

RSPP

Revista de Saúde Pública do Paraná

VOLUME 02. Nº 1. JULHO 2019 | ISSN IMPRESSO 2595-4474 | ISSN ONLINE 2595-4482



RSPP

Revista de Saúde Pública do Paraná

VOLUME 02. Nº 1. JULHO 2019 | ISSN IMPRESSO 2595-4474 | ISSN ONLINE 2595-4482 | CURITIBA (PR)

2019 Escola de Saúde Pública do Paraná



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

Rua Dante Romanó, 120 – Taramã

Curitiba (PR) – CEP:82821-016

Tel. (41)3342-9818

www.escoladesaude.pr.gov.br

Tiragem: 3.000 exemplares

RSPP

Revista de Saúde Pública do Paraná

ISSN IMPRESSO 2595-4474 | ISSN ONLINE 2595-4482

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

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – Brasil.

R454 Revista de Saúde Pública do Paraná / Escola de Saúde Pública do Paraná. – v. 2, n. 1 (jan./jul. 2019). – Curitiba : SESA/ESPP, 2019-.

171p. : 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

EDITORIA-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** 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 Sã (FioCruz-PE), Giseli Cipriano Rodacoski (PUC), João José Batista de Campos (Instituto de Estudos em Saúde Coletiva-INESCO), José da Paz Oliveira Alvarenga (Universidade Federal de Pernambuco), Julia Valeria Ferreira Cordellini (Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba), Márcio José de Almeida (Faculdades Pequeno Príncipe), Neuza Buarque (Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco), Rosa Maria Pinheiro Souza (ENSP/FIOCRUZ), Sérgio Túlio Stingham (Secretaria de Estado da Saúde Pública do Paraná), Solange Rothbarth Bara (Escola de Saúde Pública do Paraná). **EDITORA ADMINISTRATIVA** Aline Rossi Ribeiro.



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

INDEXADA EM:



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

ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA NA TRÍPLICE FRONTEIRA SOB A ÓTICA DO BRASILEIRO NÃO RESIDENTE NO PAÍS Lisete Teixeira Palma de Lima, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso	13
INDICADORES DE SEGURANÇA DO PACIENTE: INSTRUMENTO DE COLETA PARA GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM Josiane Bughay Ribas, Elizabeth Bernardino, Karla Crozeta Figueiredo, Rebeca Pagnosi Fratucci, Luana Cristina Heberle, Ciro Ribas Neto	21
A GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE Suelen Camila Alves dos Santos, Roberto Zonato Esteves, João José Batista de Campos, Elaine Rossi Ribeiro, Márcio José de Almeida	31
DESAFIOS NO ATENDIMENTO A MULHERES COM RISCO E/OU TENTATIVA DE SUICÍDIO EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO Larissa Bastos, Silvana Maria Escorsim, Maria Cristina Dias de Lima, Nattany Caruline Santos Rodrigues	43
TENDÊNCIA DA MORTALIDADE POR <i>DIABETES MELLITUS</i> NO PARANÁ, BRASIL, ENTRE 1984 E 2014: REGRESSÃO JOINPOINT Márcia Santos Pinto, Ricardo Castanho Moreira, Regina Hitomi Ohira Fukuda, Cristiano Massao Tashima, Elisângela Pinafo, Roberto Molina de Souza	57
PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL E AS AÇÕES DE ENFERMAGEM Fernanda Pedersoli Lopes, Marcelle Paiano, Maria Emilia Grassi Busto Miguel, Maria Aparecida Salci	68
A PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS NOS TRABALHADORES DA APS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA/PR Ellen Dalla Costa, Luiz Claudio Sobrinho do Nascimento	80
A PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO DISFÁGICO APÓS INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA Paloma Alves Miquilussi, Isabel de Lima Zanata, Ana Paula Andrade Sartori, Janaina Turcato Nonato da Silva, Jasiel da Silva	93
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO PRELIMINAR DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE COARI, AMAZONAS, BRASIL, NO PERÍODO DE 2005 A 2016 Ana Felisa Hurtado Guerrero, Lindete Evangelista dos Santos, Raquel Gomes de Oliveira, Patrícia dos Santos Sales, José Camilo Hurtado-Guerrero	103

RELATO DE EXPERIÊNCIA

PROCESSO DE CRIAÇÃO DA COMISSÃO DE SAÚDE DE LONDRINA E REGIÃO, ESTADO DO PARANÁ, BRASIL Reilly Alberto Aranda Lopes, Felipe Assan Remondi, Pablo Guilherme Caldarelli	113
--	-----

<p>INOVAÇÃO EM SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS NO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO ESTADO DO PARANÁ</p> <p>Paula Rossignoli, Deise Regina Sprada Pontarolli, Luís Gustavo Pedroso Corrêa, Jaqueline de Lima Germano, Roberto Pontarolo, Fernando Fernandez-Llimos</p>	125
<p>PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS DISPENSADOS NA FARMÁCIA DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ</p> <p>Jéssica Luy Portugal, Jaqueline de Lima Germano, Luid Henrique Ferreira Cardoso, Stephanie Cezak</p>	140
<p>REVISÃO DE LITERATURA</p>	
<p>ALTERAÇÕES DE NEUROPSICOLÓGICAS DECORRENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: PREJÚZOS COGNITIVOS E IMPLICAÇÕES PARA O TRATAMENTO</p> <p>Aislan José de Oliveira, Look Skywalker Tida Lins, Luiz Roberto Marquezi Ferro, Regina Fujiko Tagava, Marco Aurélio Ramos de Almeida, Cristina de Fátima Ventura, Manuel Morgado Rezende</p>	148
<p>CNES COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO E SUA IMPORTÂNCIA NO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES EM SAÚDE</p> <p>Marcia Regina Pelissari</p>	159
<p>CHAMADA PÚBLICA</p>	166
<p>DIRETRIZES PARA AUTORES</p>	167

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), por meio da Escola de Saúde Pública do Paraná/Centro Formador de Recursos Humanos (ESPP/CFRH), apresenta mais uma edição da REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ. Nosso periódico técnico-científico, que teve seu corpo editorial renovado a partir de 2018, neste primeiro número do presente ano oferece 14 trabalhos científicos, sendo 9 artigos originais, 3 relatos de experiência e 2 revisões de literatura, os quais abordam variados assuntos que impactam nos serviços do SUS: saúde mental, administração em saúde pública, serviços farmacêuticos, atenção primária à saúde, gestão do trabalho e da educação, enfermagem, epidemiologia, entre outros.

Com a publicação deste periódico, nosso intuito é reforçar e constantemente renovar ações de Educação Permanente em Saúde, política de ensino e gestão que articula ensino, serviço e comunidade para refletirem integradamente sobre o cotidiano dos processos que permeiam a saúde para o enfrentamento das dificuldades inerentes aos serviços através da ressignificação das rotinas de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas, tendo como base as realidades percebidas dentro dos respectivos territórios.

A construção do conhecimento científico prevê um percurso metodológico rigoroso para que suas considerações tenham validade entre pares. Sendo assim, acreditamos que a publicação deste periódico é um dos elementos para a construção da Educação Permanente em Saúde no Paraná nos dois extremos do processo: tanto o raciocínio inerente ao fazer científico em si favorece uma aprendizagem sistemática sobre os objetos de estudo tratados por parte dos indivíduos, quanto apreender o conteúdo destes trabalhos permite a reflexão sobre as realidades encontradas, de forma a possibilitar a compreensão dos cenários postos e descobrir novas possibilidades de enfrentamento dos problemas, o que pode implicar na continuidade ou rejeição de ações específicas que não se traduzem em resultados, ou no delineamento de novas estratégias, quando necessárias.

Com isto em vista, esperamos que os gestores e equipes dos serviços de saúde possam congregarem-se em torno das informações aqui dispostas, utilizando-as como constructos de seu processo de aprendizagem e melhoramento contínuo;

nossa outra expectativa é que os artigos aqui presentes possam semear a reflexão e ser alavanca para o contínuo renovar do conhecimento científico sobre a saúde no Estado por parte da comunidade acadêmica. É esta integração entre ensino e serviço para atingir as necessidades da comunidade usuária que permite a efetiva construção de uma Política de Educação Permanente.

Além dos autores, colaboraram para esta edição como avaliadores ad-hoc diversos profissionais da saúde, entre técnicos e integrantes de programas de pós-graduação do Paraná e do Brasil, que foram essenciais na avaliação da qualidade e do mérito científico dos trabalhos submetidos à apreciação de nossa Revista. Externamos aqui nosso agradecimento a cada um deles pelo tempo e conhecimento despendidos. Agradecemos também ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (INESCO) pelo apoio prestado para a publicação desta Revista e à direção da SESA por continuar a acreditar que o conhecimento científico pode estar atrelado ao sucesso de suas ações e políticas para o SUS do Paraná.

Desejamos que todos façam bom aproveitamento desta edição!

ANA LÚCIA NASCIMENTO FONSECA
Editora-chefe

Entrevista

**CARLOS ALBERTO GEBRIM PRETO
(BETO PRETO)**

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE



Médico, formado pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), e especialista em Medicina Nuclear pelo Instituto Rio Preto de Medicina Nuclear, é pós-graduado em Medicina do Trabalho pela Universidade São Camilo; em Medicina de Trânsito pela Universidade de São Paulo (USP); e em Medicina Legal e Perícias Médicas pela Santa Casa de São Paulo. Elegeu-se prefeito de Apucarana, em 2016, cidade na qual foi secretário da Saúde, de 1998 a 2000, tendo sido também secretário da saúde na cidade de Califórnia, de 2001 a 2002. Foi presidente do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Paraná (Cosems) de 2000 a 2002; diretor institucional do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) de 2001 a 2002; e membro do Conselho Nacional de Saúde, de 2001 a 2002. Foi vice-presidente para a Saúde Pública na Frente Nacional dos Prefeitos (FNP), vice-presidente da Associação dos Municípios do Paraná (AMP) e presidente da Associação dos Municípios do Vale do Ivaí (Amuvi).

Como o senhor avalia a importância da Revista de Saúde Pública do Paraná em relação à educação permanente?

A revista cumpre um papel importantíssimo ao tratar de temas técnicos e manter o papel de destaque que o Paraná desempenha nesse assunto há vários anos. Em primeiro lugar, quero deixar claro que a educação permanente para o trabalhador e para o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma necessidade. Se nós queremos consolidar o sistema, mantê-lo ativo, mantê-lo aberto para o futuro, é necessário que haja mobilização social e, principalmente, um trabalho perene de continuidade da educação em saúde, assim como do debate em saúde pública e saúde coletiva.

Quero ressaltar o papel que a Escola de Saúde do Paraná (ESPP) vem consolidando ao longo do tempo, não somente como escola, mas o trabalho também desenvolvido pelo Centro Formador de Recursos Humanos e por todas as escolas do setor dedicadas a formar pessoas, discutindo assuntos, elencando prioridades e divulgando o conhecimento científico produzido nos serviços de saúde.

Precisamos manter essa vanguarda e ampliar esse trabalho, fomentando o que for necessário para incrementar tanto a produção de conhecimento como sua divulgação. O perfil da população está passando por grandes mudanças, o envelhecimento já é uma realidade e, com ele, vêm novas patologias. As doenças da idade vão ampliar seu espectro e sua frequência. E cabe a nós manter a estratégia da capacitação permanente de saúde e criar novas expectativas. Nós temos isso dentro da nossa lógica deste governo.

Em sua gestão, quais serão os pontos de destaque nos projetos estruturantes?

Do ponto de vista dos projetos estruturantes, temos diversos projetos, mas o mais importante é levar a saúde para mais perto das pessoas. Queremos terminar obras inacabadas, colocar para funcionar hospitais que infelizmente não foram planejados.

Temos que terminar essas obras e, mais importante, equipar, colocar o enxoval e fazer funcionar como hospitais.

Nesse sentido, vem aí uma ação muito forte, por iniciativa do Estado, junto com os Consórcios de Saúde, no sentido de fazer com que as especialidades de média complexidade possam chegar ao cidadão por meio deles nas microrregiões, com a atuação das Regionais de Saúde e Consórcios Intermunicipais. Onde não existem consórcios, queremos fomentar; onde existem poucos, queremos ampliar, como é o caso da Região Metropolitana. Vamos fazer acontecer e oferecer serviços especializados em todo o âmbito do Estado do Paraná.

Existem especialidades mais difíceis de atrair especialistas e existem outras que podemos até ampliar a oferta, como é o caso da pediatria. Verificamos que cada vez mais aumenta a dificuldade de manter a presença do pediatra nos municípios muito pequenos; mas podemos ampliar a oferta regional nessa área. Há muita gente, principalmente no campo, para quem queremos levar mais igualdade no atendimento, diminuindo as distâncias e as viagens que são obrigadas a fazer.

"Quero ressaltar o papel que a Escola de Saúde do Paraná (ESPP) vem consolidando ao longo do tempo, não somente como escola, mas o trabalho também desenvolvido pelo Centro Formador de Recursos Humanos e por todas as escolas do setor dedicadas a formar pessoas, discutindo assuntos, elencando prioridades e divulgando o conhecimento científico produzido nos serviços de saúde."

Quais são suas propostas para esses próximos quatro anos especialmente sobre a Educação Permanente em Saúde?

Temos que insistir nas residências médicas e nas residências multiprofissionais em saúde, na capacitação e atualização com foco em algumas questões, como, por exemplo, o envelhecimento, a questão materno-infantil e a questão da pediatria. Temos que fomentar também maior participação da saúde bucal no âmbito da prevenção e fazer com que exista uma transversalidade na área multiprofissional em saúde, trazendo também este grupo para dentro da formação continuada.

Auditoria em saúde é outro assunto que queremos ampliar. Gestão de Saúde para as equipes dos municípios, desde os grandes até os de pequeno porte. E há uma série de dificuldades que enfrentamos todos os dias, como é o caso dos medicamentos judicializados, que demandam um gasto exorbitante. Para este ano, temos a previsão de passar dos R\$ 207 milhões de gastos em 2018 para cerca de R\$ 300 milhões até o final deste ano.

Sobre a regionalização, o ponto forte dessa administração, o que o senhor considera importante destacar?

A regionalização da saúde é importante porque essa questão não foi resolvida pelo SUS. Se não pensarmos numa configuração do Sistema Único de Saúde como política realmente pública, ele acaba se restringindo aos grandes prestadores e à questão econômica. Esse é o papel que as Secretarias Estaduais de Saúde têm que assumir – o papel da organização da rede, do mediador, o papel do incentivo e do conciliador. É esse papel que queremos desempenhar.

A regionalização é um dos eixos estruturantes do Pacto de Gestão do SUS. A gestão compartilhada entre municípios, Estados e União, de forma coordenada, pretende diminuir as desigualdades regionais. Isso só é possível com uma rede integrada de serviços de saúde.

O conjunto de ações e serviços de saúde disponibilizados pelo SUS precisa chegar a todos, sem exceção. Isso está no centro dos debates que se travam no momento tanto pelos especialistas como pelo Governo do Paraná, que desde seu início, há apenas cinco meses, está debruçado sobre a questão e já tomou uma série de medidas visando alcançar este objetivo.

ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA NA TRÍPLICE FRONTEIRA SOB A ÓTICA DO BRASILEIRO NÃO RESIDENTE NO PAÍS

Access to Primary Care on the Triple Frontier on the view of the non-resident brazilian

Lisete Teixeira Palma de Lima¹, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso²

1. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9931-4082>. lisete.enf@hotmail.com

2. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7366-077X>. lb.toso@gmail.com

CONTATO: Lisete Teixeira Palma de Lima | Endereço: Rua Valentim Agostini, 214 – Polo Centro | CEP 85863766 | Foz do Iguaçu-PR | Telefone: (45) 99985-8105 | E-mail: lisete.enf@hotmail.com

COMO CITAR: Lima LTP, Toso BRGO. Acesso à atenção primária na tríplice fronteira sob a ótica do brasileiro não residente no país. R. Saúde Públ. 2019 Jul;2(1):13-20.



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 acesso a serviços de saúde geograficamente limitados pela fronteira entre três países faz com que a busca por cuidados de brasileiros residentes no Paraguai ou na Argentina seja um desafio. O objetivo do estudo foi descrever como ocorre o acesso na atenção primária à saúde de brasileiros não residentes no país. Pesquisa qualitativa, exploratória, do tipo estudo de caso, utilizando-se o referencial do materialismo histórico. A coleta de dados foi realizada por meio de treze entrevistas semiestruturadas com usuários da atenção primária do município de Foz do Iguaçu e a análise dos dados foi temática. Os resultados indicam facilidade no acesso e limitada progressão na rede de cuidados. Mudanças no processo de trabalho necessitam ocorrer para que as linhas de cuidado não sejam interrompidas ou haja barreiras que impeçam o encontro do usuário com o seu cuidado de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso aos Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Suspensão de tratamento.

ABSTRACT Access to geographically limited health services due to the border of three countries makes the search for care by Brazilians residing in Paraguay or Argentina a challenge. The objective of this study was to describe how access occurs in the primary health care of non-resident Brazilians. This is a qualitative, exploratory case study, using the reference of historical materialism. Data collection was performed through thirteen semi-structured interviews with users of primary care in the city of Foz do Iguaçu, and data analysis was thematic. The results indicate ease of access, and limited progression in the care network. Changes in the work process need to occur so that care lines are not interrupted or nor no barriers appear to prevent the user from finding his or her health care.

KEYWORDS: Access to Health Services. Primary Health Care. Nursing. Treatment Interruption.

INTRODUÇÃO

No rol de necessidades que todos temos, eventualmente emerge como prioritária a de saúde. Nos encontros de cuidado em saúde, se misturam culturas, crenças, significados¹ e, frente a um desequilíbrio, aumenta a fragilidade e a sensação de impotência. Nessas situações, espera-se do setor saúde, encontrar as portas abertas, onde quer que elas estejam.

Em região de fronteira, como no caso desse estudo, a realidade tem mostrado que, em busca por cuidados de saúde, os brasileiros que migraram para o Paraguai ou a Argentina, predominantemente por razões econômicas, e residem próximo à fronteira,

retornam ao seu país de origem. Essa procura sofre influência de inúmeros fatores, dentre eles a sensação de pertencimento, as dificuldades de obtenção de direitos de forma equânime no país de residência, a questão econômica, a organização do sistema de saúde, entre outros².

Estes brasileiros estão residindo há muitos anos fora do Brasil, uma vez que os registros da migração datam das décadas de 1960 e 1970. Vieram de várias partes do país, em especial da região sul, e encontraram nos países vizinhos, Paraguai e Argentina, melhores condições para viver³. Atualmente, segundo dados do Ministério

das Relações Exteriores, relativos ao ano de 2014, vivem no Paraguai 349.842 e, na Argentina, 47.045 brasileiros⁴.

Desse modo, a tríplice fronteira, delimitada pelas cidades de Foz do Iguazu, no Brasil, Ciudad Del Este, no Paraguai e Puerto Iguazu, na Argentina, torna-se uma região que favorece encontros, trocas, mistura de culturas, intercâmbio monetário e também de atenção às necessidades, dentre elas, a de saúde⁵. A procura dos brasileiros não residentes por serviços de saúde no Brasil tem trazido dificuldades financeiras ao município de Foz do Iguazu, que presta o atendimento, mas não recebe o correspondente retorno financeiro do sistema de saúde, uma vez que o número de ações e serviços ultrapassa o número de cidadãos residentes⁶.

Assim sendo, o repasse financeiro per capita não corresponde aos gastos efetuados na atenção primária. Ainda, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a porta de entrada no sistema de saúde brasileiro está nas unidades de atenção primária, em dois modelos de atenção, saúde da família e unidades básicas tradicionais. Desse modo, esse é o local que os usuários devem buscar, num primeiro momento, para adentrar ao sistema⁷. Nesse âmbito, deve-se acolher os usuários, promovendo a vinculação e a corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde, além de estabelecer mecanismos que assegurem a acessibilidade a todos que procuram os serviços, ofertando atendimento universal e integral.

Pergunta-se, a partir do explicitado, se há dificuldades para o acesso na atenção primária aos brasileiros não residentes, decorrentes da influência do contingenciamento de recursos ao município, em função de ultrapassar o efetivo pagamento. Estudos sobre atenção à saúde de brasileiros não residentes no país, eminentemente em região de fronteira, ainda são uma lacuna no conhecimento, para a qual essa pesquisa pretende contribuir.

Os conceitos de acesso e acessibilidade adotados são o de Starfield, os quais, apesar

dos distintos entendimentos, têm significados complementares. Enquanto ter acessibilidade se traduz em possibilitar a entrada das pessoas nos serviços de saúde, o acesso permite o uso no momento da necessidade dos usuários por saúde, alcançando os melhores resultados possíveis. Tem inter-relação, portanto, com a resolutividade e extrapola a dimensão geográfica, econômica, cultural e funcional da oferta de serviços⁸.

Neste sentido, o objetivo do estudo foi descrever como ocorre o acesso na atenção primária à saúde de brasileiros não residentes.

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa de natureza qualitativa, aplicada e exploratória, cujo método empregado foi o estudo de caso. Desenvolveu-se predominantemente, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim América, do município de Foz do Iguazu, unidade referência para atendimento de uma população local de 15.000 pessoas e para os brasileiros não residentes. Agregou-se a este local de pesquisa, a Feira Iguazu, em Puerto Iguazu, Argentina, no decorrer da coleta de dados, para a inclusão de brasileiros residentes na Argentina, uma vez que não foi possível entrevistá-los diretamente na unidade de saúde, à época da coleta de dados, devido à limitação do tempo que a pesquisadora dispunha para a coleta de dados, o qual compreendeu os meses de fevereiro e março de 2016 e janeiro de 2017.

A população do estudo constituiu-se de brasileiros residentes em cidades do Paraguai e da Argentina que usualmente são assistidos na unidade de atenção primária mencionada, em Foz do Iguazu, Paraná, Brasil. A amostra constituiu-se daqueles que procuraram por cuidados de saúde nos períodos de coleta de dados definidos pela pesquisadora. Assim, trabalhou-se com a totalidade dos brasileiros não residentes que buscaram por cuidados na unidade de saúde, no período da coleta

de dados e que atendiam os critérios de inclusão na pesquisa, além daqueles trabalhadores na Feira Iguazu, mediante aceite em participar da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: ser brasileiro não residente; residir em cidades dos países vizinhos (Paraguai e Argentina); ter mais de 18 anos ou, se for menor, estar acompanhado de responsável e participar voluntariamente da pesquisa. E, como critério de exclusão, brasileiros ou estrangeiros residentes em Foz do Iguazu, no Brasil.

Como estratégias para a coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas. O número de entrevistas não foi determinado a priori e definiu-se em 13 sujeitos (11 no Brasil e dois na Argentina), a partir das transcrições simultâneas à realização de cada entrevista, leitura do material e verificação da qualidade do material coletado, a fim de responder ao objetivo do estudo, atrelado ao critério de saturação⁹.

A coleta de dados ocorreu na unidade de saúde, em horário de funcionamento, em que as pessoas identificadas como brasileiros não residentes, que estavam aguardando atendimento, foram abordadas na área de espera e convidadas a participar da pesquisa. Ao aceitarem, foi realizada a coleta de dados em ambiente apropriado, enquanto aguardavam pelo atendimento.

Cada entrevista durou em média 40 minutos e os relatos dos sujeitos foram gravados. Para minimizar o constrangimento em relação à participação para os entrevistados, a pesquisadora explicava que não fazia parte daquele serviço e que as respostas em nada influenciariam no atendimento na unidade de saúde. As falas estão citadas no texto, identificadas com a letra E, de entrevistado, seguida do número da entrevista, por exemplo, E1.

Com relação às técnicas de análise do material coletado, foi utilizada a análise temática¹⁰, seguindo-se as fases de pré-análise (leitura flutuante, constituição do corpus de análise), exploração do material, e tratamento e interpretação dos resultados.

Atendendo os preceitos éticos da resolução 466/2012-CNS (BRASIL, 2012), este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob Parecer CEP nº 1.180.900.

RESULTADOS

Segundo a concepção de acesso e acessibilidade⁸, como resultado da análise temática do material empírico, foi possível construir a categoria "acesso e acessibilidade dos brasileiros não residentes na atenção primária de Foz do Iguazu", a qual é apresentada a seguir.

ACESSO E ACESSIBILIDADE DOS BRASILEIROS NÃO RESIDENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE FOZ DO IGUAÇU

Relacionam-se os depoimentos que expressam a presença ou ausência de acessibilidade na utilização dos serviços da APS na unidade de saúde brasileira.

Foi fácil consultar aqui, Dra. I já tinha falado que era perto do Ceasa, [...] e vim, falei com uma senhora na fila, que falou que é só indo na fila, (a recepcionista) [...] primeira vez que venho aqui, única coisa que está enroscando é o meu cartão do SUS (cartão de cadastramento do usuário no Sistema Único de Saúde), que diz que está vencido [...]. (E1)

[...] dali mandou para UPA (unidade de pronto-atendimento). Lá nem ficamos meia hora, e já foi atendida e daí passou a noite lá e agora aqui [...] falei que era do Paraguai e atenderam mesma coisa, porque agora eu falo que não sou daqui [...] antigamente não podia falar. (E2)

Ah, um lugar pra gente ficar enquanto não abre a porta, hoje nós chegamos às quatro da manhã, e estou aqui até agora (11 horas) [...] eu era a sexta, daí tinham duas pessoas de prioridade, outras com dengue, eu respeito, mas fomos ficando

pra trás, entendi a prioridade [...] Acolhimento, funciona melhor, ainda uma senhora falou: Ah! mas ela é do Paraguai! Fiquei bem chateada [...]. (E3)

[...] só que naquela época eu nem tinha documento, identidade brasileira, mas acabou que eu vim igual, e dava certo, sempre falei que morava lá (Paraguai) e me atendiam. (E6)

[...] cheguei a Foz do Iguaçu às 6 horas, aproximadamente e já tinha fila, hoje peguei a senha número 08 [...]. (E7)

Cheguei perto das quatro horas da manhã com o filho, que veio no dentista [...] Sempre tem fila lá para tirar sangue, desde que eu tive filho e vinha. Agora pego ali os carimbos e volto para fazer, em jejum [...]. (E8)

Também consegui uma vaga pra dentista hoje, porque cheguei bem cedo, só tinha três vagas e eu consegui uma, agora comecei o tratamento, ainda bem [...]. (E9)

[...] eu resolvi ir fazer lá no materno-infantil (outro ponto de atenção no município), por ter menos gente [...] Porque lá eles atendem as gestantes [...]. (E11)

[...] como tenho endereço aqui (na Argentina) nunca fiz, nem sabia que podia (se referindo ao cartão SUS). (E12)

Percebe-se na dimensão acesso, alguns entraves de ordem burocrática e geográfica, como a necessidade do cartão SUS, atrelado ao endereço residencial, e que para os não residentes pode tornar-se um obstáculo. Ainda o horário de atendimento, que leva a formação de filas de madrugada para aguardar a distribuição de fichas. O depoimento de E3 aponta estratégias para resolver a fila, como o acolhimento, por experiência vivenciada em outro ponto de atenção da mesma cidade. Ressalte-se que essa é uma unidade básica de saúde tradicional.

A seguir apresentam-se depoimentos de acordo com a classificação de acesso focalizado,

seletivo, excludente e bem-sucedido, nessa ordem, respectivamente.

[...] trouxemos para UPA (unidade de pronto-atendimento) na segunda de manhã, ficou na UPA o dia todo e a noite toda, diz que é dengue, a menina ruim e manda para casa. Saímos de lá, ela estava ruim, fomos no Políambulatório (outro ponto de atenção à saúde no município) hoje de manhã e lá me mandaram para cá, não entendi, lá (na UPA) fizeram todo tipo de exame de dia e de noite, e mandou embora [...]. (E2)

Sim, mas não consegui o que eu queria, que era aquela consulta mais detalhada, queria fazer uns exames [...]. [...] vai vencer duas vezes e não consigo consultar, porque depois de seis meses não tem mais validade, a vaga para o gastro é para mais de seis meses, quando eu chegar lá o exame não vai adiantar mais [...]. (E3)

[...] e falou para a gente fazer o cartão SUS porque ele (médico cardiologista do SUS) precisava tratar sempre [...] no consulado, e fizemos daí, porque nós somos brasileiros, não somos paraguaios, não precisa de mentira nenhuma. (E4)

[...] como eu tenho os documentos, tudo certo, vim fazer as consultas aqui, cheguei às sete horas por aí, tinha consulta já marcada. (E5)

[...] e ele pediu uma ecografia e também uma endoscopia [...] uns oito, nove meses, depois mais um tempo para sair o agendamento com o médico de novo, mas consegui daí [...]. (E7)

Acredita que eu estou há três anos esperando consulta com o neurologista e hoje consegui para terça-feira, agora na outra semana [...]. (E9)

Tive que pagar umas vacinas, que valia 50 real, que o SUS (sistema único de saúde) não fornecia, outro exame que teve que fazer no Costa (instituição hospitalar) também, que eu gastei 500 reais, que o SUS não cobria, então é uma prevenção pra fazer a cirurgia, não pode ser feita assim de qualquer jeito [...]. (E10)

Mas daí um brasileiro amigo nosso foi lá e conseguiu passar tudo pro SUS, foi a salvação nossa [...]. (E12)

O acesso limitado leva as pessoas a buscarem o cuidado em outros níveis de atenção, como as unidades de pronto-atendimento (E2). Por outro lado, aparece também como focalizado, geralmente na atenção à queixa do indivíduo (E3). Ou operacionalizado de forma seletiva, quando alguns procedimentos não são oferecidos (E10). Também é excludente na acessibilidade, pois após o atendimento inicial, quando surge uma demanda para a atenção especializada, o tempo de demora leva à exclusão e/ou perda da validade do direito já garantido (E3, E4). Por outro lado, ao compreender a forma de organização, o trâmite burocrático, o acesso é possibilitado e o cuidado bem-sucedido (E4, E5).

DISCUSSÃO

Na concepção materialista em que este estudo se ancora, a forma de organização das sociedades reflete na assistência à saúde a que os indivíduos têm direito. Num primeiro momento, reflete-se que a própria organização do estado brasileiro nas décadas de 1960 e 1970 levou a migração de brasileiros aos países vizinhos. Isso se refletiu em seu processo de saúde-adoecimento e mais ainda na obtenção de cuidados da saúde. Uma vez que eles não são mais brasileiros residentes e tampouco cidadãos dos países para onde migraram, permanecem em suspensão sobre qual seu lócus de cuidado, como evidenciado nos depoimentos dos brasileiros não residentes, neste estudo.

A questão do acesso a serviços de saúde, alicerçada na concepção de Starfield, sofreu influência dessa condição, mas também das demais condições pelas quais passam os serviços de saúde dos países da América Latina, marcados pela segmentação de oferta de atenção primária que converge com a segmentação da proteção social em saúde, seja pela manutenção dos seguros sociais, dos seguros seletivos e focalizados, seja pela cobertura por seguros privados de saúde ou

ainda pela manutenção de populações excluídas do direito à saúde².

Outro aspecto a ser considerado é a determinação social do processo saúde-adoecimento para essa população específica, cujas condições de vida e trabalho influenciam em suas decisões a respeito da saúde individual e familiar. A maioria dos brasileiros não residentes trabalha no setor agrícola e reside em zona rural ou periferias de pequenas cidades, nos países vizinhos à fronteira, nos quais a oferta de serviços de saúde também é limitada¹¹.

Buscar cuidados de saúde, devido a essas características, em seu país de origem é usual. Contudo, as experiências divergem entre si ao mesmo tempo em que são similares às vivenciadas pelos demais brasileiros, como as filas de espera, a limitação do número de consultas, a baixa resolutividade, a procura pelo serviço de pronto-atendimento, dentre outros exemplos mencionados nos depoimentos. A recente mudança na PNAB⁷ poderá impactar ainda mais na qualidade do acesso e resolutividade na atenção primária.

Segundo estudo¹², ao optar por manter os dois modelos de atenção, unidade básica tradicional e saúde da família, as dificuldades de acesso até então existentes poderão se perpetuar ou se agravar, somadas às dificuldades de financiamento, do processo de trabalho, das estruturas e de recursos humanos.

Percebeu-se que chegar às unidades de saúde foi possível, contudo defrontar-se com as unidades que não acolhem, nas quais a estrutura física não dispõe de espaço para a permanência em longas filas de espera, assim como a necessidade de formação da própria fila torna-se um elemento excludente, contingenciado pela distribuição de um número limitado de fichas para consulta médica. Esse mecanismo induz a formação de longas filas e a exclusão de indivíduos já no processo de chegada à unidade, uma vez que os atendimentos são limitados. Uma forma de superar esse modelo é a introdução do acolhimento. Este é considerado um

elemento essencial para a qualificação do cuidado no SUS¹³.

Nas unidades de atenção primária, entrada preferencial no sistema, deve-se acolher e coordenar o cuidado dos usuários, direcionando-os aos demais serviços que compõem a rede. Quando isso ocorre, os principais benefícios são a qualificação da assistência e a satisfação dos usuários. Entretanto, tem-se desafios como as dificuldades no processo de trabalho, predomínio do modelo biomédico e interação pouco efetiva da equipe multiprofissional com os usuários. Ao contrário, o acolhimento promove a humanização das relações interpessoais, promovendo melhor desempenho profissional e fortalecendo o atendimento prestado aos usuários, com a reorganização e qualificação no serviço¹³.

Ademais, percebeu-se nos depoimentos a limitada progressão no sistema de saúde, marcadamente em relação à necessidade de exames de apoio e diagnóstico e também das consultas com as especialidades. A continuidade nos cuidados em saúde foi limitada por longos tempos de espera, os quais determinaram a exclusão do sistema, uma vez que os resultados de exames, quando concluídos, perderam a validade em decorrência da demora para a consulta especializada.

Sobre esse problema, um artigo menciona que a acessibilidade se constitui um enorme desafio em busca de integrar a atenção à saúde, pois os usuários percebem o acesso aos serviços da atenção primária como burocrático e demorado, induzindo a que busquem outras formas de atendimento a demandas que poderiam ser solucionadas na APS. Por outro lado, aspectos como a inclusão de médicos generalistas, com gestão do cuidado e responsabilização terapêutica sobre o usuário, somando-se ao aumento da capacidade resolutiva da APS, decorrente de adequada destinação de recursos, de aumento dos serviços ofertados, de referência e contrarreferência eficiente, promoveriam a resolutividade da APS¹⁴.

A questão da referência, com longos tempos de espera, assim como o acesso limitado a exames

e insumos, relatados nos depoimentos, também sofre influência de sua condição de brasileiros não residentes, seja pelo fato de desconhecem os trâmites burocráticos para acesso aos demais níveis de assistência à saúde, seja por anseio de que sua demanda não seja atendida sem contrapartida financeira. Autores^{15,213} mencionam a questão do copagamento como medida para controlar a demanda e reduzir gastos em saúde, o que tem como efeitos a "redução do acesso a medidas de promoção e prevenção, piora na adesão ao tratamento, renúncia ou postergação do uso de serviços", ainda que os usuários "abdicam de serviços necessários e renunciam à atenção em tempo oportuno, elevando custos assistenciais".

Outro fator influente e talvez específico desse grupo de usuários diz respeito à intermediação para conseguir acesso aos serviços no Sistema Único de Saúde. A fragilidade da condição de cidadão não residente cria uma dependência de outros sujeitos de direitos, como um amigo, mencionado em depoimento, para conseguir o atendimento em saúde no Brasil. Estudos com a mesma população demonstram que isso tem ocorrido também em outros setores produtivos, como educação e trabalho¹⁶.

CONCLUSÃO

A prestação de serviços de Atenção Primária à Saúde da população é de competência dos municípios, local onde acontece o encontro entre as necessidades e os serviços de saúde. Momento este em que deve ocorrer o acesso com acessibilidade. Se as condições da porta de entrada escolhida pelo usuário estiverem de acordo, ele estará dentro do sistema de saúde e, na sequência, se o fluxo em seu interior estiver funcionando terá resolutividade.

Na atenção primária mencionada pelos usuários não residentes, faltaram estratégias para a acessibilidade e coordenação do cuidado, entretanto tiveram acesso. A unidade de saúde

opera o modelo tradicional, o que não impede a adoção de novos processos de trabalho. Além disso, o planejamento local das ofertas de atenção precisa considerar o tamanho da população a ser assistida, nesse caso, incluindo os brasileiros não residentes. Somadas, essas ações poderiam resultar em aumento na resolutividade do cuidado a esses brasileiros.

Como limitação do estudo, evidencia-se o fato de ter sido adotado somente os discursos dos usuários, podendo ter se efetuado também entrevistas com os trabalhadores e gestores acerca dessa temática, sugerindo-se assim novos estudos para aprofundar a questão.

REFERÊNCIAS

- 1 Ayres JRMC. Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. *Rev Baiana de Enferm.* 2017;31(1): e 21847.
- 2 Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad. Saúde Pública.* 2017;33(Sup 2):e00118816.
- 3 Gambetta LC, Buche P. Os fatores que contribuíram para a migração brasileira no Paraguai. *100 Fronteiras.* 2016;13138.
- 4 Brasil, Ministério das Relações Exteriores. Estimativas populacionais das comunidades. Tabela de Estimativas de Brasileiros no Mundo 2014. Disponível em: <http://www.brasileirosnomundo.itamaraty.gov.br/a-comunidade/estimativas-populacionais-das-comunidades/estimativas-populacionais-brasileiras-mundo-2014/Estimativas-RCN2014.pdf>. Acesso em: 11 Jun 2018.
- 5 Frasson M, Schlosser MTS. Fronteiras na fronteira: a trajetória dos migrantes brasiguaios e a influência econômico-jurídico-político-ideológica dos Estados nacionais (BR e PY), a origem do aluno brasiguai. *Caderno de Geografia.* 2015; 25(44):70-96.
- 6 Foz do Iguaçu, Secretaria Municipal da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2015. [acesso 2017 Jan 6]. Disponível em: <http://www.pmf.pr.gov.br/ArquivosDB?idMidia=97328>.
- 7 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). 2017 [acesso 2018 Fev 2]-. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- 8 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
- 9 Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad.*

Saúde Pública. 2008;24(1):17-27.

10 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

11 Priori A, Klauk RC. O retorno dos brasiguaios. *Rev. Espaço Acadêmico.* 2010;10(109):95-102.

12 Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate.* 2018; 42(116):11-24.

13 Villani RAG, Lima EH, Silva MS. Acolhimento da atenção primária à saúde: uma revisão dos benefícios e desafios. *Veredas.* 2017;10(1):42-58.

14 Gontijo TL, Duarte AGS, Guimarães EAA, Silva J. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. *Saúde Debate.* 2017;41(114):741-752.

15 Holst J, Giovanella L, Andrade GCL. Porque não instituir copagamento no Sistema Único de Saúde: efeitos nocivos para o acesso a serviços e a saúde dos cidadãos. *Saúde Debate.* 2016;40(n. esp):213-226.

16 Albuquerque JL. Migração, circulação e cidadania em território fronteiriço: os brasiguaios na fronteira entre o Paraguai e o Brasil. *TOMO.* 2015;26:97-122.

RECEBIDO: 17/03/2019

ACEITO: 08/05/2019

INDICADORES DE SEGURANÇA DO PACIENTE: INSTRUMENTO DE COLETA PARA GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM

Patient safety indicators: collection instrument for nursing management

Josiane Bughay Ribas¹, Elizabeth Bernardino², Karla Crozeta Figueiredo³, Rebeca Pagnosi Fratucci⁴, Luana Cristina Heberle⁵, Ciro Ribas Neto⁶.

1. Universidade Federal do Paraná /Hospital do Trabalhador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9463-6357>.
2. Universidade Federal do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1321-8562>.
3. Universidade Federal do Paraná. <https://orcid.org/0000-0003-3544-5643>.
4. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). <https://orcid.org/0000-0003-2071963X>.
5. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA)/Universidade Federal do Paraná. <https://orcid.org/0000-0002-7939-3809>.
6. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7924-155X>.

CONTATO: Josiane Bughay Ribas | Endereço: Av. Rep. Argentina, 4406 | Telefone: (41) 3212-5736 | E-mail: josianebughay@gmail.com

COMO CITAR: Ribas JB, Bernardino E, Figueiredo KC, Fratucci RP, Heberle LC, Ribas Neto C. Indicadores de segurança do paciente: instrumento de coleta para gerenciamento de enfermagem. R. Saúde Públ. 2019 Jul.;2(1):21-30.



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: Elaborar um instrumento de coleta de indicadores de segurança informatizado para o gerenciamento do cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário referência em trauma do Estado do Paraná. Método: Pesquisa descritiva, exploratória, abordagem quanti-qualitativa, realizada nas UTIs adulto de um hospital referência em trauma do Paraná. Participaram 25 enfermeiros e os dados foram coletados do acervo documental das UTIs, da aplicação de questionário e de grupo focal, no período de setembro

de 2016 a fevereiro de 2017. Resultados: A elaboração de um instrumento informatizado e específico para coleta de indicadores de segurança, a partir da organização de indicadores de segurança da Enfermagem das UTIs. Considerações finais: Com vistas a uniformizar a coleta de dados, de forma rápida, segura e fidedigna e pontuar algumas particularidades das categorias dos indicadores, o instrumento elaborado auxiliará no gerenciamento do cuidado e na formulação de estratégias que ajudem a melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Coleta de Dados. Segurança do Paciente. Cuidados de Enfermagem. Gestão da Segurança.

ABSTRACT Objective: To elaborate an instrument for collecting safety indicators for nursing care management in an intensive care unit of a reference university hospital of trauma in the state of Paraná. Method: this is a descriptive, exploratory, and quantitative-qualitative study performed in an adult ICU of a reference trauma hospital in the state of Paraná. Twenty-five nurses participated, and data were collected from the ICUs document file, the questionnaire, and the focal group from September 2016 and February 2017. Results: the elaboration of a computerized instrument that is specific for collecting safety indicators through the organization of safety indicators of ICUs' Nursing. Final considerations: to standardize data collection in a fast, safe and reliable way, and to indicate some of the particularities of the indicators categories, the instrument produced will help in managing care, and in the formulation of strategies to improve the quality of care provided to the patient.

KEYWORDS: Data collection. Patient Safety. Nursing Care. Safety Management.

INTRODUÇÃO

A adoção de diversas estratégias em vários países, com intuito de garantir cuidados de saúde mais seguros, é algo evidente nas últimas duas décadas, especialmente a criação de programas para o monitoramento da qualidade e segurança com base em indicadores. No que se refere ao Brasil, é premente a necessidade de criar e padronizar indicadores que auxiliem na

interação entre pesquisadores, especialistas, e os responsáveis pela tomada de decisão, a fim de viabilizar a geração de uma visão integrada que modernize o planejamento das ações nos serviços de saúde¹⁻³.

Essa mudança no setor saúde requer a compreensão dos atores de que mecanismos

de avaliação e controle de qualidade são totalmente dependentes de elaboração, utilização e monitoramento de indicadores de segurança, que sejam eficazes e específicos, de acordo com cada serviço prestado. A complexidade em prestar cuidados em saúde extrapola as questões pertinentes ao paciente, aos gastos que se têm ao realizar procedimentos e à produção de resultados⁴. Dessa forma, a utilização de indicadores assistenciais e gerenciais pelas instituições serve para monitorar os serviços ofertados e constituem instrumento de força e poder nos processos internos, desde que seus resultados sejam tratados adequadamente^{5,6}.

A realização do estudo foi motivada pela ampliação do número de leitos de UTI no hospital, de 10 para 30 leitos de UTI no ano de 2013, e a consequente mudança do perfil dos pacientes e do número de indicadores. Além disso, com a publicação da Resolução da Direção Colegiada (RDC) Nº 36/20137 e do Plano Nacional de Segurança do Paciente⁸, os enfermeiros das UTIs mensuravam em torno de 47 indicadores, coletados e tabulados manualmente, uma forma trabalhosa e dispendiosa de tempo para monitoramento.

Diante dessas mudanças, constatou-se que o elevado número de indicadores coletados no local de estudo ocasionava dificuldades na coleta, tabulação e análise dos dados, gerando gastos desnecessários com papéis, fragmentação das informações, dúvidas sobre a qualidade do cuidado prestado. Fatores ligados à natureza acadêmica de um hospital universitário especializado em trauma, como expressiva presença de alunos, protagonismo de novas tecnologias, pesquisas e a necessidade de adoção de boas práticas adotadas, que influenciarão toda uma geração de futuros profissionais, também foram considerados como potencializadores para o desenvolvimento da pesquisa.

OBJETIVO

Considerando o exposto, a necessidade de

contemplar indicadores obrigatórios do Ministério da Saúde, e também os relevantes para tal realidade, no que se refere à prestação do cuidado aos pacientes vítimas de trauma, o estudo objetivou elaborar um instrumento de coleta de indicadores de segurança informatizado para o gerenciamento do cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário referência em trauma do Estado do Paraná.

METODOLOGIA

Pesquisa de abordagem quanti-qualitativa, descritiva e exploratória. O cenário do estudo foi um hospital universitário referência em trauma no Estado do Paraná.

Participaram 25 enfermeiros das UTIs adulto, sendo 18 assistenciais, quatro administrativos de outros setores, mas que já trabalharam nas referidas UTIs por longo período, dois coordenadores de enfermagem, e uma diretora de enfermagem.

Os critérios de inclusão dos participantes na pesquisa foram: ter trabalhado no passado ou trabalhar no momento da pesquisa, nas UTIs adulto do hospital, e aceitar participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os enfermeiros assistenciais e administrativos em qualquer tipo de licença (médica, maternidade, férias) no período da coleta dos dados e aqueles que se recusaram a participar da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi analisado e submetido ao CEP da UFPR e foi aprovado sob nº CAAE 58005316.3.0000.0102 e os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

PROTOCOLO DO ESTUDO

A elaboração do instrumento de coleta de indicadores foi a etapa final da pesquisa, que

percorreu: 1) Etapa documental, 2) Hierarquização dos indicadores, 3) Definição de prioridades, 4) Elaboração do instrumento de coleta de dados, os quais serão brevemente apresentados.

A primeira etapa foi realizada no período de setembro a outubro de 2016, com abordagem quantitativa com a finalidade de listar os indicadores mensurados pela equipe multiprofissional nas UTIs, identificar indicadores de segurança relacionados ao cuidado de enfermagem e categorizá-los. Inicialmente, foi realizada análise de dados do acervo documental da UTI (formulários, instrumentos de coleta de dados e relatórios mensais de indicadores de segurança, gerados pelos enfermeiros das UTIs), por meio de exaustiva leitura. Na sequência, extraiu-se uma lista de indicadores de responsabilidade exclusiva dos enfermeiros, pois os relatórios completos continham indicadores da equipe multiprofissional.

A análise dos dados foi por estatística descritiva simples, com uso do programa Microsoft Excel® para elaborar, descrever e resumir os dados. Outros documentos utilizados na análise foram os Protocolos de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde em busca dos indicadores obrigatórios, visando identificar divergências entre o serviço e os dispositivos legais, identificando aqueles que ainda não eram monitorados nas UTIs. Assim, definiu-se a listagem final composta por indicadores de enfermagem da UTI e aqueles considerados obrigatórios pelo Ministério da Saúde, os quais foram agrupados por similaridade.

A segunda etapa visou hierarquizar os indicadores, tendo sido realizada em novembro de 2016, e a análise dos dados teve abordagem quantitativa. Esta etapa consistiu em apresentar aos enfermeiros a lista de indicadores definida na Etapa 1, em forma de um questionário composto por 47 indicadores de segurança de interesse da enfermagem, em que os enfermeiros marcavam o nível de concordância para cada indicador, por meio da escala de Likert, cujos itens variaram de 1 a 5, sendo: 5 = concordo totalmente; 4 = concordo; 3 =

indiferente; 2 = discordo; 1 = discordo totalmente. A análise estatística foi descritiva-exploratória e inferencial, com uso do programa *Microsoft Excel*®.

A terceira etapa foi realizada para definir os indicadores prioritários para o gerenciamento do cuidado de enfermagem. A lista de indicadores resultantes da hierarquização da Etapa 2 foi apresentada aos participantes por meio de um grupo focal, e os dados foram analisados qualitativamente. O grupo focal foi realizado em um único encontro, com duração de duas horas, e a data selecionada pelos participantes foi 22 de fevereiro de 2017. O local foi cedido pela instituição, sendo uma sala reservada, a qual possibilitava gravação sem interferências externas. A duração do grupo focal, neste estudo, atendeu às recomendações de ocorrência em aproximadamente duas horas⁹. O grupo foi composto por doze (12) participantes, sendo assim distribuídos: dez enfermeiros, um relator, e um moderador. Os grupos devem ser compostos entre 6 (seis) e 12 (doze) participantes, sendo o ideal 10^{10,11}.

Com a finalidade de facilitar a organização, transcrição dos dados e sigilo das informações, os participantes foram identificados, individualmente, com letras distintas do alfabeto (A, B, C, etc.), e as suas falas em ordem numérica, por exemplo, primeira fala do participante A: A1, segunda fala A2, e assim consecutivamente. O encontro foi gravado em áudio, com a autorização de todos e, ao término, as falas foram transcritas e analisadas pela pesquisadora. Seguindo a técnica do grupo focal, foram explicados aos participantes os objetivos, a duração, a autorização da gravação e regras gerais para seu desenvolvimento. A estratégia foi expor no dia do grupo a lista impressa dos 47 indicadores hierarquizados segundo avaliação dos participantes da pesquisa e a categorização destes por temas similares. Então foram lançadas duas questões:

- (1) Vocês concordam com os resultados obtidos?
- (2) Qual a sugestão do grupo para começar a trabalhar os indicadores por ordem de

importância?

Ao expor o tema aos enfermeiros, e orientá-los que observassem os resultados do questionário aplicado anteriormente e respondido pelos mesmos, objetivou-se que em suas avaliações definissem qual deveria ser a prioridade de intervenção nos indicadores das UTIs. Os dados foram analisados com a técnica de análise de conteúdo de Bardin¹², na modalidade temática, a qual é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados¹².

A quarta etapa foi realizada para atender ao objetivo principal, e consistiu em elaborar um instrumento informatizado utilizando os resultados obtidos nas etapas anteriores da pesquisa, as exigências do Ministério da Saúde, e os formulários de coleta já utilizados pelos enfermeiros da UTI. Elaborado um modelo, em comum acordo com as chefias das UTIs e baseado nos resultados da pesquisa, a proposta foi levada à equipe de informática do hospital, que desenvolveu um instrumento informatizado, no período de 03 de maio a 31 de junho de 2017. O instrumento foi colocado em teste em 01 de julho de 2017, sofreu modificações por meio de sugestões dos enfermeiros e sinalizações de falhas, e de acordo com as soluções propostas pela informática foi colocado formalmente em uso em 01 de agosto de 2017.

RESULTADOS

Na primeira etapa, após avaliação dos instrumentos e documentos das unidades, foram listados todos os indicadores das UTIs totalizando 124 indicadores. Destes, 33 eram da equipe médica; 12 da fisioterapia; 9 da nutrição; 7 da fonoaudiologia; 12 da farmácia; 4 da psicologia; e 45 dos enfermeiros. Posteriormente, foi realizada a análise dos indicadores de segurança obrigatórios

pelo Ministério da Saúde.

Foram excluídos os indicadores de cirurgia segura, administração medicamentosa e lavagem das mãos por serem de competência de outros membros das equipes multidisciplinares na instituição, bem como se verificou que na lista de indicadores das UTIs faltavam dois indicadores considerados obrigatórios: número de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para úlcera por pressão, e número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente, os quais foram incluídos na lista final a ser usada no questionário da próxima etapa, totalizando 47 indicadores. Na análise temática, de acordo com os protocolos de segurança do Ministério da Saúde, emergiram as seguintes categorias: lesão por pressão, identificação, queda, infecção e outros indicadores.

Na segunda etapa, a análise estatística revelou a primeira listagem de indicadores, e, a partir dos resultados mais relevantes, os indicadores foram hierarquizados, por atribuição de valores dados a cada indicador pelos participantes.

Na terceira etapa, os indicadores listados na análise estatística da segunda etapa, por ordem de valor atribuído do maior ao menor, foram divulgados em uma lista impressa aos enfermeiros participantes do grupo focal, objetivando sua compreensão, análise e concordância. Após a realização do grupo focal, pela análise das falas foi possível consolidar três temas principais: 1) concordância com os resultados; 2) priorização dos indicadores, e 3) organização dos indicadores, sendo definido em comum acordo como prioridade desenvolver um instrumento informatizado de coleta de dados.

Na quarta etapa foi construído o produto final das três etapas anteriores, especialmente com ajuda do grupo focal em que os enfermeiros expuseram suas necessidades e em comum acordo o desejo de desenvolver um instrumento mais adequado de coleta de dados. Foi desenvolvido um modelo de um instrumento de coleta de indicadores

informatizado, cujos dados são condensados em uma única aba no prontuário eletrônico do hospital, denominada "Segurança do Paciente". (FIGURA 1). Esta aba foi dividida em cinco subitens (FIGURA

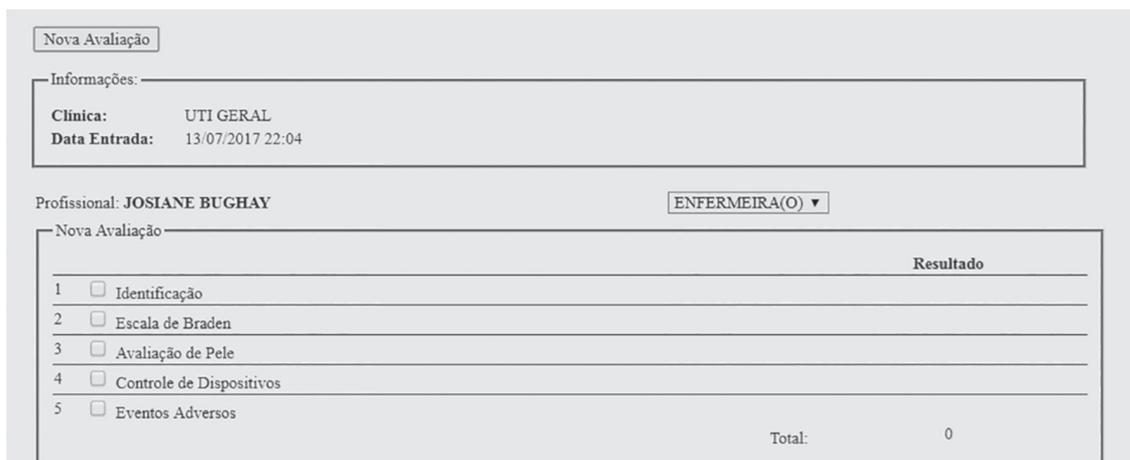
2): identificação do paciente, escala de Braden, avaliação da pele, controle de dispositivos, riscos e eventos adversos.

Figura 1 Impressão de Tela com Aba Segurança do Paciente



Fonte: Visual Hospub-sistema eletrônico do Hospital do Trabalhador

Figura 2 Impressão de Tela com Itens da Aba Segurança do Paciente



Fonte: Visual Hospub-sistema eletrônico do Hospital do Trabalhador

Os dados são registrados no momento da internação e diariamente pelos enfermeiros (segundo uma divisão interna da escala de trabalho), e após exame físico, o profissional responde as questões do instrumento, que gera dados por meio de um relatório mensal informatizado, separado por setor do hospital. Sobre os itens que compõem o instrumento, é importante explicar que o item identificação do paciente registra se ele usa pulseira de identificação, e qual o setor de origem (de onde ele foi trazido) cumpre o objetivo de monitorar o indicador obrigatório do Ministério da Saúde: o número de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos, e também monitora um dado relevante para a instituição saber o setor que não está identificando o paciente.

O segundo subitem do instrumento é a escala de Braden, que avalia o risco de lesão por pressão e registra os seguintes indicadores obrigatórios: O número de pacientes submetidos à avaliação de risco para lesão por pressão na "admissão" e o número de pacientes recebendo avaliação "diária" para risco de lesão por pressão. O terceiro subitem do instrumento, chamado Avaliação da pele, registra os seguintes indicadores obrigatórios: O número de lesões por pressão e o número de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para lesão por pressão, e também os indicadores relevantes para a instituição: local e estágio da lesão por pressão, e o setor de origem do paciente, visando registrar em que setor é ocasionado às lesões. O quarto subitem é o controle de dispositivos, que monitora tempo médio de uso e número absoluto de 27 dispositivos médicos, por exemplo: sonda vesical, ventilação mecânica, cateter venoso central, colar cervical, entre outros, monitorando indicadores para controle de infecção e indicadores específicos de pacientes de trauma. O quinto subitem, denominado riscos e eventos adversos, se divide em duas partes. Na parte de riscos o sistema registra: número de pacientes que apresentaram risco de queda, número de pacientes que apresentaram risco de flebite, número de

sonda, e número de pacientes que apresentaram risco de restrição. Na parte de eventos adversos o item registra: número de pacientes que sofreram quedas, número de pacientes que apresentaram flebites, número de pacientes que tiveram perda de sonda, e número de pacientes que precisaram ser contidos. Destes, apenas os indicadores relacionados à queda são obrigatórios pelo MS, os demais foram extraídos de processos de acreditação. Padronizar o instrumento visando buscar dados pontuais sobre a segurança do paciente e aplicá-lo de forma informatizada tornou o instrumento um facilitador do trabalho para o enfermeiro.

DISCUSSÃO

Sabe-se que já é uma realidade em outros países ter como meta principal a implantação de sistemas para monitorar indicadores, assim como o aprimoramento da qualidade das informações e a incorporação de novos dados para construção destes parâmetros, e para tal são elaborados projetos internacionais para desenvolver indicadores com diversas estratégias¹³. Talvez uma destas estratégias seja a elaboração de instrumentos de coleta de forma organizada e padronizada visando facilitar o processo de monitoramento e tabulação dos dados, assim como a guarda de informações de maneira segura, e a realização do trabalho de forma mais eficaz.

Estudo sobre indicadores utilizados nos serviços de enfermagem em dez hospitais de grande porte, localizados no Estado do Paraná, realizado com enfermeiros que atuam na gerência dos serviços de enfermagem destas instituições, demonstra que a sua maior parte é utilizada no gerenciamento dos serviços relacionados à assistência direta aos pacientes. Contudo, não há uma padronização, sendo que cada instituição estabelece um rol de indicadores para seguir. A conclusão da pesquisa foi que a utilização de informações monitoradas já é uma realidade nas instituições de saúde, porém

ainda é preciso programar estratégias para a sua análise para que sejam capazes de comparação e contemplem os diferentes contextos da assistência à saúde prestada à população, a fim de financiar programas e políticas públicas de melhoria da qualidade assistencial⁶. Da mesma forma, por meio da análise dos indicadores das UTIs, espera-se contribuir para a definição de dados e informações adequados a cada realidade.

