

TEMPUS

ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

CONVERSÇÕES
SOBRE PRODUÇÃO
DO CONHECIMENTO
EM SAÚDE: REDES DE
ATENÇÃO À SAÚDE
EM UMA
PERSPECTIVA
RIZOMÁTICA

ANÁLISE DA
PERCEÇÃO DE
VIOLÊNCIA FAMILIAR
INFANTO-JUVENIL DE
ESCOLARES NAS
ZONAS RURAL E
URBANA

MULTIPLICANDO
SABERES E
DIALOGANDO
EXPERIÊNCIAS:
OFICINAS DE
ACOLHIMENTO EM
SAÚDE MENTAL EM
REGIONAL DE SAÚDE
DE PERNAMBUCO



© 2007 Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP)
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,
desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

REVISTA TEMPUS ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

Coordenação Editorial

Ana Valéria M. Mendonça
Elmira L. M. S. Simeão
Maria Fátima de Sousa
José da Paz Oliveira Alvarenga

Coordenação Institucional

Unidade de Tecnologia da
Informação e Comunicação em
Saúde do Núcleo de Estudos em
Saúde Pública – UTICS/NESP/UnB

Equipe Técnica de TI

João Paulo Fernandes da Silva
Júlio César Cabral

Revisão de Citações e Referências

Mônica Peres
Camila Luiza Silva

Estagiárias de Biblioteconomia

Nathalia Lima de Souza
Gabriela Leite Melo

Revisão

Ana Luisa Ferreira de Lima Bonifácio
Cláudia Aparecida Nóbrega Franco
Letícia Gonçalves Cedraz

Diagramação

Ana Luisa Ferreira de Lima Bonifácio
Cláudia Aparecida Nóbrega Franco
Letícia Gonçalves Cedraz
Camila Luiza Silva

Arte da Capa

Elmira L. M. S. Simeão

Editores Científicos

José da Paz Oliveira Alvarenga
Maria Fátima de Sousa

Editores Consultivos

Daniela Savi Geremias
José da Paz Oliveira Alvarenga
Luana Dias da Costa
Mônica Peres

Pareceristas *ad hoc*

Carine Silvestrini Sena Lima da Silva
Iracema Filgueira Leite
Jamilton Alves Farias
Geilsa Soraia Cavalcanti Valente
Karelline Izaltemberg Vasconcelos
Rosenstock
Marclíneide Nóbrega de Andrade
Ramalho
Saemmy Grasiely Estrela de
Albuquerque
Stella Costa Valdevino

Para mais informações sobre a Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva:
Unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos
em Saúde Pública
SCLN 406 Bloco A, 2º andar, Asa Norte, Brasília (DF), Brasil
CEP 70847-510
Tel.: (55++61) 3340-6863
Fax: (55++61) 3349-9884
E-mail: uticsnosp@unb.br
<http://www.tempusactas.unb.br/>

Ficha catalográfica

Tempus. Actas de Saúde Coletiva / Coordenadores Ana Valéria M. Mendonça,
Elmira L. M. S. Simeão, Maria Fátima de Sousa, José da Paz Oliveira Alvarenga – v.
13 n. 1. (jan/fev/mar/2019)– Brasília: Editora ECoS, 2019.

Trimestral. Obra publicada em 2023 para atualização da coleção.
ISSN 1982-8829

1. Saúde pública 2. Determinantes Sociais de Saúde - Periódicos. I. Brasil. Núcleo de
Estudos em Saúde Pública.



CONSELHO EDITORIAL

Coordenação Editorial

Ana Valéria Machado Mendonça, Editora Executiva - Universidade de Brasília, Brasil
Elmira Luzia Melo Soares Simeão - Universidade de Brasília, Brasil
Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília, Brasil

Editores Científicos

Ana Valéria Machado Mendonça - Universidade de Brasília (UnB)
Cláudio Fortes Garcia Lorenzo - Universidade de Brasília (UnB)
Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília (UnB)

Conselho Consultivo

Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Magda Duarte dos Anjos Scherer - Universidade de Brasília (UnB)
Maria Cecília Minayo - Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz/RJ)

Comissão Científica - Editores Associados

Andreia de Oliveira - Universidade de Brasília (UnB)
Aurora Cuevas Cerveró - Universidade Complutense de Madri (UCM)
Carmen Fontes de Souza Teixeira - Instituto de Saúde Coletiva (UFBA)
Fernando Passos Cupertino de Barros - Universidade Federal de Goiás (UFG)
José da Paz Oliveira Alvarenga - Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Josivania Silva Farias - Universidade de Brasília (UnB)
Lise Renaud - Faculté de Communication - Université du Québec à Montréal (Canadá)
Maria Célia Delduque - Fundação Oswaldo Cruz Brasília
Maria da Glória Lima - Universidade de Brasília (UnB)
Maria Isabel Loureiro - Escola Nacional de Saúde Pública - Lisboa/Portugal
Rackynelly Alves Sarmento - Instituto Federal da Paraíba (IFPB)
Tiago Araújo Coelho de Souza - Universidade de Brasília (UnB)
Ximena Pamela Diaz Bermudez - Universidade de Brasília (UnB)

SUMÁRIO

Distribuição de equipamentos de diagnóstico por imagem no Brasil, estados brasileiros e unidade federativa: séries temporais e comparação com renda per capita	5
Efeitos do laser de baixa intensidade e óleo de <i>Helianthus annuus</i> na cicatrização de úlceras em pé diabético	28
Barreiras de acesso e acessibilidade enfrentadas pela população masculina nos serviços de Atenção Primária à Saúde.....	48
Análise da percepção de violência familiar infanto-juvenil de escolares nas zonas rural e urbana.....	69
Regionalização da Saúde: a técnica de consenso como método de investigação	81
Neurological consequences of abusive use of anabolic-androgenic steroids	102
Serviços farmacêuticos relacionados a medicamentos sujeitos a controle especial na atenção primária à saúde no Brasil: revisão integrativa.....	123
Multiplicando saberes e dialogando experiências: oficinas de acolhimento em saúde mental em regional de saúde de pernambuco	140
Práticas integrativas e complementares na Rede de Atenção à Saúde pública do Distrito Federal – Brasil.....	153
Construção de um fluxo de contrarreferência de pacientes para o Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde de um estado brasileiro	180

EDITORIAL

Um dos maiores desafios para a comunicação científica, principalmente no contexto de publicação de periódicos, é manter níveis de qualidade para a produção coletiva e especializada em um contexto de profundas transformações e instabilidades. Mesmo com bases sólidas, construídas ao longo de séculos de tradição, a ciência se adapta aos padrões inovadores tentando manter aquilo que é essencial: a confiabilidade e o uso aprimorado desses veículos de comunicação para a promoção de desenvolvimento e progresso do conhecimento científico. Cada área tem suas especificidades, e isso precisa ser observado.

Na prática, isso significa o cuidado minucioso com critérios de qualidade e a constante adaptação às mudanças de tecnologia. No Brasil a manutenção das revistas é uma atividade complexa, tem pouco investimento por parte das instituições e há uma sobrecarga de atividades entre os especialistas editores que, além das atividades como docentes e pesquisadores, se dedicam incansavelmente ao trabalho de produção editorial. São heróis anônimos. Por isso mesmo, ao publicarmos esse fascículo, destacamos o esforço coletivo, conduzido por esses heróis, identificados aqui como editores científicos.

Reunidos com o apoio de alunos(as) de editoração do curso de biblioteconomia, ao longo do primeiro semestre de 2023, conseguiram atualizar a coleção da revista *Tempus Actas*. Depois das ações de normalização e montagem de 10 fascículos, entre eles o dessa edição, esses especialistas, de forma voluntária, se dedicaram à avaliar os trabalhos para garantir a qualidade de sempre, comprovada pela recente melhoria no status da revista. Essa nota “no estrato B”, atribuída pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), nos enche de ânimo. No Brasil, é a CAPES, vinculada ao Ministério da Educação (MEC), a agência responsável pelo acompanhamento e avaliação das revistas científicas, orientando suas diretrizes e ações dos programas de pós-graduação.

Por isso, a Editora ECoS agradece imensamente o trabalho desses heróis e heroínas, coordenados pelo professor Jose Alvarenga(UFPB), na condução precisa do processo de avaliação como pareceristas ad hoc e no engajamento pela organização editorial de fascículos que precisavam entrar na coleção. Agradecemos também (às) aos autoras(res) por confiarem a divulgação dos resultados de pesquisa à TEMPUS, esperando pacientemente por esse momento. Mesmo com o atraso, a revista é registrada como publicada em agosto de 2023, o que garante a atualização dos artigos nas bases de dados referenciais e currículos.

TEMPUS - ACTAS DE SAÚDE COLETIVA é um periódico arbitrado, de abrangência internacional e especializado em saúde pública. A revista eletrônica foi criada em 2019 pela Unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação (UTICS) do NESP, com a coordenação das professoras Fátima Sousa, Elmira Simeão e Valéria Mendonça com a participação dos especialistas Júlio César (UTIS) e de Miguel Márdero, atual coordenador do projeto Cariniana de preservação digital, no Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, IBICT. O detalhamento técnico foi desenvolvido a partir das discussões no núcleo de tecnologia de Informação UTICS.

Distribuição de equipamentos de diagnóstico por imagem no Brasil, estados brasileiros e unidade federativa: séries temporais e comparação com renda per capita

Distribution of diagnostic imaging equipment in brazil, brazilian states and federative unit: time series and comparison with per capita income

Distribución de equipos de diagnóstico por imagen en brasil, estados brasileños y unidad federativa: series temporales y comparación con ingreso per cápita

Kelser de Souza Kock¹
Rodrigo Soares Alves da Costa²

¹ Doutor em Ciências Médicas. Professor da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Tubarão/SC. Kelser de Souza Kock, Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Departamento de Fisioterapia, Av. José Acácio Moreira, 787, Bairro Dehon, CEP 88704-001, Tubarão – SC, Kelser.kock@unisul.br, (48) 3621-3192, kelserkock@yahoo.com.br

² Acadêmico do curso de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Tubarão/SC. rodrigocosta96@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar a distribuição de equipamentos de diagnóstico por imagem no Brasil, estados brasileiros e unidade federativa por meio de séries temporais e comparação com renda per capita. **Métodos:** Estudo de caráter ecológico, utilizando a base de dados DATASUS do ano de 2006 a 2017. Foi realizada regressão linear para comparação entre tempo versus equipamentos por região e renda per capita versus equipamentos por estados. **Resultados:** Observou-se, em geral, um grande incremento na taxa de equipamentos de diagnóstico por imagem, com valores acima do recomendado pelo Ministério da Saúde. Contudo, foi demonstrado que a renda per capita está fortemente correlacionada à quantidade de equipamentos disponíveis. **Conclusão:** A taxa de equipamentos diagnósticos por imagem é adequada na maior parte dos estados brasileiros, porém há uma distribuição desigual, sofrendo influência da renda per capita, com maior número de equipamentos nos estados de maior renda.

Palavras-chave: Exames Médicos; Renda Per Capita; Radiografia; Ressonância.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the distribution of diagnostic imaging equipment in Brazil, Brazilian states and federative unit through time series and comparison with per capita income. **Methods:** Ecological study using the DATASUS database from year 2006 to 2017. A linear regression was performed to compare time versus equipment by region and per capita income versus equipment by states. **Results:** A large increase in the rate of diagnostic imaging equipment was observed, with values higher than those recommended by the Ministry of Health. However, it has been shown that per capita income is strongly correlated with the amount of equipment available. **Conclusion:** The rate of diagnostic imaging equipment is adequate in most Brazilian states, but there is an uneven distribution, influenced by per capita income, with a higher number of equipment in higher income states.

Keywords: Medical Examinations; Per Capita Income; Radiography; Resonance.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la distribución de equipos de diagnóstico por imagen en Brasil, estados brasileños y unidad federativa por medio de series temporales y comparación con ingreso per cápita. **Métodos:** Estudio de carácter ecológico, utilizando la base de datos DATASUS del año 2006 a 2017. Se realizó regresión lineal para comparación entre tiempo versus equipos por región y renta per cápita versus equipos por estados. **Resultados:** Se observó, en general, un gran incremento en la tasa de equipos de diagnóstico por imagen, con valores superiores al recomendado por el Ministerio de Salud. Sin embargo, se demostró que la renta per cápita está fuertemente

correlacionada con la cantidad de equipos disponibles. **Conclusión:** La tasa de equipos diagnósticos por imagen es adecuada en la mayor parte de los estados brasileños, pero hay una distribución desigual, sufriendo influencia del ingreso per cápita, con mayor número de equipamientos en los estados de mayor ingreso.

Palabras clave: Exámenes Médicos; Rendimiento Per Capita; Radiografía; Resonancia.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como “o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade”. Este conceito tem uma profunda relação com o desenvolvimento e expressa a associação entre qualidade de vida e saúde da população. A saúde, nesse sentido, é resultado de um processo de produção social e sofre influência de condições de vida adequadas de bens e serviços¹.

No Brasil, com o objetivo de garantir atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão, a partir da constituição brasileira de 1988, foi criado um novo sistema de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS)². Fica sob a responsabilidade das três esferas autônomas de Governo (federal, estadual e município), trabalhando em conjunto para garantir a universalização, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e mais participação social na saúde². Em 1991 foi criado o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que oferece suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle aos órgãos do SUS. Com o acervo da base de dados, é possível buscar informações referentes a qualquer município brasileiro, contribuindo para o desenvolvimento de pesquisas³.

Nesta perspectiva, o DATASUS pode fornecer informações relacionadas aos equipamentos de diagnóstico por imagem, que são essenciais como exames complementares e corroboram o exame clínico no diagnóstico de doenças. Portanto, o levantamento da disponibilidade destes equipamentos pode apresentar um panorama

da distribuição regional no Brasil, identificando desigualdades nas prerrogativas do SUS, no que se refere ao acesso à saúde³.

Como exemplo dos exames de imagem mais utilizados, está a radiografia, que pode identificar alterações ósseas e torácicas. A tomografia computadorizada (TC), com a capacidade de visualização tridimensional, facilita a localização de certas patologias, entre elas encontradas em crânio, tórax, abdômen e pelve. A mamografia, exame radiológico das mamas, realizado pelo mamógrafo, auxilia no diagnóstico do câncer de mama, sendo possível identificar nódulos não palpáveis no exame físico. Ressonância magnética (RM), um exame de alta definição, com custo relativamente alto. É muito utilizado para pesquisa e análise de doenças neurológicas, ortopédicas, abdominais, cervicais e cardíacas⁴. A ultrassonografia (US) que permite produzir em tempo real imagens seccionais ou tridimensionais. Usado para fins preventivos, diagnósticos ou como acompanhamento de tratamentos. Trata-se de um exame de baixo custo e sem uso de radiação ionizante. Alguns dos exames ultrassonográficos mais comuns são, ultrassonografia de abdome, pélvica, das mamas, da tireóide, das articulações, doppler vascular, na gestação e nas biópsias⁵.

Contudo, não basta a disponibilidade dos equipamentos diagnósticos, mas também é de grande importância a presença do médico radiologista experiente para atuar e gerenciar os serviços de diagnóstico por imagem. O estudo de Oliveira⁶ destaca a importância do trabalho multiprofissional, ressalta que uma boa interpretação e qualidade em laudar os exames, faz toda diferença no diagnóstico preciso. Além disso, quanto maior o conhecimento técnico do radiologista, conseqüentemente, se obtém melhor desempenho do equipamento.

Sabendo da desigualdade da distribuição dos equipamentos de diagnóstico por imagem no mundo, a OMS realizou em 2010 o Foro mundial para melhorar o acesso aos dispositivos médicos nos países em desenvolvimento. Com mais de 350 especialistas em saúde, representando mais de 100 países, se reuniram em Bangkok, durante a discussão no foro foi possível destacar como os dispositivos médicos estão distribuídos de forma bastante desigual. Nos países desenvolvidos tem-se em média

um aparelho de tomografia computadorizada para cada 64.900 habitantes, já nos países em desenvolvimento, há um aparelho de tomografia computadorizada em cada 3,5 milhões de habitantes. Os problemas relacionados, em geral, são: falta de acessibilidade, muitas vezes pelo baixo investimento em saúde, alguns equipamentos são doados por outros países, chegando às vezes sem condições de uso, dificuldade para manuseá-los, necessitando de equipe especializada para seu adequado funcionamento, e equipes multiprofissionais para ajudar em qualquer complicação⁷.

No Brasil, a distribuição geográfica dos equipamentos disponíveis é demonstrada através do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) de cada instituição, disponibilizados no DATASUS, mas faltam estudos relacionados à desigualdade de acesso aos exames de imagem em função da renda per capita nos estados brasileiros³.

Em estudo sobre desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil, comparando os anos de 1998 e 2003, foram analisadas as diferenças regionais e de classe socioeconômica. Este trabalho apontou que o acesso aos serviços de saúde está diretamente ligado à renda e pela região onde residem, sendo que a renda mostrou ter maior influência ao acesso do que à escolaridade. Mesmo observando a diminuição das desigualdades, as regiões consideradas mais desenvolvidas, como Sul e Sudeste, mantêm um maior acesso aos serviços de saúde se comparado às outras regiões, Norte, Centro Oeste e Nordeste⁸.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi avaliar a distribuição de equipamentos de diagnóstico por imagem no Brasil, estados brasileiros e unidade federativa por meio de séries temporais e comparação com renda per capita. Com este estudo espera-se levantar as disparidades regionais no Brasil, em termos de acesso aos exames de imagem, e demonstrar a relevância da discussão desta temática na saúde pública.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo Ecológico. As informações referentes à quantidade de equipamentos existentes em cada região geográfica, faz parte do banco de dados do

Departamento de Informática do SUS (DATASUS), utilizando as informações coletadas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)³.

Os dados populacionais foram extraídos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O IBGE é o responsável pelos levantamentos demográficos, pesquisas estatísticas sobre os mais variados temas (de meio ambiente à economia), manutenção de indicadores sobre o Brasil, e informações geográficas. É o atual responsável pelo Sistema Cartográfico Brasileiro, é quem realiza o Censo Demográfico, uma pesquisa realizada em campo com toda a população brasileira (ou quase toda) para levantar dados como número de habitantes, renda, faixa etária da população e muitos outros dados que servem de indicadores sobre o desenvolvimento social e econômico do país⁹.

Na coleta de dados, por meio da opção TABNET do site do DATASUS, foi selecionada a opção rede assistencial, onde se encontram os dados referentes ao CNES. Neste item, foi identificado o tópico CNES – Recursos Físicos, com o objetivo de encontrar dados dos equipamentos existentes por região geográfica do país. Foram selecionados os equipamentos existentes e disponíveis no SUS: Mamógrafo, Raio X, Tomógrafo Computadorizado, Ressonância Magnética e Ultrassom do Brasil, estados brasileiros, regiões brasileiras e distrito federal referente ao mês de março de cada ano de 2006 a 2017¹⁰.

Para obter dados da população, novamente pelo site DATASUS, por meio de informações de saúde na opção TABNET, na seção projeção da população das unidades da federação, foram selecionadas a população do Brasil e regiões brasileiras entre 2006 e 2017. Os dados de 2007 e 2010 estavam ausentes. Os dados populacionais dos estados brasileiros e Distrito Federal foram extraídos apenas no ano de 2015¹¹.

Para dados da renda per capita, no site do IBGE, na opção renda domiciliar per capita, tópico renda domiciliar per capita 2015, foram extraídas informações das unidades da federação brasileira obtendo-se dados do rendimento nominal mensal domiciliar per capita da população residente, em valor real, de cada estado¹².

Os dados foram inseridos no programa Microsoft Excel para tabulação e análise. As variáveis foram descritas em números absolutos e proporções. O número

de equipamentos existentes foi normalizado por milhão de habitantes. O número de equipamentos disponíveis no SUS foi comparado com os equipamentos existentes para obtenção da frequência relativa. Foram realizadas correlação de Pearson e regressão linear para comparação entre tempo *versus* equipamentos por região e renda per capita *versus* equipamentos por estados, considerando erro alfa de 5%. O seguinte trabalho não foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL – CEP, pois por se tratar de um estudo ecológico, onde se utiliza dados públicos e não demonstra informações individuais.

RESULTADOS

Analisando equipamentos diagnósticos existentes no mês de março no ano de 2015, distribuição nas regiões e estados brasileiros, por milhão de habitantes, se observa uma grande concentração de equipamentos em determinadas regiões. O maior número de mamógrafos por milhão de habitantes se encontra na Região Sudeste, enquanto se analisar por estados, se tem uma maior concentração deste mesmo equipamento no estado da Paraíba. Por região tem-se uma maior concentração de Raio X na Região Sudeste, e por estado se destaca o Paraná. O tomógrafo computadorizado se encontra com maior disponibilidade no Centro Oeste, quando analisado região, e no Distrito Federal se busca estado. O maior número de Ressonância Magnética se encontra na região Sul, enquanto por estado se destaca o Distrito Federal, a mesma distribuição encontramos para Ultrassonografia, como demonstrado abaixo na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos equipamentos diagnósticos existentes por milhão de habitantes em março de 2015

Região/Unidade da Federação	Mamógrafo /milhão de habitantes	Raio X /milhão de habitantes	Tomógrafo Computadorizado /milhão de habitantes	Ressonância Magnética /milhão de habitantes	Ultrassom /milhão de habitantes
Região Norte	13,5	196,6	12,4	5,5	111,7
.. Rondônia	19,2	321,2	22,6	11,9	188,3
.. Acre	16,2	187,9	12,4	5,0	99,6

.. Amazonas	13,2	205,2	7,9	4,3	89,4
.. Roraima	9,9	243,2	13,8	5,9	181,9
.. Pará	12,0	159,8	12,1	4,6	106,4
.. Amapá	7,8	130,4	10,4	2,6	48,3
.. Tocantins	18,5	250,1	13,9	7,3	123,4
Região	18,5	219,3	12,1	5,0	128,9
Nordeste					
.. Maranhão	11,3	127,9	10,3	2,5	81,8
.. Piauí	18,1	163,9	16,9	3,4	107,7
.. Ceará	16,3	276,9	12,9	4,5	134,4
.. Rio Grande	13,9	176,6	10,5	3,8	118,8
do Norte					
.. Paraíba	37,5	224,6	17,6	6,3	146,3
..	19,0	200,2	10,2	5,5	125,1
Pernambuco					
.. Alagoas	18,3	182,6	10,8	3,6	108,1
.. Sergipe	17,8	182,4	9,4	4,0	131,5
.. Bahia	19,1	272,4	12,1	6,9	155,9
Região	27,3	442,5	21,9	11,2	174,6
Sudeste					
.. Minas	27,2	373,9	18,4	8,7	165,0
Gerais					
..Espírito	20,9	510,4	19,1	11,5	170,5
Santo					
..Rio de	28,5	349,2	27,1	15,5	205,6
Janeiro					
.. São Paulo	27,4	503,6	21,8	10,7	167,9
Região Sul	25,3	433,1	22,8	12,0	185,9
.. Paraná	21,6	570,9	21,5	11,0	188,4
..Santa	24,3	465,6	21,6	11,9	199,3
Catarina					
..Rio Grande	29,6	276,6	24,7	13,0	175,2
do Sul					
Região	24,4	379,5	22,9	10,5	175,9
Centro-Oeste					

..Mato	22,6	390,4	19,6	8,3	203,7
Grosso do Sul					
..Mato	21,7	325,8	23,0	10,1	169,0
Grosso					
.. Goiás	24,7	375,8	20,4	6,5	149,2
..Distrito	28,5	438,1	31,2	22,0	219,2
Federal					
BRASIL	23,2	353,7	18,5	9,1	158,3

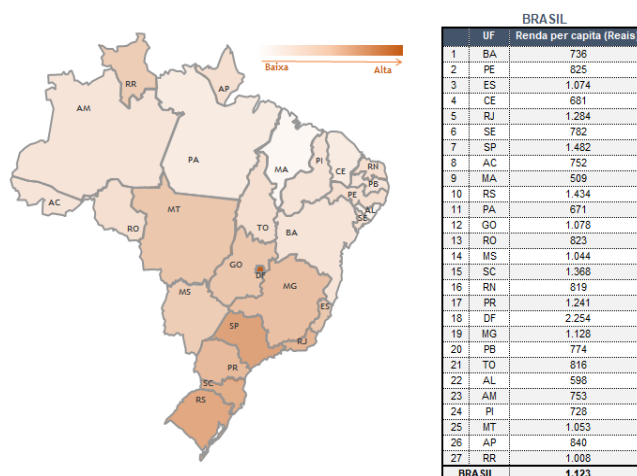
Analisando a distribuição relativa dos equipamentos diagnósticos disponíveis no SUS relacionados ao total de equipamentos existentes em março de 2015, também se observa uma grande diferença na oferta de equipamentos em determinadas regiões. O maior número de mamógrafos se encontra na Região Nordeste, enquanto se analisa por estados, tem-se uma maior concentração deste mesmo equipamento no estado do Amazonas. Por região temos uma maior concentração de Raio X na Região Norte, e por estado se destaca o Rio Grande do Norte. O tomógrafo computadorizado se encontra com maior disponibilidade no Nordeste, quando analisado região, e em Roraima quando se busca estado. O maior número de Ressonância Magnética se encontra na Região Nordeste, enquanto por estado se destaca o Piauí. Na distribuição para Ultrassonografia tem destaque a Região Nordeste, e o estado do Maranhão tem a maior concentração desse equipamento diagnóstico se comparado com os outros estados brasileiros, como demonstrado abaixo na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição relativa dos equipamentos diagnósticos disponíveis no SUS relacionados ao total de equipamentos existentes em março de 2015

Região/Unidade da Federação	Mamógrafo (%)	Raio X (%)	Tomógrafo Computadorizado (%)	Ressonância Magnética (%)	Ultrassom (%)
Região Norte	49,6	36,4	49,5	47,9	45,7
.. Rondônia	29,4	22,0	30,0	38,1	34,5
.. Acre	30,8	35,8	40,0	25,0	31,3
.. Amazonas	76,9	40,3	58,1	64,7	51,1
.. Roraima	60,0	40,7	85,7	66,7	57,6
.. Pará	37,8	36,1	47,5	42,1	44,0
.. Amapá	33,3	31,0	75,0	50,0	43,2
.. Tocantins	75,0	51,5	66,7	63,6	63,6
Região Nordeste	56,9	34,5	55,7	51,9	47,0
.. Maranhão	59,0	52,7	59,2	70,6	66,4
.. Piauí	63,8	42,1	63,0	81,8	55,1
.. Ceará	46,9	25,2	51,3	40,0	39,8
..Rio Grande do Norte	56,3	58,1	66,7	76,9	61,4
.. Paraíba	69,8	37,9	55,7	60,0	54,4
.. Pernambuco	64,0	35,2	61,1	51,0	45,0
.. Alagoas	57,4	28,7	66,7	75,0	49,9
.. Sergipe	65,0	40,1	52,4	66,7	51,2
.. Bahia	47,8	30,9	48,4	41,9	40,5
Região Sudeste	35,6	20,5	37,0	29,3	26,3
.. Minas Gerais	45,8	25,3	45,1	37,9	34,6
..Espírito Santo	39,0	22,5	52,0	40,0	27,5
..Rio de Janeiro	29,1	24,5	31,4	20,3	22,7
.. São Paulo	33,1	17,6	35,3	29,8	24,1
Região Sul	51,6	22,8	55,0	50,0	35,0
.. Paraná	47,3	18,2	52,5	48,0	34,9
..Santa Catarina	59,6	23,6	57,8	53,1	36,1
..Rio Grande do Sul	50,8	31,7	55,8	50,0	34,6
Região Centro-Oeste	40,6	25,7	40,8	29,0	36,1

Região/Unidade da Federação	Mamógrafo (%)	Raio X (%)	Tomógrafo Computadorizado (%)	Ressonância Magnética (%)	Ultrassom (%)
Região Norte	49,6	36,4	49,5	47,9	45,7
.. Rondônia	29,4	22,0	30,0	38,1	34,5
.. Acre	30,8	35,8	40,0	25,0	31,3
..Mato Grosso do Sul	45,0	27,3	30,8	31,8	35,0
.. Mato Grosso	46,5	32,4	46,7	33,3	45,7
.. Goiás	49,1	29,8	51,1	41,9	46,8
..Distrito Federal	15,7	10,8	26,4	17,2	12,2
BRASIL	43,9	24,5	44,6	37,6	34,4

Com relação à renda per capita, o Brasil apresenta uma média de 1.123,00 reais, sendo o Distrito Federal o detentor da maior renda, com 2.254,00 reais, e o Maranhão a menor, 509,00 reais. E há uma diferença entre os estados da região Sul e Sudeste, se comparado com os estados das outras regiões, com renda per capita acima de 1.000,00 reais, apenas o próprio Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Roraima têm renda acima de 1.000,00 reais fora dessas regiões mencionadas, como se observa na figura 1.

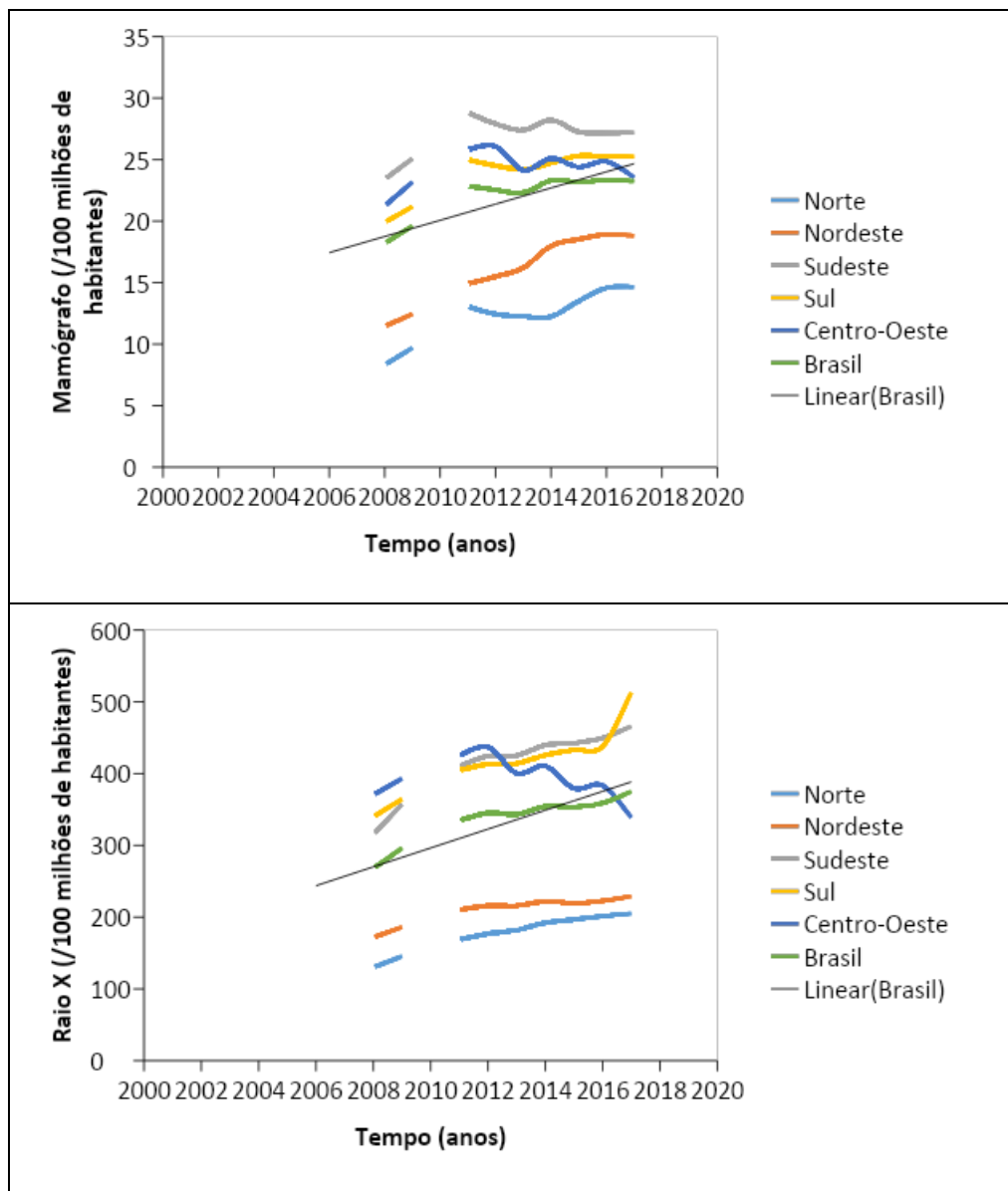
Figura 1 - Renda per capita no Brasil, estados brasileiros e Distrito Federal

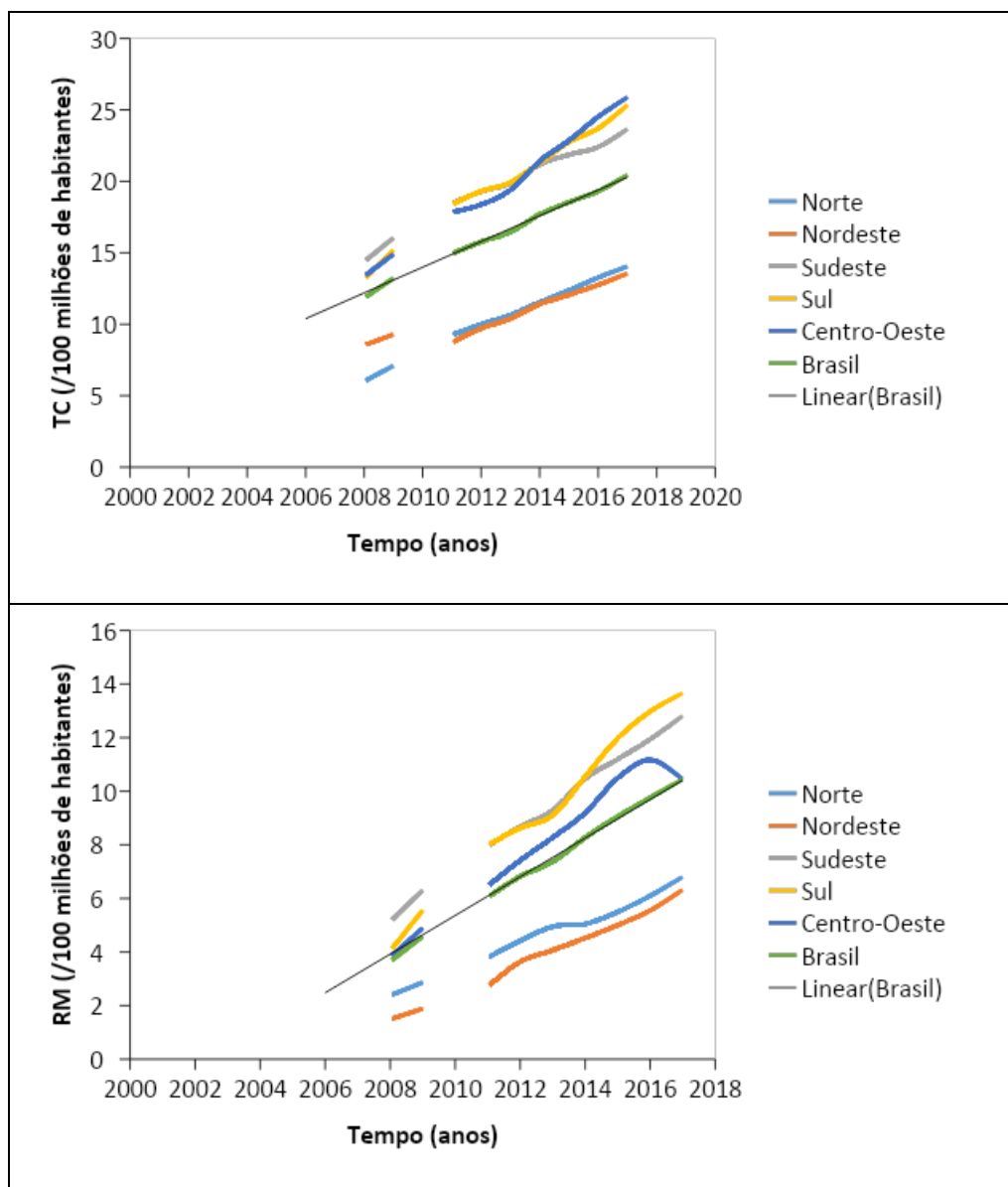
Fonte: Adaptado de Mapa do Brasil.¹³

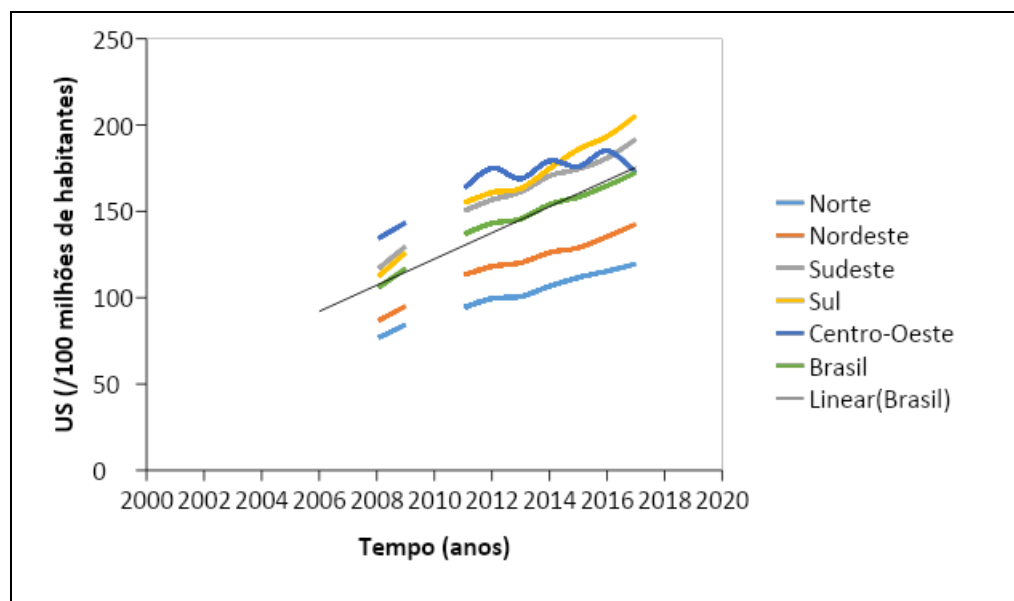
AC: Acre, AM: Amazonas, RR: Roraima, PA: Pará, AP: Amapá, TO: Tocantins, MA: Maranhão, PI: Piauí, CE: Ceará, RN: Rio Grande do Norte, PB: Paraíba, PE: Pernambuco, AL: Alagoas, SE: Sergipe, BA: Bahia, MG: Minas Gerais, ES: Espírito Santo, RJ: Rio de Janeiro, SP: São Paulo, PR: Paraná, SC: Santa Catarina, RS: Rio Grande do Sul, MS: Mato Grosso do Sul, MT: Mato Grosso, GO: Goiás, DF: Distrito Federal.

Em observação ao aumento dos equipamentos diagnósticos por imagem por milhão de habitantes entre 2006 e 2017, foi observado aumento de 0,6571 mamógrafos/milhão de habitantes anualmente, com crescimento da região Nordeste e Norte, contudo ainda em maior número nas demais regiões. O Raio X demonstrou um crescimento anual de 13,158 equipamentos/milhão de habitantes anualmente, destaque para o aumento na região Sul e queda na região Centro Oeste. Já em relação ao tomógrafo se observou um crescimento em todas as regiões, com destaque para região Sul, Norte e Sudeste, com crescimento nacional de 0,9002/milhão de habitantes anualmente. Ressonância magnética apresentou um crescimento anual no Brasil de 0,7215 de equipamentos/milhão de habitantes, a Região Sul com maior aumento, e nos últimos dois anos um declínio no Centro Oeste. Com crescimento no Brasil anual de 7,5836 equipamentos/milhão de habitantes, a Ultrassonografia obteve maior crescimento na região Sul por milhão de habitantes, se comparado a região Norte, e uma queda no crescimento destes aparelhos na região Centro Oeste. Dados observados na figura 2.

