo longo período de incubação, mas crianças também são suscetíveis³⁷. Casos em menores de 15 anos indicam uma maior gravidade da endemia^{24,32,37,38}. Não houve casos nesta faixa etária nesse trabalho. Várias pesquisas apontam que a doença predomina na faixa etária economicamente ativa, ocorrendo grande

impacto socioeconômico^{21,24,25,31,37}. Alguns trabalhos detectaram presença maior de deformidades conforme o aumento da idade^{8,21}, reforçando os achados da presente pesquisa, onde a faixa etária mais acometida foi a de 61 a 70 anos.

Nesse estudo os indivíduos da zona rural são significativamente mais jovens que os da área urbana. Porém os indivíduos da área urbana são mais afetados pelo GIF2. A prevalência em áreas urbanas ocorre devido à maior densidade populacional e aumento da taxa de pobreza existente nessas áreas¹⁷.

Vários dos indivíduos analisados neste estudo apresentaram mais de uma região anatômica afetada pelas incapacidades físicas no momento do diagnóstico. Indivíduos que tinham alterações em mãos e pés apareceram com maior frequência, sendo os pés as regiões mais afetadas, seguidos pelas mãos. As alterações nos olhos foram as menos frequentes, conforme outros achados na literatura^{11,19, 39}.

Quanto ao tipo de acometimento, no momento do diagnóstico, as lesões tróficas ou traumáticas foram as que apareceram com maior frequência, seguido pelas garras. As úlceras cutâneas constituem uma importante complicação consequente da neuropatia nos portadores de hanseníase, e o local comumente afetado é a região plantar⁴⁰.

A região plantar é comumente afetada devido às alterações biomecânicas e diminuição da sensibilidade. A alteração biomecânica ocorre a partir de amiotrofias, fraquezas musculares e deformidades, que contribuem diretamente para o desarranjo ósseo do pé, o que faz com que o indivíduo realize uma marcha desajustada, e provoque novos pontos de pressão em regiões do pé não apropriadas. Além disso, o portador de hanseníase possui diminuição ou abolição da sensibilidade, o que reflete na diminuição da proteção fisiológica necessária para a prevenção de inúmeras lesões cutâneas⁴⁰.

As lesões cutâneas devem ser abordadas e devidamente prevenidas, pois constituem porta

de entrada para infecções, que podem se agravar e conduzir o indivíduo a complicações graves, até mesmo à amputação⁴¹. Da mesma forma acontece com as garras, que se não abordadas precocemente, podem resultar em instalação permanente de deformidades físicas, fazendo com que o indivíduo lesado ou traumatizado perca sua capacidade funcional. As garras em mãos dificultam a preensão de objetos e a função das mãos, acarretando em um sério problema tanto de produtividade e qualidade de vida, quanto socioeconômico ao indivíduo afetado⁴².

Neste estudo houve uma redução nos casos de GIF2 após o término do tratamento medicamentoso. Apesar disso, 61,4% dos indivíduos ainda apresentavam GIF2 no momento da cura da doença, números parecidos com o do estudo realizado no estado do Paraná, durante os anos de 2001 e 2008¹³, em que a GIF2 estava presente em 63,2% dos casos. Esses resultados são considerados precários, segundo parâmetros inseridos na Programação de Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde – PAVS, e devem ser considerados pelos profissionais de saúde.

O percentual de incapacidades, nos casos novos, é um indicador de extrema importância para avaliação do combate da hanseníase, pois pode determinar a oportunidade da detecção ou a fase de controle da endemia em uma localidade^{43,44}. Quando este indicador está aumentado, aponta para prevalência oculta e diminuição do diagnóstico precoce^{43,23}.

Durante o tratamento PQT e após a alta, o profissional de saúde deve ter uma atitude de vigilância em relação ao potencial incapacitante da doença, visando diagnosticar precocemente e tratar adequadamente as neurites e reações, a fim de prevenir incapacidades e evitar que as já existentes evoluam para deformidades².

Diante do exposto, a fisioterapia desempenha um papel importante na equipe multidisciplinar no acompanhamento do portador de hanseníase. O AMPDS de Guarapuava-PR conta com esse profissional. O fisioterapeuta deve participar

ativamente da avaliação, prevenção, tratamento e reabilitação dessas incapacidades físicas, durante e após o tratamento medicamentoso, com o objetivo de prevenir a expansão da doença, realizar diagnóstico precoce, evitar as incapacidades e reintegrar os indivíduos já afetados na sociedade^{45,46}

CONCLUSÃO

O estudo constatou que homens com mais de 60 anos que residem em zona urbana e homens de idade produtiva em zona rural, com baixa escolaridade e cor de pele branca, apresentaram diagnóstico tardio com lesões incapacitantes. Os pés foram as regiões anatômicas mais acometidas por lesões tróficas ou traumáticas e as mãos foram as regiões mais acometidas pelas garras. Há necessidade de intensificar a busca ativa de afetados pela doença em locais frequentados por indivíduos com esse perfil.

Após o tratamento medicamentoso houve uma redução do grau de incapacidade em 38,3% dos casos, e ocorreu uma diminuição na série histórica da detecção dos casos de grau dois de incapacidade no momento do diagnóstico, demonstrando relativa efetividade da atuação do AMPDS do município de Guarapuava-PR junto às unidades descentralizadas, e o trabalho de intersectorialidade, quanto às ações de controle da hanseníase.

REFERÊNCIAS

1. Batista ES, Campos RX, Queiroz RCG, Siqueira SL, Pereira SM, Pacheco TJ, et al. Perfil sociodemográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. *Rev Bras Clin Méd.* 2011; 9(2): 101-6.
2. Ministério da Saúde, Departamento da Atenção Básica. Guia para o controle da hanseníase. Brasília (DF); 2002.
3. World Health Organization. Weekly epidemiological record [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2018 Jan 17]. 22 p. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255149/1/WER9217.pdf>
4. Ikehara E, Nardi SMT, Ferrigno ISV, Pedro HSP, Paschoal VD. Escala Salsa e grau de Incapacidades da Organização Mundial

de Saúde: avaliação da limitação de atividades e deficiência na hanseníase. *Acta fisiatra.* 2010; 17(4): 169-74.

5. Ministério da Saúde, DATASUS. Informação em Saúde. Epidemiológica e morbidade. Hanseníase [Internet]. 2017 [citado 2018 jan 17]. Disponível em www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=31032752

6. Pucci FH, Teófilo, CR, Aragão SGA, Távora LGF. A dor no paciente com hanseníase. *Rev Dor.* 2011; 12(1): 15-8.

7. Raposo MT, Raposo AVC, González MAS, Medeiros JLA, Nemes MIB. Avaliação de incapacidades em pessoas vivendo com hanseníase: análise do grau de incapacidade em Campina Grande, Paraíba. *Cad. Saúde Coletiva.* 2009;17(1): 221-33.

8. Alves CJM, Barreto J A, Fogagnolo L, Contin LA, Nassif PW. Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em Serviço de Dermatologia do Estado de São Paulo. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2010;43(4):460-61.

9. Sales AM, Campos DP, Hacker MA, Nery JAC, Deuppre NC, Rangel E, Euzenir, et al. Progression of leprosy disability after discharge: is multidrug therapy enough? *Rev Trop Med and Int Health.* 2011; 8(9): 145-53.

10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Estimativa de população [Internet]. 2012 [citado 2018 Out 22]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/default.shtm>

11. Brakel WHV, Sihombing B, Djarir H, Beise K, Kusumawardhani L, Yulihane R, et al. Disability in people affected by leprosy: the role of impairment, activity, social participation, stigma and discrimination. *Citation: Glob Health Action.* 2012;5:183-94.

12. Rao PSS, Darlong F, Timothy M, Kumar S, Abraham S, Kurian R. Adjusted life years for incapacity for work (DAWLs) leprosy affected people in India. *Indian J Med Res.* 2013;137(5):907-10.

13. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hanseníase no Brasil, dados e indicadores selecionados. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.

14. Melão S, Blanco LFO, Mounzer N, Veronezi CCD, Simões PWTA. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2011;44(1):79-84.

15. Moreira SC, Batos CJC, Tawil L. Epidemiological situation of leprosy in Salvador from 2001 to 2009. *An Bras Dermatol.* 2014;89(1):107-17.

16. Hacker MA, Sales AM, Illarramendi X, Nery JA, Duppre NC, Bastos FI, et al. A profile of patients treated at a national leprosy outpatient referral clinic in Rio de Janeiro, Brazil, 1986-2007. *Rev Panam Salud Publica.* 2012;31(6):485-91.

17. Entezarmahdi R, Majdzadeh R, Foroushani AR, Nasehi M, Lamei AN, Naieni KH. Inequality of Leprosy Disability in Iran, Clinical or Socio-Economic Inequality: an extended concentration index decomposition approach. *Int J Prev Med.* 2014;5(4):414-23.

18. Corrêa RGCF, Aquino DMC, Caldas AJM, Amaral DKCR, França FS, Mesquita ERRBP. Epidemiological, clinical, and operational aspects of leprosy patients assisted at a referral service in the state of Maranhão, Brazil. *Rev Soc Bras de Med Trop.* 2012;45(1):89-94.

19. Sarkar J, Dasgupta A, Dutt D. Incapacidade funcional entre casos novos de hanseníase, uma questão de preocupação: um estudo baseado instituição em um distrito endêmico de hanseníase no estado de Bengala Ocidental, na Índia. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2012;78: 328-34.

20. Antonio JR, Soubhia RMC, Paschoal VD, Oliveira GB de, Rossi NCP, Maciel MG, et al. Avaliação epidemiológica dos estados reacionais e incapacidades físicas em pacientes com hanseníase na cidade de São José do Rio Preto. *Arq Ciênc Saúde* 2011;18(1):9-14.
21. Ribeiro Júnior AF, Vieira MA, Caldeira AP. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. *Rev Bras Clin Med*.2012;10(4):272-77.
22. Moschioni C, Antunes CMFA, Grossi MAF, Lambertucci JR. Risk factors for physical disability at diagnosis of 19,283 new cases of leprosy. *Rev Soc Bras de Med Trop*.2010;43(1):19-22.
23. Hacker MA, Duppre NC, Nery JAC, Sales AM, Sarno EN. Characteristics of leprosy diagnosed through the surveillance of contacts: a comparison with index cases in Rio de Janeiro, 1987-2010. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2012;107(1): 49-54.
24. Souza VB, Silva MRF, Silva LMS, Torres RAM, Gomes KWL, Fernandes MC et al. Perfil epidemiológico dos casos de hanseníase de um centro de saúde da família. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2013;26(1):110-16.
25. Miranzi SSC, Pereira LHM, Nunes AA. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010;43(1): 62-7.
26. Monteiro LD, Alencar CH, Barbosa JC, Novaes CCBS, Silva RCP, Heukelbach J. Pós-alta de hanseníase: limitação de atividade e participação social em área hiperendêmica do Norte do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;91-104.
27. Lanza FM, Cortez DN, Gontijo LT, Rodrigues JSJ. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Divinópolis, Minas Gerais. *Rev Enferm UFSM*. 2012;2(2):365-74.
28. Monteiro LD, Alencar CHM, Barbosa JC, Braga KP, Castro MD de, Heukelbach J. Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):909-20.
29. Imbiriba EB, Basta PC, Pereira ES, Levino A, Garnelo L. Hanseníase em populações indígenas do Amazonas, Brasil: um estudo epidemiológico nos municípios de Autazes, Eirunepé e São Gabriel da Cachoeira (2000 a 2005). *Cad Saúde Pública*. 2009;25(5):972-84.
30. Castro RNC de, Costa Veloso T da, Matos Filho LJS, Coelho LC, Pinto LB, Castro AMNC de. Avaliação do grau de incapacidade física de pacientes com hanseníase submetidos ao Dermatology Quality Life Index em Centro de Referência e Unidades Básicas de Saúde de São Luis, MA. *Rev Bras Clin Med*. 2009;7:390-2.
31. Ramos JM, Martin MM, Reis F, Lemma D, Belinchón I, Gutiérrez F. Gender differential on characteristic and outcome of leprosy patients admitted to a long-term care rural hospital in South-Eastern Ethiopia. *Int J Equity Health*. 2012;11(56):2-7.
32. Sousa MWG de, Silva DC, Carneiro LR, Almino MLBF, Costa ALF da. Epidemiological Profile of Leprosy in the Brazilian state of Piauí between 2003 and 2008*. *An Bras Dermatol*. 2012; 87(3): 389-5.
33. Pinto RA, Maia HF, Silva MAF, Marback M. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes notificados com hanseníase em um hospital especializado em Salvador, Bahia. *Rev Baiana Saúde Publica*. 2010;34(4):906-18.
34. Nardil SMT, Paschoal VD, Chiaravalloti Neto F, Zanetta DMT. Deficiências após a alta medicamentosa da hanseníase: prevalência e distribuição espacial. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(6):969-77.
35. Ferreira SMB, Ignotti E, Gamba MA. Características clínico-laboratoriais no retratamento por recidiva em hanseníase. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(3):573-8.
36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais: síntese de indicadores sociais, uma análise de condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
37. Lima HMN, Savaia N, Costa VRL da, Coelho Neto GT, Figueiredo PMS. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. *Rev Bras Clin Med*. 2010;8(4):323-7.
38. Mastrangelo G, Scozzato L, Fadda E, Silva GV da, Santos LJ, Cegolon L. Epidemiological pattern of leprosy in an endemic area of North-East Brazil, 1996-2005: the supporting role of a Nongovernmental Organization. *Rev Soc Bras de Med Trop*. 2009;42(6):629-32.
39. Guerrero MI, Muvdi S, León CI. Retraso em el diagnóstico de lepra como fator pronóstico de discapacidades en una cohorte de pacientes em Colombia, 2000-2010. *Rev Panam Salud Publica*.2013;33(2):137-43.
40. Bhatt YC, Panse NS, Vyas KA, Patel GA. Transferência de tecido livre para úlcera trófica lepra complicando. *Indian J Plast Surg*. 2009;42(1):115-7.
41. Gomes FG, Frade MAC, Foss NT. Úlceras cutâneas na hanseníase: perfil clínico-epidemiológico dos pacientes. *An Bras Dermatol*. 2007;82(5):433-7.
42. Souza CFD, Slaibi EB, Pereira RN, Francisco FP, Bastos MLS de, Lopes MRA, et al. A importância do diagnóstico precoce da hanseníase na prevenção de incapacidade. *Hansen Int*. 2010;35(2):61-6.
43. Conte ECM, Magalhães LCB de, Cury MRCO, Soubhia RMC, Nardi SMT, Paschoal VD, Lombardi C. Situação Epidemiológica da hanseníase no município de São José do Rio Preto, SP, Brasil. *Arq Ciênc Saúde*. 2009;16(4):149-54.
44. Mastrangelo G, Scozzato L, Fadda E, Silva GV da, Jesus Santos L de, Cegolon L. Epidemiological pattern of leprosy in an endemic area of North-East Brazil, 1996-2005: the supporting role of a Nongovernmental Organization. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2009;42(6):629-32.
45. Tavares JP, Barros JS, Silva KCC, Barbosa E, Reis GR, Silveira JM Fisioterapia no atendimento de pacientes com hanseníase: um estudo de revisão. *Rev Amazônia*. 2013;1(2):37-43.
46. Jensen RGD. Hanseníase: abordagem fisioterapêutica. *Rev. Olhar*. 2010;1(2):332-9.

RECEBIDO: 31/08/2018

ACEITO: 22/10/2018

REVELANDO A DIMENSÃO DA ÉTICA NO COTIDIANO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO NORTE DO ESTADO DO PARANÁ

Revealing the extent of ethics in the daily life of community health workers in a city in the north of the state of Paraná

Marcelo Marques Ferreira¹, Cibele Isaac Saad Rodrigues²

1. Marcelo Marques Ferreira, Secretário Municipal de Saúde de Rolândia e Mestre Profissional em Educação nas Profissões de Saúde – PUC-SP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7353-4236>
2. Cibele Isaac Saad Rodrigues, Professora Titular, Departamento de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professora de Bioética no Programa de Mestrado Profissional em Educação nas Profissões de Saúde. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9490-7997>

CONTATO: Cibele Isaac Saad Rodrigues | Praça Dr. José Ermírio de Moraes, 290 | Jd. Vergueiro | Sorocaba | São Paulo | Brasil | CEP 18030-095 | E-mail: cibele.sr@gmail.com; cisaad@pucsp.br

COMO CITAR: Ferreira MM, Rodrigues CIS. Revelando a dimensão da ética no cotidiano dos agentes comunitários de saúde de um município da região norte do estado do Paraná. R. Saúde Públ. 2018 Dez;1(2):101-109.



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 Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) revelam-se atores intrigantes no diálogo entre saberes e práticas populares com o conhecimento científico. Não possuem Código de Ética Profissional que os respalde ou são capacitados para solucionar questões éticas cotidianas. O objetivo deste trabalho foi revelar a percepção dos aspectos éticos inerentes ao trabalho dos ACS que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Rolândia (Paraná). Trata-se de estudo quantitativo e qualitativo, de ética descritiva. Participaram 52 mulheres, que atuam nas 12 equipes da ESF. Obteve-se perfil sociodemográfico, seguido de entrevista, onde as ACS foram expostas a três situações comuns em sua vivência. Utilizou-se “análise de conteúdo” para avaliação dos discursos. As participantes responderam satisfatoriamente considerando preceitos morais e declararam fundamental a existência de legislação

deontológica específica. As entrevistas revelaram dilemas éticos profundos, fruto deste relacionamento próximo com a comunidade. Processo de intervenção educativa contextualizado foi proposto e aplicado às ACS.

RESUMO Agentes Comunitários de Saúde/ética. Bioética. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família/ética.

ABSTRACT The Community Health Workers (ACS) prove to be intriguing actors in what concerns the dialogue between the common knowledge and practice and the scientific knowledge. They do not have a Code of Professional Ethics to endorse them, nor are they trained to solve ethical problems related to their daily life. The goal of this study was to reveal the perception of the inherently ethical aspects of ACSs who work in the Family Health Teams (ESF) in the city of Rolândia, Paraná, Brazil. The study was both quantitative and qualitative, and of descriptive ethics. The subjects were 52 female ACSs who work in the twelve teams of ESF. A social and demographic profile was obtained, followed by an interview, in which all ACSs were exposed to three situations that are common in their daily practice. The interviews were analyzed by the "content analysis" method. The participants' answers are, most of the time, correct and guided by their own moral principles. They all declared that the existence of specific deontological legislation is crucial. The interviews revealed deep ethical dilemmas that stem from this close relation to the community. A contextualized process of educational intervention was proposed and applied to the ACSs.

KEYWORDS: Community Health Agent. Professional Ethics. Bioethics. Family Health.

INTRODUÇÃO

A história da Estratégia Saúde da Família (ESF) está ligada à implantação de equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde (UBS). Para o Ministério da Saúde (MS), a ESF é uma estratégia que visa atender ao indivíduo e à família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social¹.

Participam destas equipes, no mínimo, um médico da família, um dentista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Estes profissionais

atuam naquilo que se constitui a porta de entrada para o sistema, atentando para a continuidade e organização do cuidado de forma integral, valorizando a cultura local e obtendo os adequados registros de suas ações².

O ACS tem-se revelado o ator mais intrigante no que se refere à relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médico-científicos. É um ser humano que veicula as contradições e, simultaneamente, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas³.

Importante ressaltar que o ACS que trabalha na ESF tem maior proximidade com o usuário, por habitar o mesmo bairro e, ainda, por adentrar

frequentemente o domicílio do usuário. Assim, consegue estabelecer novas relações no tocante às informações pessoais sobre a saúde individual e familiar, garantindo a privacidade daqueles com quem se relaciona na comunidade⁴.

Além disso, o ACS, por sua efetivação e configuração no trabalho com a comunidade e com os profissionais de saúde dentro da ESF e fora dela, lida com uma prática ética, humana e vinculada ao exercício da cidadania. Nesse sentido, os ACS são submetidos a situações em que são necessários conhecimentos de ética e bioética para o enfrentamento de tomada de decisões, no entanto não são capacitados formalmente e tampouco podem se apoiar em um código de ética profissional que os respalde, à semelhança das demais profissões da área da saúde.

Estudo realizado no município de Sorocaba (SP), no ano de 2011, ressaltou que, apesar do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ter sido implantado no Brasil em 1991, a profissão de ACS somente foi reconhecida e regulamentada em 2002 pela Lei nº 10.507. No entanto, algumas informações ficaram sem esclarecimentos precisos, como, por exemplo, a qual Conselho de Classe esse profissional estaria vinculado⁵.

Embora o conceito de ética profissional seja mais conciso, podemos nos deparar com situações em que a mesma conduta pode ser permitida no âmbito de uma determinada profissão e condenado no âmbito de outra. Assim, estabelecer um código deontológico para o profissional ACS pode constituir-se em referencial de conduta deste, nas relações com os demais profissionais da saúde, e também com os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo a Associação Brasileira de Comunicação (ABRACOM): "a maior parte dos Códigos de Ética que conhecemos é o de moral, onde a moral é exatamente o conjunto de normas, regras, leis que orienta a vida dos indivíduos e grupos na sociedade, configurando o que se chama

de "ethos", que é a marca da sociedade, o jeito de viver e relacionar-se, baseado em determinados valores".⁶

É no âmbito da ética que habitam os princípios normativos que devem estar as regras e as leis. Daí emerge o significado de se construir um Código de Ética, no qual se apresentam tais princípios norteadores das ações da organização, que se fazem válidos, não exclusivamente no âmbito interno, mas igualmente no contexto global da sociedade⁶.

Assim, o código de ética profissional tem por objetivo dirigir e fiscalizar o exercício da respectiva profissão, estabelecendo normas de conduta que o profissional deva observar no desempenho de suas atividades e suas relações com seus clientes e todas as demais pessoas com quem venha a ter contato.

Por esses motivos norteia esta pesquisa a pergunta: os ACS são capazes de identificar situações éticas em sua prática profissional cotidiana? Além disso, se ao identificá-las, conseguem desenvolver estratégias para solucioná-las? É neste sentido que esta pesquisa pretende contribuir para responder a indagações emergidas da prática profissional do pesquisador, auxiliando-o na busca de soluções em local onde atuava à época da coleta de dados como membro de uma das equipes de ESF.

Os objetivos foram: identificar a percepção dos aspectos éticos inerentes ao processo de trabalho dos ACS que atuam na ESF do município de Rolândia, localizado no norte do estado do Paraná; traçar o perfil sociodemográfico e de atividades desempenhadas por estes profissionais; revelar, por meio de depoimentos, o agir reflexivo e ético destes profissionais frente a situações éticas concretas e apontar estratégias educativas que potencializem o atuar ético dos ACS de Rolândia.

Adicionalmente, a pesquisa mostrou-se instrumento para a gestão municipal, pois ACS e gestores poderiam conhecer profundamente o cotidiano da prática profissional, na ausência de um código profissional de classe.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo, qualitativo e quantitativo, de ética descritiva, portanto, de cunho não normativo. O significado de ética descritiva compreende a verificação da conduta moral utilizando técnicas e metodologias de caráter científico visando conhecer como as pessoas equacionam e agem. Trata-se, portanto, de tarefa eminentemente científica e não de natureza filosófica⁷. Nesta direção identificamos a forma como os ACS atuam no cenário da prática profissional, entendendo a percepção de como estes profissionais raciocinam e agem.

O estudo foi desenvolvido no município de Rolândia, que integra a região Metropolitana de Londrina e está sob a jurisdição da 17ª Regional da Secretaria de Estado da Saúde, Macrorregião Norte do Paraná. Está situado no terceiro planalto do Norte do Paraná, com população estimada no ano de 2009 de 55.750 habitantes⁸. Na ocasião da pesquisa, Rolândia contava com 72 (setenta e dois) ACS e a população de estudo foi constituída por 52 (cinquenta e dois).

As fontes de coleta de dados foram primárias, obtidas por entrevistas semiestruturadas com os ACS, utilizando-se questionários aplicados por alunas devidamente treinadas, matriculadas na última série do curso de enfermagem do Centro Universitário Filadélfia de Londrina.

As entrevistas semiestruturadas ocorreram durante a semana de 02 a 05 de julho de 2012, em horário alternativo compreendido entre 08h00min às 10h00min, ou seja, sem interferir nas atividades da equipe da ESF.

Primeiramente, um questionário foi aplicado às ACS para coleta dos dados sobre seus perfis sociodemográficos. Em um segundo momento, as alunas solicitaram que os entrevistados listassem problemas éticos a partir de uma narrativa de três casos hipotéticos, construídos pelos pesquisadores. As três situações éticas escolhidas foram: uma envolvendo um paciente hipertenso, uma com portador de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e uma com adolescente (QUADRO 1). Obviamente, tratam-se de situações já estabelecidas nas

atribuições básicas dos ACS fundadas na Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997⁹.

Quadro 1. Situações Hipotéticas apresentadas ao ACS.

CASO 1- PERTURBANDO A ROTINA: a Senhora J, hipertensa e diabética, frequentemente faz demandas que dificultam as atividades e perturbam a rotina da unidade de saúde. O agente de saúde da equipe na qual ela é cadastrada tenta acompanhá-la através da ficha de visita (ficha B) da melhor maneira possível, mas a cada dia sente-se mais tentado a deixar de investir seus esforços visto que a paciente não quer a visita de nenhum agente comunitário de saúde.

CASO 2- PRESERVANDO A CONFIDENCIALIDADE: A senhora M tem HIV, e ela não quer contar para o marido sobre a doença. Pede para o agente de saúde sigilo sobre isso. A paciente relata ao agente de saúde que deseja que o marido faça o exame sem ele saber do que se trata.

CASO 3- ATENDENDO ADOLESCENTES: B, 12 anos de idade, procura o agente comunitário de saúde na qual está cadastrada e conta que está apaixonada por um rapaz. Seus pais acham que ela é muito jovem e a proibem de namorar. A jovem diz que quer ter relações sexuais com o namorado, e pede para o agente de saúde orientá-la sobre preservativos. Pede ainda, ao agente de saúde, para não contar nada aos seus pais.

Fonte: Elaborado pelos autores (2012)

Os dados sociodemográficos foram analisados por meio do número absoluto de cada parâmetro, bem como de sua respectiva porcentagem em relação ao total dos ACS.

As entrevistas éticas propriamente ditas foram gravadas pelas alunas e depois analisadas pelo pesquisador através da metodologia da análise de conteúdo de Bardin. A análise de conteúdo objetiva entender as comunicações, de forma sistemática e científica, com objetivo de revelar o conteúdo das mensagens¹⁰. Por se tratar de estudo descritivo, os depoimentos dos ACS gravados foram transcritos na íntegra para que fosse dado tratamento descritivo, ou seja, foi feita a análise de seu conteúdo, por meio da organização do material obtido, seguida

de codificação, classificação e categorização, sendo que esta última possibilitou a simplificação dos dados, facilitando sua interpretação.

O projeto de pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, *campus* Sorocaba e, somente após sua aprovação, em 12 de junho de 2012 foi iniciada a coleta de dados.