Sobre determinar o seu conteúdo pelo consenso cabe aludir, ainda, a participação do maior número possível de colaboradores na construção do instrumento, e é fundamental para que percebam que fazendo parte do processo da elaboração de ferramentas gerenciais, propicia-se também uma participação mais ativa dos demais profissionais, que resulta em uma responsabilização dividida¹⁴.

Sobre organizar a coleta de dados, é necessário que os indicadores sejam analisados e interpretados de forma fácil e que sejam compreendidos por quem usa estas informações, em especial gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde¹⁵. Da mesma forma frisa-se a importância de se analisar e interpretar os indicadores antes de se definir a prioridade de intervenção.

Todavia, reafirma-se a necessidade de avaliação do cuidado prestado aos pacientes por meio de indicadores, podendo ser utilizada no sentido de reforçar o desejo natural dos profissionais de saúde em melhorar o cuidado e, ao mesmo tempo, funcionar como uma forma de compreender a qualidade deste cuidado¹⁴.

Sobre desenvolver indicadores específicos para UTIs de trauma, vale lembrar que existe a possibilidade de validar e refinar dados por meio da experiência de instituições que façam uso destes rotineiramente. Porém desenvolver estas informações é uma tarefa contínua que visa promover que estes indicadores continuem importantes e demonstrem o conhecimento e a prática atual¹⁵.

Sobre a informatização do instrumento pode-

se dizer que a informática está ligada ao processo de trabalho do enfermeiro em inúmeros cenários e contextos, sendo considerada uma ferramenta facilitadora de ações, e que traz otimização seja na área de ensino, assistência ou gerência¹⁷.

Segundo estudo realizado em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, apesar do perfil diferente, mostra-se a mesma realidade, que os indicadores são instrumentos únicos para cada serviço, apresentando de modo específico e individual o retrato de sua realidade¹⁸. A busca por ferramentas que forneçam dados importantes para definições estratégicas baseadas em evidências, e não em empirismo, é uma necessidade tanto para instituições públicas como privadas¹⁹.

Espera-se que desenvolver instrumentos de coleta de indicadores especializados e padronizados seja um passo importante para a segurança do paciente, sendo utilizado por diferentes instituições de saúde, em seus variados níveis, promovendo identificação de fragilidades, tomada de decisões estratégicas e, em consequência, melhora na qualidade da assistência ofertada.

CONCLUSÃO

A segurança do paciente é um campo aberto, ainda em fase de descoberta e aprendizado, e por isso muitas são as transformações que envolvem o tema. Mais que uma política pública, a segurança do paciente traz um dever ético do profissional de enfermagem em desenvolver ações que primem pela mesma. Por isso é importante rever os processos de trabalho e suas contribuições para que o paciente seja sempre atendido sem que haja riscos desnecessários.

O estudo apresenta como principal contribuição para a segurança do paciente a formulação de um instrumento de coleta de indicadores usando primordialmente os indicadores que já são obrigatórios pelo Ministério da Saúde, e o consenso entre enfermeiros que fazem uso desta

ferramenta, e por meio de sua prática diária podem sinalizar o que de fato é importante mensurar e de que forma, pois a coleta de indicadores é uma etapa fundamental no processo de melhoria da qualidade da assistência à saúde. Desse modo, o estudo oferece um norte para outras instituições de saúde que tenham a mesma obrigatoriedade de monitoramento dos dados.

A organização dos indicadores de segurança da Enfermagem das UTIs, a determinação do seu conteúdo pelo consenso, a uniformização da coleta de dados, a explicitação de algumas particularidades das categorias dos indicadores, favoreceram a compreensão da real situação dos indicadores das UTIs, e a exposição da necessidade de aperfeiçoar e modernizar a forma de coleta. Propiciou, ainda, identificar um rol de indicadores de segurança de interesse para a área de enfermagem, e estender seu uso para outros setores do hospital oportunizando assim disponibilizar mais informações sobre indicadores não somente para UTIs de trauma, abrindo caminho para novos estudos, tanto para validar este instrumento como modificá-lo, se for o caso.

Como contribuição para o serviço, além das discussões e da facilidade de reorganização da coleta de indicadores, tem implicações diretas no processo de trabalho do enfermeiro e da gestão do hospital, que poderá se valer desses dados para tomadas de decisões estratégicas, além do fato da aprovação do uso do instrumento dos profissionais e direção do hospital, e por isso seu uso foi expandido para todo o hospital, sendo atualmente utilizada rotineiramente por todos os setores de internação: pronto-socorro, maternidade, centro cirúrgico, unidade de internamento, UTIS adulto e UTI neonatal. Ressalta-se que antes da elaboração da ferramenta apenas as UTIS monitoravam indicadores.

Embora seja um estudo local, aborda uma problemática que é recorrente nos serviços, que é como conseguir aperfeiçoar o tempo e recursos de enfermeiros em prol do atendimento de pacientes?

A aplicação desses indicadores, em outras UTIs, possibilitará a comparabilidade interna e externa das instituições com relação aos seus processos de trabalho, podendo aperfeiçoar a avaliação dos serviços, assim como decisões mais assertivas. Considera-se que este estudo permitiu atender ao objetivo proposto e ressalta-se que este foi um processo o qual, todos puderam opinar, facilitando a conscientização para o problema e a busca de soluções conjuntas, o que resultou em êxito do projeto.

Pode-se então concluir que os indicadores podem ser coletados e monitorados individualmente pelo enfermeiro, mas pertencem e são de responsabilidade de todos os membros da equipe multidisciplinar, sendo uma valiosa ferramenta especialmente para gestores, que por meio do gerenciamento dos dados podem elaborar planos de ação e mudar efetivamente a realidade de sua instituição.

REFERÊNCIAS

- 1 Vituri DW, Évora YDM. Total Quality Management and hospital nursing: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm* 2015;68(5):945-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-71672015680525i>.
- 2 Sousa P, Mendes W, organizadores. *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz (EAD/ENSP); 2011.
- 3 Silva KSB, Bezerra AFB, Sousa IMC, Gonçalves RF. Conhecimento e uso do sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(2):373-82. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200016>.
- 4 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BR), Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS), Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática* [Internet]. 2013 [citado 2017 Out 31]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/cader-no-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica>.
- 5 Quadros DV, Magalhães AMM, Mantovani VM, Rosa DS, Echer IC. Analysis of managerial and healthcare indicators after nursing personnel upsizing. *Rev Bras Enferm*. 2016 Jul-Ago;69(4):684-90. doi: 10.1590/0034-71672016690410i.
- 6 Rossaneis MA, Gabriel CS, Haddad MCL, Melo MRAC, Bernardes

A. Health care quality indicators: the opinion of nursing managers of teaching hospitals. *Cogitare Enferm.* 2015; 20(4):798-804. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.41734> Erro! A referência de hiperlink não é válida.

7 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BR). Resolução da diretoria colegiada- RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União.* 2013 Jul 26 [citado em 2019 Maio 9]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e.

8 Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013b. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. *Diário Oficial da União.* 2013 Abr 2; seção 1. p-43-4. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

9 Dias CA. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. *Inform soc-estud* [Internet]. 2000 [citado 2017 Out. 31];10(2). Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/view/330/252>.

10 Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Liber Livros; 2012.

11 Flick U. Dados multifocais. In: *Introdução à pesquisa qualitativa.* 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

12 Bardin L. *Análise do Conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2011.

13 Gouvêa C, Travassos C, Caixeiro F, Carvalho LS, Pontes B. Desenvolvimento de indicadores de segurança para monitoramento do cuidado em hospitais brasileiros de pacientes agudos. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica / Proqualis [Internet]. 2015 [citado 2017 Out 31]. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/indicadores%20de%20qualidade.pdf>.

14 Marquis BL, Huston CJ. *Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática.* 8. ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

15 Weigelt LD, Mancio JG, Petry ELS. Indicadores de saúde na visão dos gestores dos municípios no âmbito da 13ª coordenadoria regional de saúde. *Barbaroi* [Internet]. 2012 [citado 2017 Out 31];36(1):191-205. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/2103/2163>.

16 Moraes EAS, Rojas SSO, Veiga VC. Health indicators in the care for neurocritical patients. *Rev Rene* [Internet]. 2014 [citado 2017 Out 31]; 15(2):189-95. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1522/pdf_1.

17 Juliani CMCM, Silva MC, Bueno GH. Avanços da informática em enfermagem no Brasil: revisão integrativa. *J Health Inform* [Internet]. 2014 [citado 2017 Out 31];6(4):161-5. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/322/218>.

18 Oliveira CAS, Pinto FCC, Vasconcelos TB, Bastos VPD. Análise de indicadores assistenciais em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica na cidade de Fortaleza/CE. *Cad saúde colet.* 2017 [citado 2017 Out 31];25(1):99-105. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n1/1414-462X-cadsc-1414-462X201700010220.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700010220>.

19 Vilanova IA, Teles NS, Porto NRAC, Santos SRS, Gois RMO.

Indicadores como ferramenta da gestão de qualidade: um estudo bibliográfico. *Cad Grad Ciências Biológicas e Saúde Unit* [Internet]. 2017 [citado 2017 Out 31];4(1):11-24. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/3394/216>.

RECEBIDO: 11/03/2019

ACEITO: 13/05/2019

A GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Work and education management in city Secretaries of Health

Suelen Camila Alves dos Santos¹, Roberto Zonato Esteves², João José Batista de Campos³, Elaine Rossi Ribeiro⁴, Márcio José de Almeida⁵

1. Enfermeira e Mestranda em Ensino nas Ciências da Saúde – FPP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4259-206X>.
2. Médico, Pós-Doutor (UEM), Professor (UEM) e (FPP). Médico e Professor da Faculdades Pequeno Príncipe – FPP. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6632-775X>.
3. Médico, Doutor em Medicina Preventiva (USP) e Professor (UEL). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7992-6276>.
4. Enfermeira, Doutora em Medicina (UFPR) e Professora (FPP). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3492-217X>.
5. Médico e Professor da Faculdades Pequeno Príncipe – FPP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7094-9906>.

CONTATO: Márcio José de Almeida | Endereço: Rua General Carneiro, 1041, apartamento 36 | CEP: 80060150 | Telefone: (41) 99715-3471 | E-mail: marciojalmeida2015@gmail.com

COMO CITAR: Santos SCA, Esteves RZ, Campos JJB, Ribeiro ER, Almeida MJ. A gestão do trabalho e da educação nas secretarias municipais de saúde. R. Saúde Públ. 2019 Jul;2(1):31-42.



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 gestão do trabalho e da educação em saúde são componentes essenciais para proporcionar à população um sistema de saúde de qualidade. Na esfera federal e estadual este conhecimento é valorizado. Os objetivos são identificar, analisar e compreender as características dos campos da gestão do trabalho e da gestão da educação nas Secretarias Municipais de Saúde da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná no contexto das demais secretarias municipais de saúde do Estado. Utilizou-se a abordagem mista, explanatória sequencial. Foi aplicado um

questionário aos gestores de saúde dos 399 municípios paranaenses, e, após, foram realizadas entrevistas com os gestores dos 20 municípios da Regional escolhida. Obtiveram-se respostas de 53,6% dos questionários e de 70% das entrevistas. O estudo permitiu identificar as fragilidades existentes e apontar caminhos para superá-las, além de contribuir para outras investigações na mesma linha, dada a escassez de publicações.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde. Saúde Pública. Sistema Único de Saúde (SUS). Administração de Recursos Humanos em Saúde. Educação em Saúde.

ABSTRACT Work and health education management is an essential part that provides the population with a quality health system. In the federal and state sphere this knowledge is appreciated. The objectives are to identify, analyze, and understand the characteristics of the fields of work management and education management in the Municipal Health Secretaries of the 5th Health Regional Department of the state of Paraná in the context of the other municipal health secretaries in the state. A mixed, sequential explanatory approach was used. A questionnaire was applied to health managers from 399 cities of the state of Paraná; then, interviews with the managers from 20 municipalities from the regional department chosen were carried out. A total of responses of 53.6% of questionnaires and 70% of the interviews was obtained. The study allowed to identify the weaknesses, and to find ways to overcome them, as well as to contribute to other investigations in the same research line, given the scarcity of publications.

KEYWORDS: Health Management. Public Health. Unified Health System (SUS). Human Resources Management in Healthcare. Health Education.

INTRODUÇÃO

Em 2003 o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - (ENSP/FIOCRUZ), realizou um levantamento da situação de contratação de pessoal e da organização, estrutura e ações das áreas de recursos humanos das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. Os dados foram coletados tomando 2002 como ano-base, e

foi o primeiro estudo concretizado quase 15 anos após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

Na esfera municipal não há até hoje registro de iniciativas semelhantes. Por mais que exista o reconhecimento de que as ações das esferas estaduais e municipais nesse campo são, muitas vezes, interdependentes, quando não complementares².

A formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde devem promover mudanças nas práticas de atenção realizadas, e a articulação entre ensino, gestão e controle social. Para que o SUS apresente-se de forma eficiente e eficaz é necessário dispor de equipes e profissionais qualificados, além de gestores qualificados para o exercício da gestão dos sistemas e serviços de saúde, gestores com perfis comprometidos com o SUS³. Um dos grandes desafios para a consolidação do SUS que coloca em prática a sua teoria é a sua gestão, e esta se inicia nas secretarias municipais de saúde. Aos gestores faz-se necessário compreender que a gestão do trabalho e a gestão da educação são pressupostos iniciais para uma formação profissional de qualidade e que atenda às necessidades de mudanças nas redes de atenção à saúde^{3,4}.

Assuntos relativos à gestão de pessoas, tanto sobre aspectos de trabalho como sobre aspectos da educação, ocupam grande parte do tempo dos gestores de saúde das esferas municipal e estadual, sendo uma das principais preocupações para

qualificar o atendimento à população⁴.

O Estado do Paraná possui 10,4 milhões de habitantes segundo o último censo do IBGE em 2010 e a estimativa populacional para o ano de 2018 é de 11,3 milhões de habitantes. No país, o Estado é classificado como 15º em área territorial. O Estado possui 399 municípios, distribuídos em diferentes portes, em linhas gerais temos municípios pequenos, médios e grandes, com graus variados de desenvolvimento, sendo 312 (78,2%) considerados municípios de pequeno porte tipo I, municípios com menos de 20.000 habitantes, ou seja, o Estado é composto de municípios pequenos em sua grande parte⁴.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde do Paraná, o Estado é dividido em 22 Regionais de Saúde e em Seis Macrorregionais: Leste, Campos Gerais, Centro Sul, Oeste, Noroeste e Norte. A 5ª Regional de Saúde do Paraná tem como sede o município de Guarapuava, faz parte da Macrorregional Centro Sul e é composta por 20 municípios como exposto na figura 1 através do mapa do Paraná e da 5ª Regional de Saúde⁵.

Figura 1 Mapa do Paraná e 5ª Regional de Saúde



FONTE Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (2013)⁵

De acordo com a classificação de municípios por número de habitantes, dos 20 municípios pertencentes a esta Regional de Saúde, 15 são municípios classificados como de pequeno porte tipo I, o que significa menos de 20.000 habitantes. Municípios de pequeno porte tipo II são aqueles que apresentam de 20.001 a 50.000 habitantes. Nesta regional existem três municípios, um município considerado de médio porte, entre 50.001 e 100.000 habitantes, e apenas um considerado de grande porte, com mais de 100.000 habitantes. Portanto, nesta regional predominam os municípios de pequeno porte. Os municípios que compõem a regional compactuam com a classificação de grande parte do Paraná, sendo de médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços⁶.

A 5ª RS é considerada a maior regional em extensão territorial, tendo área de 19.984 km², o que perfaz um percentual de 10% do Estado do Paraná⁵.

A gestão de qualidade é um dos principais componentes para que o trabalho em saúde ocorra da melhor forma. Neste trabalho busca-se identificar fatores associados com a gestão municipal de saúde da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, o processo de trabalho, a gestão do trabalho e a gestão da educação. Estes gestores apresentam qualificação adequada para exercer a função? Qual o perfil destes gestores? Conhecem a gestão do trabalho e a gestão da educação? Realizam a gestão de forma a otimizar o trabalho em saúde? Quais as características organizacionais dos municípios? Existe política de incentivo profissional? São realizadas avaliações de desempenho profissional?

Justifica-se a importância deste estudo para o conhecimento da gestão realizada nos municípios paranaenses. O estudo apresenta como intenção compreender os campos da gestão do trabalho e da gestão da educação nas secretarias municipais de saúde da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

Baseado nesses pressupostos os objetivos são

identificar, analisar e compreender as características dos campos da gestão do trabalho e da gestão da educação nas Secretarias Municipais de Saúde da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná no contexto das demais secretarias municipais de saúde do Estado.

METODOLOGIA

Utilizou-se a abordagem mista explanatória sequencial. A pesquisa com métodos mistos combina os métodos de pesquisa qualitativos e quantitativos e tem por objetivo generalizar os resultados quantitativos, aprofundar a compreensão dos resultados qualitativos, ou corroborar os resultados. O estudo explanatório sequencial é aquele que se inicia por uma etapa quantitativa e que, por sua vez, é seguida por uma etapa qualitativa. Nesse caso, os resultados qualitativos são mobilizados para interpretar ou explicar os resultados quantitativos^{7,8,9}.

Este estudo iniciou com um *survey*, levantamento de campo, dirigido aos secretários municipais de saúde de todos os municípios paranaenses, que puderam, onde coube a necessidade, delegar/transferir a responsabilidade pelo fornecimento das informações para o gestor de recursos humanos em saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A principal característica deste método de pesquisa é a produção de descrições quantitativas de uma população determinada a partir de um instrumento predefinido⁷.

Após o *survey*, os secretários municipais de saúde que compõem a 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná foram convidados a participar de entrevistas cujo roteiro de questões levou em conta as respostas fornecidas nos questionários. A pesquisa qualitativa preocupa-se com toda e qualquer realidade na qual não é possível a quantificação dos dados¹⁰.

O estudo foi realizado nos 399 municípios

paranaenses. Os 20 municípios que compõem a 5ª Regional de Saúde do Estado, além do *survey* foram selecionados para participar de entrevistas. A 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná foi selecionada para este estudo, pois a pesquisadora é funcionária pública de um destes municípios, o que levou ao interesse pelos municípios que compõem a Regional de Saúde. Também porque esta regional é considerada a maior em extensão territorial, e é uma das regionais que apresentam um número significativo de selos de qualidade nas Estratégias Saúde da Família, no programa denominado Tutoria pelo Estado e não apresenta estudos com este enfoque⁵.

A coleta de dados foi realizada através do preenchimento de um questionário padronizado, abrangendo aspectos da qualificação do gestor, das estruturas formais de gestão do trabalho e da educação, bem como a adesão dos municípios aos programas implementados pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA).

O questionário foi resultado de uma adequação do instrumento utilizado pelo CONASS no estudo nacional realizado junto às Secretarias Estaduais de Saúde. Após consulta, houve a autorização pela Secretaria Executiva do Conselho para essa utilização.

O questionário é constituído por sete blocos: 1) identificação do titular da SMS ou do gestor de recursos humanos; 2) características organizacionais; 3) processo de planejamento e gestão; 4) gestão do trabalho; 5) políticas de incentivos; 6) avaliação de desempenho profissional e 7) gestão da educação.

Os questionários foram produzidos utilizando-se o software *LimeSurvey*, desenvolvido pela Companhia de Tecnologia da Informação e Comunicação do Paraná (CELEPAR) e de domínio público. Desta forma as perguntas respondidas eram automaticamente enviadas/captadas pelos pesquisadores. Essa ferramenta facilitou o processamento dos dados e a sua consolidação em tabelas e gráficos. Os questionários, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

foram enviados por e-mail para os Secretários Municipais de Saúde.

Conforme o fluxograma apresentado na Figura 2, desenvolvido pelos autores em janeiro de 2019, os secretários dos 20 municípios pertencentes à 5ª Regional de Saúde foram convidados a participar das entrevistas após a devolução do questionário, com a função de identificar fatores do processo de trabalho na gestão do trabalho e gestão da educação em saúde. Estas apenas foram realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para otimizar a análise dos resultados.

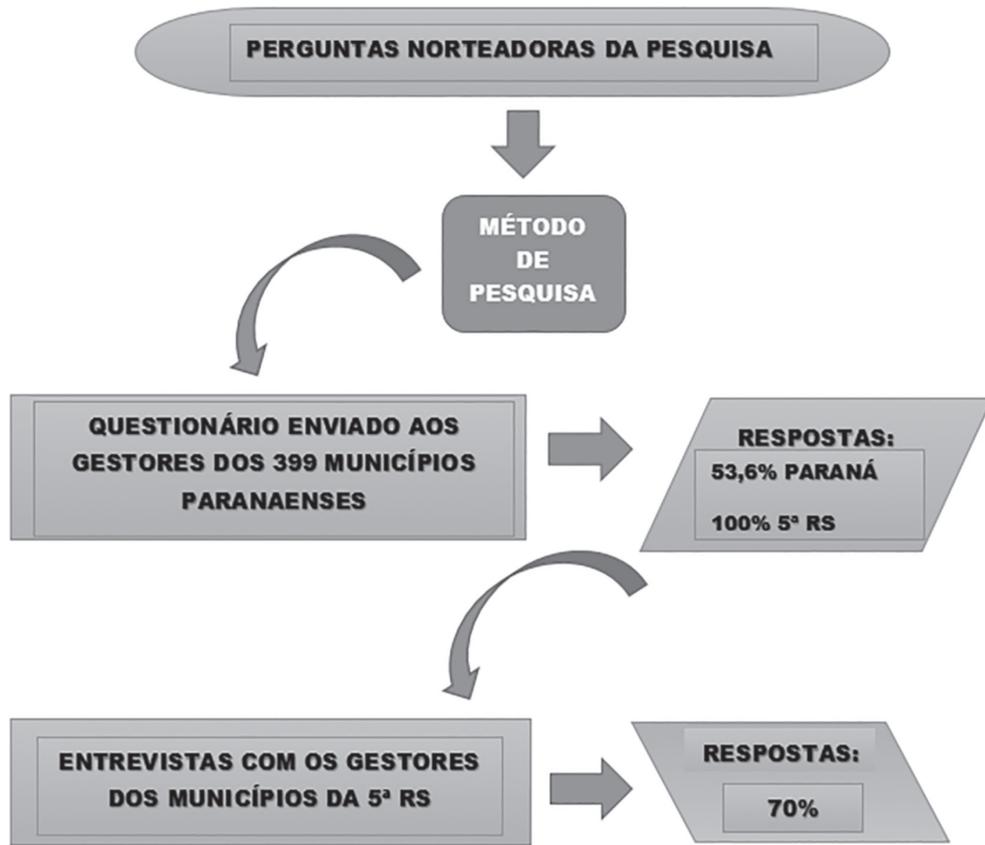
Os dados coletados nos questionários foram organizados e sistematizados em meio digital utilizando estatística básica, com a construção de tabelas de frequências simples e relativas, e quadros, bem como cruzamentos de variáveis necessárias para a análise geral e agrupamento de informações do tema.

As respostas obtidas com as entrevistas foram organizadas em núcleos de sentido e categorias para melhor caracterização das informações. Inicialmente realizou-se leitura de todo o material – leitura flutuante e em seguida leitura aprofundada, análise deste material com base no referencial teórico e experiência empírica deste estudo. Cabe reforçar que a análise de todo material empírico se deu por meio da análise de conteúdo com base no referencial teórico¹⁰.

Para que fosse garantido o sigilo da identidade da população da amostra, estes foram identificados como Secretário 1, Secretário 2, Secretário 3 e assim por diante.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP - FPP) garantindo a proteção da identidade da população e amostra utilizada na pesquisa, seguindo as Resoluções 466/2012 e 510/2016, sob o CAAE: 775816170.0000.5580, número do parecer de aprovação: 2.353.634.

Figura 2 Fluxograma dos procedimentos da pesquisa



Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo obteve 53,6% de respostas do total de secretários municipais de saúde do Estado do Paraná. Estas respostas foram aquelas recebidas através do questionário enviado a todos os municípios do Estado pelo *Lime Survey*. Do total de 399 municípios, 213 participaram da pesquisa.

Dentre os 399 municípios que foram convidados a participar do questionário estão os 20 municípios da 5ª Regional de Saúde. Destes obteve-se participação de 100%.

Com relação à entrevista, dos 20 municípios convidados 14 participaram, ou seja, 70% deles.

Com base nos objetivos do estudo, no referencial teórico pesquisado, na análise do questionário e a entrevista com os gestores identificou-se seis categorias, que permitiram compreender e aprofundar esta pesquisa que são: 1 - A gestão do trabalho em saúde na prática, 2 - As instituições articuladas com a gestão municipal: SESA e COSEMS, 3 - Os instrumentos para gestão

do trabalho, 4 – Sobre a implantação das mesas de negociação do SUS, 5 – A gestão da educação em saúde na prática e 6 – Os municípios da 5ª RS e o processo de trabalho em saúde.

Estas categorias representam fatores de extrema importância para a pesquisa. A gestão do trabalho em saúde pode ser definida como uma política que trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. Sem os profissionais este sistema não funciona, ou funciona de forma inadequada e ineficaz. O sistema refere-se a questões ligadas à vida do trabalhador, tais como ingresso, provimento, direitos trabalhistas, condições de trabalho, participação na formulação de políticas e criação de espaços de negociação. Neste contexto é importante conhecer e analisar a gestão do trabalho neste coletivo de trabalhadores, dos quais se destacam aspectos como a modalidade de seleção e admissão, remuneração e Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS)^{4,11}. A gestão do trabalho em saúde é complexa, pois tem ligações com várias questões que podem sofrer alterações diariamente, como os profissionais, pacientes, sistemas, entre outros, para tanto é necessário conhecimento teórico que auxilie a prática de gestão.

Com relação às instituições que se articulam com os municípios, a SESA possui como missão a formulação e o desenvolvimento da Política Estadual de Saúde, de forma a organizar o SUS no Paraná, exercendo sua função reguladora, garantindo atenção à saúde para a população com qualidade e equidade⁵. O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS-PR) tem como objetivo lutar pelo fortalecimento e autonomia dos municípios na área da saúde¹². Os objetivos dessas instituições relacionam-se com os objetivos da gestão em saúde municipal fazendo com que trabalhem em conjunto para atingir as metas em comum.

Os meios e instrumentos utilizados na

gestão do trabalho podem ser denominados de tecnologias, as tecnologias leves são as relações como o acolhimento e o vínculo, as leves e duras são o conhecimento estruturado como os manuais, protocolos, as normativas e as tecnologias duras são os equipamentos, as estruturas de organização¹³. Para que o processo de trabalho ocorra é necessário que os meios e instrumentos sejam utilizados da melhor forma possível para que o objetivo do processo seja alcançado.

A mesa de negociação SUS é uma forma de diálogo entre as partes interessadas nas relações de trabalho. Tem como objetivo a adequação dos interesses por meio de entendimento capaz de solucionar problemas e conflitos durante o processo de trabalho³. É uma excelente ferramenta para negociar com os profissionais, demonstrando os pontos positivos e negativos das discussões.

O desafio da gestão da educação em saúde é conseguir utilizar a educação permanente em saúde como estratégia eficaz, contribuindo para a uma formação ética, humanizada, de cunho crítico, reflexivo e criativo, que contribua para a qualificação dos processos de trabalho em saúde. Estes são os que valorizam a vivência e as experiências dos sujeitos. O mundo do trabalho, educação e saúde se interligam nesta discussão por uma saúde de qualidade para a população³.

O processo de trabalho em saúde, para não ser fragmentado em atos, envolve a participação de diversos saberes, diferentes tecnologias, profissões, variedade de serviços e especialidades que devem ser identificadas e reconhecidas¹⁴. Tem como foco principal o trabalhador como fundamental para a efetividade e eficiência do SUS. Ele é considerado um agente transformador de seu espaço de trabalho, protagonista de práticas e saberes, durante o processo de trabalho, tanto individual quanto coletivo¹⁵.

Como ocorre no Estado, os gestores possuem pouco tempo na instituição neste cargo, e apresentam experiência na área da gestão, assistência direta ao paciente e planejamento, o

que dá subsídios para uma gestão eficaz. Para que haja trabalho de qualidade é necessário identificar as necessidades, planejamento para supri-las, aprimorar o planejamento, garantir a aplicabilidade das ações e corrigir os instrumentos e tecnologias utilizadas. Para tanto, é necessário que o gestor apresente conhecimento nesta temática.

A gestão em saúde sugere mudar o foco de atuação, reorientar o modelo de saúde e as tecnologias utilizadas no meio. Deve respaldar-se em: melhoria contínua da relação interpessoal entre profissionais e usuários dos serviços, remuneração, qualificação e capacitação dos profissionais, qualificação dos gestores e participação ativa de profissionais de linha de frente, no que se refere à pactuação das metas e dos parâmetros de qualidade estabelecidos pela própria gestão. Além de monitorar as condições necessárias para a contínua execução do processo de trabalho, como o suporte administrativo, a estrutura adequada e a organização das ações de acordo com as diretrizes do SUS^{16, 17}.

Com base nos dados e informações apresentados e analisados foi possível demonstrar que este estudo permite uma melhor compreensão dos campos da gestão do trabalho e da gestão da educação nas Secretarias Municipais de Saúde da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná; e pode-se comparar em alguns momentos com as informações obtidas pelo Estado, mostrando-se uma equivalência entre eles.

Além de evidenciar o perfil dos Secretários Municipais de Saúde, evidenciou-se também, que o perfil dos gestores da 5ª RS assemelha-se com o perfil dos municípios do Estado; são jovens mulheres em sua maioria, com ensino superior completo e especialização, são cargos comissionados ou estatutários indicados e apresentam pouco tempo de trabalho na instituição, de 1 a 5 anos.

As informações coletadas demonstram as realidades existentes com maior objetividade, visando o desenvolvimento/reconhecimento de programas específicos de qualificação e

desenvolvimento do processo de trabalho na gestão do trabalho e na gestão da educação nestas secretarias.

Neste contexto a implantação e desenvolvimento de Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) sempre foram caminhos apontados e apoiados pelos trabalhadores sobre o tema recursos humanos. A ausência do PCCS, associada à indefinição de uma política para o campo, e a ausência de ações de planejamento e programação levam a uma situação de remuneração insuficiente e precarização do trabalho. Demonstra também que há limitações neste instrumento estratégico na gestão do trabalho no SUS e nas questões de planejamento estratégico e baixa capacidade de exercer gestão⁴.

A análise do material obtido pelas entrevistas com os secretários municipais de saúde demonstra claramente que a gestão do trabalho e a gestão da educação fazem parte das suas preocupações como gestores, mas nem todos apresentam entendimento e a importância sobre estes temas dificultando o trabalho realizado no dia a dia.

É necessário um planejamento para que a gestão consiga fornecer serviços adequados à população, a gestão nos municípios não é realizada somente pelo gestor, é realizada pela equipe de saúde, daí a importância de investimentos na qualificação e em estratégias de valorização e reconhecimento profissional. Através de profissionais motivados e valorizados, o trabalho em saúde ocorre da melhor forma, sanando as necessidades de saúde da população⁴. Esta forma de gestão é vislumbrada em vários trechos extraídos das entrevistas, o que demonstra que os gestores entrevistados têm a consciência da importância de suas equipes no processo de trabalho em saúde. Seguem alguns trechos abaixo:

"...eu sempre procurei valorizar o servidor que ele é efetivo, como já fazia esses aconselhamentos, então eu procuro fazer isso agora enquanto gestor. Justamente para valorizar quem vinha trabalhando, claro que com a nova qualificação,

com novas discussões, e colocando a pessoa assim fazendo uma análise para que ela possa produzir além daquilo que ela espera. Eu penso que cada um tem algo mais a oferecer..." (Secretário 2)

"...essa questão de gestão, quando eu assumi eu fiz um planejamento junto com a equipe de quais seriam os principais focos primeiro e a gente vem trabalhando melhorando a atenção básica, melhorando a educação, qualidade de atendimento..." (Secretário 12)

"...eu acho importantíssimo o processo de trabalho e prezo pelo bom atendimento..." (Secretário 11)

"...para o trabalho dar certo você tem que ter um planejamento, até na gestão do processo..." (Secretário 4)

Na gestão da educação em saúde, a educação permanente é vislumbrada como estratégia fundamental de reestruturação das práticas em saúde. Também estabelece ações de parceria com os setores de políticas públicas, e deixa aberto ao diálogo entre instituições de ensino e serviços. O desafio da gestão da educação em saúde é conseguir utilizar a educação permanente em saúde como estratégia eficaz, contribuindo para uma formação ética e humanizada, de cunho crítico, reflexivo e criativo, que contribua para a qualificação dos processos de trabalho em saúde. O mundo do trabalho, da educação e da saúde se interliga nesta discussão por uma saúde de qualidade para a população³.

A utilização da educação permanente por parte das secretarias municipais de saúde é uma das melhores formas de qualificar o trabalho, e também oferecer para a população serviços eficientes que contemplem as necessidades de saúde desta população. A transformação da realidade ocorre a partir deste processo de educação, desta forma pode-se apresentar um sistema de saúde resolutivo, com profissionais focados em seus processos de trabalho, motivados e valorizados. Durante a análise de informações, os secretários demonstram-se preocupados com a gestão da educação, o que mostra que a gestão da educação

está caminhando na prática, talvez a passos curtos, mas ainda, sim, caminhando.

"...a educação em saúde é fundamental, tanto profissional quanto para os pacientes, isso é fundamental na gestão em si. A partir daí que vai ter o entendimento entre os vários setores da secretaria para identificar, para conseguir trabalhar de forma integrada. A necessidade do outro setor ou a necessidade do próprio setor com algumas novas ideias. Acho que é a parte fundamental desse trabalho..." (Secretário 7)

"...esse é o caminho menos oneroso até porque você tem que envolver as pessoas no processo porque se você não ter eles como parceiros, você pode se rasgar e não vai conseguir nada..." (Secretário 2)

A apreciação do conteúdo referido pelos gestores sobre processo de trabalho denota o conhecimento da maioria sobre os mesmos, e ainda que estes não conheçam a significação teórica de processos, eles realizam a prática com a intenção de atingir um objetivo. Percebe-se nos discursos dos secretários municipais de saúde que estes valorizam os profissionais de suas equipes, pois são elas que realizam o processo de trabalho em conjunto, demonstrando o trabalho em equipe como componente ideal no atendimento em saúde.

Enquanto atuação política o gestor em saúde tem um significado importante. É nomeado por um político eleito, no caso o prefeito municipal, que apresenta um plano de governo para a população. Neste sentido é necessário que o gestor atue nos campos político e técnico, conseguindo desenvolver o trabalho gerencial da melhor forma e pensando nas questões de saúde da população^{16,18}. A capacitação em gestão é necessária, pois em muitos casos os escolhidos não apresentam formação em saúde, ou quando apresentam não possuem qualificação em gestão. Para uma gestão eficaz é necessária a qualificação no setor gerencial.

Para os profissionais responsáveis pela gestão, o desenvolvimento do Sistema Único

de Saúde (SUS) é um desafio cotidiano, no qual estão compreendidos desde trabalhos urgentes e de solução imediata, até os trabalhos a longo prazo como a elaboração de planos e estratégias. Esses papéis envolvem dimensões específicas dependentes de cada território, e outras de natureza regional, estadual ou nacional, cujo equacionamento demanda atuação solidária entre os entes da federação. Qualificar a gestão pública é, para todas as esferas e setores governamentais, uma necessidade permanente¹⁶. É de extrema importância que os gestores em saúde sejam capacitados e atualizados, com instituições que auxiliem nas decisões realizadas por estes como a SESA e o COSEMS-PR.

De acordo com as entrevistas realizadas, a SESA e o COSEMS-PR são vistos como apoio necessário para realizar a gestão em saúde, apesar da avaliação e regulação de ações que estas instituições realizam em cada município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo atingiu os objetivos propostos e fornece vários elementos para que a SESA e o COSEMS possam definir estratégias mais precisas de fortalecimento do campo da gestão do trabalho e da educação em saúde nas Secretarias Municipais de Saúde.

Estas participações, questionários e entrevistas, permitiram uma análise da realidade de gestão em saúde dos municípios da 5ª RS demonstrando suas potencialidades e fragilidades, o que permite sugerir melhorias dos processos de gestão do trabalho e de gestão da educação em saúde.

Considerando a relevância do gestor municipal de saúde para a consolidação das ações e êxito do SUS, verifica-se que conhecer o perfil dos secretários de saúde dos municípios, em relação à escolaridade, às funções exercidas, conhecimento

e utilização dos instrumentos de gestão e seu preparo para exercer o cargo de gestor, elucidadas as fragilidades existentes e esta pesquisa aponta caminhos para superá-las, além de contribuir para outras investigações na mesma linha, dada à escassez de publicações sobre esta temática.

As fragilidades apontadas por esta pesquisa demonstraram gestores sobrecarregados, com acúmulos de funções; os municípios em sua grande parte não apresentam setor específico de RH; poucos municípios apresentam estrutura para a educação permanente; há falta de planejamento e organização, dificuldades na gestão do trabalho, e também, com a falta de conhecimento dos instrumentos utilizados, há pouco incentivo aos profissionais, dificuldade em corrigir o comportamento dos funcionários e dificuldades na gestão da educação em saúde, com poucas parcerias e educação permanente dos profissionais, além das poucas discussões regionais e estaduais.

Esta pesquisa sugere formas de diminuir ou acabar com as fragilidades apontadas durante a exposição das informações, análises e discussões realizadas como a criação de um setor específico de RH nos municípios em que convém este setor, a delegação de funções aos profissionais adequados após a realização de planejamento e organização das SMS, incentivo profissional de acordo com as avaliações destes, melhorando a convivência e diminuindo os conflitos, além de parcerias e incentivo à educação continuada e permanente dos funcionários.

Neste sentido o gestor é vislumbrado como um dos principais elementos dentro da saúde pública, devendo estar atualizado e qualificado para este cargo, pois esta função exige muito esforço, competência, planejamento estratégico, negociação, entre outras funções de extrema importância. O estudo apontou que os próprios gestores têm consciência sobre a importância de atualização e sobre as consequências do seu bom desempenho à frente dos seus cargos para uma saúde de qualidade, principalmente por serem

cargos indicados politicamente. As áreas com maior interesse e discussão são as áreas da gestão do trabalho e de gestão da educação, escolhidas para este estudo, já que apresentam muitas ações e podem ser extremamente resolutivas quando aplicadas de forma correta nas necessidades de saúde de toda a população. Por estes motivos pode-se sugerir cursos permanentes de gestão em saúde municipais, pois de acordo com a pesquisa os gestores não sentem-se preparados para este cargo, mesmo obtendo apoio regional e de apoiadores.

A complexidade da área da saúde e a necessidade de proporcionar à população um sistema de saúde de qualidade, distribuído com equidade e com acesso universal, incorporando novas tecnologias, entre outros atributos, requer a ampliação do diagnóstico, trabalho com as parcerias necessárias, educação permanente e diálogo para o enfrentamento dos desafios enfrentados pela gestão do componente trabalho em saúde.

Este trabalho deve estimular estudos semelhantes em outros Estados, sem falar no primeiro diagnóstico da realidade da área de recursos humanos nestes municípios paranaenses. A possibilidade de promoção dos processos de auto-organização interna e alterações nos processos de trabalho no âmbito das Secretarias Municipais de Saúde através do gestor, além de identificar as estratégias utilizadas na gestão do trabalho e gestão da educação em saúde, são alguns dos inúmeros benefícios apresentados.

Os resultados constituem uma "linha de base" que poderá servir para que a SESA, o COSEMS-PR, o Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (INESCO) e os programas de pós-graduação na área de saúde pública/coletiva existentes no Estado realizem outras pesquisas com recortes específicos, pois disponibiliza uma imensa quantidade de dados e informações sobre a organização, estrutura e ações nas secretarias municipais de saúde paranaenses.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional de Secretário de Saúde (CONASS). 2º levantamento da organização, estrutura e ações da área de recursos humanos. Brasília: Conass; 2015.
2. Ditterich RG, Moysés ST, Moysés SJ. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(4):615-25.
3. Castro JL, Vilar RLA, Oliveira NHS. As trilhas e os desafios da gestão do trabalho e gestão da educação na saúde. Natal: Una; 2016.
4. Carvalho BG, Nunes EFPA, Cordoni Júnior L. Gestão da saúde em pequenos municípios: o caso do norte do Paraná. Londrina: Eduel; 2018.
5. Paraná, Secretaria de Estado da Saúde. Plano estadual de Saúde Paraná 2012-2015. Curitiba: SESA; 2013.
6. Viana AL, Ferreira MP, Albuquerque MV, Lima LD, Fusaro E, Iozzi F. Nota Técnica 1/2015 : Quanto o Brasil mudou I: observações a partir da situação das regiões de saúde nos anos 2000 e 2014. São Paulo: Região e Redes; 2015.
7. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
8. Creswell JW, Clark VLP. Projetando e conduzindo pesquisas de métodos mistos. Thousand Oaks: Sage; 2010.
9. Galvao MCB, Pluye P, Ricarte ILM. Métodos de pesquisa mistos e revisões de literatura mistas: conceitos, construção e critérios de avaliação. InCID [Internet]. 2017 [citado 2019 Jan 12];8(2):4-24. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/incid/article/view/121879>
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
11. Gil CRR, Luiz IC, Gil MCR. Gestão pública em saúde: o processo de trabalho na gestão do SUS. São Luís: EDUFMA; 2016.
12. Comitê Gestor da Internet no Brasil. Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros. São Paulo: Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR; 2018.
13. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves apontando mudanças para os modelos technoassistenciais. *Saúde Debate*. 2003;27(65):316-23.
14. Moreira KS, Vieira MA, Costa SM. Qualidade da Atenção Básica: avaliação das Equipes de Saúde da Família. *Saúde Debate*. 2016;40(111):117-27.
15. Machado MH, Ximenes Neto FRG. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6):1971-79.
16. Fontana KC, Lacerda JT, Machado PMO. O processo de trabalho na atenção básica à saúde: avaliação da gestão. *Saúde Debate*. 2016;40(110):64-80.
17. Pinafo, E, Carvalho BG, Nunes EFPA, Domingos CM, Bonfim MCB. Gestor do SUS em município de pequeno porte no estado

do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. *Espac Saúde*. 2016;17(1):130-37.

18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Gestores do SUS: olhares e vivências. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.

RECEBIDO: 17/03/2019

ACEITO: 13/05/2019

DESAFIOS NO ATENDIMENTO A MULHERES COM RISCO E/OU TENTATIVA DE SUICÍDIO EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO

Challenges of care of women at risk and/or attempting suicide in a high-risk maternity

Larissa Bastos¹, Silvana Maria Escorsim², Maria Cristina Dias de Lima³, Nattany Caroline Santos Rodrigues⁴

1. Assistente Social Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar – PRIMAH do CHC/UFPR. Bacharela em Serviço Social pela UFPR. Email: larissabastos.jc@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5412-4912>.
2. Professora Adjunta do curso de Serviço Social da UFPR Litoral, doutora em Serviço Social pela PUC – São Paulo, tutora do Eixo Profissional de Serviço Social do PRIMAH – CHC/UFPR na área profissional de Serviço Social. Email: mariaescorsim@uol.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4240-1692>.
3. Assistente Social do CHC/UFPR, Coordenadora do Eixo Profissional de Serviço Social do PRIMAH – CHC/UFPR, mestre em Saúde Coletiva pela UFPR. Email: mariacrissllima@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2044-0439>.
4. Assistente Social do CHC/UFPR, preceptora na área de Serviço Social no Programa de Saúde da Mulher do PRIMAH – CHC/UFPR, especialista em Saúde da Mulher pelo CHC/UFPR. Email: nattanyrodrigues@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6859-9441>.

CONTATO: Larissa Bastos | Endereço: Rua Luiz Antonio Amatuzy de Pinho, nº 1010, Casa 5 | Jardim Paranaguá | Paranaguá, Paraná, Brasil | CEP: 83.215-170 | Telefone: (41) 98533- 5616 / (41) 3424-2489 | E-mail: larissabastos.jc@gmail.com

COMO CITAR: Bastos L, Escorsim SM, Lima MCD, Rodrigues NCS. Desafios no atendimento a mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio em uma maternidade de alto risco. R. Saúde Públ. 2019 Jul;2(1):43-56.



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 Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2014), o suicídio é um grave problema de saúde pública. Esta pesquisa empenhou-se em analisar a ação profissional no atendimento a mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio numa maternidade de alto risco do sul do Brasil. Estudo descritivo e quanti – qualitativo, com 20 profissionais de saúde de diversas áreas. Os dados foram coletados durante entrevista com cada profissional, utilizando questionário semiestruturado e pesquisa documental com as Fichas de Notificação de Violência Autoprovocada e registros internos do Serviço Social do local pesquisado. Os resultados revelam dificuldades nos atendimentos, relacionadas às condições e relações de trabalho, bem como a lacunas na formação profissional referentes à temática do suicídio. Devido à complexidade do tema, ratifica-se a necessidade de revisão da organização do trabalho para esses atendimentos no local e qualificação desses profissionais referente à temática, visto que instituir mudanças requer profissionais capacitados e qualificados.

PALAVRAS-CHAVES: Saúde pública. Suicídio. Mulheres. Tentativa de Suicídio.

ABSTRACT According to the World Health Organization - WHO (2014), suicide is a serious public health problem. This research focused on analyzing professional action in the care of women at risk and/or attempting suicide in a high-risk maternity hospital in the south of Brazil. This is a descriptive, quantitative and qualitative study with 20 health professionals from different health areas. Data were collected during interviews with each professional, using a semi-structured questionnaire and documentary research with the Self-Injury Report Sheets and internal records of the Social Service of the place researched. The results reveal difficulties in attendance, related to working conditions and relationships, as well as gaps in professional training related to suicide. Due to the complexity of the theme, the need for a review of the work organization for these on-site care, and the qualification of these professionals regarding the subject is enhanced, since making changes requires trained and qualified professionals.

KEYWORDS: Public health. Suicide. Women. Suicide Attempted.

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objetivo analisar a ação profissional no atendimento às mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio na Unidade Materno Infantil – UMI do Complexo Hospital de Clínicas – CHC/UFPR. O interesse em realizar a pesquisa surgiu a partir da experiência

proporcionada pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar – PRIMAH do CHC/UFPR, no eixo de Saúde da Mulher, onde foram realizadas observações e intervenções a diversas demandas, dentre elas, o atendimento a mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio.

No cotidiano de trabalho da UMI essa demanda é frequente e foram observadas empiricamente dificuldades e/ou despreparo pelos profissionais da equipe de saúde, frente a isso. Tais dificuldades se apresentavam durante o acolhimento, atendimento e encaminhamento dessas situações.

O suicídio tem sido incorporado ao conceito de violência e, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde – OMS¹, a violência autoprovocada é subdividida em: comportamento suicida e autoagressão, sendo que o primeiro inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e suicídios propriamente ditos, e a autoagressão inclui atos como a automutilação. A OMS² afirma que o suicídio é um grave problema de saúde pública, que atinge os diversos grupos da sociedade a nível mundial.

O comportamento suicida e a autoagressão são fenômenos complexos e multicausais, e possuem como determinantes: fatores sociais, econômicos, culturais, psicológicos, biológicos e a história de vida pessoal. Ter acesso aos meios de cometer suicídio, apresentar dificuldade em lidar com estresses agudos ou crônicos da vida, e sofrer violência baseada em gênero, abuso sexual infantil ou discriminação correspondem a fatores de risco para o suicídio.^{3,4,5,6} A presença de transtornos mentais, uso de álcool e outras drogas, histórico de lesões autoprovocadas e tentativas de suicídio, são apontados como os fatores de risco mais importantes para novas tentativas.^{7,8,6}

Devido à complexidade do tema, foi utilizado nesta pesquisa o termo "risco e/ou tentativa de suicídio", para designar vários aspectos que envolvem o ato suicida, entendendo que apenas o termo suicídio não contempla todos os fenômenos que chegam ao local pesquisado. Portanto, para fins deste estudo, entende-se como risco de suicídio situações que envolvem: ideação suicida; automutilação; uso de álcool e outras drogas; transtornos mentais; tentativas de suicídio prévias e/ou tentativa de suicídio atual; histórico de comportamento suicida no núcleo familiar; vítimas

de violência doméstica e/ou sexual, entre outras.

As últimas estatísticas referentes aos óbitos por suicídio no Brasil, apresentadas no Boletim Epidemiológico da Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde⁶, apontaram um aumento de 209% de casos notificados de tentativa de suicídio por mulheres no país. No Paraná, conforme o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN⁹, entre os anos de 2010 e 2015, dos 5.583 casos de violência autoprovocada notificados, 3.829 ocorreram por pessoas do sexo feminino, ou seja, quase 70% dos casos notificados.

A forma de morrer é algo cultural, então, cada cultura e sociedade vivenciam a morte não intencional e o suicídio de formas diferentes e, historicamente, existe estigma e tabu em torno desse tema, que podem comprometer o cuidado. Buscar ajuda nessas situações por evitar mortes, porém o estigma impede a procura pela mesma.^{6,10} Estudos afirmam que os contextos hospitalares têm sido considerados um locus privilegiado para refletir sobre o cuidado em saúde no Sistema Único de Saúde – SUS, bem como que o mesmo é necessariamente multidisciplinar e multiprofissional.⁴

Diante disso, refletir sobre a ação profissional empregada no atendimento às mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio torna-se essencial para promover melhorias e contribuir para o fomento de pesquisa na área. Sendo assim, este artigo se propõe a refletir sobre alguns aspectos do processo de trabalho em saúde no atendimento às mulheres atendidas com risco e/ou tentativa de suicídio na UMI – CHC/UFPR. Logo, pretende-se, com este estudo, contribuir para a produção de estratégias de prevenção e práticas de cuidado em saúde acerca do comportamento suicida.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e de caráter quanti-

qualitativo, com dois momentos de coleta de dados, desenvolvido na Unidade Materno Infantil – UMI do CHC/UFPR, onde foram entrevistados 20 profissionais de diferentes formações na área da saúde, dos quais: médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos(as) de enfermagem e auxiliares de enfermagem. Os critérios de inclusão foram a experiência no atendimento a mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio. O instrumento utilizado para coleta dos dados qualitativos tratou-se de um roteiro de entrevistas composto por 10 questões semiestruturadas. Tais questões investigavam a prática profissional dos participantes, desde o acolhimento, as rotinas de atendimento e encaminhamentos realizados, com questões que contemplavam ainda a atuação profissional, tempo de trabalho na instituição, conhecimento científico sobre a temática do suicídio e condições de trabalho.

Para a coleta de dados quantitativos, foram utilizadas as Fichas de Notificação de Violência Autoprovocada, referentes a mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio, bem como registros internos da equipe de Serviço Social da UMI, considerando o período de janeiro de 2016 a janeiro de 2018, a fim de identificar as situações envolvendo mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio no local pesquisado. A coleta de ambos os dados ocorreu entre os meses de agosto e outubro de 2018. As Fichas de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada foram disponibilizadas pelo Serviço de Epidemiologia Hospitalar – SEPIH/Unidade de Vigilância em Saúde – UVS do CHC/UFPR, mediante relatório. Os livros de registros internos do Serviço Social da UMI foram concedidos pela equipe. Os dados da pesquisa documental foram submetidos à leitura sistemática e análise descritiva.

As entrevistas foram transcritas e os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo de Bardin.¹¹ A construção das categorias de análise aconteceu *a posteriori*, à medida que estas foram emergindo do texto durante a etapa de leitura

flutuante e sendo interligadas às subcategorias, que por sua vez chegaram a um maior nível de codificação e desmembramento analógico, representado pelos elementos de análise. No que concerne às questões éticas, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/HC/UFPR) e foi aprovada em julho de 2018 (parecer nº 2.760.486, de 08/07/2018).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme os dados coletados a partir da leitura sistemática dos livros de registros internos do Serviço Social da UMI, foram encontrados 31 atendimentos a mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio, sendo que: 18 eram gestantes, 7 eram puérperas e 6 foram atendidas pelo Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual - que inclui mulheres que buscam o serviço por estarem gestantes decorrente de estupro -, 8 mulheres possuíam histórico de uso de substâncias psicoativas - SPA, 9 possuíam diagnóstico de transtorno mental e 1 possuía ambos.

Esses dados apresentam quantidade significativa de gestantes com risco e/ou tentativa de suicídio (cerca de 60%), bem como o uso de SPA (26%), os transtornos mentais (29%) e a soma de ambos (4%). Esses resultados vão de encontro com documentos e indicadores internacionais sobre a temática. De acordo com o documento *Prevención del Suicidio – OMS*², entre 25% e 50% dos casos de suicídio havia, concomitantemente, uso de álcool e outras substâncias. Consoante com o estudo epidemiológico realizado na Inglaterra,¹² o suicídio está entre as principais causas de mortes maternas, acometendo 10% dessa população e, ainda, conforme o estudo de Barraclough et al.¹³, o comportamento suicida pode atingir até um quarto da população de gestantes.

Quanto aos dados coletados nas Notificações de Violência Autoprovocada, foram analisadas 36

fichas inerentes aos atendimentos a mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio em todo o CHC/UFPR. Dessas, 12 se tratavam de pacientes que haviam sido atendidas na UMI. Ou seja, se compararmos os atendimentos encontrados nos livros de registros do Serviço Social *versus* as notificações realizadas no mesmo período por mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio, constata-se uma lacuna, onde 19 situações não foram notificadas, algo que será pontuado no tópico de Considerações Sobre a Ação Profissional em Saúde.

A partir dos dados coletados das Notificações foi possível identificar que, de maneira geral, há

prevalência de atendimentos a tentativa de suicídio (59%), que a quantidade de gestantes continua sendo expressiva se comparada ao total de atendimentos (21%) e que, conforme os indicadores nacionais⁶, o meio de agressão mais prevalente é o envenenamento/intoxicação (64%), bem como correlação com uso de álcool (25%) e de 56% dos casos terem ocorrido outras vezes, corroborando com a estatística² de que para cada suicídio, ocorrem pelo menos 20 tentativas anteriores e que o uso de álcool e outras SPAs são fatores de risco importantes. Abaixo, na Tabela 1, é possível verificar estes e outros dados coletados das Notificações:

Tabela 1 Características dos casos de violência autoprovocada segundo as Notificações de Violência Autoprovocada de Janeiro de 2016 a Janeiro de 2018.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	FREQUÊNCIA (N =36)	PORCENTAGEM (%)
TIPO DE VIOLÊNCIA	<i>Tentativa de Suicídio</i>	21	59%
	Ideação Suicida	6	17%
	Ideação Suicida e Homicida	1	3%
	Não coletado	8	21%
PROCEDÊNCIA	Curitiba	26	72%
	Região Metropolitana	10	28%
SAÚDE MENTAL	Transtorno Mental	11	31%
	Transtorno de Comportamento	7	19%
	<i>Ocorreu outras vezes</i>	20	56%
MEIO DE AGRESSÃO	<i>Envenenamento/Intoxicação</i>	23	64%
	Ameaça	2	6%
	Objeto Cortante	2	6%
	Objeto Contundente	1	3%
	Enforcamento	1	3%
	Força Corporal	1	3%
	<i>Outros</i>	3	8%
OUTROS	<i>Gestante</i>	8	21%
	Uso de Álcool	9	25%

Fonte: Elaborado pelos autores (2018). Dados disponibilizados pelo Serviço de Epidemiologia Hospitalar – SEPIH do Complexo Hospital de Clínicas – CHC/UFPR.

Por conseguinte, este estudo evidenciou que as situações envolvendo risco e/ou tentativa de suicídio na UMI – CHC/UFPR corroboram com indicadores e escritos nacionais e internacionais sobre a problemática, tratando-se de uma demanda que necessita da atenção da gestão local, a fim de ponderar possibilidades de melhorias nos atendimentos, bem como estratégias de prevenção do suicídio e promoção da saúde das mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio, atendidas na UMI. Afinal, os hospitais gerais integram a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, e devem estar

preparados para atender questões de saúde mental e ainda:

A atenção aos casos de tentativa de suicídio pressupõe a mobilização e a organização dos serviços de saúde, a partir da construção de linhas de cuidado, da sensibilização dos profissionais e da desestigmatização do problema, da definição de fluxos e responsabilidades, articulados numa rede de cuidados e de proteção envolvendo tanto a saúde quanto recursos e estratégias intersetoriais⁶.

Tabela 2 Síntese das Categorias, Subcategorias e Elementos de Análise.

SÍNTESE DAS CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
Considerações sobre ação profissional em saúde	Dificuldades nos atendimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo compartimentalizado e reducionista de organização • Ausência de médicos psiquiatras • Condições de trabalho precárias • Preenchimento de Notificação de Violência Autoprovocada • Fragilidades no trabalho multiprofissional • Inexistência de capacitações sobre a temática
	Procedimentos e Encaminhamentos realizados	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da equipe multiprofissional • Avaliação Médica • Rede de Proteção • Avaliação psiquiátrica/internação em hospitais psiquiátricos • Notificação de Violência Autoprovocada • Inexistência de protocolos de assistência
Diferentes Acepções sobre o Fenômeno do Suicídio	Conceito de Suicídio	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de conhecimento científico sobre a temática • Visão negativa sobre a mulher • Estigmatização e tabu • Correlação com transtornos mentais e uso de substâncias psicoativas
	Características relacionadas ao risco e/ou tentativa de suicídio	<ul style="list-style-type: none"> • Inadequação da demanda ao serviço • Problemas psiquiátricos/transtornos mentais • Internamentos psiquiátricos e medicalização • Intoxicação medicamentosa • Uso de álcool e outras substâncias • Várias ocorrências na unidade

Fonte: Elaborado pelos autores (2018), a partir das verbalizações dos(as) participantes da pesquisa.

Quanto aos dados coletados nas entrevistas, 20 profissionais participaram da pesquisa, os quais serão identificados a partir de agora como P1, P2, P3... P20. Desses, 18 (dezoito) eram mulheres e 2 (dois) eram homens. O tempo de exercício da profissão no âmbito hospitalar variou entre 9 (nove) meses e 30 (trinta) anos e o tempo de trabalho no CHC/UFPR variou de 8 meses a 26 (vinte e seis) anos. Todos os participantes informaram já ter atendido mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio mais de uma vez durante sua vida profissional.