Figura 2 - Série temporal dos equipamentos diagnósticos por milhão de habitantes nas regiões brasileiras entre 2006 e 2017



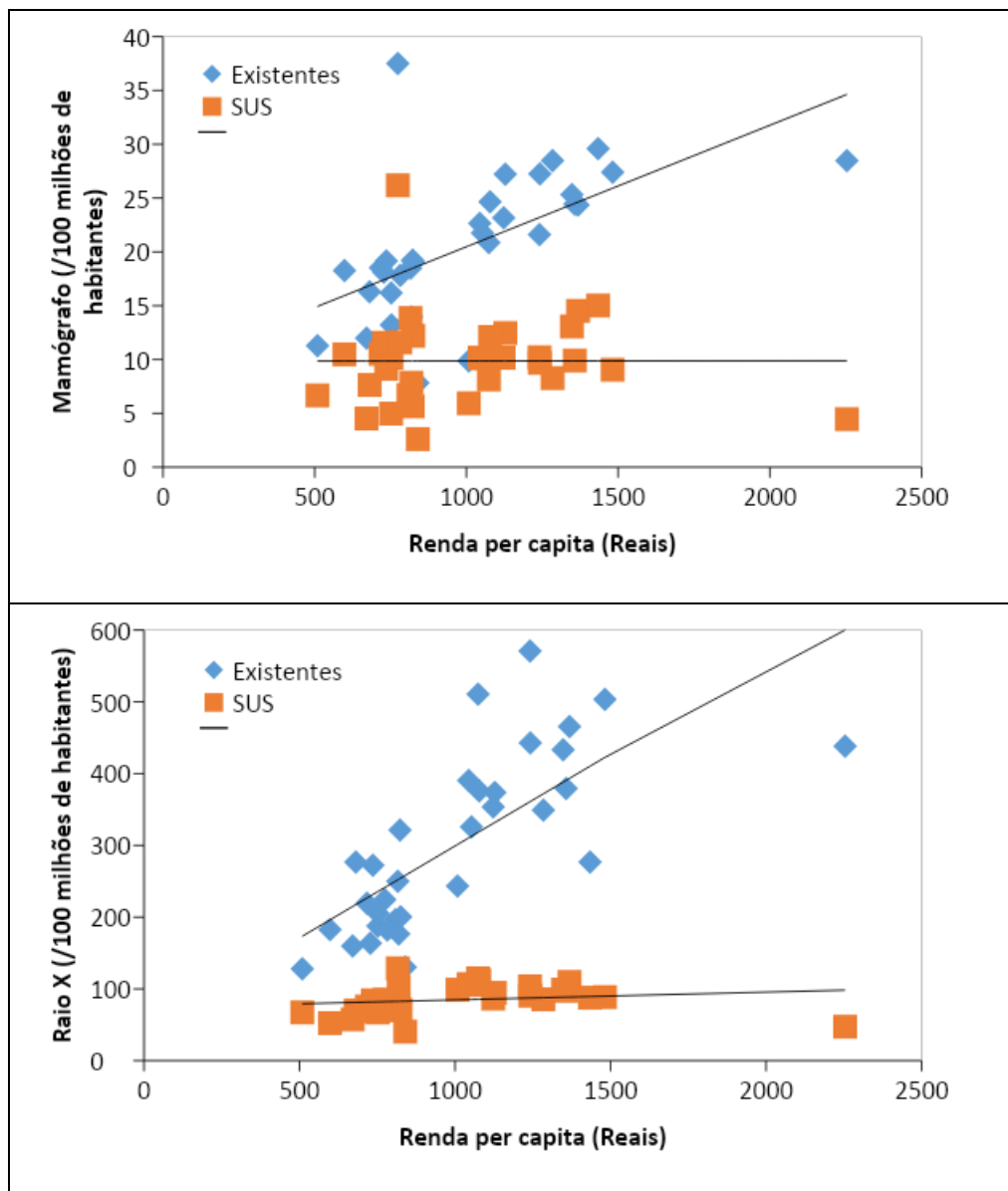


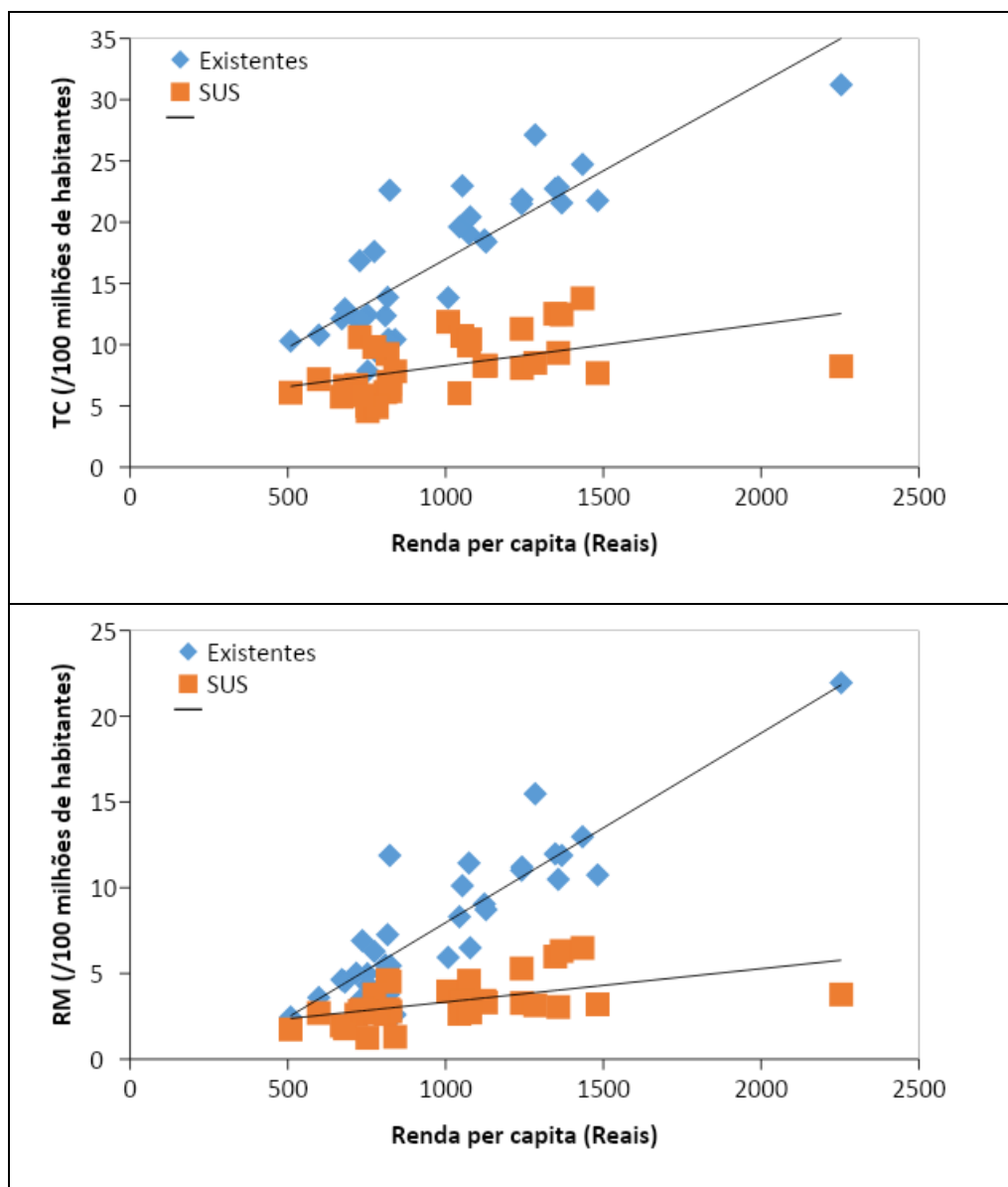


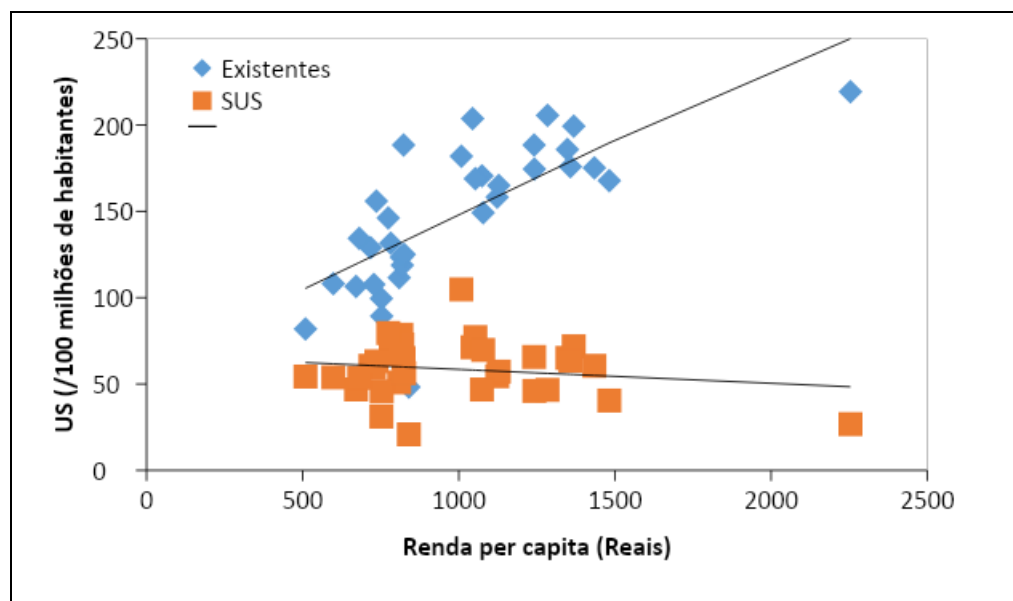
TC: Tomografia Computadorizada; RM: Ressonância Magnética; US: Ultrassom.

Em análise realizada no mês de março de 2015, comparando equipamentos de diagnósticos por imagem existentes no Brasil, estados brasileiros e Distrito Federal, se observa uma forte correlação positiva, em relação aos equipamentos disponíveis, quanto maior a renda per capita, maior o número de equipamentos. Na análise dos equipamentos de diagnósticos por imagem disponíveis no SUS foi identificada moderada correlação positiva para TC e RM, fraca correlação positiva para o Raio X, ausência de correlação para o mamógrafo e fraca correlação negativa para o US. Dados demonstrados na figura 3.

Figura 3 - Correlação e regressão linear entre renda per capita e equipamentos diagnósticos no Brasil, estados brasileiros e distrito federal em março de 2015







TC: Tomografia Computadorizada; RM: Ressonância Magnética; US: Ultrassom.

DISCUSSÃO

No presente estudo foi observado que a taxa de equipamentos de diagnóstico por imagem está de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde (RMS) indicado em 2011¹⁴. Para a TC os valores RMS são de 10/milhão de habitantes, para RM os valores RMS são de 2/milhão de habitantes, em relação ao mamógrafo os valores RMS são de 4,2/milhão de habitantes, e o Ultrassom os valores RMS são de 40/milhão de habitantes. Não foram encontrados dados RMS sobre o Raio X. Com base nos dados levantados no presente estudo, observa-se que a maioria dos estados possuem índice superior ao RMS, enquanto só alguns estados não atendem o recomendado, como os casos do Amazonas e Sergipe em relação ao equipamento TC.

Em análise sobre a riqueza regional relacionada à disponibilidade de equipamentos e serviço de saúde para o setor de saúde suplementar, foi demonstrado que em 2011, 65,2% do PIB brasileiro estava concentrado em 5 estados, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraná, e os mesmos estavam entre os 10 estados brasileiros com maior número de equipamentos privados de diagnóstico. Foi observado que quanto maior o PIB per capita, maior a cobertura dos planos de saúde. Além disso, percebe-se que o desenvolvimento econômico promove aumento

da qualidade de vida e, conseqüentemente, melhor IDH, como demonstrado nestes estados¹⁴.

Corroborando estes achados no Brasil, esta variabilidade na oferta de equipamentos diagnósticos ocorre em nível mundial. Conforme dados disponibilizados pela OMS, a taxa de TC por milhão de habitantes é maior na Europa e nos países como Canadá, Japão, Coréia do Sul, Portugal, Espanha, Islândia e Finlândia variando entre 12,92 e 132,17. Taxas mais discretas, entre 4,79 e 12,91 são encontradas na Mongólia, Malásia, Omã, Líbia, Chile e Uruguai. E, países como México, Paraguai, Equador, Guiana, África do Sul, Namíbia, Botsuana e Cazaquistão possuem taxas bem inferiores, entre 0,66 e 4,78. Em relação à RM países como Canadá, Japão, Coréia do Sul, Espanha, Portugal, Grécia, Turquia Islândia e Finlândia tem um número maior de equipamentos se comparado à outros países, com uma média de 5,48 e 132,71. México, Nicarágua, Mongólia, Guiana, Suriname, Uruguai, Chile, Bielorrússia, Polônia e Romênia, entre 1,2 e 5,48. Já Guatemala, Cuba, Paraguai, Equador, Filipinas, África do Sul, Namíbia, Botsuana, Zimbábue e Cabão, apresentam apenas 0,07 e 1,2. Taxas ainda inferiores são encontradas em países da África como, República Democrática do Congo, Madagascar e Angola, com 0,00 e 0,07 por milhão de habitantes. Dados de Mamógrafos variam desde 138,45 e 599,30 em países como Uruguai, Japão, Coréia do Sul, Islândia, Finlândia, Portugal, Turquia e Grécia. Em países como México, Guiana, Suriname, Malásia, Polônia, Romênia, Namíbia e Gabão, a proporção fica entre 40,96 e 138,44. No Chile, Filipinas, Mongólia entre 12,19 e 40,95 por milhão de habitantes. Nos países Paraguai, África do Sul, Madagascar, Angola, Zâmbia, Zimbábue e República Democrática do Congo, pode estar em limítrofes 0,00 e 12,18 por milhão de habitantes. Não foram encontrados dados relacionados à disponibilidade de Raio X e US. De qualquer maneira, pode-se observar que países desenvolvidos apresentam maior número de equipamentos de diagnóstico por imagem e conseqüentemente, maior número de especialistas¹⁵.

Em se tratando do número de equipamentos disponíveis no Brasil no período avaliado, pode-se observar um grande incremento na RM, ultrapassando 300%, seguido de TC, com aproximadamente 95%, US com cerca de 90% e Raio X e

mamografia, em torno de 60% e 40%, respectivamente. Contudo, esse aumento e, conseqüentemente, a distribuição destes equipamentos, não é equânime nas regiões brasileiras. Na pesquisa de Travassos et al⁹, realizada com dados de 1998 a 2003, mostrou que, neste período, quanto maior a renda per capita, maior o acesso à saúde. E, pessoas que residem na região Sudeste e Sul apresentaram maiores chances de serviços de saúde do que os residentes nas demais regiões. A desigualdade no acesso aos equipamentos de diagnóstico e à saúde, de forma geral, é um problema mundial. Vários são os fatores, como fome, habitação, saneamento precário, renda insuficiente e alguns novos cenários, como a urbanização e o crescimento das cidades de forma desorganizada e as migrações da população tanto dentro de uma nação, como entre nações, aumentam o problema da saúde. Os países africanos e sul americanos são os que mais apresentam desigualdade, se comparado com outros continentes. Contudo, percebe-se que, apesar da grande discussão acadêmica acerca de políticas de saúde pública, os esforços ainda são tímidos nas ações e justiça multissetoriais em nível global¹⁶.

Nesta perspectiva, foi observado no presente estudo que nos equipamentos disponíveis no SUS, apenas o US apresentou uma correlação negativa, quando comparada à renda per capita. Esse seria o resultado esperado para os demais equipamentos para uma distribuição com equidade. E, para os equipamentos existentes, foi demonstrado que existe uma relação direta com a renda per capita dos estados brasileiros. Esse resultado indica uma forte predominância do setor privado na oferta destas tecnologias. De qualquer forma, o controle da equidade é uma tarefa complexa. Em estudo realizado no Japão, sobre a distribuição geográfica de equipamentos de diagnóstico por imagem, demonstrou que a disposição dessas tecnologias dentro do país se concentra nos grandes centros urbanos. As cidades com maiores populações têm perspectiva de maior lucro, aumentando a competitividade no setor. Deve-se comentar que, a assistência médica japonesa também é uma combinação de instituições públicas e privadas, demonstrando assim que em relação aos dispositivos de diagnóstico por imagem se concentram mais na rede particular que na pública. Ainda conforme este estudo, a falta de médicos em áreas consideradas rurais,

é um problema mundial, porém por mais que se aumente o número de recursos humanos nessas áreas, não há um aumento da tecnologia¹⁷.

Na República Eslovaca foram analisadas diferenças regionais no uso de equipamentos médicos ao longo do período de 2008 a 2014. O serviço de saúde da República Eslovaca se divide em estado, responsável pelo serviço básico de saúde, e serviço privado, contando com empresas de seguros de saúde que competem por clientes. Há uma deficiência de equipamentos médicos neste país, em 2014 foram gastos 8,1% do produto interno bruto em saúde na República Eslovaca, contra 9,5% da União Europeia, configurando o baixo investimento na área. O estudo mostrou que quanto mais se gasta em saúde, menor a taxa de mortalidade. Tanto em 2014 como em 2008, os equipamentos estão distribuídos de formas díspares, contribuindo para que algumas regiões não tenham acesso a estes equipamentos de saúde, concluindo que as empresas responsáveis, não estão investindo de forma adequada¹⁸.

Como limitação do estudo pode ser descrito o possível viés de informação, pela coleta de dados secundários.

CONCLUSÃO

Em geral, observou-se que a taxa dos equipamentos diagnósticos por imagem está adequada na maior parte dos estados brasileiros. Contudo, destaca-se que a distribuição é desigual sofrendo grande influência da renda per capita. Apesar do crescimento anual de 2006 a 2017 dos equipamentos de diagnóstico por imagem, observa-se uma super oferta nos estados com maior renda, em detrimento aos estados mais pobres.

REFERÊNCIAS

1. WHO. [internet] (Acesso em: 11 jul. 2018). Disponível em: <http://www.who.int/en/about-us>
2. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, 2014 Jan\Mar 21(1):15-35.

3. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). Sistema de Informação da saúde. Disponível em <http://datasus.saude.gov.br/datasus>> (Jul 2018)
4. Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR). Protocolo Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. 2017. – Autoria institucional
5. ABC MED, 2012. Ultrassonografia: como é este exame? Disponível em: <http://www.abc.med.br/p/exames-e-procedimentos/327345/ultrassonografia-ccomo-e-este-exame.htm>. Acesso em: 12 set. 2018.
6. Oliveira AF, Lederman HM, Batista NA. O aprendizado sobre a tecnologia no diagnóstico por imagem. Radiol Bras. 2014 Jan/Fev;47(1):18–22.
7. WHO. First WHO Global Forum on Medical Devices [internet]. Bangkok; 2010. (Acesso em set. 2018). Disponível em: http://www.who.int/medical_devices/gfmd/en/
8. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. Ciênc. saúde coletiva. 2006;11(4):975-86.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Institucional. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/institucional/o-ibge.html> (Set 2018)
10. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). Sistema de informação da saúde. (banco de dados on-line). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/equipobr.def>>. (Ago 2018).
11. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). Sistema de informação da saúde. (banco de dados on-line). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>>. (Ago 2018).
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE divulga renda domiciliar per capita 2015 Disponível em ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_d_e_Domicilios_continua/Renda_domiciliar_per_capita/Renda_domiciliar_per_capit_a_2015_20160420.pdf> (Ago 2018)
13. [Excel] Mapa do Brasil – Variações de cores por estado conforme valores da tabela. [publicações online] 2016. [acesso em 20 out 2018]. Disponível em: <https://gallery.technet.microsoft.com/ExcelMapa-do-Brasil-Vario-964b45f5#content>

14. Silva ARA, Carneiro LA. PIB estadual e Saúde: riqueza regional relacionada à disponibilidade de equipamentos e serviço de saúde para o setor de saúde suplementar [internet]. 2014. [Acesso em: 17 de out. 2018]. Disponível em: https://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=686&id_tipo=3
15. WHO. Global Maps for Diagnostic Imaging. May 2014. (Acesso em: 11 set. 2018) Disponível em: http://www.who.int/diagnostic_imaging/collaboration/global_collab_maps/en/
16. Barreto, Mauricio Lima. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017;22(7);2097-2118. [Acessado 18 out. 2018], Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.024742017>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.024742017>.
17. Matsumoto M, Koike S, Kashima S, Awai K. Geographic Distribution of CT, MRI and PET Devices in Japan: A longitudinal Analysis Based on National Census Data. Zeeb H, ed. *PLoS ONE*. 2015;10(5):e0126036. doi: 10.1371/journal.pone.0126036
18. Gavurová B, Kovác V, Fedacko J. Regional disparities in medical equipment distribution in the Slovak Republic – a platform for a health policy regulatory mechanism. *Health Economic Review* 7 (2017): 39. PMC. Web. 14 Oct. 2018.

Efeitos do laser de baixa intensidade e óleo de *Helianthus annuus* na cicatrização de úlceras em pé diabético

Effects of low intensity laser and Helianthus annuus oil on the healing of diabetic foot ulcers

Efectos del láser de baja intensidad y el aceite de Helianthus annuus en la cicatrización de las úlceras del pie diabético

Maura Cristina Porto Feitosa³
Hengrid Graciely Nascimento Silva⁴
Ana Flávia Machado de Carvalho⁵
Valrian Campos Feitosa⁶
Nayana Pinheiro Machado de Freitas Coelho⁷
Emília Angela Loschiavo Arisawa⁸
Hilana Francisca Nascimento Silva⁹

³ UESPI, fisioterapia, Piauí, Brasil, mauraportofisio@hotmail.com

⁴ UESPI, fisioterapia, Piauí, Brasil, rua: Joaquim Pedreira, nº 845, bairro: Parque Piauí/65631-350, Timon (MA), (86) 999638889, Brasil. Email: hengrid_graciely@hotmail.com

⁵ UESPI, fisioterapia, Piauí, Brasil, anaflavia@hotmail.com

⁶ HGV, medicina, Piauí, Brasil, valriancf@hotmail.com

⁷ UESPI, fisioterapia, Piauí, Brasil, nayana@hotmail.com

⁸ UNIVAP, ciências biológicas, São Paulo Brasil, emilia@hotmail.com

⁹ UFPI, farmácia, Piauí, Brasil, hilanafns@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Úlceras em pé diabético é uma das principais complicações desenvolvidas por indivíduos portadores de diabetes, sendo responsável por uma alta taxa de morbimortalidade. Entre as terapias propostas, a terapia a laser de baixa intensidade e a aplicação do óleo de girassol (*Helianthus annuus*) surge como alternativa para úlceras em pé diabético. **Objetivo:** Avaliar a eficácia da terapia a laser de baixa intensidade e do óleo *Helianthus annuus*, de forma isolada e combinada, na cicatrização das úlceras no pé diabético. **Métodos:** Amostra foi de 32 pacientes diabéticos com úlceras, divididos aleatoriamente em 4 grupos iguais: Grupo C: Controle. Grupo AGE: Óleo de *Helianthus annuus*, Grupo TLBI: Terapia com laser de baixa intensidade, Grupo TLBI + AGE. Os componentes do Grupo C foram instruídos para limpar e o AGE aplicou 5 ml de óleo nas úlceras por 30 dias. Para os grupos TLBI e TLBI + AGE, foi realizado protocolo de tratamento. Todos os participantes da pesquisa foram submetidos, antes e após aplicação dos protocolos terapêuticos propostos, a avaliações macroscópica das úlceras, ultrassom com doppler colorido, índice tornozelo-braquial e ao inventário breve de dor. **Resultados:** A pesquisa demonstrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,05$), observando-se que o Grupo C apresentou aumento na área total da lesão; o Grupo AGE apresentou estabilização na área total das úlceras, porém sem nenhum caso com percentual de reparo completo; os grupos TLBI e TLBI+AGE apresentaram redução evidente na área da úlcera, bem como significativo alívio da dor ($p < 0,05$) e consequente melhora na qualidade de vida. **Conclusão:** O TLBI potencializa a aceleração do processo de cicatrização das úlceras em pé diabético, além de apresentar importante ação analgésica nos pacientes estudados e que a associação da TLBI ao óleo de *Helianthus annuus* se apresenta como uma importante estratégia terapêutica.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Pé diabético; Terapia com Laser de Baixa Intensidade, *Helianthus annuus*

ABSTRACT:

Introduction: Diabetics' foot ulcers are one of the main complications developed by individuals with diabetes, being responsible for a high morbimortality rate. Among the proposed therapies, low intensity laser therapy and the application of sunflower oil (*Helianthus annuus*) appears as an alternative for diabetic foot ulcers. **Objective:** To evaluate the efficacy of low intensity laser therapy and *Helianthus annuus* oil, in isolation and in combination, without repair of ulcers in the diabetic foot. **Methods:** Sample was 32 diabetic patients with ulcers, randomly divided into 4 equal groups: Group C: Control. AGE Group: *Helianthus annuus* oil, LILT Group: Low intensity laser therapy, LILT + AGE Group. The components of Group C were instructed to clean and AGE applied 5 ml of oil to the ulcers for 30 days. For the LILT and LILT + AGE groups, the treatment protocol was completed. All the research participants were submitted to, before and after the application of the therapeutic protocols proposed, ulcer macroscopic evaluations, colored Doppler ultrasound, Ankle-Brachial Index and

to the Brief Pain Inventory. **Results:** The research showed a statistically significant difference among the groups ($p < 0.05$), it was observed that Group C presented an increase in the whole injury area; Group AGE presented a stabilization in the whole ulcer area, however without any case with a complete repair percentage; Groups LLLT and LLLT+AGE showed a clear reduction in the ulcer area as well as significant relief of pain ($p < 0.05$), and consequently improved quality of life. **Conclusion:** The LLLT strengthens the acceleration of the tissue repair process in diabetics' foot, besides presenting an important analgesic action in the patients studied and that the association of LLLT to the *Helianthus annuus* oil presents itself as an important therapeutic strategy.

Keywords: Diabetes Mellitus; Diabetic Foot; Low-Level Light Therapy, *Helianthus annuus*

RESUMEN

Introducción: Las úlceras del pie diabético son una de las principales complicaciones que desarrollan los individuos con diabetes, siendo responsables de una alta morbimortalidad. Entre las terapias propuestas, la terapia con láser de baja intensidad y la aplicación de aceite de girasol (*Helianthus annuus*) aparecen como una alternativa para las úlceras del pie diabético, de forma aislada y combinada, en la cicatrización de las úlceras del pie diabético. Métodos: La muestra estuvo constituida por 32 pacientes diabéticos con úlceras, divididos aleatoriamente en 4 grupos iguales: Grupo C: Control. Grupo AGE: Aceite de *Helianthus annuus*, Grupo TLBI: Terapia con láser de bajo nivel, TLBI + Grupo AGE. Se instruyó a los componentes del grupo C para que limpiaran y AGE aplicó 5 ml de aceite a las úlceras durante 30 días. Para los grupos TLBI y TLBI + AGE se realizó un protocolo de tratamiento. Todos los participantes de la investigación fueron sometidos, antes y después de la aplicación de los protocolos terapéuticos propuestos, a evaluaciones macroscópicas de las úlceras, ecografía Doppler color, índice tobillo-brazo e inventario breve del dolor. Resultados: La investigación mostró diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($p < 0,05$), observándose que el Grupo C presentó aumento en el área total de la lesión; el Grupo AGE mostró estabilización en el área total de las úlceras, pero sin ningún caso con un porcentaje de reparación completa; los grupos TLBI y TLBI+AGE mostraron una clara reducción del área de la úlcera, así como un alivio significativo del dolor ($p < 0,05$) y la consiguiente mejora en la calidad de vida. Conclusión: TLBI potencia la aceleración del proceso de cicatrización de las úlceras del pie diabético, además de tener una importante acción analgésica en los pacientes estudiados y que la asociación de TLBI con aceite de *Helianthus annuus* se presenta como una importante estrategia terapéutica.

Palabras clave: Diabetes Mellitus; pie diabético; Terapia con láser de bajo nivel, *Helianthus annuus*

INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus (DM), síndrome de etiologia múltipla caracterizada por hiperglicemia crônica e outros distúrbios metabólicos, apresenta-se hoje como uma epidemia mundial. A síndrome está associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos e sistemas devido a complicações macrovasculares, caracterizando assim um grupo heterogêneo de causas e manifestações clínicas que ocasionam modificações no metabolismo decorrentes da falta absoluta ou relativa de insulina¹.

Uma das complicações mais comuns é o pé diabético, caracterizado pela infecção, ulceração e/ou destruição dos tecidos profundos, associado a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores. No Brasil, acredita-se que DM responde por 40-70% das amputações não traumáticas de membros inferiores. Além dos recursos gastos com hospitalização prolongada, reabilitação do indivíduo e expressiva necessidade de cuidados domiciliares, há custos indiretos devido à perda de produtividade².

A úlcera de membros inferiores é caracterizada por perda circunscrita ou irregular do tegumento (derme e hipoderme), geralmente relacionada ao sistema vascular, arterial ou venoso. O emprego de fontes de luz de baixa intensidade como diodos emissores de luz (Light Emitting Diode- LEDs) ou laser de baixa intensidade, pode propiciar um recurso terapêutico opcional aos convencionais ou ser utilizado em conjunto com estes, emergiu como um potencial tratamento não invasivo, do baixo custo e comprovada eficácia no tratamento de úlceras³⁻⁵.

Óleos de origem vegetal são utilizados em ferimentos. Nestes óleos, os ácidos graxos mais abundantes são o oléico, linoléico e linolênico. Estudos têm sido realizados com intuito de esclarecer os efeitos do óleo de girassol (*Helianthus annuus*) no processo de reparo de feridas de diversas etiologias. Embora a maioria das pesquisas científicas utilize modelos animais, a efetividade da terapêutica em humanos vem mostrando resultados satisfatórios⁶⁻⁹

Portanto, a utilização da Terapia a Laser de Baixa Intensidade (TLBI) e sua combinação com a aplicação de óleo de *Helianthus annuus* no tratamento de úlceras

em pé diabético pode se apresentar como uma nova proposta terapêutica, visando à cura dessas lesões, a melhoria na qualidade de vida dos indivíduos acometidos, bem como diminuir os custos assistenciais de tratamento do sistema de saúde. O objetivo desta pesquisa foi avaliar e comparar os efeitos da aplicação da TLBI e do óleo *Helianthus annuus*, isoladamente ou em associação, no processo cicatrização em portadores de úlceras decorrentes de diabetes mellitus com valores glicêmicos não controlados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo controlado, randomizado, intervencional de caráter quantitativo, que avaliou os efeitos do Laser de Baixa Intensidade e óleo de *Helianthus annuus* no reparo tecidual de úlceras em pé diabético. Realizado no período de abril de 2015 a outubro de 2015.

Este estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidad (Parecer nº 1.016.822, CAEE 42562914.3.0000.5209) via plataforma Brasil, e os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A população do estudo foi pacientes com diabetes mellitus tipo 2, diagnosticados por um médico especialista, acompanhados por uma equipe multiprofissional do Centro de Referência na tentativa de minimizar os possíveis danos isquêmicos do quadro diagnóstico de ambos os gêneros, idade entre 40 e 70 anos, com valores de glicemia em jejum entre 150 a 350mg/dl, com ferida diabética plana, localizados na região dos pés, terço medial ou distal da perna. O tempo de apresentação da úlcera não podia ser superior a 2 meses, medindo no máximo 5cm de comprimento. Pacientes acometidos por processos necróticos, infecciosos, com alguma neoplasia ou com condições que pudessem afetar as medidas de ferida foram excluídos.

Após os critérios serem aplicados à população, uma amostra de 32 pacientes foi selecionada aleatoriamente no Ambulatório do Pé, do Centro de Referência supracitado, estando assim, em conformidade o poder do estudo e cálculo amostral para determinação do n grupal. Para a randomização, os indivíduos foram selecionados usando um programa de computador (Epi Info 6.04) e divididos em quatro blocos de

oito indivíduos, de forma aleatória considerando a possível comparação entre os grupos. Sendo: Grupo Controle (GC): foi utilizado protocolo referenciado pelo sistema de saúde, por meio de limpeza diária da úlcera e curativo; Grupo Ácido Graxo Essencial (AGE): pacientes submetidos à aplicação de óleo de *Helianthus annuus*; Grupo Terapia de Laser de Baixa Intensidade (TLBI): pacientes submetidos à TLBI; Grupo TLBI+AGE: pacientes submetidos à TLBI associada ao óleo de *Helianthus annuus*.

Foi utilizada uma fita adesiva para mensuração em cm do tamanho da úlcera, após os dados foram enviados ao programa Image J® onde foi feita a análise do tamanho da úlcera, tendo como referência as bordas do ferimento, para mensuração em centímetros quadrados, calculando assim a área total da ferida. Os registros fotográficos foram realizados no primeiro atendimento e ao final, após os 12 atendimentos, ou seja, 30 dias de tratamento.

O exame de imagem ultrassom arterial com Doppler foi realizado no membro inferior acometido nos voluntários de todos os grupos, antes e após a aplicação dos protocolos. Foram avaliados os parâmetros da circulação periférica, por meio da análise comparativa do calibre (diâmetro em cm) da artéria tibial posterior como parâmetro vascular, esse vaso foi eleito por ser o de maior importância quanto à vascularização distal dos membros inferiores, desta forma a diferença no cuidado entre grupos, inclusive com um controle final (30 dias) de terapia avançada, pôde ser assegurado. Foi utilizado aparelho da marca Samsung, modelo SONOACE X8, monitor de tela LCD 17 polegadas, transdutor com faixa de frequência de 5 a 12 MHz e campo de visão de 38,4 mm. Também foi realizado o Índice Tornozelo/Braquial (ITB) antes e após os protocolos terapêuticos e todos os grupos. O ITB representa a razão entre a pressão arterial sistólica entre o tornozelo e braço, sendo um método seguro, confiável, não invasivo e de baixo custo que é sugerido como marcador de risco cardiovascular.

Aplicou-se, também, aos pacientes o Questionário do Inventário Breve de Dor para a quantificação da dor e avaliação da interferência desta na qualidade de vida e

no desempenho das funções, considerando os 9 domínios presentes no questionário. Não tendo sido usado nenhum outro critério avaliativo.

Estratégia de acompanhamento do grupo controle: Grupo C:

Os componentes deste grupo, pacientes diabéticos, com feridas, foram instruídos quanto a limpeza diária da úlcera utilizando apenas solução de Cloreto de sódio (soro fisiológico 0,9%), retornando após 30 dias ao serviço de fisioterapia para o processo de reavaliação. Neste intervalo não foi utilizado medicamento tópico na úlcera ou qualquer outro tipo de intervenção local, obedecendo ao procedimento padrão utilizado na rede de saúde pública.

Estratégia de aplicação do óleo de *Helianthus annuus*: Grupo AGE:

A ferida foi lavada diariamente utilizando-se solução de cloreto de sódio (soro fisiológico 0,9%), aplicando-se, a seguir, 5 ml de (Óleo de *Helianthus annuus* - Dersani®) por meio de seringas descartáveis, estéreis, uma vez ao dia, durante 30 dias. A apresentação de escolha para nossa pesquisa foi o medicamento Dersani® pela disponibilidade no mercado farmacêutico na cidade de Teresina-PI. Na descrição dos componentes presentes na formulação do produto encontram-se: ácido cáprico, ácido caprílico, ácido caproico, ácido láurico, ácido linoléico, lecitina, palmitato de retinol, extrato de girassol, acetato de tocoferol e alfa-tocoferol.

Estratégia de tratamento com TLBI- Grupo TLBI:

Para aplicação da TLBI foi utilizado, no presente estudo, aparelho Laser de baixa intensidade, forma de onda contínua, feixe visível, com área equivalente a 12,566 mm², comprimento de onda de 658 nm, potência de 30 mW (marca Laser - HTM). O aparelho foi calibrado pelo fabricante antes do início da coleta e após 6 meses de execução da mesma.

O tempo de aplicação foi de 80 segundos, 4 J/cm², forma pontual com contato, com a caneta mantida perpendicularmente à lesão, em pontos equidistantes ao seu redor e no leito do ferimento. Após limpeza inicial, utilizando-se solução de cloreto de sódio (soro fisiológico a 0,9%), a ferida foi protegida com papel filme transparente. A seguir, o paciente foi posicionado de forma confortável, e tanto ele quanto o terapeuta

utilizaram óculos para proteção durante a fototerapia. Foram realizados, no total, 12 atendimentos, sendo 3 atendimentos por semana, em dias alternados.

Estratégia para terapia combinada- Grupo TLBI+AGE:

Para os voluntários deste grupo optou-se pela aplicação da TLBI, segundo protocolo descrito anteriormente no item 4.4.9, e em sequência aplicou-se na ferida, diariamente, uma vez ao dia, 5 ml de óleo de *Helianthus annuus* (Dersani®) utilizando seringas descartáveis, estéreis, ao longo de 30 dias.

Para a análise estatística, foi utilizado o programa SPSS for Windows (versão 18.0). Os dados foram avaliados quanto à variância pelo teste ANOVA dois critérios para comparação entre os grupos diante das abordagens avaliativas descritas neste estudo. O nível de significância adotado em todas as análises foi de 5%.

RESULTADOS

A comparação entre os grupos. O nível de significância adotado em todas as análises foi de 5%.

Em relação às características sociodemográficas e clínicas dos grupos AC AGE, TLBI e TLBI + AGE são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos grupos AC, AGE, TLBI e TLBI + AGE

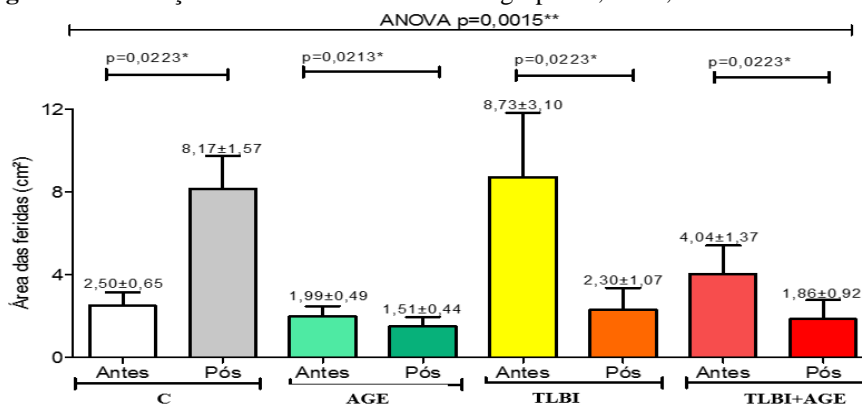
Características	CG	AGE	TLBI	TLBI+AGE
Idade média (anos)	57,6	58,1	57,8	58,3
Sexo (mulheres/homens)	6/2	7/1	5/3	6/2
Localização das úlceras	7 plantar/1 terço distal da perna	6 plantar/ 2 terço distal da perna	1 plantar/ 6 dorsal/ 1 terço distal da perna	8 dorsal
Tempo médio de evolução da úlcera (dias)	40,3	42,1	45,0	44,3
Glicemia média em jejum (mG/dL)	189,7	195,3	198,5	196,2

Tempo médio do diabetes (anos)	8,4	10,3	11,3	10,6
Etiologia da lesão	6 traumática/ 2 mecânica	4 traumática/ 4 mecânica	5 traumática/ 3 mecânica	7 traumática/ 1 mecânica
Tamanho médio das lesões (cm ²)	2,5	1,5	8,7	4,4

Fonte: Dados da pesquisa.

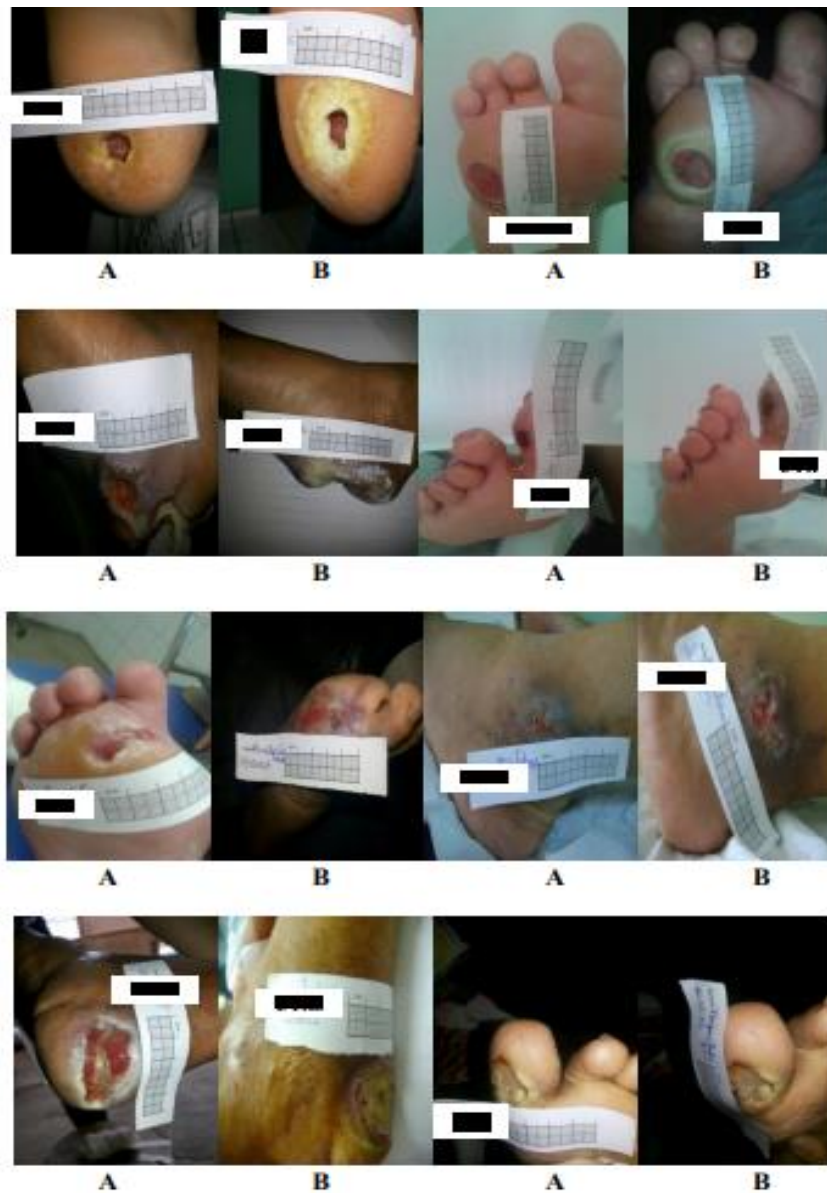
A Figura 1 apresenta a avaliação da área total (cm²) das úlceras obtida pela análise digital das imagens com o programa ImageJ®. Observou-se que o grupo C, obteve aumento significativo no tamanho da úlcera ($p=0,0223$) considerando-se os valores iniciais e finais conforme observa-se em Figura 2. Por sua vez, a comparação dos valores iniciais e finais das lesões dos pacientes dos grupos AGE, TLBI e TLBI + AGE, de acordo com as Figuras 3, 4 e 5, apresentaram diferença estatisticamente significativa, com grande percentual de reparo tecidual inter e intra grupos, principalmente entre os grupos TLBI e TLBI + AGE, onde foi aplicada a TLBI.