RESULTADOS

A análise do perfil sociodemográfico mostrou que participaram da pesquisa 52 ACS, de um

total de 72 possíveis, correspondendo a 73%. A população de estudo foi de mulheres (n=52, 100%), na faixa etária entre 20 e 40 anos (n=27, 52%), brancas (n=35, 67%), casadas e com filhos (n=38, 73%). A maioria cursou ensino médio completo (n=45, 87%) e pratica a religião católica (n=32, 62%), além de atuar na ESF acima de 3 anos (n=43, 82%) e apenas 18% (n=9) trabalham há menos de dois anos. Todas residem na comunidade onde atuam, sendo que 86% (n=44) lá habitam há mais de 5 anos.

Os resultados podem ser resumidos na Tabela 1 quanto ao posicionamento dos ACS em relação às situações hipotéticas envolvendo conflitos éticos vivenciados na prática profissional.

Tabela 1. Posicionamento dos ACS em relação às situações hipotéticas envolvendo conflitos éticos vivenciados na prática profissional.

QUESTÕES	RESPOSTA CERTA	RESPOSTA INCORRETA
	Nº %	Nº %
No caso 1 – A – Se o ACS revela a outros ACS da equipe que a paciente é hipertensa e grosseira, e relata que não quer acompanhá-la. Você acredita que o ACS agiu certo ou errado?	42 80%	10 20%
Ainda no Caso 1 – B – Caso acredite que o ACS agiu errado Ele deve ser punido?	30 58%	22 42%
No caso 2, se o ACS revelar o diagnóstico da doença ao marido da paciente, ele cometeu uma falta de ética?	52 100%	0 0%
No caso 3 – A - Se o ACS não concordar com a adolescente por ela estar tendo relações sexuais muito cedo, ele está cometendo falta de ética?	21 40%	31 60%
Ainda no Caso 3 – B – Você ACS orientaria sobre o uso de Preservativos?	52 100%	0 0%

Fonte: Elaborado pelos autores (2012)

Em relação às duas questões (1A e 1B) arguidas na entrevista estruturada que expuseram conflitos éticos quanto ao sigilo, os resultados demonstraram uma média de acertos naquilo considerado eticamente certo de 80% (n=42) de acertos no Caso 1A e, no Caso 1B, 58% de acertos (n=30).

No caso 2 todos os ACS (n=52) tiveram 100% de acerto quanto ao sigilo de informações, enquanto no caso 3 tivemos como resultados discordantes, sendo que no Caso 3 – A foram apenas (n= 21, 40%) de acertos e no caso 3 – B (n= 52, 100%) de acertos.

No caso 1, (n=29, 56%) dos ACS já tiveram uma

experiência na prática profissional, ou seja, mais da metade dos ACS vivenciaram o conflito ético expresso nesta situação. Importante afirmar que todos os ACS relataram trabalhar com pacientes do grupo de risco "hipertensos", ou seja, teoricamente deveriam saber lidar com as situações conflituosas provenientes deste atendimento, além de terem um documento padronizado denominado "Ficha B" como instrumento de acompanhamento que os norteia.

No caso 2, 52% (n=27) dos ACS não vivenciaram ainda a situação posta com pacientes portadores do vírus HIV, destacando-se que estes eram os que têm menos tempo de carreira de trabalho no município, ou seja, ACS que trabalham entre um mês a dois anos. Já no caso 3, apesar de frequente na prática de um ACS, tivemos como resultado que apenas (n=25, 48%) dos ACS reconheceram essa experiência no cotidiano.

"Tivemos como resultado que 85% (n=44) dos ACS sabiam da inexistência de um Código de Ética Profissional específico para o ACS e apenas 15% (n=8) não tinham este conhecimento". Os ACS que afirmaram não saber se existe ou não um Código de Conduta (n=8, 15%) tem curiosamente como experiência profissional entre um mês e dois anos de trabalho. Na realidade, chama a atenção o resultado que 100% dos ACS (n=52) acham importante a elaboração de um Código deontológico norteador de suas ações, visto que outros profissionais da área da saúde como médico, enfermeiro, nutricionista e odontologista já o têm.

DISCUSSÃO

Após leitura exaustiva das respostas referentes ao Caso 1 notamos algumas impressões descritas pelos pesquisados que emergiram e foram classificadas nos seguintes grupos temáticos. A hipertensão arterial (HA) é uma síndrome de origem multifatorial, sendo um dos maiores problemas na área de saúde pública e tem sido reconhecida como grave fator de risco para as doenças cardiovasculares. Ressalta-se, ainda, o alto custo social em nosso meio, pois a HA é responsável por

cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e absenteísmo ao trabalho¹¹.

Os ACS foram numerados de 1 a 52, objetivando análise dos resultados, mas respeitando o sigilo de suas identidades. Relataram por meio de seus depoimentos a realidade de acompanhamento do paciente crônico, qual seja a dificuldade de adesão às recomendações efetuadas. Os depoimentos descritos nesse eixo são somente os referentes aos ACS que relataram este fato durante a entrevista, já aqueles que não se ativeram a este aspecto ou responderam laconicamente "sim, já tive um caso", ou "não tive um caso assim" não foram descritos. É importante afirmar que 21% dos ACS relataram o depoimento durante a entrevista que serviram de fundamento do eixo deste estudo de caso que foram exemplificados durante a discussão geral, conforme classificação:

Depoimento da ACS 1

"(...) há pessoa que queria que eu visitasse, mas não acompanhasse (...)".

Depoimento da ACS 9

"(...) a gente orienta, fala, se conselho fosse bom, vendia, é difícil, mas a gente tem que entender que a pessoa tá doente né, então a gente tem que relevar e continuar fazendo a visita normal".

Depoimento da ACS 38

"(...) ACS nunca deve desistir do paciente, mesmo o paciente não querendo ela. É uma situação de risco, tem que tá investindo nessa visita sim".

Depoimento da ACS 40

"Eu tinha uma paciente que era bem grossa sabe, na minha frente ela tratava bem, mas quando eu saía ela falava um monte de coisa, só que eu procurei tratar ela profissionalmente e deixei de lado, assim, vou visito ela, vejo como ela tá, vejo a situação dela e ficou por isso, nunca deixei de visitar né, não deixei de acompanhar ela, mas ela é bem grosseira, depende do dia, ela grita de lá pra frente que não quer te atender, passa pra lá porque agora eu não posso".

No segundo caso a resposta foi que (n=52,100%) das ACS não revelariam o caso da paciente portadora de HIV ao marido da mesma.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

(AIDS) trouxe à tona questões éticas imprescindíveis para preservar o ser humano. Vale ressaltar que, inicialmente, adotaram-se Proposta e Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Biomédica envolvendo seres humanos (CIOM/MS, 1982 e 1983), incorporando a Declaração de Helsinque, que foi adotada, em muitos países, inclusive no Brasil, como referencial ético¹².

Nesse caso, descrevemos os depoimentos da maioria das repostas destacando que as ACS relatam que o sigilo de informações é importante e que o diagnóstico do paciente deve ser relatado pela própria pessoa doente ao seu cônjuge discurso de 11 ACS, ou seja, (21%).

Depoimento da ACS 1

"Eu acho que se ela pediu sigilo, eu acho que é ideal a gente manter o sigilo, pelo menor que ela possa, ela queria contar, mas acho que isso não cabe à gente".

Depoimento da ACS 5

(...) "Eu acho que tem que resolver por outros caminhos, envolver outros profissionais, mas tentar convencer a própria esposa a contar ao marido".

Depoimento da ACS 6

"A paciente não era casada e não queria que os familiares soubessem, então ela me chamou de cantinho e tudo que ela precisava, agendar TEC, essas coisas, eu trouxe para a minha enfermeira, até que a situação dela agravou, que ela era solteira e morava com a irmã, aí foi preciso falar com a família, mas daí ela tomou essa atitude, entendeu? A gente jamais tomou a frente, acho que não se deve, a pessoa que tem que decidir".

A pesquisa mostra que é frequente o contato do ACS com pacientes portadores de HIV e que, para eles, a questão do sigilo é fundamental, embora entendam a importância de ser revelado para proteção do parceiro. Outros estudos evidenciaram o mesmo resultado, inclusive com situações em que o ACS possa vir a ser a primeira pessoa da equipe de saúde a tomar conhecimento do caso, gerando um dilema ético de como deva proceder em relação às dúvidas que possam ser levantadas pelo indivíduo recém-diagnosticado¹³⁻¹⁴.

No caso 3, as ACS já tinham experimentado esta vivência quanto ao acompanhamento de adolescentes. Os adolescentes geralmente apresentam resistência em procurar os serviços de saúde, pois não há assistência hebiátrica específica a eles destinada, além de frequentemente sentirem dificuldade de acesso, especialmente quando não são acompanhados de seus pais ou responsáveis¹⁵.

Colocamos um ponto importante nesse caso: "A adolescente tem 12 anos". Optamos por dividir a análise dos depoimentos em dois eixos temáticos: Percepção dos ACS no atendimento a adolescentes no item sexualidade e A percepção do ACS quanto à família do adolescente.

Percebemos pelos relatos que as ACS estão preocupadas com o atendimento de adolescentes. Se por um lado procuram respeitar as suas autonomias decisórias, por outro se sentem compromissadas com as orientações na utilização de métodos contraceptivos para que gestações indesejadas sejam evitadas, anseiam transmitir conhecimentos de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e sabem a importância de suas ações no estímulo à realização de consulta com médico e com a enfermeira da UBS e apenas quatro (7%) depoimentos das ACS serviram de análise para este eixo, os demais depoimentos foram classificados em outros eixos temáticos a serem discutidos brevemente.

Depoimento ACS 3

(...) "Foi um pouco diferente, porque eu fui orientar a menina poderia tá fazendo o preventivo com a enfermeira".

Depoimento ACS 4

(...) "Uma menina que teve relação sexual, não com um menino, mas com vários e ela tem treze aninhos, então eu cheguei nela e conversei, mesmo que seu pai ou sua mãe não saiba, você tem que procurar um ginecologista, e me propus até a marcar consulta pra ela".

Com base nas últimas perguntas sobre código de ética, dois eixos temáticos foram definidos: Eixo Temático a percepção do ACS quanto à existência

de um código de ética e a percepção do ACS quanto ao respaldo de um código de ética na categoria profissional. A percepção dos ACS pesquisados sobre a existência de um código de ética que os respalde foi unânime, ou seja, todos (n=52) ACS acreditam ou sabem que não existe tal código para a profissão. Descrevemos alguns relatos, porém tivemos pouca complementação nas respostas, ou seja, a maioria se limitou a respostas simples.

Depoimento ACS 2, 7, 9,

"Não existe".

Depoimentos ACS 10, 15, 18, 28, 32, 34, 36, 38, 43, 47, 46,

"Não".

As ACS relataram que o código de ética é uma proteção quanto às normas e regras a serem cumpridas. Relataram que categorias profissionais como médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem o possuem e quais atribuições são definidas para os mesmos.

Em estudo sobre ACS e ética, esse dado foi muito curioso, visto que a profissão de ACS foi regulamentada em 2002 pela lei 10.507, e ainda não estão vinculados a um conselho de classe profissional. Nesta pesquisa realizada na cidade de Sorocaba – São Paulo, os ACS relataram que todo profissional tem em sua categoria um código de ética, não se atentando que, justamente a sua, não o possui¹⁶⁻¹⁷.

Em nosso estudo tivemos vários depoimentos semelhantes de ACS que enxergam que a ética permeia seus cotidianos e que a existência de um código seja fundamental e um instrumento de amparo e valorização do trabalho, indicativo dos procedimentos a serem cumpridos de acordo com a ética para o bom nome de sua classe e o melhor para os usuários. Algumas ainda ressaltam que outras categorias têm e que, embora possam ser utilizados como referenciais, não são específicos para orientar suas ações.

Depoimento ACS 2

"Eu acho muito importante".

Depoimento ACS 5

"Como todos tem, daí não vejo problema não".

Depoimento ACS 6

(...) "A gente se baseia no código que tem do auxiliar, os que os profissionais passam pra gente, a gente se baseia nisso".

Depoimento ACS 10

"Sim com certeza, demais até, a gente lida com muita gente, aí é difícil".

Depoimento ACS 12

(...) "Seria interessante porque trabalha com muita gente, muitas vidas e realmente são muitos tipos de problemas difíceis".

A ética é considerada um elemento de alto grau no nosso estudo, assim como em outros de mesma natureza¹⁸⁻²⁰, nesse sentido a criação de um código de ética a esses profissionais é vital quanto ao amparo de atribuições, responsabilidades, princípios, deveres e direitos, relacionamento com outros profissionais, entre outros. Finalizando, identificamos que o ACS é de fato, um ator importante para a ESF e que situações éticas fazem parte do dia a dia deste profissional. Por meio desse estudo revelamos sentidos que esses agentes estão produzindo na prática de suas ações.

CONCLUSÃO

Após apresentação desses resultados para a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Rolândia – Paraná, organizou-se um curso de capacitação sobre bioética para os ACS, organizado por alunos e professores do Centro Universitário Filadélfia (UNIFIL) de Londrina – Paraná. Foram utilizadas metodologias ativas, com o preparo de casos problematizadores da prática dos ACS, contextualizando os dilemas éticos e solucionando-os em parceria. Ao final do curso os ACS receberam feedback de suas participações, bem como um certificado e, desta forma, articulou-se ensino e pesquisa, promovendo integração e educação, visando melhorar a eficácia do serviço público por meio de soluções de problemas.

No que se refere aos ACS do município de Rolândia, percebemos que estes lidam com conflitos éticos e as manifestações pelos participantes desse estudo demonstraram que, apesar de não possuírem um código de ética, em sua maioria, têm uma percepção moralmente correta.

Os aspectos éticos que permeiam circunstâncias comuns da prática diária do ACS foram identificados pelas situações dilemáticas hipotetizadas, que são amplas em sua complexidade, mas propiciaram a análise proposta pelo estudo. Assim, revelou-se estratégia positiva para obtenção dos resultados e poderá ser reproduzida com ACS de outros municípios e estados, corroborando nossos achados no futuro.

Atuar na ESF não requer somente um redirecionamento na prática profissional de um ACS, mas sim do equacionamento ético em um conjunto de situações de seu cotidiano. Temos a expectativa ainda que nosso trabalho possa contribuir para a cristalização deste código, como forma de contribuição e integração dos serviços com o ensino.

REFERÊNCIAS

- 1 ROSA WAG, LABATE RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005;13(6):1027-34.
- 2 VASCONCELLOS MPC. Reflexões sobre a saúde da família. In: Mendes, EV, organizador. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: HUCITEC, 1998. p.155-72.
- 3 NUNES, MO. Trad LB, Almeida BA de, Homem CR, Melo, MCIC. O agente comunitário de Saúde: construção da identidade deste personagem. *Cad. saúde pública* 2002;18(6):1639-46.
- 4 FORTES PAC, SPINETTI SR. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Cad Saúde Pública* 2004;20(5):1328-33.
- 5 Garbin AJI, Garbin CAS, Moimaz SAS; Diniz DG. Ética e atuação profissional: percepção de Agentes Comunitários de Saúde. *Saúde Étic & Just* 2011;00(2):65-71.
- 6 ABRACOM. Código de Ética [Internet]. São Paulo: Abracom; [citado 2018 Out 20];13 p. Disponível em: http://www.abracom.org.br/download/codigo_etica.pdf. Acesso em: 20/10/2018.
- 7 Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2004;20(6):1690-99.

8 Schwengber C. Aspectos históricos de Rolândia. Rolândia: Wa Ricieri- Gráfica; 2003. p. 33-47.

9 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997. Normas e Diretrizes do Programa dos Agentes Comunitários e Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 nov. 1997.*

10 Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2009.

11 Smeltzer SC, Bare BG. Histórico e tratamento de pacientes com hipertensão. In: *Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.690-700.

12 Oselka G. Bioética clínica: reflexões e discussões sobre casos selecionados. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Centro de Bioética; 2008. 266 p.

13 Seoane A, Fortes PAC. A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. *Saúde Soc* 2009;18(1):42-9.

14 Seffner F. O conceito de vulnerabilidade: uma ferramenta útil em seu consultório [Internet]. Canoas: UNILASALLE; 2005 [citado 2018 Out 20]. Disponível em: [<http://www.unilasalle.edu.br/seffner/artigo4.htm>].

15 Carvacho IE et al. Fatores associados à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. *Rev Saúde Pública* 2008;42(5):886-94.

16 Mendonça MHM de. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. *Cad Saúde Públ* 2004;20(5):1433-34.

17- BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 200 p.

18 Vidal SM, Souza Motta LC, Siqueira-Batista R. Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. *Saúde Soc São Paulo* 2015;24(1):129-40.

19 Garbin AJI, Garbin CAS, Moimaz SAS, Diniz DG. Ética e atuação profissional: percepção de Agentes Comunitários de Saúde. *Saúde, Ética & Justiça* 2011;00(2):65-71.

20 Gomes AP, Gonçalves LL, Souza CR, Siqueira-Batista R. Estratégia Saúde da Família e bioética: grupos focais sobre trabalho e formação. *Revista Bioética* 2016;24(3):488-494.

RECEBIDO: 03/08/2018

ACEITO: 24/10/2018

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MUNICÍPIOS DE UMA REGIONAL DE SAÚDE

Hospitalization for primary care sensitive conditions in cities of a regional health network

Alessandro Rodrigues Perondi¹, Ana Paula Wilges², Márcia da Silva Roque³, Cirlei Piccoli Cosmann⁴, Lediane Dalla Costa⁵

1. Mestre, Professor Adjunto no Departamento de Enfermagem da Universidade Paranaense, Francisco Beltrão, Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2001-8828>
2. Enfermeira no setor de UTI do Hospital Policlínica São Vicente de Paula e Ceonc -Hospital do Câncer. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9239-32753>.
3. Acadêmica do 4º ano do curso de Enfermagem da Universidade Paranaense, Francisco Beltrão, Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0733-1756>
4. Acadêmica do 4º ano do curso de Enfermagem da Universidade Paranaense, Francisco Beltrão, Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0487-2020>
5. Coordenadora do curso de Enfermagem da Universidade Paranaense, Francisco Beltrão, Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9114-3669>

CONTATO: Alessandro Rodrigues Perondi | Av. Júlio Assis Cavalheiro, 2000 | CEP. 85601-000 | Bairro Industrial | Francisco Beltrão - PR | E-mail: alessandroperondi@prof.unipar.br.

COMO CITAR: Perondi AR, Wilges AP, Roque MS, Cosmann CP, Costa LD. Internações por condições sensíveis a atenção primária em municípios de uma regional de saúde. R. Saúde Públ. 2018 Dez;1(2):110-117.



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 teve por objetivo analisar a efetividade do acesso ao atendimento na atenção primária por meio do levantamento dos números de internamentos por condições sensíveis à atenção primária ocorridos nos municípios com menos de 100% de cobertura da estratégia saúde da família na 8ª Regional de Saúde do Paraná. Ademais, buscou-se encontrar relação entre a cobertura da estratégia saúde da família com o número de internamentos por condições sensíveis à atenção primária. Trata-se de um estudo ecológico com dados secundários do Ministério da Saúde. Diante dos resultados encontrados pode-se observar que nos municípios de Francisco Beltrão, Ampére e Dois Vizinhos, foi identificada a relação entre o aumento da cobertura da estratégia saúde

da família e a diminuição de internamentos por condições sensíveis à atenção primária, contudo, apenas para Francisco Beltrão essa correlação foi forte e significativa. Neste aspecto, se faz necessário incentivar estudos que visem a avaliação dos serviços de saúde para embasar as decisões dos gestores em relação aos investimentos nos serviços de atenção primária à saúde, objetivando promover a oferta de serviços de qualidade e resolutivos.

RESUMO Atenção Primária à Saúde. Indicadores Básicos de Saúde. Gestão em Saúde. Internação Hospitalar.

ABSTRACT The present study aimed to analyze the effectiveness of access to care in primary care facilities by collecting numbers of hospitalizations for sensitive primary care conditions in municipalities with less than 100% coverage of the family health strategy in the 8th Regional Health Network of Paraná. In addition, we sought to find a relationship between the coverage of the family health strategy and the number of hospitalizations due to conditions sensitive to primary care. In view of the results found, it can be observed that in the municipalities of Francisco Beltrão, Ampére and Dois Vizinhos, a relation between the increase in coverage of the family health strategy and the reduction of admissions due to sensitive primary care conditions was identified. However, only in the city of Francisco Beltrão this correlation was strong and significant. Thus, it is necessary to encourage studies aimed at evaluating health services to support the decisions of managers in relation to investments in primary health care services, aiming to promote the provision of quality and resolute services.

KEYWORDS: Primary Health Care. Health Status Indicators. Health Management. Hospital internment.

INTRODUÇÃO

Na década de 1980, foi desenvolvido o conceito de hospitalizações potencialmente evitáveis ou condições sensíveis à atenção ambulatorial, como reflexo indireto de problemas com o acesso e a efetividade dos cuidados primários.¹

A partir de então, estudos vêm sendo desenvolvidos, utilizando dados de internações potencialmente evitáveis, mostrando sua estreita relação com as características dos sistemas de saúde e especialmente com a política de atenção primária à saúde (APS).¹

No Brasil também se utiliza vários métodos de análise dos serviços de saúde. Em 17 de abril de 2008 o Ministério da Saúde (MS) lançou por meio da portaria 221, a Lista Brasileira de Internamentos por Condições Sensíveis à Atenção Primária, utilizando como referência a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10). O artigo segundo desta portaria define que a Lista Brasileira de Internamentos por Condições Sensíveis à Atenção Primária pode ser utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser

aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal.²

A estruturação da saúde em três esferas de acolhimento nos remete a uma visão organizacional, onde o primeiro nível é responsável pelo acolhimento, assistência e resolubilidade de doenças que podem ser prevenidas e assim não cheguem ao seu nível de atendimento terciário.

Estudos apontam que a APS tem capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde de uma dada população e deve conciliar ações de assistência com prevenção e promoção da saúde, além de coordenar a atenção prestada nos outros níveis do sistema, agindo como a base para o trabalho dos níveis secundário e terciário.³

A Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza que a APS deveria ser central e estruturante dos sistemas de saúde.⁴ É por meio da APS que se forma e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, abordando os problemas mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação, maximizando a saúde e o bem-estar.³

A Estratégia Saúde da Família (ESF), vertente brasileira da APS, que se caracteriza como porta de entrada prioritária de um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado, hierarquizado e regionalizado. Provocando de fato e de direito, um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde.⁵

Sendo assim problemas de saúde da comunidade que podem ser resolvidos ou tratados em nível de ESF, são consideradas doenças sensíveis a atenção primária, ou seja, são de responsabilidade deste nível de atenção, quando não abrangidas por ela, podem chegar a nível hospitalar caracterizando-se como Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP).

Segundo a portaria que reconheceu estes internamentos, considera-se as ICSAP como doenças que podem ser prevenidas e tratadas pela

atenção básica, e compõe-se de 74 diagnósticos classificados no CID-10 que são divididos em grupos de doenças.⁶ Altas taxas de ICSAP estão associadas à deficiência de cobertura dos serviços e/ou baixa resolubilidade da atenção primária para determinados problemas de saúde.²

Neste aspecto, o objetivo do presente trabalho foi analisar a efetividade do acesso ao atendimento na atenção primária por meio do levantamento dos números de internamentos por ICSAP ocorridos nos municípios com menos de 100% de cobertura de ESF, na área de abrangência da 8ª Regional de Saúde de Francisco Beltrão – Paraná. Ademais, busca-se encontrar associações entre a cobertura de ESF pertinente a cada município estudado com o número de ICSAP identificado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, com abordagem quantitativa, de caráter retrospectivo, a qual buscou avaliar o serviço da atenção primária em saúde por meio da identificação do número de internamentos ocorridos por ICSAP entre os anos de 2010 e 2014 e associá-lo com a cobertura de ESF nos municípios com menos de 100% de cobertura de ESF na área de abrangência da 8ª Regional de Saúde do Paraná.

Os dados sobre as internações hospitalares, referentes ao período de 2010 a 2014, foram coletados em agosto de 2016, diretamente no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) (SIH/SUS/DATASUS), por meio das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs). Sobre a cobertura da população por ESFs, coletaram-se os dados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Quanto às estimativas populacionais referentes aos anos em estudo, as informações foram obtidas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo coletados por meio do site do DATASUS.

O referido estudo dispensou instrumentos de coleta, visto que, o banco de dados do DATASUS,

por meio do sistema TABWIN, emite os dados já listados e estruturados conforme a solicitação gerada pelo usuário.

Foram incluídas no estudo todas as internações correspondentes à lista de ICSAP dos municípios que não apresentavam 100% de cobertura de ESF na área de abrangência da 8ª Regional de Saúde do Paraná, com vistas a propiciar a investigação da relação entre a cobertura de ESF e as ICSAP.

Foram excluídos do estudo os demais municípios que apresentavam 100% de cobertura de ESF e outros internamentos que não eram pertencentes à lista de ICSAP do Ministério da Saúde.

A 8ª Regional de Saúde é responsável por abranger 27 municípios pertencentes à região Sudoeste do Paraná, e dos municípios pertencentes a ela, cinco não possuem 100% de cobertura por ESF, sendo eles: Ampére, Dois Vizinhos, Francisco Beltrão, Marmeleiro e Realeza.

Após coletados, os dados foram digitalizados no Programa Microsoft Excel (2010), posteriormente analisados por meio do programa de análises estatísticas SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 20.0. Foi utilizada primeiramente uma análise de normalidade por Shapiro – Wilk, sendo aplicada uma análise não paramétrica de correlação linear de Spearman, buscando investigar a relação entre a cobertura de ESF com as ICSAP.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Paranaense com parecer de aprovação nº1.590.531, na data de 15 de junho de 2016.

RESULTADOS

Participaram do estudo cinco municípios que se enquadraram nos critérios de inclusão, todos pertencentes à 8ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, e destes pode-se observar na tabela 1 que o município de Francisco Beltrão foi o único onde houve diminuição homogênea da taxa de ICSAP com o aumento da cobertura de ESF.

Em 2010 o município de Francisco Beltrão apresentava taxa de ICSAP de 15,5%, com uma cobertura de ESF de 36,2%, e para 2014 a cobertura de ESF elevou-se para 59,8% e a taxa de ICSAP diminuiu para 10,6%.

Em relação a Ampére, o município apresentou diminuição dos internamentos, porém houve oscilação na cobertura por ESF, sendo que em 2010 havia 76,4%, em 2011 elevou-se para 79,7%, com diminuição em 2013 para 78,6%, que manteve-se em 2014.

No município Dois Vizinhos houve oscilação tanto em relação aos ICSAP quanto na cobertura de ESF obtendo pouca diferença em relação a 2010 e 2014, sendo que em 2010 o ICSAP era de 31,9% e em 2014 de 30,6%, e a cobertura de ESF de 77,3% em 2010 subiu para 80,7% em 2014.