Na análise das verbalizações dos participantes (as quais foram submetidas a correções gramaticais e/ou de concordância), observou-se que ao discorrerem sobre o processo de trabalho no atendimento às mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio na UMI, relacionavam diretamente a três aspectos: acolhimento, atendimento e encaminhamentos. No intuito de responder os objetivos deste estudo, foram organizadas duas categorias de análise, cuja a primeira é referente às considerações sobre a ação profissional em saúde e a segunda a respeito das diferentes acepções sobre o fenômeno do suicídio, conforme podem ser observadas na Tabela 2.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A AÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Os modelos assistenciais são compostos por um conjunto de processos de trabalho, de serviços de saúde e situam-se em uma conjuntura social-econômica-cultural-histórica. O trabalho em saúde está voltado à produção da saúde, a fim de atender às necessidades humanas manifestadas no processo de saúde/doença, tratando-se de um "[...] processo coletivo que não se constitui de modo espontâneo, mas sim está sujeito à intencionalidade da formação de um projeto que precisa ser compartilhado por diferentes profissionais e assumido pela direção da gestão das instituições públicas".¹⁴

Essa categoria apresentou dois aspectos principais: dificuldades nos atendimentos e os procedimentos/encaminhamentos realizados. Em relação às dificuldades nos atendimentos, o modelo compartimentalizado de atuação profissional, a ausência de médicos psiquiatras, condições de trabalho precárias, o preenchimento da notificação de violência autoprovocada, fragilidades no trabalho multiprofissional e ausência de capacitações, ficaram evidentes nas narrativas dos participantes, sendo colocadas como principais questões que prejudicam a ação profissional.

Interessante destacar que os participantes, majoritariamente, apontam as dificuldades que são visualizadas no cotidiano do trabalho, pela forma como o trabalho em saúde está organizado. Pontuam que o trabalho se dá de forma segmentada, com cada profissão se restringindo a si mesma. Esses elementos podem ser observados nas narrativas a seguir de P2, P3, P8, P10 e P13:

"Ano passado fiz um atendimento a uma paciente que tinha tentado suicídio. Ela veio pra cá e tentou suicídio de novo aqui e eu fui chamada depois da segunda tentativa. Eu fui fazer o atendimento com ela [...] mas eu tive que fazer o atendimento numa sala do Centro Obstétrico, ao lado tinha um parto acontecendo, enquanto eu conversava com essa menina sobre a situação extremamente difícil de vida dela, tinha gritos da mulher que estava dando à luz, isso não é o ambiente ideal" (informação verbal participante P2).

"Eu acho que a gente tinha que ter um curso para preencher essa ficha de notificação, porque apesar de serem perguntas fechadas, acaba sendo meio subjetivo, sabe, e a gente não tem, eu não saberia preencher essa ficha de notificação com qualidade. Então... eu acho que além de curso em relação ao tema do suicídio, tinha que ter também sobre notificação" (informação verbal participante P3).

"Os recursos que temos não são suficientes, temos o mínimo e o mínimo de forma bem precária, em termos de equipamentos e profissionais também". (informação verbal participante P8).

"Acho que a principal dificuldade que a gente

tem é que a gente não tem formação, nem treinamento para lidar com essas pacientes, enquanto a gente não recebe apoio de outras especialidades [...] ajudaria bastante se tivesse pelo menos um plantão de sobreaviso da psiquiatria, para avaliar as pacientes e ajudar nesse internamento inicial" (informação verbal participante P10).

"Ainda temos muita dificuldade de trabalhar a questão multi, muita dificuldade, mesmo com a residência já estando aí há quase 10 anos. Acaba que cada um faz o seu [...] Eu acho que a grande dificuldade que a gente tem ainda é o acionamento da psiquiatria. Primeiro que não podemos fazer, quem tem que fazer é o médico, isso já é a primeira barreira" (informação verbal participante P13).

De acordo com Dias¹⁵, "os serviços de saúde são parte do sistema produtivo e incorporam e/ou refletem as mudanças que ocorrem no mundo do trabalho, orientadas, na atualidade, predominantemente, pelo modelo econômico neoliberal". As narrativas acima refletem uma ação profissional fragmentada e reducionista, bem como o desinvestimento da gestão Institucional em capacitação e educação permanente em relação à temática do suicídio. Ilustram ainda a precarização das condições de trabalho dos profissionais, onde há falta de profissionais e de materiais de trabalho. Isto pode ser elucidado pela trajetória histórica de organização do trabalho em saúde e das profissões da saúde, inclusive da medicina, a qual é marcada pelo paradigma positivista e pela lógica neoliberal.

O paradigma positivista, na segunda metade do século XIX, e posteriormente a Reestruturação Produtiva, com a emergência do Estado Neoliberal, reconfiguraram o direcionamento da saúde, o que influenciou diretamente na atual configuração das profissões inseridas neste espaço, com o aumento da ênfase nas especialidades e a fragmentação do real e do saber científico.^{14,15} Esta fragmentação impõe limites à ação profissional na saúde e limita a possibilidade de um trabalho multiprofissional, tendo em vista que comportam somente uma visão

parcial do processo social sobre o qual se dá a intervenção:

A incorporação tecnológica é orientada pelos padrões do mercado, e não pelas necessidades dos sujeitos, com valorização exagerada dos procedimentos técnicos, desconsiderando as inter-relações entre as pessoas, prevalecendo, assim, o "trabalho morto". Porém, no cotidiano dos serviços, várias dimensões e diferentes atores e interesses se entrecruzam na produção do cuidado: profissionais, gestores, empresários, operadoras, prestadores e os usuários, configurando forças em disputa e a micropolítica do "trabalho vivo"¹⁵.

Diante disso, evidencia-se que esse tipo de modelo prejudica o cuidado em saúde do indivíduo com risco e/ou tentativa de suicídio, pois inviabiliza a integralidade do cuidado, entendida como "uma ação social que resulta da interação democrática entre os sujeitos no cotidiano de suas práticas, na prestação do cuidado da saúde".¹⁶ A integralidade focalizada – saber multiprofissional no seu espaço de atuação – e a integralidade ampliada – articulação dos serviços com a rede assistencial composta por outros serviços¹⁷, são princípios indiscutíveis para o atendimento aos indivíduos com comportamento suicida, portanto "ao se pensar no enfrentamento do suicídio, é importante considerar as múltiplas determinações envolvidas no fenômeno, e não somente as questões biológicas individuais".⁶

Nesta categoria de análise, ainda destacam-se os procedimentos que são realizados nos atendimentos às mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio. Na rotina da UMI, as pacientes passam por triagem ou pelo acolhimento com classificação de risco, realizado pela equipe de enfermagem. Posteriormente, as pacientes são atendidas pela equipe médica, que irá realizar os procedimentos e encaminhamentos pertinentes aos cuidados médicos (medicalização, exames clínicos e laboratoriais, etc.). Após passar por essas duas etapas, o restante da equipe multiprofissional (psicologia, serviço social, terapia ocupacional, etc.) possivelmente irá realizar

o atendimento e conforme cada prática profissional serão realizados os devidos procedimentos e encaminhamentos.

No que diz respeito aos procedimentos e encaminhamentos que fazem parte do atendimento, os participantes ponderaram o fato da equipe não ter um direcionamento referente às intervenções necessárias a essas situações no contexto hospitalar, bem como a ausência de um protocolo ou fluxo de atendimento que inclua o atendimento multiprofissional a essas situações, implicando muitas vezes no não atendimento as pacientes e/ou discordâncias quanto às intervenções realizadas ou não. Como por exemplo, o preenchimento da notificação de violência autoprovocada e encaminhamentos para a rede municipal de atenção psicossocial. Essas questões ficam evidentes nas narrativas a seguir:

“A maioria chegou dessa forma mesmo, com a equipe não sabendo o que fazer com uma paciente que entrava em surto [...] Acredito que uma ação bem importante seria a disseminação da importância de notificação e do estabelecimento de um fluxograma de trabalho, de um protocolo” (informação verbal participante P8).

“[...] então se você focar em fazer seu trabalho o mais rápido possível, o mais preciso possível, não precisa saber exatamente a história, mas você sabe que você faz parte desse contexto e que você tem que ajudar sendo mais clara, mais objetiva, mais rápida, o máximo que você puder, porque logo depois você tem outro profissional e ele também tem a parte dele para ser feita” (informação verbal participante P18).

“Considerando toda a delicadeza do caso, eu acho que a gente deveria de fato ter um fluxo muito bem delimitado, para que você oriente os profissionais que ou não têm lida com isso, ou têm dificuldade, ou não sabem o que fazer poder ter uma diretriz para encaminhar esses casos [...] eu acho que antes do encaminhamento para a rede externa, a gente tem que primeiro acolher melhor e saber exatamente quem chamar. Então se existir um fluxo você sabe o que fazer, para quem encaminhar, eu acho que isso ajuda bastante, dá uma diretriz, um suporte profissional,

que é bem importante e que a gente não tem aqui dentro” (informação verbal participante P19).

Nas falas acima, fica evidente que o modelo biomédico ainda é hegemônico no processo de trabalho da UMI e que a inexistência de um protocolo que norteie os atendimentos inviabiliza o trabalho em equipe. Tal modelo, que impera nos hospitais ainda hoje, tem sua organização pautada na segmentação dos sujeitos, que são concebidos a partir de suas doenças e, por conseguinte, das especialidades que irão tratá-las. As diferentes profissões, em sua ação profissional em saúde, também reproduzem essa lógica compartimentalizada, atuando apenas de forma restrita. Entretanto, as diversas profissões se entrecruzam num objetivo comum que é o cuidado em saúde, aparentemente segmentado, tendo em vista a lógica da compartimentalização da saúde acima citada:

O trabalho em saúde é sempre realizado por um trabalhador de dimensão coletiva. Não há nenhum perfil de trabalho que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do trabalho em saúde. Os trabalhadores universitários, técnicos e auxiliares são fundamentais para que o trabalho de um dê sentido ao trabalho do outro, na direção da verdadeira finalidade do trabalho em saúde: cuidar do usuário, o portador efetivo das necessidades de saúde¹⁸.

A ausência de um protocolo ou fluxo de atendimento compromete tanto a ação profissional, quanto a qualidade da assistência prestada à paciente, visto que os profissionais ficam sem uma orientação mínima do que fazer. Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de estabelecimento de um protocolo para organizar e direcionar a ação profissional no atendimento às mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio no cotidiano de trabalho da UMI. Reitera-se, ainda, a urgência de um trabalho em equipe multiprofissional, no qual

as condutas sejam tomadas coletivamente e ocorra a complementação dos saberes das diferentes áreas de conhecimento, conforme Sá et al. "a interdisciplinaridade, somada à articulação com a rede de serviços disponíveis no território, trazem bons indicativos para a oferta de um cuidado integral às pessoas que tentaram suicídio".¹⁹

Em relação às Notificações de Violência Autoprovocada, a partir de uma questão específica nas entrevistas, foi possível quantificar qual o conhecimento que os participantes detêm sobre as mesmas. Dos 20 entrevistados, 25% referiram já ter preenchido notificação de violência autoprovocada, 40% conhecem e já preencheram notificação de violência, porém não de violência autoprovocada, 25% disseram conhecer, mas nunca ter preenchido e 10% disseram não saber do que se trata. Esses dados mostram que, apesar da notificação compulsória ter sido instituída enquanto lei em 1975²⁰, muitos profissionais ainda desconhecem e/ou negligenciam esse procedimento na prática profissional.

Conforme apontado anteriormente, ao cruzar os dados dos registros internos do Serviço Social da UMI com o relatório das notificações de violência, observaram-se disparidades na relação atendimento/notificação. Vale ressaltar que isso pode ter ocorrido por diversos fatores, dentre eles, o desconhecimento da mesma, a dificuldade de preenchimento da ficha de notificação, por não achar que é de sua competência o preenchimento ou pela ausência de capacitações, conforme as narrativas de P1 e P12 a seguir:

"Eu sugeriria que fosse mais divulgada essa questão da notificação, que é uma questão muito séria e que o profissional tem que estar capacitado para estar preenchendo aquilo, para que depois os dados sejam reais, para que não haja subnotificação" (informação verbal participante P1).

"Eu conheço a ficha, sei da necessidade, mas eu nunca preenchi por não trabalhar como médico assistente do hospital" (informação verbal participante P12).

A Portaria nº 1.271/2014²¹ institui as tentativas de suicídio e o suicídio agravados de notificação compulsória imediata em todo o território nacional, pontuando a necessidade de acionamento imediato da rede de atenção e proteção para a adoção de medidas adequadas a cada caso. Essa portaria foi revogada pela Portaria nº 204/2016²², que acrescentou:

Art. 2º Para fins de notificação compulsória de importância nacional serão considerados os seguintes conceitos: I - agravo: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada.

Portanto, esses dados revelam que a UMI necessita se adequar à legislação vigente, bem como investir em capacitações e educação permanente em relação ao preenchimento das Fichas de Notificação de Violência Autoprovocada, instrumentalizando os profissionais quanto a esse importante procedimento que é obrigatório ser realizado, pois a Notificação de Violências Interpessoal e Autoprovocada é uma das ações de vigilância em saúde, sendo um dos passos da linha de cuidado.

DIFERENTES ACEPÇÕES SOBRE O FENÔMENO DO SUICÍDIO

A forma de morrer é algo cultural, então cada cultura e sociedade vivenciam a morte não intencional e o suicídio de formas diferentes e, historicamente, existe estigma e tabu em torno do tema do suicídio, conforme aponta a Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP (2014):

Durante séculos de nossa história, por razões religiosas, morais e culturais o suicídio foi considerado um grande “pecado”, talvez o pior deles. Por esta razão, ainda temos medo e vergonha de falar abertamente sobre esse importante problema de saúde pública.²³

Nesta categoria de análise, dois aspectos se destacaram a partir das verbalizações dos participantes: as características relacionadas ao risco e/ou tentativa de suicídio e o conceito de suicídio. No que concerne às características relacionadas ao risco e/ou tentativa de suicídio verbalizadas, os participantes relacionaram majoritariamente as tentativas a intoxicações medicamentosas, automutilações, transtornos mentais, violência contra a mulher e condições de vida e trabalho, conforme pode-se identificar nas narrativas de P1, P2 e P5:

“A questão do suicídio vejo que é uma questão muito importante e é uma questão de saúde pública porque cada vez mais as pessoas estão ficando depressivas, por vários fatores, financeiros, emocionais [...] Sempre recebo pessoas com tentativa de suicídio, pessoas que vêm e tomam medicação para poder se matar e não é uma vez, são várias vezes que acontece isso” (informação verbal participante P1).

“Ninguém quer morrer mesmo, as pessoas querem se livrar de uma dor que é muito grande, de um sofrimento que é insuportável” (informação verbal participante P2)

“Aquela gestante de 12 anos, que foi violentada pelo padrasto, isso foi uma coisa bem chocante para mim [...] então daí quando ela chegou, tinha essa questão da ideação suicida e da mutilação e daí eu soube de toda a história, então o que eu procurei fazer foi amenizar, claro que você não vai conseguir sanar, jamais, mas você vai amenizar esse processo de trauma” (informação verbal participante P5)

Essas falas revelam que as características apontadas nas literaturas apresentadas neste estudo em relação ao comportamento suicida, vão

de encontro com as características apontadas pelos participantes como comuns aos atendimentos na UMI. Como já apontado anteriormente, o suicídio é um fenômeno complexo e multicausal, ou seja, muitos fatores podem colaborar para que uma pessoa tenha um comportamento suicida, podendo derivar desde situações isoladas até um conjunto de fatores que levam o indivíduo a pensar em tirar sua própria vida.

Uma questão importante a considerar é que, em vários discursos dos participantes, ficou latente que a UMI não é um local para atender mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio, colocando em xeque a legitimidade das demandas de saúde mental para os serviços da UMI, conforme pode-se observar na fala de P20:

“espera-se que uma mulher que acesse a maternidade é por outra razão, e não por transtorno mental, por sofrimento psíquico” (informação verbal participante P20).

Esses dados denunciam que os profissionais de saúde possuem lacunas na formação profissional em relação à organização do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como em relação à Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, que em 2011 foi instituída pela Portaria nº 3.088/2011²³, que reordena o cuidado em saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, ofertando o cuidado em saúde mental por todos os pontos da RAPS, que prevê a articulação desde as Unidades Básicas de Saúde – UBS, Centros de Convivência, Consultórios na Rua, Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF até a Atenção Hospitalar e serviços de urgência e emergência (UPA 24h, SAMU 192).

Em relação ao conceito de suicídio, de maneira geral os participantes da pesquisa demonstraram ausência de conhecimento científico sobre o assunto e uma visão negativa sobre a mulher que é atendida por risco e/ou tentativa de suicídio,

inclusive quando gestante. Tal concepção por parte dos profissionais evidencia a estigmatização dessas mulheres, além do tabu sobre o assunto, conforme as narrativas a seguir:

"Eu acho que poderia ter sempre educação continuada, não só nessa questão enquanto residência, mas enquanto equipe como um todo, porque as pessoas às vezes colocam seus valores nos atendimentos, então essas pacientes acabam sofrendo alguns estigmas" (informação verbal participante P3)

"Quando precisa internar devido a esse tipo de motivo, é internada junto com as outras gestantes e acaba colocando elas numa condição de vulnerabilidade [...] Já teve vários casos de tentativa de agressão aqui dentro do alojamento contra enfermeiro, contra médico, contra outros pacientes, contra o próprio neném recém-nascido" (informação verbal participante P11)

"A dificuldade é que algumas entram em surto e acabam contaminando a paciente que está mais próxima. Então, por isso que é a importância (sic) delas terem um lugar mais reservado para elas" (informação verbal participante P15).

"Espera-se que uma mulher que acesse a maternidade é por outra razão, e não por transtorno mental, por sofrimento psíquico" (informação verbal participante P20).

As narrativas acima deixam claro ainda uma leitura rasa, pela perspectiva do senso comum sobre o assunto, relacionando o suicídio a problemas exclusivamente de ordem psiquiátrica, sugerindo o isolamento do convívio social por serem "perigosos", além disso esta é uma visão negativa sobre a mulher que acessa a maternidade por risco e/ou tentativa de suicídio, que se acentua quando ela é gestante. Essa forma de conceber indivíduos com questões de saúde mental é ultrapassada, e se persegue a sua superação desde a instituição do novo modelo de direcionamento da política de saúde mental no

Brasil, a partir da Reforma Psiquiátrica em meados dos anos 70:

No Brasil, o modelo de atenção à saúde mental, antes centrado em internações em hospitais psiquiátricos, foi redirecionado para serviços comunitários de saúde mental, de forma a se promover a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais⁶.

A desgosto do significado que os participantes atribuem às mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio, faz parte do compromisso ético dos mesmos, bem como dos órgãos públicos, proteger as pessoas que se encontram em situação de risco ou tentaram suicídio, reconhecendo-as e acolhendo-as em suas diferenças. Porém, outros estudos também apontam a falta de preparo, de conhecimentos e o preconceito dos profissionais de saúde para lidar com o paciente suicida.⁴

Evidenciou-se com esse estudo que a ausência de conhecimento científico sobre o suicídio é um dos pontos-chave para que não ocorram mudanças nos sentidos atribuídos ao comportamento suicida, bem como que é irrefutável a necessidade de instrumentalização dos profissionais para a lida com as mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio no cotidiano da UMI, demanda esta também assinalada por outros estudos realizados nestes mesmos contextos.⁴ Promover a desestigmatização dessas pessoas também é uma estratégia de prevenção ao suicídio:

Um tabu, arraigado em nossa cultura, por séculos, não desaparece sem o esforço de todos nós. Tal tabu, assim como a dificuldade em buscar ajuda, a falta de conhecimento e de atenção sobre o assunto por parte dos profissionais de saúde e a ideia errônea de que o comportamento suicida não é um evento frequente condicionam barreiras para a prevenção. Lutar contra esse tabu é fundamental para que a prevenção seja bem-sucedida¹⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS / CONCLUSÕES

O adequado atendimento às mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio na UMI é determinante para a recuperação e prevenção de que novas tentativas sejam cometidas. A atenção a esses casos pressupõe a mobilização e a organização dos serviços de saúde, a partir da construção de linhas de cuidado, da sensibilização dos profissionais e da desestigmatização do problema, da definição de fluxos e responsabilidades, articulados numa rede de cuidados e de proteção envolvendo tanto a saúde quanto recursos e estratégias intersetoriais.

Motivado por tal importância, o presente artigo investigou como ocorre o atendimento a pacientes com risco e/ou tentativa de suicídio na Unidade Materno-Infantil – UMI do Complexo Hospital de Clínicas – CHC/UFPR. Os dados mostraram que os procedimentos realizados (acolhimento, atendimento e encaminhamento) não diferem do perfil atendido em outros serviços de saúde semelhantes, conforme descreve a literatura. Destacaram-se o predomínio do público feminino, a intoxicação como método mais utilizado e que são múltiplos os fatores desencadeadores para o risco de suicídio.

Segundo o estudo, os participantes não atribuem legitimidade às demandas de atendimento desencadeadas pelo sofrimento psíquico, como as tentativas de suicídio, as demandas pertinentes para atendimento na UMI. Evidenciou-se que a UMI não dispõe de protocolos mínimos para atendimento às mulheres que chegam com risco e/ou tentativa de suicídio. Foi possível compreender os diferentes olhares sobre o fenômeno do suicídio, cuja explicação pode ter relação com a formação de cada profissional e o acesso a conhecimentos científicos sobre o assunto.

E por fim, sobre os procedimentos, foi possível perceber que estes ocorrem baseados na avaliação feita pelos profissionais da equipe médica e multiprofissional. Contudo, ainda que

haja um engajamento nesta tarefa, visando garantir um acolhimento ou a continuidade do tratamento do paciente na rede, foram assinaladas fragilidades no trabalho multiprofissional, como diferentes perspectivas de trabalho e uma lógica compartimentalizada de ação profissional.

Ainda que os resultados apresentados tenham legitimidade para as condições e contexto de pesquisa expostos, este estudo contribuiu para o debate sobre a necessidade de capacitação e educação permanente referente à temática do suicídio, bem como para o manejo das situações de tentativas de suicídio e sofrimento psíquico, aos profissionais de saúde que atuam nos contextos hospitalares. Vale ressaltar que, se os conteúdos teórico-práticos sobre saúde mental, com destaque para a discussão do comportamento suicida, fossem incluídos nos currículos dos cursos da área da Saúde, seria um avanço positivo para a atuação profissional nesse campo.

Reafirma-se a importância do trabalho multidisciplinar e multiprofissional para a oferta de cuidado integral, importante para a prevenção do suicídio e novas tentativas, bem como para promoção de qualidade de vida das mulheres com risco e/ou tentativa de suicídio atendidas na UMI e a necessidade de revisão da organização do trabalho, de promover capacitação aos profissionais e educação permanente em saúde referente à temática do suicídio e saúde mental, a fim de tornar o atendimento mais qualificado e menos atravessado por preconceitos e/ou julgamentos morais, já que os dados mostraram estigmas e tabus em torno dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996 (document WHO/EHA/ SPI.POA.2).
2. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global [Internet]. Washington, DC: OPS; 2014 [citado 2017 Ago 6]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf.

3. Vidal CEL, Gontijo ED. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cad Saúde Coletiva*. 2013;21(2):108-14.
4. Freitas APA, Borges LM. Do acolhimento ao encaminhamento: o atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. *Estud psicol* 2017;22(1):1678-4669.
5. Minayo MCS, Teixeira SMO, Martins JCO. Tédio enquanto circunstância potencializadora de tentativas de suicídio na velhice. *Estud psicol*. [Internet]. 2016 [citado 2018 Jan 5];21(1):36-45. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2016000100036&script=sci_abstract&tng=pt.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Boletim Epidemiológico* [Internet]. 2017 Set [citado 2017 Set 30];48(30):1-5. Disponível em: <http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>.
7. Stefanello B, Furlanetto LM. Ideação suicida em pacientes internados em enfermarias de clínica médica: prevalência e sintomas depressivos associados. *J bras psiquiatr* [Internet]. 2012 [citado 2017 Out 20];61(1):2-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n1/02.pdf>.
8. Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Art-med, 2015.
9. Ministério da Saúde. Sistema de informação de agravos de notificação Informações de Saúde (TABNET). *Epidemiológicas e Morbidade*. 2010 – 2015 [homepage na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado 2017 Out 25]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29892176&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinanet/cnv/Intox>.
10. Associação Brasileira de Psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2014.
11. Bardin L. *L'Analyse de contenu*. Paris: Presses Universitaires de France; 1977.
12. Oates M. Suicide: the leading cause of maternal death. *Br J Psychiatry*. 2003;183: 279-281.
13. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry*. 1974;125:355-73.
14. Alves, ACR. Reflexões sobre o processo de trabalho na saúde e suas implicações no cotidiano profissional do serviço social na realidade do Hospital Universitário de Juiz de Fora. [Internet]. *Libertas* 2005 Jan [citado 2017 Out 20];Spec 4-5:264-86. Disponível em: <https://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/view/1762>.
15. Dias EC. Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho. *Rev Bras Med Trab*. 2015;13(2):60-8.
16. Santana FR, Nakatani AYK, Freitas RAMM, Souza ACS, Bachion MM. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(1):1653-64.
17. Brito-Silva K, Bezerra AFB, Tanaka OY. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. *Interface comun saúde educ*. 2012 Abr;16(40):249-60.
18. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p.427-32.
19. Sá NNB, Oliveira MGC, Mascarenhas MDM, Yokota RTC, Silva MMA, Malta DC. Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio. [Internet] *Rev med Minas Gerais*. 2007 [citado 2019 Mai 8] ;20(2):145-52. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/307>.
20. Brasil. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 Out 1975*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6259.htm.
21. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília (DF); 2014. *Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde*. 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html.
22. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 06 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde*. 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html.
23. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde*. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

RECEBIDO: 16/02/2019

ACEITO: 08/05/2019

TENDÊNCIA DA MORTALIDADE POR DIABETES MELLITUS NO PARANÁ, BRASIL, ENTRE 1984 E 2014: REGRESSÃO JOINPOINT

Trend in mortality from Diabetes Mellitus in the state of Paraná, Brazil, between 1984 and 2014: Joinpoint regression

Márcia Santos Pinto¹, Ricardo Castanho Moreira², Regina Hitomi Ohira Fukuda³, Cristiano Massao Tashima⁴, Elisângela Pinafo⁵, Roberto Molina de Souza⁶

1. Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), Campus Luiz Meneghel. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7926-5938>.

2. Professor da UENP, Campus Luiz Meneghel. Estado do Paraná. Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4014-3201>.

3. Professor da UENP, Campus Luiz Meneghel. Estado do Paraná. Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3961-5339>.

4. Professor da UENP, Campus Luiz Meneghel. Estado do Paraná. Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8054-9882>.

5. Professor da UENP, Campus Luiz Meneghel. Estado do Paraná. Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7553-7588>.

6. Professor da Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Cornélio Procópio. Estado do Paraná. Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0638-3650>.

CONTATO: Ricardo Castanho Moreira | Endereço: BR 369, Km 54 | Vila Maria | UENP/Campus Luiz Meneghel | Bandeirantes-PR | CEP 86360-000 | Setor de Enfermagem | Telefone: 55 (43) 3542-8044 | E-mail: ricardocastanho@uenp.edu.br

COMO CITAR: Pinto MS, Moreira RC, Fukuda RHO, Tashima CM, Pinafo E, Souza, RM. Tendência da mortalidade por Diabetes Mellitus no Paraná, Brasil, entre 1984 e 2014: regressão joinpoint. R. Saúde Públ. 2019 Jul;2(1): 57-67.



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

RESUMO O objetivo foi analisar a tendência da mortalidade por Diabetes mellitus (DM) no Paraná (Brasil) no período de 1984 a 2014, por meio de pesquisa analítica retrospectiva do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) quanto a notificações de DM como causa básica do óbito. Os dados foram digitados no software Microsoft Excel®. Foi utilizado o *Jointpoint regression analysis* para calcular a percentagem anual de mudança da taxa com intervalo de confiança de 95%. Entre o período de 1984 a 2014, ocorreram 60.343 óbitos decorrentes do DM. No Paraná, observou-se que a taxa de mortalidade por DM no período analisado passou de 14,37/100.000 habitantes para 29,27/100.000 habitantes. A tendência da mortalidade de 1984 a 2000 foi crescente, mantendo-se estável a partir de 2000 a 2014. Um aspecto promissor foi a constatação da estabilização da taxa de mortalidade no período de 2000 a 2014, num contexto em que se verifica aumento progressivo do número de casos da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde (SUS). Atenção Primária à Saúde. Políticas Públicas de Saúde. Diabetes mellitus. Taxa de Mortalidade.

ABSTRACT The objective was to analyze the trend in Diabetes Mellitus (DM) mortality in the state of Paraná (Brazil) from 1984 to 2014. This is a retrospective analytical research on mortality from DM as a basic cause of death in Paraná, reported to the Mortality Information System (SIM). Data was entered in Microsoft Excel® software. Jointpoint regression analysis was used to calculate the annual rate change with a 95% confidence interval. Between 1984 and 2014, there were 60,343 deaths from DM. In Paraná, it was observed that the DM mortality rate in the analyzed period increased from 14.37/100,000 inhabitants to 29.27/100,000 inhabitants. The trend in mortality from 1984 to 2000 has been increasing, remaining stable from 2000 to 2014. A promising aspect was the stabilization of the mortality rate in the period from 2000 to 2014, in a context where there is a progressive increase in the number of cases of the disease.

KEYWORDS: Unified Health System (SUS). Primary Health Care. Health Public Policies. Diabetes mellitus. Mortality Rate.

INTRODUÇÃO

O Diabetes mellitus (DM) representa um impacto para a saúde pública, decorrente da maior utilização do serviço de saúde, perda da produtividade e cuidados contínuos requeridos para tratar as complicações crônicas¹. Atualmente é considerado uma epidemia mundial em curso. A estimativa é de 382 milhões de pessoas com a doença no mundo com projeção para 2025 de

aproximadamente 471 milhões, observando que a população na faixa etária mais jovem é a mais afetada por este crescimento².

No Brasil, há estimativa de 12 milhões de pessoas com DM na faixa etária de 20 a 79 anos, perfazendo uma prevalência de 8,7%. O estudo EPICUREAN, realizado em Curitiba (PR), entre

2013 e 2014, apontou uma prevalência de DM na população com 18 anos ou mais de 9,1% (IC 95% 7,4 a 10,8)³. Destaca-se o percentual elevado de pessoas não diagnosticadas com a doença, atingindo um total de 46%⁴.

No século XXI, DM é a quinta principal causa de óbito no mundo. No Brasil, em 2011, a cada 100 mil habitantes ocorreram 272 óbitos em homens e 32,9 em mulheres. Destaca-se variação ampla da taxa de mortalidade nas faixas etárias, de 0,50 entre 0 a 29 anos e 223,8 entre 60 anos ou mais para cada 100.000 habitantes¹.

As pessoas com DM 1 e 2 apresentam, respectivamente, 3 e 1,2 vezes mais chance de óbito por todas as causas quando comparadas com a população geral⁵. A causa cardiovascular foi a principal responsável pelas mortes em pessoas com DM⁶. Ao serem analisadas as declarações de óbitos, notou-se que não é mencionado o DM como causa básica direta, mas sim as complicações causadas devido à presença da doença.

As hospitalizações no Brasil atribuíveis ao DM no período de 2008 a 2010 corresponderam, respectivamente, a 8,1% e a 12,2%, com taxa de 47 a 70,8/10.000 habitantes/ano. As complicações crônicas do DM foram responsáveis por 36,3% dessas internações⁷. Na América Latina, 50,00% das pessoas ao serem diagnosticadas com DM já tinham complicações e aproximadamente metade delas em estágio avançado⁸.

A taxa glicêmica alta é a variável que está envolvida na etiologia das complicações crônicas do DM, por isso o controle glicêmico é a principal meta para sua prevenção⁹. Contudo, nesta década, pesquisas realizadas no Brasil, com pessoas com DM cadastradas nas unidades de atenção primária à saúde (APS), mostraram que menos da metade alcançaram controle da glicemia (HbA1c < 7%), 30,7% 10 e 46,24%¹¹.

O Ministério da Saúde implantou, em 2000, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *mellitus* (HIPERDIA)⁸, que tem como objetivo o diagnóstico precoce,

cadastro e acompanhamento dos pacientes, com avanços na ampliação dos benefícios, como fornecimento de medicamento e insumos para monitorização da glicemia.

Em 2012, foi proposto por Mendes¹² um Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para o SUS. Em consequência a essa nova lógica de organização, o Paraná elaborou, em 2014, a linha guia para Diabetes, com intuito de incrementar o manejo e auxiliar os profissionais nas decisões clínicas.

Frente ao exposto, o presente estudo teve por objetivo analisar a tendência da mortalidade por DM no Paraná (Brasil) no período de 1984 a 2014. Adotou-se a seguinte hipótese: houve redução na tendência de mortalidade por DM no período pós HIPERDIA.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa analítica retrospectiva sobre mortalidade por causa básica DM no Estado do Paraná, Brasil, notificada ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

A pesquisa foi realizada entre abril de 2017 a junho de 2018. A fonte de coleta foi o DATASUS, através de informações demográficas e vitais disponíveis no TABNET. As variáveis coletadas foram óbito por DM, população residente e faixa etária/sexo entre os anos de 1984 e 2014.

Foram considerados óbitos devido ao DM todos aqueles ocorridos no Paraná, declarados e registrados no SIM, no item causa básica, os códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde E10-E15. Ressalta-se que foi utilizado o CID-10 no período de 1996 a 2014 e o CID-9 de 1984 a 1995.

A população residente no Paraná foi obtida por meio do Censo Demográfico e das estimativas populacionais estabelecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) disponíveis no

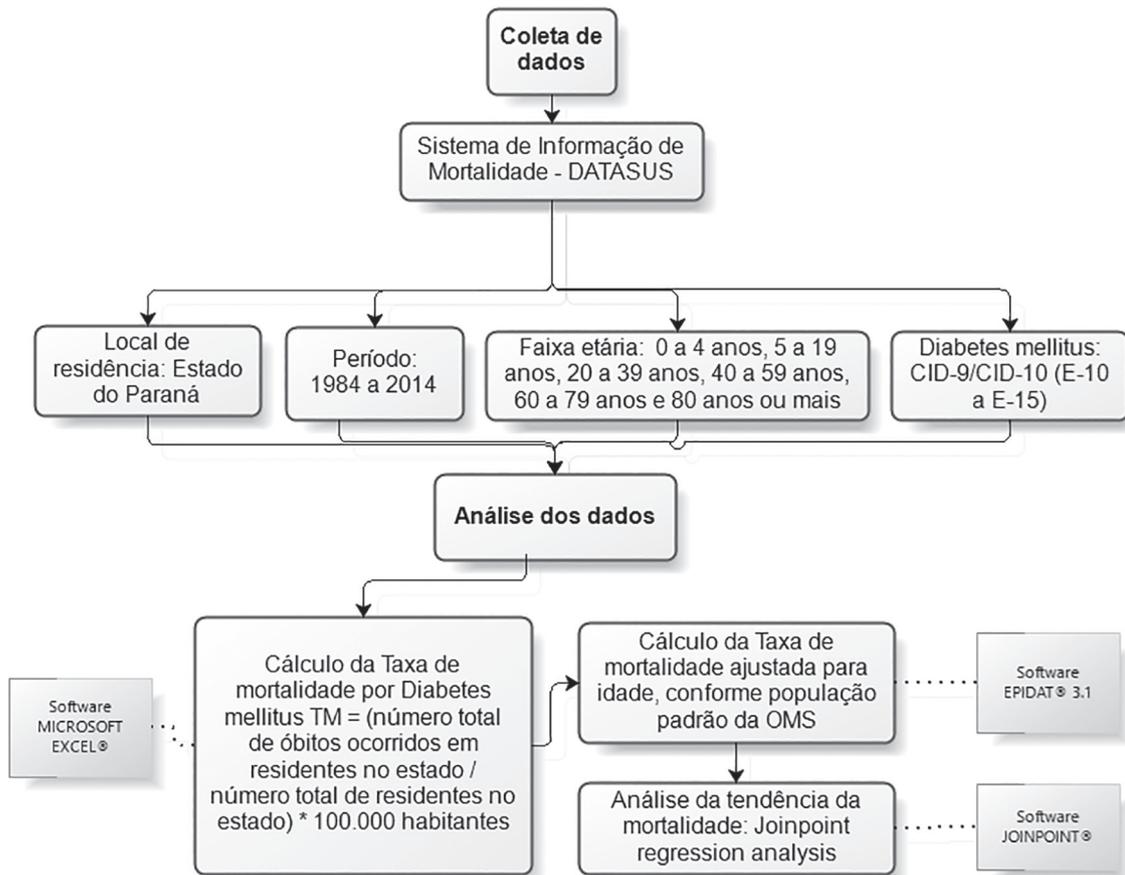
DATASUS. A faixa etária foi categorizada em seis níveis: zero a quatro anos, cinco a 19 anos, 20 a 39 anos, 40 a 59 anos, 60 a 79 anos e 80 anos ou mais.

Os dados foram digitados no software *Microsoft Excel*[®]. A taxa de mortalidade bruta foi calculada para cada ano, tendo no numerador o número de óbitos multiplicado por 100.000 e no denominador a população do ano. A taxa de mortalidade foi ajustada para a faixa etária, tendo como referência, a população padrão proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹³. Esse ajuste foi realizado no programa estatístico *Epidat* versão 3.1, com método direto, adotando índice de confiança de 95%.

Foi utilizado o *Joinpoint regression analysis* do Programa de Pesquisa do Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos da América para avaliar em qual ponto da série histórica ocorreu inclinação estatisticamente significativa, indicando tendência decrescente ou crescente da taxa de mortalidade. Esta análise possibilitou ainda calcular a porcentagem anual de mudança (*Annual Percentage Change - APC*) da taxa com intervalo de confiança de 95%. A Figura 1 ilustra o planejamento da pesquisa.

Por utilizar informações de domínio público e acesso irrestrito, o projeto não foi registrado no sistema CEP/CONEP, conforme orienta o parágrafo único do artigo 1º da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Figura 1 Diagrama da coleta e análise dos dados. Paraná, 2018



Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

RESULTADOS

Entre o período de 1984 a 2014, ocorreram 60.343 óbitos, registrados no SIM, decorrentes

do DM. A taxa de mortalidade bruta e ajustada é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 Taxa de mortalidade, bruta e ajustada, por Diabetes *mellitus*, no período de 1984 a 2014 no Paraná, Brasil, 2018

ANO	POPULAÇÃO	ÓBITOS	TAXA BRUTA/ 100.000 HAB.	TAXA AJUSTADA/ 100.000 HAB.	IC 95%	
					INFERIOR	SUPERIOR
1984	7924.544	634	8,00	14,37	13,25	15,49
1985	8.001.512	582	7,27	13,27	12,19	14,35
1986	8.077.759	717	8,88	15,50	14,37	16,64
1987	8.152.917	790	9,69	17,47	16,25	18,68
1988	8.356.003	779	9,32	16,23	15,09	17,37
1989	8.298.219	855	10,30	18,83	17,57	20,09
1990	8.368.181	906	10,83	18,13	16,95	19,31
1991	8.448.713	962	11,39	22,01	20,62	23,40
1992	8.549.328	1.150	13,45	21,34	20,10	22,57
1993	8.587.850	1.077	12,54	20,81	19,56	22,05
1994	8.651.101	875	10,11	17,25	16,11	18,39
1995	8.712.805	1.253	14,38	24,31	22,96	25,66
1996	9.003.804	1.538	17,08	24,91	23,66	26,15
1997	9.142.202	1.634	17,87	26,30	25,03	27,58
1998	9.258.789	1.805	19,49	28,69	27,36	30,01
1999	9.853.416	2.162	21,94	34,22	32,78	35,66
2000	9.617.379	2.300	23,92	34,83	33,41	36,26
2001	9.786.063	2.173	22,21	30,79	29,50	32,08
2002	9.903.418	2.377	24,00	32,74	31,43	34,06
2003	10.128.255	2.373	23,43	30,40	29,18	31,62
2004	9.773.883	2.466	25,23	41,14	39,52	42,77
2005	10.235.874	2.440	23,84	30,23	29,03	31,43
2006	10.340.390	2.514	24,31	29,97	28,80	31,14
2007	10.441.870	2.671	25,58	30,52	29,36	31,67
2008	10.540.399	2.778	26,36	30,53	29,39	31,67
2009	10.636.064	3.024	28,43	31,92	30,79	33,06
2010	10.728.959	3.356	31,28	34,04	32,89	35,19
2011	10.820.421	3.402	31,44	33,05	31,94	34,16
2012	10.910.374	3.434	31,47	32,17	31,09	33,24
2013	10.997.465	3.925	35,69	35,36	34,25	36,46
2014	11.081.691	3.391	30,60	29,27	28,29	30,26

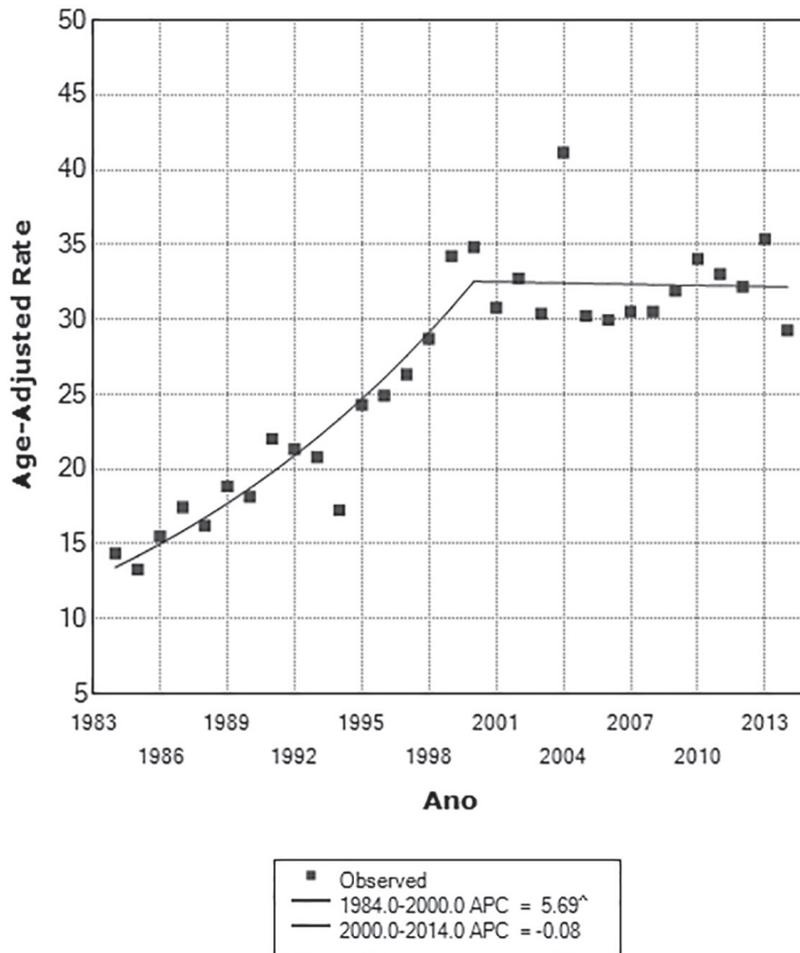
Legenda: IC: Intervalo de Confiança de 95%. Taxa ajustada para idade, conforme população padrão proposta pela Organização Mundial de Saúde¹³.

Fonte: DATASUS/OMS

A tendência da mortalidade por DM no Paraná foi crescente no período de 1984 a 2000, com mudança percentual anual (*Annual Percent Change* - APC) de 5,69 (4,24 a 7,16; $p < 0,01$); e manteve-se

estável entre o período de 2000 a 2014, com APC -0,08 (-1,09 a 0,94; $p = 0,87$), conforme ilustra a Figura 2 e Tabela 2.

Figura 2 Tendência da mortalidade por Diabetes mellitus, no Paraná, no período de 1984 a 2014. Paraná, 2018



Legenda:

Taxa ajustada por faixa etária, por 100.000 habitantes.

^ Indica que a *Annual Percent Change* (APC) é diferente de zero, com $p < 0,01$.

Modelo final: 1 joinpoint. Análise estatística realizada no *software Joinpoint Surveillance*®.

Tabela 2 Annual Percent Change (APC) e Average Annual Percent Change (AAPC) da mortalidade por Diabetes mellitus no Paraná, entre 1984 a 2014. Paraná, 2018

ANNUAL PERCENT CHANGE (APC)					
INÍCIO	TÉRMINO	APC	IC 95%		VALOR DE P
			Inferior	Superior	
1984	2000	5,69	4,24	7,16	< 0,01 [^]
2000	2014	-0,08	-1,09	0,94	0,87

AVERAGE ANNUAL PERCENT CHANGE (AAPC)					
INÍCIO	TÉRMINO	AAPC	IC 95%		VALOR DE P
			Inferior	Superior	
1984	2014	2,95	2,10	3,82	< 0,01 [^]

Legenda:

[^] Indica que a Annual Percent Change (APC)/Average Annual Percent Change (AAPC) é diferente de zero, com $p < 0,01$.

DISCUSSÃO

As mudanças nos padrões de adoecimento da população ocorrem no contexto de desenvolvimento social e econômico dos países. O aumento da prevalência do DM está associado a múltiplos fatores, sendo destaques: rápida urbanização, transição epidemiológica e nutricional, maior frequência de estilo de vida sedentário, excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional¹.

A análise do comportamento da razão de mortalidade padronizada por DM no período de 1950 a 2000 sugere que a enfermidade vem crescendo em importância epidemiológica, acompanhada da industrialização verificada a partir da década de 1930 e no pós-guerra no Brasil, a exemplo de São Paulo, que influenciou sobremaneira as condições e o estilo de vida da população¹⁴.

No Paraná, observou-se que a taxa de mortalidade por DM no período de 1984 a 2014 dobrou passando de 14,37/100.000 habitantes para 29,27/100.000 habitantes. A tendência da mortalidade de 1984 a 2000 foi crescente, mantendo-se estável a partir de 2000 a 2014. A taxa de mortalidade foi semelhante a outros estudos nacionais.

Estudo realizado em 27 cidades brasileiras sobre mortalidade por DM, entre 1980 e 2007, constatou que somente a cidade de Belo Horizonte demonstrou declínio da tendência da mortalidade por esta doença. A capital do Estado do Paraná, Curitiba, apresentou taxa de mortalidade no quadriênio 2004-2007 de 27,07/100.000 habitantes, com tendência crescente, caracterizada pelo incremento anual de 0,41 ($p < 0,001$)¹⁵.

Na população paranaense com idade entre 30 e 69 anos, a taxa de mortalidade por DM foi de 28,85/100.000 habitantes, entre o período de 2000 e 2013, com tendência crescente da mortalidade¹⁶. No Brasil, a taxa de mortalidade no ano de 2011 foi de 30,1/100.000 habitantes, sendo a menor taxa observada na região Norte (21,8/100.000 habitantes) e maior no Nordeste (36,6/100.000 habitantes). Na região sul, a taxa foi de 30,6/100.000 habitantes¹.

Uma análise da série histórica, entre 1980 e 2012, da mortalidade por DM entre brasileiros com 20 anos ou mais, identificou que houve uma tendência crescente entre o período de 1980 a 2005 para os homens, com APC de 3,4% (IC 95% 3,2 a 3,7) e no período de 1980 a 2003 para as mulheres, com APC de 2,4% (IC 95% 2,2 a 2,6). Para ambos os sexos, nos períodos subsequentes até 2012, a tendência foi estável¹⁷. Nota-se que, comparado ao Estado do Paraná, no Brasil, a estabilização da taxa de mortalidade ocorreu alguns anos mais tarde.

Por outro lado, países da América Latina, Europa e Ásia apontam taxas de mortalidade menores que as apresentadas no Estado do Paraná, com tendência de declínio da mortalidade nos últimos anos, na maioria dos países.

Nos estudos realizados na América Latina mostra-se a redução da taxa de mortalidade por DM a partir de intervenções como o Programa REMEDIAR na Argentina em 2002 e no período de 2001 a 2013, observou-se tendência decrescente, com APC de -2,3% (IC 95% -3,1 a -1,4) para os homens e -2,2% (IC 95% -3,1 a -1,3) para as mulheres¹⁸.

No México, em 2002, foi implantado o programa PREVENIMSS de prestação de serviços de prevenção e tratamento do DM tipo 2. Pesquisadores demonstraram que a mortalidade na população atendida declinou de 26,65 para 11,42/100.000 habitantes, com a tendência de redução a partir do ano posterior à implantação do programa. Em contraste, na população não atendida por este serviço houve aumento da

taxa de mortalidade, passando de 31,26 para 38,06/100.000 habitantes¹⁹.

A taxa de mortalidade bruta atribuída ao DM no Peru passou de 5,7/100.000 habitantes em 2005 para 9,5/100.000 em 2014²⁰. Muito embora tenha se verificado o aumento na taxa de mortalidade, ela ainda está bem abaixo da apresentada no Paraná.

Nos países da Europa como na Suécia, em 1990, na cidade de Västerbotten, foi implantado um programa de atenção primária à saúde em parceria com o projeto MONICA da Organização Mundial da Saúde. Pesquisadores constataram que a pressão arterial e os níveis de glicemia dos residentes tiveram uma redução significativa e a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares declinou mais rápido²¹.

Na Espanha, com a implantação da Estratégia de Atenção em Diabetes do Sistema Nacional de Saúde em 2006, atualizada em 2012, houve diminuição nas taxas de mortalidade neste período²².

Na Ásia, a Tailândia iniciou ações de tratamento do DM em 1996 contribuindo para a redução da mortalidade. Os pesquisadores concluíram que as pessoas que tiveram diagnóstico de DM aos 40 anos apresentaram redução na expectativa de vida de 6,1 anos para mulheres e 5,3 anos para os homens, quando comparados àqueles não diagnosticados com a doença²³.

Diferente na Sérvia, a taxa de mortalidade por DM foi menor que a apresentada no presente estudo, porém com tendência crescente da taxa. No período de 1991 a 2015 foram registrados 63.220 óbitos por DM, com uma taxa de mortalidade ajustada em 2015 de 24,8/100.000 habitantes. As taxas de mortalidade foram iguais entre homens e mulheres. A tendência da mortalidade no período de 1991 a 2015 aumentou 0,6% (IC 95% 0,1 a 1,1). Entretanto, a tendência da mortalidade entre homens e mulheres foi diferente. Para os homens, a tendência foi linear, com APC +1,2% (IC 95% 0,7 a 1,7) e para as mulheres foi identificado um joinpoint em 2010, com aumento de +0,9% (IC 95% 0,3 a

1,5) no período de 1991 a 2010 e um decréscimo de -4,8% (IC 95% -9,3 a -0,2) entre 2010 e 2015²⁴.

Os autores²⁴ constataram que a taxa de mortalidade na Sérvia em 2012 foi duas vezes maior que a taxa apresentada em outros países europeus. Eles consideram que macrodeterminantes que ocorreram nas últimas décadas, como crise econômica, pobreza, guerra civil, refugiados, desemprego, desintegração do país e bombardeio da OTAN, impactaram o estilo de vida dos cidadãos e o funcionamento dos serviços de saúde na Sérvia, com falta de medicamentos e enfraquecimento da saúde pública.

As complicações crônicas representam as principais causas de morte em pessoas com DM. Um estudo multicêntrico conduzido pela Organização Mundial da Saúde realizado em 10 centros de diferentes países identificou que as doenças cardiovasculares foram as principais causas, seguida pelas neoplasias e doença renal⁶.

Por esse motivo, as ações de prevenção voltadas a pessoas com DM devem focar não apenas no controle glicêmico, como também nos demais fatores de risco cardiovasculares. Estudo realizado nos Estados Unidos da América a partir de dados do *National Health and Nutrition Examination Survey* (NAHNES), no período de 1999-2010, verificou-se que as pessoas que alcançaram controle menos intenso desses três fatores (HbA1c < 9%; PA < 160/110 mmHg; e colesterol não HDL-c < 190 mg/dL) tiveram uma redução da chance de morte em 37% (IC 95% 26% a 46%), em relação àqueles que alcançaram a meta de 2 ou menos desses fatores. O controle mais intenso desses fatores também reduziu a chance de óbito, em menor proporção, 24% (IC 95% 3% a 41%)²⁵.

Já as complicações agudas representam menor proporção das causas de mortes em pessoas com DM. Uma análise realizada em 109 países no período de 2000 a 2014 calculou a proporção de mortes relacionadas à hipoglicemia em 4,49 para cada 1.000 mortes por DM (IC 95% 4,44 a 4,45)²⁶. Por sua vez, a taxa de mortalidade por complicações

agudas do DM no Brasil, reduziu de 8,42/100.000 habitantes em 1991 para 2,45/100.000 habitantes em 2010. Os autores consideram que o acesso universal, característica do sistema de saúde brasileiro, facilita o diagnóstico e o tratamento, especialmente com a disponibilidade da insulina e o gerenciamento das complicações agudas²⁷.

Evidencia-se que nos países com cobertura universal dos serviços de saúde, com implantação de ações voltadas à APS a pessoas com DM, com garantia do tratamento, constataram-se menores taxas de mortalidade. Assim, recomenda-se o avanço da cobertura universal efetiva para o DM²⁸.

A avaliação da atenção à saúde de pessoas com DM desenvolvida por integrantes da APS de um município brasileiro, sob o paradigma do MACC, mostrou a prática ainda orientada pelo modelo biomédico, com organização fragmentada²⁹. Tornou-se necessária a implantação e efetivação do MACC, pois melhora a assistência à saúde de pessoas com DM³⁰, especialmente, aquelas com menos anos de estudo e menor renda³¹.

CONCLUSÃO

Rejeitou-se a hipótese, pois não houve redução da taxa de mortalidade após implantação do HIPERDIA. Por outro lado, um aspecto promissor foi a constatação da estabilização da taxa de mortalidade entre 2000 e 2014, período que coincide com a efetivação de políticas públicas de saúde no país, com destaque para a expansão da cobertura populacional pela ESF e a implantação do HIPERDIA.

Algumas políticas públicas apresentam efetividade a médio e longo prazo, a partir das quais os impactos na vida da população passam a ser mais sensíveis. A análise da tendência da taxa de mortalidade pelo método de regressão *joinpoint* contribuiu para análise mais precisa dos óbitos, possibilitando identificar os pontos de inflexões

da tendência da mortalidade ao longo do período analisado.

A taxa de mortalidade por DM no Paraná foi semelhante aos dados nacionais, porém acima de alguns países da América Latina e países desenvolvidos. A tendência à estabilização da taxa de mortalidade por DM no Estado do Paraná ocorreu entre 3 e 5 anos antes do mesmo fenômeno ter sido observado no Brasil para mulheres e homens, respectivamente.

Não há dúvida que os fatos que ocorreram no Brasil nestes 30 anos contribuíram na estabilização das mortes por DM, dentre eles, a mudança do sistema de saúde, a partir da Constituição Federal de 1998, com a universalidade e acesso a todos os brasileiros, descentralização da APS, tendo as UBS mais próximas das residências das pessoas, responsabilização da ESF por uma área adstrita, implantação de projetos e programas para o manejo e cuidado das condições crônicas e a qualificação para melhor preenchimento da causa básica da morte na declaração de óbito.

A presente pesquisa não tem a pretensão de atribuir exclusivamente à implantação do HIPERDIA os impactos na mortalidade por DM, pois trata-se de uma condição crônica de etiologia multifatorial, influenciada por determinantes individuais, sociais, socioeconômicos e culturais.

Recomenda-se melhorar a formação dos profissionais sob a lógica do MACC, envolvimento da família no plano de cuidados, uso de protocolos clínicos e autocuidado apoiado pela educação em saúde, como destacado em outro estudo^{30,31}.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017- 2018. São Paulo: Editora Clannad; 2017.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2016-2017. São Paulo: SBD, 2017.
3. Cavalcanti AM, Kusma SZ, Chomatas ERV, Ignácio SA, Mendes EV, Moysés ST, et al. Noncommunicable diseases and their common risk factors in Curitiba, Brazil: results of a cross-sectional, population-based study. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2018 [citado em 2018 Jun 30]. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e57/en>. DOI: <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2018.57>.
4. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas 2017. 8th ed. Bruxelas: IDF; 2018.
5. Harding JL, Shaw JE, Peeters A, Guiver T, Davidson S, Magliano DJ. Mortality trends among people with type 1 and type 2 Diabetes in Australia: 1997-2010. *Diabetes Care*. 2014; 37:2579-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.2337/dc14-0096>.
6. Morrish NJ, Wang S-L, Stevens LK, Fuller JH, Keen H. Mortality and causes of death in the WHO multinational study of vascular disease in diabetes. *Diabetologia*. 2001 Sep;44 Suppl 2:S14-21.
7. Rosa R, Nita ME, Rached R, Donato B, Rahal E. Estimated hospitalizations attributable to Diabetes Mellitus within the public healthcare system in Brazil from 2008 to 2010: study DIAPS 79. *Rev Assoc Med Brás* [Internet]. 2014 [citado 2018 Jul. 1];60(3):222-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302014000300222. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.60.03.010>
8. Barbosa RB, Barceló A, Machado CA. Campanha nacional de detecção de casos suspeitos de diabetes mellitus no Brasil: relatório preliminar. *Rev Panam Salud Publica*. 2001 Nov;10(5):324-7
9. United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*. 1998 Set 12;352(9131):837-53.
10. Lima RF, Fontbonne A, Carvalho EMF, Montarroyos UR, Barreto MNSC, Cesse, EAP. Factors associated with glicemic control in people with diabetes at the Family Health Strategy in Pernambuco. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(6):937-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000700009>
11. Sousa JT, Macedo SF, Moura JRA, Silva ARV, Vieira EES, Reis AS. Self-care and clinical parameters in patients with type 2 diabetes mellitus. *Rev RENE*. 2015;16(4):479-85. DOI: <http://dx.doi.org/15253/2175-6783.2015000400004>
12. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas de saúde na atenção primária à saúde: o imperativo na consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2012. 512 p.
13. Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. Age standardization of rates: a new who standard. (GPE Discussion paper series; n. 31). Geneva: World Health Organization; 2001.
14. Cesse EAP, Carvalho EFC, Souza WVS, Luna CF. Tendência da mortalidade por diabetes mellito no Brasil: 1950 a 2000. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2009;53(6):760-6.
15. Mattos PE, Luz LL, Santiago LM, Mattos IE. Trend in mortality of diabetes mellitus patients in Brazilian capitals, 1980-2007. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2012;56(1):40-6.
16. Oliveira E, Faoro NT, Cubas RF. Analysis of trends in premature mortality rates from chronic noncommunicable diseases in the state of Paraná between 2000 and 2013. *Rev Saúd Pub Paraná* 2017;18(1):90-9.