Figura 1 - Avaliação da área total da úlcera nos grupos C, AGE, TLBI e TLBI + AGE



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 2 - Imagens digitais de úlceras em pés diabéticos dos pacientes do Grupo C: (A) Pré-aplicação do protocolo de tratamento; (B) Pós aplicação do protocolo de tratamento



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 3 - Imagens digitais de úlceras em pés diabéticos dos pacientes do Grupo AGE: (A) Pré-aplicação do protocolo de tratamento; (B) Pós aplicação do protocolo de tratamento



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 4 - Imagens digitais de úlceras em pés diabéticos dos pacientes do Grupo TLBI: (A) Pré-aplicação do protocolo de tratamento; (B) Pós aplicação do protocolo de tratamento



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 5 - Imagens digitais de úlceras em pés diabéticos dos pacientes do Grupo TLBI+AGE: (A) Pré-aplicação do protocolo de tratamento; (B) Pós aplicação do protocolo de tratamento

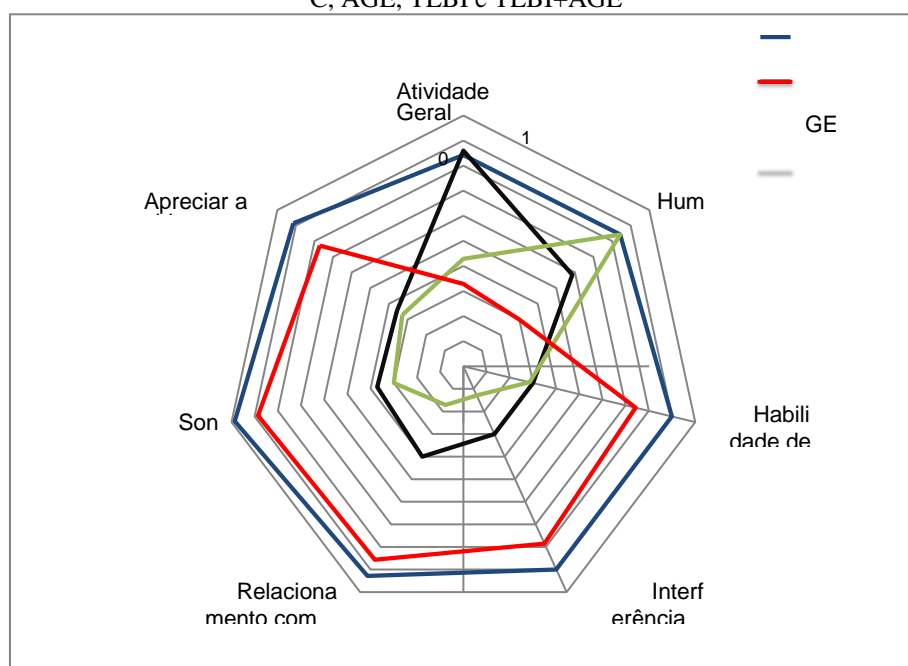


Fonte: Dados da pesquisa.

Na figura 06, estão representados os resultados obtidos pela avaliação da qualidade de vida dos participantes do presente estudo. Foram analisados os domínios Humor, Habilidade para caminhar, Interferência no trabalho, Relacionamento com outras pessoas, Sono, Capacidade de apreciar a vida e Atividades gerais do cotidiano. O grupo C apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os períodos pré e pós-tratamento, com piora do quadro e grande interferência da úlcera na realização das tarefas, sono e relacionamento com outras pessoas. Os pacientes do grupo AGE não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os dois períodos de avaliação em nenhum dos quesitos avaliados. Por sua vez, os componentes dos grupos TLBI e TLBI+AGE apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), principalmente aqueles submetidos à TLBI isoladamente. Em ambos os

grupos os pacientes relataram melhora acentuada no humor, na habilidade para caminhar, realização de tarefas e relacionamento com outras pessoas.

Figura 6 - Avaliação da Qualidade de vida pelos parâmetros do Inventário Breve de Dor nos grupos C, AGE, TLBI e TLBI+AGE



DISCUSSÃO

Os resultados revelaram que os pacientes que realizaram o protocolo terapêutico padrão (grupo C), apresentaram aumento significativo no tamanho da úlcera. Dois pacientes deste grupo evoluíram para amputação transfemural, sendo que um deles foi a óbito no intervalo dos 30 dias. Para fins estatísticos estes pacientes foram substituídos por outros portadores de úlceras que não evoluíram para amputação. Os resultados são concordantes com os obtidos por Ullah et al.¹⁰ evidenciando que o protocolo padrão pode resultar no aumento da área ulcerada, com sérios riscos de progredir para amputação do membro. Isso ressalta a importância da assistência multidisciplinar com equipe especializada em dar suporte e orientação ao

paciente diabético portador de úlcera, para que a amputação seja evitada preservando, assim, a funcionalidade e qualidade de vida.

O grupo tratado com o óleo de *Helianthus annuus* (AGE) apresentou pequeno percentual de regressão no tamanho das úlceras, sendo que, em muitos casos, observou-se a estabilização da área total das úlceras. As pesquisas utilizando óleo de *Helianthus annuus* no reparo tecidual de úlceras são extremamente escassas. A revisão da literatura permitiu encontrar trabalhos publicados no Brasil e em países da América Latina, sendo que em sua maioria foram utilizados modelos animais. Isso evidencia a ausência de pesquisas utilizando o óleo de *Helianthus annuus* para tratamento de úlcera em humanos⁸.

Sarandy et al.¹¹, observaram os efeitos desse e de outros tipos de óleos em feridas circulares de ratos, com aplicação diária desses produtos durante 20 dias. Relataram que os resultados mostraram aumento na quantidade de colágeno total, colágeno dos tipos I e III, bem como aumento na quantidade de glicosaminoglicanos. Houve regressão na área dos ferimentos, bem como aumento da resistência mecânica do tecido neoformado, após intervenção com óleo de *Helianthus annuus*.

Nasiri et al.¹² realizaram um estudo randomizado duplo cego, com 34 pacientes diabéticos portadores de úlceras nos pés, divididos igualmente em dois grupos, controle e um grupo tratado com óleo de *Helianthus Annuus* (Girassol) durante 4 semanas. O grupo tratado apresentou diferença estatisticamente significativa quanto à regressão da área das lesões em comparação ao grupo controle, porém nenhum participante apresentou regressão total, com fechamento absoluto da úlcera. Resultado semelhante foi observado na presente pesquisa, considerando que o grupo AGE, submetido exclusivamente ao óleo de *Helianthus Annuus*, apresentou melhora quanto à regressão da área total, porém nenhum paciente finalizou o protocolo com o fechamento total da úlcera.

Estudos anteriores relataram que a TLBI apresenta vários efeitos benéficos, dentre eles o de favorecer o processo de reparo tecidual. Reis et al. (2008) utilizando esse recurso terapêutico (4 J/cm² e comprimento de onda de 670 nm, por 5 dias), encontraram, além do aumento da densidade de colágeno, melhor arranjo da matriz

extracelular ($p < 0,05$), confirmando que a densidade energética de 4 J/cm^2 promove aumento da deposição de colágeno.

Considerando os resultados obtidos nos pacientes submetidos à TLBI e à TLBI associada ao AGE, que apresentaram grande percentual de regressão nos tamanhos das úlceras, especialmente os que receberam a TLBI isoladamente, é possível afirmar que ela é a melhor estratégia terapêutica dentre os protocolos utilizados na presente pesquisa.

Quatro pacientes do grupo TLBI+AGE apresentaram fechamento completo da úlcera, resultado que pode ser decorrente da potencialização da ação da TLBI pela associação ao AGE, uma vez que, dois pacientes apresentaram fechamento completo do ferimento também no grupo TLBI.

De Loura et al.¹³ realizaram uma pesquisa com o objetivo de analisar os efeitos do laser de baixa intensidade no reparo de feridas cutâneas em ratos diabéticos. Os grupos irradiados com o laser de 650nm, 30mW de potência, apresentaram proliferação de fibroblastos superior ao controle, principalmente no tempo experimental de dez dias. Demonstraram que o laser favoreceu o reparo tecidual e que o processo foi acelerado em comparação ao grupo controle. Esses resultados estão em concordância com o presente estudo, onde também se observou reparo tecidual significativo nos pacientes submetidos à TLBI, isolada ou em associação com AGE, utilizando parâmetros equivalentes em humanos.

O estudo realizado por Huang¹⁴ mostrou que a utilização de comprimentos de onda na faixa de 658nm e potência de pico de 30 mW eram eficazes, principalmente quando aplicados ao reparo tecidual, resultados que nortearam a escolha dos parâmetros metodológicos adotados na presente pesquisa.

Nas lesões cutâneas experimentais, é possível avaliar o processo de reparo tecidual pela análise histológica, não realizada no presente estudo, qualitativa e quantitativa. A quantificação do número de células inflamatórias, formação de novos vasos sanguíneos (angiogênese), aumento do número de fibroblastos, representam as principais características que evidenciam a evolução desse processo^{15,16}. Vários protocolos têm sido aplicados e analisados, com o intuito de obter o reparo cutâneo

mais rápido e eficaz, com o objetivo de reduzir a intensidade da dor e melhorar a qualidade de vida dos pacientes diabéticos portadores de úlceras.

O controle dos valores glicêmicos deve ser realizados nos pacientes com Diabetes mellitus tipo 2, a fim de evitar complicações decorrentes da doença. Em um estudo realizado com 22.913 diabéticos, houve um aumento gradual estatisticamente significativo na incidência de úlcera no pé com o aumento da carga glicêmica. Caracterizando o controle glicêmico como um fator de risco modificável para as lesões em membros inferiores de pacientes com o diagnóstico da doença¹⁷. Shatnawi, et al¹⁸ destacou o controle glicêmico inadequado como fator de riscos importantes e preditivo significativo para amputações maiores de membros inferiores relacionadas ao diabetes tipo 2, contexto encontrado neste estudo.

A criação de ambulatórios especializados para prevenção e tratamento das úlceras do pé diabético necessita de pequeno investimento financeiro, e apresenta baixo custo quando comparado aos elevados custos gerados pelas complicações da doença. A atuação de uma equipe especializada melhora, visivelmente, a qualidade de vida dos pacientes, com redução da morbidade e mortalidade¹⁹. A utilização de recursos como a terapia a Laser de baixa intensidade, óleos vegetais, cuidados e orientações quanto à limpeza dos ferimentos são imprescindíveis para propiciar o adequado reparo tecidual, prevenir recidivas e, conseqüentemente, reduzir a indicação para amputações.

Os resultados desta pesquisa confirmam a importância do uso tópico do óleo de *Helianthus annuus* e TLBI, principalmente em associação, que apresentaram excelentes resultados em pacientes com pé diabético quanto à evolução do processo cicatricial, evitando amputações e a analgesia, proporcionando melhor qualidade de vida a esses voluntários.

Dentre as limitações do presente estudo, pode-se citar a escassez na literatura de pesquisas relacionadas com os tratamentos propostos por esta, principalmente envolvendo seres humanos, a maior parte são estudos realizados em animais, apesar da Terapia a Laser de Baixa Intensidade, isoladamente ou associada ao óleo de *Helianthus annuus* ser amplamente utilizado na prática clínica. Devido à complexidade

metodológica imposta pelo estudo, a avaliação se restringiu à análise dos efeitos dos protocolos descritos. Outro tocante que pode ser abordado está relacionado em lidar com a condição biopsicossocial dos pacientes, que transpassava ao contexto clínico, já que por serem acompanhados por uma equipe multiprofissional, a maioria dos envolvidos no estudo tinham ciências das possíveis complicações atreladas a úlcera diabética. Ademais, a pesquisa seguiu de maneira categórica o cronograma proposto e preceitos éticos e metodológicos de estudos que envolvem seres humanos.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo sugerem que a Terapia a Laser de Baixa Intensidade (TLBI), isoladamente ou associada ao óleo de *Helianthus annuus*, promove eventos biológicos que favorecem o reparo tecidual de úlceras em pé diabético. Ressalta-se que, os grupos submetidos à TLBI apresentaram os melhores resultados, acelerando a recuperação da área ulcerada, observada por meio da regressão significativa das áreas das lesões. Além disso, os pacientes dos grupos TLBI e TLBI+AGE relataram melhora da dor e respectiva redução de seu impacto sobre algumas áreas de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Silva JB. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2014;23(3):389-95.
2. Chamlian TR, Varanda RR, Pereira CL, Resende JM, Faria CC. Perfil epidemiológico dos pacientes amputados de membros inferiores atendidos no Lar Escola São Francisco entre 2006 e 2012. *Acta fisiátrica*. 2016;20(4):219-23.
3. Frade MA, Cursi IB, Andrade FF, et al. Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região Leg ulcer: an observational study in Juiz de Fora, MG (Brazil) and region. *An Bras Dermatol*. 2005;80(1):41-6.
4. Dias IF, Siqueira CP, Toginho Filho Do, et al. Efeitos da luz em sistemas biológicos. *Semina: Ciências Exatas e Tecnológicas*. 2009;30(1):33-40.

5. Li, S., Wang, C., Wang, B., et al. Efficacy of low-level light therapy for treatment of diabetic foot ulcer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabetes research and clinical practice*. 2018;143:215-224.
6. De Lima TM, Gorjão R, Hatanaka E, et al. Mechanisms by which fatty acids regulate leucocyte function. *Clinical Science*. 2007;113(2):65-77.
7. Hatanaka E, Curi R. Ácidos graxos e cicatrização: uma revisão. *Rev Bras Farmacol*. 2007;88(2):53-8.
8. Ferreira AM, de Souza BM, Rigotti MA, Loureiro MR. Utilização dos ácidos graxos no tratamento de feridas: uma revisão integrativa da literatura nacional. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(3):752-60.
9. Otranto M, Nascimento AP, Monte-Alto-Costa A. Effects of supplementation with different edible oils on cutaneous wound healing. *Wound Repair and Regeneration*. 2010;18(6):629-36.
10. Ullah F, Afridi AK, Rahim F, et al. Knowledge of diabetic complications in patients with diabetes mellitus. *J Ayub Med Col Abbottabad*. 2015;27(2):360-3.
11. Sarandy MM, Novaes RD, da Matta SLP, et al. Ointment of *Brassica oleracea* var. capitata matures the extracellular matrix in skin wounds of wistar rats. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2015;1-9.
12. Nasiri M, Fayazi S, Jahani S, Yazdanpanah L, Haghizadeh MH. The effect of topical olive oil on the healing of foot ulcer in patients with type 2 diabetes: a double-blind randomized clinical trial study in Iran. *J Diab Metabol Dis*. 2015;14(1):1-10.
13. Santana CL, Silva DD, Deana AM, et al. Tissue responses to postoperative laser therapy in diabetic rats submitted to excisional wounds. *PloS One*. 2015;10(4):1-13.
14. Huang DW, Sherman BT, Lempicki RA. Systematic and integrative analysis of large gene lists using DAVID bioinformatics resources. *Nature Protocols*. 2009;4(1):44-57.
15. Batista JS, Silva AE, Rodrigues CM, et al. Avaliação da atividade cicatrizante do óleo de pequi (*Caryocar coriaceum* Wittm) em feridas cutâneas produzidas experimentalmente em ratos. *Arq Inst Biol*. 2010;77(3):441-7.
16. Oliveira SH, Soares MJ, Rocha PS. Uso de cobertura com colágeno e aloe vera no tratamento de ferida isquêmica: estudo de caso. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(2):346-51.

17. Dekker RG, Qin C, Ho BS, et al. The effect of cumulative glycemc burden on the incidence of diabetic foot disease. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 2016;11(1):143-151.

18. Shatnawi N J, Al-Zoubi NA, Hawamdeh HM, et al. Predictors of major lower limb amputation in type 2 diabetic patients referred for hospital care with diabetic foot syndrome. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy*. 2018;11:313-319.

19. Júnior A, Amaral LAHD, Bastos MG, Nascimento LCD et al. Prevention of lower-limb lesions and reduction of morbidity in diabetic patients. *Revista brasileira de ortopedia*. 2014;49(5):482-487.

Barreiras de acesso e acessibilidade enfrentadas pela população masculina nos serviços de Atenção Primária à Saúde

Access and accessibility barriers covered by male population in the Primary Health Care organs

Barreras de acceso y accesibilidad cubiertas por población de hombres en los órganos de Atención Primaria de Salud

Ericles Jardel de Souza Teles¹⁰
Maísa Mônica Flores Martins¹¹

¹⁰Enfermeiro pela Universidade Católica do Salvador, Salvador, Bahia, Brasil, ericles.teles@ucsal.edu.br

¹¹Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador e doutoranda do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, Salvador, Bahia, Brasil. **Endereço para correspondência:** Maísa Mônica Flores Martins - Av. Prof. Pinto de Aguiar, 2589 - Pituaçu, CEP: 41740-090 - Salvador / BA, Salvador, Bahia. **Telefone para contato:** (71) 3206 – 7810; **Email:** maisamonica@gmail.com

RESUMO

Introdução: Os usuários masculinos procuram acessar os serviços especializados de saúde e possuem baixa procura e adesão nos serviços de Atenção Primária à Saúde, este cenário se justifica por fatores sociais e culturais que contribuem significativamente para o aumento da morbimortalidade deste grupo populacional.

Objetivo: Analisar os fatores que interferem no acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde pela população masculina além de identificar os motivos/barreiras que levam os homens à baixa procura aos serviços de Atenção Primária à Saúde

Método: Trata-se de uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa, descritiva. Realizada em serviços da Atenção Primária à Saúde, no município de Seabra, Bahia.

Resultados: Os resultados foram apresentados nas seguintes categorias de análise: a importância das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; principais motivos/barreiras para a resistência no cuidado da saúde pelo homem e dificuldades enfrentadas pelos homens na inserção dos serviços de Atenção Primária à Saúde, utilizando como critérios os elementos temáticos comuns existentes entre eles.

Considerações Finais: A baixa procura dos usuários masculinos nos serviços de Atenção Primária à Saúde ainda é devido a uma visão de gênero/masculinidade, somada a sua rotina laboral, frente à ausência de programas direcionados a estes, inviabilizando seu acesso e acessibilidade.

Palavras-Chave: Saúde do Homem; Atenção Primária à Saúde; Centros de Saúde; Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: Male users seek access to specialized health services and have low demand and adherence in Primary Health Care services, this scenario is justified by social and cultural factors that contribute significantly to the increase of morbidity and mortality in this population group.

Objective: To analyze the factors that interfere in the access to Primary Health Care services by the male population, besides identifying the reasons / barriers that lead to low men's demand for Primary Health Care services.

Method: This is a field research, qualitative and descriptive approach. Held in Primary Health Care services, in the municipality of Seabra, Bahia.

Results: The results were presented in the following categories of analysis: The importance of actions of health promotion and disease prevention; Main reasons / barriers to resistance in human health care and Difficulty faced by men in the insertion of Primary Health Care services, using as criteria the common thematic elements that exist among them.

Final Considerations: The low demand of male users in Primary Health Care services is still due to a gender / masculinity view, in addition to their work routine, in the absence of programs aimed at them, making their access and accessibility unfeasible.

Keywords: Human Health; Primary Health Care; Health centers; Family Health Strategy.

RESUMEN

Introducción: los usuarios masculinos buscan acceso a servicios de salud especializados y tienen una baja demanda y adhesión en los servicios de Atención Primaria de Salud, este escenario se justifica por factores sociales y culturales que contribuyen significativamente al aumento de la morbilidad y la mortalidad en este grupo de población. **Objetivo:** Analizar los factores que interfieren en el acceso a los servicios de atención primaria de salud por parte de la población masculina, además de identificar las razones / barreras que conducen a la baja demanda de servicios de atención primaria de salud para hombres. **Método:** Esta es una investigación de campo cualitativa y descriptiva. Ocupados en servicios de Atención Primaria de Salud, en el municipio de Seabra, Bahía. **Resultados:** Los resultados se presentaron en las siguientes categorías de análisis: La importancia de las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades; Principales razones / barreras a la resistencia en la atención de la salud humana y Dificultad que enfrentan los hombres para la inserción de servicios de Atención Primaria de Salud, utilizando como criterio los elementos temáticos comunes que existen entre ellos. **Consideraciones Finales:** La baja demanda de usuarios masculinos en los servicios de Atención Primaria de Salud aún se debe a una visión de género / masculinidad, además de su rutina de trabajo, en ausencia de programas dirigidos a ellos, lo que hace que su acceso y accesibilidad sean inviables.

Palabras Clave: Salud humana; Atención primaria de salud; Centros de salud; Estrategia de Salud Familia.

INTRODUÇÃO

A masculinidade proposta como o homem forte e invulnerável, condicionam para a maioria dos homens assumirem uma postura que os afastam dos serviços de saúde, especialmente os da atenção primária. Esse tipo de conceitos preestabelecidos desfavorece a saúde dessa população, acarretando no crescimento das taxas de mortalidade masculina, mesmo após a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)¹. No Brasil em 2015 houve 709.117 óbitos por residência da população masculina segundo CID 10, sendo que doenças do aparelho circulatório, causas externas, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e sinais e sintomas e achados anormais, foram as principais causas de mortalidade dessa população respectivamente².

Diante deste cenário, os homens acessam os serviços de saúde por meio de outros níveis de atenção, com a apresentação de um estado de doença e um quadro crônico, demandando altos custos e contribuindo para a morbimortalidade da população. Muitas destas causas poderiam ser evitadas se os homens não tivessem resistência a procurar os serviços de atenção primária¹ que está diretamente voltada ao indivíduo e à coletividade, visando toda a manutenção da saúde e contribuindo para a redução de danos³.

Estudo destaca que o acesso está relacionado a elementos dos sistemas de saúde, ligando-se a entrada no serviço e a continuidade da assistência, de modo a atender as necessidades do usuário. Enquanto que, a acessibilidade refere-se às características e recursos dos serviços de saúde que facilitam ou limitam a utilização dos serviços⁴.

Com a perspectiva de reorganizar a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, reafirmando a ampliação e resolutividade da saúde das pessoas e da coletividade, proporcionando uma importante relação custo-benefício³.

Todavia, no que diz respeito ao acesso aos serviços de atenção primária à saúde, alguns estudos apontam que os usuários masculinos possuem baixa procura por estes

serviços, e que acessam os serviços especializados de saúde quando já apresentam um problema de saúde instalado^{1,5}.

Além dos problemas de procura pelos serviços de prevenção e promoção da saúde da população masculina, estudo destaca que a organização dos atendimentos na APS vem privilegiando grupos populacionais, considerados vulneráveis, em que as ações estão voltadas à saúde das mulheres, crianças e idosos, reafirmando o pouco favorecimento a atenção à saúde do homem⁶.

Com o intuito de melhorar as condições de acesso dos usuários masculinos aos serviços de APS e com vista a oferecer uma assistência integral, o Ministério da Saúde criou em 2009 a PNAISH⁷. Esta estratégia visa alcançar a melhoria da qualidade e padrão de vida dos homens jovens e adultos, propiciando serviços de saúde que atendam os problemas e agravos específicos destes usuários⁸.

Dentre as diversas barreiras que inviabilizam o acesso dos homens aos serviços da APS, é possível destacar as barreiras socioculturais, que ligam-se à construção da identidade de gênero e masculinidade, no qual os homens são educados a serem fortes e resistentes e a procura por um serviço de saúde demonstraria sinais de fragilidade, cultuando uma imagem feminina. Há ainda um equívoco no entendimento sobre sua saúde, onde este grupo acredita que só necessita de serviços quando já estão doentes. A vergonha de se expor diante do profissional também é característico desta população^{1,9,10}.

Ainda há as barreiras institucionais, apontadas com a falta de divulgação de programas para os usuários masculinos, horário de funcionamento das unidades, a falta de capacitação dos profissionais acerca da saúde do homem, seus espaços físicos e recursos humanos, a demora durante a espera pelo atendimento e a falta de resolutividade das necessidades desta população^{1,7,9,10}.

Partindo desse pressuposto, se firma um desafio a ser enfrentado por gestores e profissionais de saúde pela necessidade de mais atenção aos homens e dos agravos à saúde deste grupo populacional¹. Além de proporcionar discussão e o desenvolvimento de novos conhecimentos que poderão repercutir na vida dos usuários dos serviços de saúde e nas ações dos gestores e profissionais de saúde, de forma a facilitar a

acessibilidade destes usuários nos serviços de APS. Desse modo, este estudo tem por objetivo analisar os fatores que interferem no acesso aos serviços da APS pela população masculina, além de identificar os motivos/barreiras que levam à baixa procura dos homens aos serviços de APS.

METODOLOGIA

O presente estudo representa uma pesquisa de campo de abordagem qualitativa e caráter descritivo. A pesquisa foi desenvolvida em serviços da APS que fazem parte do município de Seabra, Bahia, sendo uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e uma unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A população que representa os sujeitos desta pesquisa são usuários do sexo masculino das respectivas unidades.

As entrevistas ocorreram no período de novembro de 2018 a janeiro de 2019 com os usuários que procuraram as unidades de saúde através de demanda espontânea. A coleta de dados foi realizada através de um roteiro de entrevista semiestruturado contemplando as seguintes abordagens: o conhecimento dos usuários sobre APS, a qualificação dos profissionais, conhecimento sobre os serviços ofertados pela unidade para os usuários masculinos, reconhecer os motivos/barreiras que interferem na busca pelos serviços, além do funcionamento das unidades.

Foram adotados os seguintes critério de inclusão: sexo masculino, àqueles que procuraram a unidade no período da pesquisa, com idade igual ou superior a 18 anos e inferior a 59 anos. Como exclusão serão considerados: os usuários com idade inferior a 18 anos e superior a 59 anos, àqueles que não responderam adequadamente às questões propostas ou se recusaram à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada, registrados por gravação e, posteriormente, transcritos para análise, a fim de interpretar os resultados e após emergir categorias de análise. Os resultados foram apresentados nas seguintes categorias de análise: A importância das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; Principais motivos/barreiras para a resistência no cuidado da

saúde pelo homem e dificuldade enfrentada pelos homens na inserção dos serviços de APS.

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador, sob nº 3.006.547/2018, e CAAE 01770918.5.0000.5628.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 37 homens entrevistados, 10 eram usuários da Unidade de Saúde da Família e 27 da Unidade Básica de Saúde, 19 destes possuem idade entre 18 a 30 anos; e 18 possuem de 31 a 59 anos. A grande maioria possuía o 2º grau completo, dois dos entrevistados possuíam o 3º grau e seis o 1º grau completo. Mais de 50% dos entrevistados se declararam pardos e, quanto ao estado civil, 21% destes eram solteiros, 14 casados e dois divorciados. Apenas seis dos entrevistados afirmaram receber algum tipo de benefício assistencial do governo.

A importância das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças

A APS através da implementação e consolidação dos serviços da ESF apresenta a promoção da saúde e a prevenção de agravos como eixo fundamental na atenção à saúde dos usuários¹¹. No âmbito desses serviços são priorizadas ações de cunho individual e coletivo, direcionadas às pessoas, dispondo de serviços de prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, a reabilitação e, conseqüentemente a redução de danos, promovendo uma atenção integral que impacta diretamente na saúde e autonomia das pessoas e coletividade³. É possível observar nos relatos apresentados que a população estudada, de certo modo apresenta uma compreensão da proposta da APS:

[...] A importância que eu busco é pra qualidade de vida né, se prevenir, viver mais [...] (UB 18)

[...] O posto oferece serviços essenciais, consultas médicas, tem os serviços dos idosos, gestantes e de certa forma, podemos ser acompanhados de perto, caso eu tenha alguma coisa, posso tratar bem rápido [...] (UF 8)

[...] A partir do instante que se busca por um atendimento médico, a gente tá apto a se conhecer mais, a conhecer algo que a gente possa ter, ou talvez não, ou mesmo as limitações corporais da gente [...] (UB 3)

As necessidades de saúde dos homens brasileiros na grande maioria não são contempladas devido à falta de ações destinadas a este público, e a forma como o sistema de saúde no Brasil se organiza, destina serviços de APS a grupos populacionais tidos como vulneráveis, destinado ações para a saúde das mulheres, crianças e idosos⁶. Desse modo, a população masculina se encontra mais vulnerável a problemas de saúde devido às dificuldades de acesso aos serviços de atenção primária¹². Quando questionado sobre os serviços ofertados à população masculina, a grande maioria dos entrevistados informou:

[...] Só o atendimento médico mesmo. Eu sempre sou atendido pela médica, acho que é clínica geral [...] (UF 9)

[...] Que eu saiba não tem, eu só soube do teste rápido de HIV quando o homem e a mulher estão gestantes [...] (UB 17)

[...] Só tem clínico geral, porque não tem né, um especialista de homem, urologista, aí, passa no clínico [...] (UB 2)

Todavia, os homens visualizam apenas as ações do profissional médico, vinculando-se no modelo biomédico na procura pelo atendimento. O papel de medidas preventivas, serviços curativos, e ainda, o serviço de enfermagem na atenção básica, é desconhecido por essa população¹³. É necessário incentivar o distanciamento desse modelo biomédico, tachado como prescritivo e não preventivo, o que ainda é crescente nos serviços de saúde e também na cultura masculina, trocando por uma busca de um olhar e ações voltadas à integralidade do atendimento, podendo propor uma visão holística priorizando suas necessidades e indo além daquilo que a clínica não pode detectar⁶.

Cabe ressaltar que o acesso aos serviços de saúde da APS, observado por estudos realizados com profissionais da área da saúde, verificaram que os usuários

masculinos acessam os serviços especializados de saúde quando já apresentam um problema de saúde instalado^{1,5}. Ao questionar aos entrevistados sobre a frequência de busca por atendimento nas unidades básicas e Unidade de Pronto Atendimento, emergiram-se as seguintes falas:

[...] No posto duas vezes. Na UPA não tem como falar porque quando eu entro em crise sempre eu vou, era mensalmente, depois duas a três vezes [...] (UB 2)

[...] Este ano, no posto uma vez. Na UPA eu já fui três vezes [...] (UB 27)

[...] Uma vez. Na UPA já fui umas três vezes [...] (UB 18)

Os homens possuem grandes dificuldades em reconhecer a real necessidade de sua própria saúde, isso pode ser justificado pela cultura que se estende há anos, pondo as práticas de saúde desnecessárias⁶:

[...] Por que assim, a gente procura quando vê que tá precisando mesmo né, aí a gente procura no caso o PSF [...] (UF 1)

[...] Porque eu não tenho condição de pagar uma particular, eu tenho que me valer com o serviço público [...] (UB 17)

[...] É muito importante pelo atendimento médico, pra cuidar de nós que estamos precisando [...] (UB 28)

Diante dos problemas de saúde predominantes na população masculina e pelas dificuldades de acesso às ações e serviços de saúde da atenção primária, foi formulado a PNAISH, que orienta o desenvolvimento de ações voltadas para a atenção integral com vistas à qualidade de vida, prevenção de doenças e agravos e a promoção da saúde, com a perspectiva de incentivo às mudanças comportamentais¹⁴.

Embora a PNAISH seja destinada para a população masculina em geral, o documento se dirige como foco central a homens adultos na faixa etária de 20 a 59 anos, este recorte etário não se trata apenas por estes serem a parcela responsável pela

força produtiva, mas porque crianças e idosos acessam mais os serviços de saúde, assim, seria possível sensibilizar este grupo e aderi-los aos serviços¹⁵.

Esta política é compreendida como retardatária, contudo, crucial, trazendo um início de mudanças nas maneiras de tratar e acolher os usuários masculinos nos serviços de saúde, entretanto, seria necessário uma forte movimentação por meio de divulgações das ações desta política nestes serviços para os profissionais e a população, como os meios de comunicação⁶. Outros autores consideram que esta política poderia abrir grandes lacunas decisórias correndo o risco de não atingir seu objetivo¹⁶.

Foi verificado que as doenças foram os principais motivos para a busca de atendimento nos serviços de APS pela população masculina¹⁷ e as principais queixas dos homens aos serviços da APS estão relacionadas a doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes e questões de cunho sexual/reprodutor¹⁸.

É possível observar que entre os homens entrevistados há uma parcela que difere de dados da literatura, pois alguns homens reconhecem suas necessidades e sabem quão importante é a busca pelo atendimento na APS, como se verifica nos relatos:

[...] É importante, a gente sempre tem que procurar um serviço de saúde, porque a gente tem que se cuidar e a unidade de saúde é que tá mais perto da gente, da comunidade e até mesmo tem coisas que não tem relevância você procurar um serviço de emergência, então, você procura a unidade de saúde pra amenizar a situação [...] (UB 7)

[...] Prevenção de doenças futuras e conhecimento da saúde atual [...] (UF 7)

[...] Uma melhoria na saúde, prevenir os riscos de algum problema na frente [...] (UB 21)

Na medida em que os serviços de saúde oferecem atendimentos que correspondem às diversas necessidades de saúde dos homens, faz com que este grupo vinculam-se mais aos serviços¹⁹. Ainda é necessário a desconstrução de invulnerabilidade, dos fatores que impedem o homem de procurar os serviços de APS,

e permitir que esta população expressem seus medos, suas necessidades, ansiedades e fragilidades, podendo ser melhor acolhidos e que possam procurar ajuda nas questões de saúde⁶.

Principais motivos/barreiras para a resistência no cuidado da saúde pelo homem

Para que os usuários masculinos acessem os serviços de saúde, principalmente o de atenção primária, é necessário vencer as diversas barreiras, além de uma grande contribuição por parte dos profissionais de saúde que possam atender a realidade destes usuários, conhecendo as suas singularidades e podendo desenvolver estratégias direcionadas para este grupo, sensibilizando esses usuários pela busca de uma saúde com qualidade²⁰.

Com o passar do tempo, os enfoques relacionados à saúde do homem foram sendo esquecidos, isso talvez, pela construção do modelo de saúde do país, onde priorizou as ações, políticas e práticas de saúde a grupos específicos, deixando a saúde do homem desligada, estes atributos podem ser justificados pelo gênero e masculinidade, trazendo um padrão que desvincula-se aos serviços de saúde²⁰.

A cultura masculina emprega características do ser homem, devendo ser invulnerável, física e psicologicamente forte e ainda provedor e protetor social. Isso faz com que os tornem pouco aderentes às práticas de autocuidado, rejeitando ou adiando o cuidar de si próprio e a práticas preventivas de proteção e promoção à saúde, tornando o adoecimento propício e o reconhecimento e/ou tratamento de difícil aceitação⁶:

[...] A gente tem uma diferença dos ocidentais pros orientais, porque aqui a gente só procura quando precisa [...] (UB 3)

[...] Os homens também não procuram médico, é difícil, quando tá sentindo dor aí é que procura, eles não sabem fazer exames de rotina [...] (UB 15)

[...] Na verdade o homem não dá importância à doença, ele só vai dá importância se ela se agravar, chegar em um ponto crítico que ele não suporte, aí ele vai procurar [...] (UB 21)

Ainda na atualidade, o ser homem é sinônimo de forte, não chorar, não possuir medo, não ter sentimentos, se expor diante dos perigos e demonstrar coragem, frente a isso, percebe-se que os homens consideram as unidades de atenção primária à saúde como ambiente feminilizado, já que as mulheres procuram mais os serviços de saúde^{6,20,21}.

[...] A mulher vai sempre cuidando, vai sempre em hospital e homem é mais difícil de aparecer na UPA, no posto, mais complicado né, e mulher não, qualquer coisa já procura, e o homem demora mais [...] (UB 28)

[...] Os homens buscam menos atendimento do que as mulheres. As mulheres por qualquer coisinha procuram agora os homens ficam mais resistentes a procurar o serviço [...] (UB 26)

A mulher, diferentemente do homem, foi mais acostumada historicamente a se expor para a medicina, ao contrário do homem, que sua exposição configura vergonha, isso, possivelmente, é devido à falta de hábito de procurar o profissional de saúde⁹.

[...] a gente homem que tem muita vergonha, essa é a maior barreira, quando é uma mulher parece que ela já é predisposta a ter um acompanhamento mais claro com os enfermeiros, enfermeiras e nós não, porque não encontramos tantos profissionais homens e isso nos deixa com vergonha quando é mulher enfermeira, principalmente quando é aquele caso que precisa tirar alguma parte da roupa pra ser atendido, aí muitos homens não procuram atendimento [...] (UB 13)

[...] os homens não procuram muito né, esse negócio de posto, médico, os homens são mais [...], as mulheres não, as mulheres são mais sem vergonha; os homens são muito vergonhosos [...] (UB 23)

[...] tem uma certa restrição justamente pela questão de gênero. Uma mulher atender um homem às vezes fica meio constrangedor, pra ela ou pro homem também [...] (UB 5)

Outra barreira salientada pelos entrevistados é que a população masculina, na grande maioria, é provedor do lar e nesta perspectiva não podem se ausentar do

trabalho para cuidar da saúde, o que não percebem é que quando sua saúde se fragiliza isso poderá repercutir do seu papel de provedor. Além disso, o horário de trabalho e o horário de funcionamento das unidades de APS dificultam a ida aos serviços devido à incompatibilidade de horários¹³:

[...] O horário é ruim pra gente que trabalha o dia todo, a regulação também não ajuda [...] (UF 8)

[...] O horário de funcionamento do posto implica no meu horário de trabalho [...] (UF 7)

[...] O horário é ruim porque temos que trabalhar o dia todo [...] (UB 17)

[...] Pelo fato de horário, porque o horário não é 24 horas [...] (UB 4)

A ampliação do horário de funcionamento das unidades de APS é uma estratégia positiva que pode atrair mais este público, onde puderam observar esta estratégia em um serviço pesquisado que trouxe melhorias na organização, destacando a ampliação do acesso aos usuários masculinos²².

Ainda, a insatisfação com o tempo de espera para o atendimento e os longos períodos de espera nas filas e também o grande intervalo nas marcações do atendimento, é motivo para que este grupo não procure pelo serviço na atenção básica⁸, denota-se em algumas falas que, muitas das vezes os usuários masculinos preferem acessar o atendimento privado e salientam que é necessário o aumento de profissionais para sanar com estes problemas, como exposto nas falas:

[...] Se a gente, tiver uma certa condição financeira, dificilmente ele vai no hospital público ou no posto público, ele vai procurar um serviço particular porque o serviço entre aspas é melhor que o da gente [...] (UB 25)

[...] Muitas vezes é muita burocracia, muita demora, você acaba muitas vezes desistindo do serviço que você tá procurando, acaba indo embora [...] (UB 20)

[...] A dificuldade é o atendimento que demora muito [...] (UB 24)

[...] Olha, eu acho que precisava mais em, assim, no meu entender deveria ter mais gente, porque a demora é muito grande [...] (UF 2)

Embora a baixa procura dos homens aos serviços de APS seja associada a uma questão de gênero, fatores culturais, horário, etc., a ausência de acolhimento ou a forma como são acolhidos pelos profissionais, são fatores que os impedem de procurar por estes serviços, isso pode está relacionado com a frágil qualificação profissional⁸.

Cabe ressaltar que a construção da sensibilização para a problemática da saúde do homem vem desde a graduação, as abordagens de conteúdos técnico-científicos não são fomentadas nas diversas complexidades relacionadas às questões deste gênero⁶.

A inexistência de programas para este grupo dá uma visão da necessidade de um especialista para a assistência à saúde do homem porque o generalista não atende a suas especificidades⁸.

[...] Tem uns médicos que você entra no consultório só faz umas perguntas lá nem examina você direito e passa um remédio e pronto. Necessita de mais médicos, mais profissionais, pra poder melhorar e ficar mais fácil procurar a unidade [...] (UB 11)

[...] Se colocasse mais profissionais bem, facilitava mais [...] (UB 6)

Contudo, os espaços e as estruturas físicas das unidades não são atrativos para o seu acolhimento, somado com as demais barreiras reforça a baixa procura dos homens pelos serviços de APS⁶. Dentre os entrevistados, chamou a atenção em três falas, por ressaltar a necessidade de mais recursos humanos e físicos, como a contratação de mais profissionais, mais salas para atendimento e recursos terapêuticos:

[...] Mais médicos qualificados, mais salas, mais remédios, por que muitas vezes faltam e uma estrutura melhor [...] (UF 4)

[...] Melhorar o horário de atendimento, sistema de regulação, aumento dos profissionais, mais remédios, mais exames, mais leitos, etc. [...] (UF 7)

[...] Eu creio que deveria ter mais funcionários qualificados, horários de atendimento específicos e fazer uma diferenciação entre zona rural e cidade, isso complica muito [...] (UB 14)

Além dos problemas estruturais citados, as unidades são caracterizadas no imaginário do homem em receber apenas os usuários femininos, desfavorecendo a permanência dos homens, já que as estruturas são demarcadamente para o sexo feminino. Um exemplo disso, são as salas de espera/recepção, há cartazes produzidos pelo Ministério da Saúde (MS) conceituando a mensagem de prevenção à saúde, como o aleitamento materno, pré-natal, infecções sexualmente transmissíveis (IST's), campanha vacinal ou materiais educativos produzidos internamente pelos profissionais que influenciam para o imaginário de gênero, tornando estes serviços apenas feminino²³.

Há uma necessidade crescente em aprimorar a assistência direcionada ao público masculino, cabendo um destaque às entidades federativas, buscando uma assistência integral e de qualidade, já que estes também são usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com os princípios constitucionais e dispostos nas políticas públicas. Também é necessário uma implementação e efetivação das políticas, deixando-as sólidas e garantindo que os seus objetivos possam ser alcançados, melhorando as condições de saúde da população¹⁸.

A crítica se amplia deixando claro que embora os homens queiram ampliar a sua participação nas atividades das equipes das ESF/UBS, ainda possui lacunas significativas a serem preenchidas, que vão desde uma adequação da estrutura até recuperação dos agravos sofridos por essa população, uma vez que as causas externas, como já mencionado, é uma forte causa de mortalidade desta população^{17,18}.