Em Marmeleiro observou-se diminuição da cobertura de ESF, sendo que em 2010 havia 76,3% e em 2014 74,3%, em relação aos ICSAP houve 4,3% de diminuição (2010: 38,1% e 2014: 34,4%). Já para Realeza nota-se que diminuiu o ICSAP de 27,9% em 2010 para 20,2% em 2014, porém a cobertura por ESF manteve-se na faixa de 84%.

Ao analisar o teste de correlação e significância na tabela 2, observou-se que apenas Francisco Beltrão apresentou significância e correlação suficiente para afirmar que o aumento das ESFs está relacionado com a diminuição de ICSAP.

DISCUSSÃO

Diversas metodologias têm sido empregadas com o intuito de avaliar a atenção primária, principalmente depois da criação das ESF, que instigou ainda mais a busca de indicadores que pudessem medir a efetividade e qualidade dos serviços de saúde. Desde então se busca consolidar essa efetividade por meio de avaliações com o intuito de identificar associação entre o aumento da cobertura de ESF e a diminuição das ICSAP.

Evidências científicas apontam para a redução da taxa global de ICSAP com o aumento da cobertura

Tabela 1. Percentual anual dos ICSAP e cobertura populacional de ESF dos municípios selecionados para o estudo, Francisco Beltrão, Paraná, 2016.

Municípios	Anos	ICSAP	ESF
Francisco Beltrão	2010	15,5%	36,2%
	2011	14,5%	34,9%
	2012	13,8%	38,8%
	2013	12,5%	42,7%
	2014	10,6%	59,8%
Ampére	2010	29,4%	76,4%
	2011	28,4%	79,7%
	2012	28,3%	79,1%
	2013	28,6%	78,6%
	2014	23,6%	78,6%
Dois Vizinhos	2010	31,9%	77,3%
	2011	25,6%	85,8%
	2012	30,9%	79,8%
	2013	33,9%	80,7%
	2014	30,6%	80,7%
Marmeleiro	2010	38,1%	76,9%
	2011	37,2%	74,4%
	2012	38,8%	74,4%
	2013	31,7%	74,3%
	2014	34,4%	74,3%
Realeza	2010	27,9%	84,7%
	2011	26,8%	84,5%
	2012	19,6%	84,3%
	2013	23,4%	84,2%
	2014	20,2%	

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Tabela 2. Correlação e significância de ICSAP e cobertura por ESF dos municípios selecionados para o estudo, Francisco Beltrão, Paraná, 2016.

	Francisco Beltrão	Ampére	Dois Vizinhos	Marmeleiro	Realeza
Cobertura	- 0,900*	-0,462	-0,200	-0,811*	-0,667
Internação	(0,037)*	(0,434)	(0,747)	(0,096)	(0,219)
					*p<0,05
					*correlação forte=> 0,700

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

da ESF e ampliação da atenção primária em saúde no Brasil.⁷ Assim como em estudo realizado na região sul, onde evidenciaram que praticamente todos os municípios das coordenadorias de saúde do Rio Grande do Sul tiveram decréscimo nas taxas de ICSAP. De 1995 a 1999, foram observadas elevações das taxas de ICSAP e posteriormente uma diminuição, que coincidiu com os anos seguintes aos da criação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Governo Federal, em 1994, pelo Ministério da Saúde. A maioria dos municípios começou a apresentar queda relativamente constante nas taxas de hospitalização por CSAP entre 1997 e 2000. Isso sugere um período entre a criação do PSF e a estabilização das condições de saúde para haver diminuição nas internações hospitalares pelas condições estudadas.⁸

De 2000 a 2006, houve uma redução de 15% nesse grupo de internações no país. A ESF tem apresentado amplo potencial para atuação, principalmente em se tratando de doenças crônicas, como asma, doença cardiovascular, acidente vascular cerebral, além de outras condições.⁹ Em estudo realizado no estado da Bahia o aumento da cobertura de ESF resultou em redução das taxas de internações por condições sensíveis à Atenção Primária por gastroenterites infecciosas e doenças respiratórias em menores de cinco anos.¹⁰

Os estados com maior cobertura de PSF tiveram uma redução nas ICSAP em torno de 5% durante cinco anos. Da mesma forma, impactos positivos de investimentos na atenção primária foram observados em vários estudos conduzidos na América Latina para avaliar as ICSAP. Todos os achados contribuem para a validade das ICSAP como indicador capaz de mensurar a efetividade dos sistemas de saúde, principalmente para avaliar o impacto da atenção primária em saúde.¹¹

Em 2006, as internações por condições sensíveis à atenção primária foram responsáveis por 2.794.444 entre as 9.812.103 internações pelo SUS, correspondendo a 28,5% do total de hospitalizações, excluindo-se partos. A taxa de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária foi igual a 149,6 por 10 mil habitantes.²

Em 2001, do total de internamentos realizados pelo SUS, 27,4% foram por condições sensíveis à atenção ambulatorial, tendo como consequência um gasto de 1,03 bilhão de reais, ou seja 15% de todos os gastos hospitalares.¹²

Em estudo realizado no sul do Brasil, mostrou-se que a baixa cobertura de ESF resultou em um aumento duas vezes maior de internações por condições sensíveis à atenção primária em mulheres da 5ª Regional de Saúde do Paraná.¹³

Um estudo ecológico realizado no município de Belo Horizonte, onde a cobertura de ESF atingiu 75,5%, mostrou a redução de ICSAP no período de quatro anos, e no mesmo estado de Minas Gerais, estudo transversal realizado no município de Montes Claros, com cobertura da ESF ao redor de 50,0%, apontou, entre outros fatores associados, que o controle de saúde realizado fora da ESF aumentava em mais de duas vezes a prevalência da ICSAP.¹⁴

Em estudo realizado em Minas Gerais no período de 1998 a 2004 mostrou-se que quanto mais subia a cobertura por ESF, mais caía a taxa de internamentos por condições evitáveis, ou seja, enquanto a cobertura do estado por ESF subia de 13,8% para 51%, no mesmo período os internamentos evitáveis diminuíram 12,6%.¹⁵

Em Florianópolis, Santa Catarina, entre 2001 e 2011 foi avaliada a tendência das taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária e verificou-se sua correlação com o investimento financeiro em saúde e a cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família, identificando uma diminuição de 3% ao ano na taxa de ICSAP, aumento de três vezes na cobertura da ESF e de sete vezes nos investimentos financeiros per capita em saúde, passando de R\$ 67,65 (2001) para R\$ 471,03 (2011). Os investimentos per capita em saúde e a cobertura populacional pela ESF foram negativamente correlacionados com a taxa de internações por ICSAP. Visto isso, a conclusão alcançada foi a de que os investimentos financeiros e a expansão da ESF foram acompanhados por reduções importantes nas taxas de internações por ICSAP.¹⁶

Estes resultados condizem com os encontrados no presente estudo, onde se pode observar que nos municípios de Francisco Beltrão, Dois Vizinhos e Ampére as taxas de ICSAP tiveram relativa diminuição entre os anos de 2010 e 2014 conforme houve o aumento na cobertura populacional pelas ESFs, sendo que para Francisco Beltrão este resultado apresentou significância ($p=0,037$) e forte correlação ($-0,900$) o que condiz com a grande maioria dos estudos publicados recentemente.

Em contrapartida não foram observados os mesmos resultados nos municípios de Marmeleiro e Realeza, onde nota-se que o aumento da cobertura de ESFs não alterou as taxas de ICSAP. Mesmo com o aumento da cobertura de ESF no país a proporção de ICSAP não está relacionada apenas às condições da APS, mas que os fatores relacionados do próprio paciente como variáveis socioeconômicas e demográficas também podem apresentar maior associação com essas internações.¹³

Em estudo com 13 municípios do Rio Grande do Sul, buscando analisar o indicador de ICSAP referente aos anos de 2000 a 2012, demonstrou-se que, no município de Amaral Ferrador, as taxas de ICSAP apresentaram uma redução considerável quando comparadas aos demais Municípios, contudo, a cobertura populacional por ESF não teve variações expressivas entre os anos em estudo. Já para os municípios de São Lourenço do Sul e Encruzilhada do Sul, ambos do estado do Rio Grande do Sul, ocorreu um aumento importante na cobertura populacional, e mesmo assim as taxas de ICSAP mantiveram-se elevadas durante o período.¹⁷

Na literatura, as ICSAP têm sido usadas como indicador para comparar o desempenho de serviços, para avaliar os efeitos de determinadas políticas de saúde e para comparar a resolutividade, qualidade e acesso à APS. Visto a importância destes dados devemos ser cautelosos na interpretação das ICSAP, pois esse indicador pode estar relacionado a um conjunto de ações, e não somente a um fator específico. Os resultados não devem ser atribuídos apenas ao nível do cuidado

em saúde, mas também relacionados à ampla gama dos determinantes sociais do processo saúde-doença, pois em sociedades bem organizadas deve haver acesso universal a serviços médicos de elevada qualidade. A oferta de saúde universal não garante que o acesso seja efetivo.¹⁸ O acesso aos sistemas de saúde é facilitado em locais com níveis de atenção primária bem estabelecidos.⁵ A análise das condições de atendimento na atenção primária é condição essencial para que os gestores possam realizar medidas adequadas de saúde e tomar decisões corretas.¹⁹

CONCLUSÃO

Diante dos dados encontrados é possível perceber que nos municípios Francisco Beltrão, Ampére e Dois Vizinhos, foi evidenciada a relação entre o aumento da cobertura de ESF e a diminuição da ICSAP, tendo como destaque o município de Francisco Beltrão que, quando posto em análise estatística, apresentou forte correlação e significância. O mesmo não pode ser observado nos municípios de Marmeleiro e Realeza onde não foi possível visualizar tal relação.

Uma das questões deve ser lembrada em relação às limitações do próprio estudo ecológico, sabendo que estes dados são de fontes secundárias, e que são verificados na coletividade das ICSAP, eles não refletem a condição individual de cada pessoa. Destaca-se também que a fonte de dados utilizadas são do SIH/SUS, que contempla somente as internações da rede pública, não refletindo a total realidade da população.

Estudos que visam à avaliação dos serviços de saúde são de máxima relevância, implicando nas decisões tomadas pelos gestores em relação à aplicação de investimentos nos serviços de atenção primária, com o objetivo de promover a oferta de serviços de qualidade e resolutivos.

Sugere-se que seja analisada nestes municípios não somente a efetividade do acesso ao serviço

primário para relacionar com as taxas de ICSAP, mas também a qualidade dos serviços que estão sendo prestados, podendo-se utilizar de outros instrumentos já validados.

REFERÊNCIAS

- 1 Rehem TCMSB, Silva AO, Vasconcelos AMN, Ciosak SI, Santos WS, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária: percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Rev Investigação Qualitativa em Saúde*. 2016;2:1039-48.
- 2 Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis a atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). *Cad. Saúde Pública*. 2009;25 (6):1337-9.
- 3 Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 725 p.
- 4 Figueiredo AM. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: análise e concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
- 5 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 8p p.
- 6 Brasil, Secretaria de Atenção Básica. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. *Diário Oficial da União*, Brasília, abr. 2008.
- 7 Nedel FB, Facchini, LA, Martín-Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Programa de Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Rev saúde pública*. 2008;42 (6):1041-52.
- 8 Souza LL de, Costa JSD da. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. *Rev Saude Publ*. 2011;45 (4):755-72.
- 9 Macedo SEC, Menezes AMB, Albernaz E, Post P, Knorst M. Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. *Rev Saúde Pub.* 2007;41 (3):351-8.
- 10 Paixão ES, Pereira APCM, Figueiredo MAA. Hospitalizações sensíveis a atenção primária em menores de cinco anos. *Rev Eletrônica Gestão & Saúde*. 2013;04(2):224-36.
- 11 Cardoso CS, Pádua CM, Rodrigues-Júnior AA, Guimarães DA, Carvalho SF, Valentin RF et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *Rev panam salud pública*. 2013;34(4):227-34.
- 12 Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; 2015.
- 13 Pitolin EB, Gutubir D, Molena-Fernandes CA, Pelloso SM. Internações sensíveis à atenção primária específica de mulheres. *Ciêns Saúde Colet*. 2015;20(2):441-8.
- 14 Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Rodrigues Neto JF. Internações sensíveis na atenção primária como indicador da avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(06):928-36.
- 15 Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da Saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
- 16 Brasil VP, Costa JSD da. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina - estudo ecológico de 2001 a 2011. *Rev Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(1):75-84.
- 17 Santos VCF et al. Internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP): discutindo limites à utilização deste indicador na avaliação da atenção básica em saúde. *Rev Electron Inf Inov Saúde*. 2013;7(02):1-16.
- 18 Wong RP, Perpétuo IHO, Berenstein CK. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) no contexto de mudanças no padrão etário da população brasileira. In: *Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais*; 2006; Caxambu-MG. Belo Horizonte: ABEP; 2006.
- 19 Hartz ZMA, Felisberto E, Silveira LMV. Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 2008. 409 p.

RECEBIDO: 31/08/2018

ACEITO: 22/10/2018

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA EQUIPE GESTORA DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

Nurses' performance in the health management team in small municipalities

Fernanda de Freitas Mendonça¹, Thaisa Mara de Melo², Marselle Nobre de Carvalho³,
Brígida Gimenez Carvalho⁴

1. Enfermeira, Doutora, docente do departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3532-5070>

2. Enfermeira residente multiprofissional em saúde da família da Universidade Estadual de Londrina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1380-6911>

3. Farmacêutica, Doutora, docente do departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7338-5448>

4. Enfermeira, doutora e professora do departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3850-870X>

CONTATO: Fernanda de Freitas Mendonça | E-mail: fernanda0683@gmail.com

COMO CITAR: Mendonça FF, Melo TM de, Carvalho MN de, Carvalho BG. Atuação do enfermeiro na equipe gestora de saúde em municípios de pequeno porte. R. Saúde Públ. 2018;1(2):118-128



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 estudo tem o objetivo de analisar a atuação dos enfermeiros como integrantes da equipe gestora de saúde em municípios de pequeno porte. Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo, com 176 enfermeiros integrantes das equipes gestoras de 82 municípios de pequeno porte da macrorregião norte do Paraná. Os dados foram coletados durante entrevista com os profissionais, por meio de formulário estruturado. Os resultados revelaram que a maioria era do sexo feminino, com idade superior a 30 anos e pós-graduada. Desempenhavam 595 funções, destacando-se o gerenciamento de Sistemas de Informações, sendo que 69,9% dos enfermeiros acumulavam entre 2 e 14 funções. A maioria conhecia os Instrumentos de Gestão investigados. Considerando a participação estratégica dos enfermeiros, ratifica-se a importância da qualificação desses profissionais, visto que a

instituição de mudanças requer profissionais capacitados e implicados com a efetivação do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem em Saúde Pública. Gestão em Saúde. Sistema Único de Saúde – SUS.

ABSTRACT The study aims to analyze the performance of nurses as members of the health management team in small municipalities. This is a cross-sectional, exploratory and descriptive study with 176 nurses from the management teams of 82 small municipalities in the northern macroregion of the state of Paraná. Data were collected during an interview with the professionals, through a structured form. The results showed that most of them were female, over 30 years of age, and postgraduate. They had 595 functions, with the management of Information Systems being highlighted; 69.9% of nurses accumulated between 2 and 14 functions. Most of them were aware of the management instruments investigated. Considering the strategic participation of nurses, the importance of the qualification of these professionals is confirmed, because the institution of changes requires trained professionals who are involved with the implementation of the Unified Health System.

KEYWORDS: Public Health Nursing. Health Management. Unified Health System - SUS.

INTRODUÇÃO

A descentralização político-administrativa das ações e serviços de saúde é uma das diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro¹. Observa-se que avanços significativos para a consolidação do SUS foram produzidos a partir da implementação desta diretriz, que ficou conhecida como municipalização da saúde. Todavia, diversos desafios ainda permeiam esse processo, particularmente no que se refere à sua implementação nos municípios de pequeno porte (MPP) por apresentarem cenários econômicos e sociais heterogêneos².

Com população de até 20 mil habitantes, os MPP representam aproximadamente 70% da totalidade do país³ e são, portanto, um dos principais protagonistas na implementação e gestão do SUS. Contudo, muitos deles não possuem sequer uma base técnica para assumir a gestão da rede de serviços de saúde instalados e para atuar na

elaboração e implementação de políticas locais de saúde⁴.

Desta forma, ressalta-se o papel do gestor local de saúde, que, diante do processo de descentralização do SUS, possui a responsabilidade de conduzir as políticas de saúde de acordo com os princípios e diretrizes do sistema e de desempenhar uma complexa função com atuação nas dimensões política e técnica, desenvolvida por meio de macrofunções⁵.

As macrofunções gestoras na saúde são classificadas em: a) formulação de políticas/planejamento; b) financiamento; c) regulação, coordenação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores, públicos ou privados) e d) prestação direta de serviços de saúde⁵. Para apoiar o exercício das funções gestoras são utilizados os Instrumentos de Gestão, que contribuem para a

estratégia de regionalização, a articulação entre os gestores do SUS nas três esferas de governo, o monitoramento do desempenho dos gestores, entre outros⁶.

A partir das macrofunções, uma série de subfunções e atribuições são exercidas por uma equipe gestora local de saúde, que é integrada por profissionais de diversas categorias. A participação do enfermeiro nesta equipe de construção e efetivação do SUS local é objeto de algumas pesquisas nacionais, que trazem reflexões sobre potenciais e desafios relacionados à atuação deste profissional no cenário de gestão⁷⁻⁹.

Considerando a necessidade de se aprofundar o conhecimento sobre a atuação dos enfermeiros nas equipes de gestão das diferentes realidades do país, este estudo teve por objetivo caracterizar estes profissionais que integram a equipe gestora de saúde em MPP, assim como analisar a atuação dos mesmos no que se refere às funções exercidas e participação nos Instrumentos de Gestão.

METODOLOGIA

Estudo transversal, exploratório e descritivo, desenvolvido a partir de um recorte da pesquisa denominada "A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do olhar da Equipe Gestora", apoiada financeiramente pela Fundação Araucária, chamada de projeto 04/2012 – Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão Compartilhada em Saúde/PPSUS.

Dos 97 municípios que integram a macrorregião norte do Paraná, 82 (84,5%) são considerados MPP³. Inicialmente, foi realizado um levantamento junto aos secretários de saúde destes municípios e às 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a Regionais de Saúde para identificação dos profissionais de referência em áreas de gestão como: gestão do fundo municipal de saúde; operação dos Sistemas de Informação; gestão dos serviços de saúde e

coordenação da Estratégia Saúde da Família (ESF), Atenção Básica (AB), ou Unidades Básicas de Saúde (UBS); entre outras.

Após identificação e contato com os profissionais de referência, procedeu-se a entrevista com os mesmos por meio de um formulário estruturado. As entrevistas ocorreram presencialmente nos locais de trabalho dos profissionais, no período de novembro de 2013 a setembro de 2014 e os dados coletados foram registrados em planilhas do Excel. Os entrevistados foram informados sobre a pesquisa e suas participações formalizadas por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Considerando o objetivo deste estudo, foram selecionadas somente as entrevistas respondidas por enfermeiros para análise das variáveis referentes à caracterização, funções de gestão exercidas e participação nos instrumentos oficiais de gestão. Com base no banco de dados gerado, procedeu-se a análise quantitativa mediante verificação de valor absoluto e frequência simples através do software EPI INFO versão 3.5.2.

A pesquisa, à qual o presente trabalho está vinculado, norteou-se pelos princípios éticos contemplados na resolução 466/2012¹⁰ e recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade à qual são vinculados os pesquisadores, sob o parecer 146/2012.

RESULTADOS

Foram entrevistados 744 profissionais com atuação em equipe gestora. Destes, 524 (70,4%) possuíam formação em nível superior, sendo que as profissões que mais se destacaram foram: enfermagem (176 = 33,6%), farmácia (74 = 14,1%), administração (45 = 8,6%) e odontologia (44 = 8,4%). Foram identificadas outras 46 áreas de formação entre os demais 185 (35,3%) profissionais

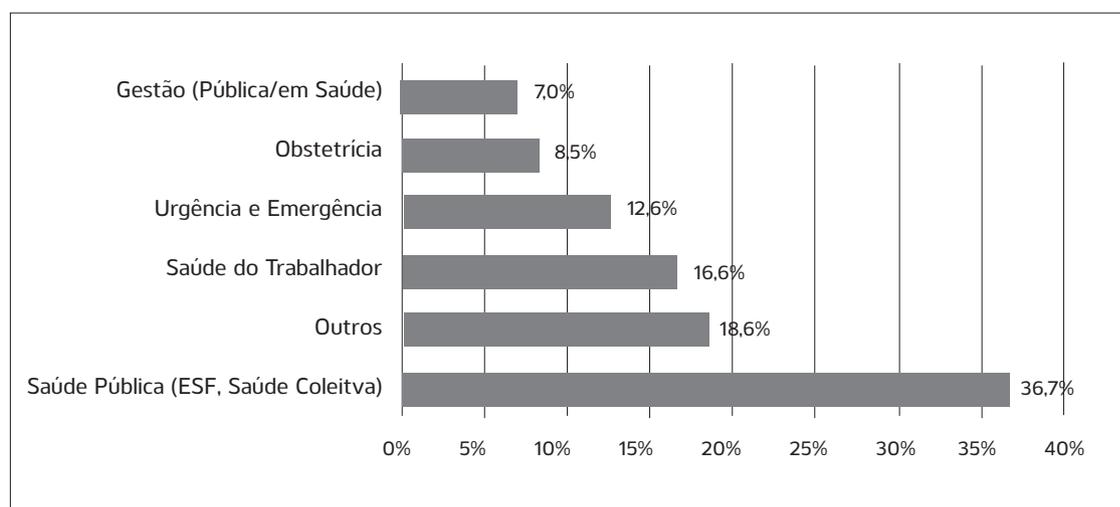
entrevistados que possuíam graduação.

Com relação aos 176 enfermeiros, que são o foco deste estudo, a maioria era do sexo feminino (87,5%), com idade superior a 30 anos (65,9%). As idades mínimas e máximas foram de 22 e 55 anos respectivamente, sendo a média de idade igual a 34,2 anos e o desvio-padrão \pm 7,3 anos. O regime estatutário foi predominante nas relações trabalhistas entre os enfermeiros e as prefeituras dos MPP (56,8%). Dentre os enfermeiros 25% deles possuíam vinculação através do regime celetista (baseado na Consolidação das Leis do Trabalho – CLT) e 10,2% ocupavam cargos comissionados.

As demais formas de vinculação empregatícia representaram 8%.

Do total, 140 enfermeiros (79,5%) possuíam pós-graduação. Dentre estes, 56 (40%) referiram ter realizado dois ou mais cursos de especialização. Apenas três enfermeiros haviam realizado especialização na modalidade de residência e nenhum dos entrevistados referiu possuir mestrado ou doutorado. Devido à grande variedade de nomenclatura dos cursos existentes, os que pertenciam a áreas afins foram agrupados para facilitar a apresentação e análise dos resultados (Figura 1).

Figura 1. Distribuição dos cursos de pós-graduação realizados pelos enfermeiros integrantes da equipe gestora em MPP no norte do PR, Brasil, 2014.



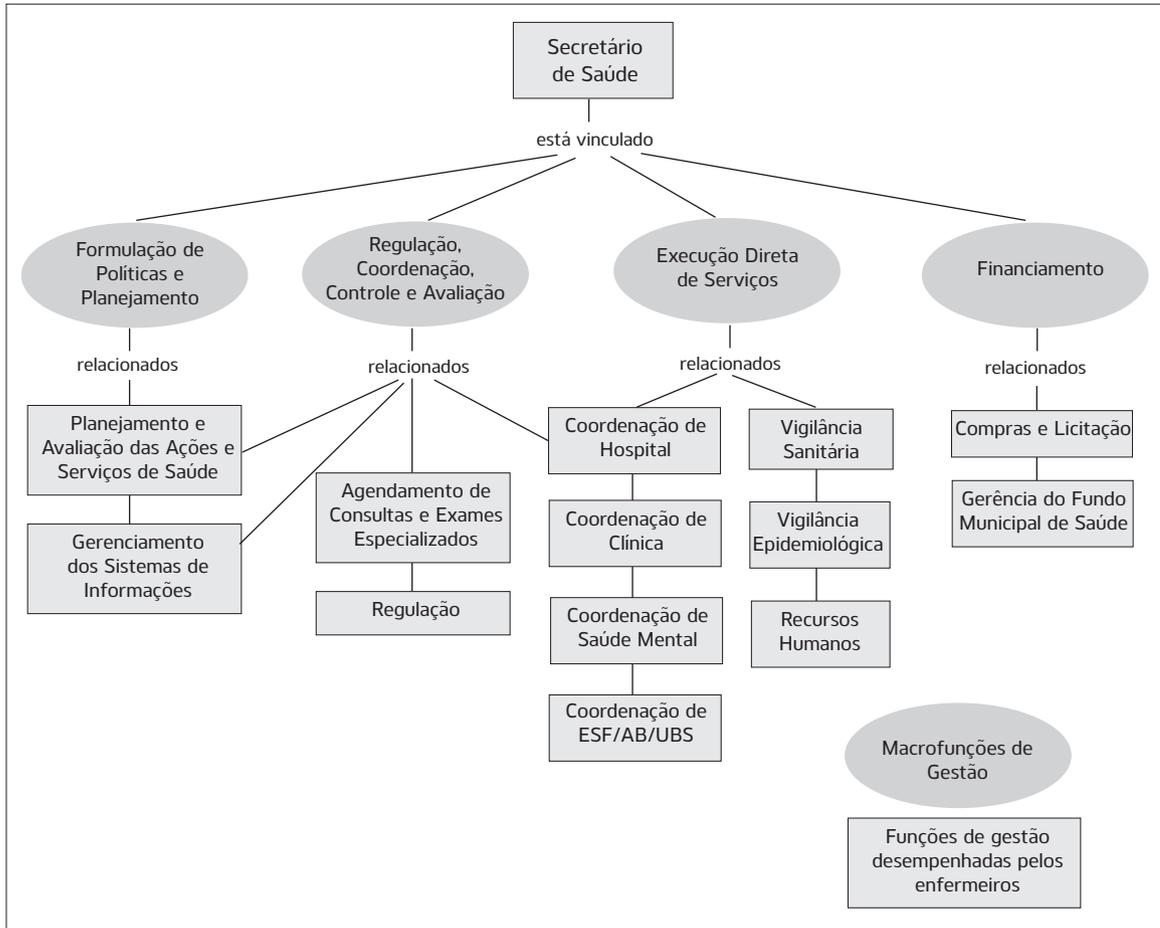
Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

A maioria dos enfermeiros referiu atuar na área da saúde entre 5 e 10 anos (44,9%). A média de tempo de atuação foi de 10,1 anos e o desvio-padrão \pm 7,1 anos. Os valores, mínimo e máximo, foram de 3 meses e 35 anos respectivamente. Com relação à atual função, 40,9% dos enfermeiros estavam atuando entre 1 e 5 anos. A média de tempo de atuação foi de 4,8 anos, sendo 24 anos o tempo máximo, 1 mês o tempo mínimo e o desvio-

padrão \pm 4,8 anos. Estavam ocupando um cargo de gestão pela primeira vez 66,5% dos enfermeiros.