17. Malhão TA, Brito AS, Pinheiro RS, Cabral CS, Camargo TMCR, Coeli CM. Sex differences in diabetes mellitus mortality trends in Brazil, 1980-2012. *PlosOne*. 2016;11(6):e0155996. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0155996>
18. Hernández H, Macías G. Análisis de la tendencia temporal de la mortalidad por diabetes mellitus en Argentina 1990-2013. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2017 [citado 2018 Jun 10]. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892017000100231&lang=pt
19. Medina-Gómez OS, Medina-Reyes IS. Mortalidad por diabetes tipo 2 y la implementación del programa PREVENIMSS: un estudio de series de tiempo en México, 1998-2015. *Cad Saude Publica*. 2018;34(5):e00103117.
20. Atamari-Anahui N, Ccorahua-Rios MS, Taype-Rondan A, Mejia CR. Mortalidad atribuida a diabetes mellitus registrada en el Ministerio de Salud de Perú, 2005-2014. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2018 [citado 2018 Jun 29];42(e50). Disponível em: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892018000100164&lang=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2018.50>.
21. Eliasson M, Eriksson M, Lundqvist R, Wennberg P, Söderberg S. Comparison of trends in cardiovascular risk factors between two regions with and without a community and primary care prevention programme. *Eur J Prev Cardiol* [Internet]. 2018 [citado 2018 Jun 20] Nov;25(16):1765-1772. 2018. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2047487318778349>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/2047487318778349>.
22. Orozco-Beltrán D, Sánchez E, Garrido A, Quesada JA, M. Caratalá-Munuera MC, Gil-Guillén VF. Evolución de la mortalidad por diabetes mellitus en España: análisis del periodo 1998-2013. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70(6):433-443.
23. Li HY, Jiang YD, Chang CH, Chung CH, Lin BJ, Chuang L. Mortality trends in patients with diabetes in Taiwan: a Nationwide survey in 2000-2009. *J Formos Med Assoc*. 2012 Nov;111(11):645-50.
24. Ilic M, Ilic I. Diabetes mortality in Serbia, 1991-2015 (a nationwide study): a joinpoint regression analysis. *Prim Care Diabetes*. 2017 Feb;11(1):78-85.
25. Saydah SH, Gregg EW, Kahn HS, Mohammed K, Ali MK. Mortality associated with less intense risk-factor control among adults with diabetes in the United States. *Prim Care Diabetes*. 2018 Feb;12(1):3-12.
26. Zaccardi F, Dhalwani NN, Webb DR, Davies MJ, Khunti K. Global burden of hypoglycaemia-related mortality in 109 countries, from 2000 to 2014: an analysis of death certificates. *Diabetologia*. 2018 Jul;61(7):1592-1602.
27. Klafke A, Duncan BB, Stevens A, Rosa RSR, Moura L, Malta D, et al. The decline in mortality due to acute complications of diabetes mellitus in Brazil, 1991-2010. *BMC Public Health*. 2015 Aug 11;15:772.
28. Guerrero-Núñez S, Valenzuela-Suazo S, Cid-Henríquez P. Cobertura Universal Efetiva da Diabetes Mellitus tipo 2 em Chile. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [citado 2019 Maio 29];25:e2871. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692017000100324&script=sci_arttext&lng=pt.
29. Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [citado 2019 Maio 9];25:e2882. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2882.pdf.
30. Schwab GL, Moysés ST, Kusma SZ, Ignácio SA, Moysés SJ. Perception of innovations in Chronic Diseases/Condition's care: an evaluative research in Curitiba. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [citado em 2019 Maio 9];38(esp):307-18. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600307&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S023>
31. Moreira RC, Mantovani MF, Soriano JV. Nursing case management and glicemic control among brazilians with type 2 diabetes: pragmatic clinical trial. *Nurs Res*. 2015 Jul;64(4):272-81.

RECEBIDO:08/03/2019

ACEITO: 13/05/2019

PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL E AS AÇÕES DE ENFERMAGEM

Nurses' perception of the stratification of risk in mental health and the nursing actions

Fernanda Pedersoli Lopes¹, Marcelle Paiano², Maria Emília Grassi Busto Miguel³, Maria Aparecida Salci⁴

1. Enfermeira. Graduada pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6461-6037>

2. Enfermeira. Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem da UEM. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7597-784X>

3. Enfermeira. Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem da UEM. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2046-7009>

4. Enfermeira. Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem da UEM. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6386-1962>

CONTATO: Marcelle Paiano | Endereço: Av. Colombo, n. 5790 | CEP: 87020-900 | Telefone: (44) 3301 4514 | E-mail: mpaiano@uem.br

COMO CITAR: Lopes FP, Paiano M, Miguel MEGB, Salci MA. Percepção dos enfermeiros sobre estratificação de risco em saúde mental e as ações de enfermagem. R. Saúde Públ. 2019 Jul;2(1):68-79.



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 objetivou conhecer a percepção do enfermeiro sobre o instrumento de estratificação de risco em saúde mental e quais ações de enfermagem são ofertadas ao paciente classificado como baixo risco. Trata-se de estudo qualitativo, descritivo-exploratório, realizado em quatorze Unidades Básicas de municípios do Noroeste do Paraná. Para a coleta de dados, utilizou-se entrevista aberta, com vinte e cinco entrevistados. Foram elencadas três categorias: Ações em saúde mental realizadas pelos enfermeiros da ESF; Instrumento de estratificação

de risco em saúde mental: potencialidades e fragilidades e Dificuldades das Equipes da ESF em saúde mental. Conclui-se que as ações desenvolvidas envolvem grupos de escuta e acolhimento, convivência, atividades de leitura e apoio matricial do NASF, e como fragilidades destaca-se a dificuldade da aplicação do instrumento de estratificação de risco, excesso de encaminhamentos para especialistas e falta de tempo e afinidade em saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão da Qualidade. Estratégia de Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Gestão de Riscos. Enfermagem.

ABSTRACT The present study aimed to know the nurses' perception of the risk stratification instrument in mental health and which nursing actions are offered to the patient classified as low risk. It is a qualitative, descriptive-exploratory study, carried out in fourteen Basic Units, in the municipality of the Northwest of Paraná. For data collection, an open interview was used, with twenty-five interviewees. Three categories were listed: Mental health actions performed by the Family Health Strategy (ESF) nurses; Mental health risk stratification instrument: strengths and weaknesses, and difficulties ESF teams have when dealing with mental health. It is concluded that the actions developed involve listening and embracement groups, coexistence, reading activities, and support from the Family Health Support Center (NASF), and the weaknesses include the difficulty of applying the risk stratification instrument, excessive referrals to specialists, and lack of time and affinity in mental health.

KEYWORDS: Quality management. Family Health Strategy. Primary Health Care. Mental Health. Risk Management. Nursing.

INTRODUÇÃO

A Saúde Mental na atenção primária é um tema complexo, no entanto, encontra-se presente no cotidiano efetivo de trabalho dos profissionais desta esfera de atendimento. As pessoas acometidas por sofrimento e/ou transtorno mental, decorrentes ou não do uso de substâncias psicoativas, desde alterações leves até as mais graves, merecem cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) como as demais condições crônicas de saúde¹.

Entende-se que o meio privilegiado para tratamento das pessoas em sofrimento mental é o território, junto com suas famílias e a comunidade onde as pessoas residem. Isso ocorre porque o hospital psiquiátrico deixou de ser o foco da assistência da organização das políticas e da formação profissional, da mesma maneira que não são considerados eficientes para a recuperação das pessoas em grave sofrimento psíquico¹.

Sendo assim, muitos são os benefícios de integrar a saúde mental à APS. Algumas das vantagens principais são que a integração faz com que os indivíduos tenham acesso a serviços de saúde mental mais perto de seu domicílio, o que os mantém junto das suas famílias e de suas atividades diárias. Os serviços de APS também facilitam as iniciativas comunitárias junto à população e a promoção da saúde mental, assim como o monitoramento e a gestão em longo prazo dos indivíduos afetados².

O cuidado da saúde mental na APS também elimina o risco das violações dos direitos humanos que ocorrem em hospitais psiquiátricos além de serem viáveis financeiramente, tanto para os usuários, quanto para as comunidades e os governos. Além disso, os usuários e suas famílias evitam os custos indiretos associados à procura de cuidados especializados em localizações distantes³.

Neste sentido, para direcionar as ações de saúde mental, foi publicado o Decreto Presidencial nº 7508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, preconizando que a atenção psicossocial deve ser “uma rede indispensável nas regiões de saúde”. Para sua operacionalização, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Saúde Mental, foi promulgada a Portaria nº 3.088/2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas¹.

Considerando que os serviços assistenciais são de responsabilidade do município, cabe ao Estado, em seu papel regulador, estimular a criação de políticas municipais em consonância com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, articular as negociações regionalizadas, fiscalizar e oferecer suporte técnico às equipes. Assim, conforme as diretrizes e os objetivos da RAPS, as ações de saúde mental devem ser estruturadas a partir da

realidade municipal/ microrregional / regional / macrorregional, considerando as necessidades e os recursos¹.

Deste modo, para a efetivação da Política Estadual de Saúde Mental, a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) do Paraná redefiniu as diretrizes e estratégias por meio de um processo de Planejamento Estratégico, considerando a realidade do Estado e procurando abranger o que a Política Nacional não contempla. Neste planejamento, a estratificação de risco da população é implantada, considerando a gravidade dos sinais e sintomas apresentados, sem a necessidade de firmar diagnóstico inicial, somada às condições de vida atual do usuário¹.

Assim, a escolha dos parâmetros para a estratificação de risco foi fundamentada, principalmente, na necessidade de definir o nível em que ocorrerá a assistência em saúde. Para tanto, os sinais e sintomas foram divididos em seis grupos, de acordo com a frequência em que se apresentam nas respectivas síndromes psicopatológicas, e foram pontuados de acordo com o nível de gravidade⁴.

Nas situações estratificadas como de baixo risco, como as que apresentam sintomas leves a moderados de depressão, ansiedade e somatização, os sintomas tendem a se sobrepôr. Nestes casos, os cuidados devem ser oferecidos com intensidade progressiva e os grupos não devem ser direcionados nem divulgados apenas para pessoas portadoras de um diagnóstico. A estratégia recomendada é iniciar com cuidados de baixa intensidade (atividade física em grupo, panfletos de autoajuda, grupos de apoio), passando por grupos psicoeducacionais e de apoio que explorem questões como autoestima ou resiliência, evoluindo para o uso de terapia medicamentosa com supervisão especializada e psicoterapia em grupo ou individual, caso necessário¹.

É importante lembrar que, na maioria das vezes, o enfermeiro é o coordenador da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), e um dos grandes desafios para atender à saúde mental é o

estabelecimento de sua competência⁵. Ele exerce um papel importante na assistência a pessoas com transtorno mental, como sensibilização da população sobre a importância de sua inserção na comunidade, inclusive colaborando e responsabilizando-se pela construção de novos espaços de reabilitação psicossocial, que farão com que esses indivíduos se sintam valorizados, afinal, a cidadania dessas pessoas e de sua família está assegurada na política de desinstitucionalização.

Os enfermeiros, portanto, precisam estar preparados para atender esses pacientes e suas famílias, sendo assim, a conduta adotada pelo profissional da ESF tem como objetivo apoiar e tratar a pessoa de modo a valorizar não apenas a doença, mas, principalmente, tratá-la de maneira integral, favorecendo a reinserção ao convívio social com medidas qualificadas⁵.

Diante do exposto, o estudo teve como objetivo conhecer a percepção do enfermeiro sobre o instrumento de estratificação de risco em saúde mental e quais ações de enfermagem são ofertadas ao paciente classificado como baixo risco.

METODOLOGIA

Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória visa ampliar, clarear e transformar conceitos e ideias, com o foco na elaboração de hipóteses que poderão ser pesquisadas em estudos seguintes ou na formulação de problemas mais precisos acerca de um tema. O estudo descritivo, por sua vez, tem o objetivo de descrever características de um grupo de pessoas ou situação ou então estabelecer relação entre variáveis⁷.

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de um município do Noroeste do Paraná, que possui o selo ouro, prata e bronze de certificação⁸. Este projeto de qualificação das UBSs foi desenvolvido pela Secretaria do Estado de Saúde (SESA) em 2014 e já está presente em 312

municípios, beneficiando 902 postos de saúde. A iniciativa é conceder títulos de reconhecimento às equipes da atenção primária, com amplo processo de qualificação dos serviços básicos de saúde, o que inclui a assistência ofertada nas unidades de saúde. Por meio de uma metodologia baseada no conceito de tutoria, técnicos da SESA acompanham, orientam e prestam consultoria às equipes das unidades que aderem ao projeto⁸.

Sendo assim, a população do presente estudo englobou os enfermeiros das Equipes da ESF que atuam nas UBSs com o selo de qualidade. Atualmente, o município em estudo conta com duas equipes da ESF consideradas selo ouro e vinte e nove equipes classificadas como selo bronze. Devido a seis perdas por falta de funcionários, licença-maternidade e férias, a população de estudo contou com 25 enfermeiros da ESF.

Para coleta de dados foi realizada uma entrevista aberta com a seguinte questão norteadora: "Qual sua percepção sobre o instrumento de estratificação de risco em saúde mental e quais ações de enfermagem são ofertadas ao paciente classificado como baixo risco?" Além da questão norteadora, utilizaram-se questões de apoio e um questionário de identificação.

Para a realização das entrevistas, foi feito um pedido de autorização de pesquisa para a Secretaria Municipal de Saúde. Após a aprovação do estudo pela secretaria, foi realizado o primeiro contato com os enfermeiros. Neste primeiro contato foram explicados os objetivos do estudo. Após o aceite na participação, foram agendadas as entrevistas de acordo com a disponibilidade em relação ao melhor horário e data.

As entrevistas foram conduzidas pelo pesquisador principal e realizadas nas UBSs pertencentes a cada profissional entrevistado, em ambiente privativo, com duração média de 40 minutos. Foram finalizadas quando ocorreu a saturação dos dados qualitativos, ou seja, interrompeu-se a coleta de dados quando se constatou que elementos novos para subsidiar a

teorização almejada não foram mais apreendidos a partir do campo de observação⁹.

Os dados das entrevistas foram gravados em dispositivos eletrônicos de áudio, transcritos e analisados utilizando o método de análise de conteúdo Modalidade Temática de Bardin¹⁰. Este método de análise visa o desvendar crítico, primordialmente, através da descrição e de inferências que buscam esclarecer as causas de um problema ou as possíveis consequências advindas do mesmo. Esta análise está dividida em 1) Pré-análise: engloba preparação do material, construção de hipóteses e formulação de indicadores que irão nortear a interpretação final; 2) Exploração do material: neste momento os dados são codificados, ou seja, transformados sistematicamente e agrupados em unidades de registro, que podem ser temas, palavras ou frases; 3) Tratamento dos resultados: trabalhos realizados através da inferência, que é guiada por vários pólos de atenção/comunicação. Estes são esclarecidos e, em seguida, novos temas e dados são descobertos, fazendo-se necessária a comparação entre enunciados e ações, a fim de verificar possíveis unificações¹⁰.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com os trâmites determinados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aprovação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COPEP) (CAAE 95234418.0.0000.0104). O sigilo e anonimato dos participantes foram preservados e as identificações foram feitas pela letra E seguidas pelo número correspondente à inclusão da sua entrevista.

RESULTADOS

Foram entrevistados 25 enfermeiros da ESF, com predominância do sexo feminino (22 mulheres), idade entre 31 e 56 anos. Em relação ao tempo de atuação desses profissionais dentro da unidade, variam em torno de 6 meses a 14 anos. Quanto ao

instrumento de estratificação de risco, 100% dos entrevistados citaram que utilizam em sua rotina e, ao serem questionados sobre a dificuldade do instrumento, 100% dos profissionais referiram alguma dificuldade.

Dentre as falas obtidas foi possível elencar três categorias: "Ações em saúde mental realizadas pelos enfermeiros da ESF"; "Instrumento de estratificação de risco em saúde mental: potencialidades e fragilidades" e "Dificuldades das Equipes da ESF em saúde mental".

AÇÕES EM SAÚDE MENTAL REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS DA ESF

Por meio dos relatos dos entrevistados foi possível observar a importância das ações desenvolvidas na UBS para os pacientes estratificados como baixo risco, sendo elas: grupos de escuta e acolhimento, grupos de convivência, atividades de leitura e exercícios físicos.

"O baixo risco a gente mantém no acompanhamento em grupo. [...] porque às vezes a pessoa acha que precisa de remédio, mas às vezes ela só precisa estar inserida em alguma atividade [...] terapia de grupo acaba com a fila de espera e resolve a maior parte dos problemas" (E13).

"[...] tem o grupo de convivência lá no salão. [...] com a orientação que ela [psicóloga] faz, ela consegue fazer com que eles tenham vontade de voltar, porque ali eles se sentem bem, acolhidos. [...] aí uma vez por mês eles têm uma confraternização, aí vai outro profissional para falar de um tema" (E7).

"A gente tem um grupo de mulheres de leitura, específico para saúde mental" (E17).

"Agora o médico já faz um mês que ele está com um grupo de saúde mental nas quintas à tarde, mas ele é aberto para a população independente e se faz uso de medicação, se é alto risco, baixo ou familiar" (E18).

Porém foi possível observar que grande parte das UBSs intitulada por “grupo de saúde mental” um grupo de pessoas agendadas para consulta médica, a fim de replicação de receitas medicamentosas.

“[...] o paciente de baixo risco a gente inclui no nosso grupo de saúde mental que chama azul turquesa, nesse grupo a médica da família acompanha esses pacientes com algum tipo de tratamento medicamentoso, em geral psicotrópicos, então a cada dois meses a gente atende esses pacientes nesse grupo. Em geral está sendo feito só o fornecimento de receitas” (E23).

“[...] não existe um grupo, a gente chama de grupo de saúde mental, mas é aquele dia dos pacientes que usam psicotrópicos, mas não é um grupo de atividade ou trabalho, poderia ser dia da consulta médica para receita controlada, é bem isso” (E4).

Além disso, as unidades contam com o apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), profissionais fundamentais para a realização de algumas atividades.

“[...] nos grupos de atividade física a gente tem o apoio do NASF e às vezes no grupo de apoio com o psicólogo também do NASF [...]” (E1).

“[...] aqui tem o grupo primavera, é específico para saúde mental, é tocado pela equipe no NASF que trabalha abordando vários temas” (E13).

“[...] eu acho que com um matriciamento fica melhor, um apoio matricial para esses casos de baixo risco” (E14).

INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES

Em relação às potencialidades trazidas com o instrumento de estratificação de risco em saúde mental, alguns dos entrevistados o caracterizaram

como facilitador da assistência, referindo ainda que as capacitações oferecidas pela Secretaria de Saúde foram úteis.

“No começo quando foi implantado a gente teve [dificuldade], mas depois que a gente teve a capacitação, foi útil e deu para aprender” (E14).

“A gente fez uma atualização há uns dois ou três meses atrás, eu tinha algumas dúvidas e consegui tirar [...] eu tenho dificuldade, mas melhorou depois do treinamento” (E7).

Além disso, foi citado que conhecer o instrumento e utilizá-lo com frequência auxilia na sua aplicação.

“[...] quando começa uma primeira conversa com o paciente, muitas vezes eu nem faço a pergunta, eu já vou conseguindo pontuar na própria conversa. Então se você entender bem e utilizar com frequência o instrumento, você quase nem precisa ficar perguntando item por item” (E13).

“[...] ele já está há alguns anos conosco [...] eu imprimo e sigo o check-list” (E5).

Sobre as fragilidades deste instrumento os entrevistados mencionaram a falta de tempo e a alta demanda como fatores negativos.

“[...] é muito pouco tempo para você conseguir pegar de um paciente que fica ali com você vinte minutos, meia hora, porque é um questionário amplo [...]” (E7).

“[...] o tempo que a gente tem para fazer isso é uma dificuldade, porque cada pergunta que você faz em forma de conversa, gera um monte de resposta” (E4).

Os termos utilizados para compor o instrumento foram caracterizados pelos profissionais como complexos e difíceis, se constituindo em fator de fragilidade na sua aplicação.

"[...] geralmente eu não pergunto o que está escrito ali não, eu tento ler e interpretar e algumas coisas eu até não pergunto, porque é muito complicado, tinha que ser um negócio bem mais simples" (E21).

"[...] não tenho conhecimento desses nomes técnicos que são usados na psiquiatria, então eu acho que dificulta um pouco [...]" (E8).

"Tenho dificuldades. Nas crises convergentes e dissociativas [...] e muitas vezes eu confundo alucinação com delírio [...]" (E6).

Durante os depoimentos foi destacada a subjetividade do instrumento em virtude dos diferentes olhares dos profissionais que o aplicam.

"[...] enquanto enfermeira eu tenho um olhar e muitas vezes ou a maioria delas encaminha para o médico, aí ele tem outro olhar, a estratificação muda, quando chega no psiquiatra é o mesmo caso [...]" (E20).

"[...] tem alguns termos que é complicado, quanto ao meu entendimento, quanto profissional de enfermagem, para a psicologia já é mais fácil [...]" (E16).

"[...] eu acho que é uma área mais voltada para psicologia do que para enfermagem" (E24).

DIFICULDADES DAS EQUIPES DA ESF EM SAÚDE MENTAL

O excesso de encaminhamentos para a especialidade em saúde mental, tanto por parte dos profissionais como pela solicitação dos pacientes para a psicologia e/ou psiquiatria, foi uma dificuldade relatada pela equipe da ESF, ocasionando aumento do número de consultas especializadas.

"[...] os que não tomam [medicação], se você avaliar e dá quase médio, a gente acaba pontuando médio para ter a questão do psiquiatra [...]" (E7).

"[...] às vezes ele [paciente] vem aqui querendo uma consulta com o psiquiatra, achando que todo mundo pode passar com o psiquiatra [...]" (E14).

"[...] tem muito médico na unidade que prefere passar a bola para frente [...]" (E8).

"[...] a nossa fila de psicologia na unidade é muito grande, o paciente demora muito tempo para ser acolhido pela psicologia e depois vai aguardar um outro tempo para ser feita a terapia [...]" (E3).

Além disso, a falta de tempo para realizar uma escuta qualificada foi evidenciada como uma das dificuldades encontradas pelas equipes de ESF, assim como a elevada demanda de atendimento, sendo esses dois fatores totalmente relacionados.

"[...] se eu ficar uma hora escutando, eu tenho uma fila enorme atrás daquela pessoa me esperando para atender" (E2).

"O problema nosso é a sobrecarga e a demanda muito grande, porque esse paciente precisa de um cuidado maior" (E19).

Em relação ao acompanhamento dos pacientes após a estratificação, observou-se a falta de continuidade da atenção, acarretando problemas como falta de adesão dos pacientes e resistência dos mesmos.

"[...] os de baixo risco não dão trabalho. É só buscando a receitinha" (E3).

"Só quando tem sofrimento mental é que eles são inseridos em um grupo de saúde mental que tem aqui, então só médio e alto risco, porque não tem suporte para absorver e mesmo se a gente encaminhasse eles não viriam [...]" (E16).

"[...] são pouco aderentes, tomam um pouco o remédio e logo desaparecem, depois voltam piores. [...] eles ficam muito bravos porque é falado que só vai passar com o médico clínico geral, aí falam que você está fazendo pouco caso" (E14).

"[...] por eles, eles só viriam e pegariam a receita na recepção" (E4).

Outra fragilidade relatada pelas equipes foi a falta de afinidade em trabalharem com a saúde mental, sendo necessário investir em treinamentos e capacitações.

"[...] desde estudante, da graduação, uma das áreas que eu não me identificava era a saúde mental [...] eu acho muito complexo lidar com pessoas da saúde mental" (E2).

"[...] faço tudo que o protocolo pede, só que não sou a melhor pessoa para trabalhar com pessoas com problemas de depressão, ansiedade, problemas na saúde mental [...] não é que eu tenha dificuldade, é que eu não gosto [...] às vezes eu acabo não ajudando o quanto que o paciente precisaria" (E15).

"[...] os de baixo risco podem virar médio ou alto risco e você não sabe o que fazer [...]" (E7).

DISCUSSÃO

Em vista dos resultados obtidos foi possível observar a importância das atividades ofertadas pelas UBSs para este grupo de pacientes classificados como baixo risco em saúde mental pelo instrumento proposto pela SESA, como, por exemplo, os grupos de convivência, de atividades de leitura e atividades físicas.

No entanto, quando se fala em educação em saúde, percebe-se a escassez de ações ofertadas no âmbito da atenção primária específica para esta clientela. Estes dados estão de acordo com estudo realizado com 134 enfermeiros atuantes na ESF em Terezina (PI), demonstrando que somente 5% das atividades voltadas à saúde mental são de terapia comunitária. Este aspecto permite observar que, na ESF, os profissionais comumente não realizam atividades voltadas especificamente à

Saúde Mental¹¹. Neste sentido, nota-se a fragilidade apresentada pelos enfermeiros em identificar e operacionalizar ações que atendam a saúde das pessoas em sofrimento psíquico como parte inclusiva do processo de trabalho na Saúde da Família².

Em alguns aspectos relacionados a esta dificuldade de realizar atividades em saúde mental estão a baixa qualificação das equipes, sentimentos de angústia diante da complexidade das situações, abordagens clínicas tradicionais (queixa-conduta) somadas à complexidade das questões relacionadas à vulnerabilidade social e as altas prevalências de problemas de saúde mental. Este panorama sugere que profissionais e gestores públicos intensifiquem a criação de novas estratégias de formação e apoio continuado à Atenção Primária¹².

Um outro estudo realizado na atenção primária com os profissionais de saúde aponta que a principal dificuldade relatada foi a falta de profissionais especializados para realizar o cuidado em saúde mental¹³. Neste sentido, e visando sanar essas dificuldades, a educação permanente precisa ser vista como um processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento, pautado no diálogo, em que todos os atores assumam papel ativo no processo de aprendizagem, por meio de uma abordagem crítica reflexiva da realidade, o que reafirma a ideia do Paradigma Psicossocial¹⁴.

Para sanar as dificuldades referidas, algumas equipes de saúde contam com o apoio matricial do NASF, que se configura como um suporte técnico especializado, que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Ele pode ser realizado por profissionais de diversas áreas especializadas¹⁵. O apoio matricial representa um arranjo organizacional na atenção básica, visando a ampliação e reorientação da demanda para a saúde mental.

Fundamentado no princípio da responsabilização compartilhada, ele pretende produzir maior resolutividade à atenção em saúde².

Então, a partir de discussões clínicas conjuntas com as equipes ou mesmo intervenções conjuntas concretas (consultas, visitas domiciliares, entre outras), os profissionais de Saúde Mental podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde que contemple a totalidade da vida dos sujeitos.

O apoio matricial elimina a lógica de encaminhamentos para outros serviços e elabora projetos terapêuticos que podem ser desenvolvidos na atenção básica². Neste sentido, o Apoio Matricial se torna uma forma de compartilhar responsabilidades. Ele exige que os profissionais, juntos, compreendam o caso e suas necessidades, para só então verificar os encaminhamentos indiscriminados e decidir sobre as responsabilidades de cada profissional¹⁶.

Com isso, é possível evitar práticas que levam à psiquiatrização e à medicalização do sofrimento e, ao mesmo tempo, promover a equidade e o acesso, garantindo um atendimento direcionado às vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário¹⁶.

Um estudo realizado em Botucatu (SP)¹⁵ apontou que a maior parte da demanda em Saúde Mental são casos considerados leves. Assim, evidenciou-se que o Apoio Matricial pode ajudar a aumentar a capacidade resolutiva das equipes de referência, para que os profissionais de Saúde Mental possam abrir sua agenda para os casos graves. Para isso, considerou-se necessário adequar a clínica da Saúde Mental às necessidades da população e do contexto da saúde coletiva. Em seguida foram listados recursos a serem usados como alternativas à assistência tradicional da saúde mental, no sentido da ampliação da clínica tanto das equipes de referência quanto da própria saúde mental, como grupos de convivência, espaço cultural, oficinas e outros¹⁵.

Para direcionar o fluxo dos atendimentos em saúde mental a fim de garantir uma assistência de maior resolutividade, no Estado do Paraná está sendo preconizado o uso do instrumento de

estratificação de risco em saúde mental¹. Neste sentido, a SESA recomenda que a estratificação de risco deva ser realizada considerando a gravidade dos sinais e sintomas apresentados, sem necessidade de firmar diagnóstico inicial, e somada às condições de vida atual do usuário.

Deve-se atentar que os transtornos mentais, por sua característica de cronicidade, tendem a oscilar em sua necessidade de atenção ao longo da vida, trazendo dúvidas entre os profissionais de enfermagem devido à subjetividade do tratamento, por se tratar de agravos complexos e multifatoriais, e que para definir sua gravidade ou risco faz-se necessário considerar a presença de outros fatores considerados agravantes e atenuantes¹.

Neste sentido os profissionais do estudo sentiram-se na maioria das vezes inseguros em utilizar o instrumento de estratificação em virtude da pouca familiaridade com os termos técnicos que o constituem, pelo tempo gasto em sua aplicação, e pela subjetividade do instrumento, o que pode ocasionar uma pontuação supervalorizada e encaminhamentos desnecessários ao especialista. Neste sentido torna-se importante minimizar as inferências pessoais e se concentrar no histórico da pessoa¹⁷.

Em pesquisa realizada com enfermeiros da ESF do município de São Gonçalo (RJ)² demonstrou-se que os enfermeiros apresentam dificuldades em identificar sofrimento psíquico no âmbito da ESF. Ao se depararem com uma pessoa em sofrimento, imediatamente encaminham-no aos profissionais especialistas. Não demonstrando assim, disponibilidade para o acolhimento, escuta e apoio social dessas pessoas. Além disso, os enfermeiros referem que a equipe não tem suporte para oferecer aos pacientes encaminhando os casos aos psiquiatras e/ou psicólogos².

Ainda que, de uma forma geral, haja certa abertura para o tratamento de pacientes com problemas psicossociais, ou sofrimento mental mais leve, tais como depressões e ansiedades, alguns profissionais médicos afirmam se sentir à vontade

apenas para prescrever antidepressivos, mas não ansiolíticos, e muito menos antipsicóticos. Isso revela a dificuldade sentida por estes profissionais na condução do sofrimento mental, fazendo com que haja aumento da quantidade de encaminhamentos para a especialidade¹³.

A fragmentação do atendimento torna-se uma fragilidade recorrente nos atendimentos aos pacientes em sofrimento mental. Um exemplo disto são os casos identificados como sendo de saúde mental, mas que não pertenciam a nenhum serviço de referência. Apesar da existência da Rede de Atenção Psicossocial, ainda existe pouca integração entre os diversos pontos de atenção e a atenção primária. O vínculo frágil entre os serviços é atribuído tanto à alta rotatividade de profissionais como também aos modelos de assistência que sofrem alterações a cada eleição municipal, o que atrapalha a continuidade da proposta¹³.

Sobre o acompanhamento dos pacientes após a estratificação de risco, observou-se uma carência de seguimento efetivo por parte da equipe de saúde. Observa-se que os pacientes, em sua grande maioria, comparecem ao serviço no atendimento em grupo apenas para a troca de receita e retirada da medicação prescrita pelo médico. Esse modelo é visto pela equipe como positivo, visto que os pacientes de baixo risco, na percepção dos profissionais, não exigem um nível complexo de tratamento, sendo resolvido apenas com a prescrição de medicação.

A ausência de seguimento clínico e a falta de avaliações periódicas dos pacientes que usam psicotrópicos criam práticas de repetição de receitas. Além disso, em estudo realizado¹², muitos pacientes reconhecem a existência de outros tipos de tratamentos como o atendimento psicológico, e/ou Centro de Convivência, mas queixam-se que formas de tratamentos alternativos não são propagadas pelas equipes quanto gostariam e referiram que eles auxiliariam muito mais do que o próprio remédio.

Sendo assim, a ausência de um planejamento

integrado das ações voltadas para a atenção em saúde mental na unidade indica um cuidado não integral das questões de saúde, em que o usuário em sofrimento psíquico aparece como um elemento estranho e desestabilizador na rotina assistencial dos profissionais. Portanto, a incorporação do acolhimento e do vínculo no cotidiano do cuidado em saúde deve ser implantada, pois ela também tem contribuído para problematizar a qualidade dos atendimentos¹³.

Sabe-se que a saúde mental é considerada uma área complexa, como pode ser constatado nos depoimentos dos entrevistados, tanto pela falta de afinidade com a temática quanto pela sua complexidade. Em concordância com esse fato, um estudo realizado em unidades de saúde de dois municípios do Estado do Ceará sugere a falta de preparo dos profissionais de saúde da rede básica para receber e cuidar de pessoas com transtornos psíquicos, principalmente quando os usuários são pessoas com histórias de múltiplas internações psiquiátricas¹⁸.

Outro aspecto importante referido é a discriminação que se observa por parte de profissionais em relação ao cuidado da pessoa com transtorno mental. Aponta-se que essa discriminação pode se manifestar sob a forma de recusa transpassando o nível psíquico e atingindo o aspecto físico deste indivíduo. Ainda são muito frequentes as atitudes moralizantes e repressivas quando não se sabe lidar com a situação, ou quando não se dispõe de ações comunitárias para enfrentar, ou pelo menos refletir sobre problemas como o alcoolismo, as reações exacerbadas de medo entre outras¹⁴.

O problema maior a ser enfrentado é que a maioria desses profissionais se sente despreparada para o manejo das pessoas com transtornos mentais, o que gera sentimento de impotência e frustração. Portanto, as instituições de ensino e outras devem proporcionar uma formação adequada aos profissionais que terão o papel cada vez maior no cuidado a essas pessoas. Isso não implica exigir

dos mesmos a substituição dos especialistas, tendo em conta a sua finalidade de ação universalista e generalista, mas em muni-los com recursos capazes de torná-los reais colaboradores em seu nível de complexidade¹³.

Neste sentido, a atenção primária por ser o primeiro acesso do usuário a um serviço de saúde deve investir no vínculo e acolhimento. A ausência de tempo para uma escuta qualificada relacionada à alta demanda de usuários foi uma dificuldade enfrentada pelos entrevistados, que evidenciaram alta demanda em saúde mental, que são geradoras de dificuldades de articulação em uma rede de cuidados.

Neste sentido, as equipes sobrecarregadas têm dificuldade de dar continuidade aos fluxos da rede. Além disso, a demanda de usuários na atenção primária produz angústia nas equipes e exige um trabalho de compreensão, o que tenciona certo tipo de procedimento mecanizado de queixa-conduta¹². Além disso, a ausência de tempo para a escuta qualificada se torna uma fragilidade para a continuidade do cuidado, assim como a alta demanda de atendimentos¹⁸.

Pensando em um acompanhamento dos pacientes em saúde mental de qualidade e as formas do relacionamento com a clientela, os atendimentos deveriam priorizar o diálogo com a população, ampliando a escuta para o território, saindo das linhas de ação apenas empreendidas pelos trabalhadores especializados superando a visão terapêutica voltada apenas para a remissão dos sintomas psiquiátricos¹⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível compreender que as ações de enfermagem na Atenção Básica para os pacientes classificados como baixo risco em saúde mental são importantes, pois além de possuírem um caráter resolutivo das equipes em relação ao paciente, as

qualificam para uma atenção ampliada em saúde que contemple a totalidade da vida dos sujeitos.

Além disso, para ofertar essas ações com frequência e qualidade, as unidades contam com um apoio matricial do NASF, que elimina a lógica de encaminhamentos para outros serviços e elabora projetos terapêuticos que podem ser desenvolvidos na atenção básica. Neste sentido, o apoio matricial se torna uma forma de compartilhar responsabilidades.

A estratificação de risco, como foi apresentada, deve ser realizada considerando a gravidade dos sinais e sintomas apresentados. Porém os transtornos mentais tendem a oscilar em sua necessidade de atenção ao longo da vida, trazendo dúvidas entre os profissionais de enfermagem devido à subjetividade do instrumento.

Este fato sugere que gestores intensifiquem a criação de novas estratégias de formação e apoio continuado para os profissionais da Atenção Primária, para que sejam sanadas as dúvidas quanto à aplicação do instrumento de estratificação e quanto ao acompanhamento dos pacientes estratificados. Além disso, é necessário seguir o fluxograma de atendimento proposto pelo município para o encaminhamento adequado dos pacientes aos pontos de atenção da Rede Psicossocial.

Muitos profissionais se sentem despreparados para o manejo das pessoas com transtornos mentais, o que gera sentimento de impotência e frustração. Portanto as instituições de ensino têm papel primordial na formação dos futuros profissionais para que sejam capazes de prestar um cuidado de qualidade às pessoas com transtornos mentais.

Por fim, espera-se que esta pesquisa tenha contribuído no sentido de refletir sobre a estratificação de risco e as ações de saúde mental ofertadas pela Atenção Básica aos casos de baixo risco, almejando melhorar a qualidade do cuidado ofertado pela equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Oficinas do APSUS: a rede de atenção à saúde mental no Paraná e a competência da APS. Curitiba: SESA; 2014.
2. Amarante AL, Lepre AS, Gomes JLD, Pereira AV, Dutra VFD. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no Programa Saúde da Família. Texto contexto - enferm. 2011;20(1):85-93.
3. Organização Mundial de Saúde, Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Portugal, 2008.
4. World Health Organization. Mental health policy, plans and programmes [Internet]. Geneva (CH): World Health Organization; 2004 [citado 2018 Set 3]. 98 p. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/policy/en/policy_plans_revision.pdf
5. Neves HG, Lucchese R, Munari DB. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. Rev bras enferm. 2010;63(4):666-70.
6. Waidman MAP, Marcon SS, Pandini A, Bessa JB, Paiano M. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. Acta Paul Enferm. 2012;25(3):346-51.
7. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed. São Paulo: Atlas; 2008.
8. Portal Saúde Maringá. Secretaria Municipal de Saúde. UBSs de Maringá recebem Selo Bronze e Ouro de Qualidade. Prefeitura Municipal de Maringá [Internet]. 2017 Set 23 [citado Set 3]. Disponível em: <http://www2.maringa.pr.gov.br/site/index.php?sessao=b9eaadd9e455b9&id=32137>
9. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad Saúde Pública. 2011;27(2):388-94.
10. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. 229 p.
11. Souza LGS, Menandro MCS, Couto LLM, Schimith PB, Lima RP. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: revisão de literatura brasileira. Saúde Soc. 2012;21(4):1022-34.
12. Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. Ciênc saúde coletiva. 2011;16(12):4643-52.
13. Barbosa VFB, Cavalcanti A, Alcântara MCA, Pedroza RM, Ferreira SHV et al. O papel da atenção primária de saúde na construção das redes de cuidado em saúde mental. Rev Fund Care. 2017;9(3):659-68.
14. Almeida AB, Nascimento ERP, Rodrigues J, Schweitzer G. Intervenções nas situações de crise psíquica, dificuldades e sugestões de uma equipe pré-hospitalar. Rev bras enferm. 2014;67(5):708-14.
15. Bonfim IG, Bastos ENE, Gois CWL, Tofoli LF. Apoio matricial em saúde mental: uma análise da produção científica e documental. Interface (Botucatu). 2013;17(45):287-300.
16. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. Ciênc saúde coletiva. 2013;18(7):2157-66.
17. Organização Mundial da Saúde, coordenador. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Edusp; 2012. 1056 p.
18. Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. Ciênc saúde coletiva. 2012;17(3):653-60.

RECEBIDO: 13/03/2019

ACEITO: 13/05/2019

A PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS NOS TRABALHADORES DA APS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA/PR

Mental health disorders prevalence in Primary Health Care workers of the city of Curitiba/PR

Ellen Dalla Costa¹, Luiz Claudio Sobrinho do Nascimento²

1. Enfermeira Residente em Estratégia Saúde da Família. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2544-2046>.

2. Enfermeiro na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e Mestre na Universidade Positivo. ORCID: <https://orcid.org/000-0003-1951-0222>

CONTATO: Ellen Dalla Costa | Endereço: Rua Vicente Nicolau Kopytowski, 60, casa 4 | Xaxim | Curitiba-PR | Telefone: (41) 98860-6237 | E-mail: ellendalla@gmail.com

COMO CITAR: Costa ED, Nascimento LCS. A prevalência de transtornos mentais nos trabalhadores da APS no município de Curitiba/PR. R. Saúde Públ. 2019 Jul;2(1):80-92.



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 Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, transversal e descritiva de abordagem quantitativa, cujos objetivos foram pesquisar a prevalência de transtornos de saúde mental nos profissionais de saúde atuantes na APS no município de Curitiba, relacionar essa prevalência com as características epidemiológicas e realizar a comparação das prevalências entre os profissionais das Unidades Básicas de Saúde e os profissionais do modelo de Estratégia Saúde da Família. Para tanto, foram obtidos dados do setor de Saúde Ocupacional da Prefeitura Municipal de Curitiba. As variáveis faixa etária e cargo provaram ser um fator de relevância para o desenvolvimento dos transtornos mentais, e os resultados mostraram uma maior prevalência de afastamento por CID F nos profissionais das UBS do que entre os profissionais da ESF. Faz-se necessário, portanto, o investimento em estratégias de prevenção e tratamento dessas patologias entre os profissionais da APS do município de Curitiba/PR.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Trabalhador. Saúde Mental. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT This is a retrospective, cross-sectional, and descriptive research of quantitative approach whose objectives were to investigate the prevalence of mental health disorders in health professionals working in Public Primary Health Care in the city of Curitiba, to relate this prevalence with the epidemiological characteristics, and compare it in Basic Health Units and in the units of the Family Health Strategy model. For that, data were obtained from the Occupational Health Department of the City Hall of Curitiba. The variables age and position proved to be a relevant factor for the development of mental disorders, and the results showed a higher prevalence of mental disorders (ICD-10 F code) within Basic Health Units professionals. Therefore, it is necessary to invest in strategies for the prevention and treatment of these pathologies among the Public Health Care professionals in the city of Curitiba/PR.

KEYWORDS: Occupational Health. Mental health. Family Health Strategy. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A satisfação com o trabalho pode ser entendida como um sentimento positivo resultante de fatores favoráveis ao trabalhador, como relações interpessoais bem-sucedidas, valorização do trabalho e recursos e ambientes adequados. Além disso, pesquisas realizadas a partir da década de 70 mostraram que outras variáveis como o salário, promoção e supervisão adequadas contribuem para a maior satisfação do trabalhador^{1,2}.

Contudo, a subjetividade do processo avaliativo da satisfação do funcionário com seu ambiente de trabalho envolve influências internas e externas a ele, como sua relação familiar, social, lazer, etc., além de suas próprias características e personalidade².

Quando os recursos necessários ao trabalho e as demandas do cargo não se encontram ajustadas ao trabalhador, este gera respostas físicas e emocionais que se, por sua vez, estiverem incompatíveis com a condição física e comportamental do indivíduo, surge o estresse^{2,3}.

As respostas do organismo humano frente ao estresse incluem tanto os sintomas físicos quanto os psicológicos. Quanto ao primeiro grupo, os sinais mais comuns incluem sudorese, tensão muscular, hipertensão, taquicardia, náuseas, ranger de dentes, etc. As respostas psicológicas, por sua vez, incluem ansiedade, tensão, sensação de angústia, insônia, preocupação excessiva, dificuldade de relaxar, ira, sensibilidade emotiva e pensamentos exagerados quanto aos fatores estressores⁴.

O contato direto com o sofrimento de outros seres humanos caracteriza a área da saúde como uma das principais profissões propensas a esse problema^{2,3}. Ainda assim, há poucos trabalhos relacionados à saúde dos profissionais de saúde, apesar de ser um cenário de trabalho em que o indivíduo se aproxima constantemente do sofrimento e situações dolorosas⁵.

A percepção de que os profissionais de saúde são muitas vezes vistos como "doadores de saúde" contribui para a falta de medidas e ações voltadas tanto para a prevenção do adoecimento desses indivíduos, quanto para a recuperação de sua saúde, principalmente no âmbito do Sistema Único de Saúde⁶.

Na atenção primária do Brasil, funcionam dois modelos assistenciais: Atenção Básica Tradicional e a Estratégia de Saúde da Família.

A Atenção Básica (AB) é orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde e deve servir como a principal porta de entrada para a rede de saúde. Além disso, possui um papel central na garantia de acesso a uma atenção à saúde de qualidade, conforme o trecho a seguir, encontrado na PNAB⁷.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

As práticas da AB são desenvolvidas sob a forma do trabalho em equipe, sendo que estas assumem a responsabilidade sanitária pela população do seu território definido, levando em consideração todos os seus critérios de risco⁷.

Entre os fundamentos e diretrizes da

Atenção Básica destacam-se a presença de um território adstrito definido, equidade, integralidade e longitudinalidade do cuidado, acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade. Além disso, deve-se considerar as ações programadas e as de demanda espontânea, tendo em vista a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde. Deve-se, ainda, estimular a participação dos usuários no seu processo de cuidar, estimulando a sua autonomia e a corresponsabilidade do cuidado de sua saúde e da comunidade⁷.

Como encontra-se na PNAB⁷, a Estratégia Saúde da Família visa a reorganização da atenção básica no País, conforme o trecho a seguir:

A Estratégia Saúde da Família [...] é tida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades [...]

Uma característica importante da ESF é a implantação de equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde. Estas equipes tornam-se responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias e usuários em um território adstrito⁷.

As equipes da ESF são formadas por, no mínimo, um médico de família e Comunidade ou médico especialista em Saúde da Família, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família e um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Pode-se incluir os profissionais de saúde bucal, sendo um cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e um auxiliar ou técnico em saúde bucal⁷.

Por fim, uma das características mais marcantes do modelo da ESF é a possibilidade da criação do vínculo com os usuários do SUS. Esta ligação permite às equipes das unidades de saúde a

desencadear um processo de transformação social através de estratégias de ações de promoção e prevenção da saúde junto às famílias e comunidade. Portanto, é imprescindível o bem-estar físico, social e mental dos profissionais da ESF para que possam realizar com excelência o seu papel e trazer benefícios tanto para a sua própria vida, quanto para a comunidade^{6,8}.

Neste contexto, a convivência constante com a realidade e as situações de sofrimento dos usuários em conjunto com o vínculo e laços afetivos que se formam no processo do cuidado podem levar o profissional a desencadear o processo de estresse^{8,9}.

Sendo assim, identifica-se uma necessidade de estudo acerca dos motivos que levam o trabalhador da Atenção Primária à Saúde (APS) a desenvolver transtornos de saúde mental. A partir disso, pode-se pensar em estratégias específicas para a prevenção e tratamento desses transtornos nesses profissionais.

OBJETIVOS

Pesquisar a prevalência de transtornos de saúde mental nos profissionais de saúde atuantes na APS no município de Curitiba, relacionar essa prevalência com as características epidemiológicas e comparar entre ESF e UBS.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, transversal e descritiva de abordagem quantitativa.

Para sua realização, optou-se por buscar dados presentes no setor de Saúde Ocupacional dos trabalhadores de saúde da SMS de Curitiba.

Esses dados incluem os afastamentos de acordo com a classificação CID-10, especificamente

os diagnósticos presentes no subgrupo F (Transtornos mentais e comportamentais). Entre esses dados se encontram o número de profissionais afastados, a quantidade de licenças de saúde homologadas e os dias de afastamento decorrente destas licenças. Além disso, incluem os dados sociodemográficos e epidemiológicos como gênero, faixa etária e cargo. Ressalta-se aqui, que os dados coletados se referem ao período de 2012 a 2017, porém atualizados com o banco de dados de 2018. Por exemplo, os dados referentes à faixa etária foram obtidos com base na idade atual dos servidores. O mesmo vale para as outras variáveis.

Os critérios de inclusão do estudo foram: ser profissional de saúde atuante em uma das 111 unidades de saúde do município ou compor o Núcleo de Atenção de Saúde da Família (NASF). Optou-se por pesquisar os servidores com um mínimo de 10 anos de trabalho pela SMS, e o tempo de serviço apresenta-se como preditor para o adoecimento mental, devido ao maior tempo exposto aos elementos laborais desfavoráveis¹⁰.

Critérios de exclusão: profissionais de saúde atuantes há menos de 10 anos na prefeitura, atuantes nos CAPS, maternidades, UPAS, centros de especialidades médicas, centros de especialidades odontológicas, Centro de Orientações e Aconselhamentos (COA), ambulatórios, Centro de Convivência, Hospitais municipais e Laboratório Municipal.

Após a coleta dos dados concedidos pelo setor de Saúde Ocupacional, os mesmos foram organizados e enviados para uma análise estatística a fim de comprovar resultados estatisticamente significativos para a pesquisa.

Os dados recebidos estavam divididos por grupos, sendo eles: o total de servidores afastados, total de licenças homologadas e o total de dias de afastamento em decorrência dessas licenças. Todos esses grupos foram subdivididos entre tipo de unidade, cargo, faixa etária e gênero.

Deve-se considerar que cada servidor pode estar inserido em mais de uma licença, assim como

pode ter sido afastado por mais de um diagnóstico, possuindo então mais de um CID F na causa de afastamento.

Na primeira etapa da análise de dados, foi realizada a comparação geral dos dados da variável "tipo de unidade", ou seja, entre ESF e UBS. Para tanto, utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, o qual evidenciou a diferença estatisticamente significativa com 95,25% de certeza entre a proporção de servidores afastados.

O intervalo de confiança indicado pelo teste de Mann-Whitney confirmou, com alpha 0,05, os resultados encontrados pelo teste de Kruskal-Wallis.

Em relação à análise por gênero, a fim de utilizar todo o conjunto de dados e superar a grande variância proporcionada pela interferência do fator "tipo de unidade" nos dados, foram testadas as transformações raiz quadrada, inversa e log. A única a regularizar a variância de maneira a garantir as suposições de normalidade e homogeneidade das variâncias em todas as comparações foi a transformação log, que então foi mantida para a análise dos dados. Foi utilizado em seguida intervalo de confiança 95% do teste t para desvios de padrões iguais.

Para as análises por cargo e faixa etária foram utilizados os testes de Kruskal-Wallis para análise dos conjuntos completos e, em seguida, os testes de *Unweighted pair-group average*, que compara a distância média entre todos os membros de todos os grupos, montando a árvore dos mais próximos aos mais distantes e o método de Ward, que consiste na combinação dos grupos de forma a ter o menor aumento possível da variância.

A comparação das duas metodologias permitiu uma melhor observação do comportamento dos grupos, o que possibilitou a formação das hipóteses iniciais testadas por meio dos intervalos de confiança do teste de Mann-Whitney. A confirmação dessas hipóteses dá-se pela não diferença entre membros de um mesmo grupo e subsequente confirmação da diferença entre agrupamentos.

Especificamente para a análise dos cargos, devido à aparente existência de diferentes títulos a uma mesma função, quando a estrutura dos dados se mantinha a mesma entre dois cargos e a ausência de média anual era simultânea à presença desta no outro cargo de título semelhante, estes foram combinados. Foi o caso dos seguintes cargos: técnico em saúde bucal e técnico em saúde bucal em saúde pública, auxiliar de saúde bucal e auxiliar de saúde bucal em saúde pública e auxiliar de enfermagem com técnico de enfermagem em saúde pública.

Ressalta-se, aqui, que foram excluídos da análise nas UBS os cargos "Assistente de desenvolvimento social", que tinha médias anuais somente para os anos de 2012 e 2014 e um só funcionário; e "Fisioterapeuta" com média anual somente para o ano de 2014 e três funcionários no quadro atual.

Para a análise das ESF foram excluídos os cargos "Agente administrativo" e "Auxiliar administrativo operacional", devido à existência de médias anuais somente dos anos de 2012 e 2013 e à ausência de funcionários nestas funções no quadro atual de funcionários.

Quanto à análise de idade, foi excluída a faixa de 26 a 30 anos, devido à presença de médias anuais somente às UBS para os anos de 2013 e 2014 e 3 funcionários no quadro atual.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Curitiba sob o parecer número 2.609.869, e de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de setembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A pesquisa foi realizada considerando os profissionais das 111 Unidades Municipais de Saúde do município e foram consideradas as quantidades de servidores conforme a tabela 1.

Tabela 1 Total de servidores atuantes nas Unidades de Saúde de Curitiba há mais de 10 anos, segundo o quadro de funcionários de 2018.

Tipo de Unidade	Nº de servidores	%
ESF	1503	53,89
UBS	1286	46,11
Total	2789	100

Fonte: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2018

A tabela 2 mostra os dados utilizados para a comparação geral da proporção de afastamentos por CID F entre as unidades do tipo ESF e UBS.

Tabela 2 Servidores afastados, licenças homologadas e dias de afastamento por CID F entre os servidores atuantes nas Unidades de Saúde de Curitiba há mais de 10 anos.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total de Servidores Afastados						
ESF	246	272	236	228	162	183
UBS	142	150	135	136	121	127
Total	383	415	368	364	279	310
Total de Licenças Homologadas						
ESF	513	603	586	515	312	384
UBS	356	401	351	277	249	287
Total	869	1.004	937	792	561	671
Total de Dias de Afastamento						
ESF	4.647	5.693	5.448	4.598	2.582	3.388
UBS	4.505	4.476	3.838	2.844	2.738	3.749
Total	9.152	10.169	9.286	7.442	5.320	7.137

Fonte: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2018

A primeira etapa da análise de dados comparou a proporção de servidores afastados entre ESF e UBS. Para tanto, utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, o qual evidenciou que a mediana da proporção de servidores afastados no ano foi de 15% para as ESF e 35,4% para as UBS, diferença estatisticamente significativa com 95,25% de certeza.

Por sua vez, a análise quanto à quantidade de licenças homologadas e dos dias de afastamento divididos por servidor não obtiveram diferenças estatisticamente significativas entre ESF e UBS, conforme o teste de Kruskal-Wallis.

Para a análise quanto aos dias de afastamento por licença homologada, o teste de Kruskal-Wallis rejeitou a hipótese de igualdade das medianas, pois o percentual foi menor do que 5%. O intervalo de confiança indicado pelo teste de Mann-Whitney

confirmou, com alpha 0,05, o encontrado pelo teste de Kruskal-Wallis, ou seja, o tempo de afastamento por licença homologada também obteve resultado estatisticamente significativo, sendo que cada licença durou, em média, 7 dias (UBS) contra 5,5 dias (ESF). Anualmente, esse número passa para 12 e 9 dias, respectivamente.

Quanto aos dias de afastamento por servidor afastado, não foram obtidas diferenças estatisticamente significativas.

A relevância do gênero, após a análise, não pôde ser provada como significativo fator de diferenciação para este estudo.

Para as análises por cargo, devido ao diferente conjunto de dados de um mesmo cargo em diferentes unidades, optou-se por realizar os testes separadamente para ESF e UBS.

Tabela 3 Total de servidores atuantes há mais de 10 anos nas Unidades de Saúde de Curitiba, divididos por cargo e tipo de unidade.

CARGO	ESF	UBS
Agente administrativo	0	98
Assistente de desenvolvimento social	0	1
Assistente social	1	0
Atendente de secretaria	0	1
Auxiliar administrativo operacional	0	54
Auxiliar de saúde bucal em saúde pública	214	147
Cirurgião dentista	161	109
Educador social	0	2
Enfermeiro	171	153
Farmacêutico-bioquímico	23	5
Fisioterapeuta	29	3
Fonoaudiólogo	4	0
Médico	228	207
Nutricionista	9	1
Orientador em esporte e lazer	25	3
Psicólogo	30	5
Técnico de enfermagem em saúde pública	532	450
Técnico de saúde bucal em saúde pública	76	46

Fonte: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2018

Em relação às prevalências, no tipo de unidade ESF, o cargo de Enfermeiro apresentou o maior índice de prevalência de afastamentos, com uma diferença de 2,3% a 11,1% maior em relação aos outros cargos.

Para as UBS, apesar de observada uma prevalência maior de afastamentos no cargo técnico de enfermagem, foi possível obter um resultado estatisticamente significativo apenas em relação aos técnicos de saúde bucal, que em 95% dos casos apresentou uma diferença de -2,2% a -9,8% da prevalência de afastamentos em relação aos demais cargos.

A análise da quantidade de licenças homologadas por servidor no tipo de unidade ESF foi feita, também, através de uma avaliação entre grupos, que contrasta os conjuntos [farmacêutico-bioquímico, fisioterapeuta, técnico de saúde bucal e orientador em esporte e lazer] contra o grupo que contém os demais cargos.

Confirmou-se a diferença significativa entre os dois conjuntos de cargos, de 9 a 22 licenças médicas a menos, por ano, para cada 100 servidores neste grupo composto pelos 4 cargos listados em relação aos demais. O contraste destes cargos individualmente aos cargos fora deste grupo listado apresenta de 14 a 35 afastamentos a menos a cada 100 servidores por ano, solicitados pelos farmacêuticos-bioquímicos; 13 a 33 afastamentos a menos a cada 100 servidores por ano solicitados por fisioterapeutas; 8 a 27 afastamentos a menos a cada 100 servidores por ano solicitados por técnicos de saúde bucal; e 19 a 38 afastamentos a menos a cada 100 servidores por ano solicitados por orientadores em esporte e lazer.

Essa análise no tipo de unidade UBS não obteve diferença significativa entre os cargos.

Em relação aos dias de afastamento por servidor da ESF realizou-se também uma avaliação entre grupos, que contrasta os conjuntos [farmacêutico-bioquímico, fisioterapeuta, técnico de saúde bucal, nutricionista e orientador em esporte e lazer] contra o grupo que contém os demais cargos.

Confirmou-se a diferença significativa entre os dois conjuntos de cargos, de 1,9 a 3,4 dias de afastamento a menos, por funcionário, por ano. O contraste destes cargos individualmente aos cargos fora deste grupo listado apresentou, por ano, de 1,2 a 3,9 dias de afastamento a menos pelos farmacêuticos-bioquímicos; 1,5 a 4 dias de afastamentos a menos por fisioterapeutas e nutricionistas; 1,3 a 3,8 dias de afastamento a menos por técnicos de saúde bucal; e 1,7 a 4,2 dias de afastamento a menos por orientadores em esporte e lazer.

Para a UBS, também não obteve resultados significativos.

Em relação à duração das licenças, nas unidades do tipo ESF observou-se proximidade nos intervalos a partir da comparação às medianas dos cargos. O cargo de nutricionista e de técnico de saúde bucal foram os únicos que apresentaram diferenças estatisticamente significativas nesta análise, apresentando 3,5 a 8,5 dias a menos de duração por licença médica para os nutricionistas e 1,7 a 6,7 dias a menos por licença médica para o cargo de técnico de saúde bucal.

Para as UBS, o cargo de psicólogo apresentou uma diferença de 8,5 a 13,3 dias a menos por licença médica em relação aos demais cargos (com exceção do agente administrativo e auxiliar administrativo operacional); o agente administrativo teve uma diferença de 4,5 a 8,9 dias a menos por licença; e o auxiliar administrativo operacional apresentou uma diferença de 4,2 a 8,6 dias a menos por licença médica.

O cargo de enfermeiro apresentou afastamento com duração acima do comum nas UBS, de 1 a 11,8 dias por licença médica a mais do que os outros cargos, apesar de estar entre os cargos que apresentaram menor duração das licenças.