Dificuldade enfrentada pelos homens na inserção dos serviços de APS

As doenças crônicas vêm se tornando um importante problema de saúde pública e vêm trazendo debates sobre as práticas de saúde desenvolvidas pelas equipes, chamando a atenção da APS, onde as formas de organização ainda não são totalmente adequadas às necessidades da população²⁴.

Sabe-se que as práticas que estimulem e aproximem os homens na APS devem ser praticadas e desenvolvidas nas próprias unidades e/ou em conjunto com a comunidade na área adstrita, sendo vinculadas por meio de estratégias que possam inserir essa população nas demais ações nesses serviços¹.

As UBS são organizadas em seu funcionamento de forma que torna-se incompatível com a jornada laboral do homem, sendo necessária uma reestruturação dos serviços a fim de atender as especificidades dessa população¹.

[...] O posto começa a fazer a distribuição de fichas por volta das 6:30 [...] mas os atendimentos começam às 8:00, então, pra quem trabalha fica incompatível o horário do atendimento com o horário do trabalho, e não dá pra associar os dois [...] Pelo fato de que os homens, a grande maioria são eles que levam a renda pro lar, ele tem que priorizar [...] (UB 14)

Estes serviços apresentam déficits distintos que vão desde as estruturas físicas onde não são disponibilizados espaços adequados para a realização de atividades inerentes à APS, como educação em saúde, e as faltas de recursos humanos para atender a demanda são na maioria das vezes limitados, pondo os profissionais a se esforçarem para atender a demanda, o crescimento demográfico também se alia com a insuficiência de profissionais inviabilizando um atendimento igualitário da população pertencente ao território das unidades^{10,15}.

A ESF, mediante disposto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), não deveria repetir essa falta, já que os profissionais que compõem esta estratégia conhecem as singularidades da população onde estão inseridos e estão ligados ao indivíduo e a comunidade³. Contudo, é difícil trabalhar com a saúde masculina, principalmente na ESF, já que esta desenvolve ações prioritárias de promoção e prevenção e estes buscam prioritariamente os serviços de média e/ou alta complexidade⁵.

Uma característica marcante das organizações de saúde é culpar o homem por sua falta nos serviços de APS, logo o seu adoecimento, e por outro lado, é comum as

ações de serviços serem destinados a esta população como visões reducionistas, vendo-o como meio reprodutor e suas necessidades de saúde voltadas apenas com ações de câncer de próstata, isso mostra a necessidade urgente de romper com esta visão dos profissionais e adequar suas ações para esta população¹⁶.

Os profissionais devem criar estratégias que permitam a inclusão da população masculina nos serviços de APS, a partir da busca ativa e das intensificações das ações que possam facilitar e tornar acessível a este grupo, vendo-os com suas singularidades e subjetividades que necessitam de um olhar integral²⁰.

Diante dos pontos aqui discutidos, cabe abrir uma discussão sobre as sugestões feitas pelos sujeitos do estudo, os quais apontam meios de melhoria para os serviços:

[...] Eu melhoraria essas questões, disponibilizar um horário diferenciado pra gente que trabalha, sei lá, fazer um mutirão nos finais de semana ou até a noite, compensar esses profissionais nas escalas deles, ajustaria a regulação pra que a população não sofresse tanto com isso [...] (UF 8)

[...] Poderia fazer um atendimento talvez, final de semana só para os homens, algumas datas mais especiais, mensais só pra atendimento para homem, atendimento localizado, nas regiões, nos bairros, nos povoados [...] (UB 17)

[...] Eu acho que já tem os lugares físicos, a regulação, o posto, agente de saúde, eu acho que deveria ter mais suporte na tecnologia, mais integração pra gente saber como está funcionando toda a saúde da cidade a disponibilidade de serviço da cidade por meio de tecnologia [...] (UB 16)

[...] Eu acho que tinha que ter mais palestra pra convidar o público masculino pra sempre tá orientando mais, principalmente o pessoal da roça que é mais vergonhoso, tem muitos que às vezes não querem procurar por vergonha [...] (UB 8)

[...] Capacitar mais o público masculino, principalmente o profissional [...] (UB 5)

[...] Então, talvez criar a ideia de tentar criar uma sensibilização, cria a ideia de regular via aplicativo, não sei de que maneira e nem se temos algum exemplo de alguma cidade que tenha esse tipo de serviço, mas assim, teria como ser bem melhor [...] (UB 3)

É necessário que as ações voltadas a prevenção e promoção da saúde sejam desenvolvidas pelos profissionais da APS, através de um trabalho multiprofissional, com ações intersetoriais, envolvendo a educação com práticas educativas, os empregadores, a justiça, a mídia, dentre outras instituições sociais, possibilitando uma troca de saberes com esses indivíduos^{19,20}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostram que os atributos da APS ainda não são convincentes para a população masculina, este grupo ainda possui baixa procura destes serviços no município pesquisado. Há uma diferença crescente nos números dos usuários masculinos nos serviços de UBS e ESF, onde a UBS possui um fluxo maior de homens devido às várias especialidades de serviços e profissionais, já a ESF, mesmo com uma equipe que se insere junto da comunidade adstrita e conhece a população, há um menor número. As barreiras que inviabilizam ainda são devido a fatores sociais e culturais, juntamente com fatores institucionais, com uma diferença, onde uma parcela destes usuários conhece sua real necessidade e as características dos serviços de APS.

É notório que a PNAISH ainda não foi implementada nestes serviços, tornando necessário uma reestruturação, já que a APS é a porta de entrada e a base para os demais níveis de saúde, e a PNAB enfatiza em sua política uma assistência igualitária aos usuários do SUS, cabendo uma assistência integral e universal de qualidade aos homens que procuram por atendimento nestes serviços.

Cabe aos profissionais dos serviços de APS, voltarem seu olhar a este público, trazendo medidas que possam melhorar seu acesso e poder aderi-los, a educação em saúde e educação continuada dentro e fora dos serviços de APS é um início de mudança, os gestores devem observar amplamente a população para poder melhorar certas condições. Dentre os entrevistados, o fator regulação do município em estudo, foi abordado na grande maioria das falas, citado como recurso que oferece condições insatisfatórias.

Todavia, a pesquisa pode conter algum viés de informação, já que se trata de uma pesquisa de campo e ao se pesquisar o usuário dentro do serviço pode refletir em

algumas de suas respostas. Sugere-se a realização de novas pesquisas avaliativas que possam ampliar o conhecimento sobre o acesso dessa população, além de trazer maiores conhecimentos sobre as barreiras socioculturais e institucionais além de evidenciar outras formas de barreiras como as organizacionais, geográficas e financeiras.

REFERÊNCIAS

1. MOREIRA, R. L.S. F.; FONTES, W. D. de, BARBOZA, T. M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2014;8(4):615-21.
2. Dados sobre números de mortalidade e causa segundo sexo DATASUS. [Internet]. [cited 2019 Apr 9] Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>
3. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 1ª ed. Brasília: MS; 2012.
4. TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Caderno de Saúde Pública. 2004;20(2):190-98,.
5. CARNEIRO, L. M. R et al. Atenção integral à saúde do homem: um desafio na atenção básica. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2016;29(4):554-63.
6. SILVA, P. A. dos S., et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2012;16,(3):561-88.
7. SCUSSEL, M. R. R., MACHADO, D. M. Política nacional de assistência integral à saúde do homem: uma revisão integrativa. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social. 2017;5(2):235-44.
8. SOLANO, L. da C. et al. O acesso do homem aos serviços de saúde na atenção primária. Revista Online de pesquisa Cuidado é fundamental. 2017;9(2):302-08.
9. AGUIAR, C. G. et al. Interferência sociocultural e institucional no acesso do homem aos serviços de atenção primária à saúde. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações. 2014;12(1):381-90.
10. CAMPANUCCI, F. da S.; LANZA, L.M.B. A atenção primária e a saúde do homem. Anais do II simpósio Gênero e Políticas Públicas. Universidade Estadual de

Londrina, 2011. [Internet] [cited 2018 Apr 4] Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/Fabricio%20Campanucci.pdf>.

11. RODRIGUES, M. P.; LIMA, K. C; RONCALLI, A. G. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2008;13(1):71-82.

12. FONTES, W. D. et. al., Atenção à Saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2011;24(3):430-33.

13. CAVALCANTI, J. DA R. D.; et al, Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2014;18(4):628-34.

14. Brasil Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: MS; 2009.

15. SEPARAVICH, M. A. e CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidade na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saúde e Sociedade*. 2013;22(2):415-28.

16. MARTINS, A. M.; MALAMUT, B. S. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Saúde e Sociedade*. 2013;22(2):429-40.

17. MOURA, E. C. et al. Atenção à Saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2014;19(2):429-38.

18. SILVA, A. N., et al. A avaliação da atenção primária a saúde na perspectiva da população masculina. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018;71(2):255-63.

19. STORINO, L. P.; SOUZA, K. V. de, SILVA, K. L. Necessidades de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2013;17(4):638-45.

20. ARAUJO, M. G. de, et al. Acesso da população masculina aos serviços de saúde: percepção dos profissionais da estratégia saúde da família. *Journal of Research Fundamental Care On Line*. 2013;5(4):475-84.

21. LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2014;19(4):1263-74.

22. FIGUEIREDO, W. dos S; SCHRAIBER, L. B. Concepção de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde

da população masculina, São Paulo, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011;16(1):935-944.

23. COUTO, M. T. et al., O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2010;14(33):257-70.

24. MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?. *Saúde Debate*. 2014;38(1):69-82.

**Análise da percepção de violência familiar infanto-juvenil
de escolares nas zonas rural e urbana**

*Analysis of perception of infantoyouth family violence of
schools in rural and urban areas*

*Análisis de la percepción de la violencia familiar infantojuvenil
de las escuelas en zonas rurales y urbanas*

**Manuscrito redigido com base na dissertação Violência familiar infanto-juvenil
e o fracasso escolar**

Marianne Lira de Oliveira¹²
Nádia Veras Machado¹³
Cássio Eduardo Soares Miranda¹⁴

¹² Fisioterapeuta, Graduada pela Universidade Federal do Piauí (UFPI/Parnaíba-2015). E-mail: marianne-lima.15@hotmail.com.

¹³ Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Especialista em Fisiologia do Exercício pela Universidade Federal do Piauí (UFPI).

¹⁴ Graduado em Psicologia pela Faculdade de Ciências Humanas da Universidade FUMEC e em Teologia pela Faculdade Batista de Minas Gerais, Mestre e Doutor em Letras pela Universidade Federal de Minas Gerais e doutorado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: cassioedu@ufpi.edu.br.

RESUMO

Objetivo: Verificar a associação entre violência familiar infanto-juvenil e a zona em que os escolares estudam. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com escolares matriculados no 6º ano do Ensino Fundamental vinculados a escolas públicas da zona urbana e rural de Chaval – Ceará. A coleta de dados ocorreu de janeiro a fevereiro de 2019 por meio da aplicação da escala S.A.N.I. **Resultado:** A amostra foi composta por 117 escolares, sendo 52,1% do sexo masculino e a média de idade foi de 10,9 anos. Houve diferença significativa ($p \leq 0,05$) na relação entre a pontuação na escala SANI e as zonas urbana e rural. Foi comprovado nesta pesquisa que as maiores percepções foram de escolares da zona urbana e em contraponto, todos os participantes selecionados por pontuar zero na escala SANI eram matriculados na zona rural.

Palavras-chave: Violência; Criança; Adolescente.

ABSTRACT

Objective: To verify the association between childish and juvenile family violence and the area in which the students study. **Methods:** This is a cross-sectional study of schoolchildren enrolled in the 6th grade of elementary school linked to public schools in the urban and rural areas of Chaval - Ceará. Data collection occurred from January to February of 2019 through the application of S.A.N.I scale. **Results:** The sample consisted of 117 schoolchildren, 52.1% were male and the mean age was 10.9 years. There was a significant difference ($p \leq 0.05$) in the relationship between the SANI scale score and the urban and rural areas. It was demonstrated in this research that the highest perceptions were of schoolchildren in the urban area and in counterpoint, all participants selected for score zero on the SANI scale were enrolled in the rural area.

Keywords: Violence; Children; Adolescent.

RESUMEN

Objetivo: Verificar la asociación entre la violencia familiar del niño y el adolescente y el área en la que los escolares estudian. **Métodos:** Este es un estudio transversal con escolares matriculados en el sexto grado de la escuela primaria vinculados a escuelas públicas en las zonas urbanas y rurales de Chaval - Ceará. La recopilación de datos se produjo de enero a febrero de 2019 a través de la aplicación de la escala S.A.N.I. **Resultados:** La muestra estaba compuesta por 117 escolares, el 52,1% eran varones y la edad media era de 10,9 años. Hubo una diferencia significativa ($p \leq 0,05$) en la relación entre la puntuación de escala SANI y las zonas urbanas y rurales. En esta investigación se demostró que las mayores percepciones eran de los escolares del área urbana y en contrapunto, todos los participantes seleccionados para puntuar cero en la escala SANI se inscribieron en el zona rural.

Palabras clave: Violencia; Niño; Adolescente.

1. INTRODUÇÃO

A família é reconhecida socialmente como a fonte primária de aquisição e reprodução de valores e referencial de comportamento social, o que explica as repercussões negativas que a violência familiar exerce sobre crianças e adolescentes vitimizados. Este tipo de violência é caracterizado pelas agressões de diferentes tipologias que envolvem abandono, negligência, abusos físicos, psicológicos e sexuais perpetradas no ambiente familiar.¹ Deste modo, tanto as vítimas diretas destas agressões quanto à violência interparental presenciada têm poderes delitivos na formação de personalidade e no comportamento de crianças e adolescentes, produzindo reclusão, depressão, raiva e problemas de aprendizado, principalmente na infância.²

A violência familiar ocorre nas relações intergeracionais, afetando principalmente crianças e adolescentes por sua condição de desenvolvimento e fragilidade física e emocional.³ Neste cenário, a identidade dos agressores e vítimas têm variado; e estudos comprovam a correlação entre a violência vivenciada na adolescência e a criminalidade na vida adulta como materialização do ciclo vítima - agressor e perpetuação das agressões sofridas.^{4,5}

No contexto nacional, a violência é a terceira causa de mortalidade na população geral e a primeira entre crianças e adolescentes. Além disso, as repercussões emocionais, cognitivas e materiais tendem a se estender para o ambiente escolar, uma vez que o transtorno do estresse pós-traumático torna estas crianças e adolescentes indivíduos mais introspectivos, ansiosos e tímidos.^{6,7} É na escola que as crianças e adolescentes tendem a reproduzir os atos violentos que vivenciam em casa, reverberando neste ambiente a violência sofrida, o que pode resultar ainda em baixo rendimento, reprovação, defasagem idade-série ou abandono escolar, configurando o fracasso escolar.⁸

A disparidade entre a violência vivenciada nas zonas urbanas e rurais está atrelada às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, segurança e assistência às vítimas. No entanto, a literatura já tem discorrido sobre vacuidade literária de estudos que comparem os dados das zonas urbanas e rurais, principalmente em centros urbanos

menores, tendo em vista que as grandes cidades sofrem maior influência das violências sociais que envolvem gangues e lutas entre facções rivais.^{9,10}

O presente estudo foi formulado devido a escassez de estudos realizados em Chaval-CE sobre a temática e dada a relevância em investigar a violência familiar infanto-juvenil no interior do Ceará, diante do cenário do nordeste brasileiro com agravos expressivos para as notificações de violência. Assim, o objetivo deste trabalho foi verificar a associação entre violência familiar infanto-juvenil e a zona em que os escolares estudam.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. Participaram do estudo escolares matriculados no primeiro semestre do 6º ano do Ensino Fundamental vinculados a escolas públicas da zona urbana e rural de Chaval – Ceará. A coleta de dados ocorreu de janeiro a fevereiro de 2019 por meio da aplicação da escala S.A.N.I. com escolares e de questionários sociodemográficos com os responsáveis.

A amostra foi aleatória simples, inicialmente delimitada a partir de cálculo amostral com nível de confiança de 95%. A população era composta por 222 escolares matriculados no 6º ano de 04 escolas públicas municipais, sendo 02 da zona urbana e 02 da zona rural, totalizando 08 turmas divididas igualmente entre os turnos matutino e vespertino e localizadas 06 na zona urbana e 02 na zona rural. Diante desta população, foi calculada a amostra acrescida de 20% referente à previsão de possíveis perdas, 03 escolas foram escolhidas e 117 escolares apresentaram autorização dos pais ou responsáveis por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devidamente assinado.

A cidade de Chaval-CE constitui fronteira entre os estados do Ceará e Piauí, apresentando menor distância geográfica de Parnaíba – PI do que da capital Cearense, Fortaleza. Tal situação contribui para a falta de fomento a ações de pesquisa sobre sua condição de ensino, bem como dificulta o acesso de órgãos de fiscalização do Estado de origem.¹¹

O questionário sociodemográfico foi composto por perguntas de múltipla escolha sobre idade, sexo, escolaridade, renda familiar e número de pessoas por domicílio, priorizando a identificação dos dados sociodemográficos dos pais ou responsáveis pelos escolares e da situação da renda familiar para posterior comparação entre as variáveis analisadas nesta pesquisa.¹²

A escala de Sinalização do Ambiente Natural Infantil (S.A.N.I., SANI, 2003), adaptada para o Brasil e validada em estudo piloto é composta por 30 afirmações que o participante deve pontuar de 0 a 04 de acordo com a frequência que presenciou a situação citada. A escala SANI segue uma escala Likert de graduação onde o 00 representa Nunca, 01 Poucas vezes, 02 Às vezes, 03 Muitas vezes e o 04 é referente ao Quase sempre para a afirmação a ser respondida, apresentando um escore total de 00 (mínimo) a 120 (máximo) pontos.

A escala SANI não tem ponto de corte quanto ao escore, deste modo, quanto mais alta a pontuação maior será a percepção de violência no ambiente familiar. Além da pontuação para cada afirmação, a escala ainda conta com campos para indicação de quem foi vítima da agressão no item “Fez com quem?”: “Fez com um adulto ou Fez com uma criança”. Os dados foram analisados utilizando o programa SPSS, onde as variáveis tiveram a associação verificada por meio do teste *t de student* e qui quadrado de Pearson.

Os participantes assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e seus responsáveis assinaram o TCLE comprovando assim o consentimento em participar desta pesquisa. Desta forma, o projeto obedeceu à resolução 466/12 e seguiu todos os preceitos éticos necessários ao desenvolvimento de tal pesquisa (BRASIL, 2013). O presente projeto foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal do Piauí com o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 97365218.6.0000.5214 e sob o parecer 2.948.443.

3. RESULTADOS

A amostra foi composta por 117 escolares, sendo 52,1% do sexo masculino e 47,9% do sexo feminino com média de idade de 10,9 anos de modo que a idade mais

frequente foi 11 anos (59,8%) e a menos frequente foi 15 anos (0,9%). Esta pesquisa foi desenvolvida em 03 das 04 escolas que ofertavam turmas de 6º ano na cidade de Chaval-CE, 02 escolas da zona urbana e 01 da zona rural totalizando 06 turmas participantes da coleta de dados com distribuição paritária entre os turnos matutino e vespertino, destas 86,3% dos escolares eram matriculados na zona urbana e o turno da manhã foi o que apresentou maior quantitativo de participantes (53,8%), conforme apresenta a tabela 01.

Tabela 01 - Caracterização dos escolares do 6º ano participantes da pesquisa. Chaval, CE, 2019

Variável	N	
Sexo		
Feminino	56	7,9
Masculino	61	2,1
Idade (em anos)		
10	21	7,9
11	72	1,5
12	17	4,5
13	06	,1
15	01	,9
Zona		
Urbana	101	6,3

Rural	16	3,7
Turno		
Matutino	63	3,8
Vespertino	54	6,2
Total	117	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores (2019).

De modo geral, a tabela 01 demonstra que houve um percentual maior de escolares que estudavam na zona urbana tanto pelo número maior de turmas como porque estas eram maiores quantitativamente.

O escore de pontuações na escala SANI entre os escolares avaliados variou entre 0 e 71 pontos, tendo média de 16,8 pontos de percepção de violência familiar com maior frequência percentual a pontuação 00 (12,7%) representando os escolares que não presenciaram nenhuma das situações de violência familiar apresentadas na escala. Dentre os 15 escolares com total zero, 06 eram da única turma avaliada na zona rural e entre as 12 maiores pontuações na escala SANI o escore variou entre 40 e 71 pontos, sendo todos os escolares matriculados na zona urbana.

Após a aplicação da escala SANI com os 117 escolares participantes, as pontuações foram avaliadas e 20% destes foram avaliados de maneira mais objetiva, sendo 10% (12 escolares) referente aos escolares que tiveram maior pontuação na escala de percepção de violência familiar e 10% (12 escolares) referente aos que tiveram menor pontuação. Como o percentual de escolares com pontuação 00 ultrapassou os 10% foi realizado um sorteio para garantir a randomização dos dados e 12 escolares foram selecionados de modo que 06 eram da zona urbana e 06 da zona rural.

Mediante a análise bivariada da associação entre a percepção de violência familiar e os sexos feminino e masculino utilizando o teste *t de student* com $p \leq 0,05$

verificou-se que não houve diferença significativa. Da mesma forma, não houve diferença significativa entre a percepção de violência familiar para as variáveis de turno, renda familiar e quanto ao fracasso escolar. Em contraponto, houve diferença significativa ($p \leq 0,05$) na relação entre a pontuação na escala SANI e as zonas urbana e rural de acordo com a tabela 02 a seguir.

Tabela 02 - Análise bivariada entre a percepção de violência familiar e as variáveis sociodemográficas para os 20% selecionados. Chaval, CE, 2019

Variável	%	IC95%	<i>P</i> <i>value</i>
Sexo			0,681
Feminino	41,7	-35,8 a 14,8	
Masculino	58,3	-35,7 a 14,7	
Zona			0,000
Urbana	75,0	-50,9 a -22,7	
Rural	25,0	-61,2 a -12,4	
Turno			0,708
Matutino	50,0	-17,4 a 32,9	
Vespertino	50,0	-17,4 a 32,9	
Renda familiar			0,353
Até ½ salário mínimo (SM) (até R\$ 477,00)	62,5	-37,3 a 17,8	
Mais ½ até 1 SM (de 477,01 a R\$ 954,00)	29,2	-41,0 a 21,5	
Não marcou	08,3		

Fonte: Elaborado pelos autores (2019).

A análise da associação entre fracasso escolar e renda familiar foi verificada a partir do teste Qui quadrado de Pearson, o qual demonstrou não haver associação entre as variáveis.

4. DISCUSSÃO

Como resultado da análise bivariada realizada com os dados dos 20% selecionados utilizando teste *t de student* foi verificado a associação significativa entre percepção de violência familiar e zona geográfica em que os escolares estudavam, apresentando maiores pontuações os participantes da zona urbana. Um dos motivos que pode esclarecer este resultado é o aumento da violência, criminalidade e disputa entre gangues e grupos opostos em meio ao ambiente urbano. Contudo, os estudos que abordam aspectos e estatísticas sobre a violência no meio rural ainda são mais prevalentes e explicam que na zona rural existem fatores específicos que dificultam o distanciamento entre vítima e agressor, além de dificultar a denúncia e resolução dos casos.⁹

Com relação ao sexo das vítimas, o presente estudo encontrou maior percentual de escolares do sexo masculino entre as maiores pontuações na escala SANI, porém nas entrevistas as meninas foram as que mais relataram ter presenciado violência. Este resultado contradiz a maioria das pesquisas na área que revelam que as meninas são vítimas mais frequentes de violência familiar de todas as tipologias tanto em pesquisas quantitativas quanto em qualitativas.¹³

Contudo, já existem na literatura estudos que abordam o silêncio que rodeia os casos de violência contra meninos e dificultam a notificação, principalmente quando se utiliza a metodologia da entrevista, o que pode explicar a alternância de percentuais entre as etapas. Deste modo, um desses estudos investigou não apenas o quantitativo das notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes do sexo masculino, mas também a alta frequência de polivitimizações e encontrou inclusive casos onde ocorreram agressões de diferentes naturezas.¹⁴

No presente estudo foi identificado que o maior percentual de escolares com pontuações altas tinha renda familiar de até meio salário mínimo, o que evidencia a relação positiva entre percepção de renda familiar e pobreza descrita em outras pesquisas. Autores que realizaram uma pesquisa sobre violência infantojuvenil no baixo Amazonas tiveram resultados semelhantes, observando que a maioria das vítimas tinha renda de até um salário mínimo. Fatores como a renda influenciam na

vulnerabilidade de crianças e adolescentes pelas dificuldades de escola, acesso à saúde, moradia e riscos no entorno destes lugares.¹⁰

A presente pesquisa contribui com elucidações pertinentes sobre violência familiar percebida independente da vitimização direta de crianças e adolescentes, uma vez que testemunhar agressões interparentais também geram efeitos negativos em quem as presencia. Com isto, os resultados aqui observados podem auxiliar na formulação de estratégias de enfrentamento e políticas públicas baseadas na ótica de quem vivencia a violência, para além de estatísticas pré-estabelecidas ou notificações que nem sempre contemplam o cenário real da violência familiar infantojuvenil.

5. CONCLUSÃO

A violência familiar infantojuvenil tem inúmeras variáveis e fatores associados, sendo a escola um ambiente onde as vítimas reverberam as agressões sofridas no domicílio. Assim, a zona em que os escolares estudam foi o dado que apresentou associação significativa com a percepção de violência familiar avaliada neste estudo, tendo em vista a disparidade entre as pontuações na escala SANI. Desta forma, foi comprovada nesta pesquisa que as maiores percepções foram de escolares da zona urbana e em contraponto, todos os participantes selecionados por pontuar zero na escala SANI eram matriculados na zona rural.

É relevante ressaltar que a violência familiar pode estar presente em todos os espaços e zonas, mas a associação significativa verificada neste estudo enfatiza os dados de outras pesquisas sobre os riscos específicos da violência em centros urbanos. As várias adversidades enfrentadas no meio rural quanto ao acesso a serviços de saúde e segurança são também reconhecidas, mas os dados que representam a menor criminalidade podem influenciar na baixa percepção de violência familiar.

Todavia esta temática deve continuar sendo foco de pesquisas e propostas de enfrentamento e manejo dos casos ao se considerar os percentuais alarmantes de notificações e os efeitos negativos e permanentes que as agressões podem causar nas vítimas.

CONTRIBUIÇÕES

Oliveira ML participou da concepção, delineamento, coleta de dados, análise e revisão do manuscrito.

Machado NV participou da análise e revisão do manuscrito

Miranda CES participou na concepção, delineamento, análise e revisão do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. COSTA, R.D.B; COSTA, C.B; MOSMANN, C.P; FALCKE, D. Experiências na família de origem que repercutem no clima familiar dos descendentes. *Estud Pesqui Psicol* 2018;18(2):408-25.
2. SCHEK, G. et al. Os profissionais e a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: entre os preceitos legais e conceptuais *Rev Esco Enf USP*. 2016;50(5):780-85.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde – Brasília: Ministério da Saúde. 2010. 29 p.
4. MAGALHÃES, J.R.F. et al. Violência intrafamiliar: vivências e percepções de adolescentes. *Escola Anna Nery Rev Enf*. 2017;21(1):1-7.
5. SARAIVA, A.B; PEREIRA, B; CRUZ, J.M.Z. Violência juvenil, *bullying* e insucesso escolar: memórias de infância e o início de trajetórias desviantes. *Rev Educ, PUC-Campinas*. 2019;24(1):89-07.
6. HILDEBRAND, N.A; CELERI, E.H.R.V; MORCILLO, A.M; ZANOLLI, M.L. Resiliência e problemas de saúde mental em crianças e adolescentes vítimas de violência. *Rev Saú Pública*. 2019;53:17.
7. SOUZA, C.M; VIZZOTTO, M.M; GOMES, M.B. Relação entre violência familiar e transtorno de estresse pós-traumático. *Psicol Saúd Doen*. 2018;19(2):222-33.
8. SILVA, C.G.S. A violência doméstica e sua influência na aprendizagem: um estudo exploratório no centro de integração familiar (ceifar). *Rev Tar [Internet]*; [citado 22 de maio de 2018]; 96-06. Disponível em: <http://www.uneb.br/tarrafa/files/2012/10/a-viol%c3%aancia-dom%c3%a9stica-e-sua-influ%c3%aancia-na-aprendizagem.pdf>.

9. COSTA, C; NARVAZ, M.G; CAMARGO, K. Violência de gênero em áreas rurais: o caso de Santana do Livramento (RS). *Ciênc Soci Unis*. 2018;54(2):229-39.
10. HONORATO, L.G.F. et al. Violência na Infância e Adolescência: Perfil notificado na mesorregião do Baixo Amazonas. *Arq Bras Psicol*. 2018;70(2):266-84.
11. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet]; [citado 17 de maio de 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/chaval/panorama>.
12. SOUSA, C.R.O. et al. Fatores preditores da evasão escolar entre adolescentes com experiência de gravidez. *Cader Saúd Colet*. 2018;26(2):160-69.
13. MALTA, D.C. et al. Fatores associados aos episódios de agressão familiar entre adolescentes, resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Ciênc Saúd Colet*. 2019;24(4):1287-98.
14. SAID, A.P; COSTA JÚNIOR, A.L. Polivitimização de meninos vitimizados sexualmente: uma análise documental a partir de fichas de notificação. *Contex Clínic*. 2018;11(1).

Regionalização da Saúde: a técnica de consenso como método de investigação

*Consensus Conference Technique and Regionalization of Health: A
methodological perspective for the study*

*La regionalización de los servicios de salud: la técnica de consenso
como técnica de investigación*

Adriana Falangola Benjamin Bezerra¹⁵

Vick Brito Oliveira¹⁶

Keila Silene Brito e Silva¹⁷

Islândia Maria Carvalho de Sousa¹⁸

¹⁵ Professora doutora na Área Acadêmica de Saúde Coletiva, Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). E-mail: afalangola@uol.com.br

¹⁶ Doutoranda em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães - Fiocruz Pernambuco. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (2011). E-mail: vick.brito@hotmail.com

¹⁷ Professora da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Bacharelado de Saúde Coletiva (Centro Acadêmico de Vitória - CAV/UFPE) e no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UFPE). Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP, 2013). E-mail: britokeila@hotmail.com

¹⁸ Doutora em Saúde Pública e Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Fiocruz. Especialista em Gestão de Sistemas de Saúde. Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: islandia@cpqam.fiocruz.br

RESUMO

Introdução: Sendo um ator indispensável na regionalização da saúde, o papel do estado no SUS tem se modificado. Fragilizada no processo de municipalização dos sistemas de saúde, a esfera estadual retoma ao centro das discussões. **Objetivo:** Analisar a técnica de consenso como estratégia metodológica para a construção da Matriz de Avaliação da Regionalização na Saúde, com foco na gestão estadual. **Metodologia:** Utilizou-se a Técnica de Conferência de Consenso, baseada na técnica Delphi e no comitê tradicional, ambas técnicas de consenso coletivo. **Resultados e Discussão:** O uso da técnica tornou a matriz objetiva, clara, coesa, acessível e relevante para a temática e para a pesquisa. A opção de realizar três rodadas enriqueceu o processo metodológico e foi definidor na conclusão da matriz. **Considerações:** A elaboração da matriz possibilitou a construção de um instrumento de análise da gestão estadual no contexto da regionalização.

Palavras-chave: Metodologia, Gestão em Saúde, Regionalização da Saúde, Técnica de Conferência de Consenso.

ABSTRACT

Introduction: The role of the state entity at the System of the Unified National Health System (SUS) has been weakened throughout the process of municipalization of health systems in the 90's, and was brought back to the core of the discussions in the 00's. Currently, it is an indispensable actor in the process of regionalization. **Objective:** This work aims to present the methodological strategy used in the making of the Matrix for the Evaluation of Health Care Regionalization. **Methodology:** Consensus Conference Technique, based on the Delphi method and on the traditional committee process, both techniques of collective consensus. **Results and discussion:** the use of the technique has made the matrix objective, clear, cohesive, accessible and relevant for the theme and for the research. The option of doing it on three rounds (two by the Delphi method and one by traditional committee process) has enriched the methodological process and was decisive in the conclusion of the matrix. **Conclusions:** The elaboration of the matrix has allowed for the building of an instrument that is attuned to the day-to-day of the state administration of health care.

Key words: Methods, Health Management, Regional Health Planning, Consensus Conference Technique.

RESUMEN

Introducción: La acción del gobierno estatal dentro del SUS se debilitó durante los procesos de descentralización de los servicios sanitarios en los años noventa, volviendo al protagonizar un papel importante en los debates en salud en la década de 2000. Hoy, el gobierno estatal es indispensable en la reducción de las desigualdades de salud y de descentralización de los servicios sanitarios. **Objetivo:** En este artículo se presenta la estrategia metodológica utilizada en la construcción de una Matriz de Evaluación de Descentralización de los Servicios Sanitarios, para la gestión estatal en

salud. **Metodología:** Utilizó lo Método del Consenso, constituido por la técnica Delphi y la “comisión tradicional”, ambas técnicas para obtener el grado de consenso de los especialistas sobre el problema planteado. **Resultados y Discusión:** El uso de la técnica tornó la matriz clara y relevante en el contexto del proyecto de investigación. La combinación de los tres rondas (dos técnica Delphi y uno comisión tradicional) enriqueció el metodología y por consiguiente la matriz. **Consideraciones:** La construcción de la matriz permitió uno instrumento aproximado de la gestión en salud y de la descentralización de los servicios sanitarios.

Palabras clave: Metodología, Gestión de la salud, Regionalización, Técnica consenso.

1. INTRODUÇÃO

A dimensão intercontinental do país gera enormes desafios, pois a sua diversidade em um sistema único exige articulação interferderativa, principalmente, para atender as necessidades loco-regionais. Assim, o debate acerca da regionalização na saúde no Brasil tem aumentado, ao passo que novos arranjos são instituídos para lidar com as iniquidades vivenciadas nos cenários regionais^{1;2}.

O início dos anos 2000 foi marcado por normativas que trouxeram ao centro das discussões a necessidade de diminuir as desigualdades regionais, vinculado ao resgate da construção de estratégias de regionalização. Marcos como a Norma Operacional da Assistência a Saúde (2001/2002), o Pacto pela Vida (2006), o Decreto nº 7.508/11 (2011) e a Resolução MS/CIT nº 23 (2017) caracterizam os avanços da regionalização na saúde e o resgate do ente estadual para a condução do processo. As normativas situam o seu conteúdo na orientação do fortalecimento do planejamento, da organização da assistência e da articulação entre estados, municípios e União no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)^{3;4}.

Apesar dos marcos normativos, a condução do processo se faz por atores imbuídos na execução do trabalho. Um dos limites em investigações que buscam analisar essa condução é a forte apreensão das normativas em detrimento das experiências e da realidade local. Assim, discutir com atores *experts* pode contribuir para construir instrumentos “mais próximos” e/ou adequadas ao contexto.

Considerando a importância do estado como autoridade sanitária para a regionalização, faz-se relevante a utilização de instrumentos de pesquisa que possibilite a avaliação da gestão estadual na regionalização no cenário do SUS, bem como, o uso de ferramentas metodológicas viáveis para construção desses instrumentos.

Nessa perspectiva, o Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde (GPEPS), no contexto da pesquisa sobre o processo de Regionalização da Saúde na Região Nordeste, elaborou a Matriz de Avaliação da Regionalização da Saúde (MARS), com o intuito de instrumentalizar a avaliação do processo de regionalização da atenção à saúde no contexto da gestão estadual. A MARS foi elaborada a partir da estratégia metodológica denominada Técnica de Conferência de Consenso (TCC).

Este estudo esteve vinculado ao projeto “Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no SUS: um estudo avaliativo”, aprovado pela Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit N ° 41/2013 – Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde.

Desse modo, este trabalho descreve e analisa a experiência do grupo de pesquisa na elaboração da MARS.

2. A TÉCNICA DE CONFERÊNCIA DE CONSENSO

A Técnica de Conferência de Consenso caracteriza-se como um método misto que relaciona a técnica Delphi e a técnica comitê tradicional. As técnicas trabalham com a premissa de um conhecimento construído a partir de um consenso entre experts/comitê de especialistas para julgamento.

A técnica Delphi, criada na década de 50 nos Estados Unidos da América, viabiliza a construção de um instrumento para contextos com temas/problemas complexos. Utilizada, inicialmente, como ferramenta para previsão tecnológica baseada na discussão de uma dada temática com especialistas da área⁵.

Para Listone e colaboradores⁶, a técnica organiza pontos e esclarece dúvidas, caracterizando-se como importante método para a comunicação em pesquisas de diversos campos, com destaque para gestores e formuladores de políticas. Nesse sentido, Taroff⁷ destaca a Policy Delphi, uma variação da técnica que permite ao grupo de especialistas analisar questões políticas extrapolando a ênfase no consenso. A abordagem possibilita correlacionar as informações, explorar as divergências e avaliar diversas concepções, distanciando das críticas vinculadas a técnica Delphi com ênfase apenas no consenso.

A elaboração de um instrumento via consenso, de acordo a técnica Delphi, exige que o pesquisador ou grupo de pesquisa envie, por escrito (on-line ou não,) o material para ser avaliado individualmente por especialistas na temática⁸, em diversas rodadas (máximo 5 rounds), permitindo assim a exploração da temática a partir da colaboração dos especialistas.

O roteiro para a técnica segue alguns passos importantes após a elaboração do instrumento: a) o comitê de especialistas avalia o material enviado, cuidadosamente construído acerca de um objeto de estudo, atribui notas e observações; b) o material retorna para o pesquisador ou grupo de pesquisa, que trata os dados, utilizando os marcadores para a definição do que é consenso ou não (recursos estatísticos como média e/ou desvio padrão); c) o pesquisador considera as contribuições para o material, reformula e o envia novamente o questionário para o mesmo grupo, respeitando o mesmo processo, até que se alcance o consenso, obedecendo as características da técnica, que são o anonimato em cada avaliação, a avaliação estatística em cada rodada e o feedback das etapas⁹⁻¹⁰.

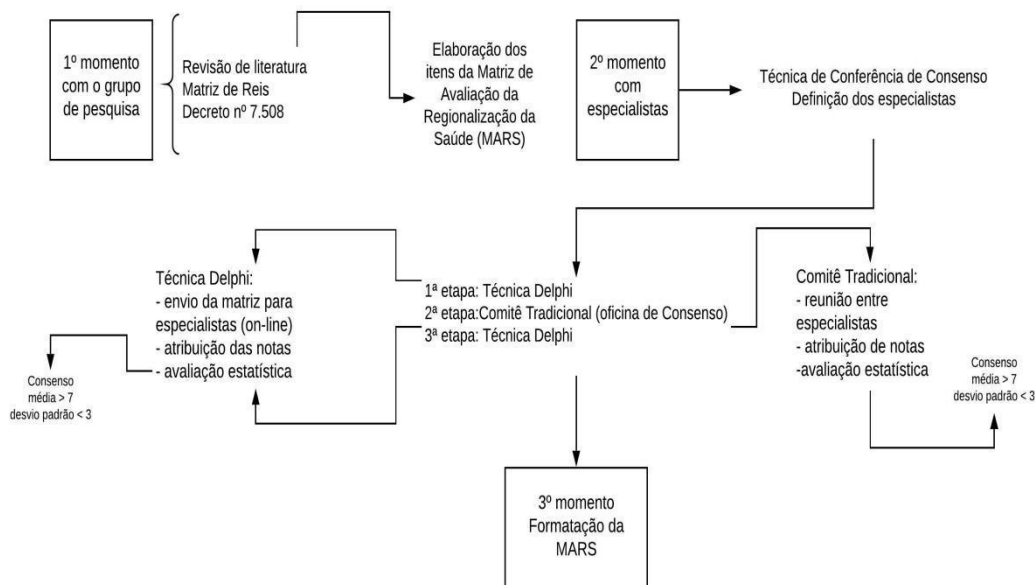
A outra técnica, o Comitê Tradicional, consiste no debate entre especialista sobre determinado tema, possibilitando um espaço de discussão, sugestões, julgamentos, trocas de ideias e confronto de opiniões, contribuindo assim, na construção e definição de critérios e indicadores para um instrumento de análise ou avaliação¹¹. A Técnica de Conferência de Consenso, adotada nesse estudo para a elaboração da matriz, pautou-se na combinação das duas técnicas apresentadas acima, acrescentado ao Comitê Tradicional a atribuição de notas por cada especialista.

A opção pela combinação está referenciada pelo estudo de Boulkedid¹², que destaca a alternativa de encontros face a face, no sentido de potencializar o desenvolvimento da técnica Delphi; por Souza, Silva e Hartz¹¹, que utilizaram a combinação no contexto de uma pesquisa sobre o processo de descentralização da atenção à saúde no estado da Bahia; e estreitamente sintoniza com o estudo de Reis¹³, sobre gestores e regionalização, realizado no estado de Pernambuco.

3. A CONSTRUÇÃO DA MATRIZ DE AVALIAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: O PRIMEIRO MOMENTO

A formulação da MARS foi realizada em 3 etapas. A 1ª e 3ª etapas do consenso foram referenciadas pela técnica Delphi e a 2ª etapa do processo, pelo “comitê tradicional” um grupo de *experts* para o consenso, nomeado na pesquisa de oficina de consenso (Figura 1). Para a análise das três etapas e definição de consenso foram utilizados cálculos da estatística básica - a atribuição de média e desvio padrão em cada critério avaliado.

Figura 1 – Ilustração dos três momentos para elaboração da MARS



Fonte: Elaborado pelas autoras.