No que se refere às funções desempenhadas pelos enfermeiros na equipe gestora, observou-se que os 176 profissionais acumulavam 595 funções. Estas funções foram organizadas em 14 categorias, distribuídas de acordo com as macrofunções gestoras⁵ com as quais se relacionam, conforme exposto no Mapa Conceitual (Figura 2).

Figura 2. Mapa Conceitual sobre as funções exercidas por enfermeiros nas equipes gestoras de MPP do norte do PR e suas relações com as Macrofunções de Gestão.



Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

No momento de realização da pesquisa, 238 das funções exercidas pelos enfermeiros estavam relacionadas ao gerenciamento dos Sistemas de Informação em Saúde. Destacaram-se também as funções de coordenação da ESF, AB ou UBS (133), vigilância epidemiológica (65) e planejamento e avaliação de ações e serviços de saúde (42).

A frequência das demais funções assumidas pelos enfermeiros demonstrou-se como segue: coordenação de saúde mental (19), gerência do Fundo Municipal de Saúde (12), compras e licitação (12), gestor/secretário de saúde (11) coordenação de hospital (9), vigilância sanitária (8), responsável

por agendamentos de exames ou consultas especializadas (7), responsável pela área de RH (6), coordenação de clínica (3) e regulação (2). Sete dados foram ignorados e 28 enfermeiros referiram exercer outras funções além das categorizadas, como coordenação de programas. Ressalta-se que a quantidade de funções acumuladas pelos enfermeiros variou entre uma a 14 funções, sendo que 123 (69,9%) enfermeiros acumulavam mais de uma função.

Os enfermeiros também foram questionados sobre o conhecimento e participação nos seguintes Instrumentos de Gestão: Plano Municipal de

Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS), SISPACTO, Relatório Anual de Gestão (RAG), Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas em Audiência Pública (RQPCAP), Plano Plurianual (PPA), Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA).

De acordo com a Tabela 1, o Instrumento de Gestão mais conhecido pelos enfermeiros é

o PMS (94,9%). As LDO e LOA representam os instrumentos menos conhecidos (59,7%) pelos enfermeiros que atuam na gestão dos MPP. A maioria dos enfermeiros participou parcial ou integralmente dos Instrumentos de Gestão específicos da saúde, com exceção do COAP, provavelmente porque este instrumento não se encontra efetivamente implantado nos municípios da região estudada (Tabela 2).

Tabela 1. Instrumentos de Gestão conhecidos pelos enfermeiros integrantes da equipe gestora em MPP do norte do PR, Brasil, 2014..

Instrumentos de Gestão	n	%
PMS	167	94,9
PAS	158	89,8
SISPACTO	157	89,2
RAG	149	84,7
RQPCAP	129	73,3
PPA	125	71,0
COAP	108	61,4
LDO	105	59,7
LOA	105	59,7

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Tabela 2. Distribuição dos Instrumentos de Gestão, de acordo com a participação dos enfermeiros integrantes da equipe gestora em sua elaboração e/ou discussão, em MPP do norte do PR, Brasil, 2014.

Instrumentos de Gestão	Participação Integral		Participação Parcial		Não participou		Não se aplica	
	n	%	n	%	n	%	n	%
PMS	61	34,7	87	49,4	28	15,9	–	–
PAS	63	35,8	76	43,2	37	21,0	–	–
RAG	58	33,0	64	36,4	54	30,7	–	–
SISPACTO	73	41,5	58	33,0	45	25,6	–	–
RQPCAP	41	23,3	62	35,2	72	40,9	1	0,6
COAP	36	20,5	47	26,7	91	51,7	2	1,1
PPA	19	10,8	62	35,2	94	53,4	1	0,6
LDO	11	6,3	46	26,1	118	67,0	1	0,6
LOA	12	6,8	46	26,1	117	66,5	1	0,6

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Os enfermeiros também foram questionados sobre as formas de participação nos principais Instrumentos de Gestão da Saúde que se encontram efetivamente implantados nos municípios (PMS, RAG, SISPACTO, PAS e RQPCAP). A maioria participou de todas as etapas relacionadas aos Instrumentos de Gestão, destacando-se o fornecimento de dados (85,2%) e proposição de ações e metas (81,3%). As demais formas de participação foram: discussão de conteúdo e forma (74,4%), acompanhamento e monitoramento (65,3%), redação do documento (62,5%) e apresentação e divulgação (58%).

DISCUSSÃO

A diretriz de descentralização do SUS pressupõe redistribuição de poder, competências e recursos em direção aos municípios para que se tornem gestores do sistema de saúde e não somente prestadores de serviços¹¹. Para que esta gestão local se efetive, é necessário o compartilhamento de responsabilidades entre diversos atores que atuam em funções gerenciais e administrativas por meio do desenvolvimento das macrofunções gestoras¹². Nesse processo de cogestão do SUS, a enfermagem tem ganhado destaque por estar cada vez mais ocupando cargos estratégicos na equipe gestora¹².

No presente estudo, a enfermagem foi a profissão de maior destaque (176 = 33,6%) dentre os integrantes das equipes gestoras que possuíam graduação. A enfermagem é uma profissão que historicamente teve seu processo de trabalho subdividido em outros processos, como cuidar/assistir, administrar/gerenciar e pesquisar/ensinar. Assim, a administração e o gerenciamento dos serviços de saúde são processos que integram essa profissão desde os seus primórdios e configuraram-se como instrumentos/ferramentas do cuidado¹³.

Critérios técnicos, como qualificação e competência, compromisso, experiência e inserção anterior no sistema de saúde, têm

sido apontados como fatores determinantes na escolha do enfermeiro para cargos de gestão municipal da saúde^{12,14}. Sua valorização se dá, ainda, pela capacidade de gerenciamento, visão de trabalho pautada no conhecimento do território e planejamento estratégico⁷. A atuação crescente dos enfermeiros nos cargos de gestão também é resultado da participação notória desta profissão no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF), pois estas estratégias proporcionaram aprendizado e desenvolvimento de habilidades para o exercício da função gestora^{7,15}.

A maioria dos participantes do estudo (65,9%) tinha idade superior a 30 anos e atuava na área da saúde há mais de 5 anos (75%), fatos que podem indicar que a experiência profissional tem sido um dos aspectos considerados pelos gestores ao comporem suas equipes, uma vez que o cotidiano do trabalho pode ser um espaço potente de formação dos trabalhadores, na medida em que ele é cotidianamente colocado em análise, no sentido de rever e não reproduzir as práticas hegemônicas. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) do Ministério da Saúde corrobora com esse aspecto de valorização da experiência adquirida no exercício da profissão, pois tem como pressuposto que a aprendizagem ocorre no espaço de trabalho, sendo que o conhecimento deve ser construído a partir das experiências dos trabalhadores e da realidade local^{16,17}.

Por outro lado, estes achados também podem sugerir que profissionais recém-formados encontram menos oportunidades para atuação em equipes gestoras. Conforme analisado em um estudo sobre o perfil de gerentes de UBS, é característica do serviço público a construção de carreiras rígidas que desconsideram critérios como capacidade de inovação, conhecimento gerencial e produtividade. Esta situação difere do observado nas instituições privadas em que o desempenho individual determina a construção da carreira, além de uma tendência à incorporação de profissionais

jovens para implementação de processos de inovação organizacional¹⁸.

Constata-se que a maioria dos enfermeiros estava vinculada à prefeitura municipal através do regime estatutário (56,8%). Ainda, dentre os enfermeiros participantes do estudo, 64,2% ocupavam o cargo atual há menos de 5 anos e 66,5% exerciam um cargo de gestão pela primeira vez. Desta forma, observa-se que apesar de predominar um regime de vinculação trabalhista que favorece o desenvolvimento de atividades longitudinais, há uma tendência de substituição frequente dos profissionais que assumem as funções gestoras nos MPP.

O clientelismo político na indicação dos ocupantes dos cargos de gestão pode ser um dos fatores associados à descontinuidade administrativa no SUS, assim como à manutenção de quadros pouco qualificados ao exercício de múltiplas e complexas tarefas inerentes às funções de gestão¹⁹. Portanto, a rotatividade da força de trabalho demonstra-se como um aspecto a ser considerado na implementação da integralidade do modelo de atenção à saúde no SUS.

Com relação à qualificação para ocupar o cargo de gestão,¹⁴ O enfermeiros possuíam pós-graduação (79,5%), sendo que dentre estes, 40% referiram ter realizado dois ou mais cursos de especialização, o que demonstra que atuar em MPP não impediu estes profissionais de se qualificarem. O curso de pós-graduação mais frequente foi o de Saúde Pública (36,7%). Apenas 7% dos enfermeiros possuíam pós-graduação na área de formação, achado que merece destaque, pois a falta de gestão profissionalizada é um dos nós críticos relativos ao processo de gestão do SUS¹⁹.

A qualificação da equipe gestora em áreas de conhecimento relacionadas à gestão em saúde é fundamental para a transformação das práticas de saúde e dos modelos de atenção, movimento esse que passa por uma reflexão crítica acerca desses processos vigentes. Deste modo, a formação em saúde, bem como em gestão, deve

superar a educação tradicional organizada como transmissora de conteúdo, e passar a construir uma educação libertadora em que os profissionais se tornem agentes de reflexão, críticos em seus atos, responsáveis e comprometidos com suas atitudes, de forma a produzir sujeitos capazes de compreender o mundo numa perspectiva mais ampliada, para construir uma nova realidade na qual se inserem²⁰.

Corroborando um estudo realizado em um município baiano⁸, no que se refere às funções desempenhadas pelos enfermeiros nos MPP, observa-se que há atuação destes profissionais nas quatro grandes áreas das macrofunções gestoras⁵. No presente estudo, destacou-se a macrofunção de execução direta de serviços, à qual se relacionaram 57,1% das categorias de funções exercidas pelos enfermeiros. O processo de municipalização da saúde pode justificar o destaque da referida macrofunção, considerando que a execução de serviços passou a ser uma atribuição cada vez mais absorvida pela esfera local.

Já com relação à função mais frequente, destacou-se o gerenciamento de Sistemas de Informação em Saúde (238). Este achado pode ter relação com a diversidade de sistemas existentes, bem como com o fato do repasse de recursos estar atrelado à atualização dos mesmos. Os Sistemas de Informações são instrumentos relevantes no apoio à gestão, pois colaboram na aquisição de conhecimento acerca da realidade de saúde local, assim como auxiliam na tomada de decisão, tornando os enfermeiros que os utilizam mais capacitados e com competência para inovação e transformação da realidade local²¹.

Apesar da participação do enfermeiro ser significativa na equipe local de gestão nos MPP, observa-se que somente 11 destes profissionais ocupavam o cargo de secretário de saúde nos municípios investigados. A compreensão acerca da complexidade da função e das responsabilidades assumidas pelo gestor local pode ser um fator que contribui para que os enfermeiros não assumam o

cargo de secretário da saúde. Aspectos políticos também podem estar relacionados, pois 56,8% destes profissionais são funcionários efetivos do quadro municipal e talvez encontrem obstáculos no desenvolvimento de suas ações mediante uma "neutralidade" partidária.

Destaca-se que os 176 enfermeiros acumulavam 595 funções e 69,9% dos entrevistados referiram executar entre dois e 14 funções, fato que deve ser considerado, pois a deficiência de recursos humanos pode interferir na implementação das atividades pelas quais são responsáveis e, conseqüentemente, na qualidade da gestão do sistema local de saúde. Este achado vai ao encontro do estudo²² sobre o perfil de gerentes da Atenção Primária à Saúde em MPP do norte do PR, que revelou que esse cargo é ocupado predominantemente por enfermeiros, sendo que a maioria dos profissionais exercia outras funções concomitantes.

A questão do acúmulo de funções merece destaque, contudo há de se ponderar que algumas atividades, pela baixa complexidade de sua natureza, não necessitam de um profissional exclusivo, como é o caso do gerenciamento de alguns Sistemas de Informações. Já o desempenho de outras atribuições associadas à coordenação de um serviço, por exemplo, mostra-se preocupante devido à complexidade da atividade que idealmente exigiria exclusividade do profissional responsável.

Os enfermeiros foram questionados sobre o conhecimento e participação nos principais Instrumentos de Gestão em Saúde, que são os mecanismos que garantem o funcionamento do SUS em todos os seus níveis. Conforme observado nas Tabelas 1 e 2, O PMS foi o instrumento mais conhecido (94,9%), sendo que 84,1% dos enfermeiros referiram ter participado integral ou parcialmente na sua elaboração e/ou discussão. O SISPACTO foi o terceiro instrumento mais conhecido (89,2%), porém com maior participação integral dos enfermeiros (41,5%).

Observa-se, ainda, que a maioria dos

enfermeiros participou parcial ou integralmente dos Instrumentos de Gestão específicos da saúde (com exceção do COAP, que não se encontra efetivamente implantado na região em que os municípios se inserem), assim como de todas as etapas relacionadas à elaboração, monitoramento e divulgação desses instrumentos.

A LDO e a LOA representaram os instrumentos menos conhecidos e com menor participação dos enfermeiros. São instrumentos relacionados às metas e prioridades da administração local, assim como à discriminação da receita e da despesa pública. Não são específicos das secretarias de saúde, sendo suas elaborações de responsabilidade do Poder Executivo Municipal, fato este que pode justificar o distanciamento dos enfermeiros com esses instrumentos.

Destaca-se a importância da atuação multiprofissional na elaboração e implementação da LDO e LOA, devido às especificidades destes instrumentos. Contudo, ressalta-se também a necessidade de que os enfermeiros que atuam na gestão incorporem estes dois instrumentos em suas rotinas, pois são fundamentais para o planejamento no âmbito da saúde, tendo em vista que o que está previsto no PMS e na PAS deve ser incorporado no orçamento do município e, portanto, na LDO e LOA.

A participação dos enfermeiros nos Instrumentos de Gestão através da apresentação e divulgação foi a forma que menos se destacou (58%), o que pode ser explicado pelo fato de que geralmente compete ao gestor local a função de expor e divulgar dados, propostas e resultados relacionados às ações e serviços em saúde. Já o destaque das participações através do fornecimento de dados (85,2%) e proposição de ações e metas (81,3%), pode estar associado à principal função exercida pelos enfermeiros que é o gerenciamento dos Sistemas de Informações em Saúde. Conforme discutido anteriormente, essa atividade permite aos profissionais um maior conhecimento da realidade local de saúde, característica fundamental para a elaboração dos Instrumentos de Gestão.

A expressiva participação dos enfermeiros nos Instrumentos de Gestão através da proposição de ações e metas indica que estes profissionais têm um papel fundamental e estratégico na equipe de gestão, com influência sobre o planejamento e condução da política municipal de saúde. Assim, ratifica-se a importância da qualificação desses profissionais que assumem os cargos de gestão, bem como dos prejuízos acerca da alta rotatividade, considerando a descontinuidade das proposições e metas que direcionam as ações locais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão pode ser um espaço privilegiado para instituição de mudanças, a partir do desencadeamento de ações estratégicas, baseadas no compromisso político e ético, desenvolvidas a partir de análise, planejamento e intervenção amplos e ao mesmo tempo intersubjetivos. Precisa ser reconhecida como tal pelos enfermeiros – assim como por todos os profissionais que ocupam cargos de gestão – e necessita de uma atuação que extrapole as dimensões técnica e operacional para efetivação do sistema de saúde local.

Para que os enfermeiros integrantes das equipes gestoras exerçam seu papel de cuidado e transformação, é fundamental que adotem uma postura crítica capaz de consolidar a participação política inerente aos cargos ocupados. Dessa forma, ressalta-se a importância da efetiva implementação e operacionalização de projetos políticos pedagógicos que fomentem uma formação acadêmica crítica-reflexiva, que extrapolem o campo do conhecimento técnico e que preparem os enfermeiros com conhecimento e implicação para atuação política consciente no SUS.

Destaca-se também a importância de investimentos em políticas de recursos humanos que almejem a desprecarização das relações de trabalho e fortalecimento de estratégias de educação permanente, capazes de colaborar no

aprimoramento da atuação dos gestores locais de saúde.

Considerando a limitação descritiva deste estudo, sugere-se a realização de novas pesquisas que aprofundem o conhecimento acerca da participação e atuação dos enfermeiros integrantes de equipes gestoras locais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
2. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Apoio integrado à gestão descentralizada do SUS: estratégia para a qualificação da gestão descentralizada. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [homepage na internet]. Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro (RJ). 2010. [acesso em 07 out 2015]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=29&uf=41>
4. Castro ALB de, Machado CV. Política de Atenção Primária à Saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. Cad Saúde Pública. 2010;26(4):693-705.
5. Machado CV, Lima LD, Faria Baptista TW de. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: Gondim R, Gabrois V, Mendes W, organizadores. Qualificação de gestores no SUS. Rio de Janeiro (RJ): EAD/ Ensp; 2011. p. 49-74.
6. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): Instrumentos de Gestão em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
7. Barreto AJR, Sá LD de, Silva CC da, Santos SR dos, Brandão GCG. Experiências dos enfermeiros com o trabalho de gestão em saúde no estado da Paraíba. Texto & Contexto Enferm. 2010;19(2):300-08.
8. Souza MKB, Melo CMM. Atuação de enfermeiras nas macrofunções gestoras em saúde. Rev Enferm UERJ. 2009;17(2):198-202.
9. Borges MASF, Nascimento MAA. A enfermeira no processo de descentralização do sistema de saúde. Rev Bras Enferm. 2004;57(6):666-70.
10. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [resolução na internet]. Diário Oficial da União 13 jun 2013. [acesso em 06 abr 2016]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
11. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
12. Melo CMM de, Santos TA dos. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. Texto & Contexto Enferm. 2007;16(3):426-32.

13. Peres AM, Ciampone MHT. Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto & Contexto Enferm*. 2006;15(3):492-99.
14. Fonseca MGM. Mulheres e poder na saúde: estudo de enfermeiras secretarias municipais de saúde no estado da Bahia. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Universidade Federal da Bahia; 2001.
15. Assis MMA, Santos DG dos, Cerqueira EM de. A prática da enfermeira no processo de municipalização da saúde: ampliando o espaço profissional. *Rev Baiana Enferm*. 2003;18(1/2):111-23.
16. Portaria 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências [portaria na internet]. *Diário Oficial da União* 2004. [acesso em 06 abr 2016]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
18. Alves M, Mattos Penna CM de, Brito MJM. Perfil dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(4):441-46.
19. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(Sup):1819-29.
20. Mitre SM et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(Sup2): 2133-44.
21. Benito GAV, Licheski AP. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(3): 447-50.
22. Ohira RHF, Cordoni Junior L, Almeida Nunes EFP de. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(2):393-400.

RECEBIDO: 13/08/2018

ACEITO: 18/10/2018

CARACTERÍSTICAS DE GESTANTES COM SÍFILIS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO PARANÁ

Characteristics of pregnant women with syphilis at a University Hospital of Paraná

Tamara Cristina Gobatto Bertusso¹, Phalcha Luízar Obregón², Juliana Gerhardt Moroni³, Emanuelle Bianchi da Silva⁴, Taline Alisson Artemis Lazzarin Silva⁵, Leandro Davi Wagner⁶, Thamara Piazza⁷

1. Graduanda do Curso de Medicina, Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, campus de Cascavel, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5217-7981>.
2. Doutora em Saúde Pública. Docente do Curso de Medicina, Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, campus de Cascavel, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4344-6435>
3. Mestre em Ensino nas Ciências de Saúde. Docente do Curso de Medicina, Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, campus de Cascavel, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8354-7797>
4. Graduanda do Curso de Medicina, Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, campus de Cascavel, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4801-8931>
5. Graduanda do Curso de Medicina, Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, campus de Cascavel, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7544-6897>
6. Graduando do Curso de Medicina, Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, campus de Cascavel, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1799-6003>.
7. Graduanda do Curso de Medicina, Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, campus de Cascavel, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8438-6697>

CONTATO: Phalcha Luízar Obregón | Rua Bento Munhoz da Rocha Neto 2143 | La Salle | Toledo-PR | E-mail: phalcha@terra.com.br

COMO CITAR: Bertusso TCB, Obregón PL, Moroni JG, Silva EB, Silva TAAL, Wagner LD, et al. Características de gestantes com sífilis em um hospital universitário do Paraná. R. Saúde Públ. 2018 Dez;1(2):129-140



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

RESUMO A sífilis em gestante constitui uma importante causa evitável de morbimortalidade neonatal. O objetivo do estudo foi estimar a magnitude e características de gestantes com sífilis atendidas em um hospital universitário da região oeste do Paraná. Foi realizado um estudo descritivo, conduzido com revisão de prontuários e fichas de notificação de gestantes diagnosticadas com sífilis, no período de 2010 - 2016. Os resultados referem-se a 121

casos, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi 5,96 casos por mil nascidos vivos. Mostrou-se mais frequente em mulheres com idade ≥ 20 anos e escolaridade ≤ 8 anos. O tratamento foi inadequado em 68,7% das gestantes e 14,9% dos recém-nascidos foram notificados com sífilis congênita. Recomenda-se melhorar a qualidade do pré-natal, dos registros de notificação e providenciar educação continuada para os profissionais de saúde.

RESUMO Cuidado pré-natal. Notificação de doença infecciosa. Sífilis.

ABSTRACT Syphilis in pregnant woman is an important preventable cause of neonatal morbidity and mortality. The objective of this study was to estimate the magnitude and characteristics of pregnant women with syphilis treated at a university hospital in the western region of the state of Paraná. A descriptive study was carried out with a review of medical records and reports of pregnant women diagnosed with syphilis in the period between 2010-2016. The results refer to 121 cases; the rate of detection of syphilis in pregnant women was 5.96 cases per a thousand live births. It was more frequent in women aged ≥ 20 years and with level of education of ≤ 8 years. The treatment was inadequate in 68.7% of the pregnant women, and 14.9% of the newborns were notified with congenital syphilis. The improvement of prenatal care quality, notification reports, and continuing education of health professionals are recommended.

KEYWORDS: Prenatal care. Notification of infectious disease. Syphilis.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa causada pelo *Treponema pallidum*, de transmissão predominantemente sexual, embora também possa ser transmitida verticalmente, por via placentária ou, mais raramente, por transfusão sanguínea e por via indireta - tatuagem, objetos contaminados¹ - e, quando assume um curso crônico, há possibilidade de comprometer praticamente todos os órgãos e sistemas². Em gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente, a sífilis pode ser transmitida para o feto (transmissão vertical) ocasionando implicações sérias para a gestante e seu concepto. Assim, pode evoluir com abortamento espontâneo, óbito fetal ou neonatal, parto prematuro ou

com baixo peso ao nascer, com manifestações congênicas precoces ou tardias do recém-nascido³.

Como se evidencia, a sífilis, considerada uma doença passível de ser evitada por medidas como acesso ao pré-natal, diagnóstico precoce e tratamento adequado de gestantes e parceiros, uso regular de preservativos, redução do número de drogas, tratamento de coinfeções como HIV, entre outros, ainda constitui um desafio para muitos países, entre eles, o Brasil⁴. Em vista disso, estudos mostraram⁵⁻⁶ uma tendência ao aumento da incidência da sífilis no mundo, com aproximadamente 1 milhão de casos por ano entre as gestantes⁶ e cerca de meio milhão de crianças

com sífilis congênita⁵. De acordo com as estatísticas, o Continente Americano possui a segunda maior prevalência de sífilis durante o período gestacional e o terceiro maior número de casos⁴. Nesse sentido, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estabeleceram metas para a redução da taxa de sífilis congênita para menos de 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos e 1 caso por 1.000 nascidos vivos de sífilis em gestante⁵, sendo tais metas também adotadas pelo Ministério da Saúde⁷.

Em relação à realidade brasileira, em 2005, foi estimada uma prevalência de 1,6% de casos de sífilis em gestantes, com 50 mil casos da doença em parturientes e aproximadamente 12 mil casos de sífilis congênita⁸. O aumento no número de casos e nos coeficientes de sífilis em gestantes e crianças foi observado em diferentes estudos. Assim, foram apontadas diferenças entre as macrorregionais do Brasil, no período 2010 - 2011, com valores de prevalência de 0,73% (Sudeste), 0,48% (Sul), 1,05% (Norte), 1,14% (Nordeste) e 1,20% (Centro-Oeste) para sífilis em gestantes. Estas taxas sofreram elevação no período de 2012 a 2013, observando-se, no Paraná, um acréscimo em mais de 50% do seu valor⁹. Em 2014, para o Brasil, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi 7,4 casos por mil nascidos vivos⁸. De modo geral, no período de 2011 a 2016 observou-se um aumento considerável no número de casos notificados de sífilis em gestantes (129,757 casos) em todo o país, concentrando-se em todas as capitais¹⁰.

O Ministério da Saúde tem instituído, por intermédio de portarias¹¹, ações de controle e monitoramento da sífilis no país, tais quais: a notificação compulsória de sífilis congênita (desde 1986), a notificação de sífilis em gestante (desde 2005) e, a partir de 2010, a notificação da sífilis adquirida. Ainda, estabeleceu protocolos para diagnóstico e tratamento da sífilis, recomendando na investigação da doença em gestante, a realização do Veneral Disease Research Laboratory (VDRL) na primeira consulta pré-natal, idealmente no primeiro trimestre da gravidez e no início do terceiro trimestre

(28ª semana), além de repetir na admissão para o parto ou curetagem por abortamento. Em adição, no tratamento adequado para sífilis em gestante, o protocolo prevê a realização da terapêutica completa, adequada ao estágio da doença, por meio da penicilina, e finalizada pelo menos 30 dias antes do parto, além de o parceiro ser tratado concomitantemente¹². Em vista disso, o tratamento da gestante com penicilina benzatina é considerado eficaz e, se realizado de forma oportuna, obtém uma redução da transmissão vertical em até 97% dos casos⁴.

Na última década, as estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde, entre elas, o aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica e a ampliação da distribuição de testes rápidos para o diagnóstico de sífilis, propiciaram um aumento no número de notificações de casos de sífilis em gestante. Entretanto, as dificuldades no controle da doença se mostraram diversificadas, pois estão relacionadas à subnotificação de casos, à falha no diagnóstico e tratamento da gestante e do companheiro, à extensão do território do Brasil e ao tamanho de sua população¹³, além do desabastecimento de penicilina benzatina devido à falta mundial de matéria-prima¹⁰. No caso da sífilis congênita, um dos fatores que influenciaram na variação dos dados foi a alteração dos critérios de notificação¹⁴.

No Paraná, a taxa de detecção de gestantes com sífilis, em 2005, foi 0,9 por mil nascidos vivos (n.v), passando a 2,4 em 2010, e 11,7 em 2015, de acordo com os dados disponibilizados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação¹⁵, entretanto, as estatísticas variam conforme a área geográfica. No Brasil, apesar de publicações acerca de muitos estudos sobre o tema, poucos deles avaliaram as gestantes da região Oeste do Paraná. Nesse contexto, o objetivo do estudo foi estimar a magnitude e as principais características de gestantes com diagnóstico de sífilis atendidas em um hospital universitário da região Oeste do Paraná.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa e retrospectiva, com revisão de fichas de notificação e prontuários de internação de gestantes diagnosticadas com sífilis e atendidas por ocasião do parto no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), no período de 2010 a 2016. Como se verifica, o HUOP, localizado no município de Cascavel, é o principal hospital público de referência para o atendimento de gestantes e crianças de risco dos municípios da região Oeste e Sudeste do Paraná, e conta com 44 leitos disponíveis para atendimento ginecológico e obstétrico, além de 10 leitos destinados à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal.