Quanto ao tempo de afastamento por cada servidor, na ESF observou-se a real formação de dois grupos, sendo um composto pelos cargos técnico de saúde bucal, nutricionista, orientador

em esporte e lazer e fisioterapeuta, e o outro pelos cargos auxiliar de saúde bucal, cirurgião-dentista, enfermeiro, farmacêutico-bioquímico, técnico de enfermagem e médico, entre os quais houve diferença significativa, de 9 a 18 dias de afastamento por servidor que solicita a licença, ao ano. Deste primeiro grupo ao cargo de psicólogo, a mediana da diferença e o limite inferior foi 8 dias maior, com um intervalo de diferença entre 2,8 e

23,9 dias de afastamento por servidor afastado.

Para as UBS, foi possível a análise apenas para o cargo de psicólogo, que apresentou um intervalo de -8,7 a -39 dias de afastamento por servidor em comparação aos outros cargos.

Para a análise por faixa etária, aplicou-se a mesma metodologia utilizada para a análise de gênero.

Tabela 4 Total de servidores atuantes há mais de 10 anos nas Unidades de Saúde de Curitiba, divididos por faixa etária e tipo de unidade.

FAIXA ETÁRIA	ESF	UBS	TOTAL
Entre 26 e 30 anos	0	3	3
Entre 31 e 35 anos	49	71	120
Entre 36 e 40 anos	176	177	353
Entre 41 e 45 anos	236	229	465
Entre 46 e 50 anos	294	274	568
Entre 51 e 55 anos	363	252	615
Entre 56 e 60 anos	222	162	384
Entre 61 e 65 anos	113	75	188
Entre 66 e 70 anos	44	37	81
Acima de 70 anos	6	6	12

Fonte: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2018

Quanto ao percentual de servidores afastados, nenhuma das faixas apresentou diferença significativa em relação às outras. Portanto, não se pode afirmar diferença significativa de uma faixa a todas as demais no quesito prevalência de afastamento.

Contudo, a faixa etária de 36 a 40 anos apresentou de 5 a 23 licenças médicas a mais a cada 100 funcionários em relação às outras faixas de idade e de 6,2 a 20,8 dias a mais de afastamento por servidor afastado do que os demais funcionários.

Por sua vez a faixa etária de 61 a 65 anos apresentou de 5 a 18 licenças médicas a menos para cada 100 funcionários, enquanto que o grupo compreendendo a faixa etária de 61 a 70 anos apresentou de 5 a 13,8 dias a menos de afastamento por funcionários do que as demais faixas etárias.

Além disso, quando no mesmo grupo, as faixas etárias de 36 a 40 e de 51 a 55 anos apresentaram uma diferença de 1,7 a 3,1 dias de afastamento a mais por servidor, em comparação com as outras faixas de idade.

DISCUSSÃO

Proporcionalmente, a quantidade de servidores afastados por CID F se mostrou maior entre os profissionais das UBS (35,4%) do que entre os profissionais que trabalham na ESF (15%). Além disso, o tempo de afastamento por licença homologada também obteve resultado estatisticamente significativo, sendo que cada licença teve duração, em média, de 7 dias (UBS) contra 5,5 dias (ESF). Anualmente, esse número passa para 12 e 9 dias, respectivamente.

Por sua vez, não houve diferença estatisticamente significativa em relação à quantidade de licenças homologadas e dos dias de afastamento por cada servidor.

Segundo Silveira et al¹⁰, a diferença de atuação preconizada pela Política Nacional de Atenção Básica, a qual pressupõe que nas unidades do modelo ESF exista, além da territorialização, equipe mínima por número de habitantes, e uma presença maior de agentes comunitários de saúde é um fator que pode trazer melhores condições de trabalho aos seus funcionários em comparação com os funcionários das Unidades Básicas de Saúde.

Um estudo realizado em Porto Alegre concluiu que quanto ao local de atuação, mais de 50% dos profissionais trabalhavam na ESF e o restante nas UBS, o que corrobora com os achados desta pesquisa. No entanto, nessa pesquisa 37% dos profissionais da ESF foram afastados por algum tipo de adoecimento, contra 15,2% dos trabalhadores da UBS¹⁰.

A pesquisa de Lima¹¹ mostrou que a satisfação no trabalho pode ser influenciada, principalmente, por três fatores, sendo eles: "gostar do que se faz", a resolubilidade da assistência e o trabalho em equipe. No contexto da ESF, o vínculo entre equipe e usuários mostrou-se como fonte importante de satisfação com o trabalho.

Além disso, a dupla jornada de trabalho pode consistir em um fator determinante na ocorrência de transtornos mentais^{12,13,14}. Devido à carga

horária semanal menor entre os trabalhadores das UBS contra a carga horária de 40 horas pelos profissionais da ESF, além da diferença salarial, especula-se que os profissionais das UBS possuam dupla jornada de trabalho, além das tarefas domésticas, o que pode contribuir para deixá-los vulneráveis ao surgimento de transtornos psíquicos.

Outras pesquisas concluíram que o vínculo e o trabalho no território, apesar de constituírem fatores essenciais para o trabalho da ESF, deixam os profissionais vulneráveis ao sofrimento psíquico devido ao contato frequente com o sofrimento alheio e outras situações^{8,11}. Isso pode se tornar patológico e trazer, como consequência, transtornos como depressão, síndrome do pânico, abuso de álcool e outras substâncias psicoativas, sendo essas últimas estratégias de fuga para o problema em si^{2,4,10,12,13}.

Apesar do processo que leva ao adoecimento mental constituir-se de múltiplos fatores, os associados ao trabalho, com a falta de condições adequadas para a realização das atividades, falta de autonomia para resolver os problemas, a sobrecarga de trabalho, a pressão advinda da gestão, a carência de recursos humanos e o déficit de instrumentos e de área física constituem as principais causas do adoecimento mental^{11,14-20}. Para os trabalhadores da ESF, esses últimos constituem o principal fator de insatisfação com o trabalho^{2,3,8,11,13}.

Além dos fatores acima, motivos de insatisfação com o trabalho incluem a questão salarial e as dificuldades nas relações tanto para a realização do trabalho em equipe, quanto com os usuários e as famílias^{11,19}.

A variável de gênero não obteve fator significativo de relevância para o estudo, corroborando a pesquisa de Braga⁷. No entanto, estudos afirmam que a variável gênero interfere na resposta dos indivíduos aos problemas no trabalho, sendo a predominância de médias no gênero feminino^{2,4,13,14,21,22}.

Quanto às análises por cargos, vale ressaltar que a utilização de amostras de pequeno tamanho

amostral fez com que fosse possível provar somente a diferença entre grupos de grande diferença. Este efeito, causado pela utilização de médias anuais, pode ter sido o motivo da não possibilidade de provar a diferença entre diversos cargos. O mesmo ocorreu com o estudo de Batista de Albuquerque²³, que não conseguiu provar diferenças estatisticamente significantes nas ocorrências de transtornos mentais comuns nas diferentes categorias profissionais.

Nas UBS, destacou-se a presença dos psicólogos abaixo da tendência central na duração das licenças médicas, mantendo distribuição e quantidade de licenças entre os funcionários. Além disso, os cargos de agente administrativo e auxiliar administrativo operacional também apresentaram menor duração das licenças.

Os técnicos de saúde bucal apresentaram a menor prevalência de afastamentos nas UBS corroborando estudos, o que pode ser explicado pelo fato de um trabalho menor com a comunidade²³. Por sua vez, o cargo que apresentou menor prevalência de afastamentos no tipo de unidade ESF foi orientador em esporte e lazer.

Apesar de, nas UBS, o cargo dos enfermeiros não estar entre os que obtiveram diferença estatística relevante em relação aos demais cargos, observou-se uma maior duração das licenças médicas para os mesmos, sendo de 1 a 11,8 dias a mais por licenças em relação aos outros cargos.

O contrário ocorreu no tipo de unidade ESF, em que os enfermeiros apresentaram a maior proporção de afastamentos em relação às outras categorias profissionais, apesar de não apresentar resultado estatístico relevante em relação à duração e quantidade das licenças.

Estudos^{10,15,24} corroboram com o resultado desta pesquisa em relação aos enfermeiros, estando presente no ranking entre as categorias profissionais que apresentam a maior proporção de transtornos mentais.

Os principais fatores para o adoecimento mental dos enfermeiros são aqueles relacionados

às condições – ou falta delas – de trabalho, como estrutura física, ausência de materiais, questão salarial, etc^{11,16}. Deve-se considerar o fato de caber ao enfermeiro as funções de gerenciamento, organização e controle do processo de trabalho nas unidades, além, é claro, do contato constante com as condições que podem levar ao adoecimento, como, por exemplo, o contato com as áreas de pobreza extrema, principalmente nas periferias, onde se encontram a maior parte das unidades do tipo ESF^{2,15,24}.

Por fim, em relação às análises por faixa etária, o intervalo de 36-40 anos obteve um comportamento diferente em relação aos demais, apresentando maior quantidade de licenças médicas, maior tempo de afastamento e maior tempo de afastamento por servidor afastado, o que vai de encontro com a literatura^{10,13,15,17,22,24}.

A faixa de 61-65 anos também chamou a atenção com uma menor quantidade de licenças médicas e menor tempo de afastamento por servidor afastado, juntamente com a faixa etária de 66 a 70 anos.

Foi também provada a diferença, mesmo que sutil da quantidade superior de licenças homologadas para a faixa de 51-55, faixa que ficou acima da mediana em todos os testes, o que mostra sua leve superioridade à mediana as respostas.

A prevalência dos transtornos mentais na faixa etária mais jovem pode estar atribuída a pouca experiência do trabalhador e do choque com a realidade ao se deparar com o trabalho a ser exercido^{17,18}. Vale ressaltar, porém, que a literatura diverge quanto à prevalência destes transtornos. Ora está relacionado com o maior tempo de serviço¹⁰, ora está relacionado com a falta de experiência dos mais jovens e suas dificuldades de adaptação^{17,24}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proporção de servidores afastados por CID

F se mostrou maior entre os profissionais das UBS, assim como a duração das licenças. As variáveis cargo e faixa etária também se mostraram serem fatores relevantes para o desenvolvimento de transtornos mentais, sendo a faixa etária jovem de até 40 anos a que apresentou a maior proporção de afastamentos por doença CID F.

O cargo de enfermeiro se destacou em relação aos demais, sendo a categoria profissional que apresentou alta prevalência de afastamento e de duração das licenças. Isso demonstra a realidade vivida por esses profissionais e a necessidade de um olhar diferenciado para essa categoria.

Por fim, os resultados dessa pesquisa demonstram a necessidade da formação de estratégias de prevenção e controle destes transtornos dentre os profissionais da Secretaria Municipal da Saúde, mais especificamente no campo da Atenção Primária à Saúde, de forma a diminuir o absenteísmo por transtornos mentais, além de refletir na melhoria e na qualidade da assistência prestada por esses profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Sampaio JR. Qualidade de vida no trabalho: perspectivas e desafios atuais. *Rev Psicol Organ e Trab.* 2012;12(1):121-36.
2. Suehiro ACB, Santos AAA, Hatamoto, CT; Cardoso MM. Vulnerabilidade ao estresse e satisfação no trabalho em profissionais do Programa de Saúde da Família. *Bol Psicol [Internet].* 2008 Dez [citado 2019 Maio 8];58(129):205-18. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0006-59432008000200008&script=sci_arttext.
3. Naiara I, Soares L, Cavalcante L, Souza G, Feitosa A, Castro L, et al. Análise do Estresse Ocupacional e da Síndrome de Burnout em Profissionais da Estratégia da Saúde da Família no Município de Maceió/ AL. *Rev Semente.* 2011;6(6):84-98.
4. Camelo SHH, Angerami ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2004;12(1):14-21.
5. Alves CFO. Entre o cuidar e o sofrer: o cuidado do cuidador via experiência de cuidadores/ profissionais de saúde mental [dissertação]. Recife: Universidade Católica de Pernambuco;2005.
6. Braga CC, Forte FDS, Melo ACBV. Acessibilidade ao serviço de saúde bucal na atenção básica: desvelando o absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. *R bras ci Saúde.*

2011;15(3):309-18. .

7. Brasil. Portaria nº 2.036, 21 setembro 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). Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 20 de abril 2018.
8. Silva SS, Martins DC, Camilo LSS. Riscos ocupacionais entre a equipe multidisciplinar na Atenção Básica. *International Nursing Congress, 2017;Maio 9-12; Barcelona, Espanha.*1-3.
9. Camelo SHH, Angerami ELS. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. *Ciência, Cuid e Saúde.* 2008;7(2):232-40.
10. Silveira S, Amazarray MR. Preditores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre / RS. *Cad saúde colet. [Internet].*2014 [citado 2018 Abr 22];22(4):386-392. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400040012>.
11. Lima L, Pires DEP, Forte ECN, Medeiros F. Satisfação e insatisfação de profissionais de saúde da atenção básica. *Esc Anna Nery [Internet].* 2014 Jan-Mar [citado 2018 Abr 22];18(1):17-24. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127730129026>. 2014.
12. Nogueira-Martins LA. Saúde mental dos profissionais de saúde. *Rev Bras Med Trab Belo Horiz.* 2003 Jul-Set;1(1):56-68.
13. De Jesus M et al. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(2):259-68.
14. Santos VC, Ferreira SMS, Júnior DFM, Sobrinho CLN, et al. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Rev Bras Saúde ocup São Paulo.* 2012;37(126):306-15.
15. Trindade LL, Lautert L, Beck CLC, Amestoy SC, Pires DEP, et al. Stress and burnout syndrome among workers of the Family Health team . *Acta paul. enferm.* 2010 Set-Out;23(5):684-9.
16. Miquelim JDL, Carvalho CBO, Gir E, Pelá NTR. Estresse nos profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pacientes portadores de HIV-AIDS. *J Bras Doenças Sex Transm.* 2004;16(3):24-31.
17. Santana G, Carreiro GSP, Ferreira Filha MO, Lazarte R, Silva AO, et al. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. *Rev Eletr Enf [Internet].* 2013 Jan-Mar [citado 2018 Abr 25];15(1):146-55. Disponível em :<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.14084>.
18. Medeiros PA, Silva LC, Amarante IM, Cardoso VG, Mensch KM, Naman M, Chequim L, Silva DA, De Amarante IM, Schimith MD. Condições de saúde entre profissionais da atenção básica em saúde do município de Santa Maria - RS. *R bras ci Saúde.* 2016;20(2):115-22.
19. Rossi SS, Santos PG, Passos JP. A síndrome de Burnout no enfermeiro: um estudo comparativo entre a Atenção Básica e setores fechados hospitalares. *R Pesq Cuid fundam [Internet].* 2010 Out-Dez [citado 2018 Abr 25]; 2(4):1232-39. Disponível: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=565750833002>.

20. Leonelli LB, Andreoni S, Martins P, Kozasa EH. Estresse percebido em profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Epidemiol*. 2017 Abr-Jun;20(2):286-98.
21. Carlotto MS. Transtornos mentais comuns em trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde : prevalência e fatores associados. *Psico Argum*. 2016 Abr-Jun;34(85):133-46.
22. Araújo TM, Mattos AIS, Almeida MMG, Santos KOB. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde : contribuições da análise de modelos combinados. *Rev bras epidemiol [Internet]*. 2016 [citado 2018 Maio 25];19(3):645-57. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600030014>.
23. Albuquerque FJB, Melo CF, Neto JLA. Avaliação da Síndrome de Burnout em Profissionais da Estratégia Saúde da Família da Capital Paraibana. *Psicol Reflex Crit*. 2012;25(3):542-49.
24. Moreira IJB, Horta JA, Duro LN, Borges DT, Cristofari AB, Chaves J, et al. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016 Jan-Dez;11(38):1-12.

RECEBIDO: 27/02/2019

ACEITO: 13/05/2019

A PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO DISFÁGICO APÓS INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

Perceived quality of life of the dysphagic elderly after swallowing therapy intervention

Paloma Alves Miquilussi¹, Isabel de Lima Zanata², Ana Paula Andrade Sartori³, Janaína Turcato Nonato da Silva⁴, Jasiel da Silva⁵

1. Fundação Estatal de Atenção em Saúde de Curitiba (FEAES). Residente da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso. ORCID: orcid.org/0000-0003-2847-8199
2. Fundação Estatal de Atenção em Saúde de Curitiba (FEAES). Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso. 2. ORCID: orcid.org/0000-0002-0902-5584
3. Fundação Estatal de Atenção em Saúde de Curitiba (FEAES). Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso. ORCID: orcid.org/0000-0002-9633-7905
4. Fundação Estatal de Atenção em Saúde de Curitiba (FEAES). Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso. ORCID: orcid.org/0000-0002-7258-5146
5. Fundação Estatal de Atenção em Saúde de Curitiba (FEAES). Residente da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso. ORCID: orcid.org/0000-0003-1450-8529

CONTATO: Paloma Alves Miquilussi | Endereço: Rua Soldado Cipriano Pereira Bueno, 88 | Alto Boqueirão | Curitiba - Paraná | Telefone: (41) 99654-5112 | E-mail: fono_pa@yahoo.com.br

COMO CITAR: Miquilussi PA, Zanata IL, Sartori APA, Silva JTN, Silva J. A percepção da qualidade de vida do idoso disfágico após intervenção fonoaudiológica. R. Saúde Públ. 2019 Jul;2(1):93-102.



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

RESUMO Este trabalho teve o objetivo de identificar a percepção de qualidade de vida do idoso disfágico após intervenção fonoaudiológica. Trata-se de um estudo de caso longitudinal prospectivo de análise quantitativa, realizado com 4 pacientes encaminhados ao serviço ambulatorial de Fonoaudiologia de um hospital referência em saúde do idoso de Curitiba, os quais apresentavam queixa de disfagia e responderam ao protocolo SWAL-QOL antes e após programa de reabilitação. Foi calculada a média dos scores nos 11 domínios do protocolo nos dois momentos da pesquisa e em seguida foram analisados os resultados. Dos domínios avaliados no protocolo, 9 apresentaram

aumento da média do score após terapia. Portanto, o estudo identificou mudança da percepção da qualidade de vida destes idosos, o que pode ser atribuído ao programa de reabilitação fonoaudiológica proposto aos participantes. No entanto, sugere-se mais pesquisas na área e com maior número de indivíduos.

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos de Deglutição. Qualidade de Vida. Geriatria. Ciências da fala - Fonoaudiologia. Saúde do Idoso.

ABSTRACT This objective of this study was to identify in the perceived quality of life of dysphagic elderly after swallowing therapy intervention. This is a prospective longitudinal case study of quantitative analysis, carried out with 4 patients referred to a SpeechTherapy service in a reference hospital for elderly health in the city of Curitiba, who complained of dysphagia, and answered the SWAL-QOL protocol before and after a rehabilitation program. The mean scores were calculated in the 11 domains of the protocol in the two moments of the study, and the results were analyzed. Of the 11 domains evaluated by the protocol, 9 showed an increase in the mean score after therapy. Therefore, it was found that deglutition rehabilitation for dysphagic elderly patients may contribute to change the perception of the quality of life related to dysphagia. However, more research is needed in the area, and with a greater number of individuals.

KEYWORDS: Deglutition disorders. Quality of life. Geriatrics. Speech, Language and Hearing sciences – Speech therapy. Elderly health.

INTRODUÇÃO

Envelhecer é um processo progressivo e natural que gera mudanças graduais mesmo nos indivíduos que gozem de boa saúde e hábitos saudáveis no decorrer de sua vida. Este processo é caracterizado pela capacidade do idoso se adaptar às mudanças fisiológicas decorrentes da idade, de forma a compensar essas limitações e alcançar satisfação pessoal mesmo diante de enfermidades características desta população. Cada indivíduo se adapta em menor ou maior grau, já que o bem-estar envolve critérios subjetivos, de acordo com suas expectativas individuais e seus potenciais psicológico e social¹.

Estima-se que a partir de 2030, haverá uma

inversão na pirâmide etária, com diminuição da população produtiva e predomínio da população idosa em relação à quantidade de crianças. Já em 2040, há projeções de que idosos cheguem a 23,8% da população total². O impacto na saúde e qualidade de vida destes indivíduos, considerando o aumento da prevalência de doenças crônicas, afeta de forma multidimensional esta população³.

Para a OMS, o termo "qualidade de vida" refere-se à percepção individual do ser humano quanto à sua posição na vida, objetivos e expectativas. É um termo de significado amplo e subjetivo, que engloba aspectos relativos à saúde física, psicológica, nível de independência, relações

sociais, bem como quanto às suas atitudes frente às suas enfermidades⁴.

O distúrbio de deglutição associado ao processo natural do envelhecimento é definido como presbifagia. O idoso pode apresentar sinais e sintomas que comprometem esta função, tais como: acúmulo de alimento em cavidade oral, modificações na mastigação, escape de alimento durante a refeição, regurgitação nasal do alimento, tosse após a ingestão de alimento e/ou líquidos, odinofagia, engasgo, e sensação de bolo parado na região faríngea. Podem ocorrer como consequências destes sinais e sintomas: desnutrição, desidratação, aspiração laringotraqueal, pneumonias de repetição e aumento da morbimortalidade.

A avaliação da qualidade de vida relacionada à deglutição auxilia na mensuração do impacto que a disfagia pode trazer à vida do paciente⁵. Permite ainda verificar a percepção do paciente acerca de seu tratamento. Elaborado originalmente por Mchorney et al., o SWAL-QOL atualmente é o único protocolo validado para a língua portuguesa brasileira que avalia a qualidade de vida relacionada à deglutição, independentemente de sua etiologia⁶.

A intervenção fonoaudiológica no âmbito da disfagia consiste na realização de anamnese, avaliação indireta (sem oferta de alimento), a qual avalia a eficiência dos órgãos fonoarticulatórios envolvidos na deglutição; e avaliação direta ou funcional (com oferta de alimento), a qual tem o objetivo de observar o momento da alimentação do paciente, a fim de identificar sinais sugestivos de aspiração e estabelecer o grau de disfagia deste indivíduo. Por fim, auxilia no planejamento terapêutico, o qual engloba adequação da consistência da dieta, realização de manobras facilitadoras da deglutição e orientações ao paciente e familiares, objetivando criar condições para uma alimentação segura e capaz de garantir a nutrição e o prazer do indivíduo⁷.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é identificar a percepção de qualidade de vida do idoso disfágico após intervenção fonoaudiológica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso longitudinal prospectivo de análise quantitativa, realizado com pacientes encaminhados ao serviço ambulatorial de Fonoaudiologia de um hospital referência em saúde do idoso de Curitiba no período de março a agosto de 2018. Os idosos foram convidados a participar da pesquisa e os que aceitaram assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de inclusão para a pesquisa foram considerados: pacientes com idade igual ou superior a 60 anos de ambos os sexos, que apresentavam queixa de disfagia, a qual foi confirmada através de avaliação clínica e condições cognitivas preservadas, que foram avaliadas através do discurso verbal. Como critérios de exclusão foram considerados: pacientes com idade inferior a 60 anos, ausência de queixa de disfagia no momento da abordagem, aqueles cujo diagnóstico não foi confirmado na avaliação clínica fonoaudiológica, pacientes sem condições cognitivas preservadas, bem como os que não aderiram ao programa de reabilitação proposto.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde de Curitiba em 14 de dezembro de 2017, sob o parecer nº 2.439.618.

AVALIAÇÃO CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA

A primeira etapa consistiu na realização de avaliação clínica fonoaudiológica, a qual teve como instrumento o protocolo padronizado pela instituição. O objetivo desta avaliação foi verificar as condições de tonicidade, mobilidade e funcionalidade dos órgãos fonoarticulatórios, as condições clínicas do paciente, bem como foi possível determinar o grau de disfagia dos pacientes da seguinte forma: Deglutição Normal, Deglutição Funcional, Disfagia Leve, Disfagia Moderada e Disfagia Grave⁸.

- Disfagia leve: a alimentação é mais

demorada, podendo ocorrer episódios de engasgos. São orientadas refeições mais frequentes e em porções menores, maior atenção durante a deglutição, principalmente para líquidos, evitando escape precoce para a laringe.

- Disfagia moderada: dificuldade em iniciar a deglutição, podendo ocorrer penetração laringea e/ou aspiração laringotraqueal. Presença de tosse, engasgos, pigarros e voz molhada. Utilizam-se manobras facilitadoras e posturais associadas à modificação da dieta e suplementação nutricional. O líquido deve ser engrossado. A via oral é preservada desde que a tosse seja eficaz.
- Disfagia grave: necessidade de alimentação suplementar, devido à dificuldade em manter uma ingestão hídrica e proteica calórica adequada, associada à dificuldade respiratória e ao pouco prazer alimentar. Indicação de via alternativa de alimentação exclusiva. Pode ocorrer aspiração laringotraqueal, inclusive de saliva.

PROTOCOLO DE QUALIDADE DE VIDA (SWAL-QOL)

Ao término da avaliação clínica fonoaudiológica, os pacientes responderam ao protocolo de Qualidade de Vida relacionado à disfagia SWAL-QOL. Trata-se de um protocolo de autoavaliação composto por 44 questões, divididas em onze domínios: deglutição como um fardo, desejo de se alimentar, duração da alimentação, frequência dos sintomas, seleção de alimentos, comunicação, medo de se alimentar, saúde mental, social, sono e fadiga. O paciente responde as questões levando em consideração a frequência em que os eventos acontecem (sempre, muitas vezes, algumas vezes, um pouco ou nunca). A pontuação de cada domínio varia de 0 a 100, sendo que quanto mais baixo o resultado obtido, pior é a qualidade de vida relacionada à deglutição⁶. Caso o paciente

apresente algum impedimento físico para responder o protocolo, o pesquisador poderá auxiliar sem que o influencie em suas respostas.

Ao final desta etapa, iniciou-se um programa de reabilitação fonoaudiológica individualizada, levando em consideração as queixas e o resultado da avaliação clínica de cada paciente. Este programa terapêutico teve duração de até 10 sessões, sendo que cada sessão durava 40 minutos.

Durante as sessões foram utilizadas como estratégias terapêuticas: exercícios de fortalecimento das estruturas responsáveis pelas funções de mastigação e deglutição, estimulação sensorial, adaptação da consistência alimentar, utilização de posturas e manobras compensatórias que auxiliam a deglutição, além de orientações ao paciente e familiares. Os recursos terapêuticos utilizados foram escolhidos conforme a necessidade de cada paciente e dados da avaliação clínica destes.

Ao término do programa de reabilitação, o protocolo SWAL-QOL foi reaplicado, a fim de comparar a percepção de qualidade de vida do idoso disfágico antes e após intervenção fonoaudiológica.

RESULTADOS

Dos pacientes encaminhados ao ambulatório de fonoaudiologia no período do estudo, sete se enquadraram nos critérios da pesquisa, no entanto, somente quatro finalizaram todas as suas etapas. Dois dos pacientes eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. A média de idade foi de 72 anos, sendo que a idade mínima foi de 61 anos e a máxima 85 anos.

Todos os pacientes se alimentavam exclusivamente por via oral, e em relação à classificação da disfagia, antes do programa de reabilitação três pacientes apresentavam grau de disfagia leve e uma moderada. Após a intervenção, dois apresentaram deglutição funcional, um disfagia leve e um disfagia moderada.

A população de idosos participantes da pesquisa, bem como seus dados relacionados à alimentação

nos períodos pré e pós-intervenção fonoaudiológica estão caracterizados nos quadros abaixo:

Quadro 1 Caracterização dos idosos participantes da pesquisa pré-intervenção fonoaudiológica.

PACIENTE	SEXO	IDADE	DOENÇA DE BASE	QUEIXA PRINCIPAL	VIA DE ALIMENTAÇÃO PRÉ-INTERVENÇÃO	CONSISTÊNCIA DA DIETA PRÉ-INTERVENÇÃO
1	M	85	AVC	Engasgo	Via oral exclusiva	Branda e líquida
2	M	65	AVC	Tosse, bólus faríngeo, odinofagia	Via oral exclusiva	Branda e líquida
3	F	81	AVC	Engasgo	Via oral exclusiva	Branda e líquida
4	F	62	Fibromialgia, Paralisia de Bell	Bólus faríngeo, engasgo	Via oral exclusiva	Branda e líquida

**Legenda: AVC: Acidente Vascular Cerebral

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Quadro 2 Caracterização dos achados de avaliação, grau de disfagia antes e após intervenção e estratégias terapêuticas utilizadas no processo de reabilitação fonoaudiológica.

PACIENTE	ACHADOS DA AVALIAÇÃO	GRAU DA DISFAGIA PRÉ-INTERVENÇÃO	ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS UTILIZADAS	GRAU DA DISFAGIA PÓS-INTERVENÇÃO
1	Sinais sugestivos de penetração laríngea para consistência líquida	Disfagia Moderada	Exercícios miofuncionais ativos, estimulação sensorial extra e intra-orais, adequação da consistência alimentar, manobras facilitadoras de deglutição, orientações gerais ao paciente e familiares.	Disfagia Moderada
2	Ausência de sinais sugestivos de penetração laríngea/ broncoaspiração	Disfagia Leve	Exercícios miofuncionais ativos, estimulação sensorial extra e intra-orais, orientações gerais ao paciente e familiar.	Disfagia Leve
3	Ausência de sinais sugestivos de penetração laríngea/ broncoaspiração	Disfagia Leve	Exercícios miofuncionais ativos, estimulação sensorial extra e intra-orais, orientações gerais à paciente e familiar.	Deglutição Funcional
4	Ausência de sinais sugestivos de penetração laríngea/ broncoaspiração	Disfagia Leve	Exercícios miofuncionais ativos, estimulação sensorial extra e intra-orais, orientações gerais à paciente.	Deglutição Funcional

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

O desempenho individual dos pacientes por domínio avaliado através do protocolo SWAL-QOL está apresentado na tabela a seguir:

Tabela 1 Scores obtidos em cada domínio do SWAL-QOL, antes e após intervenção fonoaudiológica

	Paciente 1		Paciente 2		Paciente 3		Paciente 4	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
Deglutição como um fardo	75	100	87,5	37,5	50	75	25	0
Desejo de se alimentar	66,66	100	58,33	66,66	75	83,33	16,66	33,33
Duração da alimentação	75	100	25	25	0	25	0	25
Frequência de sintomas	73,21	89,28	42,85	58,92	30,35	64,28	26,78	46,42
Seleção de alimentos	100	100	75	50	12,5	12,5	12,5	25
Comunicação	100	100	62,5	87,5	37,5	75	12,5	12,5
Medo de se alimentar	87,5	100	43,75	37,5	0	56,25	25	50
Saúde mental	100	100	40	85	0	80	0	50
Social	100	100	15	35	5	25	0	25
Sono	50	25	75	100	0	50	0	0
Fadiga	100	100	8,33	33,33	16,66	25	8,33	50

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Dos 11 domínios que o SWAL-QOL avalia, 9 apresentaram média superior após reabilitação fonoaudiológica em relação à média obtida antes da intervenção, como demonstra a tabela abaixo:

Tabela 2 Representação da média dos scores obtidos através do protocolo SWAL-QOL pré e pós-intervenção fonoaudiológica

	Média Pré-intervenção	Média Pós-intervenção
Deglutição como um fardo	59,37	53,12
Desejo de se alimentar	54,16	70,83
Duração da alimentação	25	43,75
Frequência de sintomas	43,29	64,72
Seleção de alimentos	50	46,87
Comunicação	53,12	68,75
Medo de se alimentar	39,06	60,93
Saúde mental	35	78,75
Social	30	46,25
Sono	31,25	43,75
Fadiga	33,33	52,08

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos na pesquisa têm limitações, já que não foi possível realizar análise estatística pelo número pequeno de casos estudados. Para comparar os resultados de forma significativa seriam necessários testes. Portanto, o que se observou foi uma melhora clínica de alguns scores pré e pós-intervenção.

Neste estudo, a média dos scores obtidos antes da intervenção fonoaudiológica no domínio "Deglutição como um Fardo" do protocolo SWAL-QOL apresentou mudança após intervenção. Este resultado pode estar relacionado ao fato de que a alimentação do idoso é influenciada por fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais. A aposentadoria, viuvez ou a saída dos filhos de casa estão relacionadas à mudança de suas práticas alimentares. A falta de pessoas à sua volta para partilhar refeições faz com que o indivíduo se sinta menos motivado a se alimentar e preparar suas próprias refeições⁹. Além disso, o edentulismo está relacionado diretamente com a manutenção da qualidade de vida dos idosos, pela limitação que a perda dos dentes acarreta à função de mastigar e o impacto na sua nutrição, autoestima e integração social¹⁰.

O domínio "Desejo de se alimentar" apresentou diferença nos dois momentos da aplicação do questionário. Tal achado pode ser justificado pelo fato de que os sintomas da disfagia influenciam de forma negativa o apetite e o prazer do idoso em se alimentar¹¹. Logo, a reabilitação fonoaudiológica, através de estratégias terapêuticas, resulta em alterações fisiológicas no mecanismo de deglutição, proporcionando melhora desta função que sofre mudanças funcionais no processo de envelhecer¹². Sendo assim, a melhora da disfagia após a terapia realizada com os idosos do estudo pode ter influenciado na melhora do desejo em se alimentar.

No decorrer do processo de envelhecimento, as funções estomatognáticas ficam mais lentas e descoordenadas, isso se deve à diminuição da

força mastigatória, perda dos dentes ou pela má adaptação das próteses dentárias. Estes fatores levam o idoso necessitar de mais tempo para completar sua refeição¹³. Estas modificações podem atingir de forma negativa a qualidade de vida deste indivíduo¹⁴. Neste estudo, os idosos pesquisados apresentaram mudança do score no domínio "Duração da Alimentação" antes e após intervenção, este fato pode ser justificado pelo possível ganho de força e mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios após intervenção fonoaudiológica, auxiliando assim o idoso a se alimentar de forma mais ágil.

O domínio "Frequência dos sintomas" também apresentou modificação dos scores nos idosos pesquisados, ou seja, houve diminuição da frequência dos sintomas de disfagia após realização das sessões de terapia fonoaudiológica. Isso pode ser justificado pelo fato de a intervenção fonoaudiológica contribuir para a melhora da qualidade de vida do paciente com distúrbio de deglutição¹⁵. A realização de exercícios que envolvam a musculatura responsável pela deglutição, além de proporcionar o fortalecimento destas estruturas, recruta unidades motoras a nível central¹⁶.

No processo de envelhecimento, seja este senil ou senescente, há prejuízo nas estruturas do sistema sensorio-motor oral e conseqüentemente das funções por eles exercidas¹⁷. Com isso, o idoso ao longo deste processo realiza adaptações e estratégias para facilitar sua alimentação, como, por exemplo, substituir alimentos mais duros e fibrosos pelos mais macios e umidificados¹³. Além disso, o prejuízo dos aspectos sensoriomotores e a redução da sensibilidade gustativa presente nesta população podem interferir na seleção dos alimentos destes indivíduos¹⁸. A alteração do score após intervenção no domínio "Seleção dos Alimentos" encontrado neste estudo pode ser relacionado ao fato dos déficits citados acima serem características predominantes nessa população, ou então ser necessário um programa de intervenção mais prolongado.

Durante o processo de envelhecimento, o

idoso apresenta modificação das habilidades de comunicação relacionada à voz, a qual definimos como presbifonia. Essa característica é inerente à fisiologia do envelhecimento, no entanto ela pode afetar a qualidade de vida do idoso¹⁹. Queixas como rouquidão, sopro vocal e diminuição do volume da voz são comuns nesta população e isso ocorre devido ao enfraquecimento das estruturas do trato vocal²⁰. Apesar da habilidade de comunicação não estar diretamente ligada à de deglutir, o domínio "Comunicação" apresentou modificação após intervenção fonoaudiológica. Isso pode ser justificável pelo fato da produção vocal e a função de deglutição envolverem estruturas em comum, justificando o aprimoramento de ambas as funções após realização de exercícios que condicionem os músculos envolvidos²¹.

O domínio "Medo de se alimentar" apresentou mudança neste estudo, porém pouco foi encontrado na literatura sobre esta questão. No entanto, em um estudo realizado através de entrevistas com idosos institucionalizados, os quais eram independentes e tinham cognitivo preservado, identificou-se 20 idosos com queixas relacionadas à deglutição. Essas entrevistas foram categorizadas, sendo que a categoria mais marcante do estudo, por ter englobado todos os indivíduos entrevistados, foi a de sentimentos e sensações que a dificuldade de deglutição trazia a estes idosos. Foi identificado em todos os entrevistados o sofrimento de conviver com o problema de deglutição, devido ao medo de engasgar e à falta de ar presente durante as refeições, pois cada um deles via o sintoma de engasgar de forma negativa e ligado à sua finitude como indivíduo²².

As alterações na dinâmica da deglutição podem acarretar respostas psicossociais como ansiedade, medo, insegurança e redução da sua autoestima, devido às modificações sociais relacionadas à alimentação, impactando diretamente em sua qualidade de vida e influenciando de forma negativa o apetite do idoso²³. Além disso, a comunicação na terceira idade sofre grande impacto. O idoso pode apresentar dificuldade de falar e se expressar, fato

que dificulta sua integração social, levando este indivíduo ao isolamento social por sentimentos de solidão e tristeza²⁴. O domínio "Saúde Mental" foi o que apresentou maior mudança neste estudo, isso pode estar relacionado ao fato de que a alimentação e a comunicação da população deste estudo no geral foram aprimoradas, levando assim a mudanças emocionais nestes indivíduos.

Resultados semelhantes foram obtidos no domínio "Social". Não é incomum que o idoso que apresenta desordem na função da deglutição perca o prazer em se alimentar e se isole socialmente devido a este fator, afetando de forma significativa seu bem-estar e percepção de qualidade de vida²⁵. Além disso, mais uma vez a comunicação se faz presente, se considerarmos que idosos com dificuldades nesta habilidade tendem a se isolar socialmente, fato que interfere em sua qualidade de vida²⁶. Como citado acima, isso pode também ser relacionado à mudança geral dos scores pós-intervenção, bem como relacionado à alteração no domínio "Comunicação".

O processo de envelhecimento por si só acarreta prejuízo na eficiência do sono do idoso, porém o uso de certas medicações e a necessidade de ir ao banheiro com frequência no período noturno, por exemplo, são alguns dos fatores responsáveis por agravar a má qualidade do sono e interferir no desempenho das atividades de vida diária deste indivíduo²⁷. Apesar do sono não estar diretamente ligado à qualidade da alimentação, este distúrbio é uma das queixas mais frequentes referidas pelo idoso, já que gera um grande impacto na sua percepção de qualidade de vida²⁸. O domínio "Sono" foi o que mais também apresentou alteração neste estudo.

Pensando no idoso sarcopênico, a diminuição de força e a fadiga são sintomas associados à baixa imunidade e redução da qualidade de vida²⁹. Houve mudança no domínio "Fadiga" após intervenção. Isso pode ser relacionado ao fato da melhora do domínio "Saúde Mental", já que uma das queixas do idoso fragilizado emocionalmente é a sensação de extrema fadiga.³⁰

A avaliação de qualidade de vida é o indicador mais utilizado para investigar o bem-estar físico e mental da saúde do idoso. Muitas vezes o envelhecimento é considerado, pelo próprio idoso, como um processo de constante declínio, fato que afeta a percepção de seu estado de saúde³¹. A forma subjetiva de o idoso julgar sua condição de saúde sofre interferência de sua experiência pessoal, das informações repassadas por profissionais da saúde, bem como pela observação de seu próprio comportamento e de idosos de sua convivência³².

CONCLUSÃO

O presente trabalho identificou mudanças na percepção da qualidade de vida de idosos disfágicos atendidos no ambulatório de um hospital referência em saúde do idoso de Curitiba. Este resultado pode ser atribuído ao programa de reabilitação fonoaudiológica, o qual foi proposto aos participantes. No entanto, sugerem-se mais pesquisas na área e com maior número de indivíduos.

REFERÊNCIAS

- Faller JW, Teston EF, Marcon SS. Estrutura conceptual do envelhecimento em diferentes etnias. *Rev Gaúch Enferm.* [Internet]. 2018 [citado 2018 Nov 12];39:e66144. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e66144.pdf>.
- Zen D, Leite MT, Hildebrandt LM, Silva LAA, Van der Sand ICP. Políticas de atenção a idosos na voz de gestores municipais de saúde. *Rev Gaúch Enferm.* [Internet] 2018 [citado 2018 Ago 30];39:e62502. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e62502.pdf>.
- Silveira MB, Saldanha RP, Leite JC, Silva TO, Silva T, Filippin LI. Construção e validade de conteúdo de um instrumento para avaliação de quedas em idosos. Einstein (São Paulo). [Internet]. 2018 [citado 2018 Dez 1];16(2):eAO4154. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v16n2/pt_1679-4508-eins-16-02-eAO4154.pdf.
- Domingues JP, Oliveira DC, Marques SC. Representações sociais da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2018 [citado 2018 Dez 2];27(2):e1460017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e1460017.pdf>.
- Silva BF, Finard SA, Olchik MR. Qualidade de vida em pacientes com doença de Machado-Joseph sob acompanhamento fonoaudiológico para disfagia. *Rev CEFAC* [Internet]. 2016 Jul-Ago [citado 2018 Out 31]; 18(4):992-1000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v18n4/1982-0216-rcefac-18-04-00992.pdf>.
- Portas JG. Validação para a língua portuguesa brasileira dos questionários: qualidade de vida em disfagia (SWAL-QOL) e satisfação do paciente e qualidade do cuidado no tratamento da disfagia (SWAL-CARE) [tese]. São Paulo: Fundação Antônio Prudente; 2009.
- Turra GS. Intervenção fonoaudiológica em pacientes com disfagia, pós intubados e sem morbidades neurológicas [tese na internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013 [citado 2018 Out 31]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/97953> y.
- Najas M, coordenadora. I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia [Internet]. Barueri, SP: Minha Editora; 2011. [citado 2018 Nov 5]. Disponível em: https://sbogg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/Consenso_Brasileiro_de_Nutricao1.pdf.
- Cavalcante CMS, Carvalho MCVS, Ferreira FR, Prado SD. Sentidos da alimentação fora do lar para homens idosos que moram sozinhos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [citado 2018 Nov 10];18(3):611-620. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n3/1809-9823-rbgg-18-03-00611.pdf>.
- Agostinho ACMG, Campos ML, Silveira JLGC. Edentulismo, uso de prótese e auto percepção de saúde bucal entre idosos. *Rev Odontol UNESP*. [Internet]. 2015 Mar.-Abr [citado 2018 Nov 30];44(2):74-79. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rounesp/v44n2/1807-2577-rounesp-44-2-74.pdf>.
- Nogueira LR, Morimoto JM, Tanakac JAW, Bazanelli AP. Avaliação qualitativa da alimentação de idosos e suas percepções de hábitos alimentares saudáveis. *J Health Sci.* [Internet] 2016 [citado 2018 Dez 2];18(3):163-0. Disponível em: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/3119/3299>
- Crary MA, Carnaby GD. Adoption into clinical practice of two therapies to manage swallowing disorders: exercise based swallowing rehabilitation and electrical stimulation. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* [Internet]. 2014 June [citado 2018 Dez 3];22(3):172-80. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4104745/pdf/nihms604730.pdf>.
- Oliveira BS, Delgado SE, Brescovici SM. Alterações das funções de mastigação e deglutição no processo de alimentação de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* [Internet] 2014 [citado 2018 Dez 3];17(3):575-58. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00575.pdf>
- Souza IAL, Massi G. A saúde fonoaudiológica a partir do discurso do idoso institucionalizado. *Rev CEFAC.* [Internet]. 2015 Jan-Fev [citado 2018 Dez 6]; 17(1):300-307. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n1/1982-0216-rcefac-17-01-00300.pdf>.
- Sousa IMCB, Vasconcelos VECBC, Ferraz PRR. Reabilitação fonoaudiológica da disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico: revisão de literatura. *Journal of Specialist* [Internet]. 2018 [citado 2018 Dez 6];1(1):1-11. Disponível em: <http://journalof-specialist.com/jos/index.php/jos/article/view/65/29>.

16. Alves ICF. Programa terapêutico fonoaudiológico ambulatorial para disfagia orofaríngea em adultos e idosos [tese na internet]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2015 [citado 2018 Dez 6]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5170/tde-12012016-110116/pt-br.php>.
17. Olchik MR, Ayres A, Signorini AV, Flores LS. Impacto das alterações das estruturas do sistema estomatognático na deglutição de idosos acamados. RBCEH [Internet]. 2016 [citado 2018 Dez 4];13(2):135-42. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/5673/pdf>.
18. Junior HVM. Evidências de validade do questionário autor-referido para rastreamento de disfagia orofaríngea em idosos – RADI [tese na internet]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2018 [citado 2018 Dez 4]. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/25636/1/HipolitoVirgilioMagalhaesJunior_TESE.pdf.
19. Chiossi JSC, Roque FP, Goulart BNG, Chiari BM. Impacto das mudanças vocais e auditivas na qualidade de vida de idosos ativos. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2014 [citado 2018 Nov 28];19(8):3335-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03335.pdf>.
20. Vilanova JR, Almeida CPB, Goulart, BNG. Distúrbios fonoaudiológicos autodeclarados e fatores associados em idosos. Rev. CEFAC. [Internet]. 2015 Mai-Jun [citado 2018 Dez 1];17(3):720-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n3/1982-0216-rcefac-17-03-00720.pdf>.
21. Alves ICF, Andrade CRF. Mudança funcional no padrão de deglutição por meio da realização de exercícios orofaciais. CoDAS [Internet]. 2017 [citado 2018 Dez 5];29(3):e20160088. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/codas/v29n3/2317-1782-codas-29-3-e20160088.pdf>.
22. Rozenfeld M. A percepção do engasgo por idosos institucionalizados. Estud Interdiscip Envelhec [Internet]. 2005 [citado 2018 Nov 16];7:69-85. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/4758/2673>.
23. Gaspar MRF, Pinto GS, Gomes RHS, Santos RS, Leonor VD. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com disfagia neurológica. Rev CEFAC [Internet]. 2015 Nov-Dez [citado 2018 Dez 1];17(6):1939-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n6/1982-0216-rcefac-17-06-01939.pdf>.
24. Santiago, LM, Graça CML, Rodrigues MCO, Santos GB. Caracterização da saúde de idosos numa perspectiva fonoaudiológica. Rev CEFAC [Internet]. 2016 Set-Out [citado 2018 Nov 26];18(5):1088-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v18n5/1982-0216-rcefac-18-05-01088.pdf>.
25. Nishida AEN. Associação entre distúrbios de deglutição e estado nutricional em idosos da comunidade [tese na internet]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2018 [citado 2019 Maio 13]. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/332383/1/Nishida_AlineEliasDoNascimento_M.pdf.
26. Chiossi JSC, Roque FP, Goulart BNG, Chiari BM. Impacto das mudanças vocais e auditivas na qualidade de vida de idosos ativos. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2014 [citado 2018 Dez 3];19(8):3335-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03335.pdf>.
27. Napoleão M, Monteiro B, Espírito-Santo H. Qualidade subjetiva do sono, sintomas depressivos, sentimentos de solidão e institucionalização em pessoas idosas. Rev Port Invest Comput Soc [Internet]. 2016 [citado 2018 Dez 5];2(2):12-24. Disponível em: <https://rpics.ismt.pt/index.php/ISMT/article/view/37/pdf>.
28. Mansano-Schlosser TC, Santos AA, Camargo-Rossignolo SO, Freitas DCCV, Lorenz VR, Ceolim MF. Idosos institucionalizados: organização cronológica das rotinas diárias e qualidade do sono. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014 Jul-Ago [citado 2018 Dez 4];67(4):610-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0610.pdf>.
29. Sousa KT, Mesquita LAS, Pereira LA, Azeredo CM. Baixo peso e dependência funcional em idosos institucionalizados de Uberlândia (MG), Brasil. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2014 [citado 2018 Nov 29];19(8):3513-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03513.pdf>.
30. Aguiar LS, Santos WL. Conhecimento dos enfermeiros quanto ao tratamento da depressão na terceira idade. REVISA [Internet]. 2014 Jul-Dez [citado 2018 Dez 3];3(2):133-40. Disponível em: <http://revistafacessa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/133/78>.
31. Sousa ACSN, Sousa RASA. Contribuições da fonoaudiologia para o envelhecimento ativo estudo de caso: idosa de 78 anos. Rev Por Divul [Internet]. 2012 [citado 2018 Dez 16];2(23):37-46. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/viewFile/541/579>.
32. Melo DM, Falsarella GR, Neri AL. Autoavaliação de saúde, envolvimento social e fragilidade em idosos ambulatoriais. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2014 [citado 2018 Nov 10];17(3):471-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00471.pdf>.

RECEBIDO: 22/02/2019

ACEITO: 13/05/2019

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO PRELIMINAR DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE COARI, AMAZONAS, BRASIL, NO PERÍODO DE 2005 A 2016

Preliminary sociodemographic and epidemiological profile of people living with HIV/AIDS in the municipality of Coari, Amazonas, Brazil, from 2005 to 2016

Ana Felisa Hurtado Guerrero¹, Lindete Evangelista dos Santos², Raquel Gomes de Oliveira³, Patrícia dos Santos Sales⁴, José Camilo Hurtado-Guerrero⁵

1 Gerontóloga. Sanitarista e foi 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 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/0000-0002-2595-4076>

3 Técnica de Saúde Bucal 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/0000-0003-4300-0003>

4 Técnica em Enfermagem do CETAM, Amazonas. Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Amazonas, Escola de Ciências da Saúde, Manaus, Amazonas, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8223-8538>

5 Biólogo - Entomólogo. Docente do Instituto de Biodiversidade e Florestas da Universidade Federal do Oeste do Pará, Santarém, Pará, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9062-1860>

CONTATO: José Camilo Hurtado Guerrero | Endereço: Universidade Federal do Oeste do Pará, Instituto de Biodiversidade e Florestas | Rua Vera Paz, s/n | Salé, Santarém, PA, Brasil | CEP: 68040-470 | Telefone: (93) 99978-0202 | E-mail: jhocamhur@gmail.com

COMO CITAR: Guerrero AFH, Santos LE, Oliveira RG, Sales OS, Guerrero JCH. Perfil sociodemográfico e epidemiológico preliminar de pessoas vivendo com HIV/AIDS no município de Coari, Amazonas, Brasil, no período de 2005 a 2016. R. Saúde Públ. 2019 Jul;2(1):103-112.



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:** Descrever o perfil sociodemográfico e epidemiológico preliminar dos portadores de HIV/aids no município de Coari, Amazonas, Brasil, no período de 2005 a 2016. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma abordagem descritiva de aspectos sociodemográfico e epidemiológico através da coleta de informações da ficha padrão de Notificação/Investigação de HIV/aids do Sistema de Informação de Agravos do Ministério da Saúde (MS) dos casos acompanhados no Instituto de Medicina Tropical de Coari (IMTC), durante o período de 2005 a 2016. **RESULTADOS:** Mostraram um predomínio, na procedência, da zona urbana (92,31%); sexo masculino (58,97%); autodeclarados pardos (91,03%), faixa etária entre 20 e 24 anos (30,77%), escolaridade de 1ª a 8ª série incompleta (45,09%), funcionários públicos (16,67%), via de infecção sexual (98,72%), com notificação de HIV (37,18%) e Aids (62,82%). **CONCLUSÃO:** Este estudo mostra um alto índice de diagnóstico na fase sintomática da aids e pessoas infectadas que pararam o tratamento, o que exige a intensificação de ações assistenciais aos portadores dessa patologia no município de Coari.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome da Imunodeficiência adquirida. Vulnerabilidade em saúde. Soropositividade para HIV. Sorodiagnóstico da AIDS.

ABSTRACT **OBJECTIVE:** To describe the sociodemographic and epidemiological profile of HIV/AIDS patients in the municipality of Coari, state of Amazonas, Brazil. **METHODOLOGY:** This is a descriptive approach to sociodemographic and epidemiological aspects through the collection of information from the standard HIV/AIDS Notification/Investigation Form of the Disease Notification System of the Ministry of Health (MS) of the cases followed at the Institute of Tropical Medicine of Coari (IMTC), from 2005 to 2016. **RESULTS:** There was a predominance, in the origin, of the urban area (92.31%); of male (58.97%); of self-reported browns (91.03%); age range between 20 and 24 years old (30.77%); level of education ranging from 1st to 8th incomplete grades (45.09%); public officers (16.67%), sexually infected (98.72%), with notification of HIV (37.18%) and AIDS (62.82%). **CONCLUSION:** This study shows a high rate of diagnosis in the symptomatic phase of AIDS, and infected people who stopped treatment, which requires the intensification of assistance actions to these patients in the municipality of Coari.

KEYWORDS: Acquired immunodeficiency syndrome. Health vulnerability. HIV seropositivity. AIDS Serodiagnosis.

INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), se apresenta na atualidade como uma enfermidade infecciosa emergente de grande magnitude e extensão, constituindo-se como um dos mais preocupantes problemas de saúde pública no mundo¹.

O quadro inicial da doença era restrito a grupos de risco como homossexuais, hemofílicos e usuários de droga, no entanto este perfil mudou e atualmente ultrapassa o campo biológico e destaca-se por afetar indivíduos que se encontram vulneráveis nos aspectos sociais, econômicos e culturais, assumindo outras características e seguindo algumas tendências como a heterossexualização, interiorização, pauperização, feminilização, envelhecimento e juvenalização².

A adolescência vem nos últimos anos, apresentando grande vulnerabilidade e exposição às situações de risco, dado confirmado por estudo realizado no Brasil, que evidenciam uma tendência à juvenalização da epidemia de aids, que é marcada pela maior distribuição dos casos na população de adolescentes³.

Estudo do Ministério da Saúde³ mostrou uma preocupação com o crescimento da aids nos jovens, especialmente, na faixa etária de 15 a 24 anos, verificando-se entre os homens, que 45,6% dos casos tiveram exposição homossexual, 39,4% heterossexual e 10,1% bissexual. Entre as mulheres, nessa mesma faixa etária, observa-se que 96,4% dos casos se inserem na categoria de exposição heterossexual, chamando atenção para análise que o maior número de casos de HIV/aids é entre mulheres jovens na mesma faixa etária³.

Como resultado das profundas desigualdades da sociedade brasileira, a propagação da infecção pelo HIV/aids, revela uma epidemia de múltiplas dimensões que ao longo do tempo vem sofrendo transformações significativas, constatando-se que

não se restringem mais aos grandes centros urbanos nacionais e mostrando padrões de transmissão distintos nas diversas regiões dos Estados, atingindo atualmente municípios pequenos, que são os mais pobres e têm a menor renda per capita, sendo muitas dessas áreas de grande isolamento geográfico, como diversas regiões Amazônicas⁴.

Em 2014, o Amazonas se apresentava como o primeiro Estado no ranking dos casos de aids e maior taxa de detecção, com 39,2 casos para cada 100 mil habitantes³. Enquanto a Região Norte continua com tendência linear de crescimento da taxa de detecção de 24,8 em 2016⁵. Neste sentido, este estudo buscou descrever o perfil sociodemográfico e epidemiológico preliminar de pessoas vivendo com HIV/ aids no município de Coari, Amazonas, Brasil, no período de 2005 a 2016.

MÉTODOS

Estudo descritivo de abordagem quantitativa, compreendendo os casos de HIV/aids notificados no Instituto de Medicina Tropical de Coari (IMTC), localizado na Rua Estrada Coari Itapeuá, S/N Bairro Itamarati. Os dados coletados foram preliminares e referentes ao período de 2005 a 2016, a partir da Ficha de Notificação/Investigação da AIDS para pacientes com 13 anos ou mais do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), agregando também casos de pessoas diagnosticadas com HIV, todas estas informações foram disponibilizadas pelo Setor de Epidemiologia do Hospital.

Foram levantados um total de 78 casos confirmados e acompanhados de HIV/aids, excluindo as fichas que estavam ilegíveis. Nessas notificações, foram consideradas as seguintes variáveis constantes nas fichas: sexo, idade, raça/cor, escolaridade, ocupação, provável modo de transmissão, evidência laboratorial de infecção, realização de tratamento e evolução dos casos registrados no Setor de Epidemiologia.

A coleta de dados se deu em uma dinâmica

de confidencialidade e anonimato e contou sempre com o acompanhamento de técnicos de saúde deste setor, que davam a informação durante o preenchimento das planilhas da coleta de dados, evitando desta forma o acesso dos pesquisadores aos prontuários.

Na análise dos dados foram utilizadas medidas de frequências absolutas e relativas. A organização do banco de dados foi realizada no Microsoft Office Excel, versão 2010, e a análise das variáveis nos softwares Minitab v.14, SPSS v. 20 e Epi Info v.7.

O estudo recebeu autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Coari para a coleta de dados junto ao Setor de Epidemiologia

do IMTC e parecer favorável, nº 1.746.123 em 25.10.2016 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas, garantido o anonimato e confidencialidade das informações durante sua coleta conforme preconizado pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Dos 78 pacientes portadores de HIV/aids, 92,31% tinham residência na zona urbana; 58,97% eram homens e 30,77% tinham idade entre 20 e 24 anos (Tabela 1). Com relação à escolaridade os mais

Tabela 1 Características sociodemográficas dos pacientes portadores de HIV/aids do município de Coari-Amazonas no período de 2005-2016.

VARIÁVEIS	N	%
Residência		
Urbana	72	92,31
Rural	6	7,69
Total	78	100,00
Sexo		
Masculino	46	58,97
Feminino	32	41,03
Total	78	100,00
Faixa Etária		
15-19	9	11,54
20-24	24	30,77
25-29	16	20,51
30-34	8	10,26
35-39	9	11,54
40 ou +	12	15,38
Total	78	100,00
Escolaridade		
Analfabeto	0	0,00
1ª à 4ª série incompleta	8	15,68
4ª série completa	8	15,68
5ª à 8ª série incompleta	7	13,73
Ensino Fundamental Completo	4	7,84
Ensino Médio Incompleto	6	11,76
Ensino Médio Completo	14	27,45
Educação Superior Incompleto	0	0,00
Educação Superior Completo	4	7,84

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO PRELIMINAR DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE COARI, AMAZONAS, BRASIL, NO PERÍODO DE 2005 A 2016

Ignorado/Não se aplica	27	
Total	78	100,00
Ocupação		
Estudante	7	15,22
Doméstica	7	15,22
Agricultor (a)	8	17,39
Autônomo	11	23,91
Funcionário Público (a)	13	28,26
Sem Informação	32	
Total	78	100,00
Raça/Cor		
Branco (a)	4	5,13
Preto (a)	2	2,56
Pardo (a)	71	91,03
Indígena	1	1,28
Total	78	100,00

Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

afetados tinham Ensino Médio completo (27,45%), embora tenha se observado um alto número de casos ignorados (27), ou seja, a pessoa não sabia ou não pôde informar (Tabela 1). Tanto homens como

mulheres mostraram um nível de escolaridade baixo, concentrando-se mais nas categorias de 1ª a 8ª série incompleta (45,09%) (Tabela 1). No referente à ocupação, prevaleceram os funcionários públicos

Tabela 2 Características epidemiológicas dos pacientes portadores de HIV/aids do município de Coari, Amazonas, no período de 2005-2016.