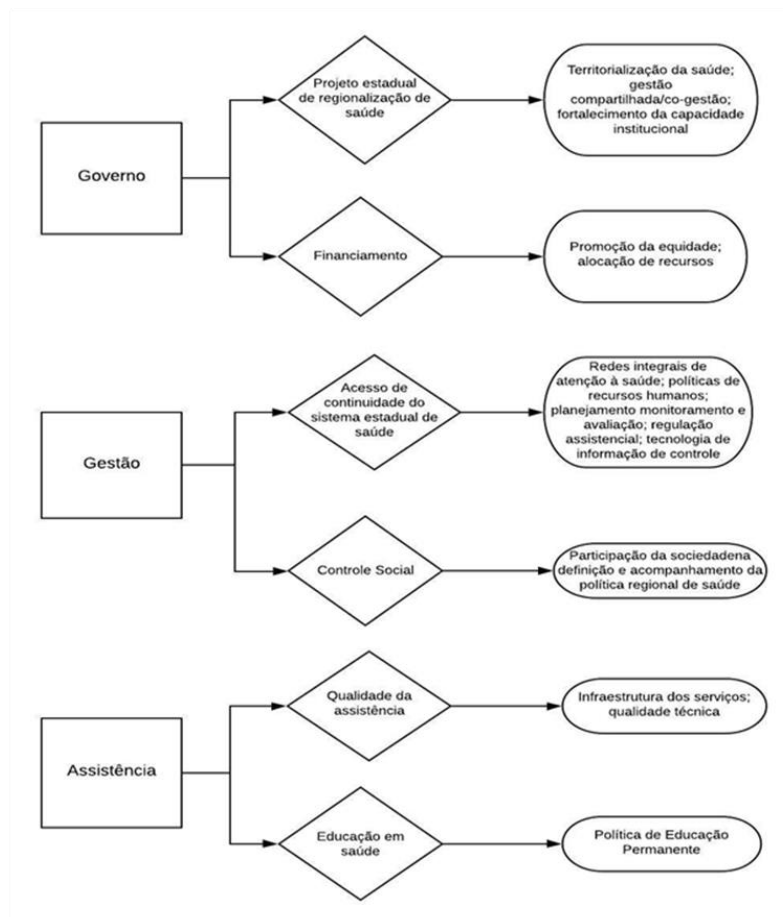
A MARS foi elaborada a partir da Matriz de Reis (MR), que corresponde a sistematização do modelo teórico-lógico da regionalização da assistência à saúde, desenvolvido com base nos documentos normativos do SUS e da literatura especializada da área¹³. A Matriz de Reis foi produzida em 2010 com o intuito de identificar os consensos acerca do papel do gestor estadual na condução da política de regionalização e referenciar pesquisas sobre a temática no âmbito do SUS¹⁴.

O modelo teórico-lógico elaborado foi construído em duas etapas: a primeira vinculada à elaboração do modelo e da matriz, e a segunda etapa correspondente ao consenso entre especialistas das áreas de: gestão e planejamento, da regulação da assistência, da descentralização e da regionalização em saúde. A metodologia, baseada na análise de consenso, compreendeu submeter a matriz ao seguinte processo: a

definição de uma imagem-objetivo da regionalização da saúde; a elaboração de dimensões, critérios e indicadores para a avaliação da regionalização; e a avaliação dos especialistas¹¹.

O modelo-lógico da regionalização da assistência à saúde foi organizado a partir de três níveis de análise: *governo*, com aspectos de caráter mais político; *gestão*, abrangendo funções gerenciais relativa a organização do acesso e continuidade da assistência; e *assistência*, com aspectos técnicos e estruturais da rede de atenção à saúde vinculada à qualidade da assistência¹³ (Figura 2). Os níveis se desdobram em 6 dimensões, 14 subdimensões e 83 critérios de análise. A figura 3 representa a organização da Matriz de Reis (Figura 3).

Figura 2 - Níveis de análise (Nível, Dimensão e Sudimensão) da Matriz de Reis que embasaram a MARS



Fonte: REIS, 2010¹³.

no Decreto nº 7.508/11. Nesse encontro, foram formados três grupos de participantes, obedecendo a divisão da Matriz pelos níveis: Governo, Gestão e Assistência.

Cada grupo discutiu as possíveis mudanças, acrescentou as sugestões e, posteriormente, tais modificações foram estudadas e acatadas, ou não, pelo grande grupo de pesquisa. As mudanças corresponderam aos critérios para a avaliação das subdimensões; o grupo manteve as subdimensões, dimensões e níveis, de acordo a Matriz de Reis.

Após a pactuação do grande grupo, a matriz modificada foi nomeada de Matriz de Avaliação da Regionalização em Saúde e reenviada para o grupo de pesquisa, a fim de direciná-la para a próxima etapa. Foram mantidos os 3 níveis estabelecidos pela Matriz de Reis, as 6 dimensões, 14 subdimensões e pactuados 102 critérios de análise de acordo com o Decreto nº 7.508/11.

O próximo passo referiu-se ao envio da MARS para 06 avaliadores especialistas, juntamente com uma carta convite explicando o processo de avaliação, para validar, por meio da Técnica de Conferência de Consenso, a pertinência dos critérios. Os seguintes avaliadores especialistas foram indicados pelo grupo de pesquisa: 2 avaliadores com experiência como secretário de saúde (1 Pós doutor em Avaliação e 1 Doutor em Saúde Pública); 1 avaliador com experiência como gestor da atenção básica (Doutor em Saúde Pública) ; 1 avaliador com experiência no cargo de gerência regional em saúde (Doutorando em Neurociência); 1 avaliador com experiência no cargo de coordenador na área de economia da saúde (Mestre em Gestão e Economia da Saúde); 1 avaliador com experiência em assessoria parlamentar em saúde (Doutorando em Saúde Pública). Do total de avaliadores, 05 são docentes em Universidades Públicas, com inserção na graduação e pós-graduação em Saúde Coletiva.

Cada avaliador analisou e atribuiu uma pontuação de 0 a 10 para cada critério de análise. Depois de atribuída a nota, os avaliadores retornaram às matrizes para o grupo de pesquisa. Considerando a escala de 0 a 10, para cada critério, foi estabelecido o valor 7 como ponto de corte para a média e o valor 3 para o desvio padrão.

Na 2^o etapa, realizou-se uma oficina com todos os avaliadores para a discussão em grupo, com o intuito de acordar as modificações, trocar opiniões e contribuições para o consenso da MARS e atribuir notas, para assim, realizar o cálculo da média e desvio padrão, respeitando os critérios da avaliação de consenso. Para a 3^o etapa foi reenviado a MARS para os avaliadores, já com todas as modificações acordadas, para avaliação final com a atribuição de notas, para um novo cálculo de médias e desvio padrão. Cabe destacar que na 1^a e 3^a foi permitido que os especialistas, além das notas, atribuísem considerações, dúvidas e questões em cada critério analisado, caso avaliassem necessário, aproximando-se assim da concepção da “*Delphi Policy*”.

Para a primeira etapa, cada avaliador dispôs de 15 dias para retornar ao grupo de pesquisa o arquivo com a pontuação atribuída e com possíveis contribuições e questões. Em relação a oficina, a segunda etapa, priorizou-se a participação de todos os avaliadores e a colaboração dos pesquisadores do GPEPS. Nesse segundo momento, oito pesquisadores atribuíram notas, dentre os oito, 5 pesquisadores avaliadores que participaram da primeira etapa e três pesquisadores (2 doutores e 1 mestre) da área integrantes do grupo de pesquisa. A terceira etapa consistiu na adequação da matriz a partir das considerações das etapas anteriores e envio para uma nova rodada de notas aos 6 avaliadores da primeira etapa.

4.1 Aprendizados e construções a partir do traçado metodológico

Os momentos forjados pela escolha metodológica para fundamentar a concretização da MARS, fomentaram a discussão técnica sobre o tema, assim como, a troca de experiência entre os envolvidos e a possibilidade de construção de uma matriz próxima à realidade vivida no cotidiano da gestão estadual do sistema público de saúde.

Realizada a primeira rodada de notas, um critério no nível Governo apresentou a média abaixo do valor 7, as demais ficaram acima da média 7 e abaixo do valor 3 atribuído para o desvio padrão. Três critérios do nível Gestão e um critério do nível

Assistência não foram avaliados pelos pesquisadores, assim tais critérios foram invalidados na primeira etapa, discutidos, analisados e pontuados na segunda etapa.

As notas atribuídas foram muito próximas, visto que não foram descartados muitos critérios. A partir desse destaque, foi realizada uma discussão entre o grupo e acordado manter o mesmo comitê de avaliadores, destacando o desenvolvimento da segunda e terceira etapa para garantir uma consistência no julgamento dos critérios analisados e o rigor científico.

Nesse sentido, para Cunha¹⁵, os rigores científicos e metodológicos estão entrelaçados a escolha do comitê de especialistas, destacando como marcador principal a expertise dos atores envolvidos no painel para o consenso. Considerando a importância desse aspecto, a escolha do comitê para a MARS, justificou-se a partir das experiências (acadêmica e de gestão no SUS) dos avaliadores envolvidos. Desse modo, optou-se pela permanência dos avaliadores especialistas.

A primeira rodada, baseada na técnica Delphi, permitiu a aproximação entre os avaliadores e o instrumento proposto, fomentando alguns questionamentos em relação aos critérios avaliados, instigando o grupo de pesquisa a refletir sobre a objetividade do instrumento e a finalidade para o uso no cotidiano do projeto. Segundo Barrio e colaboradores¹⁶, o consenso baseado nesta técnica propicia a interação entre diferentes pontos de vista, além de apontar as fragilidades e potencialidades sobre a temática. A opção de acrescentar a MARS, ao lado de cada critério, um espaço para tecer observações, enriqueceu o processo, pois sinalizou as vulnerabilidades dos critérios analisados, como a redundância dos critérios, reafirmando assim, a necessidade da próxima etapa.

Nesse sentido, Dini e colaboradores¹⁷ destacam a importância do encontro presencial para o consenso e para a conceituação do objeto trabalhado na pesquisa. Os mesmos lamentam, em estudo realizado na enfermagem, utilizando a técnica Delphi, a não realização do espaço presencial para a discussão sobre a temática que propuseram. Boulkedid⁸, em estudo sobre a construção de indicadores de saúde e o uso do método Delphi, aponta para a necessidade de alguns estudos realizarem o encontro face a face.

Cabe destacar que a pesquisa, na primeira fase, não apresentou problemas com relação ao retorno dos instrumentos enviados ao comitê avaliador. Os seis especialistas retornaram o questionário respondido, como o acordado em uma carta de apresentação enviada junto a matriz e sinalizaram o interesse em comparecer à segunda etapa da pesquisa.

Considerando tais aspectos, a segunda etapa caracterizou-se pela realização da oficina de consenso. A oficina foi um espaço criado com o intuito de discutir, em grupo as opiniões individuais, todos os critérios de análise. Participaram da discussão 5 dos 6 avaliadores da primeira etapa e 3 pesquisadores vinculados ao GPEPS. Diante do fato, o grupo de pesquisa considerou a perda, mas acordou em dar continuidade ao espaço, visto que outros pesquisadores (com formação acadêmica – mestrado e doutorado na área) do grupo de pesquisa foram convidados para participar da oficina.

A oficina foi iniciada pela coordenadora do grupo, relatando o objetivo do momento e da pesquisa, relembrou as etapas necessárias para a finalização da MARS, além de contextualizar o processo de construção da matriz. Cópias da matriz foram distribuídas para os presentes, foi explicado a organização da MARS e a presença das médias em todos os critérios referentes a primeira rodada de notas. Iniciou-se a leitura dos critérios, por subdimensão, e os presentes discutiram cada critério, abordando a relevância, a escrita, a objetividade, a abrangência de cada um para o contexto da pesquisa e o objetivo da MARS.

A segunda etapa da avaliação de consenso foi um espaço importante no processo de construção da MARS, para lidar com as sugestões geradas pela primeira fase, optou-se pelo “comitê tradicional”. Foi possível, nesse momento, a discussão entre os pesquisadores sobre o objeto a ser estudado: o processo de regionalização da saúde, com base no atual diploma normativo.

Ao final de cada discussão, os 5 avaliadores e os 3 pesquisadores colaboradores atribuíram notas, individualmente, para cada critério. O processo repetiu-se com todos os 101 critérios da matriz. Durante a discussão pactuou-se entre os presentes a necessidade de objetivar a matriz e torná-la assertiva, sem redundâncias e repetições. Segundo os avaliadores, os critérios estavam amplos e em muitos havia certa dualidade

para a compreensão do critério. Considerando as contribuições a partir da experiência e expertise dos pesquisadores presentes, a discussão de cada nível contribuiu para uma redução dos números de critérios para a MARS.

Após a finalização da oficina, as matrizes dos 8 pesquisadores, foram recolhidas para a tabulação das notas e cálculo da média e desvio padrão de cada critério de análise. Nessa etapa, dos 31 critérios de análise do nível Governo, apenas 8 permaneceram acima da média 7 e abaixo dos desvio padrão 3; no nível Gestão, dos 52 critérios de análise, 32 foram validados para a matriz; e no nível Assistência, dos 18 critérios, 9 permaneceram na matriz .

A oficina de consenso permitiu a problematização da temática, da experiência cotidiana no SUS e a relevância do instrumento nesse cenário. Os pesquisadores avaliadores envolvidos na discussão fundamentavam a avaliação de cada critério com o conhecimento construído no processo de formação acadêmica e resgatavam, a todo o momento, as vivências nos cenários do sistema de saúde.

Os exemplos das vivências em serviços de saúde e na pesquisa foram utilizados para potencializar a defesa de permanência ou não de cada critério, assim como, para reafirmar a importância dos aspectos pertinentes e indispensáveis para a pesquisa. Nesse momento, vários critérios não alcançaram a nota ou ficaram abaixo do desvio padrão, resultado da discussão de consenso realizada na oficina; mesmo diante de alguns desacordos em relação a permanência ou não de um critério, todos os envolvidos puderam utilizar do espaço para expor a sua opinião e discutí-la com os demais.

O momento face a face destacou-se como espaço central na estratégia metodológica, pois circunscreveu o instrumento para a pesquisa, o tornando coeso, fácil, acessível e relevante para a temática, além de contribuir para a próxima etapa baseada na técnica Delphi. Cinquenta e dois critérios foram excluídos da matriz após a etapa da oficina, apontando assim, o caráter decisivo e estratégico que o espaço assumiu na formulação do instrumento.

Jones e Hunter¹⁸ afirmam a limitação da técnica Delphi ser desenvolvida sem o momento de discussão entre os especialistas, nesse mesmo trabalho indicam a

possibilidade da articulação das técnicas tornar potente este espaço, estendendo a análise dos julgamentos com os procedimentos estatísticos. Desse modo, esta pesquisa optou por utilizar as influências da técnica Delphi e de grupos de consenso, como o comitê tradicional, e possibilitou a construção do consenso coletivo e a inserção de novos avaliadores na etapa.

O espaço também serviu como feedback para a primeira rodada de pontuação, pois viabilizou a socialização das opiniões convergentes e divergentes na rodada anterior e na própria oficina. A realização do feedback é uma característica marcante na técnica de consenso Delphi¹⁵, no trabalho essa característica foi destaque na realização da oficina e na etapa seguinte.

Após a oficina, a MARS foi reeditada com os critérios de análise que permaneceram e reenviada para os 6 pesquisadores avaliadores da primeira rodada, com as médias e os valores dos desvios padrão de cada critério. Os avaliadores atribuíram uma nota para cada critério e a partir dessa pontuação foram calculadas novas médias e valores do desvio padrão, para cada critério. Na terceira etapa 6 critérios do nível Gestão não obtiveram a pontuação necessária para permanecer na Matriz.

Contrariando o que a literatura aponta¹⁹, as rodadas baseadas na técnica Delphi não apresentaram perda em relação à avaliação dos especialistas e o tempo para o envio e o retorno dos questionários não foram extensos²⁰, supõe-se que o número de avaliadores utilizados, a aproximação e o compromisso com a temática influenciaram para a não existência de tais dificuldades. Ao final de todas as etapas, a matriz foi finalizada com os 3 níveis, 6 dimensões, 14 subdimensões e 43 critérios de análise (Tabela 1). Nesse sentido, a técnica Delphi contribuiu para a organização da informação especializada, além de considerar a experiência e a criatividade, a partir das considerações do comitê de especialistas^{21,22}.

Tabela 01 – Número de critérios após cada etapa da Técnica de Conferência de Consenso

	1ª etapa		2ª etapa	3ª etapa
	1ª versão	Após a 1ª etapa	Após a 2ª etapa	Após a 3ª etapa
Nível	Critérios			
Governo	32	31	8	8
Gestão	52	52	32	26
Assistência	18	18	9	9
Total	102	101	49	43

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Cabe destacar, assim como aponta a literatura, que as técnicas de consenso não definem uma verdade absoluta em relação a temática, mas permitem a sistematização das informações, a potencialidade do julgamento coletivo²³, a reflexão sobre a proposta metodológica²², assim como, caso específico desse estudo, resultando no empenho do coletivo para a produção da MARS.

Acrescenta-se que os critérios mantidos abarcam as características compreendidas como principais no atual contexto da regionalização da atenção à saúde, aspectos necessários para a discussão do tema no contexto da pesquisa. Assim, destaca-se a Técnica de Conferência de Consenso como uma potente ferramenta metodológica para a construção de instrumentos para a temática.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A opção metodológica por uma técnica mista de consenso, baseada na técnica Delphi e no comitê tradicional, possibilitou o aprofundamento na discussão da temática e do estudo, considerando a complexidade e expansão da produção bibliográfica acerca da Regionalização na Saúde e do ente estadual nesse processo. O início da formulação do instrumento e a decisão para a formação do comitê de especialistas avaliadores, exigiu do grupo de pesquisa atenção e dedicação para a garantia das rodadas do método.

A organização do grupo para a primeira e terceira rodada, claramente baseadas na técnica Delphi, foi facilitada pela produção científica existente em relação à técnica, a objetividade e clareza do modo como a desenvolver, a possibilidade de realizar ajustes, preservando as características principais. A opção do uso do correio eletrônico favoreceu o contato com os avaliadores, bem como, o comprometimento dos mesmos em obedecer aos prazos atribuídos pelo grupo de pesquisa.

A escolha do encontro face a face, baseado no comitê tradicional, potencializou a produção do instrumento. As discussões oriundas desse espaço reafirmaram a importância do estudo, aproximaram a matriz do cotidiano vivido no sistema de saúde e objetivaram os critérios estipulados como indispensáveis para a discussão do tema.

A participação de pesquisadores colaboradores na segunda etapa, que não participaram da primeira realçou as opiniões, fomentou produções acerca da permanência ou não dos critérios e contribuiu para definição do consenso. O modo como foi conduzido o espaço permitiu a participação de todos os envolvidos, para que não ocorresse a polarização em relação às discussões ou a prevalência de uma concepção. Notou-se que a realização da oficina foi definidor para a matriz e ao que ela se propôs no contexto da pesquisa.

A operacionalização do estudo configurou-se como agente de aprendizagem para o grupo de pesquisa, pois ficou evidente o modo como o uso da Técnica de Conferência de Consenso mobilizou a participação dos integrantes e definiu-se como uma opção metodológica potente. Nesse sentido, a experiência forjou espaços de discussão, colocou em destaque o desenvolvimento da técnica, como exemplo, a

realização de uma oficina com a temática da técnica e a articulação com o processo de regionalização na saúde, desenvolvida nas dependências da UFPE, aberta para os interessados na abordagem metodológica.

No contexto da pesquisa, a MARS serviu como embasamento para a construção de roteiros de entrevistas com gestores estaduais envolvidos no processo da regionalização na saúde nos estados da região Nordeste estudados, inicialmente, os estados de Pernambuco e da Bahia. A realização das entrevistas possibilitou coletar dados sobre o objeto de pesquisa e propiciou um feedback positivo avaliativo dos entrevistados acerca do roteiro de entrevista baseado na MARS.

Logo, o grupo de pesquisa relaciona o feedback a estratégia metodológica desenvolvida para a construção da matriz, afirmando assim, a importância da Técnica de Conferência de Consenso para a pesquisa no campo das políticas públicas de saúde, especificamente, no tocante ao processo de regionalização na saúde.

REFERÊNCIAS

1. Leite VR, Lima KC, Vasconcelos L. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. *Ciênc. Saúd colet.* [internet]. 2012. [Acessado em nov. 2014.]17(7):1849-56. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700024>.>
2. Viana ALD, Lima LD. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: _____, (organizadores) *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011. 11-26 p.
3. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 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. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 de Junho de 2011* [cited 2014 Nov 24]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Decreto nº 7.508/11/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Decreto_nº_7.508/11/D7508.htm).
4. Albuquerque MV. O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros [tese] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.

5. Listone HA, Turoff M, Helmer O. Introducion. In:_____ (Editors). The Delphi Method: Techniques and Applications. 2002. 4-12p.
6. Listone HA, Turoff M, Helmer O. General Applications. In:_____ (Editors). The Delphi Method: Techniques and Applications. 2002. 69-79p.
7. Turoff M. The Policy Delphi. In:_____ (Editors). The Delphi Method: Techniques and Applications. 2002. 80-96p.
8. Perez Andres C.¿Deben estar las técnicas de consenso incluidas entre las técnicas de investigación cualitativa?.Rev. Esp. Salud Publica [internet]. 2000, [cited 2015 Nov 14] 74(4):00-00. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272000000400001>.
9. Wright JTC, Giovinazzo R. Delphi- Uma ferramenta de apoio ao planejamento prospective. Cader de Pesq Adm. São Paulo. 2000;1(12):55-65.
10. Onocko Campos RT, Miranda L. Gama, CAP; Ferrer, AL; Diaz, A. Gonçalves, L; Trapé, TL. Oficina de construção de indicadores e dispositivos de avaliação: uma nova técnica de consenso. Est Pesq Psicol. 2010. UERJ. Rio de Janeiro. 10(1);221-41.
11. Souza LEPF, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre imagem-objeto da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA. Silva LMV. organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA/ Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 65-89 p.
12. Boulkedid R. Using and Reporting the Delphi method for Selecting Healthcare Quality Indicators. A Siystematica Revieix. PLos ONE. 2011;6(6):1-9.
13. Reis YAC. Consenso sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde do SUS. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Recife: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, 2010.
14. Reis YAC. Cesse EAP. Carvalho, EF. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil. [internet]. 2010 [cited 2015 Nov 15]; 10(1);157-72. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500014>.
15. Cunha JVA. Doutores em Ciências Contábeis da FEA/USP: Análise sob a óptica da teoria do capital humano. (tese) São Paulo: Universidade de São Paulo - USP. 2007.

16. Barrio IM. et al . Consenso sobre los criterios de legibilidad de los folletos de educación para la salud. *Anales Sis San Navarra*. 2011. [Internet] [cited 2015 Dec 19] 34(2) Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000200003&lng=es&nrm=iso>.
17. Dini AP et al . Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: construção e validação de categorias de cuidados. *Rev Esc Enferm. USP. São Paulo*. 2011 [cited 2015 Dec 18] 2011;45(3):575-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300004&lng=en&nrm=iso>.
18. Jones J, Hunter D. Qualitative research: consensus methods for medical and health services research. *British Medical Journal*. 1995;311(7001):376&-80.
19. Castro AV. Rezende M. A Técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. *reme - Rev Min Enferm*, 2009 [cited 2015 Dec 13] 2009;13(3):429-434. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/209>.
20. Cardoso LRA, Abiko AK, Haga HCH, Inouye KP. Gonçalves , OM. Prospecção de futuro e Método Delphi: uma aplicação para a cadeia produtiva da construção habitacional. *Ambiente Construído*. Porto Alegre. 2005;5(3):63-78.
21. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Rev Rene*. 2012;13(1):242-51.
22. Pereira RDM, Alvim NAT. Técnica Delphi no diálogo com enfermeiros sobre a acupuntura como proposta de intervenção de enfermagem. *Esc. Anna Nery* [online]. 2015 [acessado 13 de dez de 2015]; 2015;19(1):174-80.
23. Kuwabara CCT, Évora YDM, Oliveira MMB. Gerenciamento de risco em tecnovigilância: construção e validação de instrumento de avaliação de produto médico-hospitalar. *Rev Latino-Am. Enferm*. 2010;18(5):[09 telas].

Neurological consequences of abusive use of anabolic-androgenic steroids

Consecuencias neurológicas del uso abusivo de esteroides anabólico-androgénicos

Consequências neurológicas do uso abusivo de esteróides anabolizantes androgênicos

Leandro Almeida de Oliveira¹⁹
Lindisley Gomides²⁰
Nicholas Mayers²¹
João Pedro Belchior Santos²²
Brenda Borcard Filho²³
Isadora Nogueira Assunção²⁴
Marcos Gonçalves Santana²⁵
Marli do Carmo Cupertino²⁶
Francielly Baêta Lacerda²⁷

¹⁹ E-mail: leandro.oliveira@fadip.com

²⁰ Diplomada em Farmácia pelo Centro Universitário do Leste de Minas Gerais, UNILESTE/MG (2009). Mestre em Fisiologia e Farmacologia (2012) - CAPES 7 - e Doutora em Biologia Celular (2015) - CAPES 6 - pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: lindys.gomides@ufmg.br

²¹ E-mail: nicholas.maiers@ufv.br

²² Graduando em Medicina, na Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga, FADIP, Brasil. E-mail: joao.santos@fadip.com

²³ E-mail: brenda.filho@fadip.com

²⁴ Acadêmica de Medicina da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (FADIP), vice-presidente e fundadora da Liga Acadêmica de Terapia Intensiva da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (LATI-FADIP). E-mail: isadora.assncao@fadip.com

²⁵ Possui graduação em Medicina Veterinária pela Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde (2011). Atualmente graduando em Medicina pela faculdade Dinâmica do Vale do Piranga Ponte Nova Minas Gerais. E-mail: marcos.santana@fadip.com

²⁶ Médica Veterinária (2010), Mestre em Biologia Animal (2012) e Doutora em Biologia Celular e Estrutural (2016) pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). E-mail: marli.cupertino@ufv.br

²⁷ Graduada em Medicina, na Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga, FADIP, Brasil. Especialização - Residência médica em andamento. E-mail: francielly.baeta@fadip.com

ABSTRACT

The abuse of anabolic-androgenic steroids (AASs) is associated with high morbidity and mortality rates. The highest incidence of this malpractice documented in males (prevalence rate about 6.4%), a third of which develop adverse reactions. Accordingly, the objective was to review published studies about the neurological complications triggered by the indiscriminate use of AASs, with focus on the pathogenesis of lesions in the nervous system (NS). As a result it was observed that at NS, these stimulants actuate through a complex signaling systems that include the neuroendocrine alteration of the hypothalamic-pituitary-gonadal axis, modification of neurotransmitters and their receptors, as well as the induction of neuronal death by apoptosis in several pathways. These organic neurological alterations can lead to a clinical symptomatology with neurological, mood and sleep disorders. Consequently, varying adverse effects were observed analogous to the class of AAS utilized, how it was administered and time of use. Even though to date, only a few classes were submitted for scientific analyses, on dosages, mode of administration and specific exposure times. Furthermore, the illegal use and production of these drugs does not propitiate their appropriate application, quality control and purity. It was concluded that the abuse of AAS has inimically severe and complex effects, including serious neurotoxic issues.

Keywords: anabolic steroids; hormones; neurology; psychiatry; adverse effects.

RESUMEN

El abuso de esteroides anabólico-androgénicos (EAA) se asocia con altas tasas de morbilidad y mortalidad. La mayor incidencia de esta mala práctica documentada en varones (tasa de prevalencia alrededor del 6,4%), un tercio de los cuales desarrollan reacciones adversas. Por lo tanto, el objetivo fue revisar los estudios publicados sobre las complicaciones neurológicas desencadenadas por el uso indiscriminado de AAS, con foco en la patogenia de las lesiones en el sistema nervioso (SN). Como resultado se observó que en el SN estos estimulantes actúan a través de un complejo sistema de señalización que incluye la alteración neuroendocrina del eje hipotálamo-pituitario-gonadal, modificación de neurotransmisores y sus receptores, así como la inducción de muerte neuronal por apoptosis en varios caminos. Estas alteraciones neurológicas orgánicas pueden dar lugar a una sintomatología clínica con trastornos neurológicos, del estado de ánimo y del sueño. En consecuencia, se observaron diversos efectos adversos análogos a la clase de AAS utilizada, cómo se administró y el tiempo de uso. Aunque hasta la fecha, solo unas pocas clases fueron enviadas para análisis científicos, sobre dosis, modo de administración y tiempos de exposición específicos. Además, el uso y producción ilegal de estas drogas no propicia su adecuada aplicación, control de calidad y pureza. Se concluyó que el abuso de AAS tiene efectos adversos graves y complejos, incluidos problemas neurotóxicos graves.

Palabras clave: esteroides anabólicos; hormonas; neurología; psiquiatría; efectos adversos.

RESUMO

O abuso de esteróides anabólicos androgênicos (EAAs) está associado a altas taxas de morbidade e mortalidade. A maior incidência desta negligência documentada em homens (taxa de prevalência de cerca de 6,4%), um terço dos quais desenvolvem reações adversas. Nesse sentido, o objetivo foi revisar os estudos publicados sobre as complicações neurológicas desencadeadas pelo uso indiscriminado de EAAs, com foco na patogênese das lesões no sistema nervoso (SN). Como resultado observou-se que no SN, esses estimulantes atuam por meio de sistemas de sinalização complexos que incluem a alteração neuroendócrina do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, modificação de neurotransmissores e seus receptores, bem como a indução de morte neuronal por apoptose em vários caminhos. Estas alterações neurológicas orgânicas podem levar a uma sintomatologia clínica com alterações neurológicas, do humor e do sono. Conseqüentemente, foram observados efeitos adversos variados de acordo com a classe de AAS utilizada, forma de administração e tempo de uso. Mesmo assim, até o momento, apenas algumas classes foram submetidas a análises científicas, quanto a dosagens, modo de administração e tempos específicos de exposição. Além disso, o uso e a produção ilegais dessas drogas não propiciam sua adequada aplicação, controle de qualidade e pureza. Concluiu-se que o abuso de AAS tem efeitos inimigas graves e complexos, incluindo graves problemas neurotóxicos.

Palavras-chave: esteróides anabolizantes; hormônios; neurologia; psiquiatria; efeitos adversos.

INTRODUCTION

Steroids comprise a large group of fat-soluble substances derived from cholesterol molecules. Their basic structure comprises seventeen carbon atoms, arranged in four rings connected to each other¹. They are widely distributed in living organisms (e.g. sex hormones and vitamin D). The gonads and the adrenal cortex naturally synthesize steroid sex hormones by actualizing several anabolic and androgenic functions (metabolic control and the development of sexual characteristics) in the body. These hormones can also be produced synthetically for medical-therapeutic purposes^{1, 2, 3}.

Anabolic steroids, also known as anabolic-androgenic steroids (AASs), are synthetic drugs that have a chemical structure analogous to steroids produced by the body³. These steroidal androgens mimic the effects of testosterone by altering functions related to metabolic control and the development of sexual characteristics^{2, 3}. Legally, AASs are employed for specific medical conditions, such as

hypogonadism. Illegitimately, they are primarily used to improve aesthetics, increase muscle mass increase performance and endurance, and reduce recovery time between workouts. However, many users can underestimate the health risks associated with the abusive use of these medications^{2,4}.

Currently, exploitation of anabolic steroids is a worldwide problem and involves millions of individuals, mostly young men^{4,5}. The primary objectives of these individuals are stimulation of muscular hypertrophy and enhancement of athletic performance, ensuring greater resistance, physical strength, allied with improved self-confidence and body fat reduction^{1,4}. It is estimated that 43% of cases of hypogonadism in young men are related to previous abuse of AASs⁶. Moreover, the misuse of AASs is globally documented among 18.4% of recreational athletes and 6.4% of men⁷.

Data from current literature show that anabolic steroid abuse is associated with increased morbidity and mortality^{9,10}, given that a third of AASs consumers develop disadvantageous effects from abusive use^{11,12}. In the medical and scientific community, the deliberation on the side effects from AASs is still inadequate¹⁰. Accordingly, further studies are essential to specify their instability and whether the collateral developments are linked to a particular mode of use. Thereby, preventive and control measures could be established, to regulate such inimical reactions, as well as seek adequate measures to limit the perversion of these substances^{10,11}.

Due to the relevance of the theme, the present study sought to review, analyze and compile the published data on the main adverse effects and neurological complications triggered by the indiscriminate use of AASs with focus on the etiopathogenesis of central nervous system lesions.

METHODOLOGY

Search strategies and article selection

To perform this study, PubMed, Scopus and SciELO databases were searched for articles, published up to April 2019. The search strategy was based on three

components: (i) anabolic-androgenic steroids, (ii) neurotoxicity and neurological complications and (iii) common adverse effects. The search filters were developed in concordance with the thesaurus platform - MeSH terms (Medical Subject Headings). The following descriptors and Boolean operators were utilized “Anabolic Agents AND Neurotoxicity Syndromes”, “Testosterone Congeners AND Neurotoxicity Syndromes”, and “Anabolic Agents AND Adverse effects”. Neither language nor chronologic restrictions were applied when searching for the articles. The initial screening was carried out considering the title and abstract of all articles found. Contrasting the authors, title, year and journal of publication eliminated duplicated studies. After this first selection, all potentially relevant studies were downloaded in their entirety to have their eligibility assessed.

Exclusion and Inclusion Criteria

The exclusion of studies relied solely on the following well-defined criteria: (i) studies concerning AASs not associated with adverse effects, (ii) studies relating to AASs that didn't include data of common clinical/neurological aspects, (iii) adverse effects by drugs abuse with no relation to AASs; iv) studies from secondary or incomplete texts (i.e. editorials, remarks/comments, letters to the editor, dissertations, theses, book chapters, publications in event annals and articles unavailable in full-text). The reference lists of the relevant articles were selected for potentially admissible documents. The inclusion criteria focused on articles which dealt with individuals who engage or partook in the use of AASs and suffer from the adverse effects correlated to the common clinical/neurological aspects. Moreover, this criteria was specifically defined to contemplate the proposed objective, granting a greater in-depth analysis of the use of anabolic steroids and the probable damage to the nervous system or alterations to general clinical standards.

Data extraction

Qualitative data was obtained from all of the included articles. The extraction of the data was classified as follows: (i) Therapeutic indications; (ii) Chemical

composition; (iii) Effects - therapeutic and general adverse effects; and (iv) Neurological effects: general neurological signs and symptoms; Etiopathogenesis of neurological disorders; AASs and morphological changes; AAS and the death of neurons.

RESULTS

Therapeutic indications

Clinical indication for therapeutic intervention with AASs is associated with situations of hypogonadism, to promote the increase of gonadocorticoids and gonadal steroids, and as a result, stimulate the development and maintenance of the body's sexual characteristics. They are also indicated in cases of delayed puberty and growth stimulation, neonatal micropenis, deficiency of protein metabolism, partial androgen deficiency in elderly men and the treatment of androgen deficiency subsidiary to chronic diseases^{2,3,4,5}. In addition, the adoption of these stimulants in AIDS-related cachectic patients or associated chronic diseases (cancer, chronic renal failure, and chronic obstructive pulmonary disease) has substantiated the studies on the manipulation of body weight^{3,4,5,6,7,8}. Thusly, the pharmaceutical dispensing of these drugs should only be executed under medical supervision^{9,12}.

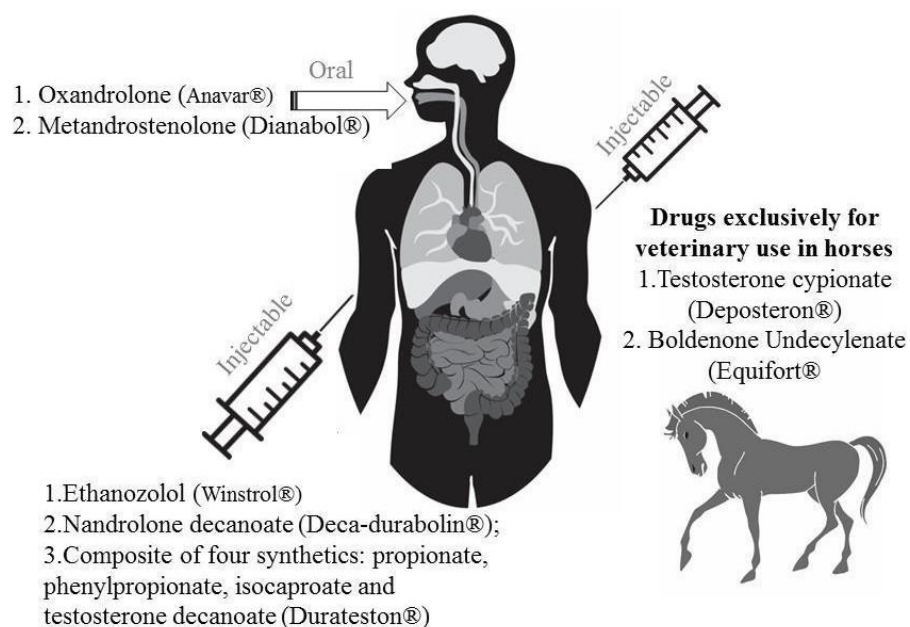
Currently, AASs are widely used to promote muscular hypertrophy and greater athletic performance, which guarantees greater resistance, physical strength, tiredness relief and muscular fatigue, allied with increased self-confidence and body fat reduction^{11,12,13}. These effects are triggered by increased muscle mass, increased hemoglobin and hematocrit concentration, nitrogen retention, increased calcium deposition, and increased fat combustion³. Due to many physical and predominantly aesthetic improvements, there has been an increase in the application of AASs in the last five decades worldwide^{14,15}.

Chemical composition

The name anabolic-androgenic steroids is attributable to its chemical structure, which is analogous to the hormones produced by the organism. These synthetic compounds have several active principles, among them: testosterone & some of its esters, methyltestosterone, oxandrolone, fluoxymesterone, nandrolone decanoate and oxymetholone^{1,3,4}.

The AASs have in their structure chemical variations classified as 17- α -Alkylation, 17- β -esters and 1-methyl steroid, which exhibit distinct peculiarities, but with similar objectives. The most used variations are divided into two pharmaceutical forms: oral (17- α -nickel) and injectable (17- β -esters). The injectable type (administered intramuscularly) is less harmful when compared to the oral formulations. Another advantage they present is lipid solubility, which minimizes contamination by bacteria and slows its circulation in the bloodstream, thus prolonging its action^{4,17}. Most oral AASs have hepatic metabolism and are alkylated at the 17th carbon atom, with extensive first-pass metabolism in the liver, making them highly hepatotoxic¹⁰. The principal injectable forms, generally accepted by users, on the market are Stanozolol, Nandrolone; composite of four synthetics: propionate, phenylpropionate, and testosterone isocaproate and decanoate. Additionally, they include drugs exclusively implemented in veterinary medicine, mainly in horses (e.g. testosterone cypionate & boldenone undecylenate). The oral varieties commonly appropriated by users are oxandrolone and metandienone^{4,16,17,18}

Figure 1 - Most used anabolic-androgenic steroids divided according to the route of administration, active principle and trade name * In parenthesis: commercial name (4, 16, 17, 18)



EFFECTS

Therapeutic effects

At therapeutic doses, the androgenic effects of AASs are usually acknowledged as those, which generate masculinization in the organism, being the development of internal & external genitalia, thickening of vocal cords, and an increase in libido, terminal hair growth, secretion from the sebaceous glands. Whereas the anabolic effects are manifested as manipulations of the skeletal muscle and bone, hemoglobin and hematocrit concentrations, retention of nitrogen and bone deposition of calcium with body fat reduction^{4,18,19}

General adverse effects

The adverse effects are induced from the application of AASs in high dosages, in most cases without prescription; these doses are said to be 10-100 times greater than the usual effective concentration (EC). Furthermore, the fact that specific pharmacological receptors of the drug are saturated with doses well below the aforementioned should be highlighted⁸.

The two major reasons for the exploitation of these stimulants are (i) efficiency and performance enhancement of competitive and recreational athletes, and (ii) solely aesthetic purposes. Both reasons are physiologically linked to the anabolic actions of these substances, which can stimulate nitrogen fixation, with positive nitrogen balance, stimulus to erythropoiesis, increased protein synthesis in several tissues, muscle development in the body^{1,3,4,22}. Wherefore, users perceive it as seemingly advantageous the continuous exploitation of the AASs^{1,3,7}. In the United States, it is estimated that 67% of elite athletes use these drugs²⁰, whereas in Brazil, the prevalence is around 11.1%²¹.

Although complete dissociation of the side effects have not yet been achieved, some AASs have shown a significant increase in anabolic activity with reduction of androgen effects^{1,4}, which favors the heightened consumption of the drug for those seeking rapid gains. The anti-catabolic effects of these compounds occurs mainly through inhibition of bone resorption and reduction of protein degradation^{1,19}.

Most users are aware of the adverse effects from misuse (e.g. mood fluctuations, gynecomastia, decreased libido and suppression of spermatogenesis, besides reduction in HDL cholesterol, and increases in hematocrit and liver toxicity) which they egocentrically choose to ignore, classifying them as mild or transient^{10, 11}. In women, there are plausible changes in the menstrual cycle, thickening of the voice, and growth of facial hair. In adolescents, growth may be interrupted prematurely and permanently^{1,4,5}. Effects such as testicular tissue atrophy, hepatic & prostate tumors, cirrhosis, endocrine system disturbances, and lipid metabolism alterations^{4,5,8,18} are commonly documented over continuous usage, at high doses.

Withdrawal of androgens after chronic use may induce prolonged and sometimes irreversible hypogonadism; with frequently reported hepatotoxic & nephrotoxic effects and musculoskeletal system issues^{4,5,6,7}.