Neste contexto, foi utilizada a definição de sífilis em gestante do Ministério da Saúde, que inclui a gestante que durante o pré-natal apresenta evidências clínicas e/ou sorologia não treponêmica reagente com teste treponêmico positivo ou não realizado^{10,12}. Por conseguinte, considerou-se caso de sífilis na gestação a puerpera que apresentou uma das seguintes situações: registro de infecção pela sífilis no prontuário hospitalar; registro de diagnóstico de sífilis congênita no prontuário do recém-nato.

Dessa forma, a população de estudo compreendeu todos os casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita registrados nas fichas de notificação do HUOP, arquivados no Núcleo de Epidemiologia do HUOP e que se encontravam acessíveis para a análise.

As variáveis estudadas foram distribuídas de acordo com as seguintes características: a) sociodemográficas (idade materna em anos, escolaridade em anos de estudo, cor da pele, situação conjugal, ocupação e município de procedência); b) antecedentes obstétricos (número de gestações, antecedente de parto prematuro, de aborto e/ou de natimorto); c) comportamentais (uso de drogas ilícitas, infecções sexualmente transmissíveis (IST), exceto sífilis; além de outras doenças – exceto IST.); d) assistência pré-natal

(realizou ou não pré-natal, número de consultas realizadas no pré-natal, quando iniciou o pré-natal, idade gestacional do diagnóstico de sífilis, teste não treponêmico na gestação, teste treponêmico na gestação, classificação da sífilis, qualidade do tratamento recebido pela gestante, se foi ou não realizado tratamento do parceiro sexual e desfecho da gestação).

Ademais, a coleta de dados ocorreu durante os meses de fevereiro a abril de 2017, com a obtenção do número de casos das notificações de sífilis em gestante no Núcleo de Epidemiologia Hospitalar do HUOP e, a seguir, com a busca de informações no prontuário eletrônico (Sistema Tasy®) da população em estudo.

Quanto à organização e tabulação dos dados, utilizou-se planilha do Microsoft Software Excel® 2010. As variáveis categóricas foram expressas como frequência absoluta e relativa. Além disso, calculou-se a taxa de detecção de sífilis em gestantes para cada mil crianças nascidas vivas, obtida pela divisão do número de casos com sífilis de determinado ano pela quantidade de nascidos vivos no mesmo ano e multiplicação por 1000. Acerca das informações sobre o número de nascidos vivos por ano, foram coletadas dos registros nos livros do Centro Obstétrico do HUOP e os resultados obtidos foram comparados com as estatísticas de sífilis divulgadas pela 10ª Regional de Saúde do Paraná, do estado do Paraná e do Brasil¹⁰. Com base nessas informações, construiu-se um gráfico a fim de apresentar as tendências existentes nas diversas unidades geográficas – nacional, estadual, regional, municipal e unidade hospitalar. Diante de tal procedimento, a comparação de gestantes, com e sem sífilis, ficou prejudicada devido à ausência de informações sobre gestantes sem sífilis no HUOP.

O hospital conta com o Núcleo de Epidemiologia, cuja equipe tem, entre outras funções, a notificação de doenças e/ou agravos de interesse. Porém, foi verificado que nem todas as fichas de notificação de gestante com sífilis do HUOP foram submetidas ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN, acessado por

meio do SINAN-net, possivelmente decorrente do insuficiente número de funcionários no setor, o que acarreta uma diferença entre os casos notificados no SINAN e as fichas de notificação existentes no setor do núcleo. Ainda, na falta de dados, não foi possível fazer a análise dos recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita. Soma-se a isso, a carência de fichas de notificação do ano 2012, visto que, na época da coleta de dados, se encontravam extraviadas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) de Cascavel - PR sob o parecer nº 1.134.675 de 25 de junho de 2015.

RESULTADOS

No período de 2010 a 2016, no núcleo de epidemiologia do HUOP, foram registrados 121 casos de sífilis em gestantes. A distribuição de casos por ano e as taxas de incidência de sífilis em gestantes no HUOP é apresentada na Tabela 1, na qual se observa uma tendência crescente no número de casos no período de 2010 a 2015, com uma queda no ano de 2016. A taxa média de incidência no período de estudo foi 5,96 por mil n.v, sendo que o maior valor anual foi observado em 2015 (10,42 por mil n.v) e o menor valor em 2010 (1,55 por mil n.v). Entre os anos 2014 e 2016, o número de casos referente ao município de Cascavel não foi disponibilizado no SINAN-Net.

Tabela 1. Casos e taxa de detecção de sífilis em gestantes por 1.000 nascidos vivos. HUOP, Cascavel-PR, por ano de notificação.

Ano	Nascidos vivos HUOP nº	Gestantes com sífilis – HUOP nº	SINAN* Gestantes com sífilis – Cascavel nº	Taxa de incidência de sífilis em gestantes do HUOP por 1.000 n.v**
2010	3.224	3.224	3.224	3.224
2011	3.028	3.028	3.028	3.028
2012***	3.157	3.157	3.157	3.157
2013	3.348	3.348	3.348	3.348
2014	3.482	3.482	3.482	3.482
2015	3.551	3.551	3.551	3.551
2016	3.351	3.351	3.351	3.351
Taxa média				5,96

Fonte: Elaborado pelos autores (2017)

Nota: * Casos notificados no SINAN-Net para o município de Cascavel. **n.v = nascidos vivos ***Sem informações.

A figura 1 apresenta a tendência temporal das taxas de incidência de sífilis em gestantes em diferentes unidades geográficas, considerando a unidade nacional (Brasil), estadual (estado do Paraná), regional (10ª Regional de Saúde, constituída por 25 municípios), municipal (Cascavel) e unidade

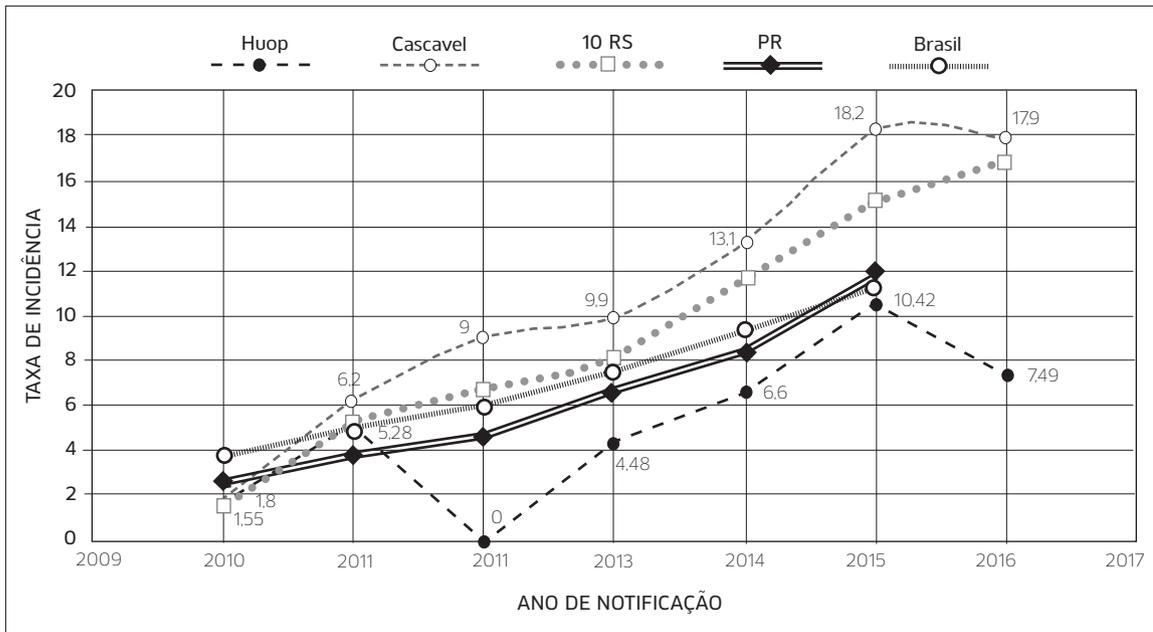
hospitalar local (HUOP). De uma forma geral, observa-se uma tendência crescente na maioria dos grupos, à exceção do HUOP, que embora crescente no período de 2010 a 2015, identifica-se uma queda nos seus valores no ano de 2016. Além disso, as taxas do HUOP são as menores quando

comparadas com as outras unidades geográficas. Na comparação por grupos, observa-se que as maiores taxas são apresentadas pelo município de Cascavel, seguida dos municípios da 10ª Regional de Saúde e, sobre isso, constata-se que os valores das taxas estão acima dos observados no âmbito estadual e nacional.

A média da idade materna das gestantes foi de 23,8 anos com idade mínima de 14 anos e máxima de 40 anos. As características sociodemográficas, comportamentais e os antecedentes obstétricos das gestantes são apresentados na Tabela 2. Os resultados mostram que houve predomínio daquelas com mais de 20 anos (66,9%). A maioria (80,2%) declarou ser de cor branca, com escolaridade ≤ 8

anos de estudo (50,4%), vivendo com companheiro (55,4%), com ocupação no lar (62,0%) e residência no município de Cascavel (76,0%). Quanto aos aspectos comportamentais de risco, uma pequena parcela das gestantes declarou fazer uso de drogas ilícitas (3,3%), ter apresentado infecções sexualmente transmissíveis, com exceção de sífilis (4,1%) e apresentar outras doenças, exceto IST (13,2%). Em relação aos antecedentes obstétricos, praticamente metade das gestantes (45,5%) indicaram duas ou mais gestações anteriores. Quanto aos resultados adversos nas gestações anteriores, uma parcela significativa referiu parto prematuro (4,1%), aborto (11,6%) e natimorto (2,5%), somando 18,2%.

Figura 1 Taxas de detecção de sífilis em gestantes (por mil nascidos vivos), Brasil, Paraná, 10ª Regional de Saúde, Cascavel e HUOP, 2010 – 2016.



Fonte: Elaborado pelos autores (2017)

Tabela 2. Características sociodemográficas, comportamentais e antecedentes obstétricos de gestantes com sífilis atendidas no HUOP no período de 2010 – 2016, Cascavel – PR.

Características	Sífilis em Gestante	
	nº	%
1) SOCIODEMOGRÁFICAS		
Idade materna (anos)		
<20	38	31,4
≥ 20	81	66,9
Não informado	2	1,7
Escolaridade (anos de estudo)		
≤ 8	61	50,4
> 8	44	36,4
Não informado	16	13,2
Cor da pele		
Branca	97	80,2
Parda	21	17,3
Preta	1	0,8
Não branca (não especificado)	2	1,7
Situação Conjugal		
Com companheiro	67	55,4
Sem companheiro	48	39,7
Não informado	6	4,9
Ocupação		
Do lar	75	62,0
Outra	32	26,4
Estudante	6	5,0
Não informado	8	6,6
Município de procedência		
Cascavel	92	76,0
Outro	29	24,0
2) COMPORTAMENTAL		
Uso de drogas ilícitas		
Sim	4	3,3
Não	88	72,7
Ignorado	29	24,0
Infecções sexualmente transmissíveis (exceto sífilis)		
Sim	5	4,1
Não	94	77,7
Ignorado	22	18,2
Outras doenças (exceto IST)		
Sim	16	13,2
Não	76	62,8
Ignorado	29	24,0
3) ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		
Número de gestações		
1	40	33,0
2	22	18,2
≥ 3	33	27,3
Ignorado	26	21,5
Antecedente de parto prematuro		
Sim	5	4,1
Não	38	31,4
Ignorado	78	64,5
Antecedente de Aborto		
Sim	14	11,6
Não	57	47,1
Ignorado	50	41,3
Antecedente de natimorto		
Sim	3	2,5
Não	60	49,6
Ignorado	58	47,9

Fonte: Elaborado pelos autores (2017)

Na tabela 3 são apresentadas as características da assistência pré-natal, e observou-se que 92% das participantes realizaram o pré-natal, sendo que 47,1% indicaram quatro ou mais consultas e 15,7% referiram início do pré-natal ainda no primeiro trimestre da gestação. Quanto ao diagnóstico de sífilis em gestante, 71%, foi realizado no terceiro trimestre de gestação. O teste não treponêmico (VDRL) foi positivo na maioria das gestantes no pré-natal (61,1%), sendo que no dia do parto foi positivo em 28% dos casos. Já o teste treponêmico foi positivo para 19% das gestantes durante o

pré-natal e 4,1% no dia do parto. Em relação à classificação da sífilis, a forma primária (36,4%) foi a mais frequente. Quanto ao tratamento recebido, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, foi considerado inadequado em 68,6% das gestantes, sendo que pouco mais da metade (52,1%) dos parceiros sexuais não recebeu tratamento. No desfecho da gestação 14,9% dos recém-nascidos foram notificados com sífilis congênita, sendo a taxa de detecção total de tal doença, em todo período estudado, de 0,9 casos por mil nascidos vivos.

Tabela 3. Características da assistência pré-natal de gestantes com sífilis atendidas no HUOP no período 2010 – 2016, Cascavel – PR.

Características	Sífilis em Gestante	
	nº	%
Realização de pré-natal		
Sim	112	92,6
Não	4	3,3
Não informado	5	4,1
Número de consultas		
< 4	12	10,0
≥ 4	57	47,1
Não informado	48	39,6
Não realizado	4	3,3
Início do pré-natal		
1º trimestre	19	15,7
2º trimestre	16	13,2
3º trimestre	2	1,7
Não informado	80	66,1
Não realizado	4	3,3
Idade gestacional do diagnóstico de sífilis		
1º trimestre	2	1,7
2º trimestre	2	1,7
3º trimestre	86	71,0
Não informado	31	25,6
Teste não treponêmico na gestação:		
Reagente no pré-natal	74	61,2
Reagente no dia do parto	34	28,0
Não reagente no dia do parto	6	5,0
Não realizado	5	4,1
Não informado	2	1,7
Teste treponêmico na gestação		
Reagente no pré-natal	23	19,0
Reagente no dia do parto	5	4,1
Não reagente no pré-natal	12	9,9
Não reagente no dia do parto	1	0,8
Não realizado	55	45,5
Ignorado	25	20,7

Características	Sífilis em Gestante	
	nº	%
Classificação da sífilis		
Primária	44	36,4
Secundária	9	7,4
Terciária	5	4,1
Latente	9	7,4
Não informado	54	44,7
Tratamento materno		
Pré-natal	11	9,1
Hospital (por ocasião do parto)	38	31,4
Pré-natal e hospital	44	36,4
Não informado	28	23,1
Qualidade do tratamento recebido pela gestante		
Adequado	29	24,0
Inadequado	83	68,6
Indeterminado	9	7,4
Tratamento do parceiro sexual		
Sim	26	21,5
Não	63	52,1
Não informado	32	26,4
Desfecho da Gestação		
Nascido a termo	76	62,8
Nascido pré-termo	11	9,1
Natimorto	7	5,8
Aborto	3	2,5
Sífilis congênita	18	14,9
Não informado	6	4,9

Fonte: Elaborado pelos autores (2017)

DISCUSSÃO

A taxa de detecção de sífilis em gestantes, encontrada neste estudo, foi cinco vezes superior à meta do Ministério da Saúde e da OPAS - UNICEF, que considera valores inferiores a 1,0 caso por 1000 nascidos vivos, demonstrando distância da meta pretendida. Ao correlacionar a presente pesquisa com dados nacionais, observou-se que o resultado foi inferior ao descrito para o Brasil, em 2015, na época com taxa de detecção de 11,2 casos de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos, sendo tal taxa superada pelas regiões Sul (15,1) e Sudeste (12,6)¹⁰. Entretanto, o resultado desta análise mostrou-se próximo do resultado obtido em estudo local, que estimou uma taxa de detecção de 6,4 casos de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos para o ano de 2013, no município de Cascavel¹⁶ e de outro estudo, que estimou uma prevalência de 2,25%

(2012 a 2016) de sífilis em gestantes, num Centro de referência do Oeste do Paraná¹⁷. Além disso, um estudo nacional de base hospitalar, no período de 2011-2012, verificou taxas de detecção de sífilis em gestantes com valores que variam entre 14 e 107 casos por mil n.v18; no Hospital de Niterói, Rio de Janeiro, no intervalo de 2002-2004, foi estimada uma taxa de 21,8 casos por mil n.v19; e em hospital de Palmas, Tocantins, no período de 2007-2014, foi apontada uma taxa de 4,7 casos por mil n.v20. Diante disso, tais diferenças podem ser explicadas pelas características locais e/ou regionais onde se realizaram os estudos.

Perante esse pressuposto, não existe um consenso na literatura sobre a influência das características sociodemográficas das gestantes como fatores de risco para a sífilis. Nesse sentido, a

idade tem sido descrita, em algumas investigações, com predomínio nas adolescentes ou mulheres com menos de 20 anos²¹, enquanto que em outros estudos e no presente trabalho, mostrou-se mais frequente em mulheres com mais de 20 anos²¹⁻²³. Outro fator descrito na literatura é a escolaridade da mulher, sendo que os resultados desta pesquisa confirmam o apontado na maioria dos estudos, em que gestantes com pouca escolaridade apresentam maior frequência de sífilis^{13,20-21}. No entanto, também há estudos em que o predomínio da doença está em gestantes com escolaridade maior ou igual a 8 anos^{4,23}. Dessa forma, a baixa escolaridade poderia dificultar o acesso das gestantes aos serviços de saúde e, assim, realizar o pré-natal. Na literatura^{3,21} há referência à relação do baixo nível socioeconômico da gestante com a doença, no entanto, neste estudo, este fator não foi avaliado.

Vale lembrar que o Ministério da Saúde considera adequada uma oferta de serviços de assistência pré-natal com frequência mínima de seis consultas^{10,12}, entretanto, o início precoce da assistência pré-natal não necessariamente assegura um desfecho mais favorável, como demonstrado em um estudo em Minas Gerais, que constatou que 44,9% de gestantes com mais de 6 consultas foram consideradas inadequadamente tratadas. Além disso, o início tardio do pré-natal ou a ausência de pré-natal também foram descritos em outros estudos^{4,13,20-21,24}. Dessa forma, algumas pesquisas sugerem que o número mínimo de consultas pode não ser suficiente para assegurar uma assistência de qualidade^{4,23}.

Ressalta-se que, neste estudo, 71% das mulheres receberam o diagnóstico de sífilis no 3º trimestre de gestação. Isso significa que retardar o diagnóstico de tal doença em gestantes, no 3º trimestre, possivelmente está relacionado ao momento tardio em que as gestantes procuram o pré-natal, à baixa qualidade da assistência à gestante e à falta de tratamento dos parceiros. De acordo com tal situação está o estudo em municípios da 10ª Regional de Saúde (2016), que verificou resultados insatisfatórios em relação ao

início do pré-natal e à realização de testes para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis²⁵. Estudo nacional, em 2015, mostrou que 32,8% das gestantes com sífilis foram diagnosticadas no 3º trimestre da gestação, principalmente na região Norte, enquanto que na região Sul (38,7%) e Sudeste (36,8%) a maior parte das gestantes foi diagnosticada no 1º trimestre¹⁰.

Quanto à classificação da sífilis, neste estudo houve predomínio da forma primária. Em estudo nacional¹⁰, a maioria dos casos notificados foi classificada como sífilis primária (31,6%), seguida de sífilis latente (23,6%), terciária (10,7%) e secundária (5,8%), o percentual de ignorados foi de 28,3%. Além disso, há a possibilidade de haver uma classificação inadequada em relação à sífilis primária, pois alguns casos poderiam corresponder à sífilis latente de duração ignorada.

Em relação ao tratamento da gestante, considera-se adequado quando é realizado com penicilina e concluído 30 dias antes do parto, utilizando a dose da medicação conforme o estágio da doença, além de o parceiro sexual ser devidamente medicado concomitantemente^{10,12}. O tratamento inadequado parece ser comum, como verificado neste trabalho e por vários estudos anteriores^{10,23,26}. Também se constatou, na presente pesquisa, que a maioria das gestantes recebeu penicilina, porém não há registro do número de doses, apenas a informação sobre tratamento inadequado ou adequado. Entre as irregularidades, vários estudos^{10,20-21,23} tem apontado a falta ou tratamento incorreto do parceiro. Portanto, a inclusão do parceiro no pré-natal constitui uma estratégia importante para o controle do agravo. Nesse sentido, há necessidade de melhorar o acesso aos serviços de saúde para os homens, assim como incentivar a valorização do cuidado da saúde destes. Vale lembrar que a sífilis em gestantes, quando tratada inadequadamente, pode acarretar desfechos adversos para o conceito como abortamento, prematuridade, óbito e sífilis congênita. Nesse aspecto, estudos apontaram a presença destes desfechos em gestantes com

sífilis – em um hospital de Niterói, Rio de Janeiro, registraram-se uma taxa de 11,36% a 17,31% de natimortos; 5,77% a 9,09% de aborto; e 3,85% de óbito¹⁹. Já em maternidades de Montes Claros, Minas Gerais, 16,1% evoluíram para abortamento ou natimortos²³. Contudo, valores próximos aos descritos na literatura não foram observados na presente pesquisa.

Ainda, neste estudo, 14,9% dos recém-nascidos apresentaram sinais clínicos de infecção congênita por sífilis, sendo este valor maior do que o descrito em outra análise²¹, que constatou 6%. Ressalta-se que o diagnóstico e o tratamento de sífilis congênita são mais complexos do que os de sífilis materna, visto que envolve maior tempo de hospitalização bem como a realização de exames mais dispendiosos¹². Além disso, o seguimento do recém-nascido com sífilis congênita deve ser realizado de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. Entretanto, estudos têm constatado dificuldades para seguir o protocolo devido, entre outras razões, à falta de recursos tecnológicos e humanos²³. Neste trabalho, a falta de informações nos prontuários e fichas de notificação limitou a avaliação de sífilis congênita no HUOP e o seguimento do recém-nascido após a alta hospitalar.

Nesse contexto, a carência de informações nos prontuários e fichas de notificação das mães têm sido descritas em alguns estudos^{21,23}. É preocupante a constatação, em nosso trabalho, de considerável percentual de variáveis com o campo ignorado nas fichas de notificação de sífilis gestacional. Isso denota uma baixa qualidade no preenchimento de tais documentos, o que limita a análise da situação dos casos com os dados disponíveis. Diante disso, é essencial que qualquer serviço de saúde possua boa qualidade de seus registros para a implantação adequada das ações de vigilância em saúde.

Ressalta-se que a subnotificação da sífilis em gestante tem sido frequentemente descrita na literatura. Assim, estudos em Tocantins e São Paulo, ao realizarem busca ativa, verificaram o triplo de casos identificados, em comparação com os casos

notificados²⁰. Já em Minas Gerais, constatou-se que apenas 6,5% dos casos de sífilis em gestantes foram notificados²³. Neste estudo, foi observado o atraso na atualização do banco de dados do SINAN e a baixa qualidade no preenchimento das fichas de notificação.

Devido ao fato de terem sido utilizados dados secundários, este estudo não tem a pretensão de apresentar associações explicativas e estatisticamente significativas. No entanto, visa contribuir para a discussão de fatores que contribuem com o aumento dos casos de sífilis em gestantes na região Oeste do Paraná.

CONCLUSÕES

Os resultados encontrados neste estudo demonstram que a sífilis em gestantes foi alta e permaneceu elevada no período estudado, apontando, assim, que o controle da sífilis na gestação é deficiente. Além disso, mais de 90% das mulheres incluídas neste estudo receberam assistência pré-natal, evidenciando a baixa qualidade deste cuidado para a identificação e tratamento das gestantes com sífilis, sendo que o não tratamento do parceiro foi uma das causas de tratamento inadequado. Ainda, a maioria dos recém-nascidos expostos foi assintomática.

Diante disso, tais resultados reafirmam a importância do diagnóstico e do tratamento oportuno da gestante e de seu(s) parceiro(s). Dessa forma, são necessárias medidas de conscientização tanto da mãe quanto de seu(s) companheiro(s) sobre as formas de transmissão da doença e suas repercussões, tanto para a saúde materna quanto fetal. Somado a isso, é de extrema importância a atualização dos profissionais da saúde sobre o assunto, para que haja um manejo adequado dos casos e uma melhor notificação, com o objetivo de acompanhar de forma correta o comportamento de tal doença e, assim, fazer um planejamento efetivo para seu tratamento e prevenção e, sobretudo, para a melhoria da assistência. Também se

recomenda a melhoria das informações registradas nos prontuários e fichas de notificação por meio do treinamento adequado dos profissionais envolvidos.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP); Serviço de Vigilância Epidemiológica; Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP; Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD). Sífilis congênita e sífilis na gestação. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):768-772.
2. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol*. 2006;81(2):111-126.
3. Rodrigues CS, Guimarães MDC. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16(3):168-75.
4. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016 [citado 2017 out 22]; 32(6):e00082415. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000605002&lng=en
5. Pires ACS, Oliveira DD, Rocha GMNM, Santos A dos. Ocorrência de sífilis congênita e os principais fatores relacionados aos índices de transmissão da doença no Brasil da atualidade - revisão de literatura. *Rev Uningá Review*. 2014;19(1):58-64.
6. Araújo CL de, Shimizu HE, Souza AIA de, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(3):479-86.
7. Pan-American Health Organization (PAHO). Elimination of congenital syphilis. *Bul Pan Am Health Organ*. 1995;29:364-8.
8. Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013 [citado 2017 out 24]. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173.pdf>
9. Boletim epidemiológico Sífilis [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Ano 4, n. 01, 2015. [citado 2015 dez 28]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/88>
10. . Boletim Epidemiológico [Internet] Brasília: Ministério da Saúde. Vol. 47, Nº. 35.
11. Legislação básica do Sistema Único de Saúde (SUS) [homepage na internet]. Brasília: Portal da Saúde; [citado 2017 Out 24]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/legislacao>
12. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
13. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Junior PRBS, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2014 Out;48(5):766-774.
14. Rede interagencial de informações para a saúde - RIPSAs. Indicadores e dados básicos. Brasil [homepage na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [citado 2017 Set 29]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/matriz.htm>
15. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros. Paraná: Sífilis em gestantes. Brasil [homepage na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005-2016. [citado 2017 Set 29]. Disponível em: <http://http://indicadorestsfilis.aids.gov.br>
16. Lago ACO, Gomes DS. Perfil epidemiológico e transmissão materno-fetal da sífilis de gestantes em Cascavel (PR). *DST - J Bras Doenças Sex Transm*. 2016 Mar; 28(1): 29-35.
17. Malizan JA, Nascimento BL, Malizan JM, Horvath JD, Silva CM da, Peder LD de. Prevalência e fatores associados à sífilis em gestantes atendidas em um centro de referência no Oeste do Paraná. In: Anais do 6º Congresso de Ciências Farmacêuticas do Mercosul e 6º Simpósio em Tecnologia de Alimentos do Mercosul, 2016; Cascavel.
18. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 Jun. [citado 2017 Fev 04];32(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X0008241>.
19. Schetini J, Ferreira DC, Passos MRL, Salles EB, Santos DDG, Rapozo DCM. Estudo da prevalência de sífilis congênita em um hospital da rede SUS de Niterói - RJ. *DST - J Bras Doenças Sex Transm*. 2005 Mar;17(1): 8-23.
20. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017 Abr-Jun;26(2):255-264.
21. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública*. 2017 Abr-Jun;26(2):255-264.
22. Nascimento MI do, Cunha AA, Guimarães EV, Alvarez FS, Oliveira SRSM, Bôas ELV. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012 Fev;34(2):56-62.
23. Lafeta KRG, Martelli Junior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol*. 2016 Mar;19(1):63-74.
24. Martinelli KG, Santos Neto ET dos, Gama SGN da, Oliveira AE. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014 Fev;36(2):56-64.
25. Baggio MA, Pereira FC, Guimarães ATB, Caldeira S, Viera CS. Programa rede mãe paranaense: análise da atenção pré-natal em uma regional de saúde. *Cogitare Enferm*. 2016 Jul-Set;21(3):01-10.
26. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad Saúde Pública*. 2010 Set;26(9):1747-55.