VARÁVEIS EPIDEMIOLÓGICAS	N	%
Provável modo de transmissão		
Sexual	77	98,72
Sanguínea	1	1,28
Total	78	100,00
Evidência laboratorial		
HIV	29	37,18
Aids	49	62,82
Total	78	100,00
Tratamento		
Realizava	46	58,97
Não realizava	24	30,77
Óbito	8	10,26
Total	78	100,00

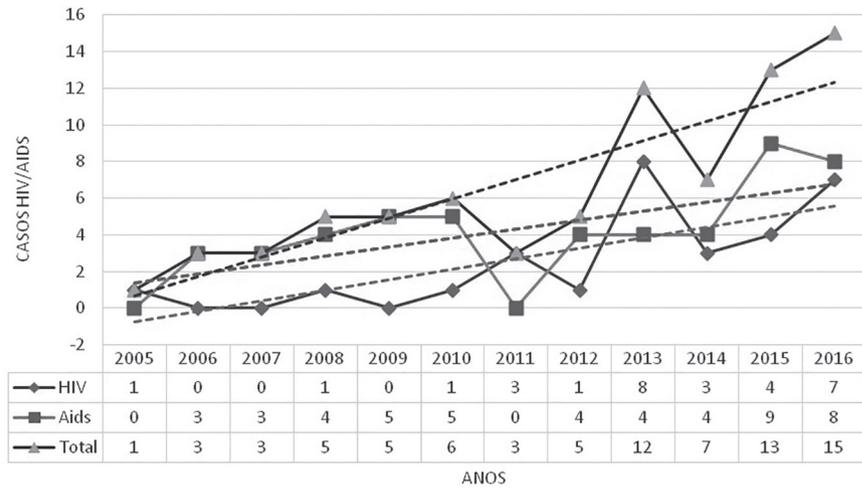
Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

(28,26%). Quanto à categoria raça/cor, a maior parte autodefiniu-se como pardo(a) (91,03%) (Tabela 1).

As notificações analisadas também mostraram que a principal via de transmissão

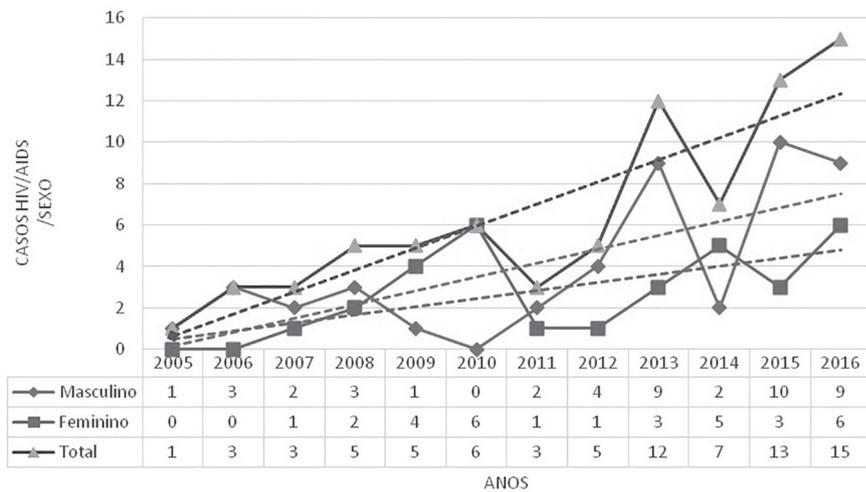
foi a sexual (98,72%) (Tabela 2). E a evidência laboratorial identificou que 62,82% dos pacientes foram diagnosticados como soropositivos para aids (Tabela 2). Dos pacientes vivendo com HIV/ aids atendidos no Instituto, 10,26% foram a óbito,

Gráfico 1 Casos de HIV/aids notificados segundo o ano de diagnóstico no município de Coari, Amazonas, 2005 a 2016.



Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

Gráfico 2 Casos de HIV notificados por gênero segundo o ano de diagnóstico no município de Coari, Amazonas, 2005 a 2016.



Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

30,77% não realizavam o tratamento e 58,97% estavam em tratamento (Tabela 2).

Em Coari, desde 2005 até novembro de 2016, foram notificados 78 casos de HIV/aids, apontando uma tendência de aumento dos números absolutos dos casos. Nesse período os casos notificados de HIV foram de 3,45% para 24,14%; já os casos de Aids passaram de 0,00% em 2005 para 16,33% em 2016 (Gráfico 1). Em relação ao sexo, os masculinos aumentaram de 2,17% para 19,57%; e os femininos de 0,00% para 18,75% (Gráfico 2).

DISCUSSÃO

No presente estudo, a frequência dos casos de HIV/aids foi maior entre os homens. Essa tendência se mostra similar com os resultados de alguns estudos no Brasil^{3,4,6}. A Região do Amazonas em 2016 se encontrava entre os Estados com mais elevados coeficientes de mortalidade por aids, 8,7 óbitos/100.000 hab., e mostrava também uma razão de sexo com predomínio de homens para mulheres, sendo 22 casos de homens para cada 10 mulheres⁵.

O anterior exige a superação do discurso que valoriza apenas o acesso à informação como forma de prevenção e investir em ações pautadas no acolhimento da subjetividade e escuta efetiva dos homens jovens, pouco visibilizados, para entender a forma como se organiza o sistema sexo/gênero que distancia o masculino do uso do preservativo, privilegiando uma forma de afeto e cuidado com o "outro"⁷.

Constatou-se que para todas as regiões brasileiras a principal via de transmissão para HIV é a sexual, entre homens e mulheres com 13 anos de idade e mais⁸. E em 2015, exceto para a Região Sudeste onde predominava homens que faziam sexo com homens, para todas as outras regiões a forma de exposição que predominou foi a heterossexual⁸. E diversos estudos referem como principal via de exposição a categoria heterossexual

seguida da homossexual^{8,9}.

No que se refere à idade, este estudo verificou maior proporção de soropositivos entre jovens adultos na faixa etária de 20 e 24 anos, coincidindo com estudos realizados no país^{2,10}. No Brasil, no período de 2006 a 2016, entre os homens na faixa etária entre 20 e 24 anos a taxa de detecção mais que duplicou⁸. No mesmo estudo, quando se analisou a tendência da razão de sexos, na faixa etária de 20 a 29 anos constatou-se que seria de 13 casos em homens para cada 10 mulheres, passando em 2016, para 33 casos em homens para cada 10 mulheres⁸.

A aids é uma doença que tem colocado em evidência as iniquidades sociais, o estigma e a discriminação de gênero e de raça/cor, potencializando as dificuldades de acesso a bens e serviços e apresentando distribuição desigual de aparatos sociais e insumos de proteção e prevenção, com consequências à saúde¹¹.

Em relação ao grau de instrução, a maioria dos pacientes deste estudo cursou até o ensino fundamental incompleto. Assim, corroborando com alguns estudos realizados^{5,12-13}, onde a maioria dos pacientes também apresentou reduzido grau de instrução. Os resultados de estudo¹⁴ mostraram que uma elevada proporção de médio ou baixo nível de conhecimento dificultava o entendimento de informações básicas amplamente divulgadas, das formas de transmissão da infecção entre a população de homens que fazem sexo com homens no Brasil (63,4%).

A análise da variável ocupação também indicou que a maioria dos soropositivos eram funcionários públicos ou autônomos. Esta informação é preocupante, porque geralmente, em municípios de pequeno porte desta região, as pessoas que apresentam maior poder aquisitivo se envolvem com turismo sexual. Vale ressaltar, que as pessoas que não realizam ou abandonam o tratamento são as mais propensas a transmitir o HIV, e alguns adotam tal estratégia para fugir do preconceito, discriminação, preservando sua intimidade e estado

de saúde¹⁶.

Neste estudo o modo de transmissão que predominou foi o sexual, e mostrou uma maior proporção de indivíduos autodeclarados pardos. Da mesma maneira as notificações para o Brasil em 2018, mostraram no período de 2007 a 2018 os maiores casos registrados de HIV em pardos (46,5%), e atingindo 40,7% do sexo masculino¹⁷. Destacou-se também neste estudo que a principal via de transmissão entre homens e mulheres com 13 anos de idade ou mais foi a via sexual. E entre os homens na Região Norte a categoria de exposição foi a heterossexual¹⁷. O exposto anteriormente, levou a afirmar em alguns estudos que a relação heterossexual é a forma de transmissão que mais tem contribuído para a feminização da epidemia no Brasil, e a incidência destes casos vem mostrando maior aumento, influenciando de forma decisiva a expansão da epidemia entre as mulheres¹⁸.

Quando analisados os casos de aids pelo quesito raça/cor no período de 2007 a 2017, observou-se uma queda dos casos entre pessoas brancas e aumento entre os autodeclarados pardos, elevando a proporção para 33,5%¹⁷. Situação que também foi reportada em estudos de Batista¹⁹ e Cunha, Cruz e Torres²⁰.

Apesar de todos os avanços conseguidos durante todos estes anos de epidemia, esta doença continua tirando muitas vidas, principalmente da população negra. Estudo de Batista¹⁹ mostra que as taxas de mortalidade por HIV/Aids foram de 25,92 para homens negros, e de 14,44 para brancos. Outro estudo realizado no Rio Grande do Sul também mostrou que as taxas de mortalidade por aids eram mais elevadas na população preta e negra²⁰. E que na prática assistencial o que se observa é que os homens negros morrem 1,7 vezes mais que os brancos, por HIV/Aids. Os dados mostram que, além de estar feminilizando, proletarizando e pauperizando, a morte por aids está "enegrecendo"¹⁹.

Com relação à taxa de detecção da AIDS, as Regiões Norte e Nordeste vem mostrando um

aumento de 66,4% e 35,7%, respectivamente, registrando as maiores taxas de detecção de aids^{3,5}. Confirmando, os achados de Silva⁴, quando observou para o Amazonas que o padrão dessa epidemia vem expressando um aumento relativo dos casos, denotando a dificuldade de acesso ao diagnóstico precoce nos serviços de saúde, revelando uma realidade de diagnóstico e tratamento tardio entre os casos estudados

Quanto ao tratamento da doença, o número de pessoas vivendo com HIV/aids em tratamento tem crescido a cada ano, cerca de 65 mil indivíduos iniciaram tratamento antirretroviral no país³. Neste estudo, cabe salientar que a maioria dos pacientes notificados são acompanhados e fazem uso da medicação antirretroviral.

Contudo, neste estudo, também foram identificadas pessoas soropositivas que não realizavam o tratamento, coincidindo com o estudo da UNAIDS¹⁶, quando mostra que os homens têm menos probabilidade de fazer os testes de HIV, são mais propensos quando comparados com as mulheres a iniciarem o tratamento tardiamente, a interromperem o tratamento antirretroviral, a se desvincularem dos serviços de tratamento e têm mais chances de morrer por complicações relacionadas com aids¹⁶. O estudo da UNAIDS também afirma que, ao permitir que homens com diagnóstico soropositivo comecem e permaneçam em tratamento, os resultados não só melhoraram a saúde masculina, mas também contribuíram para diminuir novas infecções de HIV entre mulheres e na alteração de normas prejudiciais de gênero.

Notou-se que uma grande parte das fichas de notificação estava sem informação com relação à variável ocupação (32 casos) e escolaridade (27 casos), o que permite inferir que há certa dificuldade por parte dos profissionais para o preenchimento das fichas, exigindo estratégias de ensino de educação permanente que possibilitem a valorização da informação para o planejamento das ações e a melhoria da supervisão do processo de trabalho, pois as tomadas de decisões informadas

por melhores evidências alcançam resultados mais acertados em saúde¹⁵.

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

As notificações analisadas mostraram que a principal via de transmissão no município é a sexual, o que exige a necessidade de investigação sobre os fatores que determinam a não utilização de preservativos nas relações sexuais.

Com relação a este agravado atingir mais jovens pardos, na análise desta variável devemos considerar que a Aids é uma doença que tem colocado em evidência as desigualdades raciais e de gênero. Daí que devemos também considerar que o processo de saúde – doença na população negra (pardos e pretos), é resultado de um processo histórico de desigualdades raciais, sociais, gênero e dificuldades de acesso aos serviços, contribuindo para maior vulnerabilidade, exigindo que os gestores de saúde do município de Coari possam repensar novas estratégias de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e sua relação com a população negra.

Este estudo também mostra uma tendência de aumento dos casos da HIV/aids, porém pode guardar relação com a determinação do Ministério da Saúde, que torna obrigatória a notificação dos casos no Brasil. Por outro lado, maiores esforços devem ser realizados para entender os fatores que levaram parte da população Coariense a abandonar o tratamento.

O fato de uma importante parcela de pessoas viverem com a doença e não realizarem o tratamento exige uma estratégia de vigilância de busca ativa para avaliar os fatores que desistiram, e em seguida, desenvolver com eles ações com abordagem diferenciada com equipe multidisciplinar de saúde, já que estudos mostram que entre

as barreiras que persistem para que os jovens e população-chave conheçam seu estado sorológico, destaca-se o medo de ser visto em serviços de HIV, e o perigo de que estas informações sejam compartilhadas com a comunidade, amigos ou parceiros (UNAIDS, 2018)¹⁶, situação que muitos deles relatam em Coari.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal de Saúde de Coari, Amazonas e aos profissionais e equipe técnica de saúde do Hospital Tropical de Coari, em especial à enfermeira Marcia Lima de Araújo e Assistente Social Maria do Perpetuo Socorro Lopes dos Santos.

REFERÊNCIAS

1. Coutinho MFC, O'Dwyer G, Frossard V. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/aids atendidos na atenção primária. *Saúde debate* [Internet]. 2018 Jan [citado 2018 Dez 07];42(116):148-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100148&Ing=pt.
2. Silva CRL, Silva ERV da, Carvalho HB et al. A juvenilização do HIV/AIDS: um desafio na contemporaneidade. In: II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde (CONBRACIS); 2017 Jun 14-16, Campina Grande; 2017. p. 1-10
3. Brasil, Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico AIDS e DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
4. Silva LCF da, Santos EM dos, Silva NAL da, Miranda AE, Talhari S, Toledo LM. Padrão da infecção pelo HIV/AIDS em Manaus, Estado do Amazonas, no período 0de 1986 a 2000. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [Internet]. 2009 Oct [citado 2018 Dic 07]; 42(5):543-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822009000500012&Ing=es.
5. Brasil, Ministério da saúde, Secretária de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico AIDS e DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
6. Pereira BS, Costa MCO, Amaral MTR, Costa HS, Silva Carlos AL, Sampaio VS. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2014 Mar [citado 2018 Dez 07]; 19(3):747-58. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81222014000300012&Ing=pt.

pid=S141381232014000300747&lng=pt.

7. Marques Junior JS, Gomes R, Nascimento EF. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 Fev [citado 2018 Dez 08]; 17(2): 511-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000200024.

8. Brasil, Ministério da saúde, Secretária de Vigilância em Saúde. *Boletim epidemiológico HIV/AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

9. Oliveira FS, Moraes ALJ, Sobra MAS. Estudo epidemiológico da aids no período de 2008 – 2015 no Estado de Sergipe. *Revista RESMA* [Internet]. 2018 [citado 2018 Agost 10];17-33. Disponível em: http://seer.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/5550/pdf_39.

10. Amaral RS. *Adolescência, juventude e HIV/aids: estudo de fatores associados* [dissertação]. São Luís, MA: Universidade Ceuma, 2016.

11. Taquette RS. Doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes femininas de comunidades pobres de Rio do Janeiro: incidência e diferenças de raça/cor na vulnerabilidade às DST/aids. *Adolesc. Saúde* [Internet]. 2011[citado 2018 Out 15]; 8 (3): 18-26. Disponível em: <http://www.adolescenciaesauade.com/>

12. Serafim CL, Oliveira IF, Batista LM et al. Perfil sociodemográfico e estilo de vida de indivíduos portadores de HIV/aids em hospital de referência o município de João Pessoa - PB. In: *II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde (CONBRACIS)*; 2017 Jun 14-16, Campina Grande.

13. Hipolito RL, Oliveira DC, Costa TL, Marques SC, Pereira ER, Gomes ACT. Qualidade de vida de pessoas convivendo com HIV/aids: relação temporal, sociodemográfica e perceptiva da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2017 [citado 2018 Dez 8];25:e2874. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100330&lng=es.

14. Gomes RRFM, Ceccato MGB, Kerr LRFS et al. Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/AIDS entre homens que fazem sexo com homens no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 2018 Dez 08]; 33(10):e0012-5515. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-3

15. Carreno I, Moreschi C, Marina B et al. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 Mar [citado 2018 Dic 08]; 20(3):947-56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300947&lng=es

16. UNAIDS. Knowledge is Power: know your status, know your viral load [Internet]. Washington, DC: UNAIDS; 2018. [citado 2018 Dez 4]. 86 p. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc2940_knowledge-is-power-report_en.pdf.

17. Brasil, Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde. *Boletim epidemiológico HIV/AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 72 p.

18. Gabriel R, Barbosa DA, Vianna LAC. Perfil epidemiológico dos clientes com HIV/AIDS da unidade ambulatorial de hospital escola de grande porte: município de São Paulo. *Rev. Latino-Am.*

Enfermagem [Internet]. 2005 Ago [citado 2018 Dez 8];813(4):509-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

19. Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2005 Mar [citado 2018 Dez 08];10(1):71-80. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100013&lng=pt.

20. Cunha AP da, Cruz MM da, Torres RMC. Tendência da mortalidade por AIDS segundo características sociodemográficas no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre: 2000-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2016 Sep [citado 2018 Dez 8];25(3):477-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000300477&lng=es.

RECEBIDO: 19/02/2019

ACEITO: 08/05/2019

PROCESSO DE CRIAÇÃO DA COMISSÃO DE SAÚDE DE LONDRINA E REGIÃO, ESTADO DO PARANÁ, BRASIL

Process of creation of a region Health Commission in the city of Londrina, state of Paraná, Brazil

Reilly Alberto Aranda Lopes¹, Felipe Assan Remondi², Pablo Guilherme Caldarelli³

1. Diretor Geral do Hospital Dr. Anísio Figueiredo (Zona Norte de Londrina) - Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Londrina-PR. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1648-8405>
2. Farmacêutico da 17ª Regional de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Londrina-PR. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3213-1366>
3. Professor do Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil- Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina-PR. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4589-9713>

CONTATO: Reilly Alberto Aranda Lopes | Endereço: Rua Odilon Braga, 199 | Cj. Sebastião de Melo Cesar | CEP 86084-600 | Londrina - PR | Telefone: (43) 3376-4600 | E-mail: contato@reillylopes.com

COMO CITAR: Lopes RAA, Remondi FA, Caldarelli PG. Processo de criação da Comissão de Saúde de Londrina e região, Estado do Paraná, Brasil. R. Saúde Públ. 2019 Jul;2(1):113-124.



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 Este artigo descreve a ação de um grupo de gestores em saúde Londrina-PR e região que se reuniu com o objetivo de fortalecer a integração e abordagem sistêmica para os problemas experimentados no Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um relato de experiência, estruturado por meio de uma abordagem crítico-reflexiva, descrevendo as fases e ferramentas utilizadas no projeto, que ao longo de 2018 resultou na conformação de 5 (cinco) eixos de atuação: Apostar na Atenção Primária à Saúde; Fortalecer a produção assistencial na média e alta complexidade; Qualificar a capacidade instalada da atenção hospitalar; Aprimorar a integração, regulação e comunicação no cuidado e Garantir o financiamento e alocação eficiente de recursos. A partir destes caminhos, o grupo busca construir uma unidade entorno de uma agenda comum, com soluções inovadoras de médio e longo prazo.

PALAVRAS-CHAVE: Gestor de Saúde. Política de Saúde. Saúde Pública. Problemas Sociais. Política Nacional de Promoção a Saúde. Financiamento Governamental.

ABSTRACT This article describes the action of a group of health managers in the city of Londrina, state of Paraná, and in the region, who met with the objective of enhancing the integration and systemic approach to problems in the Unified Health System (SUS). This is an experience report, structured through a critical-reflexive approach, describing the phases and tools used in the project in 2018 that resulted in the creation of five axes of action: Invest on Primary Health Care; Strengthen care production in medium and high complexity services; Qualify the installed capacity of hospital assistance; Improve integration, regulation and communication in health care; and Ensure funding and efficient allocation of resources. The group seeks a common agenda to act on the identified axes, with innovative medium- and long-term strategies.

KEYWORDS: Health Manager. Health Policy. Public Health. Social Problems. National Policy for Health Promotion. Govern Financing.

INTRODUÇÃO

As políticas de saúde têm sido alvo de atenção e tema de grandes discussões no Brasil nos últimos 30 anos. Segundo a Constituição Federal¹, a saúde é um direito do cidadão e o Estado tem o dever de assegurá-la mediante políticas específicas, obedecendo à igualdade de acesso e possibilitando a utilização dos serviços conforme a necessidade dos usuários.

Entretanto, o acesso à saúde nem sempre ocorre no momento da necessidade. Apesar de mais de três décadas de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), o país ainda experimenta dificuldades na concretização do direito à saúde que perpassam questões de financiamento, organização

do modelo de atenção e dificuldades em garantir o acesso em tempo oportuno à população². Nesse contexto, ordenar este atendimento para garantir a eficiência e sustentabilidade do sistema consiste em um desafio para a gestão de saúde.

Em todo o país, a procura pelos serviços de saúde cresce ano após ano com tendência ascendente² em razão do aumento populacional, transição epidemiológica e demográfica e crise econômica. Da pressão decorrente deste crescimento e as limitações enfrentadas pelo poder público em garantir a expansão do sistema³ advém um cenário de crise e a necessidade de busca de novos caminhos para a gestão.

Nesta perspectiva, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)⁴ afirma que é necessário ofertar e dar acesso à população a serviços organizados em redes de atenção à saúde, com adequado processo de regionalização e hierarquização para ganhos de escala e materialização da integralidade da atenção. O movimento de construção desta rede assistencial perpassa a ruptura com o modelo de gestão tradicional, burocratizado, hierárquico, fragmentado e com relações de poder nem sempre harmônicas.

Cabe aos gestores, portanto, ampliarem seu horizonte de atuação, superando os muros das instituições ou dos hospitais em que trabalham para maior integração junto à comunidade e os diversos atores que compõem a rede de atenção⁵, bem como a busca por tecnologias inovadoras e a construção do pensamento sistêmico.

Reproduzindo o cenário nacional, os desafios vivenciados na organização SUS em Londrina e sua região, Estado do Paraná, levou um grupo de gestores – líderes do setor de saúde pública – iniciarem um processo de articulação de um espaço colaborativo para análise dos problemas experimentados, suas causas e consequências, de forma a construir caminhos convergentes e integrados entre as instituições envolvidas para superar a fragmentação da gestão e suas consequentes soluções pontuais, que têm seus impactos limitados sob a ótica do sistema de saúde como um todo.

Com o objetivo de conformar uma agenda única a ser divulgada e debatida com atores estratégicos para permitir melhorias consistentes do atendimento aos usuários, ao longo de 2018 o grupo de trabalho identificou e sistematizou os problemas de Londrina e região, a partir dos quais iniciou-se o processo de divulgação e construção da unidade necessária para a criação de planos de ação para melhoria do cenário em curto, médio e longo prazo.

O presente trabalho busca relatar a experiência da Comissão de Saúde de Londrina e Região, a metodologia aplicada e os resultados alcançados ao

longo de 2018.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, estruturado por meio de uma abordagem crítico-reflexiva e descritiva, sobre processo de criação da Comissão de Saúde de Londrina-PR e região, no qual se encontram descritas sua concepção, as metodologias utilizadas e os principais resultados alcançados ao longo de 2018.

Para além do registro dos trabalhos e sua divulgação com o intuito de ampliação dos debates e replicação em outras localidades, o presente relato foi elaborado como produto do curso de Especialização em Gestão Hospitalar do Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná (HOSPSUS), da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). A missão do HOSPSUS é qualificar a resposta hospitalar em todas as regiões de saúde do Paraná contribuindo para o desenvolvimento de hospitais sociais e sanitariamente essenciais para atender as necessidades da população do Estado.

RELATO DE EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO

Sabe-se que os recursos, individuais ou coletivos, são sempre escassos para fazer frente às despesas provenientes de um ou mais tratamentos de saúde. No contexto do sistema público de saúde, é preciso que os gestores tenham presente a importância de equacionar as necessidades da população com os recursos disponíveis, estruturando políticas de saúde capazes de beneficiar o maior número possível de pessoas. Nesse sentido, quando se trata de administrar bem os recursos disponíveis, é indispensável que estes sejam usados de forma eficaz, efetiva e eficiente⁵.

Londrina é um município situado ao norte do Estado do Paraná, com 553.393 habitantes⁶ e constituindo-se como referência direta para serviços de saúde da 17ª Regional de Saúde do Paraná, composta pelos municípios: Alvorada do Sul, Assaí, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Cambé, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Ibiporã, Jaguapitã, Jataizinho, Londrina, Lupionópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rolândia, Sertanópolis e Tamarana, que totalizam uma população de 943.434 habitantes⁶. Além disso, para situações de maior complexidade é referência para toda a macrorregião norte do Estado do Paraná, perfazendo 1,8 milhão de habitantes⁷.

Neste cenário, os desafios enfrentados pelo SUS impactam diretamente em Londrina e municípios adscritos, constituindo ambiente de elevada complexidade gerencial, cujos problemas agudos e crônicos são percebidos e manifestados pela população por meio de um quadro comum: hospitais e prontos-socorros superlotados, filas para consultas e procedimentos especializados, infraestrutura deficitária, entre outros⁸. Para Bittencourt (2009)⁹, a superlotação, principal efigie das dificuldades do sistema, é definida como uma saturação do limite operacional de um serviço, com pacientes nos corredores por causa da falta de leitos disponíveis, o não recebimento de ambulâncias por conta de saturação operacional, salas de espera para consulta médica lotada, equipes de profissionais no limite da exaustão e mais de uma hora de espera para o atendimento médico.

A pressão advinda desta descrição simplista da realidade leva a população e os gestores, em maior ou menor grau de intensidade, a uma compreensão limitada e consequente busca por soluções pontuais para problemas de elevada complexidade e característica sistêmica. Em que pese a importância e a expressiva ampliação da capacidade instalada do SUS nos últimos 30 anos, uma mobilização apenas em torno do aumento

da oferta de pronto-atendimentos, consultas e procedimentos especializados, ainda que importantes, se constituem como soluções inócuas em médio ou longo prazo¹⁰.

Como forma de ilustrar, um estudo apresentado em um hospital de grande porte da cidade de São Paulo, por exemplo, entre 50% e 70% dos pacientes que procuram o serviço são classificados como "urgência relativa", sendo que muitos deles poderiam aguardar alguns dias por uma consulta eletiva sem maiores riscos¹¹. Essa realidade não é exclusividade daquele hospital e revela que soluções pontuais nem sempre constituem como melhor alternativa para os problemas emergentes do sistema, uma vez que a alocação adequada dos recursos escassos em unidades de atenção básica traria ganhos de efetividade e eficiência para o sistema como um todo.

Segundo Campos (2018)¹², a ampliação e consolidação do SUS requer dos diversos atores sociais a mobilização, articulação e pensamento sistêmico, que parte dos problemas agudos e cotidianos para identificar suas causas estruturantes e propor alternativas consistentes no campo das políticas públicas:

"O SUS encontra-se bastante fragmentado, que torna precária a governança do sistema na lógica de redes de atenção integral. É fundamental que seja ampliada a integração sistêmica do SUS" (Campos, 2018, p. 1711)¹².

Partindo desta inquietação e da compreensão que a intervenção sobre as situações pontuais experimentadas individualmente pelas diversas instituições carece de uma articulação entre os gestores locais, iniciou-se uma mobilização democrática e de caráter aberto, com a incorporação de novos atores e olhares a cada reunião.

A proposta do grupo baseou-se no Princípio de Pareto, que afirma que existe um forte

desequilíbrio entre causas e efeitos, entre esforços e resultados e entre ações e objetivos alcançados, e que, de uma maneira genérica, 80% dos resultados que obtemos estão relacionados com 20% dos nossos esforços, ou seja, uma minoria de ações leva a maior parte dos resultados¹³.

Então, se os resultados e objetivos alcançados estão relacionados às ações executadas, o grupo buscou identificar os principais problemas (20%) que, se solucionados, representariam uma melhoria significativa (80%) nos serviços de saúde da região. Assim, ao convergir atores para análise da situação, sistematização dos problemas e identificação daqueles com maior grau de relevância constituiu-se o primeiro passo para uma ação coordenada que tem em seu horizonte o médio e longo prazo.

Para que o trabalho fosse capaz de gerar uma unidade entre os atores e um coeficiente colaborativo, optou-se por realizar um trabalho participativo, para construção de uma pauta única, onde as diferentes expressões de ideias foram apresentadas e sugestões expostas.

Neste sentido, foram convidados a participar inicialmente das discussões os representantes dos hospitais públicos e privados de Londrina, representantes da Secretaria de Saúde do Estado e do Município, e um parlamentar de Londrina. A proposta do grupo era iniciar um trabalho de discussão com a inclusão de novos atores a partir das discussões sistematizadas e capazes de mobilizá-los em torno de um produto concreto, ainda que não terminado.

As primeiras reuniões tiveram sua pauta aberta, adotando a metodologia de *Brainstorm* ou como é conhecido, "Tempestade de Ideias". Essa técnica foi desenvolvida pelo publicitário norte-americano Alex Osborn, em 1949, e é capaz de identificar as possíveis causas do problema investigado, uma maneira disciplinada de geração de novas ideias a partir de discussões em grupo¹⁴.

Em cada reunião, um relator registrou os

principais itens da discussão de forma clara e objetiva, submetendo o registro para aprovação do grupo. Para tornar o esforço de sistematização mais claro e acessível, sempre que possível o registro das reuniões foi convertido em representações visuais, com uma ferramenta chamada *Wordcloud*, que permite criar uma "nuvem de palavras" utilizando formas e imagens de modo que se permita uma melhor visualização do conteúdo proposto, dando destaques àqueles termos que mais vezes foram citados. Com as palavras em destaque, pode-se observar uma "visão situacional" dos problemas de saúde da região, que permitiram uma análise inicial dos principais fatores que interferem no cenário (Figura 1).

A partir da percepção dos envolvidos, um subgrupo de sistematização organizou os problemas, discutindo a relação entre eles, com o agrupamento e indicação de relações que foram visualmente representadas em uma árvore explicativa (Figura 2). A projeção visual e as sucessivas discussões para a validação dos produtos intermediários permitiram o amadurecimento das discussões, integração de novos atores e compreensão sistêmica dos problemas.

Ao final de quatro reuniões ao longo de 2018, a árvore explicativa foi composta por três eixos principais (temas), 11 ramos (nós) e 31 problemas, cada qual com um conjunto de elementos que representam como os diversos atores percebem esta situação (Quadro 1).

Todos os problemas identificados já foram em maior ou menor grau objeto de análises no plano nacional. Contudo, o exercício de problematização e sistematização deles, a partir da realidade local, foram de fundamental importância para a construção do significado e da unidade dos atores em torno de uma agenda unificada.

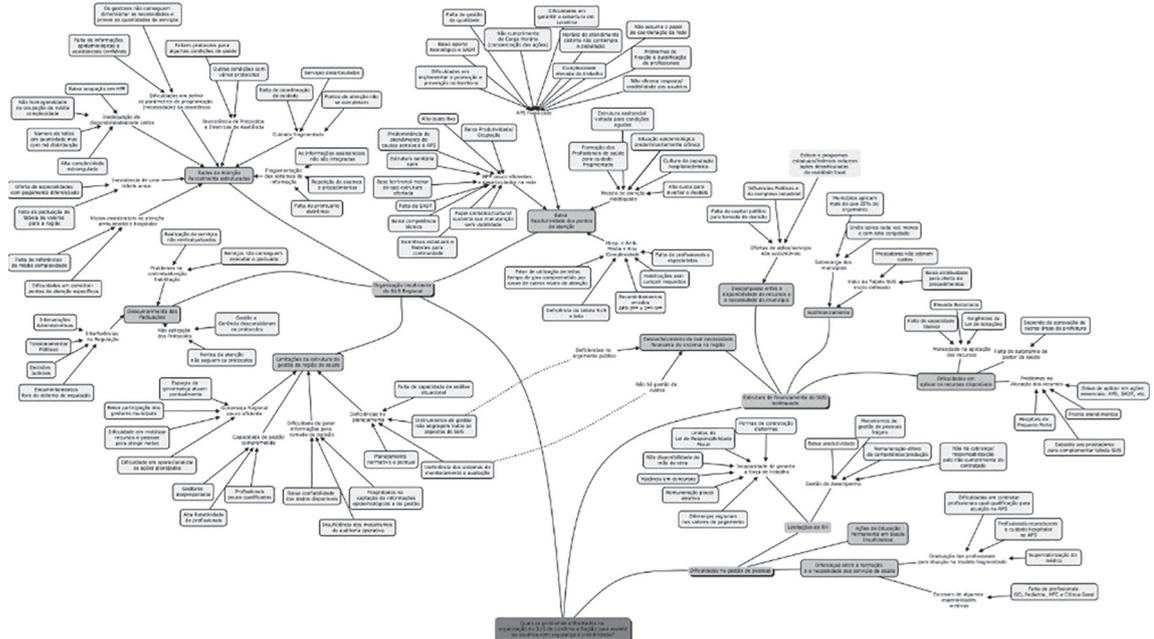
Tendo o processo de problematização atingido a saturação das discussões, os mesmos foram priorizados para permitir a construção

Figura 1 Tecnologias de síntese e representação visual dos problemas discutidos: Wordcloud das discussões da 2ª reunião.



Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

Figura 2 Tecnologias de síntese e representação visual dos problemas discutidos: Árvore explicativa dos problemas, suas evidências e inter-relações.



Para visualização da árvore completa e detalhada acesse: <http://bit.ly/arvoreproblemas>

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

Quadro 1 Problemas percebidos pelo grupo, ordenados conforme a pontuação obtida por meio da matriz GUT.

Nº	PROBLEMA
1	Atenção Primária Fragilizada
2	Hospitais de Pequeno Porte pouco eficientes e desarticulados na rede
3	Inadequação da disponibilidade de Leitos
4	Sobrecarga dos municípios
5	Valor da Tabela SUS muito defasado
6	Hosp. e Amb. Média e Alta Complexidade
7	Problemas na contratualização e habilitação
8	Problemas na Alocação dos recursos
9	Interferências na Regulação
10	Cuidado fragmentado
11	Capacidade de gestão comprometida
12	Incapacidade de Garantir a força de Trabalho
13	Governança Regional pouco eficiente
14	Escassez de algumas especialidades médicas
15	Não aplicação dos protocolos
16	Ofertas de ações/serviços não sustentáveis
17	Vazios assistenciais na atenção ambulatorial e hospitalar
18	Fragmentação dos sistemas de informação
19	Ações de Educação Permanente em Saúde Insuficientes
20	Deficiências no orçamento público
21	Inexistência de uma tabela única
22	Dificuldade de gerar informações para tomada de decisão
23	Dificuldades em definir os parâmetros de programação (necessidade) da assistência
24	Gestão de Desempenho
25	Modelo de atenção inadequado
26	Não há gestão de custos
27	Deficiências no planejamento
28	Morosidade na aplicação dos recursos
29	Inexistência de Protocolos e Diretrizes de Assistência
30	Falta de autonomia do gestor da saúde
31	Graduação dos profissionais para atuação no modelo fragmentado

assertiva de ações para aquilo com maior impacto sobre a organização dos serviços, conforme prediz o Princípio de Pareto¹³. As duas reuniões seguintes foram destinadas à priorização dos problemas e aprovação do relatório final dos trabalhos.

Para isto foi construído um formulário *on-line*, onde cada participante classificou cada um dos problemas elencados, levando em conta os parâmetros da Matriz GUT como forma de reduzir a subjetividade da avaliação entre os pares. A matriz tem esse nome pelo fato de levar em consideração a Gravidade, a Urgência e a Tendência de cada problema¹⁵. Enquanto a Gravidade representa o impacto do problema analisado caso ele venha a acontecer, a Urgência diz respeito ao tempo disponível ou necessário para resolver um determinado problema analisado, e a Tendência avalia o potencial de crescimento do problema e a probabilidade do problema se tornar maior com o passar do tempo.

Baseado nesta proposta, cada participante atribuiu notas de 1 a 5 para os parâmetros indicados e o conjunto de respostas foi totalizado para classificar em ordem decrescente os problemas a serem abordados na melhoria do processo (Quadro 1). Este tipo de análise permitiu estabelecer a ordem de prioridade dos problemas, auxiliando na estratégia de trabalho da comissão¹⁵.

Para melhor compreensão dos problemas-chave e caminhos a serem explorados foram construídos cinco eixos de atuação que contemplaram especialmente os problemas priorizados. Na ocasião das discussões, ainda sem ter a perspectiva de definir ações para cada problema, os eixos figuraram como caminhos para gerar uma ação proativa e convergente, inclusive com a ampliação das discussões para outros atores-chave.

Para cada eixo, o subgrupo de sistematização elaborou um breve texto de apresentação que procurou registrar as discussões do grupo e o contexto no qual se inserem, agregando elementos teóricos que sustentam ou apontam caminhos a

serem seguidos. Tal qual todos os produtos, o texto foi discutido e validado pelo grupo. Os 5 (cinco) pilares identificados pela comissão foram:

I. Apostar na Atenção Primária à Saúde:

A Atenção Primária à Saúde (APS) consiste na estratégia de organização dos serviços de saúde com base na oferta das ações em territórios definidos, onde são desenvolvidas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde de maneira multidisciplinar, com estímulo à participação social e da educação em saúde¹⁶. Dados oficiais do Ministério da Saúde para o ano de 2015 apontam que na Regional de Saúde de Londrina, em média 21% de todos os atendimentos hospitalares ocorreram por causas sensíveis à APS, sendo que em unidades de pronto atendimento ou hospitais de menor porte/complexidade esta proporção é ainda maior. Isso é um dos inúmeros exemplos que apontam para os efeitos sistêmicos de uma APS fragilizada e, não por acaso, foram exaustivamente registrados pelo grupo em outros problemas. Apostar na APS, com a construção de soluções para garantia da cobertura, pronta disponibilidade de todos os profissionais, qualificação da produção do cuidado em Redes de Atenção à Saúde, não se trata apenas de uma decisão ordinária, mas significa apostar na melhoria dos níveis de saúde da população com o uso eficiente e sustentável dos recursos disponíveis. No âmbito regional temos dois cenários que requerem atenção: municípios de maior porte que têm dificuldades na garantia da cobertura, mas apresentam corpo técnico qualificado e bons resultados; e municípios de menor porte com cobertura para a totalidade da população, mas que requerem ações para qualificação do alcance de suas ações.

II. Fortalecer as redes de atenção e produção assistencial na média e alta complexidade:

A atenção especializada é marcada por diferentes gargalos, principalmente no que se refere ao acesso. A dificuldade para a garantia de acesso a serviços especializados decorre do modelo de atenção adotado, da resolutividade da APS e

também do dimensionamento e organização da oferta dos serviços¹⁷. As discussões da comissão apontam para a necessidade, antes mesmo de discutir a ampliação ou não deste conjunto de serviços, da busca por sua integração em uma rede de atenção e um modelo de atenção integrado, com forte vinculação à APS. Ainda, no contexto regional, muitos municípios estabeleceram sistemas autônomos sem a devida articulação regional para consultas e exames especializados que apontam para a necessidade do fortalecimento da regionalização. Os pontos-chave para compreensão e intervenção sobre o problema foram:

- a. Os vazios assistenciais na atenção ambulatorial e hospitalar;
- b. O modelo de atenção inadequado, com o cuidado fragmentado;
- c. As dificuldades em definir os parâmetros de programação das necessidades;
- d. Os problemas na contratualização e habilitação de prestadores;
- e. As limitações da estrutura de gestão da região de saúde.

III. Qualificar a capacidade instalada da atenção hospitalar: Definir o número de leitos hospitalares necessários para atender uma dada população é uma tarefa complexa, pois envolve analisar não apenas a oferta desses serviços, mas também a sua demanda e características locais, o que determina o apontamento de um índice ideal bastante temerário, apesar de teorias e recomendações sobre o tema. Considerando a recomendação do Ministério da Saúde (2015)¹⁸ e população de 2012 estima-se que a 17ª Regional de Saúde deva possuir 1.639 leitos gerais e 176 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para seus usuários. Atualmente contamos com 2.022 leitos gerais e 130 leitos de UTI. Para além de um quantitativo próximo das necessidades é preciso considerar que a 17ª Regional de Saúde é referência também para a Macrorregião Norte, bem como a distribuição e resolutividade dos leitos disponíveis.

Ao fazê-lo, a comissão foi unânime em apontar uma situação desigual, onde os principais desafios se referem à:

- a. Inadequação da disponibilidade de leitos:
 - i. Baixa ocupação em Hospitais de Pequeno Porte (HPP);
 - ii. Não homogeneidade na ocupação de unidades de média complexidade;
 - iii. Alta complexidade estrangulada.
- b. HPPs pouco eficientes e desarticulados na rede;
- c. Deficiências nos Hospitais e Ambulatórios de Média e Alta Complexidade, como valores insuficientes da tabela SUS, falta de profissionais e especialistas, habilitações para serviços sem cumprir os requisitos mínimos e encaminhamentos de casos que eram passíveis de manejo em outros níveis assistenciais.

Assim, é preciso, portanto, trilhar o caminho no fortalecimento da regionalização para garantia do acesso sem perda da economia de escala, com reorganização da disponibilidade de leitos hospitalares para permitir o redirecionamento dos recursos para onde ele possibilitará benefícios em maior escala, como na Atenção Primária, no fortalecimento dos serviços hospitalares que continuariam habilitados e na ampliação da atenção ambulatorial especializada.

IV. Aprimorar a integração, regulação e comunicação no cuidado: Apesar dos inúmeros esforços e avanços observados em anos recentes, é preciso intensificar a conformação de Redes de Atenção para atendimento a condições agudas e crônicas com resolutividade, oportunidade e eficiência¹⁹. Pensar em um sistema de saúde articulado em rede pressupõe a integração dos diversos pontos de atenção para produção de uma ação proativa, contínua, com cuidado longitudinal e tendo a APS como ordenadora deste processo, sendo que dois novos elementos devem ser agregados à discussão: a regulação do cuidado e a comunicação entre os pontos de atenção. Ao

se pensar na integração da rede e nos processos regulatórios, os problemas/fatores identificados pela Comissão que carecem atenção são:

- a. Interferências na regulação, advindas de tensionamentos políticos, decisões judiciais e encaminhamentos fora do sistema de regulação;
- b. Cuidado fragmentado em função da falta de coordenação do cuidado, serviços desarticulados e pontos de atenção que não se completam;
- c. Não aplicação ou inexistências de protocolos e diretrizes assistenciais

V. Garantir o financiamento e alocação eficiente de recursos: Entre os grandes desafios do SUS destacam-se o financiamento e a alocação dos recursos disponíveis de forma eficiente. Não se trata de atribuir os problemas vivenciados apenas à falta de recursos, uma vez que os quatro primeiros caminhos se dedicam somente à necessidade de ganhos de eficiência, mas não será possível mobilizar as transformações necessárias ou a sustentabilidade do sistema sem discutir a disponibilidade dos recursos e a alocação dos mesmos²⁰. Diante deste cenário e na perspectiva da Comissão é preciso uma mobilização para ampliação da base de financiamento do sistema e, paralelamente, garantir que os recursos captados sejam alocados buscando maior eficiência nos sistemas de saúde, com apontamentos das seguintes situações:

- a. Sobrecarga de financiamento dos municípios em detrimento da União;
- b. Incapacidade de garantir a força de trabalho no SUS;
- c. Oferta de ações/serviços não sustentáveis;
- d. HPP pouco eficientes e desarticulados na rede;
- e. Valor da tabela SUS muito defasado;
- f. Inexistência de uma tabela unificada para contratação de serviços;

- g. Morosidade na aplicação dos recursos;
- h. Problemas na alocação dos recursos em ações desarticuladas das prioridades regionais;
- i. Falta de autonomia do gestor da saúde para definição da alocação dos recursos.

Como foi dito, mais do que identificar problemas desconhecidos o processo de problematização com os atores partiu da realidade de Londrina e região, e foi fundamental para gerar a unidade e convergência necessárias para que a Comissão construa as alternativas inovadoras para enfrentamento dos problemas.

Tendo o relatório definido e divulgado, a Comissão passou a realizar apresentações públicas nas instituições que compuseram as discussões e, sempre que possível, buscou novos espaços e atores para divulgação da agenda proposta. O relatório foi apresentado para as equipes do Hospital Evangélico de Londrina, Hospital Zona Sul de Londrina, Hospital Zona Norte de Londrina, 17ª Regional de Saúde de Londrina, Hospital Universitário de Londrina, Associação Médica de Londrina, Grupo Sallus (Saúde Londrina União Setorial), Cismepar (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema), Comissão Intergestores Bipartite Regional e Comitê Executivo da Saúde, composto por representantes do poder executivo, judiciário e ministério público, abrangendo mais de 200 pessoas. Destas apresentações, foram acolhidas novas adesões ao texto base a proposta de mobilização.

É preciso, no entanto, transbordar o discurso para além do setor saúde com o foco em entidades capazes de gerar uma mobilização social, como a Câmara de Vereadores de Londrina, Associação de Municípios do Médio Paranapanema, Associação Comercial e Industrial de Londrina (ACIL), Sociedade Rural do Paraná (SRP), deputados estaduais e federais da região e outros, buscando envolver a sociedade civil organizada no engajamento do projeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo de todo processo ficou evidente a complexidade dos problemas vivenciados e a necessidade de ações coordenadas entre os gestores, prestadores, profissionais de saúde, universidades, políticos e sociedade civil organizada. Muitas situações decorrem de problemas cuja governabilidade direta não esteja no nível local, mas que dependem dos atores que aqui produzem suas atividades para propor medidas capazes de contorná-los.

Com este trabalho pôde-se perceber que a fragmentação da gestão tem sido um problema constante na região, sendo este talvez o principal avanço da proposta de mobilização: constituir um espaço supra-institucional, colaborativo e capaz de acolher e aprofundar a discussão dos problemas dos diversos atores para reforçar a necessidade do pensamento e atuação sistêmicos.

Por se tratar de uma experiência exitosa, os caminhos adotados podem propiciar que outras regiões do Estado busquem a articulação descrita como forma de garantir melhorias de médio e longo prazo, e o fortalecimento do SUS em sua totalidade.

Para o ano de 2019, os principais desafios a serem superados estão relacionados a continuidade da mobilização dos atores da região, a difusão das discussões para além do setor saúde, a mobilização dos representantes políticos de Londrina e região e a construção de espaços que sejam capazes de propor ações concretas para os caminhos descritos.

AGRADECIMENTOS

Às instituições e seus diversos representantes que contribuíram até o momento com a mobilização proposta (em ordem alfabética): 17ª Regional de Saúde, Associação Médica de Londrina, Comissão Intergestores Bipartite da 17ª RS, Conselho Municipal de Saúde de Londrina, Consórcio Intermunicipal

do Médio Paranapanema, Gabinete do Deputado Estadual Tiago Amaral, Grupo SALUS – Saúde Londrina União Setorial, Hospital Cristo Rei de Ibitiporã, Hospital de Olhos de Londrina, Hospital do Câncer de Londrina, Hospital Dr. Anísio Figueiredo, Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade, Hospital Evangélico de Londrina, Hospital São Rafael de Rolândia, Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, Irmandade Santa Casa de Londrina, Santa Casa de Cambé e Secretaria Municipal de Saúde de Londrina.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram inexistir conflitos de interesse com o relato apresentado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
2. Santos NR. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2018. [citado 2019 Mar 05]; 23(6):1729-36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601729&lng=pt.
3. Azambuja CRC. Importância das medidas de gestão no controle da superlotação hospitalar. [Internet] [monografia]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2014. [citado 2019 Fev 15]. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/11730>.
4. Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Propostas do CONASS aos candidatos à Presidência da República. [homepage na Internet]. [citado 2019 Fev 15]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/propostas-do-conass-aos-candidatos-presidencia-da-republica/>.
5. Burmester H. Gestão em Saúde. Rev. Adm. Saúde. [Internet]. 2017 [citado 2019 Fev 15];17(66): editorial. Disponível em: <http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/5/16>.
6. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (PR). Plano Diretor de Regionalização. [internet]. Paraná: Secretaria de Estado da Saúde; 2015. [citado 2019 Fev 15]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00_-_NDS/PDR_2015.pdf
7. Ministério Público do Estado do Paraná. Regionais de saúde. [homepage na Internet]. [citado 2019 Fev 15]. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=522>.

8. Santos CAS, Santo EE. Análise das causas e consequências da superlotação dos serviços de emergências hospitalares: uma revisão bibliográfica. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. [Internet]. 2014 [citado 2019 Fev 15];5(3):31-44. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/187/210>.
9. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 [citado 2019 Fev 15];25(7):1439-1454. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700002&lng=en.
10. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018 Jun [citado 2019 Fev 17];23(6):1751-1762. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601751&lng=en.
11. Hospital Sírio Libanês. Pronto atendimento ou consulta: como fazer a escolha certa. [homepage na Internet]. [citado 2019 Fev 15]. Disponível em: <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/sua-saude/Paginas/pronto-atendimento-consulta-como-fazer-escolha-certa.aspx>.
12. Campos GWS. SUS: o que e como fazer?. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018 Jun [citado 2019 Fev 17]; 23(6):1707-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601707&lng=en.
13. Brophy P, Coulling K. *Quality management for information and library managers*. Brookfield: Aslib Gower, 1996.
14. Barreto, RM. *Criatividade em propaganda*. 12. ed. São Paulo: Summus, 2004.
15. Daychoum, M. *40+4 ferramentas e técnicas de gerenciamento*. 3. ed. Rio de Janeiro: Brasport, 2010.
16. Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanela L. *organizadores. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.
17. Silva CR, Carvalho BG, Cordoni Júnior L, Nunes EFPA. Difficulties in accessing services that are of medium complexity in small municipalities: a case study. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2017 [citado 2019 Fev 15];22(4):1109-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401109&lng=pt.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 01. Consolidação, portaria normativa, direito à saúde, usuário do SUS, organização e administração, funcionamento, Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 03 out 2017; Suplemento: 1.
19. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *A atenção primária e as redes de atenção à saúde*. Brasília: CONASS, 2015. 127 p.
20. Brasil, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota Conjunta – CONASEMS/CONASS Financiamento da Saúde [Internet]. Brasília: CONASEMS; 2017 [citado 2019 Fev 16]. Disponível em: http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/09/Nota-Conjunta-Conass-e-Conasems-Financiamento-e-Gest%C3%A3o-25.09_final.pdf.

RECEBIDO: 05/03/2019

ACEITO: 13/05/2019

INOVAÇÃO EM SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS NO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO ESTADO DO PARANÁ

Innovating in clinical pharmacy services at the specialized component of pharmaceutical management in the state of Paraná

Paula Rossignoli¹, Deise Regina Sprada Pontarolli², Luís Gustavo Pedroso Corrêa³, Jaqueline de Lima Germano⁴, Roberto Pontarolo⁵, Fernando Fernandez-Llimos⁶

1. Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Curitiba/PR, Brasil. Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8691-7359>.
2. Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Curitiba/PR, Brasil. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica do SUS pela Escola Nacional de Saúde Pública. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0694-6740>.
3. Farmacêutico da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Curitiba/PR, Brasil. Mestrando em Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7261-670X>.
4. Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Curitiba/PR, Brasil. Mestranda em Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4813-0675>.
5. Docente da Universidade Federal do Paraná, Curitiba/PR, Brasil. Doutor em Ciências (Bioquímica) pela Universidade Federal do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7049-4363>.
6. Docente da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. Doutor em Farmácia Assistencial pela Universidade de Granada, Espanha. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8529-9595>.

CONTATO: Paula Rossignoli | Endereço: Rua Piquiri, 170 | Curitiba-PR | Telefone: (41) 3330-4447 | E-mail: paula.rossignoli@sesa.pr.gov.br

COMO CITAR: Rossignoli P, Pontarolli DRS, Corrêa LGP, Germano JL, Pontarolo R, Fernandez-Llimos F. Inovação em serviços farmacêuticos clínicos no componente especializado da assistência farmacêutica do Estado do Paraná. R. Saúde Públ. 2019 Jul.;2(1):125-139.



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 implementação de serviços farmacêuticos clínicos, em âmbito público ou privado, não tem alcançado os níveis desejados. Uma das explicações para esse fato pode residir no desenho desses serviços que por vezes são demasiado amplos, complexos e com objetivos excessivamente ambiciosos. A partir de processos de *reengineering*, uma carteira de serviços farmacêuticos clínicos no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SES/PR), está sendo desenhada com intuito de melhorar os desfechos clínicos resultantes do uso de medicamentos desse componente. A proposta é implementar vários serviços com objetivos específicos utilizando a seleção de pacientes guiada por dados (*data driven*). Implementar esses serviços e torná-los sustentáveis é o desafio que se apresenta à Assistência Farmacêutica da SES/PR para os próximos anos, com o objetivo de contribuir para a melhoria da saúde dos pacientes e para a racionalização de recursos do sistema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Farmacêutica. Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde Pública.

ABSTRACT Clinical pharmacy services implementation, either in public or private sectors, has not reached desirable levels. A potential explanation for this poor implementation may be a poor service design, which is frequently too comprehensive and complex, with too ambitious objectives. By using reengineering processes, the Specialized Component of the Public Pharmaceutical Management (CEAF) of the State Secretary of Health (SES/PR) in the state of Paraná, a portfolio of clinical pharmacy services, is being designed to improve patients' clinical outcomes resulting from the use of the medicines from this component. The concept is based on the creation of several different services with specific objectives using a data-driven patient selection process. Implementing these services and making them sustainable is the challenge that CEAF will face at SES/PR in the following years, aiming at improving individuals' health and rationalizing public Health System resources.

KEYWORDS: Pharmaceutical Services. Unified Health System (SUS). Public Health.

SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS

Na década de 1960, após eventos trágicos associados ao uso de medicamentos, vários países perceberam que o profissional farmacêutico poderia atuar no controle de uso de medicamentos e na monitorização dos desfechos resultantes destes. Apoiada nessa

percepção nasce a chamada farmácia clínica, área na qual o farmacêutico é incorporado a equipes multiprofissionais de saúde e fornece seus conhecimentos para proporcionar uma maior segurança do paciente com relação ao uso de medicamentos.

Inicialmente, a prática da farmácia clínica esteve mais associada a aspectos envolvendo o processo de uso de medicamentos. Resultado desse enfoque foi a publicação do relatório da conferência da Organização Mundial de Saúde em Nairobi, em 1985, intitulado *Uso Racional de Medicamentos*¹. Algum tempo depois, o conceito da farmácia clínica começou a evoluir para os chamados cuidados farmacêuticos. A novidade conceitual consistia na corresponsabilização do farmacêutico na obtenção dos melhores desfechos possíveis com o uso de medicamentos. É importante salientar que durante esse período de tempo (antes, durante e após o surgimento da farmácia clínica) o foco da responsabilidade do farmacêutico passou da produção de medicamentos, ao controle do processo de uso do produto, para chegar finalmente à contribuição na melhoria dos resultados em saúde (conhecidos em inglês como *outcomes*).

Como em toda nova área que surge, a terminologia utilizada não foi consensual desde o início. Nesta esfera já foram utilizadas denominações como a original de Farmácia Clínica, que alguns propõem manter, a de Cuidados Farmacêuticos, inicialmente traduzida no Brasil como Atenção Farmacêutica, e algumas outras mais associadas a países anglo-saxônicos como Serviços Farmacêuticos ou Serviços Cognitivos. No entanto, cabe ressaltar que a discussão dos desenhos e do conteúdo desses serviços é mais importante do que a discussão terminológica que os permeia.

Essa nova área de atuação, apesar de parecer bastante atraente, não conseguiu atingir o nível de implementação desejado. Como consequência disso foram realizados diversos estudos com o objetivo de identificar as barreiras para a implementação de serviços farmacêuticos. A maior parte desses estudos, realizados em farmácia comunitária ou comercial, concluiu que entre as barreiras mais importantes estavam a falta de remuneração dos serviços, mas também a falta de apoio dos gestores e das entidades profissionais². Pesquisas realizadas no âmbito de sistemas públicos de saúde, em que

a remuneração adicional não seria fator limitante, trouxeram de forma coincidente a falta de apoio de gestores de saúde como obstáculo³. Ainda que alguns países já tenham começado a resolver as barreiras para a implementação, surge um novo desafio para eles que é assegurar a sustentabilidade do serviço.

Acreditava-se que havia um número limitado de serviços farmacêuticos a ser prestado, o que foi corroborado por consensos definindo quais seriam eles^{4,5}. Uma visão mais moderna, entretanto, aponta um elenco não limitado de serviços. A perspectiva atual de desenho de serviços, baseada nas doutrinas da chamada ciência da implementação, estabelece que o primeiro ponto para um desenho racional de serviços passe por um diagnóstico da situação e das necessidades dos pacientes e dos sistemas de saúde^{6,7}. Após vencer esta etapa devem ser estabelecidos os objetivos específicos do serviço e proceder com uma busca de modelos e enquadramentos teóricos que suportem a eficácia das intervenções e a sustentabilidade do serviço como um todo. Somente após concluir essas fases é que se deve desenhar o serviço em termos operacionais.

Provavelmente, um dos erros mais importantes no desenho de alguns dos serviços farmacêuticos que não tiveram sucesso tenha sido estabelecer um serviço único e amplo com objetivos excessivamente ambiciosos. Assim, a baixa taxa de implementação de serviços farmacêuticos poderia estar mais associada a desenhos inadequados do que às barreiras anteriormente mencionadas. Identificado este problema, parece conveniente iniciar processos de *reengineering*⁸ que questionem cada um dos elementos do serviço, incluindo a sua própria complexidade. A ideia seria identificar todos os componentes do serviço por meio de uma análise pormenorizada⁹, prescindir daqueles que não adicionam valor e, provavelmente, fracionar o serviço em serviços menos complexos incluindo apenas os componentes que têm evidência de sua eficácia. Foi esse o eixo norteador da proposta de

desenho de uma carteira de serviços farmacêuticos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado do Paraná.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma estratégia de acesso a medicamentos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial. O termo "especializado" refere-se às ações de saúde necessárias para o cuidado de pacientes que requerem tecnologias mais especializadas (médicos especialistas, exames mais complexos, medicamentos mais caros, tratamentos mais complexos) do que os agravos cobertos integralmente no Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)^{10, 11}.