Recent studies have confirmed that long-term supra-physiological exposure to AASs produces cardiovascular toxicity, leading to acute myocardial infarction, caused by significant reductions in diastolic measurements and hypertrophy of the heart muscle in addition to atherosclerotic disease^{4,5,6,8}.

NEUROLOGICAL EFFECTS

General neurological signs and symptoms

The effects of AASs in the Central Nervous System (CNS) have a wide spectrum of signs and symptoms, depending on the variety consumed, dose and duration of use. They can range from the neuroendocrine inhibition of the hypothalamic pituitary gonadal axis (causing hormonal disorders), cardiovascular and hemodynamic changes, and even behavioral disorders such as mood and sleep disorders^{23, 26}.

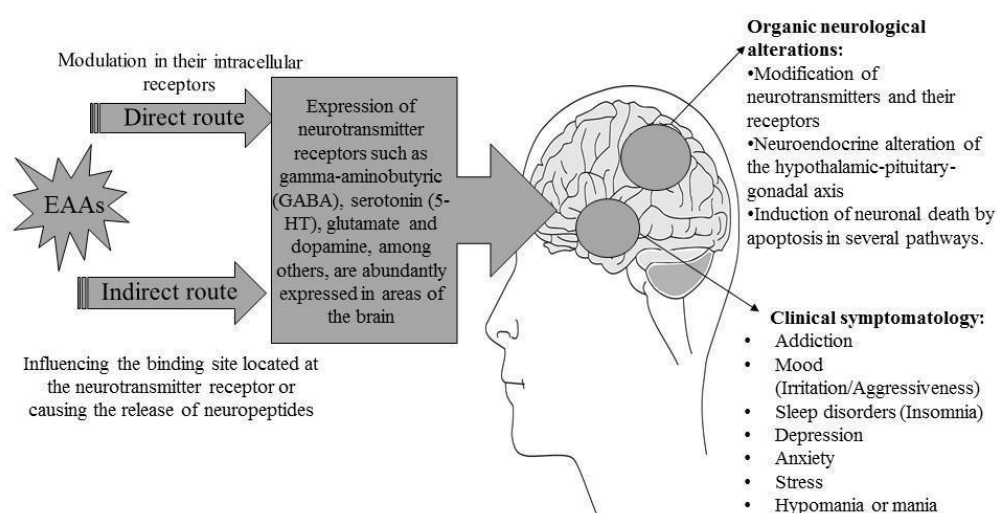
Emerging evidence suggests that long-term abusive exposure to anabolic steroids can cause neurotoxicity. The neurological alterations triggered by neurotoxicity can lead to the establishment of distinct clinical symptomatology such as mood & sleep disorders (expressed as depression and insomnia), increased irritability, and aggression. The depression is usually interpreted as a withdrawal symptom^{2,3,4}. In addition, there is also an increased possibility of dementia after prolonged high dosage application^{4,5}.

The administration of these pharmaceuticals, in abusive doses, is also associated with anxiety, hypomania or mania^{27,28}. These changes reflect the remarkable psychopathological comorbidity between drug dependence and disorders that induce neurotrophic changes in the neural circuits²⁹.

Etiopathogenesis of neurological disorders

The anabolic steroids trigger pharmacological effects in the CNS in two distinct ways: directly, with modulation in their intracellular receptors; and indirectly, by influencing the binding site located at the neurotransmitter receptor or causing the release of neuropeptides^{30, 31}. These actions can affect the expression of neurotransmitter receptors namely gamma-Aminobutyric acid (GABA), serotonin (5-HT), glutamate (GLU) and dopamine (DA), which, among others, are abundantly expressed in areas of the brain associated with varying physical and psychological compartments^{32,33,34,35}

Figure 2 - Etiopathogenesis of neurological disorders by pharmacological actions in the Central Nervous System triggered by anabolic-androgenic steroids (AASs) (32, 33, 34, 35)



Moreover, the interaction between the polymorphic region of the 5-HT receptor expression and neuroticism has been identified in athletes predisposed to anxiety, depression and aggressiveness, and the dose-dependent effect³⁶. The regions of the brain involved in this expression are the hypothalamus, basal gland, amygdala and hippocampus, which seemingly have a greater effect on the

steroidogenic enzymes and the receptors involved in their synthesis and metabolism^{37,38}. Studies have shown that anabolic activity provokes drastic neurological modifications by reducing the amount of proteins that are employed as 5-HT (modulator of several physiological processes) receptors; this justifies the onset of withdrawal symptoms (e.g. depression), especially after the discontinuation in intake of AASs, considering the possible evolution to suicidal tendencies^{5,15,39}.

In addition to 5-HT, anabolic steroids also interfere with the signaling of DA (neurotransmitter responsible for motor and behavioral synapses in the CNS). Differently to the commonly abused drugs, they do not trigger amplified euphoric impulses nor do they present immediate intoxication, since they do not immediately alter the DA levels in the organism. However, they do activate the reward system (drug dependency), signaled by DA, and consequent, abstinence withdrawal syndrome^{5,11,40}. AASs exert different effects on distinct DA receptors. Specifically, they can decrease the density of the D1 receptors in the striatum and that of both of the D1 and D2 receptors in nucleus accumbens (NAc/NAcc). In contrast, they increase the density of the D2 receptors in the putamen³². Studies of Nandrolone administration have shown that the drug reduces DA activity, in addition to decreasing the levels of its metabolites⁴¹. This is worrying since NAc is part of the mesocorticolimbic dopamine system and is involved in important physiological events such as cognition, decision-making, motivation and reward³².

In a study evaluating age variability amongst AASs abusers and consumers (athletes and habitual users), it was suggested that anxiety disorders were more prevalent among those who were also engaged in excessive consumption of alcohol, compared to non-AAS users⁴². Therefore, researchers have proposed that the abuse of AASs in adolescence can alter the body's androgen levels, which can negatively influence their psychological comportment⁴³.

Emotional and behavioral burnouts have been conceptualized as sudden and exaggerated provocations from the application of the stimulants^{43,44}. In addition, users suffer from an inability to adapt to situations, generating frustration and impulsivity⁴⁵.

Piacentino *et al.* argued that the relationship between the use of the pharmaceuticals and the observed psychopathologies should not be considered as simple and isolated events. Citing the importance of the analysis of the complex circuitry regulated by the neuroendocrine mechanism encompassing different regions of the CNS and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA axis)⁴⁵. Another aggravating factor corroborating this analysis is the fact that most AASs bind to the androgenic and estrogenic receptors, found abundantly in the CNS, with high local aromatase activity, generating estrogenic metabolites⁴⁶. These metabolites, by activating secondary messengers, are able to interact with both the estrogen receptor alpha (ER α) and the estrogen receptor beta (ER β), and/or the progesterone receptors, without being metabolically converted into estrogen^{26,47}. Thus, these stimulants can expand their effects to systemic levels and reinforce the exponential increase of adverse effects.

The signaling initiated by anabolic steroids in the CNS include classical genomic and non-genomic actions. After combining with the androgenic intracellular receptors, the steroids induce oxidative stress and impair mitochondrial activity, when in high doses. These drugs also affect GABAergic transmission (in the forebrain)^{26,48}, which intensifies aggressiveness and irritability^{46,49}.

Utilizing *in vivo* testing, the exploitation and chronic use of anabolic steroids were shown to reduce levels of the neurotrophic factor in the hippocampal and prefrontal cortex regions; also demonstrating a reduction in the glucocorticoid receptor (GR/GCR) expression in the hippocampus and an increase in diurnal basal levels of corticosterone⁵⁰. In human subjects, around 500 AAS users, nearly half had insomnia, and the others experienced varying sleep disturbances such as increased non-REM sleep phase 4 and REM sleep latency^{51,52}. Additionally, patients under chronic anabolic use also presented reduction in total sleep time with reduced efficacy, together with reductions in the non-REM phases and increases in the N253 stages. This develops from increased neuronal excitability derived from action of these steroids on the CNS^{51,52,53}.

Psychological and psychiatric manifestations were other topics extensively described in the literature. Mood changes (euphoria, increased self-esteem, emotional lability, impulsivity); modifications in comportment such as cognitive skills, aggression and violence²¹; antisocial behavior; and manic episodes, delirium, paranoia, and schizophrenic outbreaks were observed in several cases⁵⁴. These symptoms require further examination to elucidate the relationship between dosage and period of exposure to AASs.

AASs and morphological changes

Regarding the CNS anatomy, these stimulants alter the morphology of neurons and the glial cells in the region of the NAc shell. These neuroanatomical changes are a likely cause of the cognitive effects produced by the drugs. Male subjects who administer anabolic steroids have exhibited a smaller volume of gray matter in their cortex and putamen compared to those who do not⁵⁵. Prolonged exposure to the drug probably has the greatest impact on the structural characteristics of the brain, especially in individuals who develop dependence.

In the evaluation of the cellular alterations, *in vivo* was incorporated to assess the structural alterations in the particular regions of the brain that were briefly exposed to the anabolic steroid Nandrolone decanoate. Recent research concluded that no significant changes were noted in the cellular framework, particularly in Purkinje fibers of the cerebellum⁵⁶; the neurons responsible for the afferent modulation of afferent sensory information reaching the cerebellar cortex^{57,58}. In contrast, another similar study, but which adopted the testosterone cypionate as its focal point, demonstrated a decrease in Purkinje cells in female animals and a noticeable increase in the aggressiveness of treated animals compared to the control group⁵⁹. Furthermore, similar investigations using alternating dosages and periods of administration of Boldenone and Stanozolol also revealed variations in the levels of reactive oxygen species (ROS) in the cerebral cortex and hippocampus⁵⁷, responsible for the cellular neurotoxicity of these regions.

Using a magnetic resonance imaging (MRI), structural and functional analyses were executed on weight lifters using AASs. These subjects exhibited increased amygdala volume and reduced functional MRI coupling in the resting state of the amygdala. It was suggested that prolonged use of such might negatively modulate functional and structural brain networks related to the amygdala⁵⁸. This data emphasized the need for further investigation in this area to substantiate the involvement of anabolic steroids in cerebellar lesions, considering the importance of this region for the organisms' cognitive and motor capabilities.

AAS and the death of neurons

Cases of dementia in chronic users of AAS have been associated with induction of neuronal death (4, 5). The neuronal apoptosis was observed in assorted extensions, through several mechanisms, and solely varying according to the class of AAS used².

High concentrations of anabolic steroids can alter intracellular calcium-dependent transmission, affecting inositol trisphosphate (IP₃) receptors, leading to the apoptosis⁶⁰. Apoptosis is also caused by the over-stimulation of GLU receptors associated with increased calcium influx through ion channels linked to these receptors^{13,26}. Also N-Methyl-D-aspartate (NMDA), a GLU receptor agonist, can trigger extrinsic apoptosis via signaling of extracellular stress. There is a suggestion that AASs increase neuronal susceptibility to apoptotic stimuli¹⁴, corroborating the results of the *in vitro* studies in which the apoptotic repercussions were only observed in dopaminergic neurons cultured through the oxidative stress induced by these stimulants².

By amplifying the apoptotic events induced by anabolic steroids, the involvement of the beta-Amyloid 42 peptide (A β 42), may contribute to the onset and/or progression of neurodegenerative diseases (Alzheimer's disease)¹⁵. It was also shown that trenbolone acetate increases A β 42 production and induces apoptosis in primary hippocampal neurons²².

FINAL CONSIDERATIONS

Despite the seemingly detrimental effects derived from the misuse of anabolic steroids, there is still a scarcity in the implementation effective strategies to prevent this reoccurrence. It is difficult to deliberate upon the specific risks involved from the abuse of these pharmaceuticals in general terms by virtue of several determinants, namely their contrasting classes, mode & duration of administration and the particular characteristics of each user.

There is a consensus that based on their chemical properties many types of AASs are not equally harmful. According to the distinct class, some provide gynecomastia while others are more androgenic. Regarding the mode of administration, most oral androgens have hepatic metabolism and manifest high hepatotoxicity, whereas the injectable may result in hematoma and infection. Chronic exposure causes a cumulative increase of the severity of these effects.

Another factor to consider is the probable infringements derived from the clandestine utilization and production of most steroids. These illicit practices usually lack adequate quality control procedures, meaning an increased likelihood of contamination and/or altering the chemical composition of the specific classes of the AASs; done through additives (growth hormone {GH}, aromatase inhibitors {AIs} & insulin) that can enhance or diminish the quality of the product. Moreover, the combined administration of several classes of anabolic steroids is also another exploited method.

The abuse of AAS has inimically severe and complex effects, including serious neurotoxic issues. Morphological changes in the nervous tissue and the death of neurons were already reported in several studies. This morphological alterations along with physiological alterations, triggers, by several pathways, clinical symptomatology in the nervous system.

REFERENCES

1. Shahidi NT. A review of the chemistry, biological action, and clinical applications of anabolic-androgenic steroids. *Clin. Ther* 2001; 23(9) 1355-90.
2. Zelleroth S, Nylander E, Nyberg F, Grönbladh A, Hallberg M. Toxic impact of anabolic androgenic steroids in primary rat cortical cell cultures. *Neuroscience*. 2019;397:172- 83.
3. Evans NA. Current Concepts in Anabolic-Androgenic Steroids. *The American Journal of Sports Medicine*. 2004;32(2):534-42.
4. NIDA – National Institute on Drug Abuse. Anabolic Steroids. [Internet]. 2018 nov 27. Available at: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/anabolic-steroids>
5. Kanayama G, Kaufman MJ, Pope HG. Public health impact of androgens. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*. 2018;25(3):218-23.
6. Coward RM, Rajanahally S, Kovac JR, Smith RP, Pastuszak AW, Lipshultz LI. Anabolic steroid induced hypogonadism in young men. *The Journal of urology*. 2013;190(6):2200-5.
7. Sagoe D, Molde H, Andreassen CS, Torsheim T, Pallesen S. The global epidemiology of anabolic-androgenic steroid use: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Annals of epidemiology*. 2014;24(5):383-98.
8. Angell PJ, Green DJ, Lord R, Gaze D, Whyte G, George KP. Acute cardiovascular responses to resistance exercise in anabolic steroids users: A preliminary investigation. *Scienc Sports*. 2018;33(6):339-46.
9. Horwitz H, Andersen JT, Dalhoff KP. Health consequences of androgenic anabolic steroids. *J Intern Med* 2018; doi: 10.1111/joim.12850. [Epub ahead of print].
10. De Ronde, W. Preventing anabolic steroid abuse; a long way to go. *Journal of Internal Medicine*. 2018. doi:10.1111/joim.12858.
11. Mędraś M, Brona A, Józków P. The central effects of androgenic-anabolic steroid use. *Journ Addict Medic*. 2018;12(3):184-92.
12. Mazzeo F. (2018). Anabolic steroid use in sports and in physical activity: Overview and analysis. *Sport Mont*. 2018;16(3):113-18.
13. Lipton SA. Paradigm shift in neuroprotection by NMDA receptor blockade: memantine and beyond. *Nat Rev Drug Discov*. 2006;5: 160-70.

14. Orlando R, Caruso A, Molinaro G. Nanomolar concentrations of anabolic-androgenic steroids amplify excitotoxic neuronal death in mixed mouse cortical cultures. *Brain Res.* 2007;1165:21-29.
15. Caraci F, Pistara V, Corsaro A. Neurotoxic properties of the anabolic androgenic steroids nandrolone and methandrostenolone in primary neuronal cultures. *J Neurosci Res.* 2011;89:592-00.
16. Pope HGJR, Kanayama G, Hudson JI. Risk factors for illicit anabolic-androgenic steroid use in male weightlifters: a cross-sectional cohort study. *Biol Psychiatry.* 2012;71:254-61.
17. Kanayama G, Brower KJ, Wood RI, Hudson JI, Pope HGJR. Anabolic-androgenic steroid dependence: an emerging disorder. *Addiction.* 2009; 104:1966-78.
18. Christou MA, Christou PA, Markozannes G, Tsatsoulis A, Mastorakos G, Tigas S. Effects of Anabolic Androgenic Steroids on the Reproductive System of Athletes and Recreational Users: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med.* 2017;47(9):1869-83.
19. Fortunato RS, Rosenthal D, Carvalho DP. Abuso de Esteróides Anabolizantes e seu Impacto sobre a Função Tireóidea. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2007;51(9):1417-24.
20. Bahrke MS, Yersalis CE, Kopstein AN, Stephens JA. Risk factors associated with anabolic-androgenic steroid use among adolescents. *Sports Med.* 2000;29(6):397-05.
21. Silva PRP, Danielski R, Czepielewski MA. Esteroides anabolizantes no esporte. *RBME.* 2002;8:235-43
22. Ma F, Liu D. 17b-trenbolone, an anabolic-androgenic steroid as well as an environmental hormone, contributes to neurodegeneration. *Toxicology and applied pharmacology.* 2015;282(1):68-76.
23. Pagonis TA, Angelopoulos NV, Koukoulis GN, Hadjichristodoulou CS. Psychiatric side effects induced by supraphysiological doses of combinations of anabolic steroids correlate to the severity of abuse. *Eur Psychiatry.* 2006;21:551-62.
24. Talih F, Fattal O, Malone D Jr. Anabolic steroid abuse: psychiatric and physical costs. *Cleve Clin J Med.* 2007;74:341-44.
25. Tucci P, Morgese M, Colaianna M, Zotti M, Schiavone S, Cuomo V. Neurochemical consequence of steroid abuse: stanozolol-induced monoaminergic changes. *Steroids.* 2012;77:269-75.

26. Pomara C, Neri M, Bello S, Fiore C, Riezzo I, Turillazzi E. Neurotoxicity by synthetic androgen steroids: oxidative stress, apoptosis, and neuropathology: a review. *Curr Neuropharmacol*. 2015;13(1):132-45.
27. Amiaz R, Seidman SN. Testosterone and depression in men. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2008; 15(3):278-83.
28. Zarrouf FA, Artz S, Griffith J, Sirbu C, Kommor M. Testosterone and depression: systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Pract*. 2009;15(4):289-05.
29. Schwartz JJ, Ricci LA, Melloni R. Interactions between the dopaminergic and GABAergic neural systems in the lateral anterior hypothalamus of aggressive AAS-treated hamsters. *Behav Brain Res*. 2009;203(1):15-22
30. Masonis AE, McCarthy MP. Effects of the androgenic/ anabolic steroid stanozolol on GABAA receptor function: GABA-stimulated ³⁶Cl⁻ influx and [35S] TBPS binding. *J Pharmacol Exp Ther*. 1996;279(1):186-93
31. Hughes TK, Rady PL, Smith EM. Potential for the effects of anabolic steroid abuse in the immune and neuroendocrine axis. *J Neuroimmunol*. 1998;83(1-2):162-67.
32. Kindlundh A, Lindblom J, Bergstrom L, Nyberg F. The anabolic-androgenic steroid nandrolone induces alterations in the density of serotonergic 5HT1B and 5HT2 receptors in the male rat brain. *Neuroscience*. 2003;119(1):113-20.
33. Costine BA, Oberlander JG, Davis MC, Penatti CA, Porter DM, Leaton RN, Henderson LP. Chronic anabolic androgenic steroid exposure alters corticotropin releasing factor expression and anxiety-like behaviors in the female mouse. *Psychoneuroendocrinology*. 2010;35(10):1473-85.
34. Kash TL, Winder DG. Neuropeptide Y and corticotropin-releasing factor bidirectionally modulate inhibitory synaptic transmission in the bed nucleus of the stria terminalis. *Neuropharmacology*. 2006;51(5):1013-22.
35. Tasan RO, Bukovac A, Peterschmitt Yn, Sartori Sb, Landgraf R, Singewald N, Sperk G. Altered GABA transmission in a mouse model of increased trait anxiety. *Neuroscience*. 2011;183:71-80.
36. Pope HG, Katz DL. Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use. A controlled study of 160 athletes. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(5):375-82.
37. Pinna G, Agis-Balboa Rc, Pibiri F, Nelson M, Guidotti A, Costa E. Neurosteroid biosynthesis regulates sexually dimorphic fear and aggressive behavior in mice. *Neurochem Res*. 2008;33(10):1990-07.

38. Ostlund H, Keller E, Hurd YL. Estrogen receptor gene expression in relation to neuropsychiatric disorders. *Ann N Y Acad Sci.* 2003;1007:54-63.
39. Kanayama G, Hudson JI, Popope J. Long-term psychiatric and medical consequences of anabolic-androgenic steroid abuse: a looming public health concern? *Drug Alcohol Depend.* 2008;98:1-12.
40. Amsterdam JV, Opperhuizen A, Hartgens F. Adverse health effects of anabolicandrogenic steroids. *Regulatory Toxicology and Pharmacology.* 2010;57:117-23.
41. Birgner C, Kindlundh-Hogberg Am, Orelund L, et al. Reduced activity of monoamine oxidase in the rat brain following repeated nandrolone decanoate administration. *Brain Res.* 2008;1219:103-10.
42. Ip EJ, Trinh K, Tenerowicz MJ, Pal J, Lindfelt TA, Perry PJ. Characteristics and behaviors of older male anabolic steroid users. *J Pharm Pract.* 2015;28(5):450-56.
43. Sato SM, Schulz KM, Sisk CL, Wood RI. Adolescents and androgens, receptors and rewards. *Horm Behav.* 2008;53(5):647-58.
44. Malone DA, Dimeff RJ, Lombardo JA, Sample RH. Psychiatric effects and psychoactive substance use in anabolic- androgenic steroid users. *Clin J Sport Med.* 1995;5(1):25-31.
45. Piacentino D, Kotzalidis GD, Del Casale A, Aromatario MR, Pomara C, Girardi P, Sani G. Anabolic-androgenic steroid use and psychopathology in athletes. A systematic review. *Curr Neuropharmacol.* 2015;13(1):101-21.
46. Penatti CA, Costine BA, Porter D. Effects of chronic exposure to an anabolic androgenic steroid cocktail on alpha5-receptor-mediated GABAergic transmission and neural signaling in the forebrain of female mice. *Neuroscience.* 2009;161:526-37.
47. Oberlander JG, Porter DM, Penatti CA, Henderson LP. Anabolic androgenic steroid abuse: multiple mechanisms of regulation of GABAergic synapses in neuroendocrine control regions of the rodent forebrain. *J Neuroendocrinol.* 2012;24(1):202-14.
48. Clark AS, Henderson LP. Behavioral and physiological responses to anabolic-androgenic steroids. *Neurosci Biobehav Rev.* 2003;27:413-36
49. Zitzmann M. Testosterone and the brain. *Aging Male.* 2006;9: 195-99
50. Matrisciano F, Modafferi AM, Togna GI. Repeated anabolic androgenic steroid treatment causes antidepressant-reversible alterations of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, BDNF levels and behavior. *Neuropharmacolog.* 2010;58:1078-84

51. Leibenluft E, Schmidt Pj, Turner Eh, Danaceau Ma, Ashman Sb, Wehr Ta, et al. Effects of leuprolide-induced hypogonadism and testosterone replacement on sleep, melatonin, and prolactin secretion in men. *J Clin Endocrinol Metab.* 1997;82:3203-07
52. Venancio DP, Tufik S, Garbuio SA. Effects of anabolic androgenic steroids on sleep patterns of individuals practicing resistance exercise. *Eur J Appl Physiol.* 2008;102(5):555-60.
53. Liu PY, Yee B, Wishart SM, Jimenez M, Jung DG, Grunstein RR. The short-term effects of high-dose testosterone on sleep, breathing, and function in older men. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003;88:3605-13.
54. Trenton AJ, Currier GW. Behavioural manifestations of anabolic steroid use. *CNS Drugs.* 2005;19:571-95.
55. Bjornebekk A, Walhovd KB, Jorstad ML. Structural brain imaging of long-term anabolic-androgenic steroid users and nonusing weightlifters. *Biol Psychiatry.* 2017;82:294-02
56. Silva DK, Esteves A, Rossi WC, Nogueira DA. Quantidade de Células de Purkinje no Cerebelo de Camundongos Sob o Uso de Esteróides Anabolizantes. *Rev Neurocienc.* 2012;20(2):200-03.
57. Bueno A, Carvalho FB, Gutierrez JM, Lhamas C, Andrade CM. A comparative study of the effect of the dose and exposure duration of anabolic androgenic steroids on behavior, cholinergic regulation, and oxidative stress in rats. *PLoS One.* 2017;12(6):e0177623
58. Kaufman MJ, Janes AC, Hudson JI. Brain and cognition abnormalities in long-term anabolic-androgenic steroid users. *Drug Alcohol Depend.* 2015;152:47-56.
59. Ribeiro CM, Silva DC, Damião B, Alves DM, Freitas AC, Júnior VCR, Esteves A. Análise quantitativa de células de Purkinje em camundongos sob o uso dos esteroides anabolizantes. *Rev. Neurocienc.* 2014;22(3):432-37.
60. Estrada M, Varshney A, Ehrlich BE. Elevated testosterone induces apoptosis in neuronal cells. *J Biol Chem.* 2006;281:25492-501.

Serviços farmacêuticos relacionados a medicamentos sujeitos a controle especial na atenção primária à saúde no Brasil: revisão integrativa

Pharmaceutical services related to medicines under special control in primary health care in brazil: integrative review

Servicios farmacéuticos relacionados con medicamentos sujetos a control especial en atención primaria de salud en Brasil: una revisión integradora

Rodrigo Fonseca Lima²⁸
Abkeila Dias da Silva²⁹

²⁸ Doutor em Ciências Farmacêuticas pela Universidade de Brasília (2018), mestre em Ciências pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ/PE (2013). E-mail: drigofl@gmail.com

²⁹ Professora de Educação Básica na Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal, licenciada em Química pela Universidade de Uberaba (2018) e bacharel em Farmácia pela Universidade de Brasília (2021).E-mail: keilafarmacia77@gmail.com

RESUMO

No contexto do âmbito comunitário das Redes de Atenção à Saúde, o processo de aquisição, armazenamento, guarda, controle de estoque e dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial ficam a cargo do farmacêutico e o acúmulo de responsabilidades pode impactar na qualidade e efetividade do serviço prestado, especialmente quanto aos serviços assistenciais. Assim, o objetivo dessa revisão foi identificar, descrevendo e comparando estudos relacionados à temática dos serviços farmacêuticos relacionados a medicamentos sujeitos a controle especial na Atenção Primária à Saúde no Brasil. A revisão integrativa foi realizada através de levantamento bibliográfico relacionado ao tema nas bases SciELO, LILACS, MEDLINE, PubMed e Google Acadêmico entre 1999 e 2019 com subsequente avaliação de nível de evidência. Dos sete artigos da amostra final, cinco eram do tipo transversal, um era estudo descritivo quali-quantitativo e um estudo longitudinal retrospectivo. Os aspectos relacionados aos serviços farmacêuticos com medicamentos sujeitos a controle especial abordados foram: o perfil de prescrições e utilização dessa classe de medicamentos (n=5; 71,4%) e serviços técnicos-gerenciais destinados à sua seleção (n=2; 28,6%). Apesar de serem observadas sugestões com objetivo de otimizar o serviço farmacêutico relacionado a medicamentos sujeitos a controle especial na Atenção Primária à Saúde, a abordagem da temática na literatura científica brasileira é escassa e com baixo nível de evidência associado considerando sua importância em termos de assistência à saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Psicotrópicos; Entorpecentes; Assistência Farmacêutica; Revisão.

ABSTRACT

In the context of the community context of Health Care Networks, the process of acquisition, storage, storage, control and dispensing of drugs subject to special control are the responsibility of the pharmacist and the accumulation of responsibilities may impact the quality and effectiveness of the service provided, especially with regard to care services. Thus, the objective of this review was to identify, describe and compare studies related to the theme of pharmaceutical services related to medicines under special control in Primary Health Care in Brazil. The integrative review was conducted through a bibliographic survey related to the theme in the SciELO, LILACS, MEDLINE, PubMed and Google Scholar databases between 1999 and 2019 with subsequent evidence level assessment. Of the seven articles in the final sample, five were cross-sectional, one was qualitative and quantitative descriptive study and one longitudinal retrospective study, all with low level of scientific evidence. The aspects related to pharmaceutical services with drugs subject to special control were: prescribing profile and use of this class of drugs (n = 5; 71.4%) and technical-managerial services for their selection (n = 2; 28.6%). Although suggestions are being made to optimize the pharmaceutical service related to drugs subject to special control in Primary Health Care, the approach of the theme in the Brazilian scientific literature

is scarce and with low level of evidence associated considering its importance in terms of health care.

Descriptors: Primary Health Care; Psychotropic Drugs; Narcotics; Pharmaceutical Service; Review.

Resumen

En el contexto de la comunidad de las Redes de Atención de Salud, el proceso de adquisición, almacenamiento, almacenamiento, control y dispensación de medicamentos sujetos a un control especial es responsabilidad del farmacéutico y la acumulación de responsabilidades puede afectar la calidad y la eficacia de los servicios prestados, especialmente con respecto a los servicios de atención. Por lo tanto, el objetivo de esta revisión fue identificar, describir y comparar estudios relacionados con el tema de los servicios farmacéuticos relacionados con medicamentos sujetos a control especial en Atención Primaria de Salud en Brasil. La revisión integradora se realizó a través de una encuesta bibliográfica relacionada con el tema en las bases de datos SciELO, LILACS, MEDLINE, PubMed y Google Scholar entre 1999 y 2019 con el posterior nivel de evaluación de la evidencia. De los siete artículos en la muestra final, cinco fueron de corte transversal, un fue estudio descriptivo cualitativo y cuantitativo y un estudio retrospectivo longitudinal, todos con bajo nivel de evidencia científica. Los aspectos relacionados con los servicios farmacéuticos con medicamentos sujetos a un control especial abordado fueron: el perfil de las recetas y el uso de esta clase de medicamentos (n=5; 71,4%) y servicios técnico-gerenciales para su selección (n = 2; 28,6%). Aunque se están haciendo sugerencias para optimizar el servicio farmacéutico relacionado con medicamentos sujetos a un control especial en Atención Primaria de Salud, el enfoque del tema en la literatura científica brasileña es escaso y con un bajo nivel de evidencia asociado considerando su importancia en términos de atención a la salud

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Psicotrópicos; Narcóticos; Servicios Farmacéuticos; Revisión.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil corresponde a uma estratégia de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), preconizada pela Política Nacional de Atenção Básica, voltada para atender às necessidades de saúde individuais e coletiva da população, por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional¹.

Nesse contexto, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituem pontos de atenção indispensáveis à garantia de acesso pela população, sendo consideradas portas de entrada do paciente aos serviços de saúde. As UBS devem ofertar serviços de atenção que impactem nas condições de saúde da população de forma preventiva e resolutiva. Consultas médicas, coleta de exames laboratoriais, injeções, curativos, vacinas, tratamento odontológico, encaminhamentos para outras especialidades e dispensação de medicamentos estão entre os serviços oferecidos. Esse último é feito mediante a prescrição de outros profissionais de saúde e historicamente vem enfrentando problemas de ordem organizacional e financeira que comprometem o acesso dos usuários aos medicamentos².

Os serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde estão propostos na Política Nacional de Assistência Farmacêutica³ e integram ações de educação em saúde incluindo atividades direcionadas para a equipe de saúde e de promoção à saúde em geral; ações que promovam o uso racional de medicamentos sejam elas técnico-pedagógicas ou assistenciais; e atividades de gerenciamento dos medicamentos, que correspondem aos serviços de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição⁴. A integração e consequente sincronia de ações assistenciais e gerenciais, tendo a farmacoepidemiologia, a farmacovigilância e a gestão transversais aos serviços farmacêuticos, são indispensáveis na garantia do acesso e uso racional de medicamentos, papel da Assistência Farmacêutica (AF) na Atenção Primária à Saúde.

A dispensação consiste no ato do profissional farmacêutico em fornecer medicamentos a um paciente mediante a apresentação de uma prescrição por um profissional habilitado⁵. Essa atividade como serviço de saúde traz em seu conceito mais íntegro e atualizado atribuições assistenciais e gerenciais inerentes à AF: acesso da população aos medicamentos e, conseqüentemente, a efetiva promoção da saúde. Entretanto, essa ampla e importante prática farmacêutica pode estar limitada pelas condições de trabalho, como tempo, infraestrutura e gestão dos serviços⁶.

Os serviços farmacêuticos relacionados às substâncias e medicamentos ditos de controle especial, que são aqueles caracterizados por ações no sistema nervoso central e, portanto, capazes de causar dependência física ou psíquica como

psicotrópicos e entorpecentes, são sujeitos ao regulamento técnico previsto na Portaria SVS/MS nº 344/1998.

Essa portaria, em conjunto com sua Instrução Normativa (Portaria SVS/MS nº 06/1999), traz definições, regulamenta o comércio, transporte, prescrição, guarda, balanços, embalagens, controle e fiscalização inerentes a essas matérias primas e produtos. Nas UBS, o processo de aquisição, armazenamento, guarda, controle de estoque e dispensação ficam a cargo do farmacêutico⁴ e o acúmulo de responsabilidades pode impactar na qualidade e efetividade do serviço prestado. Estudos relacionados a esse tema são escassos e tornam-se imprescindíveis para reconhecer as características atuais dos serviços farmacêuticos relacionados a medicamentos sujeitos a controle especial na Atenção Primária à Saúde, avaliar a implementação das políticas públicas adotadas e subsidiar futuras propostas e investimentos.

Nesse contexto, o objetivo dessa revisão foi identificar, descrevendo e comparando estudos relacionados à temática dos serviços farmacêuticos relacionados a medicamentos sujeitos a controle especial no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa realizada por meio de levantamento bibliográfico sobre serviços farmacêuticos relacionados a medicamentos sujeitos a controle especial na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Com o intuito de responder a pergunta norteadora: “Quais aspectos qualitativos acerca da temática serviços farmacêuticos relacionados a medicamentos sujeitos a controle especial na Atenção Primária à Saúde no Brasil foram evidenciados na literatura no período de 1999 a 2019?”, foi realizado levantamento dos artigos na literatura a partir das bases de dados das ciências da saúde em geral SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe), MEDLINE (*National Library of Medicine*, Estados Unidos), PubMed (*US National Library of Medicine National Institutes of Health*) e Google Acadêmico.

A busca eletrônica foi realizada por meio da combinação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (em inglês): *family practice* (Medicina de Família e Comunidade) OU *primary care* (Atenção Primária à Saúde) OU *primary health care* (Atenção Primária à Saúde) OU *general practice* (Medicina Geral) E *psychotropic drugs* OU *psychotropic drugs* OU *psychotropic drugs* OU *narcotics* OU *narcotics* OU *narcotics* E *community pharmacy services* OU *pharmaceutical services* OU *pharmaceutical care* OU *pharmacists* OU *pharmacists* OU *pharmacist* E *brazil* e se baseou na adoção do critério de inclusão referente ao tema central e discussão sobre serviços farmacêuticos relacionados a medicamentos sujeitos a controle especial na Atenção Primária à Saúde no Brasil e publicados de 1999 até outubro de 2019. Foram definidos como critérios de exclusão produções sem disponibilidade do texto na íntegra e revisões, estudos envolvendo serviços em nível de atendimento hospitalar, especializado ou em centros de referência, incluindo Centros de Atenção Psicossocial.

Uma primeira análise foi realizada pela leitura dos títulos das publicações, seguida pela leitura e análise crítica dos resumos respeitando os critérios de exclusão. Em seguida, foi realizada a verificação dos artigos na íntegra para identificação das ideias centrais. A busca inicial para a seleção dos títulos dos artigos foi realizada por dois autores de forma independente, cabendo a um terceiro autor a definição de inserção ou não de um estudo na amostra final em caso de dúvida.

Os dados foram coletados por meio de instrumento descritivo tabulados em planilha do Excel® abrangendo procedência, título, autoria, periódico, metodologia, objetivos, resultados e conclusão. As referências foram ainda analisadas conforme ano, idioma e local de publicação, aspectos relacionados aos serviços farmacêuticos e sugestões/ propostas de intervenções.

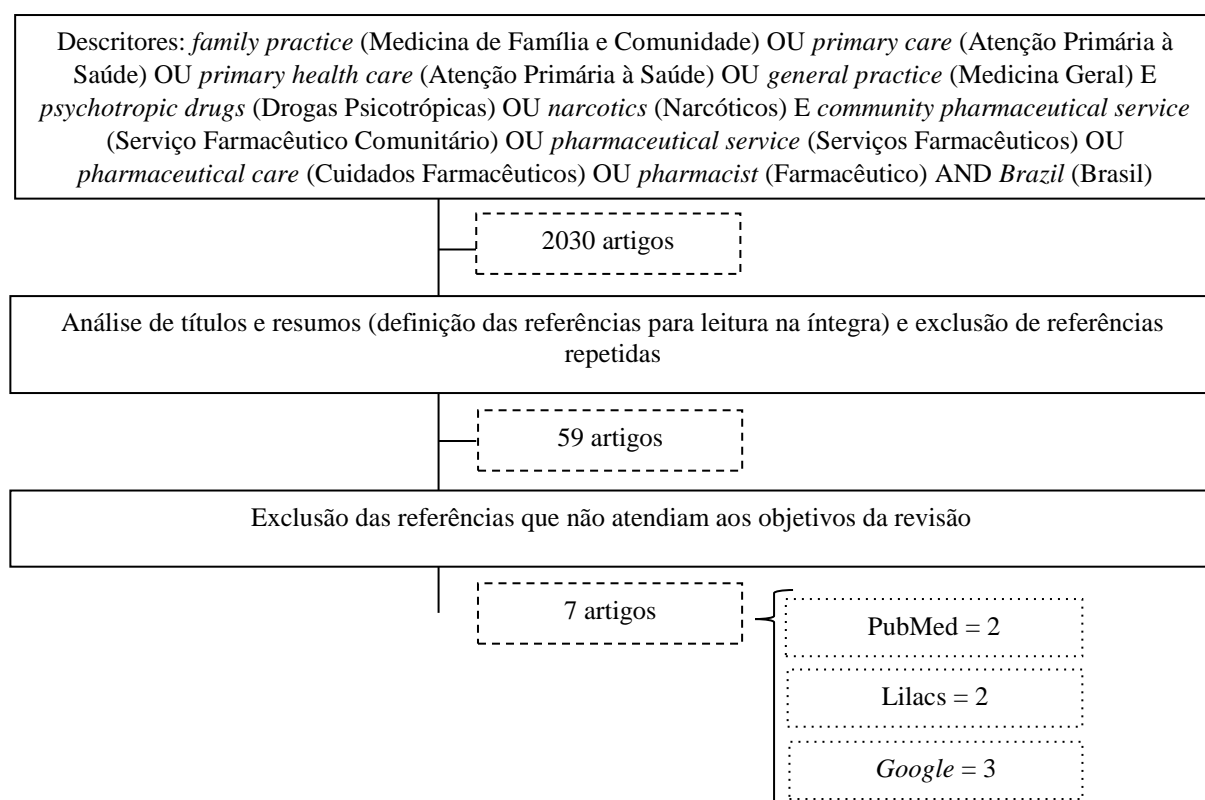
Para a avaliação do nível de evidência dos estudos foi utilizada a escala *Rating System for the Hierarchy of Evidence for Intervention/ Treatment Questions*⁷ sendo considerados somente os níveis 2, 3, 4, 6 e 7 (evidências de ensaios clínicos randomizados, de ensaios clínicos sem randomização, de caso-controle e estudos de coorte, de estudos descritivos ou qualitativos e evidências de opinião de autoridades/relatórios de experts, respectivamente); os demais níveis não foram

considerados por corresponderem a tipos de publicação pertencentes aos critérios de exclusão da presente revisão (nível 1: revisões sistemáticas ou meta-análise de ensaios clínicos randomizados; e nível 5: revisões sistemáticas de estudos descritivos).

RESULTADOS

A amostra final para análise se constituiu em sete artigos do total de 2030 disponíveis após busca avançada com os descritores considerando o recorte temporal (figura 1).

Figura 1 – Representação esquemática da obtenção da amostra



Dos artigos da amostra final, cinco deles (71,4%) foram realizados na região sudeste. Nenhum dos estudos apresentou metodologia prospectiva e cinco deles (71,4%) tinham como abordagem o levantamento do perfil de utilização e prescrição de medicamentos. A análise quali-quantitativa das referências e a caracterização da

abordagem, principais resultados e conclusões da amostra final estão apresentados nos quadros 1 e 2.