RECEBIDO: 07/08/2018

ACEITO: 19/10/2018

UMA EXPERIÊNCIA DE RESGATE DA MEMÓRIA DA SAÚDE MENTAL DO PARANÁ

An experience of memory rescue of mental health in the state of Paraná

Silvia Beatriz Ussyk Manzarra¹, Rejane Cristina Teixeira Tabuti², Tiago Pereira Nocera³, Denise de Castro⁴, Osvaldo Tchaikovski Júnior⁵

1. Hospital Colônia Adauto Botelho. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4278-3213>
2. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0003-1793>
3. Escola de Saúde Pública do Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2971-3464>
4. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8981-0370>
5. Hospital Colônia Adauto Botelho. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3910-9471>

CONTATO: Rejane Cristina Teixeira Tabuti | Endereço: Rua Piquiri, 170 | Rebouças. | Curitiba- PR | E-mail: rejaneteixeira@sesa.pr.gov.br/rejane.teixeira@yahoo.com.br

COMO CITAR: Manzarra SBU, Tabuti RCT, Nocera TP, Castro D, Tchaikovski Junior O. Uma experiência de resgate da memória da saúde mental do Paraná. R. Saúde Públ. 2018 Dez;1(2):141-151



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 é contextualizar sobre a importância da preservação da memória institucional da saúde mental e a implantação do espaço memorial em um hospital psiquiátrico que compõe a Rede de Unidades Hospitalares Próprias da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Parte-se do pressuposto que além de viabilizar o acesso a objetos e documentos do hospital, o espaço do memorial contribui de forma significativa para a reflexão sobre a evolução dessa instituição, que é o único hospital público especializado em psiquiatria, do Paraná. Assim, entende-se que preservar a memória institucional não é só resgatar o passado. É, sobretudo, contribuir para a percepção das diferenças e reconhecimento dos limites de cada período.

RESUMO Hospital Psiquiátrico. Documento Histórico. Memória Institucional. Saúde Mental

ABSTRACT The objective of this work is to contextualize the importance of preserving the institutional memory of mental health, and the implantation of the memorial space in a psychiatric hospital that makes up the Network of Hospital Units of the State Department of Health of Paraná. It is assumed that, besides providing access to objects and documents of the hospital, the memorial contributes significantly to the reflection on the evolution of this institution, which is the only public hospital specialized in psychiatry in Paraná. Thus, it is understood that preserving the institutional memory is not only to rescue the past. It is, above all, to contribute to the perception of differences, and recognition of the limits of each period.

KEYWORDS: Psychiatric Hospital. Historical Document. Institutional Memory. Mental Health

INTRODUÇÃO

Preservar a memória e o patrimônio institucional é estratégia administrativa e política que garante a construção da identidade, demonstra o compromisso das organizações com suas ações e atividades, permite a realização de futuras pesquisas e, ao permitir o relato da trajetória das lutas, contradições, retrocessos e avanços que construíram estes espaços coletivos em que os processos sociais se desenvolvem, dá subsídios para a defesa das conquistas, especialmente no campo da saúde pública, em um momento em que o Sistema Único de Saúde (SUS) "sofre ataques e propostas de desmanche por amplas camadas de classes hegemônicas nos campos políticos, econômicos e sociais.

Observa-se que, especialmente em um país em que a cultura da preservação do patrimônio ainda é incipiente como o Brasil, a preservação da memória ainda não é vista como estratégica para as organizações. Com a complexidade crescente das relações e processos de trabalho e flexibilidade dos novos modelos de administração, conhecer a cultura da empresa, expressa nos registros de

processos administrativos, operacionais e técnicos, permite o desenvolvimento e a continuidade das atividades organizacionais¹.

Aponta-se também que preservar a memória em organizações, favorece a apropriação por parte dos funcionários das experiências compartilhadas coletivamente, o que gera aprofundamento do vínculo e do sentimento de pertencimento com as atividades, demonstrando o compromisso da empresa com sua área de atuação².

A história da saúde pública no Brasil demonstra que as ações estão presentes desde os tempos da colônia, império e do início da nova república, observando-se o caráter excludente e pouco abrangente nesses períodos. Só ao final do século XX, com as ações e lutas que culminaram com a construção do SUS, um papel mais significativo neste campo passa a ser embarcado como política de Estado.

No contexto do Estado do Paraná, os registros de ações de saúde se dão a partir da emancipação de São Paulo, em 1853. Em 1947, o antigo Departamento Estadual de Saúde, vinculado

à Secretaria d'Estado dos Negócios do Interior, Justiça e Instrução Pública, passou à categoria de Secretaria de Estado⁵.

Identifica-se que a preservação da memória institucional na Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA-PR) é ainda tímida e pouco desenvolvida, encontrando-se ainda poucas iniciativas fragmentadas para seu resgate, o que não permite a construção de fontes confiáveis para pesquisa e uma narrativa consistente desta trajetória. Como exemplo destas iniciativas, podem ser registradas: a criação da casa da memória da Saúde Pública na década de 1980, sob coordenação do Dr. Lindolfo Fernandes, a qual publicou diversas obras, algumas das unidades da pasta⁶⁻⁸; a organização do acervo documental sob guarda do Arquivo Público do Paraná, elaboração de projeto "Guia de Acervos do Paraná", em 1999, por grupo de trabalho constituído pela seção paranaense da Associação Natural de História (ANPUH); e a constituição da Rede Paranaense de Preservação da Memória da Saúde Pública (Rede Memória Saúde Pública)⁹, entre outros.

Em meados da década de 90 um grupo de profissionais do Hospital Colônia Adauto Botelho (HCAB)", preocupados com a preservação da memória, iniciaram a coleta de documentos escritos, instrumentais, fotos e demais objetos, que foram organizados numa casa defronte ao hospital, como um Museu que contava a história da assistência à saúde mental do HCAB. Existiam também muitos projetos visando à qualificação da assistência, bem como a reinserção social dos usuários.

A partir do ano de 2014, foi iniciado processo de organização, gestão e abertura ao público do "Espaço Memorial Hospital Colônia Adauto Botelho (HCAB)", o qual reúne objetos e documentos de diversos tipos que registram a memória desta organização. Localizado no município de Pinhais-PR, o referido hospital possui 64 anos de história¹⁰ no desenvolvimento de ações de cuidado aos pacientes com transtornos mentais e necessidades decorrentes de álcool e outras

drogas, sendo importante repositório da história do desenvolvimento da saúde mental no Paraná.

Tito Moreira Salles, que começou a trabalhar no Hospital Colônia Adauto Botelho em 1954 quando cursava o segundo ano de medicina, relata em seu manuscrito que o mesmo possui "histórias fantásticas"¹¹ e, por meio de seus registros, é possível verificar suas lutas, desafios, tristezas e conquistas. É possível visualizar nesta trajetória, as políticas de saúde, concepções, conceitos e visões de mundo que permearam a própria saúde mental no Brasil, desde as políticas de assistência psiquiátrica, iniciadas a partir da década de 40, até os movimentos pela reforma destes serviços de saúde e a luta antimanicomial, em tempos mais recentes¹⁰.

Observando-se a fragmentação dos registros e objetos, correndo o risco de se deteriorarem e serem perdidos na instituição, a direção geral do HACB sensibilizou-se para disponibilizar infraestrutura física e pessoal para o tratamento deste acervo, bem como sua exposição à população geral interessada desta história corporificada materialmente nestes documentos. Este relato de experiência objetiva descreve a trajetória da construção deste espaço, fundamentada nos conceitos da memória institucional e preservação do patrimônio, bem como dos conhecimentos trazidos pela Ciência da Informação e História, considerando o contexto da importância do HCAB para a memória da saúde mental do Paraná.

A Coordenação Estadual de Saúde Mental, preocupada em registrar os fatos que retratam o desenvolvimento da história da política de saúde mental no Estado, reuniu vários documentos e ouviu pessoas que contribuíram ao longo do tempo. Reconhecendo a valorosa contribuição de técnicos e coordenadores, organizou um encontro, onde foram lembrados momentos relevantes que culminaram no primeiro ambulatório implantado no estado, em 1944, anterior à inauguração do HCAB. Também houve a implantação de ambulatórios em municípios do interior, bem como o apoio presencial

aos municípios, regada a muitas viagens e trabalho que buscava a qualidade da assistência em saúde mental.

Espera-se que esta narrativa estimule a preservação da memória nas diversas unidades da SESA-PR, conscientizando colaboradores e direção de que cada uma delas pode e deve estruturar ações do mesmo cunho, dentro de suas possibilidades. Considerando a importância social das atividades realizadas pelos serviços de saúde, é essencial que a instituição responsável por estas ações em âmbito estadual estruture e garanta acesso a estas fontes, possibilitando a criação compartilhada de conhecimento e estimulando futuras pesquisas.

A partir de 2017, a direção-geral da SESA constituiu grupo de trabalho formado por profissionais de diversas áreas, tanto da própria secretaria quanto integrantes do DEAP (Departamento de Arquivo Público do Paraná) para a realização da iniciativa "Rede Paranaense de Preservação da Memória da Saúde Pública (Rede Memória Saúde Pública)", a qual tem como objetivo, entre outras estratégias, "contribuir para a preservação da memória da Saúde Pública no Paraná", através do estímulo ao desenvolvimento destes espaços de memória nas unidades da instituição¹². Devido ao trabalho já realizado, o HCAB foi convidado para compor o grupo.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A memória traz ao presente a materialização dos fatos do passado, em uma construção seletiva que traz o contexto familiar, social e nacional coletivamente construído. Para os gregos antigos, a memória era uma deusa, denominada Mnemosine, que lembrava a recordação dos grandes feitos heroicos e era mãe de todas as chamadas artes liberais. Esta concepção nos remete ao fato de que a história é a cientificidade da memória, em um processo de seleção de fatos¹³, e dentro desta mesma seleção se revelam as concepções de mundo propostas no desenrolar da história.

A memória institucional constitui-se do conjunto de registros materiais e imateriais que compõem sua história. Os registros materiais compõem-se dos documentos, entendidos esses de sua forma mais ampla possível como a "unidade de registro de informações, qualquer que seja o suporte ou formato"¹⁴, sendo estas todas as materializações das ações organizacionais, sejam elas textuais, audiovisuais, fonográficas, objetos etc.

A reunião destes registros revela um ato consciente, que envolve uma vontade administrativa, política e econômica para a preservação da memória institucional. Entre os benefícios que esta ação traz às organizações estão: iluminação do passado para criação de projetos de futuro; preservação do patrimônio; resgate das tradições e possibilidade de análise crítica destas; envolvimento dos colaboradores com a trajetória das atividades, gerando sentimento de pertencimento, entre outros^{2, 15}.

No Brasil, a preservação do patrimônio registrado é estipulada pela Constituição Federal de 1988, quando esta afirma, em seu art. 23, que é competência comum da União, dos Estados e do Distrito Federal: "III- proteger os documentos, as obras e outros bens de valor histórico, artístico e cultural, os monumentos, as paisagens notáveis e os sítios arqueológicos"¹⁶. A Constituição brasileira também elenca os bens que constituem o patrimônio cultural brasileiro, entre os bens de natureza material e imaterial, no art. 216, sendo estes:

- I- as formas de expressão;
- II- os modos de criar, fazer e viver;
- III- as criações científicas, artísticas e tecnológicas;
- IV- as obras, os objetos, documentos, edificações e demais espaços destinados às manifestações artístico-culturais;
- V- os conjuntos urbanos e sítios de valor histórico, paisagístico, artístico e arqueológico, paleontológico, ecológico e científico.

Também concretizam o dever do Estado com a preservação dos fatos que marcam sua história, tais como o Decreto-Lei nº 25, de 30 de novembro de 2017, que organiza a proteção do patrimônio histórico e artístico e nacional, definindo o que constitui o patrimônio e as formas de tombamento¹⁷ e o Decreto nº 3.551, de 4 de agosto de 2000, que institui o registro de bens culturais de natureza imaterial que constituem o patrimônio brasileiro¹⁸, entre outros marcos legislativos.

Para a história, registros que compõem a memória institucional só poderão servir como fonte caso preservem sua organicidade, entendida esta como o princípio arquivístico que mantém a relação natural entre os documentos e as atividades realizadas por uma instituição¹⁴, e que estas fontes primárias estejam acessíveis aos interessados, podendo servir para pesquisa historiográfica¹⁹.

A preservação e o resgate dos documentos para a construção da história são possíveis através da interlocução entre as áreas da Ciência da Informação e da História.

Na Ciência da Informação, relacionam-se a memória e a informação, considerada esta última como a informação registrada que fornece as peças as quais permitirão construção e reconstrução da memória e da formação da identidade, considerando que esta só será alcançada com a organização, preservação e divulgação destes registros. Assim,

Essas operações incluem o aspecto seletivo, que envolvem o binômio lembrar e esquecer, onde a decisão sobre o que constituirá a memória é compreendida como uma disputa, ou uma negociação, entre grupos sociais, permeadas por questões políticas e ideológicas, por vezes antagônicas. A preservação dessa memória é associada, também, a espaços físicos socialmente instituídos e legitimados para sua custódia, tais como arquivos, bibliotecas e centros de documentação²⁰.

Permeando a Ciência da Informação, a área da arquivologia é o eixo principal que subsidia este processo de seleção e constituição da memória, ao lidar propriamente com os chamados

documentos arquivísticos, que são aqueles que são gerados através das atividades das organizações, registrando seus feitos através do tempo. Este conjunto de documentos acumulados e tecnicamente processados constitui elemento dinamizador da pesquisa histórica.

Nesse sentido, arquivologia e história devem atuar harmonicamente, pois a primeira busca a materialização do conhecimento em que a segunda deverá atuar na produção de sentidos, através de interpretações, identificação de movimentos, desvelando ou ocultando discursos, ou seja, produzindo aquilo que se chama conhecimento propriamente historiográfico²¹.

Nessa relação entre documentos arquivísticos e a seletividade da memória, os conceitos da área da gestão de documentos propõem os princípios que possibilitarão a uma organização definir aqueles documentos que servirão como registro de sua trajetória e possuirá valor além daquele pelo qual este foi originalmente gerado, o que implica que este pode ser utilizado como fonte para pesquisa.

A gestão de documentos trata do processamento técnico que permite o controle do ciclo de vida do documento dentro de sua organização, referindo-se à produção, tramitação, uso, avaliação e arquivamento destes em sua fase corrente e intermediária, visando sua eliminação ou recolhimento. O recolhimento é a operação que rege a entrada de documentos em sua fase permanente, na qual estes documentos possuem valor de memória e qualificados como fontes de pesquisa.

A partir do preconizado por Schellenberg²², a gestão de documentos permite a avaliação dos documentos para a definição de seu ciclo vital, considerando para sua classificação sua função dentro de uma organização. Assim, os documentos que possuem valor primário, ou seja, o uso pelo qual eles são originalmente produzidos (administrativo, legal, jurídico, fiscal, contábil, financeiro), se movimentam nas fases correntes e intermediárias do arquivo, de acordo com sua frequência e tipos de uso; encerrado seu valor primário, os documentos devem possuir valor secundário (valor de pesquisa

histórica e cultural) para serem de guarda permanente; do contrário, podem ser eliminados.

Esta ação de valoração do documento em primário e secundário, bem como sua classificação de acordo com a função que exerce, favorece um olhar administrativo apurado para intervenção no uso de documentos, evitando seu acúmulo desnecessário e desordenado, sistematizando estrategicamente aqueles que devem ser preservados por seu valor histórico²³.

Através desta fundamentação, demonstra-se que a preservação e o resgate da memória institucional de uma organização implicam em uma atuação intencional da administração desta na construção de sua história, o que se verifica na conjugação dos procedimentos técnicos de seleção, organização e disseminação trazidos pela Ciência da Informação e no conhecimento analítico que instrumentalizará estas informações, trazidas pela História e áreas correlatas.

Nas seções a seguir estarão relatadas as ações que permitiram ao HCAB reunir e divulgar os materiais que estão sob sua guarda, favorecendo a construção da memória dos serviços de saúde mental no Estado do Paraná.

ANÁLISE CONTEXTUAL

Para muitos, a imagem de hospitais psiquiátricos inaugurados nos anos 50, como é o caso do HCAB, ainda está ligada à dor, sofrimento, desumanidade, muito distante de uma instituição hospitalar com a finalidade de prestar assistência à pessoa em sofrimento mental.

No caso específico do HCAB, o passado registra, de fato, uma instituição superlotada, com prestação de cuidados limitada e questionável, porém a história, e somente ela, vai esclarecer alguns pontos como bem pontuado por Casagrande e Wadi (2011) destacando a fala do Dr. Jayme Etzel, diretor interino do HCAB:

Face à evidente disparidade entre as entradas e saídas de doentes, está o hospital com sua lotação triplicada, ou seja, no momento atual, 906 internados, dos quais apenas a metade está em camas, está com sua indumentária mais ou menos adequada, recebe alimentação no horário normal no refeitório. Convém mencionar que a outra metade não está desamparada; recebe sua alimentação em horário especial e está acomodada nos pavilhões, sem cama é bem verdade, também está vestida, isto tudo, porém longe, muito longe mesmo do que deveria ocorrer. Em virtude deste estado de coisas, a cozinha, a lavanderia, funcionam 12 a 14 horas diárias, os servidores de um modo geral não têm tido os seus horários de folga e em consequência é patente o descontentamento¹⁰.

Pensando neste contexto, e considerando a importância do HCAB para a história da saúde mental no Paraná, direção e colaboradores, observando o estado de deterioração, fragmentação e desorganização dos documentos e objetos acumulados pelo Hospital ao longo do tempo, decidiram disponibilizar espaço físico para a reunião destes materiais. Também considerando a importância social da referida instituição, este mesmo espaço foi organizado de forma a permitir acesso livre à população interessada, na perspectiva que estas ações deem visibilidade ao desenvolvimento das ações de saúde mental no Paraná e possibilitem a realização de estudos e pesquisas.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A ideia do HCAB ter um Espaço do Memorial já vinha sendo alimentada há um bom tempo, para reunir os objetos e documentos levantados em ocasiões anteriores e os documentos que estavam em caixas arquivo, sob a responsabilidade da Comissão de Documentos do hospital.

Com a identificação do local reservado ao Espaço do Memorial, no primeiro semestre de 2014,

veio o trabalho de melhorias, basicamente pintura, para bem receber a história do HCAB.

Assim, em 10 de outubro de 2014, o espaço da antiga unidade 7 feminina, depois enfermaria clínica,

formado por uma ampla sala de aproximadamente 64 m², passou a ser identificada como Espaço do Memorial. O resultado da organização do espaço pode ser observado na figura 1.

Figura 1 Espaço do memorial do HCAB



Fonte: Acervo HCAB

Nesta altura, a biblioteca técnica do hospital ocupava uma sala em outro andar. Lá se poderiam encontrar diversos livros sendo que boa parte deles foi doada por médicos que trabalharam no hospital, além de relatórios e fotos da época da inauguração do hospital, de eventos festivos como festas Juninas e de Natal, passeios entre outras atividades. Neste espaço estava também uma verdadeira "joia": cópia de um trabalho escrito e datilografado pelo Dr. Tito Moreira Salles, citado no início deste relato, com a seguinte dedicatória:

"Aos colegas e amigos que continuam nessa obra, dedico este trabalho, radiantes que a continuidade do nome Adauto está assegurada – 23/06/1980".

Os documentos com valor histórico que estavam sob a guarda da Comissão de Documentos do hospital foram encaminhados para o Espaço do Memorial, selecionados e registrados. Segundo levantamento da Rede de Preservação da Memória da Saúde Pública do Paraná²⁴, entre os documentos e objetos disponíveis no espaço estão:

Tabela 1. Documentos e objetos com valor de memória localizados no HCAB

Título:	Tipo:	Tipo: [Outros]	Ano/Número/Página:	Conservação:	Observações:
45 Caixas Arquivos com documentos	Livros, Folhas soltas, fotos, peças		Diversos	Boa	Material previamente selecionado e arquivado em caixas arquivo identificadas por título e ano
Movimento de 1954 - Hospital Colônia Adauto Botelho	Folha Solta		1954	Boa	Relatório Qualitativo
Movimento do Primeiro Trimestre de 1955	Folha Solta		1955	Boa	Relatório Qualitativo
Movimento 1956 Hospital Colônia Adauto Botelho	Folha Solta		1956	Boa	Relatório Qualitativo

Título:	Tipo:	Tipo: [Outros]	Ano/Número/ Página:	Conservação:	Observações:
Relatório anual dez. 1957 Hospital Colônia Aduino Botelho	Folha Solta		1957	Boa	Relatório Qualitativo com fotos
Movimento 1955 Hospital Colônia Aduino Botelho	Folha Solta		1955	Boa	Relatório Qualitativo
Relatórios dos meses de Julho a Dezembro de 1955	Folha Solta		1955 / Julho	Boa	Relatórios Qualitativos
Relatórios dos meses de Janeiro a Dez. de 1956	Folha Solta		1956 / janeiro a dezembro	Boa	Relatórios Qualitativos
Relatórios dos meses de Janeiro a Dez. de 1957	Folha Solta		1957 / janeiro a dezembro	Boa	Relatórios Qualitativos
Relatórios Janeiro a Abril de 1958	Folha Solta		1958 / janeiro a abril	Boa	Relatórios Qualitativos
Ata Lançamento Pedra Fundamental do Hospital Colônia para Psicopatas em terreno anexo à Granja do Canguiri	Quadro com moldura de madeira e vidro	0,69 X 0,54 cm	Boa		
Planta prédio do hospital	Quadro com moldura de madeira e vidro	1,10m X 0,76	Boa		
Quadro 1ª Neurocirurgia no Hospital - Lobotomia Pré-Frontal. Cirurgião Dr. José Portugal Pinto	Quadro com moldura de madeira e vidro contendo 05 fotos	0,36 X 0,54	Boa		
Estatuto dos Funcionários Públicos Cíveis do Estado Lei nº 293 de 24 Nov. de 1949. Imp. Of. Est.1952	Manual	0,2 cm X 0,16 cm	Boa		
Regulamento do Departamento de Saúde / Secr. de Saúde Pública; Imp. Oficial Estado 1955	Manual	0,16 X 0,23	Boa		
Aparelho de Eletrochoque, marca JAFAR, mod. 0-8 - 0-201	Caixa com botões de Volt. e de Tempo e entrada para eletrodos	0,24 X 0,25 X 0,9 com (sem tampa)	Boa		
Quadro "Inaugurado em 05/06/1954; fotografia naquela oportunidade"	Quadro com moldura de madeira e foto	0,20 cm X 0,27 cm	Ruim		
Quadro com foto aérea do hospital	Quadro com foto, moldura de madeira e vidro	0,25 cm X 0,31 cm	Boa		
Lençol de contenção para pacientes	Lona com fitas de couro e fivelas	1,05m X 1,55m	Boa		
Camisa de Contenção	Tecido: algodão	0,64 cm X 0,75 cm	Boa	Boa	

Fonte: Rede de Preservação da Memória da Saúde Pública do Paraná

Assim, reconhecendo a importância da preservação do patrimônio documental e de objetos com valor histórico, o Espaço do Memorial do HCAB foi inaugurado em 2014, no dia Mundial da Saúde Mental. Ocupando uma área onde havia sido instalada uma enfermaria clínica, o Espaço do Memorial do HCAB está aberto para toda a comunidade hospitalar (funcionários, pacientes e seus familiares) e para interessados, sejam pesquisadores ou participantes de visita técnica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Merlo e Konrad (2015)¹⁹ esclarecem que a memória é representada por meio de registros de informação, qualquer que seja o suporte em que está contida e que seja passível de recuperação (acesso). Assim, por meio do Espaço do Memorial do HCAB se tem acesso a tantas informações sobre o hospital e demais acontecimentos da época ligados à assistência às pessoas com sofrimento mental, como, por exemplo, o registro do Dr. Tito Moreira Salles (1980) sobre a superlotação:

O espírito dominante desde a direção até o atendente era no sentido de lutar contra o estigma de 'depósito' de psicóticos.

A propósito da superlotação existe estudo estatístico do Dr. Herley Mehl - Diretor do Hospital de 1963 a 1965, acredito eu - no qual ele afirma que são internados relativamente mais doentes naturais de outros Estados do que naturais do Paraná (Revista Médica do Paraná - vol. 27, nº 1958).

Este contingente não necessitava somente de cuidados psiquiátricos, necessitava e muito de cuidados gerais de saúde. Havia casos em que a patologia mental era apenas reflexo de sofrimento orgânico. Vem aí a necessidade da instalação de outros serviços²¹.

Fatos pitorescos também são relatados pelo autor supracitado como:

Não havia nada que lembrasse o que é hoje

terapia ocupacional, no entanto, de modo empírico conseguimos abastecer a cozinha de verduras, carne de porco, frango e ovos. (...) Ainda nesta faina de ocupar o elemento humano que havia em excesso, e no afã de distraí-los com o trabalho, mil vezes melhor do que ficar sentado num banco do pátio vendo o dia passar, planejamos construir estradas. A estrada para o Rio Iraí foi feita assim, o objetivo era de levar para lá nossos pacientes a fim de eles pescarem²¹.

Cita-se a seguir um último relato, ilustrando como a organização destes registros permite o resgate de memórias, histórias e o desenvolvimento das ações em saúde mental:

Um tcheco, que fora prisioneiro dos alemães na II Guerra, e como tal, trabalhara em ajustamentos de aparelhos de precisão de aviões de guerra, foi durante muito tempo nosso hóspede; fora internado em extremo depauperamento como só o álcool sabe produzir.