Atualmente, o CEAF é regido pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 e pela Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. A responsabilidade pela execução do CEAF é das secretarias estaduais de saúde e envolve as etapas de solicitação, avaliação, autorização, dispensação dos medicamentos e renovação da continuidade do tratamento. Dessa forma, cabe à esfera de gestão estadual a garantia e a organização do acesso dos pacientes ao grupo de medicamentos contemplados neste componente^{11, 12}.

É pertinente recordar que a assistência farmacêutica, como parte integrante do SUS, deve atender aos princípios norteadores desse sistema: universalidade, integralidade e equidade. Enquanto o primeiro determina que as ações de cuidados devam ser fornecidas a qualquer pessoa no país, o último impõe que a intensidade dos cuidados deve ser diferente para cada indivíduo em função

das necessidades destes. Esses princípios devem nortear a Assistência Farmacêutica e todo serviço farmacêutico clínico realizado em seu âmbito^{13, 14}.

As linhas de cuidado concernentes ao CEAF estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde, de abrangência nacional. Os medicamentos contemplados integram o elenco da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e estão descritos em seu Anexo III¹⁵. O fornecimento desses medicamentos está condicionado ao cumprimento dos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos respectivos PCDT1. Atualmente, mais de 80 condições clínicas caracterizadas em mais de 300 CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, décima versão) são tratadas com medicamentos do CEAF¹⁶.

Em termos de custos, o CEAF representa o maior impacto orçamentário-financeiro dentro da Assistência Farmacêutica ambulatorial no SUS. Em 2017, o Governo Federal investiu, entre aquisições centralizadas e repasse financeiro para aquisição pelos Estados, cerca de 5,5 bilhões de Reais em medicamentos do CEAF. Nesse mesmo ano, o valor financeiro despendido pelo Ministério da Saúde para financiamento do CBAF foi da ordem de 1 bilhão de reais¹⁷. Em 2018, o valor financeiro correspondente a cerca de 90 milhões de unidades de medicamentos do CEAF distribuídos pela SES-PR, para atendimento de aproximadamente 181 mil pacientes cadastrados, foi da ordem de 400 milhões de reais¹⁸.

Apesar dos avanços do CEAF desde a sua regulamentação em 2009 em relação ao financiamento, aos critérios de incorporação dos medicamentos, à ampliação das doenças contempladas e à garantia da integralidade do tratamento, há incertezas acerca do quanto o montante de recurso empregado na oferta dos medicamentos tem maximizado os benefícios em

saúde para a população. Nesse sentido, a atuação clínica do farmacêutico nos serviços de saúde tem se mostrado um elemento capaz de acrescentar valor à terapia medicamentosa e de reduzir a lacuna existente entre o benefício potencial dos medicamentos e o seu real desempenho terapêutico^{19,20}. A prática clínica farmacêutica vem sendo incentivada por sistemas de saúde de diversos países, incluindo o Brasil¹².

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SES/PR) está organizada em 22 Regionais de Saúde. Atualmente, cerca de 80 farmacêuticos atuam em nível regional no âmbito da Assistência Farmacêutica. Cada Regional de Saúde conta com uma farmácia que disponibiliza medicamentos do CEAF e do elenco complementar da SES/PR. O crescimento do número de usuários, o adequado planejamento das aquisições de medicamentos e a complexidade do gerenciamento do CEAF trouxeram a necessidade de um sistema de informação gerencial próprio (Sismedex®), que foi desenvolvido pela Companhia de Tecnologia da Informação e Comunicação do Paraná - Celepar. Esse sistema, implantado em todo o Estado em 2007, dá suporte à operacionalização das etapas de execução do CEAF (solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação da continuidade do tratamento). Atualmente, são gerenciadas mais de 250 apresentações de medicamentos do CEAF e elenco complementar da SES/PR para atendimento dos mais de 200.000 pacientes cadastrados^{21, 22}.

EXPERIÊNCIA PRÉVIA DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS NA SES/PR

A SES/PR participou, ao longo do ano de 2015, de um projeto do Ministério da Saúde para a modelagem de serviço de cuidado farmacêutico no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Esse projeto estava dentro de um

escopo maior de modelagem de serviços de cuidado farmacêutico em diferentes pontos de atenção em saúde no Município de Curitiba/PR, e era continuidade do Projeto de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, realizado na Secretaria Municipal de Curitiba em 2014²³. A farmácia da 2ª Regional de Saúde da SES/PR participou como um ponto de atenção dentro do Município de Curitiba.

No início do projeto, a farmácia da 2ª Regional de Saúde já contava com um atendimento inicial aos usuários realizado por farmacêutico. A modelagem do serviço proposto em 2015 previa algumas alterações nesse atendimento, com especial intuito de que ele fosse utilizado para a seleção de pacientes que atendessem a critérios preestabelecidos para o serviço que estava sendo desenhado. Os critérios propostos para a seleção de pacientes eram: a) utilizar cinco ou mais medicamentos e ter 3 ou mais condições de saúde e b) ter dúvidas sobre os medicamentos que utiliza, ou achar que algum dos seus medicamentos não está fazendo efeito, ou sentir algum incômodo ou efeito indesejado após utilizar algum medicamento. Uma vez selecionado, o paciente deveria ser agendado para a primeira consulta do "serviço de cuidado farmacêutico" (denominação adotada no projeto), e para consultas sucessivas de retorno até que todas as suas condições clínicas estivessem controladas.

Durante a consulta do "serviço de cuidado farmacêutico" o farmacêutico deveria coletar uma série de informações do paciente e preencher um formulário contendo campos relativos a dados sociodemográficos, hábitos de vida, problemas de saúde, exames realizados, todos os medicamentos em uso e outros dados relativos à adesão, qualidade de vida e percepção geral de saúde. Ainda, em cada consulta deveriam registrar-se os problemas relacionados à farmacoterapia identificados, as intervenções realizadas, as ações pactuadas e realizar o próximo agendamento.

O modelo para o atendimento aos pacientes da farmácia do CEAF, bem como o sistema de

registro proposto, pouco diferia do modelo utilizado no projeto do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica¹⁵. A proposta era que o farmacêutico avaliasse toda a farmacoterapia do paciente e todos os seus problemas de saúde, no intuito de identificar e solucionar problemas relacionados à farmacoterapia que estivessem comprometendo o resultado do tratamento em termos de efetividade (não alcance da meta terapêutica) e segurança (aparecimento de algum problema causado pelo uso do medicamento).

O fato de esse serviço envolver um tempo de consulta superior a 1 hora por paciente, com muitos atendimentos com duração de cerca de 1 hora e 30 minutos, e de muitas vezes ser necessário um tempo adicional de estudo do caso pelo farmacêutico, aliado a um sistema de registro considerado complexo e excessivo pelos farmacêuticos, fizeram com que esse modelo de serviço fosse pouco sustentável, levando a sua extinção no ano de 2016. No entanto, na farmácia da 2ª Regional de Saúde da SES/PR, manteve-se a consulta de primeiro atendimento a todos os usuários que ingressavam no CEAF ainda com foco na identificação de potenciais problemas relacionados à farmacoterapia, não apenas da nova medicação a ser iniciada, mas de toda a medicação em uso pelo paciente.

Paralelamente, o Departamento de Assistência Farmacêutica (DEAF) da SESA/PR estabeleceu o compromisso no Plano Estadual de Saúde 2016-2019²⁴ de levar a consulta farmacêutica a todas as farmácias das 22 regionais de saúde do Estado. Entre os anos de 2016 e 2017 mais 12 Regionais de Saúde implementaram o modelo de primeiro atendimento da farmácia da 2ª Regional de Saúde de Curitiba. Após o acompanhamento das implementações e os primeiros monitoramentos realizados pelo DEAF, observou-se que havia diferenças nos atendimentos entre as Regionais com relação à duração e ao conteúdo da consulta farmacêutica.

Em 2018 surgiu a oportunidade de uma

parceria com a Universidade Federal do Paraná (UFPR), que abarca rede internacional de colaboração com membros com *expertise* na área de farmácia prática. Nessa colaboração entre SES/PR e a UFPR foi elaborado um projeto com o objetivo de desenhar e padronizar uma carteira de serviços farmacêuticos no CEAF, com o intuito de melhorar os desfechos clínicos resultantes do uso de medicamentos desse componente, bem como capacitar os farmacêuticos para o seu exercício.

REENGINEERING DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS

Como mencionado anteriormente, os modelos avançados de desenho de serviços, como o chamado *intervention mapping*, exigem que o processo de desenho seja iniciado por uma aprofundada análise da situação de partida junto com uma pormenorizada avaliação das necessidades do sistema. Só depois disso devem ser estabelecidos os objetivos a curto e médio prazo que se deseja atingir, assim como os enquadramentos teóricos nos quais se pretende fundamentar as intervenções que estão sendo desenhadas. Somente a partir dessa fase do processo de desenho do serviço é que se começa a pensar no serviço propriamente dito. Como relatado anteriormente, o CEAF compreende um elenco de medicamentos de alta complexidade, associado frequentemente a um alto custo. Essas duas características levam a duas questões iniciais a se considerar: são medicamentos que devem ser utilizados com especial atenção pelos pacientes, com uma monitorização mais intensiva e com um aconselhamento mais próximo; e são medicamentos em que o uso ineficiente leva a um considerável desperdício de recursos públicos. Numa situação deste tipo, a informação sobre os desfechos que estão sendo atingidos em cada paciente se converte num material precioso que deve ser registrado

com exatidão. Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que o Ministério da Saúde estabelece para o tratamento das doenças cobertas pelo CEAF contêm uma descrição detalhada, não só dos critérios de inclusão e exclusão para acesso ao tratamento, como também os exames periódicos que devem ser realizados para monitorizar a efetividade e a segurança dos tratamentos.

MUDANÇAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CEAF

Tornou-se neste ponto necessária a realização de uma série de modificações nos processos de avaliação, quer nas novas solicitações, quer na renovação ou adequação, condizentes com o registro dos exames apresentados pelo paciente em cada uma dessas fases no âmbito do CEAF.

Até o momento era possível aos avaliadores deferirem um processo de nova solicitação ou de renovação de um medicamento analisando se os exames entregues pelo paciente estavam dentro das condições exigidas no PCDT. Ainda que houvesse a possibilidade de o avaliador registrar os valores no sistema, não era a prática comum. Essa situação impedia qualquer análise de resultados de tratamento, quer em nível individual, quer em nível populacional. A primeira modificação advinda da implementação do Projeto de Inovação em Serviços Farmacêuticos no CEAF (SES/PR) passava pelo registro do resultado dos exames apresentados para o processo de avaliação. Essa modificação no Sismedex® possibilita duas novas análises. Por um lado, a partir da utilização de ferramenta de BI (*Business Intelligence*), é possível identificar pacientes que precisam de uma intervenção específica do farmacêutico, o que comumente se conhece como seleção *data driven* ou seleção guiada pelos dados. O sistema permite, por exemplo, identificar pacientes com um baixo nível de adesão terapêutica através do registro das dispensações de medicamentos. A segunda dessas

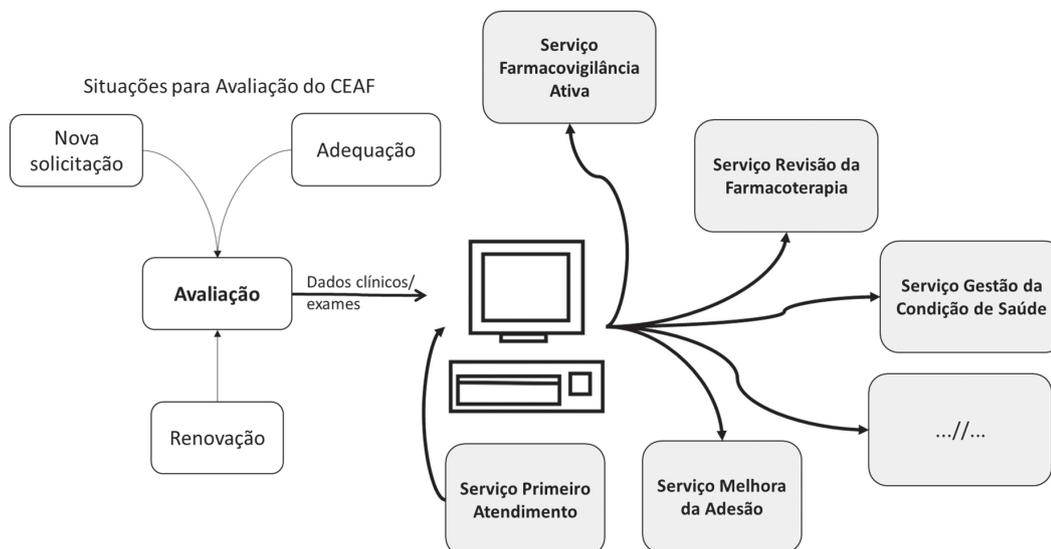
análises, uma vez estabelecida a prática do registro dos resultados de exames, permitirá a identificação de pacientes em que o objetivo terapêutico não foi suficientemente atingido, ou em que apareceram eventos indesejáveis. Todas essas são situações que obrigariam a intervenções do farmacêutico em diferentes serviços específicos. Deste modo, os serviços farmacêuticos clínicos desenhados no Projeto de Inovação em Serviços Farmacêuticos no CEAF (SES/PR) acompanham a mudança que vem sendo produzida internacionalmente de abandonar a busca por problemas relacionados com a farmacoterapia, para focar-se na identificação de desfechos negativos.

Ainda mais, as inovações no sistema de registro de desfechos no Sismedex® possibilitarão também análises populacionais que identifiquem vantagens de cada uma das diferentes alternativas terapêuticas ofertadas pelo CEAF. Assim, poderá ser realizada a chamada investigação de desfechos a nível populacional ou *outcome research*, que permitirá informar ao Ministério da Saúde e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária sobre a efetividade de medicamentos observada no mundo real (*real world data*). Esse imenso conjunto de dados relativos a mais de 250 apresentações de medicamentos e a mais de 200 mil pacientes cadastrados, permitirá inovações ainda maiores com a utilização de sistemas de Inteligência Artificial (IA) produzindo sistemas de alerta em tempo real para diversas situações.

SERVIÇOS FARMACÊUTICOS DESENHADOS

Os serviços farmacêuticos propostos envolvem serviços voltados tanto à melhoria do processo de uso de medicamentos, incluída a adesão à terapia, quanto à avaliação de resultados e intervenções que melhorem os desfechos em saúde. Na figura 1 é possível observar o esquema geral dos serviços propostos.

Figura 1 Esquema dos serviços farmacêuticos com seleção de pacientes data driven.



SERVIÇO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO

Seguindo o esquema do *intervention mapping*, a primeira necessidade identificada para um paciente tratado com medicamentos do CEAF foi a do serviço de primeiro atendimento. Este momento de interação com o paciente não é apenas a porta de entrada a um componente que tem requisitos que o diferem do CBAF, pois é também muitas vezes a primeira aproximação desse paciente a medicamentos de alta complexidade por vezes com formas especiais de administração.

Identificada esta necessidade estabelece-se como objetivo do serviço de primeiro atendimento o de assegurar que o paciente compreenda a forma correta de utilizar o medicamento e esteja disposto a fazê-lo. Para atingir este objetivo foi necessária a criação de um esquema padrão de aconselhamento, em forma de uma ficha, que reduzisse e otimizasse o tempo de atendimento bem como igualasse os atendimentos nas Regionais de Saúde. Este esquema deve permitir um aconselhamento detalhado sobre a forma de administração do medicamento e sobre outras informações que o paciente deve conhecer,

em relação ao medicamento e à própria doença, a ser realizado num tempo entre 15 e 20 minutos. A limitação desse tempo foi estabelecida não apenas para assegurar que o primeiro atendimento seja prestado a todos os pacientes que iniciam tratamentos do CEAF, como determina o princípio da universalidade do SUS, mas também pelo conhecimento existente acerca dos limites na capacidade de absorver informações por parte do paciente. É importante lembrar que em muitas situações o farmacêutico pode ter diante dele um usuário com baixo letramento em saúde, o que significa que fornecer muitas informações ou informações complexas durante muito tempo é garantia de uma atuação ineficiente.

As fichas de medicamentos vêm sendo elaboradas por farmacêuticos da SES/PR, a partir de um esquema proposto e testado por um grupo com experiência em atendimento de pacientes no CEAF. As informações são extraídas dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e das bulas dos medicamentos. Adicionalmente, para

alguns medicamentos são desenvolvidos materiais impressos, kits e vídeos para demonstração ao paciente. Quando há material a ser entregue ou alguma demonstração a ser feita, esta ação está

indicada na ficha do medicamento. O modelo da ficha (frente e verso) pode ser observado nas Figuras 2 e 3.

Figura 2 Frente da ficha do medicamento Etanercepte para tratamento de Artrite Reumatoide utilizada no serviço de primeiro atendimento.

 CUIDADO FARMACÊUTICO	ARTRITE REUMATÓIDE	F009		 PARANÁ GOVERNO DO ESTADO Secretaria de Saúde	
	ETANERCEPTE 25 mg Solução Injetável	Armazenamento	Refrigerado		
		Via de Adm.	SC		
		Controlado	Não		
	Revisão	09/2018			

PACIENTE  Processo/ Cadastro Sismedex

Verificar se o paciente se enquadra em uma das situações especiais descritas abaixo

CRIANÇAS: contraindicado para menores de 2 anos
 ! Não realizar a dispensação e fazer contato com o médico

GRÁVIDAS: categoria B, médico deve avaliar risco-benefício
 ! Confirmar com a paciente se o prescritor sabe da gestação. Caso não saiba, fazer contato com o médico

LACTANTE: contraindicado
 ! Orientar a paciente caso necessário

PROPÓSITO DO TRATAMENTO

- Tratar inchaços, dores e evitar alterações das articulações melhorando a função física e a qualidade de vida.

EXPECTATIVAS

- Melhora clínica (redução de inchaço e dor) em até 12 semanas
- Início de ação se dá normalmente em 2 semanas, podendo haver alteração dependendo da severidade dos sintomas

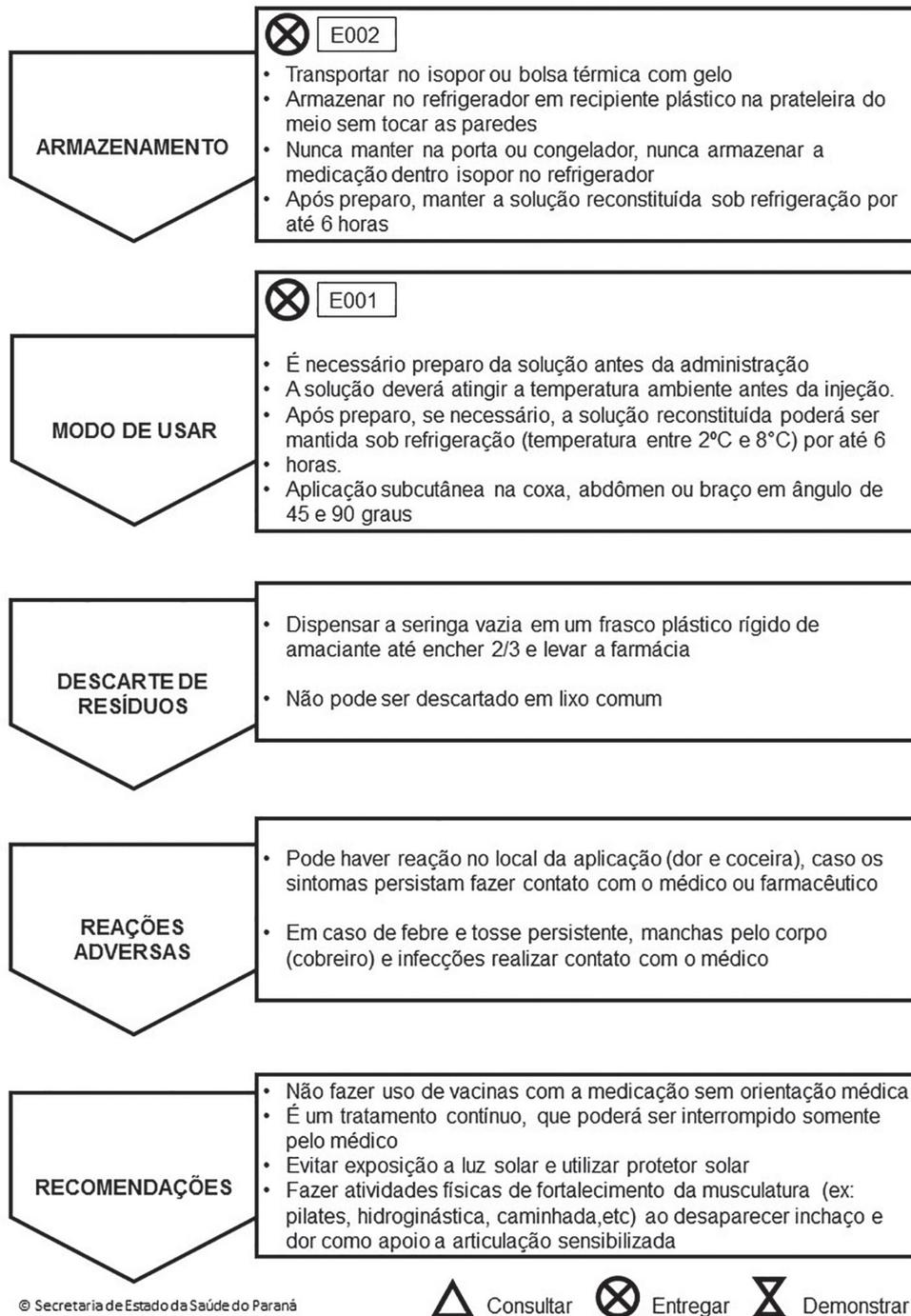
POSOLOGIA

 Prescrição ! Orientar conforme prescrição médica

 E004 ! Definir com o paciente as datas de uso do medicamento

Posologia em Bula/PCDT: 50 mg por semana (duas injeções de 25 mg administradas praticamente simultaneamente) ou 25 mg duas vezes por semana, com 3 ou 4 dias de intervalo. **CRIANÇAS** com peso corporal igual ou inferior a 63 kg, administrar 0,8 mg/kg por semana até o máximo de 50 mg/semana

Figura 3 Verso da ficha do medicamento Etanercepte para tratamento de Artrite Reumatoide utilizada no serviço de primeiro atendimento.



Para verificar o alcance do objetivo do serviço, ou seja, que o paciente conheça como utilizar o medicamento, o farmacêutico deve utilizar os métodos *teach-back* e *show-me*, nos quais o paciente explica ou demonstra como fará o uso do medicamento²⁵.

No fim de cada consulta, o farmacêutico deve ter condições de identificar pacientes em risco de ter baixa adesão ao tratamento. A baixa adesão, naturalmente, poderá ser de qualquer dos dois tipos reconhecidos na literatura: involuntária ou voluntária. Entende-se por não adesão involuntária as situações em que o paciente não cumpre com o regime de tratamento prescrito, ainda que deseje cumprir, mas por motivos de esquecimento, falta de compreensão ou impossibilidade de administração, não é capaz de fazer corretamente o que deveria fazer. Entende-se ainda por não adesão voluntária situações em que o paciente, normalmente devido a crenças inadequadas com a medicação, decide não obedecer às instruções de administração ainda que tenha entendido corretamente e tenha capacidade de cumpri-las. No final desse primeiro atendimento o farmacêutico, quando identificar uma dessas situações, deverá registrá-la no formulário eletrônico do serviço de primeiro atendimento disponível no Sismedex®, cujo preenchimento leva menos de dois minutos. Esta informação será útil para futuros atendimentos e outros serviços de acompanhamento deste paciente.

SERVIÇO DE FARMACOVIGILÂNCIA ATIVA

Alguns dos medicamentos padronizados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica são produtos biológicos, tais como anticorpos monoclonais ou outros medicamentos obtidos por procedimentos biotecnológicos. Esses produtos têm como características serem moléculas grandes e muito mais complexas do que moléculas sintéticas. Com a queda de

patente de medicamentos biológicos inovadores, têm surgido recentemente no Brasil, e há mais tempo em outros países, cópias desses produtos denominadas "biossimilares". Diferentemente de medicamentos sintéticos em que é possível se fazer uma cópia idêntica do produto original e admitir a sua intercambialidade com o medicamento de referência, os produtos biossimilares são considerados altamente semelhantes em relação ao biológico original, mas não idênticos. Dessa forma, as agências responsáveis pelo registro desses produtos não costumam assumir sua intercambialidade com o produto inovador²⁶.

A inserção de produtos biossimilares no mercado farmacêutico traz como benefícios importante redução de custos, bem como a possibilidade de ampliação do acesso à tecnologia para um número maior de pacientes. Contudo, o assunto tem se mostrado polêmico em relação à possibilidade de substituição do produto biológico inovador pelo biossimilar. Na tentativa de se estabelecer diretrizes sobre o tema foi criado pelo Ministério da Saúde um grupo de trabalho para discutir e formular a Política Nacional de Medicamentos Biológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)²⁷. Até o presente momento, no entanto, não houve publicação dessa Política.

Paralelamente aos assuntos relativos à intercambialidade dos biossimilares, algumas agências de regulação de medicamentos, como a americana e a europeia, recomendam fazer uma monitorização mais intensiva, nos moldes dos denominados planos de gestão de risco, de todos os medicamentos biológicos. A complexidade e o tamanho da molécula fazem com que exista probabilidade do surgimento de um fenômeno de imunogenicidade com produção de anticorpos antimedicação. Este processo pode conduzir, para além das típicas reações alérgicas (reação no local de injeção ou hipersensibilidades com manifestações sistêmicas), a um fenômeno de inativação do medicamento por formação de agregados com esses anticorpos. Assim sendo, a monitorização intensiva deve estar focada não

apenas na segurança do uso destes medicamentos, como também na efetividade desses produtos²⁸.

Nesse contexto, entendeu-se como oportuno iniciar um monitoramento mais estrito da efetividade e da segurança dos medicamentos biológicos no âmbito do CEAF. Foram escolhidos inicialmente dois medicamentos biológicos de referência de alta complexidade, Etanercepte e Infliximabe, com biossimilares já aprovados no Brasil, para o início do monitoramento mencionado. Esses produtos são utilizados atualmente no CEAF para o tratamento de Artrite Reumatoide, Espondilite Ancilosante e Artrite Psoriaca. O Infliximabe, além das condições clínicas anteriores, também é utilizado na Doença de Crohn. Com o monitoramento desses medicamentos, espera-se ter um volume de dados adequado em relação a produtos biológicos de referência quando da introdução dos biossimilares no CEAF. Isso permitirá comparar produtos inovadores e seus biossimilares em relação à efetividade e à segurança. Para a realização desse monitoramento desenhou-se o serviço de farmacovigilância ativa. A efetividade deve ser avaliada com base nos dados registrados no sistema de informação Sismedex no momento da avaliação realizada quando da renovação ou adequação do tratamento. Já a ocorrência de efeitos adversos deve ser verificada por meio de três inquéritos telefônicos a cada paciente a serem realizados ao longo dos nove primeiros meses de tratamento. Esse período de tempo de monitoramento foi definido com base em literatura que demonstra que reações imunogênicas provocadas por medicamentos biológicos têm maior chance de ocorrer nesse período de tempo inicial do tratamento²⁹.

O monitoramento de efeitos adversos será feito pelo farmacêutico com todos os pacientes que iniciarem o uso de um dos medicamentos selecionados para abordar as seguintes questões: presença de reação no local da aplicação (dor, vermelhidão ou inchaço persistentes no local); presença de reação alérgica sistêmica (urticária, vermelhidão/coceira no corpo, presença de

dificuldade em respirar; presença de infecção; presença de outro sintoma ou efeito indesejado que possa estar relacionado ao uso do medicamento.

OUTROS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS

Para a oferta de serviços farmacêuticos consistentes e sustentáveis está sendo planejada a implementação gradativa deles. Além daqueles já mencionados, estão previstos outros serviços como a revisão da farmacoterapia, a gestão da condição de saúde e intervenções para melhora da adesão à terapia. Esses serviços serão baseados no modelo *data driven* em que a seleção dos pacientes será orientada pelas informações extraídas dos processos de avaliação e registradas no sistema de gestão do CEAF.

A revisão da farmacoterapia (*medication review*) é um serviço que visa identificar situações anômalas no processo de uso de medicamentos que poderiam conduzir a um desfecho negativo. O sistema de informação ajudará a identificar pacientes que apresentem indicadores de morbidade preveníveis relacionados com medicamentos.

A gestão da condição de saúde (*disease state management*) é um serviço semelhante ao de acompanhamento farmacoterapêutico só que focado apenas numa condição clínica. Sendo o CEAF um componente especializado com um elenco voltado ao tratamento de condições clínicas mais complexas ou ainda condições menos prevalentes comparadas às do componente básico, parece mais apropriado o serviço de gestão da condição de saúde do que o de acompanhamento farmacoterapêutico. A gestão da condição de saúde é um serviço que visa identificar desfechos negativos da medicação nos pacientes, quer de falta de efetividade, quer de falta de segurança, propondo intervenções para solucioná-los. Mais uma vez a seleção de pacientes será realizada

pelo sistema de informação utilizando os dados registrados nos processos de avaliação do CEAF.

A existência de registros de dispensação permite identificar pacientes que não estejam retirando seus medicamentos com a frequência esperada. De forma semelhante às medidas de tempo de posse de medicamentos, tipo *medication possession ratio*, ou dias cobertos pela medicação, o sistema informatizado poderá identificar os pacientes com níveis inadequados de adesão à terapia. Estes pacientes passarão primeiramente por uma entrevista para identificar o tipo de não adesão que apresentam, para depois, e em função do tipo identificado, receber intervenções educacionais e atitudinais que os ajudem a compreender a necessidade do uso tempestivo da medicação para conseguir os efeitos esperados.

CENÁRIO ATUAL

Foram realizadas duas capacitações com os farmacêuticos que atuam nas 22 regionais de saúde e no CPM (Centro Psiquiátrico Metropolitano). Desde setembro de 2018 foram capacitados um total de 62 farmacêuticos. A primeira capacitação teve como foco a implementação do serviço de primeiro atendimento seguindo o novo modelo proposto, com uso das fichas de medicamentos e com a nova sistemática de registro. A segunda capacitação, realizada em janeiro de 2019, teve como tema o serviço de farmacovigilância ativa. As capacitações, coordenadas pelo Departamento de Assistência Farmacêutica, com carga horária de 20 horas cada, foram realizadas por meio da Escola de Saúde Pública do Paraná em parceria com a UFPR.

Após a primeira capacitação, o DEAF iniciou processo de monitoramento do serviço do primeiro atendimento implementado atualmente em 18 Regionais de Saúde. Foram realizadas reuniões de trabalho entre o Departamento de Assistência Farmacêutica e as equipes de cada Regional de

Saúde para feedback, orientações e ajustes do serviço. No período de outubro de 2018 a fevereiro de 2019 foram realizadas 2.881 consultas no serviço de primeiro atendimento.

O serviço de farmacovigilância ativa, para o qual os farmacêuticos já foram treinados, encontra-se em fase de implementação.

As alterações no sistema de informação do CEAF, iniciadas em outubro de 2018, que possibilitarão a seleção de pacientes e os serviços *data driven*, estão em fase final de homologação.

EPÍLOGO

A literatura demonstrou a utilidade dos serviços farmacêuticos clínicos na obtenção de melhores resultados em saúde, mas também demonstrou a dificuldade da implementação deles na prática. O CEAF reúne características capazes de eliminar algumas das barreiras que foram relatadas na literatura, além de demonstrar viável o desafio de implementar os serviços farmacêuticos clínicos segundo os princípios de universalidade e equidade, nem sempre alcançados em tentativas anteriores.

Para isto é necessária a adaptação do sistema de informação que possibilite o registro adequado de dados clínicos que serão utilizados para a seleção dos pacientes para cada serviço de acordo com a sua necessidade.

Esta é outra mudança de paradigma na implementação de serviços farmacêuticos: a conversão de serviços únicos, amplos e complexos em mais serviços menos amplos e mais específicos, destinados ao paciente que realmente necessita dele.

Este será o desafio da Assistência Farmacêutica da SES/PR para os próximos anos com o objetivo de contribuir para a melhoria da saúde dos pacientes do CEAF e para a racionalização de recursos do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The rational use of drugs: report of the conference of experts. Nairóbi, 25-29 november 1985. Geneva: WHO; 1987. 329 p.
2. Hossain LN, Fernandez-Llimos F, Luckett T, Moullin JC, Durks D, Franco-Trigo L, Benrimoj SI, Sabater-Hernández D. Qualitative meta-synthesis of barriers and facilitators that influence the implementation of community pharmacy services: perspectives of patients, nurses and general medical practitioners. *BMJ Open*. 2017 Sep; 7:e015471. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015471
3. Brazinha I, Fernandez-Llimos F. Barriers to the implementation of advanced clinical pharmacy services at Portuguese hospitals. *Int J Clin Pharm*. 2014 Oct;36(5):1031-8.
4. Ivama AM, Noblat L, Castro MS, de Oliveira NVBV, Jaramillo NM, Rech N. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002. 24 p.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo (ES). Consenso sobre atención farmacêutica. Madrid; 2001.
6. Sabater-Hernández D, Moullin JC, Hossain LN, Durks D, Franco-Trigo L, Fernandez-Llimos F, Martínez-Martínez F, Sáez-Benito L, de la Sierra A, Benrimoj SI. Intervention mapping for developing pharmacy-based services and health programs: A theoretical approach. *Am J Health Syst Pharm*. 2016 Feb;173(3):156-64.
7. Durks D, Fernandez-Llimos F, Hossain LN, Franco-Trigo L, Benrimoj SI, Sabater-Hernández D. Use of Intervention Mapping to Enhance Health Care Professional Practice: A Systematic Review. *Health Educ Behav*. 2017 Aug;44(4):524-535.
8. Champy J, Hammer M. Reengineering the Corporation. New York: Harpercollins; 1993.
9. Rotta I, Salgado TM, Felix DC, Souza TT, Correr CJ, Fernandez-Llimos F. Ensuring consistent reporting of clinical pharmacy services to enhance reproducibility in practice: an improved version of DEPICT. *J Eval Clin Pract*. 2015 Aug;21(4):584-90.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, Poder Executivo, edição 192, seção 1, 2017.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 164 p.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, Poder Executivo, edição 190, Seção 1, 2017.
13. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.
14. Ministério da Saúde (BR). Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>. Acesso em 14 mar. 2019.
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 218 p.
16. Ministério da Saúde (BR). Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Disponível em: <http://portals.saude.gov.br/assistencia-farmacautica/medicamentos-renomado/componente-especializado-da-assistencia-farmacautica-ceaf>. Acesso em: 13 fev. 2019.
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relatório de Gestão 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/05/Relat--rio-de-Gest--o-2017.pdf>. Acesso em: 13 fev.2019.
18. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Relatório Anual de Gestão - RAG 2018 [Internet]. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 2019 [citado 2018 Maio 08]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=149>.
19. Organização Mundial da Saúde. The role of the pharmacist in the health care system [Internet]. Geneva: OMS; 1994 [citado 2019 Fev 13]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2995e/1.6.2.html>.
20. Conselho Federal de Farmácia. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual/ Conselho Federal de Farmácia. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2016. 200 p.
21. Pontarolli DRS, Moretoni CB, Rossignoli P. A organização da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015.
22. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Assistência Farmacêutica [homepage na Internet]. Curitiba: SESA; [citado 2019 Fev 13]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3059>.
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
24. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde do Paraná 2016-2019 [Internet]. Curitiba: SESA; 2016 [citado 2019 Fev 13]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3251>
25. Bonetti AF, Reis WC, Lombardi NF, Mendes AM, Netto HP, Rotta I, Fernandez-Llimos F, Pontarolo R. Pharmacist-led discharge medication counselling: A scoping review. *J Eval Clin Pract*. 2018 Jun;24(3):570-9.
26. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Gerência de Avaliação de Produtos Biológicos. Nota de esclarecimento Nº 003/2017/GPBIO/GGMED/ANVISA - Revisada [Internet]. Brasília: ANVISA; 2018 Out [citado 2019 Fev 13]; Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33836/4095801/Nota+de+esclarecimento+003+de+2017+++Medicamentos+Bio%3%B3gicos/0774f2d7-5c83-45b7-832d-37efdf21790c>

27. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.160, de 3 de maio de 2018. Institui Grupo de Trabalho para discussão e formulação da Política Nacional de Medicamentos Biológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo. 2018 Maio 16; Seção 1;p. 71.

28. European Medicines Agency. Guideline on good pharmacovigilance practices (GVP): product- or population-specific considerations II: biological medicinal products [Internet]. Amsterdã: European Medicines Agency; 2016 Ago 4 [citado 2019 Mar 14]. Disponível em: <https://www.ema.europa.eu/documents/scientific-guideline/guideline-good-pharmacovigilance-practices-gvp-product-population-specific-considerations-ii_en-0.pdf> .

29. Goncalves J, Matos de Brito P, Batista A, et al. Position paper from the Portuguese Association of Hospital Pharmacists for bio-similar therapeutic antibodies. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2017;42: 239-43.

RECEBIDO: 16/03/2019

ACEITO: 08/05/2019

PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS DISPENSADOS NA FARMÁCIA DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Promotion of rational use of medicines dispensed in the pharmacy of the 2nd Regional Health Department of the state of Paraná

Jéssica Luy Portugal¹, Jaqueline de Lima Germano², Luid Henrique Ferreira Cardoso³, Stephanie Cezak⁴

1. Farmacêutica, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0833-3278>.
2. Farmacêutica, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4813-0675>.
3. Farmacêutico pela Universidade Federal do Paraná (UFPA). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1233-3342>.
4. Farmacêutica pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2042-6725>.

CONTATO: Jaqueline de Lima Germano | Endereço: Alameda Doutor Muricy, 73, Apto 87 | Centro | Curitiba, PR | Telefone: (41) 99111-5018 | E-mail: jaque_lg@hotmail.com

COMO CITAR: Portugal JL, Germano JL, Cardoso LHF, Cezak S. Promoção do uso racional de medicamentos dispensados na farmácia da 2ª Regional de Saúde do Paraná. R. Saúde Públ. 2019 Jul;2(1):140-147.



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 Atenção Farmacêutica é a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Diante do número de devoluções de medicamentos ocorridos na farmácia da 2ª Regional de Saúde (subordinada

à Secretaria de Saúde do Estado do Paraná – SESA/PR), foi realizada uma pesquisa descritiva e documental com abordagem quantitativa para coletar os motivos das devoluções. Posteriormente, foi produzido um folder educativo e sugerida uma modificação na ficha técnica para melhorar a coleta de dados atualmente realizada. Por meio dessas atitudes se espera reduzir o número de devoluções, promovendo o uso racional de medicamentos e estimulando o contato direto com o farmacêutico. Além disso, pretende-se promover também o correto descarte de medicamentos vencidos/inutilizados nos casos em que não for possível evitar a devolução.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Farmacêutica. Sistema Único de Saúde. Uso de Medicamentos. Administração Massiva de Medicamentos.

ABSTRACT Pharmaceutical Care is the direct interaction of the pharmacist with the user, aiming at promoting rational pharmacotherapy and obtaining definite and measurable results focused on improving quality of life. Due to the number of medicines returned to the 2nd Regional Health Department's pharmacy (subordinate to the Health Secretary of the State of Parana - SESA – PR), a descriptive and documental research with a quantitative approach was performed to collect the reasons for those drug returns. An educational folder was produced, and a modification in the technical datasheet was suggested to improve current data collection. Through these attitudes a reduction of medicine returns is expected, promoting their rational use and stimulating direct contact with a pharmacist. In addition, the aim is also to promote the correct disposal of overdue/unused drugs when it is not possible to avoid returns.

KEYWORDS: Pharmaceutical Services. Unified Health System. Rational Use of Drugs. Mass Drug Administration. Management.

INTRODUÇÃO

Entende-se por Assistência Farmacêutica o "conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, visando seu acesso e uso racional"¹. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1985, definiu o conceito de promoção de uso racional de medicamentos como a situação em que "os pacientes recebem medicamentos adequados às

suas necessidades clínicas, em doses que atendam às suas necessidades individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo para eles e sua comunidade"².

As ações de Assistência Farmacêutica envolvem a Atenção Farmacêutica, compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação

da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a "interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida"¹.

De acordo com Correr, Otuki e Soler³, é possível dividir os componentes da Assistência Farmacêutica em gestão técnica da assistência farmacêutica e gestão clínica do medicamento. A primeira é voltada para a produção, seleção, programação, aquisição, distribuição, armazenamento e dispensação dos medicamentos, ou seja, é um conjunto de atividades que garantem a qualidade, o acesso e o uso racional de medicamentos^{4,5}. A segunda tem como foco principal o usuário, sendo fundamentada no processo de cuidado. Ela está relacionada com a atenção à saúde e com os resultados terapêuticos efetivamente obtidos.

A Assistência Farmacêutica pode ser compreendida como uma atividade clínica, com foco central de ação no usuário, estruturando-se em ações técnico-assistenciais e técnico-gerenciais^{6,7}. O profissional farmacêutico passou de fabricante de fórmulas e medicamentos para profissional ativo na terapia farmacológica do paciente e agente promotor do uso racional de medicamentos. A Atenção Farmacêutica surgiu assim para auxiliar e gerenciar a atuação do farmacêutico nos segmentos clínicos⁸.

No âmbito do SUS, há uma seleção e padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou agravos, que constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)⁹. Esta acompanha o Formulário Terapêutico Nacional, que auxilia a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos¹⁰.

O medicamento deve estar disponível no momento necessário, em condições adequadas de uso e ser dispensado com orientações que não deixem dúvida sobre a sua correta utilização⁶. As responsabilidades das instâncias gestoras do SUS (federal, estadual e municipal) em relação aos medicamentos estão definidas em três

componentes: Básico, Estratégico e Especializado¹¹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta que mais de 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos inadequadamente, e metade de todos os pacientes deixa de tomar os medicamentos corretamente. A utilização excessiva, a subutilização ou uso inadequado de medicamentos pode ser prejudicial à saúde, além de desperdiçar recursos públicos¹².

As diretrizes da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica têm como um de seus objetivos o uso racional de medicamentos e salienta a importância da disponibilização de informação sobre uso e descarte dos mesmos¹³.

A falta de orientação aos usuários é um dos fatores que levam ao acúmulo de medicamentos nas residências. O uso indiscriminado e incorreto e o mau armazenamento dos produtos geram grande risco à saúde e podem causar acidentes como intoxicações¹⁴. O Brasil é um grande consumidor de medicamentos e correlatos, contudo, cerca de 20% deles são descartados e a maior parte é feita de maneira incorreta (redes de esgotos ou lixos comuns)¹⁵.

Quando o medicamento é dispensado, ele deixa de estar sob responsabilidade do farmacêutico. Como esse profissional não poderá mais garantir a qualidade do produto, a reintrodução ao estoque não é permitida quando ele é devolvido¹⁶. Isso porque, após a saída do produto do estabelecimento farmacêutico, não há garantia de que o paciente teve os cuidados necessários de armazenamento e transporte para sua preservação.

O objetivo do trabalho consiste em realizar um levantamento do número de devoluções/descarte de medicamentos na Farmácia da 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná por um ano, verificar quais são os motivos destas devoluções, e também avaliar o sistema de registro de devolução de medicamentos à farmácia.

METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma pesquisa descritiva e documental, com abordagem quantitativa sobre a devolução/descarte de medicamentos que fazem parte do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) da Farmácia da 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, e o desenvolvimento de material para Educação em Saúde dos usuários do serviço sobre o Uso Racional dos Medicamentos.

Os dados foram extraídos de fichas padronizadas que são preenchidas pelos colaboradores da farmácia no momento da devolução/descarte dos medicamentos. Nas fichas constam os seguintes dados: nome e CPF do paciente, nome do fármaco, quantidade devolvida/

descartada (medida em unidades farmacotécnicas), forma farmacêutica e motivo da devolução. Foram coletados e analisados os dados referentes ao período de junho de 2017 a maio de 2018 utilizando o software Microsoft Exce® (2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados obtiveram uma base com 376 fichas de devolução preenchidas. Dentre 109 medicamentos e correlatos foram devolvidos um total 50.208 unidades em um período de 12 meses.

Foram selecionados os 10 produtos com quantidade de devolução mais expressiva, os quais foram agrupados conforme a Tabela 1.

Tabela 1 Lista dos medicamentos e correlatos farmacêuticos devolvidos na 2ª Regional de Saúde entre junho de 2017 e maio de 2018 e suas quantidades.

MEDICAMENTOS E CORRELATOS	FORMA FARMACÊUTICA	UNIDADES DEVOLVIDAS	MOTIVO DE VOLUÇÃO
Micofelonato de sódio 360 mg	Cápsula	5.651	Óbito
Tacrolimo 1 mg	Cápsula	3.650	Óbito
Sulfassalazina 500 mg	Comprimido	3.091	Mudança de prescrição
Mesalazina 500 mg	Cápsula	2.810	Outros
Ciclosporina 100 mg	Cápsula	2.343	Mudança de prescrição
Azatioprina 50 mg	Comprimido	2.196	Mudança de prescrição
Ciclosporina 50 mg	Cápsula	2.122	Mudança de prescrição
Somatropina 4 U.I.	Frasco Ampola	2.084	Interdição cautelar
Prednisona 5 mg	Comprimido	1.560	Outros
Lancetas	N/A	1.553	Outros

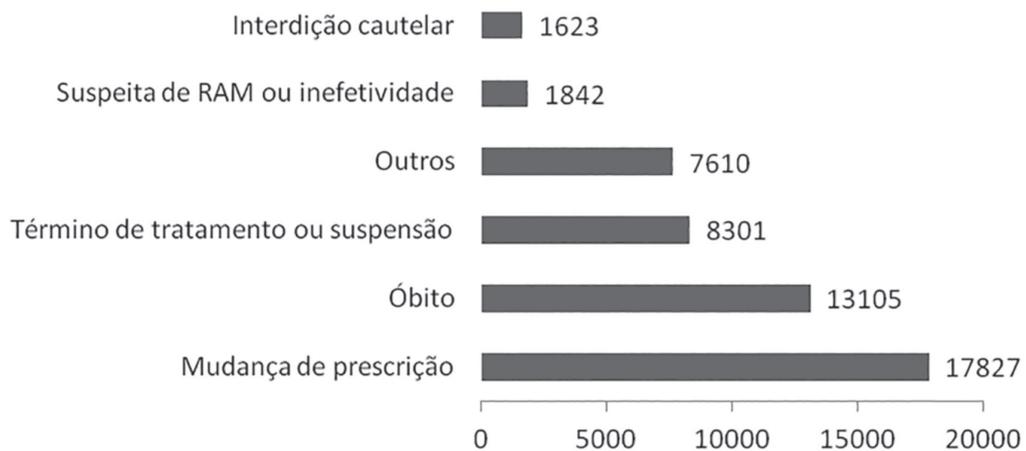
Fonte: Fichas de devolução de medicamentos da 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná

Dentre os medicamentos mais devolvidos citados na Tabela 1 estão o Micofenolato de sódio 360 mg e o Tacrolimo 1 mg, os quais são fornecidos no CEAF para o tratamento de imunossupressão em Transplante renal e hepático. Em seguida aparece na tabela a Sulfassalazina 500mg, para tratamento de Retocolite ulcerativa, Doença de Chron, Artrite reumatoide e Espondilite anquilosante. Em quarto lugar aparece a Mesalazina 500mg, que é utilizada para tratar Retocolite ulcerativa e Doença de Chron. Em quinto lugar está a Ciclosporina 50mg, que é um imunossupressor utilizado após transplante de órgãos e doenças autoimunes. Considera-se na análise desses dados, a quantidade de medicamentos mais devolvidos em relação à prevalência da condição a ser tratada no Estado do Paraná e o número de tomadas diárias dessas apresentações, que variam de uma a quatro ao dia, sendo de uma ou mais unidades¹⁷.

Na Figura 1 são mostrados os motivos que causaram a devolução das 50.208 unidades de produtos à Farmácia da 2ª Regional de Saúde e as respectivas quantidades desses produtos. Classificamos como "outros" os seguintes motivos de devolução:

- 1) Medicamentos que venceram na residência do paciente;
- 2) Paciente não se adaptou ao uso do medicamento;
- 3) Queixa técnica do produto;
- 4) Paciente não conseguiu aplicar a forma injetável;
- 5) Paciente abandonou o tratamento,
- 6) Geladeira do paciente ficou sem energia para o armazenamento dos termolábeis.

Figura 1 Motivos de devolução e quantidades respectivas de medicamentos devolvidos na 2ª Regional de Saúde entre junho de 2017 e maio de 2018



Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

Pela análise dos dados apresentados na Figura 1, pressupõe-se que muitos pacientes mantêm estoque de medicamentos em casa e/ou fazem uso inadequado destes. Por meio de estudo conduzido em um município do Estado de São Paulo identificou-se que em 91,1% dos domicílios havia estoque de medicamentos, com média de 10,9 produtos. Os dados desse estudo evidenciaram que a população tem acesso aos fármacos, como preconizado pela Política Nacional de Medicamentos. No entanto, nem sempre o acesso a eles garante seu uso correto: um de cada quatro usuários entrevistados fazia uso inadequado de medicamentos¹⁸.

Há também uma suspeita de que os usuários tenham uma cultura equivocada de que, se deixarem de retirar no serviço público os medicamentos por um período, perderão o direito de retirá-los quando houver necessidade de utilizá-los novamente. Esse equívoco acontece mesmo sendo obrigatória, durante o processo de solicitação de medicamentos, a apresentação do Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável, de acordo com a condição clínica. Neste termo consta a seguinte frase: "Estou ciente de que este(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) por mim, comprometendo-me a devolvê-lo(s) caso não queira ou não possa utilizá-lo(s) ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o(s) medicamento(s)"¹⁹.

Considerando os motivos de devolução, a mudança de prescrição foi o mais prevalente, coincidindo com os medicamentos mais devolvidos usados para imunossupressão em casos de transplante. Segundo Santos e Mendonça-Silva²⁰, a grande variabilidade intra e interindividual da farmacocinética dos medicamentos imunossupressores, relacionada aos índices terapêuticos estreitos e à alta taxa de toxicidade, levam ao aumento na importância da individualização da terapia de pacientes transplantados. Portanto, a otimização das doses e dos esquemas terapêuticos de acordo com as especificidades individuais dos

pacientes é uma meta desafiadora no manejo clínico do transplante.

Em relação à ficha de coleta de dados, nela existe a possibilidade de se preencher os motivos da devolução dos medicamentos, entre eles "outros" e "suspeita de reação adversa". No caso de "outros", é comum o paciente relatar que não se adaptou ao uso do medicamento; que o produto é de má qualidade (por não atingir o resultado esperado, como lancetas e agulhas de insulina que não perfuraram a pele ou causaram hematomas); que não conseguiu aplicar a forma injetável; que abandonou o tratamento; que a geladeira ficou sem energia; que o medicamento venceu na residência dele, dentre outros motivos diversos.

Foi observado que as fichas usadas no trabalho não contêm informações muito detalhadas sobre qual foi o motivo da devolução, dificultando assim a identificação de problemas relacionados a medicamentos, desta forma, foi elaborada uma nova ficha para registro das devoluções. Na ficha anterior existe o campo "outros", que pode significar: abandono do tratamento, queixa da qualidade do produto, suspeita de reação adversa ou inefetividade e ainda armazenamento incorreto do medicamento. Esses motivos foram escritos manualmente em diversas fichas, porém eles são muito importantes para estarem generalizados somente em um campo, levando à perda da qualidade dos dados.

Segundo Vieira²¹, a conscientização da comunidade é um pré-requisito para que sejam alcançados níveis elevados de saúde. Nesse sentido, o farmacêutico pode trabalhar para informar a comunidade sobre condições determinantes sobre o seu estado de saúde, orientando-a sobre como proceder em relação ao uso de medicamentos.

Dentre as ações que podem ser adotadas para a promoção da saúde na comunidade estão: identificação das necessidades da população/comunidade em relação à informação em saúde; elaboração de impressos abordando temas relativos ao acondicionamento, a prazos de validade e aos

efeitos do uso de medicamentos e à importância de cumprir o tratamento corretamente²¹.

Como ação para promoção da saúde, foi elaborado neste trabalho um folder educativo sobre Uso Racional de Medicamentos com base nas dúvidas dos usuários indicadas nesse trabalho, abordando estímulo da boa adesão ao tratamento; como agir se houver qualquer problema relacionado à medicação; riscos de má adesão ao tratamento; dicas para não se esquecer de utilizar os medicamentos no horário correto; orientações sobre o correto armazenamento dos medicamentos; o que fazer quando houver excesso de medicamentos e correlatos em casa; como dar destinação correta aos medicamentos vencidos e/ou inutilizados.

Os dados do folder foram elaborados em consonância com a campanha de Logística Reversa de Medicamentos domiciliares vencidos ou em desuso²², promovida pelo Governo do Estado do Paraná no ano de 2018 e com base na RDC 44/2009²³ (Art. 42, parágrafo 2º; Art. 63; Art. 67; Art. 35, parágrafos 2º e 3º; Art. 56, parágrafo 1º; Art. 93, parágrafo único); no Bulário Eletrônico da Agência Nacional de Vigilância Sanitária²⁴; na Resolução SESA nº 35²⁵, de 22/01/2018 (Art. 82; Art. 49, parágrafo 2º; Art. 45, incisos IX e XII; Art. 74; Art. 114; Art. 115); nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas¹⁹; no Guia de Orientações sobre Medicamentos da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo²⁶; no site da SESA¹¹ (seção sobre Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) e na seção de dicas de saúde da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde²⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A coleta de dados e o seu aprimoramento tornam possíveis ao profissional farmacêutico identificar problemas relacionados ao uso racional de medicamentos. No trabalho foi observada

uma devolução de cerca de 50.000 unidades de medicamentos, sendo que os mais devolvidos foram imunossuppressores, prescritos para atendimento do PCDT de Imunossupressão de Transplante de Órgãos, tendo como principais motivos para devolução o óbito e a mudança de prescrição.

Na farmácia da 2ª regional, foi observado que havia dificuldades no preenchimento da ficha de devolução e desta forma foi elaborada nova ficha que aborda de forma mais objetiva, rápida e efetiva os motivos de devolução/descarte dos medicamentos. Com base nesses relatos mais pontuais é possível ao profissional farmacêutico fazer melhores intervenções para aprimorar a farmacoterapia e promover o uso racional dos medicamentos com relação aos problemas relatados.

Espera-se com esses resultados diminuir a ocorrência de problemas relacionados a medicamentos; assim ao longo do trabalho foi elaborado um material educativo no formato de folder para realizar educação em saúde aos usuários, e também orientar sobre a destinação final ambientalmente adequada de medicamentos em desuso e/ou vencidos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Resolução nº. 338 de 06 mai. 2004. Aprovar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Saúde Legis – Sistema de Legislação em Saúde. 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html.
2. World Health Organization. Expert Conference, 1985, Nairobi. Rational Use of Medicines. Report of the Expert Conference, Nairobi, 25-29 November 1985. Geneva: World Health Organization; 1986.
3. Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. Rev Pan-Amaz Saúde. 2011 Set;2(3):41-9.
4. Marin N, et al, organizadores. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro : OPAS/OMS; 2003. 334 p.
5. Perini, E. Assistência farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: Acurcio FA, editor. Medicamentos e assistência farmacêutica. Belo Horizonte: Coopmed; 2003.

6. Soler O, Rosa MB, Fonseca AL, Fassy MF, Machado MC, et al. Assistência farmacêutica clínica na atenção primária à saúde por meio do Programa Saúde da Família. *Rev Bras Farm.* 2010;91(1):37-45.
7. Gomes CAP, Fonseca AL, Rosa MB, Machado MC, Fassy MF, Silva RMC. A assistência farmacêutica na atenção à saúde. 2. ed. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Neves; 2007.
8. Pires CF, Costa MM, Angonesi D, Borges FP. Demanda pelo serviço de atenção farmacêutica em farmácia comunitária privada. *Pharm Pract.* 2006;4(1): 34-7.
9. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 218 p.
10. Brasil. Decreto nº. 7508 de 28 jun. 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Portal Legislação: Decretos. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm.
11. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, Assistência Farmacêutica: Componente especializado da Assistência Farmacêutica [Internet]. Curitiba: SESA; [citado 2019 Mar 9]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3062>.
12. World Health Organization. Medicines: rational use of medicines: fact sheet nº 338. Geneva: WHO; 2010.
13. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Saúde Legis – Sistema de Legislação em Saúde. 1998. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html.
14. Schenkel EP, Mengue SS, Petrovick PR. Cuidados com os medicamentos. 4. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2004.
15. Falqueto E, Kligerman DC. Diretrizes para um Programa de Recolhimento de Medicamentos Vencidos no Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2013;3(18):883-2.
16. Paraná, Governo do Estado. Decreto nº. 9.213 de 23 out. 2013. Regulamenta a Lei nº. 17.211, de 03 jul. 2012, que dispõe sobre a responsabilidade da destinação dos medicamentos em desuso no Estado do Paraná e seus procedimentos, e dá outras providências. Diário Oficial Executivo, Poder Executivo Estadual, Curitiba, PR, 2013 Out 23.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.554 de 30 jul. 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2013 Jul. 31. Seção 1, p. 69.
18. Mastroianni PC, Lucchetta RC, Sarra JR, Galduróz JCF. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2011;29(5):358-64.
19. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: volume 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
20. Santos APP, Mendonça-Silva DL. Controle terapêutico no transplante renal: estratégia de promoção do uso racional [monografia]. Brasília: Universidade Católica de Brasília; 2010.
21. Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2007 Mar;12(1):213-20.
22. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Logística reversa de medicamentos [Internet]. Curitiba: SESA; [citado 2018 Set 2]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3386>.
23. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). RDC nº. 44 de 17 ago. 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Portal ANVISA: RDCs. 2009. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-44-2009>.
24. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Bulário eletrônico [Internet]. Brasília: Portal ANVISA; [citado 2018 Jul 16]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/bulario-eletronico1>.
25. Secretaria da Saúde do Estado do Paraná. Resolução nº. 35 de 22 jan. 2018. Aprova Norma Técnica (NT) para orientar abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias, dispensação de medicamentos e prestação de serviços, dispensação de plantas medicinais e drogas vegetais em farmácias públicas. . Diário Oficial Executivo, Poder Executivo Estadual, Curitiba, PR, 2018 Jan 24.
26. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Comissão de Farmacologia. Recebi meu medicamento, e agora?: guia de orientações sobre medicamentos. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2014. 26 p.
27. Brasil, Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde. Dicas em saúde: orientações ao uso de medicamentos [Internet]. Brasília: BVS; 2009 [citado 2018 Jul 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/216_uso_medicamentos.html.