Quadro 1 – Análise quali-quantitativa dos artigos da amostra final

Autores	Local do estudo/ Ano	Objetivos	Metodologia	Nível de evidência
Medeiros Filho JJSA, Azevedo DM, Pinto T R, Silva GWS ⁸	Rio Grande do Norte/ 2008	Caracterizar a população em uso de psicofármacos da Estratégia Saúde da Família na APS.	Estudo transversal com aplicação de questionário que envolvia variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas à prescrição (prescritor, número e tempo de uso e acesso ao medicamento, reações adversas, adesão e tentativa de descontinuidade do tratamento).	6
Firmino KF, Abreu MHNG, Perini E, Magalhães SMS ⁹	Minas Gerais/2011	Avaliar os fatores associados à prescrição de benzodiazepínicos.	Estudo transversal com coleta de dados a partir das notificações de receita e do cadastro do paciente no serviço. Os dados foram relacionados ao medicamento, (concentração, posologia, duração do tratamento), dados sociodemográficos e de utilização do serviço.	6
Gonçalves DP, Silva IV, Rangel LB, Rezende LC ¹⁰	Minas Gerais/ 2011	Levantar o perfil de prescrição e utilização de medicamentos psicoativos.	Estudo transversal com aplicação de questionário que envolvia dados de sexo, grau de instrução, idade, estado civil e uso de medicamentos psicoativos.	6
Fulone I, Filho SB, Santos MF, Rossi CL, Guyatt G, Lopes LC ¹¹	São Paulo/2016	Estudar o processo de desenvolvimento de listas (REMUME) em três municípios paulistas.	Estudo descritivo quali-quantitativo realizado mediante entrevistas a diretores dos Departamentos de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde em cada município sobre o serviço de seleção local de antidepressivos e benzodiazepínicos (composição da comissão, declaração de conflitos de interesse, critérios para a seleção e frequência de atualizações).	6
Silva RM, Pereira NC, Mendes LVP, Luiza VL ¹²	Rio de Janeiro/ 2016	Analisar a evolução da assistência farmacêutica no contexto da APS entre 2008 e 2014, com foco no financiamento, seleção e aquisição de medicamentos.	Estudo longitudinal, retrospectivo, com base em dados secundários de acesso livre e dados da administração municipal, buscando caracterizar a organização técnico-administrativa da assistência farmacêutica.	6
Borges TL, Vedana KGG, Castilho ECD, Miasso AI ¹³	São Paulo/ 2017	Identificar a prevalência de IMP, classificá-las e levantar fatores associados a sua ocorrência.	Estudo quantitativo, transversal e descritivo, realizado em cinco UBS em Ribeirão Preto. Foram realizadas entrevistas aos pacientes por meio de questionário estruturado envolvendo dados sociodemográficos, farmacoterapêuticos e clínicos.	6
Sampaio GC, Bueno D, Guerin GD ¹⁴	Rio Grande do Sul/ 2017	Analisar a demanda de medicamentos prescritos não dispensados na Unidade de Saúde da Família.	Estudo transversal a partir da análise documental das receitas, no período de março a junho de 2011, avaliando o percentual de prescrições atendidas ou não e as causas do não atendimento.	6

APS: Atenção Primária à Saúde; IMP: interações medicamentosas potenciais; OMS: Organização Mundial da Saúde; SUS: Sistema Único de Saúde; REMEME: Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e Excepcionais; REMUME: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais; UBS: Unidade Básica de Saúde.

Quadro 2 – Caracterização da abordagem, principais resultados e conclusões dos artigos da amostra final (continua)

Autores	Abordagem farmacêutica	Principais resultados	Intervenções propostas e conclusões
Medeiros Filho JJSA, Azevedo DM, Pinto T R, Silva GWS ⁸	Levantamento de perfil de prescrição e utilização de medicamentos.	Foram entrevistados 203 pacientes: a média de psicofármacos prescritos foi de 1,52, tempo médio de uso de 6,52 anos, prevalência do sexo feminino (80,3%) e de pacientes com baixa escolaridade (48,8%). Houve prevalência da classe dos ansiolíticos (34%), do acesso caracterizado pela compra do medicamento (62%), e do psiquiatra como o principal prescritor das drogas psicotrópicas (49%).	Segundo os autores são necessárias intervenções que promovam o uso racional de psicofármacos, como: investimento na assistência farmacêutica, visando garantir adesão e acesso aos medicamentos, bem como a redução de gastos; comunicação efetiva entre os membros da equipe em saúde com os pacientes; incorporação de grupos terapêuticos temáticos; treinamento e educação permanente com profissionais de saúde; matriciamento de casos complexos em saúde mental e visitas domiciliares.
Firmino KF, Abreu MHNG, Perini E, Magalhães SMS ⁹	Levantamento de perfil de prescrição e utilização de medicamentos.	Foram analisadas 1866 receitas. Os medicamentos mais prescritos foram diazepam e clonazepam. A maioria das prescrições destinavam-se a mulheres e adultos, porém o número de idosos recebendo prescrição de benzodiazepínicos foi elevado e maior em comparação a adultos. Mais de 50% dos pacientes utilizaram algum outro psicotrópico concomitante ao benzodiazepínico.	Os autores destacam a amplitude do problema e sobre a necessidade do planejamento de intervenções para a racionalização da utilização desses medicamentos. O espaço do programa mostra-se como uma oportunidade para identificação dos pacientes com transtornos ansiosos e do sono, promovendo terapias de apoio, evitando-se o uso do benzodiazepínico.
Gonçalves DP, Silva IV, Rangel LB, Rezende LC ¹⁰	Levantamento de perfil de prescrição e utilização de medicamentos.	Dos 827 entrevistados, a maioria era mulher. Os medicamentos mais prescritos foram clonazepam, fluoxetina e diazepam. Para pacientes entre 0 e 20 anos antiepilépticos/estabilizadores de humor, especialmente carbamazepina, foram os mais prescritos. Os pacientes com mais de 21 anos de idade tiveram maior proporção de prescrição de benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos e ISRS variando sexo, idade e o estado civil.	Conforme os autores, os dados obtidos no estudo fornecem uma base científica para o cuidado farmacêutico, possibilitando a criação de estratégias que proporcionem o uso racional de medicamentos e garantam o bem-estar individual de saúde.
Fulone I, Filho SB, Santos MF, Rossi CL, Guyatt G, Lopes LC ¹¹	Atividades técnico-gerenciais: seleção de medicamentos.	As cidades brasileiras estudadas não tinham processos rigorosos para a seleção dos medicamentos que aparecem em suas listas. Dentre os principais medicamentos demandados e que não estavam nas listas, destacam-se antidepressivos e benzodiazepínicos, resultando em problemas sociais e de saúde pública.	Os autores concluíram que as REMUME nas três cidades foram desenvolvidas por um pequeno grupo de médicos e farmacêuticos que necessitam de treinamento e maior conhecimento na seleção de medicamentos essenciais.

APS: Atenção Primária à Saúde; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; IMP: interações medicamentosas potenciais; ISRS: inibidores seletivos da recaptção de serotonina; REMEME: Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e Excepcionais. REMUME: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais; SUS: Sistema Único de Saúde; TDAH: transtorno do déficit de atenção com hiperatividade; URM: uso racional de medicamentos.

Quadro 2 – Caracterização da abordagem, principais resultados e conclusões dos artigos da amostra final (conclusão)

Autores	Abordagem farmacêutica	Principais resultados	Intervenções propostas e conclusões
Silva RM, Pereira NC, Mendes LVP, Luiza VL ¹²	Atividades técnico-gerenciais: seleção de medicamentos.	O elenco de medicamentos disponíveis na APS passou de 57 em 2008 para 222 em 2014. A reforma da APS em 2009 estimulou o aumento dessa oferta. No ano de 2011 houve importante revisão no elenco de medicamentos da saúde mental e antibióticos ofertados para a APS. Em 2012, ampliou-se a oferta de fitoterápicos assim como de antiparkinsonianos.	Os autores sugerem como melhoria nos processos da AF, a divulgação mais sistemática da relação de medicamentos, incluído o acesso pela sociedade assim como pelos profissionais que não atuam na APS.
Borges TL, Vedana KGG, Castilho ECD, Miasso AI ¹³	Levantamento de perfil de prescrição e utilização de medicamentos com abordagem assistencial voltada a IMP.	Dos 430 pacientes entrevistados, 190 tinham mais de medicamentos prescritos, 58,4% apresentavam IMP, aumentando com idade e número de medicamentos. Nove tipos IMP grave compuseram 28% das prescrições dos pacientes, 71,9% envolvendo medicamentos psicotrópica.	De acordo com os autores, os resultados reforçam a relevância do desenvolvimento, implementação e investigação de estratégias para a prevenção de IMP, como recursos informatizados, intervenções clínicas farmacêuticas e melhora da formação profissional, enfatizando o envolvimento da enfermagem na promoção do uso racional e seguro de medicamentos.
Sampaio GC, Bueno D, Guerin GD ¹⁴	Levantamento de perfil de prescrição e utilização de medicamentos.	Foram analisadas 453 prescrições; 86,75% foram totalmente atendidas. Do total de prescrições não atendidas, 4,40% foram prescrições de medicamentos sob controle especial. O não atendimento foi devido a não estarem na REMUME ou por desabastecimento.	Os autores destacam a importância da incorporação e presença de um profissional farmacêutico junto à equipe de saúde na dispensação e promoção do URM sob controle especial.

APS: Atenção Primária à Saúde; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; IMP: interações medicamentosas potenciais; ISRS: inibidores seletivos da recaptção de serotonina; REMEME: Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e Excepcionais. REMUME: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais; SUS: Sistema Único de Saúde; TDAH: transtorno do déficit de atenção com hiperatividade; URM: uso racional de medicamentos.

DISCUSSÃO

Os serviços farmacêuticos no contexto da Atenção Primária à Saúde abrangem atividades técnico-gerenciais e técnico-assistenciais que, integradas aos serviços de saúde, visam ao acesso qualificado aos medicamentos essenciais que são disponibilizados aos usuários da rede pública¹⁵. Dentre esses medicamentos, destacam-se os psicotrópicos e entorpecentes, substâncias psicoativas que atuam no sistema nervoso central podendo gerar dependência química e física e que, em sobredosagem, apresentam alto risco na sua utilização¹⁶.

Na dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial previstos na Portaria SVS/MS nº 344/98 aspectos regulatórios que orientam a prática farmacêutica refletem um caráter estrategicamente administrativo em detrimento ao assistencial, uma vez que o seu não cumprimento pode configurar infração de âmbito sanitário e ético¹⁷. Nesse contexto, grande parte dos artigos analisados traz em seu escopo uma predominante abordagem técnico-gerencial logística e administrativa direcionada à seleção, com destaque no levantamento do perfil de prescrição e utilização de medicamentos. O uso racional de medicamentos e demais ações que caracterizam práticas assistenciais, na maioria das vezes, foram citados entre as conclusões e intervenções sugeridas pelos autores na resolução dos problemas administrativos levantados.

Cinco dos estudos eram do tipo transversal, com baixo nível de evidência associado (nível 6) e, apesar de tratarem aspectos importantes relacionados ao levantamento de frequências associadas ao processo de utilização de medicamentos, as abordagens pouco ou nada demonstraram do exercício prático das atividades relacionadas, atendo-se às perspectivas observacionais e descritivas. É importante referir que tais estudos refletem preocupações sanitárias e visam gerar dados para potenciais intervenções no contexto onde foi realizada a pesquisa, ajudando a compreender os processos de utilização do medicamento com impacto importante nas práticas dos profissionais envolvidos¹⁸.

Somente um estudo da amostra desta revisão buscou, de maneira longitudinal, avaliar a evolução da Assistência Farmacêutica com foco no financiamento, seleção e aquisição de medicamentos, demonstrando a evolução dessas ações técnicas gerenciais através dos anos 2008 a 2014¹².

Abordagens descritivas de dois estudos, numa perspectiva quali-quantitativa, retrataram o processo de desenvolvimento da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e suas consequências na disponibilização de medicamentos à população^{11,14}. Competências farmacêuticas gerenciais e também assistenciais mostraram-se imperativas na elaboração dessas listas, abrangendo aspectos não apenas logísticos, mas epidemiológicos e de prática clínica.

O uso de psicofármacos configura-se na maior preocupação entre os medicamentos de controle especial dispensados, seja relacionado ao acesso, uso racional e prescrição entre idosos, principalmente pelos riscos de interações medicamentosas potenciais e erros associados ao seu processo de utilização^{8,13}. Prescrições indiscriminadas de benzodiazepínicos no tratamento de distúrbios de sono, por exemplo, evidenciaram a necessidade de intervenções de racionalização do uso desse medicamento, sugerindo a busca por terapias de apoio⁹.

Além disso, evidenciam a necessidade de readequação de práticas envolvendo, necessariamente, o farmacêutico¹⁷, o qual, no contexto da equipe interdisciplinar deve incluir os demais profissionais envolvidos no processo em termos de capacitação e orientação com vistas a discutir a importância da racionalidade da prescrição e orientação de uso desses medicamentos, expondo a fragilidade do processo e possíveis intervenções associadas¹⁹.

O pequeno número de artigos publicados sobre os serviços farmacêuticos relacionados aos medicamentos sujeitos a controle especial no contexto da Atenção Primária à Saúde denota a necessidade de maiores pesquisas e discussões em torno do tema, extrapolando o aspecto puramente regulatório e normativo. Nas conclusões e intervenções propostas pelos estudos, de forma

geral, foi observada a citação de medidas necessárias para suprir as demandas apresentadas, desde serviços farmacêuticos técnico-gerenciais vinculados ao financiamento, seleção e aquisição de medicamentos até serviços farmacêuticos técnico-assistenciais, como análise de prescrição e atividades de farmácia clínica. Entretanto, como já destacado, não houve aprofundamento na aplicação desses serviços e/ou compartilhamento de ações exitosas, que retratam essas práticas.

A possibilidade de não inserção de alguma publicação relacionada à temática devido aos descritores deve ser referida. Além disso, a utilização destes descritores em inglês possivelmente remeteu a publicações que os utilizaram nessa língua, o que se configura também em limitação do estudo, tendo em vista que mais estudos em português eram esperados. A possibilidade do viés de publicação deve ser referida, e, de forma mais específica, limitações referentes aos critérios de exclusão previstos na metodologia também devem ser consideradas. Outra limitação poderia estar associada à dificuldade de acesso a algumas publicações ditas restritas não disponibilizadas na íntegra. Além disso, a literatura cinzenta foi considerada de forma parcial (somente o Google Acadêmico).

Apesar das limitações, é importante citar a importância da abordagem da temática no contexto da APS dada a necessidade de implementação de práticas farmacêuticas e assistenciais embasadas em termos científicos quanto aos medicamentos sob controle especial, os quais precisam de maior abordagem na literatura considerando os riscos sanitários associados.

CONCLUSÃO

Considerando a importância da discussão da temática dos serviços farmacêuticos relacionados a medicamentos sujeitos a controle especial na Atenção Primária à Saúde, sejam eles técnico-gerenciais ou técnico-assistenciais, poucos artigos constaram na amostra final da revisão proposta, o que evidencia e certifica a escassez de estudos com a temática de avaliação nesse contexto. Dentre os sete estudos analisados, três apresentaram uma relação direta com o tema em estudo e os demais apresentaram aspectos gerais relacionados à

AF, tendo os medicamentos sujeitos à controle especial apenas como uma variável, sinalizando necessidade de maiores estudos relacionados, especialmente considerando sua importância em termos de saúde pública.

Apesar de serem observadas sugestões com objetivo de corrigir ou otimizar as atividades relacionadas ao processo de aquisição, acesso, redução de gastos e uso racional dessas classes de medicamentos, verificou-se ausência de modelos e exemplos práticos de aplicabilidade do que foi sugerido. O foco atual em serviços farmacêuticos gerenciais sem ampliar a discussão acerca dos serviços assistenciais aponta para a necessidade de realização de mais discussões e pesquisas na área da Assistência Farmacêutica, avaliando a implementação das políticas públicas adotadas e sugerindo futuras propostas e investimentos nessa área.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Portaria nº 2.436/2017; Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, Brasília, 21 setembro 2017. [Internet]. [cited 2019 nov] Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>.
2. Oliveira LCFD, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saud Colet*. 2008; 15(Suppl 3): 3561-67.
3. BRASIL. Resolução nº 338/2004; Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2004. [Internet]. 2019 nov. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Serviços Farmacêuticos na atenção básica à saúde- Caderno 1. 1ª. ed. [S.l.]: MS, v. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. 2014; p. 108 p.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Secretaria de Políticas de Saúde, 2001. [Internet]. 2019 nov. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf>.
6. Leite SN, Bernardo NLMC, Álvares J, Guerra Junior AA, Costa EA, Acúrcio FA, et al. Serviço de Dispensação de Medicamentos na Atenção Básica no SUS. *Rev Saúd Públ*. 2017; 51(Suppl 2):1s-10s.

7. Melnyk B, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2011. 599p.
8. Medeiros Filho JSA, Azevedo DM, Pinto TR, Silva GWS. Uso de psicofármacos na atenção primária à saúde. Rev Bras Promoç Saúd. 2018; 31(3):1-12.
9. Firmino KF, Abreu MHNG, Perini E, Magalhães SMS. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. Cad Saud Pub; 2011; 27(6):1223-32.
10. Gonçalves DP, Silva IV, Rangel LB, Rezende LC. Prescription of psychoactive drugs in patients attended by the SUS at Manhuaçu - MG (Brazil). Pharm Pract. 2011; 9(4):200-06.
11. Fulone I, Filho SB, Santos MF, Rossi CL, Guyatt G, Lopes LC. Essential psychiatric medicines: wrong selection, high consumption and social problems. BMC Pub Health. 2016; 16:52:1-7.
12. Silva RM, Pereira NC, Mendes LVP, Luiza VL. Assistência farmacêutica no município do Rio de Janeiro, Brasil: evolução em aspectos selecionados de 2008 a 2014. Cienc Saud Colet. 2016; 21(5):1421-32.
13. Borges TL, Vedana KGG, Castilho ECD, Miasso AI. Factors Associated with Potential Drug–Drug Interactions in Patients Attended in Primary Health Care: A Focus on Mental Health. Issues Ment Health Nurs. 2017;38:769-74.
14. Sampaio GC, Bueno D, Guerin GD. Análise do Acesso a Medicamentos em uma Unidade do Programa de Saúde da Família em Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS, 2011.
15. BRASIL. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. 1ª. ed. Brasília - DF: MS, 2009.
16. Matta SR, Miranda ES, Osorio CGS. Prescrição e dispensação de medicamentos psicoativos nos instrumentos normativos da regulação sanitária brasileira. Rev Bras Farm. 2011; 92(1):33-41.
17. Luz RLSA, Cruz CF, Santos APM, Neves Neto JL, Alencar BR, Oliveira LCF, Alencar TOS. Uso de benzodiazepínicos na Estratégia Saúde da Família: um estudo qualitativo. Infarma. 2014; 26(2):119-26.
18. Leite SV, Vieira M, Veber AP. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. Cienc Saúd Colet. 2008; 13:793-02.

19. Costa GMP, Oliveira MAS. Estudo das prescrições de psicotrópicos em uma farmácia da cidade de Sobral, Ceará, Brasil. *Infarma*. 2017; 29(1):27-33.

Multiplicando saberes e dialogando experiências: oficinas de acolhimento em saúde mental em regional de saúde de pernambuco

*Multiplying knowledge and dialogue experiences:
mental healthcare workshops in pernambuco
regional health*

*Múltiplas experiências de conhecimentos y diálogo:
talleres de atención de salud mental en salud
regional de pernambuco*

Heider Victor Cabral de Moura³⁰
Flaviane Fernanda De Araújo Silva³¹
Graciele Rodrigues Nunes da Silva³²

³⁰ Assistente Social. Mestre em Psicologia - UFPE (2023). Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE (2016). E-mail: heidervictor1@hotmail.com

³¹ Enfermeira Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental com ênfase no cuidado do usuário e da família pela Universidade de Pernambuco - UPE Campus Garanhuns (2017-2019). E-mail: flavianenanda24@gmail.com

³² Possui graduação em Tecnologia em Cosmetologia e Estética pela Universidade do Vale do Itajaí (2011). Graduação e Licenciatura em Psicologia pela Faculdade Avantis - Balneário Camboriú (2017). E-mail: gracielerunes@gmail.com

RESUMO

Na Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, o acolhimento é uma das principais diretrizes na promoção de humanização do atendimento, organização do serviço e fortalecimento do vínculo entre usuário e equipes de saúde. Este escrito, traz o relato de experiência de um grupo de residentes em Saúde Mental do município de Garanhuns-PE, que percorreram alguns municípios da V regional de saúde do estado de Pernambuco. Em que, através de espaço coletivo de informação, buscaram refletir e discutir, juntamente com aproximadamente 130 profissionais de nível médio, sobre acolhimento em saúde mental. Com esses momentos buscou-se, propiciar aos profissionais uma percepção mais ampla sobre o acolhimento, especificamente na singularidade do campo da saúde mental. Que essa tecnologia de cuidado proporciona uma escuta do usuário, com valorização de suas queixas, identificação dos riscos e necessidades, de modo a ofertar um encaminhamento adequado destas, e que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo.

Palavras-chave: Saúde Mental, Acolhimento, Educação Continuada, Humanização da Assistência.

ABSTRACT

In the National Policy for Humanization the Unified Health System, the host is one of the main guidelines in the promotion humanization of care, organization of the service and strengthening of the link between users and health teams. This paper reports the experience of a group of residents of Mental Health in the municipality of Garanhuns, Brazil, who visited several municipalities in the V Region of Health in the state of Pernambuco. In that, through a collective space of information, they sought to reflect and discuss, together with approximately 130 professional satta secondary level, about the reception of mental health. Withthesemoments, wesoughttoprovideprofessionalswith a broaderperceptionofthereception, specifically in the singularity of the field of mental health. That this technology of care provides a listening of the user, with appreciation of their complaints, identification of the risks and needs, in order to offer an adequate referral of these, and that does not presuppose the specific time or professional to do so.

Keywords: Mental health Host. ContinuingEducation, Humanitarian Assistance.

RESUMEN

En la Política Nacional de Humanización del Sistema Único de Salud, la recepción es una de las principales pautas para promover la humanización de la atención, la organización del servicio y fortalecer el vínculo entre los usuarios y los equipos de salud. Este escrito trae el informe de la experiencia de un grupo de residentes en Salud Mental de Garanhuns-PE, que visitaron algunos municipios de la V salud regional del estado de Pernambuco. En el cual, a través

de un espacio de información colectiva, buscaron reflexionar y discutir, junto con aproximadamente 130 profesionales de nivel medio, sobre la atención de la salud mental. Con estos momentos, buscamos proporcionar a los profesionales una percepción más amplia de la recepción, específicamente en la singularidad del campo de la salud mental. Que esta tecnología de atención proporciona escucha al usuario, apreciación de sus quejas, identificación de riesgos y necesidades, con el fin de ofrecer una referencia adecuada de estos, y no presupone un tiempo específico o profesional para hacerlo.

Palabras clave: Salud mental, Recepción, Educación continua, Humanización de la asistencia.

EM CADA OLHAR HÁ UM ENCONTRO: INTRODUÇÃO

No percurso de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), muitas são as dimensões compreendidas: prevenir, promover, recuperar, cuidar. Assim como, muitos são os desafios enfrentados quando se lida com a defesa da vida e com a garantia do direito à saúde. Existem avanços, mas também desafios que impõe ao sistema um aperfeiçoamento. Sendo do padrão de acolhida aos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde, um desses desafios.¹

Em 2003 configurou-se como uma iniciativa inovadora do SUS a criação da Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH), tendo como objetivo principal a qualificação das práticas de gestão e de atenção à saúde. Dentro dessa perspectiva de humanização demandando a construção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, superando dessa forma paradigmas e os desafios do cotidiano do trabalho nos serviços de saúde.²

Nesse contexto do SUS realizamos o recorte para o campo da saúde mental, que desde o final da década de 1970, vem lutando pela substituição de um modelo asilar por uma rede de acolhimento e tratamento dos sujeitos em sofrimento psíquico e/ou com dependência de drogas, com base territorial e comunitária, através do Movimento pela Reforma Psiquiátrica, onde usuários, familiares e profissionais da saúde objetivavam a desinstitucionalização dos sujeitos e, por consequência, a desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam.³

O resgate de uma cidadania perdida em decorrência de possíveis discriminações foi um dos anseios constituintes das políticas de saúde mental no Brasil. O direito ora perdido ou em ameaça de privação de liberdade pela existência de manicômios edifica mobilizações sociais no campo para o âmbito de defesa dos direitos humanos. A reabilitação psicossocial por si só não atinge horizontes suficientes para a emancipação de práticas e saberes análogos aos hospitais psiquiátricos. Reforma Psiquiátrica, se vista com os movimentos sociais que a tornaram concreta, possibilita diversas emancipações por exatamente prescindir de posturas e práticas institucionalizantes. Isto é, não reproduzir formas de atuações profissionais que vejam o sujeito via relações de dominação que outras diferentes instituições sociais já o fazem, como a família ou outros dispositivos de saúde.⁴

Amarante (1995), por sua vez, vê a Reforma Psiquiátrica necessariamente como um movimento direcionado à comunidade – caso contrário, torna-se um debate simplista centrado na crítica às instituições manicomialis. A amizade, a vizinhança e o território seriam apenas alguns dos elementos cujos quais vão de encontro à tutela, à exclusão e à periculosidade. Dessa forma, a importância da instituição é relativa e sobretudo questionada. A humanização entra em cena nos primórdios das ideias contra os manicômios, uma vez que seria uma das bases epistemológicas e práticas para ver a realidade política e a dimensão socioeconômica da saúde mental. O sujeito, antes aprisionado, é compreendido dentro de uma teia de relações de poderes e saberes pelos quais as variadas formas de institucionalização se fundem.⁵

Nesse sentido, o ‘desejo de manicômio’ ultrapassa a reivindicação de estruturas e ganha contornos nos cotidianos até mesmo de serviços substitutivos. Movimentos paradoxais podem ser observados: de promover inserção e visibilidade; e outros de estigmatização velada. O manicômio, nessa interpretação, também está em condutas, compreensões e posicionamentos diante a saúde mental que prezem pela adaptação e segregação. Apesar desses valores estarem no bojo da ideia de reinserção social, por vezes com a

ideia de inserção no mercado de trabalho, diversas maneiras de estigmatizar sujeitos encontram-se ainda presentes. A Reforma Psiquiátrica tem um lugar social, político, cultural, estético e cultural.⁴ É nesse corpo de valores que as oficinas de acolhimento em saúde mental foram planejadas, como uma composição a um movimento que por vezes é esquecido: o lugar político da saúde mental e seu diálogo com os direitos humanos. Repensar ou criar práticas que fossem de acordo com os preceitos mais humanizados da Reforma Psiquiátrica.

A Política Nacional de Saúde Mental seguiu se estruturando, e em 2011 foi publicada a portaria de nº 3.088 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para o atendimento de pessoas em sofrimento mental e necessidades decorrentes do uso abusivo de drogas. A RAPS estabelece diretrizes que norteiam a Atenção Psicossocial, entre as quais estão: o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; combate a estigmas e preconceitos; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado. Além disso, demanda que a organização dos serviços em rede de atenção à saúde deve ocorrer de forma regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado, tendo o objetivo de ampliar o acesso da população aos serviços de atenção psicossocial e garantir a articulação com os outros serviços de saúde do mesmo território.⁶

Para o fortalecimento das diretrizes da RAPS, e na busca pelo enfrentamento de práticas não condizentes com estas, identifica-se o acolhimento como um fator preponderante durante a dinâmica de atendimento ao usuário, sendo este o primeiro contato do paciente com o serviço de saúde, o princípio de “gente” atendendo “gente”, priorizando a análise e atenção às singularidades de cada pessoa e em geral, garantindo a continuidade e integralidade do cuidado.

O acolhimento representa uma das diretrizes de maior relevância ética e política da Política Nacional de Humanização do SUS. Segundo Brasil, 2006

*expressa uma aproximação, um “estar com” ou “estar perto de”.*¹ Dessa forma, consiste em uma postura ética e de cuidado do profissional para com o usuário, envolve e estimula um sentido ético individual e coletivo, imprescindível na orientação da postura do profissional. Envolvendo também questões organizacionais e práticas de trabalho, na reestruturação do modelo assistencial e de gestão, no intuito de facilitar o acesso às ofertas do serviço, facilitar e ampliar a clínica, favorecer a multidisciplinaridade e incluir outras abordagens na compreensão das demandas dos usuários. Nessa visão de acordo com Tesser:

*“o acolhimento é considerado um processo, resultado das práticas de saúde é produto da relação entre trabalhadores de saúde e usuários, exigindo posturas ativas por parte dos trabalhadores para com as necessidades desses usuários e trazendo de volta a humanização e o respeito com o outro”*⁷

Nesse sentido, a partir da compreensão da potencialidade do acolhimento e diante da percepção que os profissionais de saúde ainda não possuem uma visão unificada acerca desta temática, e guiados pela perspectiva da Educação Permanente em Saúde, que se caracteriza como uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial, deu-se origem a proposta de intervenção.² Com o objetivo de compreender o Acolhimento como tecnologia fundamental na reorganização do processo de trabalho em saúde, identificando suas potencialidades e desafios, um grupo de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental com Ênfase no Cuidado do Usuário e da Família da Universidade de Pernambuco-Campus Garanhuns, composto pelos núcleos de Serviço Social e Enfermagem, realizaram um ciclo de oficinas de formação sobre acolhimento em saúde mental, direcionadas para os profissionais de Nível Médio de 04 (quatro) municípios da V Regional de Saúde do estado de Pernambuco, sendo estes: Saloá, Jucati, Terezinha e Capoeiras.

EM CADA ENCONTRO HÁ UM ACOLHIMENTO: PERCURSO METODOLÓGICO

Uma vez direcionados aos municípios, éramos recebidos por coordenações de saúde locais cujas quais realizamos uma breve apresentação da metodologia que seria utilizada, bem como nossos objetivos com o público-alvo. Cada cidade, segundo suas possibilidades, nos ofertava espaços adequados e com dimensões físicas e aparatos tecnológicos suficientes. Com os participantes havia igualmente uma apresentação e uma explicitação que nossas propostas seriam de trocas de conhecimentos de forma horizontalizada na qual todos os conhecimentos que o público já tinha, tais como suas histórias e vivências, seriam levadas em consideração.

As oficinas iniciavam com a exibição do vídeo “Crítica sobre o acolhimento e a atenção à saúde do paciente”, produzido pelo Laboratório de Artes Cênicas da Universidade Federal do Piauí. Na dramatização um usuário era atendido por diversos profissionais e não recebia resposta satisfatória para suas demandas e sim múltiplas versões errôneas sobre seu estado de saúde, tinha por objetivo elevar a discussão para o princípio da integralidade e promover reflexões sobre esse princípio no campo da saúde mental. No vídeo, como bem observado por participantes, havia a demonstração de que o atendimento por categorias profissionais diferentes nem sempre significa um cuidado humanizado e de acordo com as necessidades de quem vai aos serviços de saúde. Foi dito, por exemplo, que muitas pessoas circulam por entre os dispositivos e não recebem cuidados específicos. Ao final da exibição do vídeo, um momento de debate era realizado por meio do qual se demarcava o conhecimento que os participantes possuíam de suas experiências: era nítido que para o acolhimento humanizado em saúde mental não era necessário um curso de nível superior, uma vez que participantes identificaram suas lacunas e igualmente relataram seu poder crítico diante momentos análogos. O trânsito do personagem apresentado no vídeo foi identificado como semelhante a outras pessoas atendidas, buscando cuidado em vários serviços. Foi destacado que profissionais da área da medicina,

por vezes, atendem de modo imediatista e não tem uma visão holística e ao mesmo tempo singular da pessoa. Para quem pedia a fala nesse momento, muitas situações eram narradas como frequentes nos serviços.

Em seguida, um tempo expositivo mostrou-se relevante, onde um slide foi preparado com conceitos e argumentos correlacionados a Reforma Psiquiátrica – e seus movimentos sociais que permitiram sua edificação – a RAPS através de conhecimentos do plano Legal, a importância do cuidado no território e enunciados sobre acolhimento. Quanto a este último quesito, vale ressaltar que o acolhimento foi apresentado como um momento que difere da triagem, ou seja, não é meramente uma classificação ou uma espécie de mensurar a continuidade do cuidado. Além de ser uma diretriz da Política Nacional de Humanização, seria uma porta de entrada concreta e simbólica na RAPS, pois é dentro desse procedimento que princípios relacionados a Reforma Psiquiátrica seriam colocados em vigor, tornando possível a entrada humanizada de quem acessa os serviços – a despeito de serem especializados em saúde mental. A questão foi colocada na perspectiva de que acolhimento é um movimento de integração, de construção de vínculo, de responsabilização e de possível mudança assistencial. Como é determinado pelo SUS, o cuidado em saúde mental não está localizado unicamente numa tipificação de serviço. Pelo contrário, é nos territórios que podemos tecer abordagens que fujam de modelos manicomial e que identifiquem quais as prioridades no cuidado.

Destarte, conseguimos com a apresentação ofertar modos de reflexão sobre acolhimento que fugissem de fórmulas e sim tivessem postura ética, respeito, empatia e responsabilização – posturas que independem de níveis de escolaridade. Vale ressaltar que a identificação de riscos prioritários não foi descartada, apesar de considerarmos a abordagem ética mais imperativa naquele momento. Participantes foram se identificando, expressando que muitos, por estarem atuando diretamente na assistência, conseguem observar vulnerabilidades que outras categorias profissionais só observam doravante. Acolhimento nessa perspectiva é compromisso e uma atenção a cada momento.

E ao fim foi lançada uma pergunta chave quanto a localização de cada participante nas suas respectivas instituições de trabalho: “*o que ele pode fazer para sair de tal situação com nosso suporte?*”. Em suma, objetivou-se com a apresentação um esboço teórico que não fosse complexo, mas que pudesse contemplar questões multifacetadas presentes no momento de acolhimento.

O terceiro momento, mais dinâmico, foi a preparação prévia de pequenas narrativas com ‘situações problemas’ em fragmentos de papéis. O objetivo era que essas situações fossem além de questões que podem ser classificadas mais do universo da saúde mental e colocar à tona possibilidades de criação de formas de acolhimento, estimulando, assim, a criatividade dos participantes em compasso com suas realidades. Isto é, promover criação no tocante a acolhimento segundo seus contextos de trabalho. Não obstante, uma vez dobrados, os papéis eram colocados em bexigas (balões de festa) e enchidas. Durante as manhãs foi avisado que dentro das bexigas havia ‘situações problemas’ nas quais haveria que ter uma discussão, mas não foi informado a descrição das narrativas. As bexigas eram jogadas entre os participantes de pé e dispostos em formato de círculo na sala. O interessante foi que em algumas oficinas havia uma ‘fuga’, ou seja, um ato de esquivar-se para não às pegar, o que pode indicar um receio de cometer ‘erros’ – o que foi explicado que não era o caso, que objetivamos saber a criação de cada um. Havia situações variadas, tais como ‘Adolescente grávida envolvida com álcool’; ‘homem em situação de rua perto da USF’; ‘mulher do lar, narrando que estava ouvindo vozes’, dentre outras. Uma vez jogadas e lidas, os participantes tiveram tanto receio em responder algumas, bem como jogavam possibilidades ao grupo. Não houve, dessa forma, apenas uma resposta, já que a maioria do grupo se colocou e criou intervenções de forma intersetorial – pensando, por exemplo, que outros serviços acionarem para amenização de cada caso. Com isso, podemos considerar que a intersetorialidade, enquanto diálogo entre os diferentes serviços e áreas da cidadania, foi percebido pelos participantes, o que pode simbolizar a preocupação deles em ver as demandas de modo ampliado e integral. A saúde

mental, embora fosse o foco, ganhou uma amplitude a partir dos conhecimentos que os participantes já tinham com o refinamento teórico ofertado e com o diálogo estabelecido.

A nível de planejamento, um caso verídico foi escrito e levado para ocorrência de ter tempo hábil. A narrativa de vida era de um acumulador de objetos tidos como ‘lixo’ e usuário de drogas ilícitas. Na maioria das vezes não houve a oportunidade, mas nas duas vezes que o caso emergiu trouxe consigo um conflito ao grupo no sentido de possíveis encaminhamentos. Como a história e suas demandas podiam ser abarcadas por inúmeros dispositivos assistenciais e no próprio território, assim como na articulação com a família, participantes se indagaram e problematizaram alternativas. A questão mais relevante nesse sentido foi que, a despeito de qualquer posicionamento de encaminhamento, todos pensaram como agir horizontalmente e com o cuidado compartilhado. Importante enfatizar que houve surpresa com a narrativa: era tamanha a complexidade que a veracidade foi questionada. Ressaltamos que em saúde mental, sobretudo, casos dessa estirpe são comuns e são até profícuos para ampliar nossos aprendizados.

A diversidade dos participantes, de recepcionistas de USF a técnicas de enfermagem de hospitais, trouxe as oficinas uma diversidade que é inerente dentro da saúde mental. Com isso, o olhar de cada profissional, sua fala e suas propostas de intervenção comungaram com a própria diversidade que a RAPS destaca. As singularidades do ser humano e seus inerentes saberes – independente de formações mais amplas – coloca ao palco inúmeras possibilidades. O que mais ficou foi das potencialidades presentes e como elas podem ser ainda mais destacadas nos serviços de assistência e saúde, seja no campo da saúde mental ou em outro da esfera humana. A maioria dos participantes não unicamente estavam abertos ao conhecimento sobre acolhimento em saúde mental, estavam atentos a formas de promover os princípios do SUS. A identificação com o vídeo, as falas quanto às situações problemas e perplexidade quanto ao caso eram de profissionais com noções de

mundo diferentes, mas que conheciam – ou passaram a conhecer de outras maneiras – seus locais de trabalhos, a área em que estão atuando e suas potencialidades interventivas. Vale dizer que se promovemos essas categorias profissionais para o âmbito da intervenção de forma mais aprofundada estamos ampliando o espectro de direitos sejam atendidos e de pessoas serem acolhidas com humanização. Priorizamos a saúde mental, mas as oficinas mostram-se com bons resultados a serem aproveitados no SUS como um todo.

ESTENDENDO-SE AO OUTRO: CONCLUSÃO

O acolhimento em saúde mental é uma estratégia complexa e que envolve reflexão crítica e criativa enquanto dispositivo clínico do cuidado. O respeito à singularidade no processo de acolhimento envolve conhecimento para orientar a escuta, alívio do sintoma para, a partir da queixa, aproximar e permitir a formulação de uma demanda de tratamento; requerem técnicas, posturas e reorientação dos profissionais nos serviços de saúde para possibilitar uma organização do processo de trabalho com vistas ao acesso e acompanhamento de cada sujeito em seu projeto de cuidado singular.

As discussões abordando a Política Nacional de Saúde Mental, questões relacionadas ao antes e depois Reforma Psiquiátrica, Movimento Antimanicomial e Rede de Atenção Psicossocial- RAPS se mostraram pertinentes para contextualização do tema por situar os caminhos em que percorremos, e de onde nós falamos. Com esses momentos de formação para os profissionais de nível médio dentro dos serviços acreditamos que se fez possível contribuir para o fortalecimento de práticas de acolhimentos mais humanizadas e que prezam por valores antimanicomiais.

Durante as oficinas foi sendo desconstruída a visão burocrática dos profissionais sobre o processo de acolhimento, compreendendo enquanto prática de humanização nos serviços de saúde, bem como foi refletido como o acolhimento pode ser uma tecnologia que potencializa o fluxo do processo de trabalho, acarretando uma melhor resolutividade ao processo de cuidado do

usuário, identificando a importância do acolhimento das demandas em saúde mental e contextualizando o critério de responsabilização das ações.

Como bem sabemos, a centralidade do cuidado em saúde mental quando localizada nos CAPS não impede preconceitos e discriminações fora deste. Por isso, práticas como as realizadas podem abrir espaços para múltiplas vozes oriundas de distintos lugares profissionais que, mesmo não tendo oportunidade de contato com conhecimentos mais específicos, igualmente contribuem para as construções diárias de continuidade da Reforma Psiquiátrica. A ideia das oficinas foi exatamente construir formas de ver o acolhimento em saúde mental como multifacetado, podendo ser gerido e conduzido com respeito aos direitos humanos, sem ter que acessar práticas de institucionalização, tais como os preconceitos que geram exclusões.

A lógica manicomial segrega e não está inserida unicamente em serviços de saúde, como foi observado em determinados momentos das oficinas. Ofertar, mesmo que por breves momentos, a construção horizontal de diferentes maneiras de acolhimentos em saúde mental é promover saberes antimanicomiais em espaços atípicos, como as Unidades de Saúde da Família USF – apesar de legalmente ser um local de primazia para o campo. As questões foram de tornar essa legalidade mais palpável, de fazer com que participantes percebessem seus papéis e conseguissem visualizar modos tangíveis de acolhimento. Vale ressaltar a conjunção desses objetivos com as experiências profissionais em cursos, mediante as quais conseguimos gerar narrativas de planejamento de acolhimento em consonância com os direitos humanos e a Reforma Psiquiátrica.

Vozes antimanicomiais não necessitam estar em locais de saúde posicionados estrategicamente para o atendimento em saúde mental. Como observado, as oficinas edificaram a defesa da escuta qualificada, da relevância do território para a continuidade do cuidado e da tentativa de ruptura com preconceitos. Ao posicionarmos, por exemplo, recepcionistas de USF como agentes políticos na difusão de informações deixamos os preceitos da Reforma difusos, porém organizados, para as diversidades presentes nos territórios e nos

casos recebidos. Além disso, a compreensão da complexidade da saúde mental não está localizada apenas nas crises e nos medos mais comuns narrados e sim na ausência de oportunidades de entendimento mais aprofundados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. **Cadernos de Humanização SUS**. Brasília, 2010;1.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.
4. Alverga, Alex Reinecke de; Dimenstein, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2006;[Internet][cited 2019 Jun 03]10(20):299-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200003&lng=en&nrm=iso>.
5. Amarante P (Coord.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
6. Brasil. 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).
7. Tesser DC, Neto PP, Campos GWS. Acolhimento e Desmedicalização social: Um desafio para equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2010;15(3):3615-24.