Já em recuperação pediu e obteve licença para ficar trabalhando em nossa oficina. Tínhamos balanças antropométricas tão antigas que nem mesmo a fábrica, através de sua representada queria mais consertar. Alegava-se falta de peça para aquele modelo obsoleto. Ludwig (nome fictício) fabricou peças, fundiu-as, ajustou e deixou as balanças perfeitas. Foram muito usadas para pesar fumo (tabaco) cortado para distribuir em cotas pelos pavilhões segundo o peso e de acordo com o número de internos em cada unidade²¹.

Ressalta-se que pela iniciativa do Espaço do Memorial, o HCAB foi reconhecido pela Direção Geral da SESA com um certificado de honra ao mérito, por ocasião da já referida abertura da Rede Paranaense de Preservação da Saúde Pública (Figura 2).

Nesse sentido, a perspectiva é de continuidade da reunião de registros que comprovem a memória do Hospital, com a manutenção do Espaço Memorial do HCAB e sua disponibilidade para acesso.

Figura 2. Certificado de Honra ao Mérito pela organização do Espaço Memória do HCAB



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na perspectiva da iniciativa da SESA da Rede Paranaense de Preservação da Memória da Saúde Pública, este relato de experiência procurou estimular a reflexão e despertar os colaboradores das diversas unidades para a criação de espaços de memória próprios, a exemplo do aqui relatado. Este mesmo espaço, de acordo com as necessidades e possibilidades de cada órgão, pode ser desde uma sala, uma mesa, um espaço em um armário ou apenas uma gaveta, desde que haja organização destes registros e a possibilidade de acesso aos mesmos, institucionalizando a preservação da memória em cada local.

Na perspectiva da história da saúde mental no Paraná, espera-se que este relato também seja um primeiro passo para a reunião de registros que até agora estão fragmentados e dispersos em todos os locais em que ações neste âmbito foram realizadas.

O resgate histórico da saúde mental do Estado do Paraná está em processo de construção. A iniciativa e a existência do Memorial instituem um local privilegiado para continuar recebendo

registros de fatos, fotos e objetos que construíram a trajetória da saúde mental.

Os achados até o momento indicam ações relevantes em vários municípios do interior que muito contribuíram nos caminhos da assistência à saúde mental no Estado e que poderão trazer novos elementos para esses registros.

Entendemos que os benefícios desta ação poderão oportunizar a realização de consultas, pesquisas com vistas à reflexão do passado visando à criação de projetos futuros, bem como a preservação da memória da saúde mental no Estado.

REFERÊNCIAS

- 1 Goulart S. Patrimônio documental e história institucional. São Paulo: Associação de Arquivistas de São Paulo; 2002.
- 2 Centro de Memória: manual básico para implantação. São Paulo: Itaú Cultura, 2013.
- 3 Rosen G. Uma história da saúde pública. São Paulo: HUCITEC; 1994.

4 Bertolli Filho C. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática; 2001.

5 Fernandes Jr. LR. A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná: suas origens e sua evolução no período de 1853-1983. Curitiba: Fundação Caetano Munhoz da Rocha; 1987.

6 Fernandes Jr. LR. O Centro de Saúde de Londrina. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 1992.

7 Fernandes Jr. LR. A Escola de Saúde Pública do Paraná sem aspas. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 1995.

8 Juk BV, Fernandes Jr. LR. A tísica (através dos tempos) no Paraná. Curitiba: Casa de Memória da Saúde Pública do Paraná; 1992.

9 Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria de Estado da Administração e Previdência, Secretaria de Estado da Cultura. Rede Paranaense de Preservação da Memória da Saúde Pública (Rede Memória Saúde Pública). Espaço. saúde. 2017 Jul;18(1):219-21.

10 Bonna Casagrande A de, Wadi YM. Os primeiros anos do Hospital Colônia Adatao Botelho: em busca de uma instituição modelar. In: Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH [evento na internet], 2011 jul. 17-22, São Paulo, Brasil. São Paulo: ANPUH-SP, 2011. p. 1-18. [acesso em 28 ago 2018]. Disponível em: http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300305291_ARQUIVO_ST58-ArtigoYonissa-Attiliana.pdf.

11 Salles, TM. História do HCAB. 1980. Disponibilidade: Espaço Memorial do Hospital Colônia Adatao Botelho.

12 Projeto organiza memória da saúde pública no Paraná [Internet]. CONASS. 2017 ago 6. [citado 2018 Ago 25] Disponível em: <http://www.conass.org.br/projeto-organiza-memoria-da-saude-publica-no-parana/>.

13 Le Goff J. História e memória. 5. ed. Campinas: Ed. da UNICAMP; 2003.

14 Arquivo Nacional. Dicionário brasileiro de terminologia arquivística. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional; 2005.

15 Jardim JM. A invenção da memória nos arquivos públicos. Ci. Inf 1995;25 (2).

16 Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.

Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

17 Brasil. Decreto-Lei nº 25, de 30 de novembro de 1937. Organiza a proteção do patrimônio histórico e artístico nacional. Diário Oficial da União. 6 dez 1937.

18- Brasil. Decreto nº 3.551, de 4 de agosto de 2000. Institui o Registro de Bens Culturais de Natureza Imaterial que constituem patrimônio cultural brasileiro, cria o Programa Nacional do Patrimônio Imaterial e dá outras providências. Diário Oficial da União. 7 ago 2000.

19 Merlo F, Konrad GVR. Documento, história e memória: a importância da preservação do patrimônio documental para acesso à informação. Inf. Inf. 2015 abr;20(1):1-26.

20 Oliveira EB de. O conceito de memória na Ciência da Informação no Brasil: uma análise da produção científica dos programas de pós-graduação. [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.

21 Barros DS, Neves DAB. Arquivo e memória: uma relação indissociável. Trans. 2009 Abr;21(1):55-61.

22 Schellenberg TR. Arquivos modernos: princípios e técnicas. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV; 2002.

23 Medeiros NL de, Amaral CMG do. A representação do ciclo vital dos documentos: uma discussão sob a ótica da gestão de documentos. Em Ques. 2010 dez;16(2):297-310.

24 Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Rede de Preservação da Memória da Saúde Pública do Paraná. Relatório do levantamento de documentos e objetos de valor histórico existentes nas unidades da SESA. 2017. 44p. Disponibilidade: Biblioteca da ESPP/ SESA.

RECEBIDO: 25/08/2018

ACEITO: 22/10/2018

IMPLANTAÇÃO DO BUSINESS INTELLIGENCE PARA GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM UNIDADES HOSPITALARES

Implementation of business intelligence in the information management of hospital units

Annanda Letícia Unicki Ribeiro¹, Vivian Patrícia Raksa²

1 Administradora na Superintendência de Unidades Hospitalares Próprias da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7485-9289>.

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/0000-0001-7112-9934>.

CONTATO: Annanda Letícia Unicki Ribeiro | E-mail: annandaleticia@hotmail.com

COMO CITAR Ribeiro ALU, Raksa VP. Implantação do business intelligence para gestão da informação em unidades hospitalares. R. Saúde Públ. 2018 Dez;1(2):152-160



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.

Relato de Experiência vencedor do 3º Prêmio Inova Saúde Paraná, realizado durante o 4º Congresso Paranaense de Saúde Pública/Coletiva (2018), no eixo temático "Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde".

RESUMO Este relato de experiência tem como objetivo apresentar a implantação da ferramenta Business Intelligence (B.I) para a gestão da informação em hospitais próprios do estado do Paraná. Os resultados da produtividade hospitalar são repassados por meio de uma planilha de controle chamada de sistema de informação gerencial (SIG), sendo ela composta por quatro modalidades. Cada hospital gera uma planilha com um alto volume de dados, fato que dificulta a comparação dos resultados entre os hospitais. Diante desta barreira, desenvolveu-se o B.I o qual possibilita analisar dados de diferentes unidades e períodos. Conclui-se que o desenvolvimento desta ferramenta, permite o acesso sistematizado aos dados, padronização das planilhas, celeridade na tomada de decisão, acompanhamento e planejamento dos resultados.

PALAVRAS-CHAVE: Sistemas de Informação. Base de Dados. Rede de Comunicação. Processamento Automatizado de Dados.

ABSTRACT This experience report aims to present the implementation of the Business Intelligence tool (B.I) for information management in hospitals of the state of Paraná. The results of hospital productivity are passed through a control spreadsheet called management information system (SIG), which consists of four modalities. Each hospital generates a spreadsheet with a high volume of data, which makes it difficult to compare the results among hospitals. Thus, B.I was developed, allowing data analysis from different units and periods. It is concluded that the development of this tool allows systemic access to data, standardization of spreadsheets, speed in decision making, monitoring and planning of results.

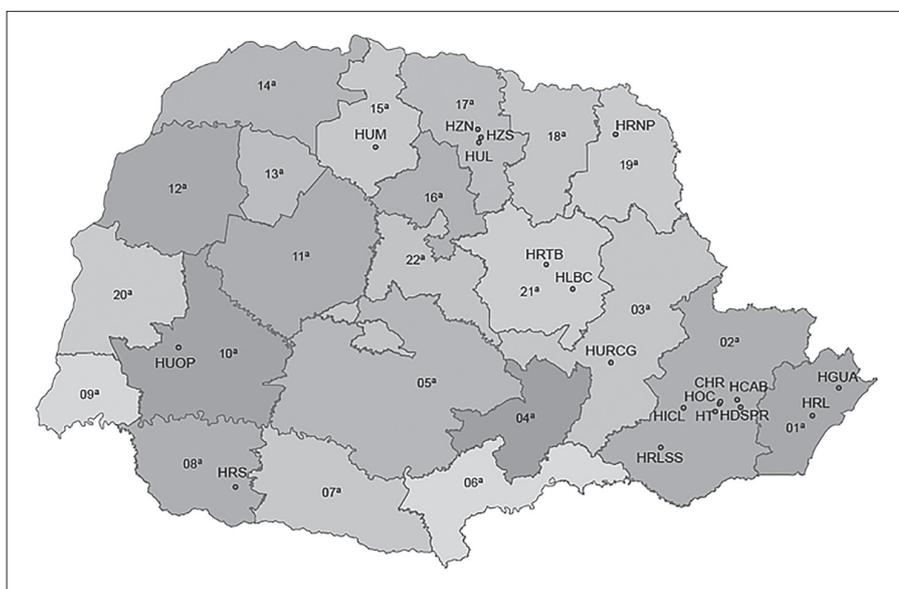
KEYWORDS: Information Systems. Data Base. Communication Network. Automated Data Processing.

INTRODUÇÃO

O Estado do Paraná possui 15 unidades hospitalares próprias e 4 hospitais universitários estaduais, sendo que a Superintendência de Unidades Próprias (SUP), localizada na Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA), é responsável pela gestão, acompanhamento e avaliação dos hospitais

próprios e a SESA juntamente com a Secretaria da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (SETI) realizam a gestão compartilhada dos hospitais universitários. Desta forma, a rede própria é composta por 19 hospitais que estão localizados em território paranaense conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 Mapa das Unidades Hospitalares Próprias do Estado do Paraná.



Fonte: Arcgis SESA.

Os 19 hospitais possuem perfil assistencial distinto, o que dificulta a coleta e análise das informações de produtividade, visto que os dados publicizados no Tabwin / DataSUS são referentes ao que é faturado nas instituições hospitalares e podem não refletir a realidade. Com o objetivo de superar esta limitação, em 2011 a SUP, desenvolveu e implantou o sistema de informações gerenciais (SIG), que visa coletar os dados da produtividade hospitalar, a fim de acompanhar e avaliar os resultados dos hospitais que compõem a rede própria.

O SIG permite a coleta, armazenamento, processamento de dados e disponibiliza informações para todos os níveis organizacionais. Desta forma, deve prover informações de cunho estratégico e operacional¹.

O SIG utilizado pela SUP/SESA é estruturado no Excel. A primeira versão em 2011 foi composta por 94 indicadores, sendo revisada anualmente, o que culminou em uma versão em 2018 com 125 indicadores. O SIG 2018 está estruturado em quatro modalidades: produtividade hospitalar, informações financeiras, gestão de pessoas e o programa hospitais do Paraná (que se refere a dados sobre a qualidade e segurança do paciente). Mensalmente cada hospital envia a planilha com o resultado dos seus indicadores, o que permite a composição do banco de dados.

Com a utilização da ferramenta ao longo dos anos foi possível o estabelecimento de um banco de dados consistentes sobre a produtividade hospitalar, no entanto observou-se uma dificuldade na compilação dos resultados desses 19 hospitais, assim como na análise comparativa em um período de tempo ou entre instituições.

No final de 2017 o banco de dados contava com mais de 10.000 elementos, o que gerava dificuldades na unificação da informação, assim como eram evidenciadas planilhas sem padronização devido à movimentação dos dados pelos usuários, agravados pela ausência de pontualidade na entrega das planilhas. Fatos estes, que não agregavam no processo para uma rápida tomada de decisão.

Com o objetivo de otimizar este processo de trabalho, a SUP firmou parceria com a Companhia de Tecnologia da Informação e Comunicação do Paraná (Celepar), para desenvolvimento de um programa que permitisse a análise comparativa e gráfica dos indicadores apresentados pelos hospitais da rede própria do Estado. Para tal, foi utilizado o conceito de Business Intelligence (B.I), que "é um processo que envolve métodos, técnicas, tecnologias, pessoas, informações, fontes de informações, métricas, ferramentas, etc"².

O B.I baseia-se em agrupar informações de diversas fontes e apresentá-las de forma unificada e sob uma métrica comum, gerando um conjunto de conceitos e métodos para melhorar o processo de tomada de decisão das empresas, utilizando-se de sistemas fundamentos em dimensões e fatos³.

Desta forma, propõe-se relatar a experiência na utilização da ferramenta B.I para compilar e analisar os dados de produtividade dos hospitais próprios do Estado do Paraná, transformando dados em informações imprescindíveis à tomada de decisão e gestão hospitalar. O B.I precisa disponibilizar a informação correta, para os envolvidos no tempo necessário, contribuindo para decisões assertivas para visar a relação custo-benefício⁴.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência que "deve ser redigido de maneira que possibilite a comprovação dos procedimentos, das técnicas e dos resultados obtidos"⁵. Desta forma, este relato tem como objetivo apresentar o processo de implantação da ferramenta B.I, como solução na integração dos dados de diversas unidades hospitalares. O mesmo ainda expõe as etapas realizadas pela SUP para adequação do sistema e as melhorias proporcionadas por ele.

RELATO DA EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO

O controle das informações por meio do SIG é dividido em quatro modalidades, sendo elas: produção hospitalar, gestão de pessoas, financeiro e o programa da qualidade e segurança do paciente. Os dados são atualizados mensalmente e geram automaticamente os indicadores. Possui campo para justificativas quanto a atrasos, variações ou qualquer outro fator relevante. Desta forma, é possível manter um histórico relativo à evolução de cada indicador e ainda consultar a informação do exercício já encerrado. Outra facilidade ao usuário refere-se ao comentário disponível em cada dado / indicador, onde é possível consultar o conceito do item a ser informado, assim como deve ser preenchido, ou seja, as regras a serem seguidas.

A modalidade produção hospitalar é composta pela quantidade de leitos ativos, número de internações, média de permanência, taxa de ocupação, número de cirurgias, número de consultas em pronto-socorro, pronto-atendimento ou ambulatório, quantidade de terapias, número de refeições servidas, número de roupas lavadas, entre outros indicadores de produtividade.

Na modalidade Gestão de Pessoas, são controlados o número de servidores e profissionais terceiros lotados na unidade, o total de horas extras, horas trabalhadas, especialidades médicas, afastamentos, quantidade de plantonistas, e as movimentações entre entradas e saídas de servidores.

Na perspectiva financeira, os indicadores dispostos no SIG se referem ao total do faturamento ambulatorial, de procedimentos de alto custo e internações. Além de dados como receitas e despesas do Sistema Único de Saúde (SUS), receitas e despesas dos convênios e os custos hospitalares.

A quarta divisão diz respeito ao Programa Hospitais do Paraná, que visa à qualidade e segurança do paciente em ambientes hospitalares.

Nesta, é possível analisar indicadores de incidentes e eventos adversos e protocolos de identificação do paciente, higienização das mãos, cirurgia segura, protocolos de queda, lesão por pressão, segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos, além de dados sobre a satisfação dos pacientes internados.

Com a utilização da ferramenta ao longo dos anos foi possível o estabelecimento de um banco de dados consistentes sobre a produtividade hospitalar, contudo dificuldades eram evidenciadas na compilação dos resultados, devido aos diferentes sistemas operacionais, assim como na análise comparativa em um período de tempo ou entre instituições.

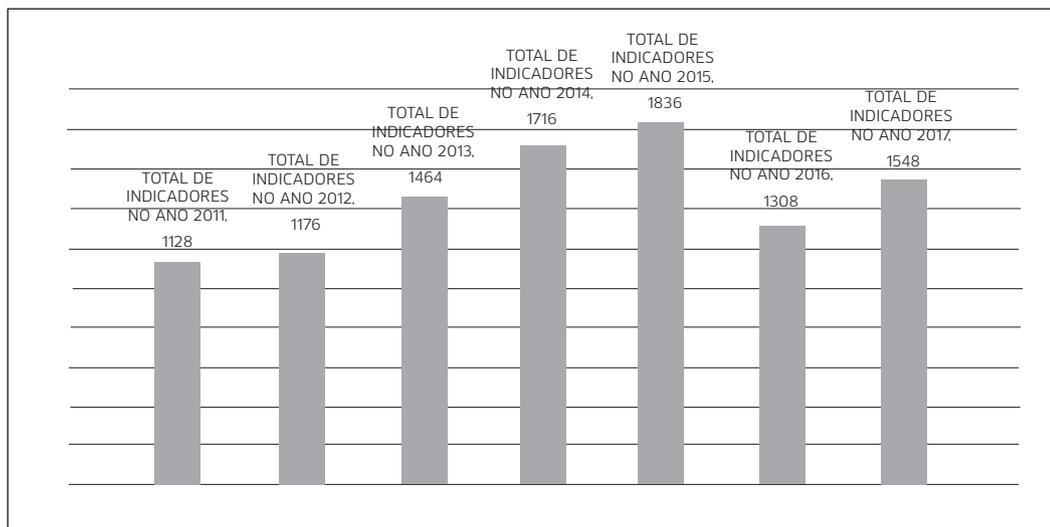
No gráfico 1 é possível verificar a evolução do quantitativo de indicadores analisados ano a ano.

Em 2011 foram compilados 1.128 dados englobando todos os hospitais da rede própria. Ao final de 2017, evidencia-se um crescimento de 3724%, passando a 1.548 dados coletados no ano. Desta forma, o volume de informações a serem compiladas exigia um sistema que comportasse tal quantidade de dados.

Após o estabelecimento da parceria entre a SUP e a Celepar, a qual detém a expertise no B.I, foram alinhados os fatores críticos de sucesso para o desenvolvimento desta ferramenta.

Para atender ao objetivo de desenvolver um instrumento com informações rápidas, foram realizados ajustes como a padronização das planilhas e dos indicadores, uma vez que o B.I realiza a leitura sistêmica dos dados.

A padronização dos indicadores foi outro ajuste realizado, pois entre os hospitais existiam diferenciações entre os dados solicitados. O que era necessário para uma unidade hospitalar não necessariamente seria para outra. Desta forma, para solucionar o problema foi definido que todos os dados comporiam a planilha SIG, no entanto, o preenchimento aconteceria apenas a quem de fato o aplicasse na instituição. Além das padronizações no formato das planilhas e dos indicadores, foram

Gráfico 1 Total de Indicadores por ano

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

realizados treinamentos entre os usuários para que estes compreendessem a importância do preenchimento do dado e seus reflexos.

O prazo de entrega das planilhas foi outro fator apresentado aos usuários. A exigência de pontualidade na entrega dos dados também foi uma mudança aplicada no processo de desenvolvimento da ferramenta B.I do SIG para que ao analisar os dados, o usuário pudesse comparar os resultados entre diferentes unidades hospitalares. Conforme Meireles¹: "Um Sistema de Informações Gerenciais é abrangente e produz todas as informações necessárias para todos os níveis dentro da organização. Para ser uma ferramenta útil, a informação deve ser completa, precisa e apropriada para a tarefa e a pessoa destinada, e deve ser entregue com pontualidade. A informação fornecida deve se equiparar à necessária para a tomada de decisão".

Caso a planilha do SIG não fosse entregue, não seria possível a análise dos resultados. Assim sendo, criou-se um fluxo onde cada unidade hospitalar indicou um usuário chamado de "pessoa-chave" que é o responsável pelo cumprimento dos

prazos e a entrega dos resultados. Além disso, este grupo de "pessoas-chave" passou a receber as orientações na medida em que divergências eram identificadas no preenchimento das planilhas.

O ganho de tempo e a fidedignidade da informação são melhorias no processo, dado que o B.I apresenta as variações dos resultados o que permite ao usuário da ferramenta solicitar justificativas alusivas a estas diferenças. Na hipótese de identificação de um erro de lançamento, ele é corrigido e o sistema passa a apresentar as informações em conformidade com a realidade do hospital. Se a distorção do resultado for mantida, a planilha dispõe de campos para justificativas, o que proporciona a rastreabilidade das mudanças ao longo dos períodos.

Com essas mudanças foi possível melhorar o planejamento, controle, monitoramento e avaliação dos resultados apresentados pelas Unidades Hospitalares Próprias do Estado do Paraná, o que está alinhado com os conceitos de SIG trazidos por Rodrigues e Gedres⁶: "O sistema de informação gerencial dá suporte às funções de planejamento, controle e organização de uma

empresa, fornecendo informações seguras e em tempo hábil para tomada de decisão. O sistema de informação gerencial é representado pelo conjunto de subsistemas, visualizados de forma integrada e capaz de gerar informações necessárias ao processo decisório”.

Aronson, King e Turban⁷ afirmam que:

“Os principais objetivos do BI são permitir o acesso interativo aos dados (às vezes, em tempo real), proporcionar a manipulação desses dados e fornecer aos gerentes e analistas de negócios a capacidade de realizar a análise adequada. Ao analisarem dados, situações e desempenhos históricos e atuais, os tomadores de decisão conseguem valiosos insights que podem servir como base para decisões melhores e mais informadas. O processo do BI baseia-se na transformação de dados em informações, depois em decisões e finalmente em ações. O B.I contribuiu para a tomada de decisão rápida, identificação de variações nos dados informados, facilidade na visualização do dado, comparação entre diversos hospitais e diferentes períodos, além de proporcionar agilidade na consulta aos indicadores.”⁷

Nesse sentido, a ferramenta implementada neste relato contribui no ganho de tempo, uma vez que todos os dados são compilados sendo necessário realizar os filtros dos indicadores a

serem analisados. O usuário destina o tempo nos resultados relevantes o que permite uma otimização no processo de análise e, caso necessário, intervenções voltadas às divergências identificadas. .

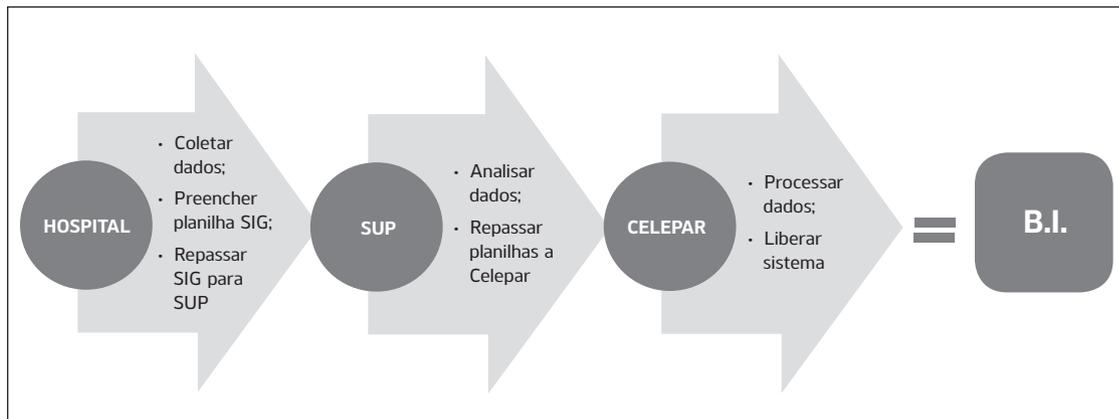
Na Figura 2, descrevemos as etapas realizadas de cada um dos envolvidos no processo, desde a extração dos dados até o processamento do B.I:

Na Figura 3, apresentamos os resultados gráficos que a ferramenta permite. Na coluna à esquerda o usuário aplica os filtros e o sistema apresenta os dados de forma gráfica.

No B.I do SIG é possível comparar os resultados entre diferentes hospitais e exportá-los a fim de elaborar relatórios analíticos. A ferramenta permite analisar evoluções no que tange a produtividade hospitalar, assim como os dados financeiros, da qualidade e segurança do paciente e na gestão de pessoas ao longo do tempo. Além disso, os resultados são visualizados em seis diferentes formas gráficas como barras, linhas, grades, radar e funil. Estas propiciam decisões rápidas em decorrência da facilidade na compressão do resultado apresentado.

Na Figura 4, ampliamos a imagem para demonstrar exemplos de filtros que podem ser realizados na consulta do B.I do SIG.

Figura 2. Etapas do B.I.



Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

Figura 3. Imagem da ferramenta B.I do SIG



Fonte: Elaborado pelos autores e a Celepar (2018)

Os filtros disponíveis para seleção se dividem em grupos com intuito de facilitar a organização dos indicadores. Nestes, o usuário pode optar pelo período que deseja visualizar no gráfico, ano, mês ou trimestre, além de indicar o grupo ao qual o indicador pertence. Após deverá escolher qual indicador tem preferência e então o resultado gráfico será apresentado na tela do sistema. Além disso, o B.I do SIG permite um detalhamento do resultado, ou seja, é possível selecionar o indicador por tipo de clínica, faixa etária ou até mesmo por tipo de exame realizado. Desta forma, o dado pode ser apresentado de forma sistêmica ou direcionada para atender a necessidade do usuário.

CONCLUSÃO

As informações da produtividade hospitalar são disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, no entanto, estas não refletem a realidade dos hospitais próprios do Estado do Paraná, o que gerou a necessidade desenvolvimento de uma ferramenta própria para coleta e análise de dados, sendo instituído o SIG. Ao longo da implantação, este demonstrou eficiência na coleta de dados, mas não permitiu a análise conjunta e em tempo oportuno dos resultados de todas as unidades hospitalares que compõem a rede própria.

Desta forma, desenvolveu-se o B.I, utilizando

Figura 4. Imagem de alguns dos filtros que podem ser selecionados no B.I do SIG.