RECEBIDO: 17/03/2019

ACEITO: 15/05/2019

ALTERAÇÕES DE NEUROPSICOLÓGICAS DECORRENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: PREJUÍZOS COGNITIVOS E IMPLICAÇÕES PARA O TRATAMENTO

Neuropsychological alterations from psychoactive substances use: cognitive impairment and implications for treatment

Aislan José de Oliveira¹, Look Skywalker Tida Lins², Luiz Roberto Marquezi Ferro³, Regina Fujiko Tagava⁴, Marco Aurélio Ramos de Almeida⁵, Cristina de Fátima Ventura⁶, Manuel Morgado Rezende⁷

1. Universidade Metodista de São Paulo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3719-8519>.

2. Centro Universitário Campos de Andrade. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3238-3822>.

3. Universidade Metodista de São Paulo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4783-3603>.

4. Universidade Metodista de São Paulo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9770-7285>.

5. Universidade Metodista de São Paulo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2141-0466>.

6. Universidade Metodista de São Paulo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4114-5711>.

7. Universidade Metodista de São Paulo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3472-339X>.

CONTATO: Aislan José de Oliveira | Endereço: Rua Vinte e Cinco de Agosto, 266 | Boqueirão | Curitiba - PR | CEP: 81670-200 | Telefone: (41) 99901-8001 | E-mail: aislan_jo@hotmail.com

COMO CITAR: Oliveira AJ, Lins LST, Ferro LRM, Tagava RF, Almeida MAR, Ventura CF, et al. Alterações de neuropsicológicas decorrentes de substâncias psicoativas: prejuízos cognitivos e implicações para o tratamento. R. Saúde Públ. 2019 Jul;2(1):148-158.



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 consumo abusivo de substâncias psicoativas (SPA) está associado a prejuízos no funcionamento das áreas frontais, especificamente do córtex pré-frontal, sendo de grande importância o entendimento e descrição das alterações comportamentais, emocionais e cognitivas visando diagnóstico bem como prever o curso de tratamento adequado através da investigação neuropsicológica. Este trabalho teve o objetivo de identificar quais os impactos neuropsicológicos em decorrência do uso abusivo de substâncias psicoativas e analisar de que forma esses prejuízos influenciam no tratamento da dependência de substâncias psicoativas. A partir dos artigos analisados foi possível identificar a importância da avaliação neuropsicológica para o diagnóstico prognóstico do uso de substâncias psicoativas, além de identificar as alterações corticais (de córtex pré-frontal) afetadas pelo uso indevido de SPA bem como reflexo dessas alterações no desempenho e comportamento dos usuários de SPA. A realização desta pesquisa permite apontar que compreender esse contexto tem impacto direto no tratamento, uma vez que as intervenções devem observar as capacidades e necessidades individuais dos usuários dos serviços de atenção objetivando a adesão ao tratamento e remissão dos sintomas.

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Drogas Ilícitas. Neuropsicologia. Córtex pré-frontal.

ABSTRACT Psychoactive substances (PAS) abusive use is associated with losses in the frontal areas function, specifically the prefrontal cortex. Thus the understanding and description of behavioral, emotional and cognitive changes aimed at diagnosing and predicting the course of appropriate treatment through neuropsychological research is of great importance. This work had the objective of identifying the Neuropsychological impacts from abusive use of psychoactive substances, and of examining how this impairment influences in the treatment of addiction to psychoactive substances. Based on the articles analyzed, it was possible to identify the importance of neuropsychological assessment for the prognostic diagnostic of psychoactive substances use, in addition to identify the cortical changes (prefrontal cortex) affected by the misuse of PAS, as well as the reflection of these changes on performance and behavior of PAS users. The results of this research show that understanding this context has a direct impact on the treatment, given the fact that interventions must observe the capacities and needs of individual users of care services aiming at adherence to treatment and remission of symptoms.

KEYWORDS: Substance use disorders. Street drugs. Neuropsychology. Pre-frontal cortex.

INTRODUÇÃO

Segundo levantamento realizado pela United Nations: International Narcotics Control Board¹, no ano de 2012, apontou que entre 167 e 315 milhões de pessoas com idade entre 15 e 64 anos fizeram uso de algum tipo de substância ilícita, o que correspondia, na época, a um número

entre 3,6 e 6,9% da população adulta. Em outro levantamento, realizado no Brasil, mostrou que cerca de 4% da população adulta do país já experimentou cocaína (seja de forma inalada ou fumada) e 2% afirmou que havia usado droga no último ano^{2,3}. Estes números correspondem a uma

estimativa de 5,6 milhões de usuários no país, sendo que 2,6 milhões de pessoas realizaram o uso no último ano¹.

Tais pesquisas indicam que o consumo de substâncias psicoativas gera problemas à saúde pública, elevando a violência, trazendo uma série de complicações médicas e psiquiátricas e aumentando os índices de morbidade e mortalidade⁴.

Neste contexto, Andrade, Santos & Bueno⁵ apontam que é importante considerar o impacto do uso de substâncias no sistema nervoso, visto as consequências físicas, cognitivas, comportamentais e emocionais decorrentes do uso indevido de substâncias psicoativas. É sob essa perspectiva que emerge o seguinte questionamento: Quais as alterações neuropsicológicas provocadas pelo uso indevido de substâncias psicoativas? Neste sentido, a investigação neuropsicológica sobre as alterações associadas ao uso de substâncias pode contribuir para esclarecer questões diagnósticas sobre as funções que se encontram prejudicadas, bem como estabelecer possíveis as alternativas interventivas para minimizar tais prejuízos.

Assim, a presente pesquisa teve como objetivo mostrar qual foi o impacto de neurocognitivas ocasionadas pelo uso indevido de substâncias psicoativas, e, em um segundo momento, analisou a relação entre essas alterações e suas implicações tanto para o comportamento do dependente, quanto para o tratamento de quadros de dependência.

REVISÃO DE LITERATURA

Serafim e Saffi⁶ indicam que o consumo abusivo de substâncias psicoativas está associado a prejuízos no funcionamento das áreas frontais, especificamente do córtex pré-frontal (CFP) "região associada à regulação do comportamento, da linguagem e da cognição"⁶. Um estudo realizado por Cunha e Novaes⁷ com dependentes de cocaína

revelou um baixo desempenho de dependentes de substâncias psicoativas em testes que avaliavam funções associadas ao córtex frontal, dentre elas a atenção, funções executivas, memória visual de longa duração e aprendizagem verbal - quando comparados a um grupo controle.

Kolling et. al.⁴ corroboram com esse apontamento e indicam que sujeitos dependentes de álcool e cocaína tendem a apresentar importantes alterações além das já citadas, o controle e seleção de resposta (intenção); resolução de problemas e tomada de decisões, indicando que tais prejuízos neurológicos concluem que essas alterações poderiam contribuir inclusive para a baixa adesão ao tratamento.

Estudos com essa base de investigação mostram que a avaliação neuropsicológica é uma ferramenta imprescindível no que toca a identificação das alterações clínicas provocadas pelo uso de substâncias psicoativas. A literatura sobre o tema aponta que são preocupantes as repercussões clínicas oriundas de alterações neuropsicológicas em pacientes usuários de substâncias psicoativas, conforme indicam os estudos supracitados⁶.

Para além da descrição das alterações comportamentais, emocionais e cognitivas, a avaliação neuropsicológica busca prever ainda o curso da recuperação e estimar o funcionamento pré-mórbido (anterior) dos usuários de substâncias psicoativas^{8,9}. É ainda no âmbito da neuropsicologia que desdobra-se a realização de atividades que visem à recuperação ou amenização dos déficits neurocognitivos ou a reabilitação cognitiva¹⁰.

O CÓRTEX PRÉ-FRONTAL

O CFP é responsável por planejar os comportamentos complexos, tomada de decisão e comportamentos sociais¹¹. Este córtex, por meio de seus circuitos e conexões, coordena as funções executivas (funções que são responsáveis pela memória de trabalho, controle inibitório e flexibilidade mental). Sendo assim, essas

atividades visam trabalhar as capacidades de determinar objetivos, estabelecer uma estratégia comportamental adequada, escolher prioridades dentro de um planejamento adequado e inibir ações desnecessárias, além de monitorar o comportamento para que os objetivos sejam alcançados¹².

Conforme sugerem Lezak et. al.¹³, a eficácia do desempenho neuropsicológico está relacionada à capacidade do sujeito de se monitorar, se autocorrigir, regular a magnitude de cada resposta e considerar a dimensão temporal das ações para a conclusão da tarefa realizada.

A região pré-frontal está diretamente ligada a áreas que regulam o sistema dopaminérgico, que está ligado a respostas comportamentais ligadas a recompensas. Esta região também exerce uma grande função no controle cognitivo do indivíduo, regulando o seu comportamento^{14,15}. Ainda sobre o CFP, Serafim e Saffi⁶ relatam que esta área cortical está relacionada às funções executivas (FE), que se referem à habilidade de responder de forma adaptativa a situações novas, além de serem a base de muitas habilidades cognitivas, emocionais e sociais.

Segundo Fuentes et. al.¹², esta região está relacionada também a processos cognitivos de estabelecimento de metas, planejamento, solução de problemas, fluência, categorização, memória operacional, monitoração da aprendizagem e da atenção, flexibilidade cognitiva, capacidade de abstração, autorregulação, julgamento, tomada de decisão, foco e sustentação da atenção. Miller, Freedman e Wallis¹¹ complementam que, em contato com diferentes áreas do cérebro, como o sistema límbico, o CFP é responsável por atividades como aprendizagem, ações voluntárias e comportamentos ligados à recompensa.

FUNÇÕES EXECUTIVAS

Para Cosensa e Guerra¹⁶, embora ainda haja discrepâncias na busca pela conceituação das funções executivas, pode-se defini-las como o conjunto de habilidades e capacidades que nos

permitem executar as ações necessárias para atingir um objetivo. São funções atribuídas para as funções executivas: a identificação de metas, o planejamento de comportamentos e sua execução, além do monitoramento do próprio desempenho, até que o objetivo seja alcançado.

Por meio das funções executivas é que se torna possível a nossa interação com o mundo frente às mais diversas situações que encontramos, auxiliando o sujeito a assegurar que as normas sociais sejam respeitadas, em um padrão comportamental considerado apropriado para um determinado contexto ou situação¹⁶.

De forma geral, funções executivas organizam nosso pensamento, considerando nossas experiências e conhecimentos armazenados em nossa memória, bem como nossas expectativas em relação ao futuro, balizadas por nossos valores e propósitos individuais¹⁶.

Segundo Malloy-Diniz et. al.¹⁴, as funções executivas incluem ainda o controle inibitório, tomada de decisões, flexibilidade cognitiva, categorização e fluência. Dizem respeito ainda à concentração, esforço mental, manutenção do estado de observação ou alerta e a capacidade de focalizar, ignorar estímulos distratores ou irrelevantes e alterar o alvo da atenção quando necessário, todas essas funções são habilidades relacionadas ao construto da atenção.

A atenção é a função cognitiva preditora para outros processos cognitivos, pois ela é a responsável direta, juntamente com os processos perceptivos, pela captação das informações sensoriais. Assim, a atenção possui papel fundamental na memória, sendo que apenas pode-se memorizar a informação que foi percebida¹⁴.

As funções executivas são entendidas então como um agregado de habilidades necessárias para planejar, iniciar, realizar e monitorar comportamentos intencionais, dirigidos a uma meta ou demanda ambiental, com base como já apresentado, em uma experiência prévia. Envolvem ainda a capacidade de organizar e monitorar informações internas e externas, com fins de avaliação de eficiência e a

adequação desses comportamentos, possibilitando abandonar estratégias ineficazes, formular planos alternativos e, desse modo, resolver problemas imediatos, de médio e longo prazo^{13, 14}.

Essas funções são requisitadas sempre que se formulam planos de ação e que uma sequência apropriada de respostas deve ser selecionada e esquematizada^{16, 17}.

CÓRTEX PRÉ-FRONTAL E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Autores que pesquisam o tema apontam para o fato, como inicialmente apresentado, de

que os efeitos causados pelo uso de substâncias psicoativas estão associados a prejuízos a áreas relacionadas ao córtex pré-frontal, conforme mostra a tabela 1^{6, 7, 11, 18, 19}.

Existe uma relação de especificidade do uso de psicoestimulantes e álcool, onde foi possível notar alterações ligadas à impulsividade e flexibilidade cognitiva; de maconha e metanfetamina, onde foi possível notar alterações ligadas a prejuízo na memória prospectiva; e, por fim, de maconha e ecstasy, onde foi possível notar alterações ligadas a prejuízo na velocidade de processamento e no planejamento¹².

Tabela 1 Drogas e principais áreas do funcionamento cognitivo prejudicado

DROGA	DÉFICITS OU PREJUÍZOS COGNITIVOS
Álcool	Atenção, memória, aprendizagem, flexibilidade mental, funções executivas, organização viso-espacial, problemas psicomotores, impulsividade e tomada de decisões.
Maconha	Atenção, memória, funções executivas, velocidade psicomotora e destreza manual, aprendizagem e tomada de decisões.
Cocaína	Atenção, concentração, memória visual, verbal, aprendizagem, fluência verbal, integração visomotora, funções executivas e tomada de decisões.
Solventes	Atenção/concentração, memória, lentificação psicomotora, funções viso-espaciais, aquisição de novas informações, funções executivas, planejamento e destreza manual.
LSD	Atenção, abstração, flexibilidade mental, memória, aprendizagem, funções executivas e orientação viso-espacial.
Ecstasy (MDMA)	Atenção complexa, resolução de problemas, memória verbal, visual, memória operacional e funções executivas.

Adaptada de: Cunha (2014).

Em um estudo realizado por Cunha, Oliveira, Cortezzi, Busatto e Scivoletto²⁰, notou-se que as áreas afetadas pelo abuso de substâncias psicoativas estão relacionadas ao funcionamento da área medial, dorsolateral e posterior do córtex pré-frontal. Segundo Fuentes et.al¹², os indivíduos dependentes de substâncias psicoativas apresentam alterações neuropsicológicas em memória episódica, processamento de emoções e funções executivas (sobretudo tomada de decisão), associadas à utilização de todas as drogas pesquisadas (maconha, cocaína, metanfetamina, opióides e álcool).

Outro estudo realizado por Cunha et. al.²⁰ mostrou que o nível educacional de adolescentes que apresentam abuso de substâncias psicoativas, quando comparado com um grupo controle de jovens saudáveis (não usuários de substâncias psicoativas), mostra diferenças significativas. Isso pôde ser avaliado a partir da análise dos resultados na Bateria de Avaliação Frontal (BAF), que é uma técnica utilizada para rastreamento de problemas nas funções executivas por meio da avaliação dos subtestes que avaliam formação de conceitos, fluência verbal, programação motora, suscetibilidade à interferência, controle inibitório e autonomia.

Por meio da avaliação realizada entre os dois grupos, os resultados mostraram prejuízos cognitivos na capacidade de abstração, flexibilidade cognitiva, planejamento motor e sensibilidade à interferência no grupo de adolescentes que apresentam abuso de substâncias psicoativas, quando comparado com o grupo controle²⁰.

METODOLOGIA

Este estudo resulta de uma Revisão Integrativa da Literatura que visa traçar uma análise do conhecimento constituído de estudos anteriores sobre um determinado tema com o intuito de identificar, analisar e sintetizar resultados para a geração de novos conhecimentos.

O primeiro passo foi a elaboração da pergunta norteadora de pesquisa como segue: Quais os impactos neurocognitivos decorrentes do uso indevido de substâncias psicoativas. Foram consultadas as bases de dados BVS Saúde, LILACs, PEPsic, SCielo com os seguintes descritores: funções executivas, déficit cognitivo, dependências, neuropsicologia, drogas, substâncias, avaliação com operador booleano "and" entre os termos.

Os critérios de inclusão dos textos encontrados foram: artigos com resumos e textos completos disponíveis para análise publicados nos idiomas português ou inglês entre os anos de 2000 e 2018.

Foram excluídos teses e dissertações, relatos de casos informais, reportagens, editoriais e textos não científicos, além de artigos que não faziam referência direta ao objetivo do estudo. A partir da leitura dos títulos e resumos de todas as publicações encontradas e de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos, obteve-se a seleção prévia dos artigos que integraram a amostra deste estudo.

As buscas foram realizadas por três revisores, seguindo o mesmo procedimento, com o objetivo de validar os resultados encontrados. A amostra final foi de 15 artigos que foram lidos na íntegra.

RESULTADOS

PROBLEMAS ASSOCIADOS AO ÁLCOOL

O álcool é uma droga depressora do sistema nervoso central SNC, consumida por aproximadamente 10 a 12% da população mundial, que age diretamente em órgãos como o fígado, coração, vasos e estômago²¹. Quando avaliada separadamente cada substância, nota-se que em dependentes de álcool, entre as funções prejudicadas pelo consumo, parece que a função do controle inibitório é uma das primeiras a serem afetadas⁶.

Um estudo realizado por Domingues, Mendonça, Laranjeira e Nakamura-Palacios²² avaliou a relação entre a concentração de álcool do sangue e as funções executivas em motoristas dirigindo durante a noite, que foram abordados por policiais em ruas movimentadas de Vitória - ES, por meio do teste do bafômetro. Os resultados mostram que a presença de álcool no sangue é suficiente para ocasionar em redução das funções do córtex frontal, apresentando relação inversa entre o índice de álcool no sangue e os escores apresentados na Bateria de Avaliação Frontal²².

Fuentes et. al.¹² levantam que as alterações cognitivas encontradas em decorrência do uso de álcool estão relacionadas ao controle inibitório, memória episódica, habilidades sociais, memória de trabalho e processamento visuoespacial. Um estudo realizado por Macdonald, Erickson, Wells, Hathaway e Pakula²³ investigou a relação entre as situações de violência e o uso de algum tipo de SPA com a utilização de um questionário auto-administrado questões referentes à violência e potenciais fatores de risco em pacientes que buscaram programas de tratamento. A conclusão desse estudo sugere que o uso, principalmente de álcool e de cocaína, apresenta relação direta com comportamentos violentos, onde os sujeitos entrevistados relataram ter usado algum tipo de SPA até 6 horas antes do comportamento violento.

PROBLEMAS ASSOCIADOS À COCAÍNA

A cocaína é uma droga estimulante do SNC consumida por cerca de 0,3% da população mundial²¹. O uso prolongado de cocaína produz anormalidades persistentes no funcionamento do córtex pré-frontal, que por sua vez interferem no processo de tomada de decisão^{24, 25}, podendo-se observar ainda alterações na morfologia dos dendritos e nos espinhos dendríticos de neurônios, que inclusive se estendem por muitos meses após o início da abstinência e encontram-se associadas aos mecanismos de motivação, recompensa e aprendizado²⁶.

No tocante aos aspectos atencionais, Kolling et. al.⁴ dizem que sujeitos dependentes de cocaína apresentam comprometimento na capacidade de reter informações e sustentar a atenção por um período prolongado de tempo, quando as tarefas exigem uma maior elaboração. Com relação à capacidade de inibir respostas frente a estímulos, dependentes de cocaína apresentam-se menos propensos a inibir respostas e, quando inibem, apresentam dificuldades para tal, necessitando de mais tempo para inibi-la²⁷.

Além das funções executivas, a memória não-verbal se encontra alterada na maior parte dos dependentes de cocaína. Prejuízos na atenção e na flexibilidade mental observados nesses sujeitos resultam em problemas na memória de trabalho⁴. Confirmando o que foi citado anteriormente, Hoff et. al.²⁸ também apontam que usuários de cocaína podem apresentar prejuízos na capacidade não-verbal de resolução de problemas, memória espacial, nomeação de objetos e alterações de velocidade perceptomotora quando há uso contínuo por um período de quatro anos.

Outro aspecto importante a ser considerado está ligado à tomada de decisão, que pode ser definida como a capacidade de escolher um comportamento mais adaptativo em meio a um conjunto de comportamentos possíveis, priorizando benefícios em longo prazo em detrimento de sensações prazerosas imediatas²⁷.

Segundo pesquisa realizada por Bechara et. al.²⁹, onde foi avaliada, por meio de uma bateria de testes de avaliação neurológica, a capacidade de tomada de decisão comparando os resultados de um grupo controle de pessoas saudáveis, um grupo de dependentes de substâncias psicoativas e um grupo de pessoas com lesões no CPF, concluiu-se que os participantes da amostra que apresentam lesões no CPF ou dependentes de substâncias apresentam persistência do comportamento de procura da droga, além da incapacidade de tomada de decisão e da escolha de recompensa imediata²⁹.

PROBLEMAS ASSOCIADOS À MACONHA

A maconha é uma droga perturbadora do sistema nervoso central, que é comumente fumada através de cigarro²¹. Os efeitos decorrentes do uso crônico de maconha, segundo Fuentes et. al.¹², podem trazer comprometimentos ligados à atenção, à velocidade de processamento e memória episódica. Para Serafim & Saffi⁶, o uso de maconha apresenta relação com déficits relacionados a funções executivas, podendo-se observar, em períodos de abstinência, melhoras relacionadas aos prejuízos sofridos.

Segundo Solowij³⁰, o uso de maconha, quando feito por tempo prolongado, pode fazer com que o indivíduo apresente alterações cognitivas sutis em memória, atenção, organização e integração de informações complexas. Outro estudo de Solowij et. al.³ aponta inúmeros déficits de ordem neuropsicológica em usuários de uso habitual, avaliados numa média de 17 horas após do último uso informado de maconha, em especial a testes que avaliaram memória e atenção. Os resultados persistiram mesmo após o período de intoxicação e pioraram conforme o aumento dos anos de uso continuado, indicando que o uso prolongado de maconha promove problemas cognitivos que se agravam de acordo com o tempo de uso.

Pope, Gruber, Hudson, Cohane, Huestis, Yurgelun-Todd³¹ avaliaram os resultados de testes

neuropsicológicos de 122 usuários de maconha de longo tempo. Dessa amostra 69 participantes do estudo começaram a usar a droga aos 17 anos de idade, ou antes, apresentando desempenho inferior em testes que avaliaram as funções verbais, como quociente de inteligência (QI) verbal e a memória de palavras quando comparados aos participantes que começaram a usar maconha na fase adulta, ou até mesmo os que usavam apenas algumas vezes.

TÉCNICA DE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

Dependendo da função cognitiva a ser avaliada, existem inúmeros testes neuropsicológicos adequados para medi-las. Um exemplo é o Teste de Stroop^{32, 33}, que visa avaliar funções relacionadas à atenção seletiva; o Teste de Geração Semântica³⁴, que visa avaliar funções relacionadas ao controle inibitório; o Teste de Trilhas³⁵, que visa avaliar funções relacionadas à flexibilidade cognitiva; e o Teste de Torre de Londres³⁶, que visa avaliar funções relacionadas ao planejamento. Outro teste que objetivam avaliar as funções executivas são as Escalas Wechsler de Inteligência (WISC-IV e WAIS-III) que, segundo Kolling et. al.⁴, também se propõem a avaliar as funções executivas, utilizando-se de subtestes que avaliam especificamente as funções executivas. Para melhor visualização dos testes e funções avaliadas foi elaborada a tabela 2.

Tabela 2 Testagens utilizadas para avaliação neuropsicológica das funções executivas

TESTE	FUNÇÕES AVALIADAS
Escala Wechsler de Inteligência para Adultos – 3ª Edição (WAIS-III)	Atenção, memória auditiva, memória de trabalho, raciocínio abstrato, velocidade de raciocínio, capacidade de concentração, dentre outras.
Teste de Stroop	Atenção seletiva
Teste de Geração Semântica	Controle inibitório
Teste de Trilhas	Flexibilidade
Teste de Torre de Londres	Planejamento

Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

IMPLICAÇÕES PARA O TRATAMENTO

Segundo Cunha e Novaes⁷, as alterações neuropsicológicas têm implicação direta no tratamento, tanto para a escolha de estratégias a serem adotadas como para a análise dos possíveis resultados da intervenção realizada. Déficits nas funções executivas afetariam o tratamento uma vez que tais sujeitos teriam dificuldades em compreender e assimilar conceitos básicos da terapia, traçar metas e cumprir objetivos que não envolvam uma recompensa imediata e em inibir respostas impulsivas inapropriadas²⁷.

Almeida e Monteiro³⁷ corroboram com esta afirmação, indicando que indivíduos dependentes químicos podem apresentar prejuízos cognitivos relevantes, semelhantes aos verificados em pacientes com lesão na área frontal do cérebro. Esses prejuízos estão frequentemente relacionados com o tempo de uso da droga, podendo ser revertidos após períodos de abstinência. Contudo, convém salientar que estes prejuízos podem afetar a aderência ao tratamento, aumentando a probabilidade de recaídas⁷.

Cunha e Novaes⁷ relatam ainda que uma avaliação de neuroimagem feita com dependentes químicos analisando as alterações cognitivas e a ligação com recaídas mostra que pacientes com alterações cognitivas e de neuroimagem apresentavam uma probabilidade maior de recaídas durante o tratamento.

Quanto aos usuários de maconha, Jungerman³⁸ relata que os usuários dessa substância podem apresentar problemas, nas regiões pré-frontais do cérebro, ligados às funções executivas e influenciando de maneira negativa a motivação para o tratamento, a aderência ao programa de recuperação e o aumento de chances de recaída.

Contudo, existe a hipótese de que alguns prejuízos relacionados às funções executivas possam melhorar após um mês de abstinência³⁹.

DISCUSSÃO

A partir dos dados levantados nesta pesquisa, é possível notar que os autores que pesquisam sobre as questões relacionadas às alterações neuropsicológicas do uso de SPA, em sua grande maioria corroboram no entendimento quanto aos principais impactos ocasionados pelo uso abusivo de SPA que, a nível neuropsicológico, reflete-se em perdas de capacidades relacionadas às funções executivas. Também foi possível notar ligadas aos principais impactos apresentados, quais são as principais áreas afetadas do cérebro pelos problemas levantados.

Segundo Cunha⁴², a maioria dos tratamentos atualmente reconhecidos como eficazes para as dependências químicas baseia-se no emprego de estratégias cognitivo-comportamentais, e desta forma o processamento cognitivo (mental) é um mediador determinante para a mudança de comportamentos e emoções. Dependentes de substâncias psicoativas que não estão em condições de compreender as intervenções (ex.: análise funcional do comportamento, treinamento de habilidades), como os que apresentam déficits de funções executivas, tendem a obter pouco sucesso e por vezes podem abandonar o tratamento precocemente.

Complementando essa ideia, Cunha e Novaes⁷ dizem que esses prejuízos podem afetar a aderência ao tratamento e proporcionar aumento na probabilidade de recaídas. Esta informação é bastante válida para se entender o funcionamento do indivíduo em contexto de tratamento, visto que esses déficits apresentados podem ter relação com o aumento na probabilidade de recaídas.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa possibilitou, a partir dos artigos analisados, identificar as principais áreas afetadas pelo uso abusivo de substâncias psicoativas

ocasionadas pelo uso de diferentes substâncias. Evidencia-se que os principais impactos neuropsicológicos estão relacionados a alterações no CPF. Esta pesquisa permitiu ainda perceber que sujeitos com alterações de córtex frontal pelo uso de substâncias psicoativas têm uma probabilidade maior de apresentar dificuldades para compreender e assimilar os assuntos trabalhados em terapia, quando comparados a não usuários de tais substâncias, assim como também podem apresentar dificuldade em colocar em prática os assuntos que forem abordados durante as sessões psicoterápicas.

Por fim, é importante salientar o quanto a avaliação neuropsicológica é de suma importância na avaliação e psicodiagnóstico dos aspectos cognitivos de sujeitos em abuso de SPA, considerando que o seu uso impacta no prognóstico e nas intervenções a serem utilizadas, sendo necessário que o tratamento seja adaptado às necessidades individuais dos usuários dos serviços de tratamento, fazendo assim com que a intervenção realizada tenha um efeito positivo no que toca à melhora de sintomas e diminuição de sofrimento e remissão dos sintomas. Assim, torna-se necessário questionar se o problema da efetividade que se reflete em baixas taxas de recuperação não se encontra nas próprias práticas em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Board INC. Report of the International Narcotics Control Board 2004: 2005: United Nations Publications; 2013.
2. Laranjeira R. organizador. II Levantamento Nacional de álcool e drogas: o uso de cocaína e crack no Brasil. São Paulo: Unifesp, Inpad/Uniad, 2012.
3. Solowij N, Stephens RS, Roffman RA, Babor T, Kadden R, Miller M, et al. Cognitive functioning of long-term heavy cannabis users seeking treatment. *Jama*. 2002;287(9):1123-31.
4. Kolling NM, Silva CR, Carvalho JCN, Cunha SM, Kristensen CH. Avaliação neuropsicológica em alcoolistas e dependentes de cocaína. *Avaliação Psicológica*. 2007;6(2):127-37.
5. Andrade VM, Santos FH, Bueno OFA. Neuropsicologia hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
6. Serafim AP, Saffi F. Neuropsicologia forense: Porto Alegre: Artmed; 2015.
7. Cunha PJ, Novaes MA. Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: implicações para o tratamento. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2004;26(Supl 1):23-7.
8. Pope HG, Gruber AJ, Yurgelun-Todd D. Residual neuropsychologic effects of cannabis. *Current psychiatry reports*. 2001;3(6):507-12.
9. Eckardt MJ, Martin PR. Clinical assessment of cognition in alcoholism. *Alcoholism: clinical and experimental research*. 1986;10(2):123-7.
10. Allen DN, Goldstein G, Seaton BE. Cognitive rehabilitation of chronic alcohol abusers. *Neuropsychology Review*. 1997;7(1):21-39.
11. Miller EK, Freedman DJ, Wallis JD. The prefrontal cortex: categories, concepts and cognition. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences*. 2002;357(1424):1123-36.
12. Fuentes D, Malloy-Diniz LF, de Camargo CHP, Cosenza RM. Neuropsicologia-: teoria e prática: Porto Alegre: Artmed; 2014.
13. Lezak MD, Howieson DB, Loring DW, Fischer JS. Neuropsychological assessment. Oxford: Oxford University Press; 2004.
14. Malloy-Diniz LF, Capellini G, Malloy-Diniz D, Leite W. Neuropsicologia no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Porto Alegre: Artmed; 2008.
15. Malloy-Diniz LF, Paula JJF, Sedó M, Fuentes D, Leite WB. Neuropsicologia das funções executivas e da atenção. In: Fuentes D, Malloy-Diniz LF, Camargo CHP, Cosenza RM. Neuropsicologia: teoria e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. p. 115-38.
16. Guerra L, Cosenza R. Neurociência e educação: como o cérebro aprende. Porto Alegre: Artmed; 2011.
17. Robbins TW. Dissociating executive functions of the prefrontal cortex. *Phil Trans R Soc Lond B*. 1996;351(1346):1463-71.
18. Hess ARB, Almeida RMM, Moraes AL. Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. *Estud. Psicol*. 2012;17(1): 171-8.
19. Goldstein RZ, Volkow ND. Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. *Nature reviews neuroscience*. 2011;12(11):652.
20. Cunha PJ, Oliveira PA, Cortezzi M, Busatto GF, Scivoletto S. Executive dysfunction and low academic attainment in adolescent substance abusers with a history of maltreatment. *MedicalExpress*. 2015;2(6).
21. Brasil, Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social. Brasília: SENAD; 2012.
22. Domingues SCA, Mendonça JB, Laranjeira R, Nakamura-Palacios EM. Drinking and driving: a decrease in executive frontal functions in young drivers with high blood alcohol concentration. *Alcohol*. 2009;43(8):657-64.
23. MacDonald S, Erickson P, Wells S, Hathaway A, Pakula B. Pre-

- dicting violence among cocaine, cannabis, and alcohol treatment clients. *Addict Behav.* 2008;33(1):201-5.
24. Bolla K, Eldreth D, London E, Kiehl K, Mouratidis M, Contoreggi C, et al. Orbitofrontal cortex dysfunction in abstinent cocaine abusers performing a decision-making task. *Neuroimage.* 2003;19(3):1085-94.
25. Woicik PA, Moeller SJ, Alia-Klein N, Maloney T, Lukasik TM, Yeliosof O, et al. The neuropsychology of cocaine addiction: recent cocaine use masks impairment. *Neuropsychopharmacol.* 2009;34(5):1112.
26. Robinson TE, Kolb B. Structural plasticity associated with exposure to drugs of abuse. *Neuropsychopharmacol.* 2004;47:33-46.
27. Verdejo-García AJ, López-Torrecillas F, Arcos FA, Pérez-García M. Differential effects of MDMA, cocaine, and cannabis use severity on distinctive components of the executive functions in polysubstance users: a multiple regression analysis. *Addict Behav.* 2005;30(1):89-101.
28. Hoff AL, Riordan H, Morris L, Cestaro V, Wieneke M, Alpert R, et al. Effects of crack cocaine on neurocognitive function. *Psychiatry research.* 1996;60(2-3):167-76.
29. Bechara A, Dolan S, Denburg N, Hinds A, Anderson SW, Nathan PE. Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia.* 2001;39(4):376-89.
30. Solowij N. Do cognitive impairments recover following cessation of cannabis use? *Life Sci.* 1995;56(23-24):2119-26.
31. Pope HG, Gruber AJ, Hudson JI, Cohane G, Huestis MA, Yurgelun-Todd D. Early-onset cannabis use and cognitive deficits: what is the nature of the association? *Drug Alcohol Depend.* 2003;69(3):303-10.
32. Capovilla A, Montiel J, Macedo EC, Charin S. Teste de stroop computadorizado. Programa de computador. São Paulo: Universidade São Paulo; 2005.
33. Hamdan AC, Pereira APdA. Neuropsychological assessment of executive functions: methodological questions. *Psicol Reflex Cri* 2009;22(3):386-93.
34. Asséf ECS, Capovilla AGS, Capovilla FC. Avaliação do controle inibitório em TDAH por meio do teste de geração semântica. *Psicol teor prat.* 2007;9(1):61-74.
35. Montiel JMM, Seabra AG. Teste de trilhas-partes A e B. In: Montiel JMM, Seabra AG, organizadores. Avaliação neuropsicológica cognitiva: atenção e funções executivas. São Paulo: Memnon; 2012. p. 79-85.
36. Cozza H. Avaliação das funções executivas em crianças e correlação com atenção e hiperatividade. Itatiba: Universidade São Francisco; 2005.
37. Almeida PP, Monteiro M. Neuropsicologia e dependência química. In: Diehl A, et al, organizadores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas Porto Alegre: Artmed; 2011.
38. Jungerman FS. Terapia cognitivo-comportamental aplicada ao tratamento de dependentes de maconha. In: Zanelatto NA, Laranjeira R. O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 479-92.
39. Gonçalves PD, Malbergier A, Andrade AG, Fontes MA, Cunha PJ. Evidence of persistent executive function deficits in cannabis dependence after one month of abstinence. *Braz J Psychiatry.* 2010;32(4):461-4.
40. Gonçalves PD. Xadrez motivacional: uma nova abordagem de estimulação das funções executivas em dependentes de cocaína/crack [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.
41. Atherton M, Zhuang J, Bart WM, Hu X, He S. A functional MRI study of high-level cognition. I. The game of chess. *Brain Res Cogn Brain Res.* 2003;16(1):26-31.
42. Cunha PJ. Neuropsychological impairments in addiction: focus on prefrontal cortex and on adolescence as a critical period for brain maturation. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med St Casa São Paulo.* 2009;54:127-33.

RECEBIDO: 09/03/2019

ACEITO: 09/05/2019

CNES COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO E SUA IMPORTÂNCIA NO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES EM SAÚDE

CNES as a management tool and its importance for planning health actions

Marcia Regina Pelissari¹

1. Bacharel em Economia Doméstica, Especialista em Vigilância Sanitária de Alimentos, Especialista em Gestão em Redes de Atenção à Saúde, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA, Paraná (PR), Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5656-6893>.

CONTATO: Marcia Regina Pelissari | Endereço: Rua Cândido Xavier, 755, ap 61 | Curitiba-PR | E-mail: marciarp65@gmail.com

COMO CITAR: Pelissari MR. CNES como instrumento de gestão e sua importância no planejamento das ações em Saúde. R. Saúde Públ. 2019 Jul;2(1):160-166.



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

RESUMO Este artigo objetiva descrever as várias maneiras como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi aplicado como instrumento de gestão, utilizando a base de dados BVS, SciELO e LILACS. O CNES surgiu em 2001 para suprir as deficiências no cadastro dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar. Além de atender o proposto, atualmente o CNES é um documento público e sistema de informação oficial de cadastro de todos os estabelecimentos de saúde no país. Mostra-se confiável e com relevância de dados podendo desenvolver estudos no tocante à capacidade instalada e mão-de-obra assistencial. Contudo, é necessária a conscientização dos gestores em mantê-lo atualizado, pois é através do banco de dados do CNES que os governantes são instrumentalizados com informações capazes de subsidiar decisões baseadas em evidências para o planejamento das ações em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Instalações de Saúde. Sistemas de Informação em Saúde. Gestão da Informação.

ABSTRACT This paper aims to describe the various ways of how the National Registry of Health Facilities (CNES) was applied as a management tool, using BVS, SciELO and LILACS database. The CNES was arose in 2001 to fill the deficits on the register of Hospital and Outpatient Information Systems. Additionally of this purpose, currently the CNES is a public document and the official registry information system of all health facilities in the country. It shows itself to be reliable and with data relevance, being able to develop studies related to the installed capacity and health labor workforce. However, it is necessary the manager's concern about keeping it updated, since it is through the CNES database that governors are supplied with information able to support evidence-based decisions for planning health actions.

KEYWORDS: Health, Facilities. Health Information Systems. Information Management.

INTRODUÇÃO

A gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) é formada por vários instrumentos visando auxiliar o gestor na tomada de decisão para a implementação das Políticas de Saúde. Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) agregam ferramentas importantes para o planejamento e a avaliação das ações em saúde, assim como dos serviços, redes e sistemas de saúde.

No Brasil, mesmo antes da implantação do SUS, diversos SIS foram instituídos, a maior parte de acesso ao público e administrados pelo Ministério da Saúde (MS) através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), e tem orientado a condução de estudos que abordam a análise de parâmetros epidemiológicos, sanitários, de aparelhamento e infra-estrutura de

oferta de serviços.

O CNES é um dos mais de 400 (quatrocentos) sistemas implantado pelo MS e surgiu com o objetivo de ser base para se conhecer a oferta de serviços de saúde instalada em todo o território nacional. Do mesmo modo, para contribuir na padronização dos dados relativos à saúde de forma que os sistemas de informações que dependam de dados de estabelecimentos de saúde e mão-de-obra assistencial encontrem no CNES informações necessárias à execução de seus processos operacionais.

Com o passar dos anos, o CNES tornou-se a principal fonte de informação da rede física assistencial no país e é a base para obter dados sobre a quantidade e tipo de serviços oferecidos,

localização, características de recursos humanos, habilitações, infraestrutura, dentre outros. Sua estrutura de dados fornece suporte para todos os sistemas de informação que utilizem dados relativos a estabelecimentos de saúde.

Atualmente o CNES não é somente uma interface de consulta de cadastro dos estabelecimentos de saúde. Com o decorrer dos anos incorporou uma enorme gama de funcionalidades relacionadas à gestão que de acordo com o Art. 359 da Portaria de Consolidação nº 1 de 28/09/2017¹, o CNES se constitui como documento público e sistema de informação oficial de cadastro de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independente da natureza jurídica ou integração com o SUS.

O conjunto de informações obtidas neste trabalho permitiu comprovar que os dados do CNES são importantes para a área de planejamento, controle e avaliação em saúde, porém deveriam refletir a real situação do sistema de saúde. Pode-se observar que alguns estudos realizados abordaram elementos onde demonstraram as inconsistências na base de dados do CNES².

O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no CNES são de obrigação dos estabelecimentos de saúde através de seus responsáveis técnicos ou administrativos, porém percebe-se que as alterações são pontuais buscando pleitear recursos oriundos de políticas públicas ou são realizadas quando há suspensão dos recursos financeiros por inconsistências no cadastro.

Assim, esse estudo tem o propósito de descrever as diversas possibilidades de aplicação onde o CNES foi utilizado como instrumento de gestão, relatando sua implantação, a confiabilidade dos dados, a distribuição e composição dos profissionais e equipamentos e as divergências encontradas, afirmando a necessidade de implementar estratégias e incentivos para melhorar a confiabilidade de dados.

METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Bibliográfica Descritiva de Literatura sobre o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde, que foi desenvolvido em plataforma DELPHI.

Para a busca de artigos publicados em revistas científicas foram consultadas as bases de dados BVS (Biblioteca Virtual de Saúde Pública), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca) e OPAS (Organização Pan-Americana em Saúde), onde utilizando-se os descritores "cadastro", "estabelecimento de saúde", "sistema de informação em saúde", "gestão de informação" e "sistemas de informação" foram identificados 150 artigos e apenas 6 (seis) descreviam a aplicação do CNES no estudo. Devido ao restrito número de artigos, foram utilizadas as publicações dos últimos 6 (seis) anos e uma dissertação publicada em 2004, assim como o periódico do MS contextualizando o histórico do CNES, as normativas que regem os SIS, além da experiência de 7 (sete) anos da autora sua trajetória, apresentada sua importância através dos artigos selecionados e sinalizada a relevância do CNES como fonte de informação para o planejamento das ações em saúde.

RESULTADOS

Em 1997, o Tribunal de Contas da União - TCU elaborou o Relatório do Programa de Ação na Área da Saúde, de proposta do Ministro Relator Humberto Guimarães Souto, sugerindo que fosse elaborado um "*programa de ação, contemplando providências de curto e médio prazo, que permitisse*", dentre outros atos, "*a realização de um amplo diagnóstico da área da saúde e introduzir mecanismos para o acompanhamento, controle e*

*avaliação da aplicação dos recursos da área da saúde*³.

Uma das razões para o Relatório do TCU ser elaborado foram as deficiências nos cadastros do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA e Sistema de Informação Hospitalar – SIH, no tocante à sua falta de atualização, baixa qualidade e informações incompletas, além de possíveis fraudes cadastrais para aprovação de faturamento⁴, conforme parte do texto transcrito:

Atualmente, o SUS utiliza como instrumentos de gestão as informações cadastrais das unidades de saúde integrantes dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA/SUS e SIH/SUS). Sobre esses sistemas, os exames realizados levaram à constatação de que pelo menos 54% dos municípios visitados e 33% dos estados não efetuam o cadastramento dos prestadores de serviço com base em estudo sobre a necessidade do serviço ofertado.

Além disso, constatou-se que 56% dos municípios e 67% dos estados não realizam a verificação periódica da capacidade instalada dos prestadores de serviço³.

O Ministério da Saúde criou a Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – FCES com o propósito de identificar as dimensões ambulatoriais e hospitalares necessárias ao faturamento para o SUS. Após a criação do Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o cadastro tomou uma proporção cada vez maior, e passou a ser fonte de informação da rede física dos serviços de saúde em todo o território nacional com a estrutura de dados que dá suporte aos demais sistemas de informação⁴.

O processo de recadastramento nacional informatizado foi implementado efetivamente no território nacional apenas em 2003 devido a muitos ajustes no sistema, com o objetivo de tornar o processo totalmente viável para todos os gestores envolvidos⁴.

Do objetivo de ser a base para se conhecer

a oferta de serviços de saúde em todo o território nacional, o CNES passou a ser a base para mais de 80 aplicativos. Além de atender o proposto que era para confrontar as informações cadastrais das unidades de saúde integrantes dos sistemas SIA e SIH, atualmente é a base cadastral para operacionalização de diversos sistemas, tais como: Sistema de Regulação (SISREG), Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), Fundo Nacional de Saúde (FNS), Sistema de Gerenciamento de Informações Financeiras (SGIF), Sistema e-SUS Atenção Básica, Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), Sistema CADSUS WEB, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Além de incorporar uma gama de funcionalidades relacionadas à gestão, o CNES realizou adequações de regras através do consumo de outros sistemas oficiais, onde se destacam: as regras do CNPJ com a obtenção de dados da Receita Federal do Brasil (RFB), cruzamento dos cadastros dos profissionais médicos nos registros ativos no Conselho Federal de Medicina (CFM), além da revisão dos CPFs inválidos ou inativos.

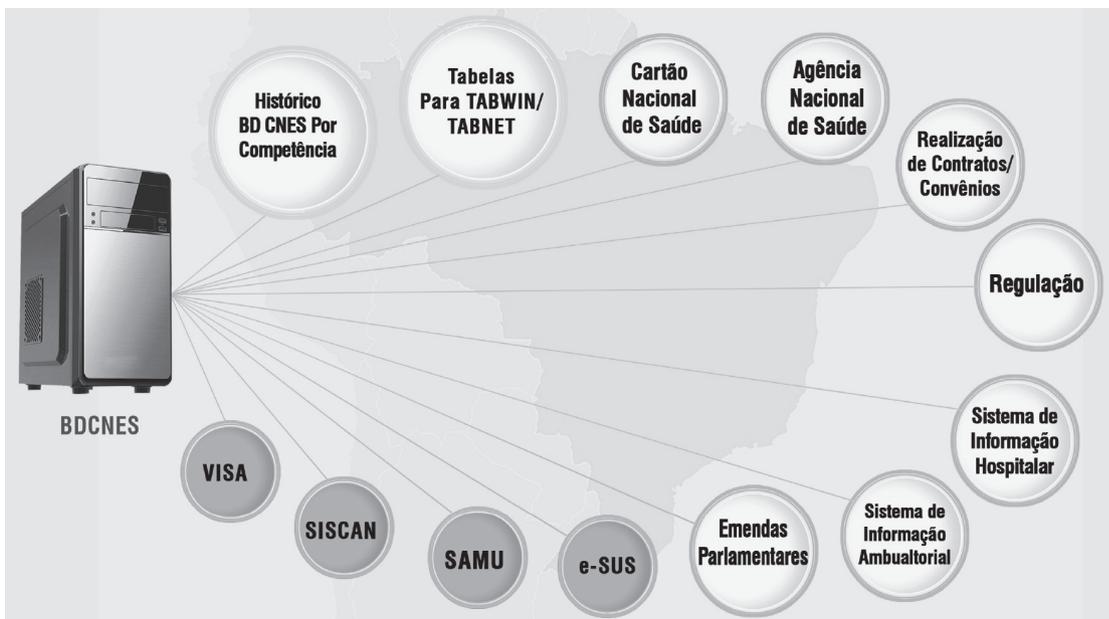
Em se tratando de fornecer informações para os gestores, pesquisadores, trabalhadores e sociedade em geral, Tomasi e Rizzotto⁵ fizeram análise da distribuição e composição profissional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Paraná, com dados coletados do CNES nos meses de maio e junho de 2012, pois é no sistema de cadastro onde são cadastrados os tipos de equipe e profissionais com a carga horária determinada pela normativa que rege os NASFs. O estudo demonstrou que apenas 31 dos 399 municípios do Estado do Paraná possuíam NASF implantado e foi considerado pelos autores que havia desigualdade na distribuição e composição profissional, com privilégio para os centros urbanos, ou seja, maior concentração de equipes NASF nos grandes centros urbanos ou em regiões próximas a estes. Atualmente, nos dados atualizados do CNES em

outubro/2018, constam cadastradas 303 equipes NASF em 252 municípios do Paraná.

Vários levantamentos podem ser realizados com o Banco de Dados do CNES (BDCNES) assim como os vínculos de trabalho no setor saúde que foram analisados na macrorregião Oeste do Estado do Paraná. Eberhardt⁶ identificou a presença de 10.330 vínculos precários, o que representou

36,46% do universo da pesquisa. Segundo o MS, trabalho precário é aquele realizado sem a proteção social do trabalhador. No CNES, o vínculo precário é cadastrado nos estabelecimentos como Autônomo, Bolsa, Cargo Comissionado, Consultoria, Contrato por prazo determinado, Contrato Verbal/ Informal, Cooperativa, Estágio e Residência.

Figura 1 BDCNES – base de suporte para outros sistemas de informação



Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Quanto aos equipamentos, deve-se salientar que existe uma lacuna entre a aquisição e o registro no CNES. No estudo realizado por Amorim⁷, o MS desenvolveu a ferramenta SomaSUS para auxiliar os gestores na aquisição de Equipamentos Médico-Hospitalares (EMH). Embora não seja o foco desses manuais, orientações para o cadastramento no CNES não foram abordadas em nenhum volume analisado.

Mesmo que tivesse, não haveria como cadastrá-los uma vez que atualmente no SomaSUS há uma lista de 532 (quinhentos e trinta e dois) equipamentos e o CNES tem uma relação de apenas 81 (oitenta e um) equipamentos. Isso comprova a pesquisa de Rocha et Al² onde nas visitas realizadas haviam mais equipamentos avaliados pelo estudo em cada hospital do que aqueles existentes no CNES.

No que diz respeito à confiabilidade dos dados, Rocha et al² utilizaram a BDCNES para comparar um grupo de dados cadastrados. Os 2.777 hospitais visitados ofereceram dados sobre equipamentos, localização geográfica, status de funcionamento e número de leitos. Comparando os hospitais visitados com os registros no CNES, o status de funcionamento estava atualizado em 89%, o número de leitos em 44%, no quantitativo de equipamentos 82% mantinham-se corretos e 63% estavam com as coordenadas geográficas corretas. Podemos observar que dos dados pesquisados, em 1.222 hospitais o número de leitos não apresentava concordância. Vale lembrar que os leitos hospitalares são componentes essenciais da assistência hospitalar que é organizada a partir das necessidades da população, e as informações precisas instrumentalizam os gestores em saúde com dados capazes de subsidiar decisões baseadas em evidências. Segundo Lima⁸, "a garantia de uma informação de qualidade é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, para tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde".

No entanto, é hipotético presumir que exista uma base de dados seja ela qual for completamente livre de erros, mesmo realizando rigorosas auditorias. De qualquer forma, a utilização dessas bases em pesquisa pode ser de grande valia para aprimorar a qualidade do cuidado e do sistema de informação⁹.

DISCUSSÃO

Com base nos artigos selecionados foi possível verificar a importância do CNES para a tomada de decisões e planejamento na área da saúde. Porém é necessário criar estratégias para incentivar o preenchimento correto e o envio de dados com a periodicidade determinada pelo MS. Inconsistências e não envio de base devem ser objetos de monitoramento contínuo⁹.

Rocha et al² abordam as inconsistências encontradas no número de contratos registrados e as divergências no cadastro como, por exemplo, estabelecimentos de Alta Complexidade em Oncologia, onde não apresentavam serviços de quimioterapia, radiologia ou cirurgia oncológica. Apenas a exigência de atualização dos dados de acordo com a Portaria SAS/MS nº 118/2014¹⁰, onde se define uma periodicidade de 6 meses para atualização, é uma estratégia incapaz de assegurar a real situação. Além disso, é necessária a criação de regras no aplicativo CNES para que o gestor responsável pela homologação dos dados possa perceber a alteração no cadastro e se a mesma está coerente.

Da mesma forma, a Agência Nacional de Saúde (ANS) deve elaborar normativas para que os prestadores não SUS sejam repreendidos quando não atualizam seus cadastros, uma vez que atualmente fazem registro no CNES para cumprir exigência. Assim como os administradores locais do sistema devem criar uma rotina de auditoria, uma vez que o preenchimento correto condizente com a realidade fortalece e qualifica as análises habitualmente realizadas.

CONCLUSÃO

Os SIS podem ser definidos como um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem as informações para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações em saúde⁴.

Diante dos dados levantados, percebe-se que o CNES é uma ferramenta fundamental para uma gestão eficaz e eficiente, proporcionando ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial e mão-de-obra existente e suas potencialidades auxiliando no planejamento em saúde em todas as esferas administrativas do Governo.

Tem como finalidades cadastrar e atualizar as informações sobre estabelecimentos de saúde e suas dimensões; disponibilizar informações dos estabelecimentos de saúde para outros sistemas de informação; ofertar para a sociedade informações sobre a disponibilidade de serviços nos territórios, formas de acesso e funcionamento, além de apoiar os gestores na tomada de decisão, planejamento e programação em saúde.

Porém, é necessária a conscientização dos gestores em mantê-lo atualizado, uma vez que é através da sua base de dados que os governantes são instrumentalizados com informações capazes de subsidiar decisões baseadas em evidências².

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Sistemas de informação da atenção à saúde: contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS. Brasília: Cidade Gráfica; 2015.
2. Rocha TAH, Silva NC, Barbosa ACQ, Amaral PV, Thumé E, Rocha JV. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: evidências sobre a confiabilidade de dados. Ciênc. saúde coletiva. 2018;23(1):229-40.
3. Carvalho CA. Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES): seu desenvolvimento, implantação e uma proposta para sua atualização/manutenção [dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP; 2004.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde [Internet]. 2017 [citado 2019 Maio 9]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html.
5. Tomasi ARP, Rizzoto MLF. Análise da distribuição e composição profissional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Paraná. Saúde debate. 2013 Set; 37(98): 427-36.
6. Eberhardt LD, Carvalho M, Murofuse NT. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. Saúde Debate. 2015 Mar;39(104):18-29.
7. Amorim AS, Pinto Junior VL, Shimizu HE. O desafio da gestão de equipamentos médico-hospitalares no Sistema Único de Saúde. Saúde Debate. 2015 Jun;39(105):350-62.
8. Lima CRA. Gestão da qualidade de dados e informações dos sistemas de informação em saúde: subsídios para a construção de uma metodologia adequada ao Brasil [tese]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP; 2010.

9. Machado JP, Martins M, Leite, IC. Qualidade de bases de dados hospitalares no Brasil: alguns elementos. Rev. bras. epidemiol. 2016 Set;19(3):567-81.

10. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 118, de 18 de fevereiro de 2014. Desativa automaticamente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os Estabelecimentos de Saúde que estejam há mais de 6 (seis) meses sem atualização cadastral [Internet]. 2014 [citado 2019 Mar 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0118_18_02_2014.html.

RECEBIDO: 17/03/2019

ACEITO: 09/05/2019

Chamada Pública nº 4

A **Secretaria de Estado da Saúde do Paraná**, por meio da **Escola de Saúde Pública do Paraná/Centro Formador de Recursos Humanos (ESPP/CFRH)**, torna pública a presente Chamada Pública que define o período de **01 a 31 de Agosto de 2019** como o prazo para a submissão de trabalhos científicos nas modalidades artigos originais, artigos de revisão de literatura e relatos de experiência para a **Revista de Saúde Pública do Paraná**. Os manuscritos submetidos serão considerados para o v. 2, nº 2 do periódico.

Serão avaliados itens tais como o enquadramento no escopo da publicação (manuscritos relacionados com a Saúde Pública) e a qualidade técnica do trabalho incluindo aspectos de redação e organização do texto, coerência metodológica, validade científica, atualidade, relevância, originalidade e interesse do corpo editorial no assunto tratado.

A publicação em nossa Revista é oportunidade oferecida pela administração do SUS do Paraná de transformar os conhecimentos produzidos pela comunidade acadêmica, profissional e usuária na área de saúde pública em subsídios estratégicos para a melhoria dos serviços de saúde, subsidiando gestores e prestadores de serviço de informações confiáveis, validadas através de mecanismos como a avaliação por pares cega e as melhores práticas científicas. Esperamos que esse processo auxilie na superação dos desafios que acometem os serviços prestados à população em nosso território.

Posto isso, convidamos a todos os membros dos programas de pós-graduação, bem como administradores, profissionais, professores e alunos da área da saúde a colaborarem com a construção deste veículo para divulgação de conhecimento científico no Estado.

Para a participação, os autores devem atentar-se à Política Editorial e às Diretrizes para autores. O processo se dará através de cadastro no portal da publicação pelo endereço eletrônico <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/>.



ANA LÚCIA FONSECA
Editora-Chefe RSP

Diretrizes para autores

A Revista de Saúde Pública não aceitará publicações de textos já apresentados em outros veículos, tanto na íntegra quanto parcialmente.

Os textos deverão encaminhados no idioma Português (BR), através do sistema OJS (*Open Journal Systems*).

O nome completo de cada autor, instituição de origem, país, e-mail devem ser informados APENAS nos metadados. Via OJS, o autor deverá enviar também **Página de título e identificação**, como documento suplementar. O conselho editorial assegura o anonimato dos autores no processo de avaliação por pares, bem como o anonimato dos avaliadores e sigilo quanto a sua participação. É de responsabilidade do autor acompanhar o processo de submissão via sistema OJS.

Não há cobrança para submissão de artigos. O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados são de inteira responsabilidade do autor que está submetendo o manuscrito. As opiniões, conceitos e a exatidão das citações expressos nos trabalhos são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo posição do Conselho Editorial da Revista de Saúde Pública do Paraná.

Para aquelas pesquisas que envolvam seres humanos, deverão ser indicados os procedimentos adotados para atender o constante da Resolução nº 466 de 12 setembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Deverá também ser indicado o número de protocolo de aprovação do projeto de pesquisa e a data de aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), dados estes que deverão constar no último parágrafo da metodologia do trabalho. A carta de aprovação do CEP (digitalizada e em pdf) deverá ser anexada no momento da submissão no Passo "Transferência de Documentos Suplementares".

Para a avaliação dos trabalhos, os autores deverão assinalar sua concordância com a "Declaração de Direito Autoral" do CREATIVE COMMONS, o qual consta no item Declaração de Direito Autoral. Ao clicar no ícone do CREATIVE COMMONS (This obra is licensed under a Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0) será aberta uma página que contém (em vários idiomas, inclusive o português) as condições da atribuição.

Os autores deverão reconhecer e revelar possíveis conflitos de interesse que possam influenciar seu trabalho. Também eles deverão enviar as políticas dos financiamentos recebidos caso a pesquisa envolva ensaios clínicos.

É de responsabilidade dos autores manterem seus e-mails atualizados para receber todas as comunicações, bem como comunicar à revista qualquer problema que possa ocorrer neste sentido.

TIPOS DE TRABALHOS ACEITOS

Editorial: De responsabilidade de editores, podem ser redigidos por convidados, mediante solicitação do editor-geral. Máximo de 800 palavras.

Cartas ao editor: comentários sobre material publicado. Máximo de 800 palavras.

Artigos originais: Contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa empírica inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados, e também formulações discursivas teorizantes e pesquisas de metodologia qualitativa. Devem possuir no máximo 6.000 palavras e 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 serão 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) por 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 AUTURAL

Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

A) Autores mantém os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.

B) Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.

C) Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado (Veja O Efeito do Acesso Livre).

PROVA

O autor receberá em formato .pdf a prova final para publicação, em que apenas correções formais podem ser realizadas. O prazo para essa revisão é de 48 horas.