Ano					
2016	2017	2018			
Mês					
JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Hospital					
CHR	HCAB	HDSPR	HGUA	HICL	HLBC
HOC	HRL	HRLSS	HRNP	HRS	HT
HUL	HUM	HUOP	HURCG	HZN	HZS
Trimestre					
1ºTrim	2ºTrim	3ºTrim	4ºTrim		
Q Pesquisar					
Grupo					
<input checked="" type="checkbox"/> Internamento					
<input type="checkbox"/> Mortalidade					
<input type="checkbox"/> Cirurgia / Obstetria					
<input type="checkbox"/> P.S / P.A					
<input type="checkbox"/> Ambulatório					
<input type="checkbox"/> SADT					
Indicadores					
<input type="checkbox"/> Leitos Ativos					
<input type="checkbox"/> Internação					
<input type="checkbox"/> Paciente Dia					
<input type="checkbox"/> Média Diária Paciente					
<input type="checkbox"/> Taxa de Ocupação					
<input type="checkbox"/> Paciente Saídos					
<input type="checkbox"/> Transferência Interna UTI					
Classificação					
<input type="checkbox"/> Clínica Médica					
<input type="checkbox"/> Clínica Cirúrgica					
<input type="checkbox"/> Clínica de Infectologia					
<input type="checkbox"/> Clínica de Dermatologia					
<input type="checkbox"/> Clínica de Psiquiatria					
<input type="checkbox"/> Clínica Pediátrica					
<input type="checkbox"/> Clínica de Tisiologia					

Fonte: Elaborado pelos autores e a Celear (2018)

o banco de dados do SIG, o que permite uma análise estruturada das informações, além de permitir a visualização gráfica da produtividade hospitalar, que otimiza o acesso à informação e a tomada rápida de decisão. Ademais, permite o acompanhamento dos resultados e das variações dos indicadores preenchidos pelos hospitais da rede própria do Paraná. A implantação desta ferramenta permite a transformação eficiente de dados brutos em informações estratégicas para a gestão hospitalar.

Além da agilidade na tomada de decisões, há também melhoria no processo de planejamento de metas, acompanhamento e avaliação das instituições. O controle torna-se efetivo visto que as divergências são identificadas na medida em que há atualizações de dados. Os hospitais são monitorados mensalmente e avaliados conforme os resultados alcançados.

Em função dos fatos mencionados, obteve-se um ganho em relação ao tempo de análise dos dados uma vez que o usuário do B.I do SIG pode destinar as avaliações aos itens de maior relevância e programar apreciações a itens de menor impacto conforme a necessidade de cada hospital.

Por fim, percebe-se que a ferramenta contribui para a gestão hospitalar, pois reflete de forma rápida e eficaz os resultados realizados em cada unidade da rede própria.

REFERÊNCIAS

1. Meireles M. Sistemas de informação: quesitos de excelência dos sistemas de informações operativos e estratégicos. São Paulo: Arte & Ciência; 2004.
2. Loh S. BI na era do big data para cientistas de dados: indo além de cubos e dashboards na busca pelos porquês, explicações e padrões. Porto Alegre: Stanley Loh; 2014. 252 p.
3. Braghittoni R. Business Intelligence: implementar do jeito certo e a custo zero. [local desconhecido]: Editora Caso do Código; 2017. 249 p.
4. Sezões C., Oliveira J., Baptista M. Business Intelligence. Porto: Sociedade Portuguesa de Inovação; 2006.

5. Freitas EC, Prodanov CC. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Rio Grande do Sul: Feevale; 2013. 276 p.

6. Rodrigues LS, Gedres CAP. Tópicos emergentes do sistema de informação gerencial [Internet]. [local desconhecido]; Administradores-O Portal da Administração; 2008. [citado 2018 Ago 28]. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/artigos/tecnologia/sistema-de-informacao-gerencial/23741>.

7. Aronson JE, King D, Sharda R, Turban E. Business intelligence: um enfoque gerencial para a inteligência do negócio. São Paulo: Bookman; 2009. 254 p.

RECEBIDO: 31/08/2018

ACEITO: 22/10/2018

O USO DO *E-LEARNING* COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA FISIOTERAPEUTAS ATUANTES EM UM HOSPITAL PÚBLICO

E-learning as a permanent education strategy for physical therapists in a public hospital

Débora Melo Mazzo¹, Juliana Carvalho Schleder²

1 Fisioterapeuta, Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1728-7648>

2 Fisioterapeuta, Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5789-7945>

CONTATO: Débora Melo Mazzo | Rua Cruz e Souza nº 430 | ap 11 | Jardim Carvalho | Ponta Grossa-PR | CEP: 84015-420 | E-mail: deboramazzo@uol.com.br

COMO CITAR: Mazzo DM, Schleder JC. O uso do e-learning como estratégia de educação permanente para fisioterapeutas atuantes em um hospital público. R. Saúde Públ. 2018 Dez;1(2):161-167



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 As constantes mudanças de ordem econômica, social, tecnológica e científica vividas na atualidade exigem o desenvolvimento e a qualificação permanente dos profissionais, principalmente daqueles atuantes no âmbito hospitalar. O *e-learning* pode ser uma ferramenta para superar problemas de treinamento de um número maior de profissionais. Este trabalho descritivo relata a experiência de uma proposta de educação permanente em plataforma virtual gratuita para o serviço de fisioterapia de um hospital universitário. Foi realizada a filmagem de um procedimento de aspiração traqueal utilizando um simulador realístico e criado um grupo em uma plataforma onde o vídeo foi compartilhado. Inicialmente a grande dificuldade dos profissionais foi a criação da conta e a familiarização com a disposição dos conteúdos na plataforma, porém grande parte da equipe relatou gostar do formato de educação permanente por *e-learning*. A atualidade requer um novo tipo de profissional, com capacidade de adaptar-se a novas situações, tais como novas formas de aprendizado.

PALAVRAS CHAVE: Educação Permanente. Serviço Hospitalar de Fisioterapia. Sistemas On-Line. Ensino a Distância.

ABSTRACT Constant economic, social, technological and scientific changes that are currently taking place require development and permanent qualification of all professionals, especially those working in hospitals. E-learning can be a tool to overcome problems when training a large number of professionals. This descriptive study reports the experience of a permanent education proposal in a free virtual platform for the physical therapy department of a university hospital. A tracheal aspiration procedure using a realistic simulator was filmed, and a group was created on the platform where the video was shared. Initially, the greatest difficulty was the creation of an account in the platform, then the familiarization with the disposition of contents in the platform, although a large part of the team reported that they liked the permanent education format through e-learning. Present days require a new type of professional, with the capacity to adapt to new situations, such as new ways of learning.

KEYWORDS: Permanent Education. Hospital Physiotherapy Service. On-Line Systems. Distance learning.

INTRODUÇÃO

A fisioterapia é uma profissão da área da saúde que requer inúmeros conhecimentos e habilidades práticas relacionados aos sistemas musculoesquelético, neurológico, cardiorrespiratório e demais¹, e apesar dos fisioterapeutas receberem este conhecimento durante a graduação, as constantes mudanças de ordem econômica, social, tecnológica e científica vividas na atualidade exigem o desenvolvimento e a qualificação permanente de todo profissional², para atender às reais necessidades da população nos diversos campos de prática³, principalmente no âmbito hospitalar.

A educação permanente é definida pelo Ministério da Saúde como um conceito pedagógico que tem como objetivo efetuar relações entre ensino, ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, gerando uma aprendizagem significativa no trabalho⁴. A formação continuada deve ter enfoque nas necessidades de um indivíduo emancipado que seja capaz de disputar seu lugar no mercado, tendo também autonomia, discernimento e capacidade de agir de forma competente frente a fatos novos e complexos, já que na sociedade atual a formação inicial torna-

se obsoleta rapidamente, assegurando, assim, a integralidade da atenção, qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades^{3,5}.

A educação permanente em saúde tem como princípio que o conteúdo a ser estudado deve ser gerado a partir de dúvidas e necessidades emergidas pelos profissionais durante o cotidiano⁶. Consiste em promover a aprendizagem no trabalho em si, incorporando o cotidiano das práticas com uma aprendizagem significativa e transformadora⁴. Deve funcionar como eixo propulsor de mudanças nos serviços, a fim de possibilitar que os cenários de prática sejam reorganizados e fortalecidos², levando à satisfação dos pacientes com a atenção prestada.

Já existem evidências que fomentam o desenvolvimento de programas e projetos implementados para o fortalecimento da integração ensino-serviço³ e neste contexto, diversas estratégias são traçadas para proporcionar a formação de profissionais fisioterapeutas críticos e ativos nos processos de desempenho prático, porém nem sempre a assimilação e as transformações

desejadas acontecem na mesma velocidade do proposto, grande parte devido às limitações das condições espaciais e temporais da sala de aula. Assim, múltiplos desafios devem ser transpostos como custos associados ao treinamento, tempo para realizar a educação permanente e questões logísticas relacionadas a espaço e agenda dos profissionais envolvidos⁷.

A fim de superar problemas comuns quando se trata de treinamento de um número maior de profissionais⁷, mecanismos tecnológicos atuais como o *e-learning* podem ser utilizados, amplificando a viabilidade das capacitações em saúde. O *e-learning* pode ser definido como uma atividade individual ou em grupo que envolve processos de educação síncronos e/ou assíncronos, englobando um vasto conjunto de aplicações ou processos como salas de aula virtuais, com conteúdo via internet, TV, vídeos, rádio e diversos outros, possibilitando a flexibilidade e a interatividade⁸.

Este ambiente virtual apresenta características específicas, rompendo com a concepção da presença do aluno e do professor no processo de ensino-aprendizagem em um mesmo momento e ambiente físico, favorecendo uma aprendizagem independente e interativa^{2,9}. Permite aos profissionais desenvolver um posicionamento crítico frente a situações e problemas apresentados, e discussões de casos, além do consequente aprimoramento de práticas qualificadas social e tecnicamente. Ademais, facilita a transmissão de informações de forma padronizada e interativa, o que possibilita a auto-aprendizagem com rápida atualização de conteúdos, facilidade de acesso e flexibilidade de horários^{9,10}.

Encarando o desafio das atualizações no processo de ensino-aprendizagem, o serviço de fisioterapia do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HURCG) foi pioneiro em oferecer o novo método de capacitação aos seus profissionais. O HURCG é um hospital público integrante da rede assistencial SUS situado na cidade de Ponta Grossa - Paraná e conta com um serviço de fisioterapia formado por uma equipe de 37 profissionais, sendo

8 concursados, 20 terceirizados e 9 residentes - os quais prestam atendimento no pronto atendimento, enfermarias, e unidades de terapia intensiva adulto e neopediátrica.

Para manutenção da excelência do atendimento prestado e atualização quanto a novos procedimentos e protocolos instituídos, atividades de educação permanente são realizadas rotineiramente e possuem caráter obrigatório, porém, apesar de serem disponibilizadas em diferentes dias e horários para que todos possam ser capacitados, há grande dificuldade em contemplar todos os profissionais. Diante disso, foi suscitada a hipótese de que a realização de educação permanente no formato *e-learning* poderia sanar essas dificuldades. O objetivo deste estudo foi relatar a experiência do ensino a distância como estratégia de capacitação permanente em um serviço de fisioterapia no sistema único de saúde.

METODOLOGIA

O presente trabalho, de caráter descritivo, relata a experiência de uma proposta de educação permanente em uma plataforma virtual para o serviço de fisioterapia do HURCG. A elaboração do material utilizado para a educação permanente teve início por meio da realização de uma filmagem do procedimento de aspiração traqueal padronizado pela instituição, utilizando um simulador realístico do Laboratório de Simulação do Departamento de Medicina da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) e uma câmera digital da marca Sony® modelo DSC-HX1. Após a filmagem, foi realizado o processo de edição do vídeo através do programa Windows Movie Maker® versão 2012 e a finalização do material para capacitação.

Seguiu-se uma busca para encontrar um ambiente virtual que fosse gratuito, pois a grande maioria dos sites e plataformas de *e-learning* são acessíveis mediante assinatura ou gratuitos por um período limitado. Dessa forma, foi selecionada a plataforma de aprendizagem social GoConqr-

ExamTime[®], que possui dois tipos de plano: o básico, que é gratuito, e o premium, no qual paga-se uma anuidade. Como o setor de fisioterapia do HURCG não dispõe de recursos financeiros próprios, já que faz parte de um hospital público, o plano básico foi selecionado.

Na plataforma é possível adicionar cursos, *quizzes*, enquetes, discussões dentre outros recursos de aprendizagem e, além disso, funciona como uma rede social, pois é possível adicionar amigos, formar grupos de estudos, curtir e comentar os conteúdos adicionados.

Após o cadastro na plataforma escolhida, criou-se um grupo para os fisioterapeutas da instituição os quais foram convidados a se cadastrar por meio de e-mails gerados pela própria plataforma. Dentro deste grupo foi compartilhado, sob a forma de vídeos de curta duração, o curso "Aspiração Traqueal", os protocolos de aspiração utilizados na instituição e links de artigos científicos relacionados ao tema.

O tema foi selecionado a pedido da direção assistencial da instituição devido à ocorrência de divergências em relação à técnica utilizada, uma vez que alguns profissionais desconheciam os protocolos da instituição, e este método foi optado devido à maioria das pessoas serem capazes de concentrar por no máximo 30 minutos de curso em videoconferência, sendo que, segundo Schneider (1999)¹¹, com 15 minutos de duração de uma videoconferência educacional a concentração já começa a dispersar, o que justifica a inclusão de materiais para leituras e discussões.

Foi estabelecido um prazo de duas semanas para que os fisioterapeutas criassem suas contas e realizassem a capacitação disponibilizada. Como a plataforma não dispõe de meios para controle de quantos membros do grupo assistiram ao vídeo e leram as informações disponibilizadas no plano básico, foi considerado capacitado o membro que respondeu o *quiz* com três perguntas sobre o assunto abordado. Para verificar a aceitação da equipe em relação à proposta de educação

permanente através de ambiente virtual, uma enquete foi disponibilizada para que os membros do grupo respondessem se eram favoráveis ou não a esse método de capacitação.

Após o período estabelecido para realização, foram retirados do ar o *quiz* e a enquete, permanecendo disponíveis o vídeo da capacitação, os protocolos de aspiração e os links para artigos científicos, com a finalidade de sanar eventuais dúvidas e para consultas futuras.

Todas as fases de planejamento e elaboração do material para a capacitação, desde a filmagem, edição do vídeo, escolha do recurso e adequação do conteúdo, foram realizadas pelas fisioterapeutas do serviço, além de serem utilizados somente recursos materiais como câmera e computadores próprios.

RESULTADOS

Apesar de a maioria da equipe ter relatado que gostou do formato de educação permanente por *e-learning*, não houve adesão imediata de todos os profissionais.

Num primeiro momento, a dificuldade encontrada por parte dos fisioterapeutas foi em fazer o cadastro na plataforma. A administradora do grupo enviou um e-mail convite para todos, o qual facilitaria a criação da conta direto dentro do grupo, porém nem todos o receberam, e para estes foi solicitado que criassem a conta diretamente no site do *e-learning* e foram adicionados posteriormente ao grupo pela administradora, através de um sistema de busca de pessoas da própria plataforma.

Resolvida a questão do cadastro, observou-se que houve dificuldade por parte dos profissionais na familiarização com a plataforma, quanto à disposição de seus conteúdos, e onde encontrar cada recurso (material teórico, vídeos, *quiz*, etc.) disponibilizado.

Passada a fase de ambientação, os fisioterapeutas acessaram todo o conteúdo teórico,

assistiram aos vídeos e responderam ao *quiz* e à enquete. Embora a capacitação fosse de caráter obrigatório, foram necessários vários lembretes de que o prazo para conclusão estava se esgotando e, mesmo assim, parte dos profissionais deixou para realizar a atividade no último dia, sendo que dois não realizaram a atividade e não justificaram o motivo.

DISCUSSÃO

A educação permanente, apesar de ser um tema bastante explorado em outras áreas da saúde, na área da fisioterapia ainda é pouco difundida, dificultando a abordagem dessa discussão. A educação permanente questiona as práticas individuais e coletivas costumeiras, levando à incerteza sobre a competência em relação ao cuidado e à aceitação ao que é novo.

Para que as transformações profissionais ocorram é preciso que os profissionais atuantes estejam abertos à autoanálise para que reconheçam o que é necessário mudar tanto em si, quanto no coletivo, gerando uma verdadeira cooperação entre colegas de trabalho e a multiplicação do conhecimento¹².

Os poucos estudos encontrados sobre o uso de elementos de *e-learning*, como vídeos e plataformas online, versavam somente sobre o seu uso no currículo de graduação em fisioterapia. Todos relataram um resultado satisfatório em relação à melhora da performance prática dos alunos, à aceitação dos mesmos em relação aos métodos utilizados, à facilidade e efetividade do método e à promoção do aprendizado independente^{13,14}.

Apesar de ser um método que tem apresentado um aumento progressivo em sua utilização, seus resultados frente ao ensino de habilidades práticas ainda não estão bem esclarecidos¹⁵, e há a escassez de estudos em relação a este método de ensino na educação permanente de profissionais que já estejam inseridos no mercado de trabalho.

Para Padalino (2007)⁹, o *e-learning* deve ser empregado no planejamento dos programas de educação permanente tendo em vista os benefícios do uso das tecnologias de informação para educação. Para que este método de ensino tenha bons resultados é importante ter objetivos e metodologias instrucionais elaborados por profissionais, e conhecer as necessidades, expectativas, características, motivações e dificuldades dos empregados¹³.

Assad et al. (2015)¹⁰ ao avaliarem a utilização do *e-learning* para profissionais da saúde, verificaram dificuldades que vão desde a estrutura física necessária para a elaboração e aplicação, até em como avaliar a eficácia das capacitações, porém ressaltam as vantagens desta metodologia para a geração de novos conhecimentos e aprimoramento profissional.

No presente estudo, a equipe responsável pela elaboração e inclusão da capacitação na plataforma não encontrou dificuldades quanto à estrutura física, devido aos ambientes disponíveis no HURCG e na UEPG, ou manuseio da plataforma. Contudo, nota-se a importância da avaliação da eficácia da capacitação em relação à modificação do processo de trabalho em si, porém, devido ao tempo insuficiente para avaliar esse aspecto, esta questão ficou como objetivo para estudos futuros.

Acredita-se que a dificuldade relatada pelos fisioterapeutas na criação da conta, na localização dos conteúdos e na familiarização com a plataforma seja temporária, pois Fernandez (2006)¹⁶ descreve que os colaboradores de uma organização que detêm o conhecimento das rotinas de trabalho, o que a empresa produz e quais serviços ela presta, após algum tempo passam a dominar essas atividades e a desempenhá-las sem maiores problemas.

É válido ressaltar que este relato foi baseado na primeira e única capacitação realizada no serviço neste formato até o momento. Acredita-se que as capacitações seguintes tenham melhor adesão/aceitação, visto que as dificuldades iniciais dos

profissionais já estarão sanadas.

Um dos pontos positivos da plataforma GoConqr-ExamTime[®] foi a possibilidade de utilizá-la, em casa, no computador disponível na sala da fisioterapia, ou no próprio *smartphone*, pois ela dispõe um aplicativo gratuito para celular, o que facilita o acesso rápido ao conteúdo em um momento de dúvida.

A flexibilidade em poder acessar a capacitação e seu conteúdo em vários locais, também foi apontada como vantagem do *e-learning* por outros autores^{2,15,16}, pois permite de maneira rápida que uma quantidade maior de funcionários tenha acesso a treinamentos, que podem ser realizados em horários diferentes, conforme a disponibilidade de cada um e sem as limitações espaciais e temporais da sala de aula. Para Fernandez (2006)¹⁶ isto permite o alcance de índices superiores de retenção em relação aos treinamentos tradicionais, principalmente porque o controle do aprendizado está nas mãos do próprio profissional e não nas do tutor.

O fato de o próprio profissional deter o controle de seu aprendizado faz parte do conceito de aprendizagem aberta. Como esta modalidade é diferente da utilizada por todos os níveis de instituições de ensino⁵, os profissionais podem não estar familiarizados com este tipo de metodologia. Isso pode explicar a demora na adesão ao formato, o que significa uma atitude contrária, pois os profissionais citam "gostar" do formato proposto, ou seja, o profissional aprova a liberdade de escolher em qual momento quer realizar o conteúdo da capacitação, mas ainda não consegue autogerir seu aprendizado.

Um outro ponto em relação à adesão foi que a dificuldade presenciada foi a mesma encontrada em capacitações presenciais. Isso nos faz acreditar que o problema não seja somente o formato, mas sim a relutância de alguns profissionais em entender/ aderir às exigências do mercado de atualizações constantes e os preceitos da instituição para a qual presta serviços.

Se o empregado ou servidor público tem resistências em relação ao ensino a distância, provavelmente o aprendizado através do *e-learning* será aquém do esperado e, conseqüentemente, os resultados do treinamento serão menores¹³. É necessário que o profissional esteja receptivo aos treinamentos oferecidos pela instituição e mude seus paradigmas em relação ao tipo de aprendizado, para que obtenha um aproveitamento completo e replique esse conhecimento em sua prática diária.

Portanto, são necessárias reflexões sobre a metodologia empregada, utilização da ferramenta, socialização do processo, interdisciplinaridade, integralidade na abordagem dos conteúdos, efetivação do processo de ensino-aprendizagem na ótica do tutor e do profissional, possibilidades e desafios na implantação de estratégias transformadoras nos serviços².

CONCLUSÃO

Estudos sobre estratégias de educação permanente em saúde ainda são muito escassos, e em nossas buscas literárias não encontramos nenhum que abordasse o tema no âmbito fisioterapêutico. A atualidade requer um novo tipo de profissional, com múltiplas competências, como trabalho em equipe, capacidade de aprender e de adaptar-se a novas situações, tais como novas formas de aprendizado.

REFERÊNCIAS

- 1 Hurst KM. Using video podcasting to enhance the learning of clinical skills: A qualitative study of physiotherapy students' experiences. *Nurse Educ Today*. 2016;45:206-11.
- 2 Fratucci MVB, Araujo ME de, Zilbovícius C, Frias AC. Ensino a distância como estratégia de educação permanente em saúde: impacto da capacitação da equipe Estratégia de Saúde da Família na organização dos serviços. *ABED*. 2016;15:61-79.
- 3 Balduino AS, Veras RM. Análise das atividades de integração ensino-serviço desenvolvidas nos cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50:17-24.
- 4 Nideck RLP, Queiroz PP. Perspectivas para o ensino na saúde: do 'apagão educacional' à política de educação permanente. *Trab Educ Saúde* 2015;13(1):159-79.
- 5 Belloni, ML. Educação a distância como modo regular de ensino. *Trab Educ. Saúde* 2005; 3(1):187-98.
- 6 Silva AN, Santos AMG dos, Cortez EA, Cordeiro BC. Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. *Ciênc Saúde Colet* 2015;20(4):1099-107.
- 7 McKenna L, Boyle M, Palermo C, Molloy E, Williams B. et al. Promoting interprofessional understandings through online learning: a qualitative examination. *Nurs Health Sci* 2014;(16):321-6.
- 8 Padalino Y, Peres HHC. E-learning: estudo comparativo da apreensão do conhecimento entre enfermeiros. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2007 [citado 2018 Out 23];15(3):397-403. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300006&lng=en.
- 9 Carbonero FC. Análise das publicações nacionais sobre educação a distância na área da saúde. *ABED*. 2016;15:51-9.
- 10 Assad AL, Silva AM, Mizoi CS, Souza EF, Martin LGR, Cunha LB, et al. E-learning: estratégia educacional para profissionais de Saúde. *ResearchGate* [Internet]. 2015 [[citado 2018 Out 23]. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/267430053>.
- 11 Schneider MCK. Educação a distância: desafios para a interação na sala de aula virtual pautados na transposição da tecnologia nos projetos de videoconferência [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.
- 12 Stroschein KA, Zocche DAA. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. *Trab Educ Saúde* 2012;9(3):505-19.
- 13 Albertin LA, Brauer M. Resistência à educação a distância na educação corporativa. *Rev Adm Pública*. 2012;46(5):1357-89.
- 14 Weeks BK, Horan, SA. A video-based learning activity is effective for preparing physiotherapy students for practical examinations. *Physiotherapy*. 2013;99(4):292-7.
- 15 Preston E, Louise A, Dean CM, Stanton R, Waddington G, Canning C. The physiotherapy eSkills training online resource improves performance of practical skills: a controlled trial. *BMC Med Educ* 2012;12:119.
- 16 Fernandez HM. A perda do conhecimento da empresa originada pelo alto turnover [Internet]. [local desconhecido]: *Administradores-O Portal da Administração*; 2006 Abr 6 [citado 2017 Jul 27]. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/artigos/marketing/a-perda-do-conhecimento-da-empresa-originada-pelo-alto-turnover/12010/>.

RECEBIDO: 22/08/2018

ACEITO: 23/10/2018

Artigo Original

NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES PARA O SUS NO ESTADO DO PARANÁ

Thamyres Correa Barbosa, Vivian Patricia Raksa, Annanda Letícia Unicki Ribeiro

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

Chamada Pública nº 2

Após 1 (um) ano de existência, a **Revista de Saúde Pública do Paraná**, periódico técnico-científico editado pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, por meio da Escola de Saúde Pública do Paraná/Centro Formador de Recursos Humanos (ESPP/CFRH), registrou, com sucesso, a publicação de 29 artigos originais, relatos de experiência e revisões de literatura, de autores vinculados a diversas instituições de ensino, tanto do Paraná quanto do Brasil.

Desejando prosseguir com as ações de incentivo à pesquisa e inovação no contexto do SUS do Paraná, unindo a produção de conhecimento científico com a prestação de serviços de qualidade para a população, convidamos administradores, profissionais, professores, pesquisadores e alunos (graduação e pós-graduação) da área da saúde pública e saúde coletiva do Paraná a participarem do v. 2, n. 1 da **Revista de Saúde Pública do Paraná**, que será publicada ao final do 1º semestre de 2019.

A submissão para esta chamada estará aberta no período de 15 de fevereiro a 17 de março. O processo será realizado totalmente on-line através do sistema *Open Journal Systems*, através do endereço <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp>.

Aceitaremos trabalhos nas seguintes modalidades: artigos originais, artigos de revisão de literatura, relatos de experiência, resenhas de livros e comunicações breves. Os autores deverão atentar-se para a Política Editorial e Diretrizes para Autores publicados nesta edição da Revista e no endereço <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/about/submissions>.

Este periódico faz parte de um movimento que acreditamos ter o potencial de aumentar substancialmente a qualidade da pesquisa ao promover a integração entre instituições diversas que possuem como compromisso essencial o desenvolvimento constante da saúde pública no Paraná e no país, trazendo informações validadas pelo método científico e avaliação pelos pares no contexto da administração dos serviços de saúde.

Contamos com sua participação!



ANA LÚCIA FONSECA
Diretora da ESPP/CFRH
Editora-Chefe RSPP

Diretrizes para autores

A Revista de Saúde Pública não aceitará publicações de textos já apresentados em outros veículos, tanto na íntegra quanto parcialmente.

Os textos deverão 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 5 (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 4 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.

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.

Para submissão sernao aceitos manuscritos com no máximo 5 (cinco) autores.

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, antes do ponto. 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 e referência correspondente. 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) par artigos originais e 4 (quatro) para revisão de literatura e relato de experiência, 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 mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.

B) Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.

C) Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado (Veja O Efeito do Acesso Livre).

PROVA

O autor receberá em formato .pdf a prova final para publicação, em que apenas correções formais podem ser realizadas. O prazo para essa revisão é de 48 horas.