**Práticas integrativas e complementares na Rede de Atenção à
Saúde pública do Distrito Federal – Brasil**

*Integrative and complementary practices in the Public Health Care
Network of Distrito Federal – Brazil*

*Prácticas integradoras y complementarias en la Red de Atención de
Salud Pública del Distrito Federal – Brazil*

Rodrigo Fonseca Lima³³
Gabriela Soares Caetano³⁴

³³ Doutor em Ciências Farmacêuticas pela Universidade de Brasília (2018), mestre em Ciências pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ/PE (2013). E-mail: drigofl@gmail.com

³⁴ Farmacêutica Especializada em Cannabis pela Universidade de Brasília. E-mail: gaabiscaetano@gmail.com

RESUMO

A inserção de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) remete ao modelo hegemônico de oferta de cuidados imposto por esse sistema e, com a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, houve um aumento de ofertas e demandas dessas alternativas. Assim, o objetivo desse estudo foi analisar a oferta e produção de PIC na assistência pública no Distrito Federal (DF)/Brasil mediante coleta e análise de dados previstos no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS) e na plataforma de Cadastros Nacional de Estabelecimentos de Saúde referente às PIC conforme nível de complexidade e profissionais executores após o ano de 2008. O total de PIC no período analisado foi de 315405, o que equivale a 0,06% do total de procedimentos previstos no SIA-SUS. A PIC mais frequente foi a acupuntura com inserção de agulha (49,49% do total de práticas), sendo a grande maioria executada por profissional médico. Dos estabelecimentos de saúde no SUS-DF, 177 ofertavam PIC na competência de outubro de 2019 (9,50% do total serviços vinculados ao contexto de atendimento ambulatorial); as práticas corpo-mente (shantala, massagem, meditação, reflexoterapia, reiki e quiropraxia) foram as mais referidas como ofertadas por esses estabelecimentos (81,92% dos 177). Há necessidade de ressaltar a importância dessas alternativas terapêuticas, ampliar estudos e pesquisas para analisar sua efetividade, incentivar tais práticas em todos os níveis de atenção na saúde pública, e capacitar profissionais e gestores com vistas a viabilizar sua execução de maneira qualificada.

Palavras-chave: Terapias complementares; Saúde Pública; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The inclusion of Integrative and Complementary Practices (ICP) in the Brazilian Unified Health System (named SUS) refers to the hegemonic model of care provision imposed by this system and, with the implementation of the National Policy of Integrative and Complementary Practices, there was an increase in offers and demands of these alternatives. Thus, the objective of this study was to analyze the supply and production of ICP in public assistance in the Distrito Federal (DF)/Brazil - by collecting and analyzing data provided for in the Ambulatory Information System (named SIA-SUS) and in the National Registry of Health Facilities platform regarding ICP according to the level of complexity and executing professionals after 2008. The total of PIC in the analyzed period was 315405, which corresponded to 0.06% of the total procedures provided by SIA-SUS. The most common ICP was needle insertion acupuncture (49.49% of the total practices), the vast majority being performed by a medical professional. Of the health services in SUS-DF, 177 offered any kind of PIC in October 2019 competency (9.50% of the total services linked to the context of outpatient care); body-mind practices (shantala, massage, meditation, reflexotherapy, reiki and chiropractic) were the most commonly referred to as offered by these establishments (81.92% of 177). There is a need to emphasize the importance of

these therapeutic alternatives, expand studies and research to analyze their effectiveness, encourage such practices at all levels of public health care, and train professionals and managers with a view to enabling their execution in a qualified manner.

Key-Words: Complementary Therapies; Public Health; Unified Health System.

RESUMEN

La inclusión de Prácticas Integrativas y Complementarias (PIC) en el Sistema Único de Salud (SUS) se refiere al modelo hegemónico de provisión de cuidados impuesto por este sistema y, con la implementación de la Política Nacional de Prácticas Integrales y Complementarias, hubo un aumento en las ofertas y demandas de estas alternativas. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue analizar el suministro y la producción de PIC en asistencia pública en el Distrito Federal (DF)/Brasil mediante la recopilación y el análisis de los datos previstos en el Sistema de Información Ambulatoria del SUS (SIA-SUS) y en la plataforma del Registro Nacional de Instalaciones de Salud con respecto a PIC de acuerdo con el nivel de complejidad y la ejecución de los profesionales después de 2008. El total de PIC en el período analizado fue de 315405, lo que correspondió al 0.06% del total de procedimientos en el SIA-SUS. La PIC más común fue la acupuntura de inserción de aguja (49.49% del total de las prácticas), la gran mayoría realizada por un profesional médico. De los establecimientos de salud en SUS-DF, 177 ofrecieron alguna PIC en competencia de octubre de 2019 (9.50% del total de servicios vinculados al CNES en el contexto de la atención ambulatoria); las prácticas cuerpo-mente (shantala, masaje, meditación, reflexoterapia, reiki y quiropráctica) fueron las más comúnmente mencionadas como ofrecidas por estos establecimientos (81.92% de 177). Es necesario enfatizar la importancia de estas alternativas terapéuticas, ampliar los estudios y la investigación para analizar su efectividad, alentar tales prácticas en todos los niveles de la atención de salud pública y capacitar a profesionales y gerentes con el fin de permitir su ejecución de manera calificada.

Plabras clave: Terapias complementarias; Salud Pública; Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como objetivo principal garantir a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, por meio de uma rede de ações e serviços regionalizada e hierarquizada. Para tanto, o SUS propõe o uso do conceito ampliado de saúde, que associa as condições de vida, norteia a

formulação e a implementação de estratégias que viabilizem um serviço de saúde universal, integral, eficiente, com equidade e participação popular¹.

Dentre os princípios do SUS há o da integralidade, que é um conceito que permite identificação do sujeito na sua totalidade, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis em que se pode intervir². De modo a atender este princípio, foi identificada a necessidade de inserção de terapias complementares/integrativas e alternativas no exercício da prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada na atenção humanizada e centrada na totalidade do indivíduo.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), Práticas Integrativas e Complementares (PIC) correspondem a sistemas, recursos terapêuticos e abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, na visão ampliada do processo saúde/doença e na promoção global do cuidado humano, especialmente autocuidado³.

As terapias alternativas vêm sendo cada vez mais demandadas em contextos nos quais a medicalização permeia a cultura e a identidade das pessoas⁴. Esse aumento pela procura de tal tipo de abordagem é compreensível por várias razões: fácil acesso, eficácia relativa (em locais de baixa renda) e insatisfações com a medicina tradicional. No campo da saúde pública, as práticas integrativas e complementares em saúde constituem importante alternativa para a produção do cuidado e têm feito parte das estratégias para o cuidado das populações atendidas⁵.

A valorização das terapias em questão e o estímulo aos serviços direcionados a essas práticas no contexto do sistema público de saúde brasileiro demandaram a criação de políticas públicas, como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), portaria Nº 971 de 03 de

outubro de 2006), na tentativa de ampliar o acesso a serviços anteriormente limitados ao cunho privado⁶.

Antes mesmo de a PNPIC entrar em vigor, o SUS já contava com 5 práticas: acupuntura, termalismo, antroposofia, fitoterapia e homeopatia. Em 2017, mediante Portaria N° 849⁷, mais 14 práticas foram inseridas na política (arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga). Em 2018, com a Portaria N° 702⁸, mais 10 práticas foram inseridas na PNPIC: aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapia.

Como iniciativa de assistir continuamente as consultas regionais e nacionais, o que possibilita o acesso a dados referentes às PIC, utilizaram-se indicadores de assistência à saúde (SIA-SUS) dispostos pelo Departamento de Informática do SUS - DATASUS, órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. A informatização das atividades do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro de diretrizes tecnológicas adequadas, é essencial para a descentralização das atividades de saúde e viabilização e controle social sobre a utilização dos recursos disponíveis. Para alcançar tais objetivos, foi atribuída ao DATASUS a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde.

Em termos de organização dos serviços de saúde, tanto na provisão ambulatorial quanto na hospitalar, é possível visualizar três grandes conjuntos de ações e serviços institucionalmente reunidos sob o SUS, porém com baixa articulação gerencial e coordenação clínica: a atenção básica (AB), formada pelo programa de agentes comunitários de saúde, a estratégia da família e as unidades básicas e ambulatorios hospitalares; a média complexidade formada por unidades ambulatoriais e hospitalares especializadas públicas e privadas; e as redes de alta complexidade de referência nacional em várias especialidades

médicas (cardiologia, neurologia, oncologia, nefrologia, oftalmologia, entre outras)¹⁰.

Para análise de cada prática de acordo com seu nível de complexidade e regiões administrativas do Distrito Federal provedoras dos serviços de terapias integrativas/complementares e alternativas utilizou-se o CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - base que abrange dados da totalidade dos estabelecimentos de saúde brasileiros. Esta tecnologia da informação, cada vez mais utilizada na administração pública, é importante para a área de planejamento, controle e avaliação em saúde e deve refletir a real situação do sistema de saúde¹¹.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi analisar os procedimentos relacionados à PIC realizados no Distrito Federal a partir de dados disponibilizados em domínio público.

METODOLOGIA

A pesquisa correspondeu a um estudo descritivo realizado mediante coleta e análise de dados secundários. Para seleção dos procedimentos foi utilizada a tabela de procedimentos da classificação SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais especiais do SUS)¹² que unifica e padroniza os códigos do SIA. Foram consideradas todas as práticas integrativas e complementares do grupo de procedimentos clínicos (03), subgrupo de terapias especializadas (09), e do grupo de ações de promoção e prevenção em saúde (01), subgrupo de ações coletivas/ individuais em saúde (01) (competência de outubro de 2019).

O levantamento do quantitativo de procedimentos relacionados às PIC e dos profissionais atuantes foi feito a partir do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS)¹³ vinculado ao sistema de informação do Ministério da Saúde (DATASUS) (por local de atendimento desde 2008). Foram consideradas as PIC previstas no SIGTAP realizadas no Distrito Federal após a PNPIC em 2006 considerando o nível de complexidade (AB, média complexidade e alta

complexidade; todas as PIC, independentemente de onde são realizadas, são procedimentos passíveis de registro nos sistemas vinculados à AB) e os profissionais passíveis de execução das PIC conforme previsto no SIGTAP (por meio da Classificação Brasileira de Ocupação – CBO)¹⁴ considerando a competência de outubro de 2019.

O sistema de informação ambulatorial do SUS (SIA/SUS) sofreu alteração da versão de 2007 para a de 2008, que atende a tabela unificada com mais funcionalidades para melhor gerenciamento. Com essa mudança, houve inserção de alguns itens de pesquisas que aprimoram as buscas de dados. Portanto, apesar de a PNPIC ter sido implementada em 2006, a pesquisa em questão abordou dados de 2008 adiante para resultados mais completos, visto que os dados dispostos nos anos de 2006 e 2007 não forneciam dados referentes aos profissionais executores de PI e ao nível de complexidade das práticas, itens de alta relevância para esta pesquisa.

Para atender às demandas desse estudo, foram verificados os locais da rede assistencial pública do Distrito Federal onde havia oferta de PIC. Os dados foram coletados por meio do banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁵, subsistema também vinculado ao DATASUS, que apresenta dados referentes aos estabelecimentos de serviços de saúde no Brasil (competência de outubro de 2019). Nessa base, foram considerados os atendimentos de código 134 vinculados ao atendimento ambulatorial (todas as PIC, independentemente de onde são realizadas, são procedimentos passíveis de registro nos sistemas vinculados à AB).

Os dados foram coletados em outubro de 2019, tabulados e organizados considerando as variáveis: quantitativo de procedimentos por ano, nível de complexidade (atenção básica – AB, ou médica complexidade – MC), profissionais executores das práticas e estabelecimento assistencial em saúde. Foram analisadas frequências absolutas, e os conceitos presentes em políticas públicas e no SIGTAP permearam a análise na discussão. A análise dos dados coletados foi univariada e frequencial, realizada por meio do software Excel®.

RESULTADOS

O total de PIC previsto no SIA-SUS considerando o período analisado foi de 315405, sendo a maioria pertencente ao grupo de procedimentos clínicos (03) (89,15%; n=281187). Esse total equivale a menos de um por cento do total de procedimentos realizados previstos no SAI-SUS no período de 2008 a 2019 em questão (0,06% do total de 522617045 procedimentos).

Considerando as práticas do grupo de procedimentos clínicos (03), a maioria das referências foi relacionada aos serviços de média complexidade (n=279085; 99,2%) com destaque às sessões de acupuntura com inserção de agulha. Os quantitativos de procedimentos informados no SIA-SUS dos grupos de procedimentos clínicos (03) das PIC na AB e nos serviços de média complexidade estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Número de procedimentos informado no SIA-SUS dos grupos de procedimentos clínicos (03) na atenção básica e nos serviços de média complexidade

Procedimen to	Ano												Tot al	
	20 08	20 09	20 10	20 11	20 12	20 13	20 14	20 15	20 16	20 17	20 18	20 19		
Atenção básica (AB)														
Sessão de auriculote rapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	35	36	955
Sessão de massotera pia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	6	-	156

Sessão de reiki	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	17	48	387
Sessão de ozonioterapia aplicada à odontologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60	604
<i>Total</i>											55	53	10	210
<i>atenção básica</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	1	21	2
Média														
complexidade de (MC)														
Sessão de acupuntura com aplicação de ventosa/moxa	11	51	11	10	10	89	65	33	29	18	22	41	125	
Sessão de eletroestimulação	23	76	22	81	78	4	1	7	3	1	3	5	74	
Sessão de acupuntura com	30			11	14					40				
Sessão de eletroestimulação	78	12	34	18	57	28	24		24	94	28	16	69	110
Sessão de acupuntura com	3	83	23	7	7	08	1			9	04	29	2	400
Sessão de acupuntura com	10	16	19	17	18	11	11			14	15			
Sessão de eletroestimulação	60	70	36	65	45	90	84		95	33	12	71	34	156
Sessão de acupuntura com	1	3	6	3	2	2	7		31	7	1	83	15	111

inserção
de
agulhas

<i>Total</i>	42	23	23	29	34	15	12	55	18				
<i>média</i>								98		90	45	279	
<i>complexid</i>	50	16	91	92	10	60	73	57	10				
<i>ade</i>	7	2	1	1	7	4	9	9	6	35	22	085	
Total de	42	23	23	29	34	15	12	55	18				
procediment	50	16	91	92	10	60	73	98	65	95	55	281	
os (03)	7	2	1	1	7	4	9	92	6	66	43	187	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Quanto aos procedimentos clínicos executados na AB, a maior proporção foi relacionada a sessões de auriculoterapia (45,43% do total de PIC na AB; n=955) dos serviços ofertados, seguidas das sessões de ozonioterapia aplicada à odontologia (28,74% do total de PIC na AB; n=604), as quais não tiveram referência no sistema nos anos de 2017 e 2018 (Tabela 1). Quanto aos procedimentos clínicos realizados nos serviços de média complexidade, a maior parte foi referente a sessões de acupuntura com inserção de agulhas (55,94% do total de PIC na MC, n=156111), seguida das sessões de eletroestimulação com 39,56% (n=110400) (Tabela 1).

As Tabelas 2 e 3 apresentam o registro das práticas do grupo de procedimentos clínicos por profissionais conforme CBO na AB e nos serviços de média complexidade, respectivamente. As classes de cirurgião dentista e traumatologista bucomaxilofacial e de fisioterapeutas gerais se destacaram com 23,26% (n=489) e 22,03% (n=463) da totalidade das práticas dos grupos de procedimentos clínicos, como pode ser apresentado na Tabela 2. Quanto às PIC do grupo (03) no contexto dos serviços de média complexidade, a maior parte foi feita por médicos acupunturistas (58,51%; n=163301) (Tabela 3).

Tabela 2 - Número de procedimentos informado no SIA-SUS dos grupos de procedimentos clínicos (03) na atenção básica por profissional

Profissional (conforme CBO)	Ano			Total
	2017	2018	2019	
Agente comunitário de saúde	153	-	-	153
Assistente social	-	51	48	99
Auxiliar de enfermagem	35	91	-	126
Auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família	1	-	-	1
Cirurgião dentista (traumatologista bucomaxilofacial)	-	-	489	489
Enfermeiro da estratégia de saúde da família	4	14	-	18
Enfermeiro do trabalho	-	292	-	292
Fisioterapeuta geral	223	-	240	463
Médico acupunturista	11	53	75	139
Médico pediatra	39	-	-	39
Nutricionista	4	-	-	4
Psicólogo clínico	-	-	21	21
Técnico em higiene dental	-	-	115	115
Terapeuta ocupacional	80	30	33	143
Total	550	531	1021	2102

CBO: Classificação Brasileira de Ocupações.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Tabela 3 - Número de procedimentos informado no SIA-SUS dos grupos de procedimentos clínicos (03) nos serviços de média complexidade por profissional

Profissional (conforme CBO)	Ano												Tot al
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Cirurgião dentista (clínico geral)	-	-	-	-	-	7	-	-	128	-	-	-	135
Cirurgião dentista (disfunção temporomandibular e dor orofacial)	-	-	-	-	-	-	382	166	-	-	-	-	548
Enfermeiro	-	4185	4	-	299	359	-	-	56	-	-	-	3
Fisioterapeuta geral	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	196	6
Médico acupunturista	42507	18977	23907	29921	33808	15238	12357	9726	53687	14842	7480	3574	163301
Médico anestesologista	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1

Médico										159			209
cirurgião	-	-	-	-	-	-	-	-	495	5	-	-	0
geral													
Médico													
clínico	-	-	-	-	-	-	-	-	162	8	-	-	170
Médico de													
família e	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	32	-	52
comunidade													
Médico													
endocrinolo													
gista e	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
metabologist													
a													
Médico													
fisiatra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Médico													
ginecologist	-	-	-	-	-	-	-	-	103	58	47	17	225
a e obstetra													
Médico													
homeopata	-	-	-	-	-	-	-	-	416	689	63	18	175
Médico													
infectologist	-	-	-	-	-	-	-	-	86	-	-	-	86
a													
Médico													
oncologista	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
clínico													

Médico													
ortopedista e	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2
traumatologi													
sta													
Medico													
otorrinolarin	-	-	-	-	-	-	-	-	37	207	72	49	365
gologista													
Médico												26	
pediatra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39	91	4	394
Médico											64	19	187
psiquiatra	-	-	-	-	-	-	-	-	386	648	7	0	1
Médico													
reumatologis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
ta													
Terapeuta												21	
ocupacional	-	-	-	-	-	-	-	-	20	-	31	1	262
Total	425	231	239	299	341	156	127	98	555	181	90	45	279
Total	07	62	11	21	07	04	39	92	79	06	35	22	085

CBO: Classificação Brasileira de Ocupações.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

O grupo de ações de promoção e prevenção em saúde (01) teve referência de práticas integrativas/complementares e alternativas apenas no nível de atenção básica e totalizou 34218 procedimentos. As práticas mais frequentes do grupo (01) foram as práticas corporais em medicina tradicional chinesa (48,64% do total de PIC do grupo (01); n=16645) e as de oficina de massagem/automassagem (29,4% do total de PIC do grupo (01); n=10057) (Tabela 4).

Tabela 4 - Número de procedimentos informados no SIA-SUS do grupo de ações de promoção e prevenção em saúde (01) na atenção básica

Procedimento	Ano			Total
	2017	2018	2019	
Práticas corporais em medicina tradicional chinesa	10320	2646	3679	16645
Terapia comunitária	5	65	1069	1139
Dança circular/ biodança	4026	33	-	4059
Yoga	397	280	1583	2260
Oficina de massagem/ automassagem	6974	988	2095	10057
Sessão de arteterapia	-	1	30	31
Sessão de meditação	-	-	27	27
Total	21722	4013	8483	34218

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Na tabela 5 está o registro das PIC referentes ao grupo de ações de promoção e prevenção em saúde na AB por profissional nos anos de 2017, 2018 e 2019. A classe de profissionais médicos destaca-se com 59,47% (n=20348) da totalidade de procedimentos informados. Nesse grupo, houve uma maior atuação de outros profissionais, como o auxiliar de enfermagem (21,72% das práticas do grupo (01) na AB; n= 7432), o enfermeiro (7,90% das práticas do grupo (01) na AB; n=2704) e o assistente social (4,11% das práticas do grupo (01) na AB; n=1406) (Tabela 5).

Tabela 5 - Número de procedimentos informado no SIA-SUS dos grupos de ações de promoção e prevenção em saúde (01) na atenção básica por profissional (continua)

Profissional (conforme CBO)	Ano			Total
	2017	2018	2019	
Agente comunitário de saúde	638	11	-	649
Agente de saúde pública	89	20	-	109
Assistente social	1113	99	194	1406
Auxiliar de enfermagem	542	1291	5599	7432
Auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família	696	-	-	696
Enfermeiro	2388	103	213	2704
Enfermeiro da estratégia de saúde da família	35	-	-	35
Fisioterapeuta geral	7	-	1	8
Fonoaudiólogo	-	1	-	1
Médico acupunturista	4911	1212	72	6195
Médico clínico	122	47	-	169

CBO: Classificação Brasileira de Ocupações.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Tabela 5 - Número de procedimentos informado no SIA-SUS dos grupos de ações de promoção e prevenção em saúde (01) na atenção básica por profissional (conclusão)

Profissional (conforme CBO)	Ano			Total
	2017	2018	2019	
Médico da estratégia de saúde da família	4	-	-	4
Médico de família e comunidade	2	-	-	2
Médico generalista	10329	-	-	10329
Médico ginecologista e obstetra	34	-	250	284
Médico homeopata	44	58	136	238
Médico nefrologista	-	-	26	26

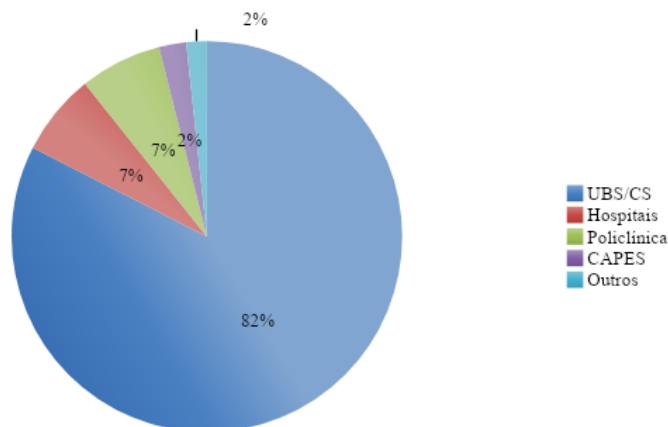
Médico pediatra	486	837	1778	3101
Psicólogo clínico	184	23	51	258
Técnico de enfermagem	62	340	-	402
Técnico em saúde bucal da estratégia de saúde da família	10	-	-	10
Terapeuta ocupacional	26	1	133	160
Total	21722	4043	8453	34218

CBO: Classificação Brasileira de Ocupações.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Os dados provenientes do CNES evidenciaram que 177 estabelecimentos de saúde no SUS-DF ofertavam PIC nas diversas regiões administrativas do DF, o que equivaleu a 9,50% do total de 1864 serviços vinculados ao CNES no contexto de atendimento ambulatorial (vale lembrar que, independentemente de onde as PIC são realizadas, o vínculo é de atendimento ambulatorial), considerando a competência de outubro de 2019. Dos 177 estabelecimentos, a maioria era referente a Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Centro de Saúde (CS) (n=146; 82,49%) (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição dos tipos de estabelecimentos ofertantes de PIC no DF (competência de outubro de 2019)



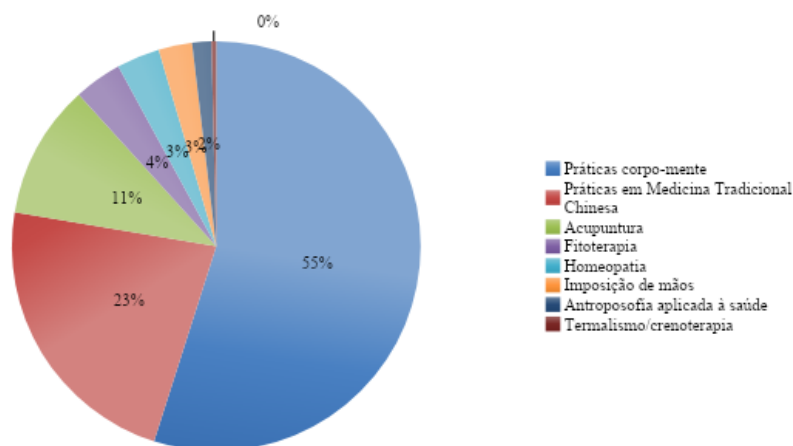
CS: Centro de Saúde; UBS: Unidade Básica de Saúde.

Outros: Unidade de Pronto-Atendimento, clínica/ centro de especialidade e a central de radiologia.

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Acesso em: 21.10.2019.

As práticas corpo-mente (shantala, massagem, meditação, reflexoterapia, reiki e quiropraxia) foram as mais referidas como ofertadas pelos estabelecimentos (81,92%; n=145), seguidas das práticas em medicina tradicional (33,9%; n= 60) e acupuntura (com inserção de agulhas, com aplicação de ventosas/moxa e eletroestimulação) (15,82%; n=28) (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição dos tipos de PIC ofertadas nos estabelecimentos assistenciais na RAS pública do DF.



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Acesso em: 21.10.2019.

DISCUSSÃO

O Brasil utiliza uma ampla rede de sistemas de informações em saúde com a maioria de suas informações acessíveis. O DATASUS é um dos principais sistemas de interesse à saúde do Brasil, pois processa produções assistenciais de AB e média e alta complexidade compondo, assim, um banco de dados nacional de atendimentos. Dessa forma, registrados de maneira correta, geram confiabilidade para instrumento de acompanhamento, de avaliação do desempenho em serviços de saúde, de desenvolvimento de ações direcionadas e de formulação de políticas públicas. Entretanto, é um sistema em constante mudança, o que pode interferir em análises a longo prazo¹⁶.

As práticas integrativas/complementares e alternativas visam atender aos direitos sociais e ampliar os recursos de cuidado e promoção da saúde. No âmbito da política nacional da saúde, implementou-se a PNPIC em 2006 para

garantir a integralidade do sistema⁶. Algumas pesquisas referem os impactos positivos dessas práticas em termos assistenciais, como a realizada em Salvador, na qual Dacal & Silva (2018) evidenciaram impactos aparentes das terapias complementares no alívio de ansiedade, estresse e dores no corpo em pacientes com enfermidades de caráter crônico¹⁷. Revisão integrativa de Souza et al. (2017) corrobora esses achados importantes, porém, em relação às PIC voltadas para saúde mental e usuários de drogas¹⁸.

Apesar disso, a inclusão dessas práticas no SUS de maneira efetiva tem sido lenta¹⁷. O atraso do avanço desses serviços pode ser devido à falta de compromissos, de acompanhamento e monitoramento e de estratégias para garantir a execução da política. O desconhecimento da PNPIC tanto por parte dos profissionais quanto pelos cidadãos, a falta de execução de atribuições dos gestores, a não determinação dos parâmetros de monitoração e de recursos são igualmente pontos que impedem o avanço das práticas alternativas, as quais correspondem a um recurso estratégico para redução dos riscos de tratamentos, geração de economia em consequência da diminuição dos custos de medicamentos e insumos^{6,17}.

O relatório de gestão 2006/2010 das PIC no SUS^{19,20} reforça os desafios da implementação da política nacional: a institucionalização da avaliação da atenção básica, as especificidades de cada componente e os níveis do sistema; o fornecimento dos insumos (medicamento homeopático/fitoterápicos/agulhas para acupuntura, o desenvolvimento/adequação de legislação específica para os serviços no SUS e o investimento em pesquisa e desenvolvimento para integrar saberes e práticas nas diversas áreas do conhecimento, desenvolvendo assim projetos humanizados, integrais e transdisciplinares. Além disso, a instituição das PIC no SUS também é considerada um desafio para os gestores públicos, principalmente devido ao financiamento insuficiente, à escassez de espaços para implementação de novas terapias e, ainda, à dificuldade de conexão entre as PIC e o modelo curativo²¹. Todos esses fatores podem justificar a proporção baixa de PIC em comparação aos procedimentos assistenciais referidos no SIA-SUS.

Somado a esses fatores, deve-se referir a possibilidade do uso inadequado do sistema em termos de não serem efetivamente reportadas as PIC no sistema (seja no SIA-SUS seja no e-SUS atualmente), levando a um quadro de sub-registro. A integração das informações dos sistemas de informação do SUS é fundamental para a autenticidade dos dados. Todavia, sabe-se da dificuldade de atuar de acordo com os processos normativos do DATASUS devido à presença de diversos núcleos autônomos. Pesquisas apontam que o uso indevido desses sistemas é causado principalmente pela falta de qualificação dos profissionais que o gerenciam e pelo preenchimento incorreto dos dados, o que compromete os indicadores de saúde²².

As práticas alternativas são de caráter multiprofissional. Entretanto, os dados relacionados aos profissionais executores das PIC são imprecisos devido a mudanças na CBO, à nova opção de cadastramento no CNES e aos procedimentos realizados por profissionais não vinculados às PIC. Nos grupos de procedimentos clínicos dessas práticas, a classe médica possui elevado quantitativo de procedimentos realizados, independentemente da ampliação de profissionais da saúde passíveis de atuação após a PNPIC, a classe não médica contínua não obtendo avanços significativos de procedimentos.

Nas práticas de ações de promoção e prevenção em saúde com ações coletivas/individuais, as PIC possuem outros profissionais com uma boa atuação (auxiliar de enfermagem, assistente social, enfermeiro). No entanto, o profissional com maior número de procedimentos realizados continua sendo o médico. Isso pode ser devido à falta de formação e qualificação profissional dos outros cursos da saúde acerca de terapias alternativas e da falta de cursos profissionalizantes relacionados.

Quanto a essa discussão, Tesser, Souza & Nascimento (2018), referem importante fato: a maioria dos executores das PIC é profissional usual da APS, por iniciativa própria, o qual tende a desempenhar papel de destaque nesse contexto e o acesso às PIC fica restrito ao local onde esse profissional atua. Quando considerado o profissional farmacêutico, por exemplo, dentre as práticas

analisadas desde o ano de 2008 até 2019 não houve registros de nenhuma PIC realizada pelo mesmo, sendo que esse profissional só não pode atuar na ozonioterapia aplicada à odontologia por ser restrita aos cirurgiões dentistas. Assim, nota-se a necessidade de readequação de normas para regulamentar os profissionais e de incentivo a utilização das PIC e suas formações para ampliar o pluralismo terapêutico dos profissionais.

Além disso, a inserção do tema no ensino é pouca e, apesar de haver pesquisas na área, há poucas publicações²³. Ademais, as PIC preveem que os profissionais de saúde estejam alinhados quanto à dinâmica de cuidado integral com necessidade de ir além da formação básica e desenvolver competências de cunho colaborativo²⁴.

As PICS podem ser ofertadas no SUS em todos os âmbitos da atenção à saúde, contudo, a PNPIC estimula que essas práticas sejam implantadas prioritariamente na AB²⁵. No Distrito Federal tal fato torna-se perceptível com o elevado percentual de unidades básicas e centros de saúde com disponibilidade de PIC, sendo esses os principais locais destinados ao atendimento na atenção primária. As sessões de acupuntura com inserção de agulhas, sessões de acupuntura com aplicação de ventosa/moxa e sessão de eletroestimulação são financiadas por um fundo pertencente à média complexidade, o que as insere nesse âmbito. O crescimento das PIC no DF deve ser destacado como reflexo da tentativa de implementação de uma política distrital local relacionada à temática, e isso é positivo tendo em vista que o crescimento na oferta das PIC não vem acontecendo de forma igualitária nas regiões do país¹⁷. E mesmo dentro de uma mesma região ou estado, como evidenciado por Losso & Lopes (2018) em estudo também com dados secundários referentes às práticas de acupuntura no estado de Santa Catarina²⁶.

A PNPIC traz diretrizes gerais para a incorporação das práticas nos diversos serviços. Compete ao gestor municipal/ distrital/ local elaborar normas técnicas para inserção da PNPIC na rede local de saúde e definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação das práticas integrativas.

Dessa maneira, é de competência do município a contratação dos profissionais e a definição das práticas a serem ofertadas²⁷.

O DF possui 177 estabelecimentos ofertantes de serviços de terapias integrativas/complementares e alternativas, o que equivale a menos de dez por cento dos serviços e corrobora a discussão sobre a necessidade de afirmação dessas práticas como alternativas terapêuticas viáveis e efetivas. A maior parte oferta serviços de AB, principalmente práticas corpo-mente (shantala, massagem, meditação, reflexoterapia, reiki, quiropraxia e osteopatia) e práticas em medicina tradicional chinesa. Os profissionais dessas terapias podem exercer qualquer ocupação da área da saúde o que se torna uma vantagem para a implementação dessas em diversos estabelecimentos. No entanto, cabe ressaltar que, apesar das práticas corpo-mente terem referência de oferta em uma maior proporção de estabelecimentos, foi a prática de acupuntura que apresentou maior proporção de procedimentos realizados.

É importante referir que, apesar de um considerável quantitativo de estabelecimentos ofertarem práticas de fitoterapia e homeopatia, o SIA-SUS não apresenta dados referentes na atual versão a partir do ano de 2008. Ao analisar dados anteriores à essa versão, apresentou-se dados constantes da prática de homeopatia até o ano de 2007. Em 2008, o código de consulta em homeopatia foi alterado para tratamento homeopático, contudo, não houve mais registros no sistema usado como base para essa pesquisa.

Ademais, a terapia com fitoterápicos no DF não possui consultas registradas no sistema de informação ambulatorial. Assim como outras práticas assistenciais executadas no contexto da AB, essas práticas são reportadas atualmente via e-SUS (SUS eletrônico – estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde para reestruturar as informações da atenção básica em nível nacional) e processadas pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) desde agosto de 2017, cujos relatórios e dados não se encontravam públicos quando da realização da presente pesquisa. Esse fato, inclusive, pode ser uma das justificativas para baixa proporção de PIC

no SIA de 2017 em diante no contexto da AB, correspondendo, portanto, a uma limitação importante deste estudo e, em paralelo, caracterizando uma lacuna para desenvolvimento de pesquisas futuras.

CONCLUSÃO

A PNPIC é benéfica ao usuário por ser uma política de inclusão terapêutica com método desmedicalizante que aborda práticas com fatores diagnóstico-terapêuticos diferentes da medicina convencional, além do baixo nível de efeitos adversos. À gestão, fornece vantagens com a redução de gastos públicos devido ao baixo custo desses recursos terapêuticos e o direcionamento de medicamentos para casos em que haja realmente necessidade de uso. Entretanto, a PNPIC não tem se efetivado em termos práticos como deveria.

A desinformação tanto pelos profissionais (gestores e/ou profissionais da saúde) quanto dos usuários do SUS e a predominância da medicina convencional são obstáculos importantes para que essas práticas tenham o devido reconhecimento. Portanto, é fundamental divulgar informações sobre PIC e seus benefícios, possibilitar ações (oficinas, mesas de conversas, debates, congressos, simpósios) tanto entre os próprios profissionais como entre profissionais e usuários do SUS e incentivar a qualificação e desenvolvimento das mais variadas classes profissionais envolvidas.

Os gestores devem, principalmente, se informar acerca das terapias integrativas/ complementares e alternativas, tornar prioridade a implantação de PIC nos estabelecimentos de saúde, ampliar acesso e garantir as condições essenciais para realização das terapias em todos os níveis de atenção, principalmente na AB. Outra responsabilidade se refere aos dados informatizados, estes que não estão sendo devidamente reportados tendo em vista as diversas limitações, falta de integralidade entre os sistemas e indisponibilidade de dados.

Portanto, a credibilidade das PIC no SUS será oriunda de uma cooperação entre os diversos profissionais e gestores engajados em tornar de

acesso a todos esses recursos terapêuticos. Entretanto, há barreiras econômicas e sociais dadas à supremacia de métodos convencionais que interferem na aceitação e implantação das práticas integrativas/complementares e alternativas. Apesar das limitações decorrentes deste tipo de estudo, publicações relacionadas são importantes e necessárias para embasar a legitimidade das PIC e seu crescimento em termos práticos, não só em termos frequenciais, mas, em termos de avaliação de efetividade e qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Gomes Junior SCS, Almeida RT. Modelo de simulação para estimar a infraestrutura necessária à assistência oncológica no sistema público de saúde. *Rev. panam. salud. publica.* 2009;25(2):113-119.
2. Nietzsche EA. Tecnologia emancipatória: possibilidade para a práxis de enfermagem. Ijuí: Ed. Unijuí; 2000.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde [livro online]. Brasília, DF, 1986.
4. Souza EFAA, Luz MT. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos.* 2009;16(2):393-05.
5. Telese Júnior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud. av.* 2016;30(86):99-112.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 849, de 27 de março 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.*
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. *Diário Oficial da União.*

9. Ferraz LHVC. O SUS, o DATASUS e a informação em saúde: uma proposta de gestão participativa. Rio de Janeiro s.n, 2009.
10. Ouverney AM, Noronha JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. 2013;3:143-82.
11. Amorim AS, Pinto Junior VL, Shimizu HE. O desafio da gestão de equipamentos médico-hospitalares no Sistema Único de Saúde. Saúde debate 2015;39(105):350-62.
12. Brasil. Ministério da Saúde. SIGTAP- Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. [cited 2019 Nov]. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>
13. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) [Internet]. Brasília – DF. [cited 2019 Nov]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
14. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS/SIGTAP Procedimentos x CBO [Internet] [cited 2019 Nov]. Disponível em <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/relatorio/procedimentoCategoriaCBO/publicados>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Brasília – DF. [cited 2019 Nov]. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária- Executiva. Plano Diretor de Tecnologia da Informação 2016. [cited 2019 Nov]. Disponível em http://datasus.saude.gov.br/images/0305_PDTI.pdf.
17. Dacal MPO, SILVA IS. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. Saúde Debate. 2018;42(118):724-35.
18. Souza LPS, Teixeira FL, Diniz AP, Souza AG, Delgado LHV, Vaz AM, Vieira, PMO, Rodriguez OS. Práticas Integrativas e Complementares no Cuidado à Saúde Mental e aos Usuários de Drogas. Rev. Mult. Psic. 2017;11(38):177-98.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas

Integrativas e Complementares. Relatório de Gestão 2006/2010 - Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília-DF: MS; 2011.

20. Ischkanian PC, Pelicioni, MCF. Challenges of complementary and alternative medicine in the SUS aiming to health promotion. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. [Internet]. 2012;22(2):233-38.

21. Carvalho JLS, Nóbrega MPSS. Complementary therapies as resources for mental health in Primary Health Care. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2017;38(4):e2017-0014.

22. Lima AC, Januário MC, Lima PT, Silva WM. DATASUS: O uso dos sistemas de informação na saúde pública. Revista da FATEC Zona Sul. 2015;1(3):16-31.

23. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. Saúde Debate. 2018;42:174-88.

24. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. Saúde Debate. 2018;42:163-76.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 56 p.

26. Losso LN, Lopes SS. Análise da oferta e produção de atendimento em acupuntura na atenção básica em Santa Catarina. Tempus actas de saúde colet. 2018;11(2):159-77.

Construção de um fluxo de contrarreferência de pacientes para o Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde de um estado brasileiro

Construction of a counter-reference flow of patients for Pharmaceutical Care in the Primary Health Care of a Brazilian state

Construcción de un flujo de contrarreferencia de pacientes para el Cuidado Farmacéutico em la Atención Primaria de Salud de un estado brasileño

Nathasha Stella Reis³⁵

Anna Heliza Silva Giomo³⁶

Debora Ferreira Reis³⁷

Glaucia Silveira Carvalho Pessoa³⁸

Juliana Bicalho Machado Assunção da Silva³⁹

Dayde Lane Mendonça-Silva⁴⁰

³⁵Farmacêutica especialista, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, mestranda em Saúde Coletiva, Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília. Endereço: Setor de Áreas Isoladas Norte - SAIN - Fim da Asa Norte Bloco B - (antigo prédio da Câmara Legislativa) – Brasília/Distrito Federal - CEP: 70770-200 E-mail: nathasha.reis@igesdf.org.br, nath.stellar@gmail.com

³⁶Farmacêutica mestre em Saúde Coletiva, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; annagiomo@gmail.com

³⁷Farmacêutica especialista, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; deborافر28@gmail.com

³⁸Farmacêutica, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; glauciasilveiracarvalho@gmail.com

³⁹Farmacêutica mestre, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; julianabicalho@gmail.com

⁴⁰Farmacêutica doutora em Ciências Biológicas, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Saúde – Universidade de Brasília. daydelane@gmail.com

RESUMO

A atuação clínica do farmacêutico obteve importante reforço na Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), em 2015, com a institucionalização dos Núcleos de Farmácia Clínica nos hospitais e, em 2017, na Atenção Primária à Saúde (APS), com a implantação do Cuidado Farmacêutico na estratégia saúde da família. Contudo, havia a necessidade de integrar os serviços prestados nos diferentes níveis de atenção. Assim, o objetivo desse artigo foi relatar o desenvolvimento de um fluxo de contrarreferência de pacientes para o Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde do DF, com o intuito de garantir a continuidade e integralidade do cuidado em saúde. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, que apresenta o processo de revisão de literatura, desenvolvimento das etapas e ferramentas do fluxo, bem como a sua validação. O processo desenvolveu-se de forma participativa, envolvendo profissionais farmacêuticos de diferentes níveis de atenção e da gestão central e resultou no desenvolvimento de um fluxo de encaminhamento de usuários e uma ferramenta informatizada de comunicação interprofissional. O fluxo construído se mostrou de simples operacionalização, passível de ser aplicado a outros profissionais e cenários e com grande potencial de gerar benefícios aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: cuidados farmacêuticos, contrarreferência, integralidade em saúde

ABSTRACT

The pharmacist's clinical performance was significantly reinforced at the Federal District Health Department (SES/DF) in 2015, with the institutionalization of Clinical Pharmacy Centers in hospitals and, in 2017, in the Primary Health Care (APS), with the implementation of Pharmaceutical Care in the family health strategy. However, there was a need to integrate the services provided at the different levels of care. Thus, the objective of this article was to report the development of a counter-referral flow of patients for pharmaceutical care in the Primary Health Care of DF, in order to ensure the continuity and completeness of health care. This is a descriptive study of the experience report type, which presents the literature review process, development of the steps and tools of the flow, as well as their validation. The process was developed in a participatory manner, involving pharmaceutical professionals of different levels of care and central management and resulted in the development of a user referral flow and a computerized interprofessional communication tool. The constructed flow proved to be of simple operationalization, therefore possible to be applied to other professionals and scenarios and with great potential to generate benefits to users of the Unified Health System.

Keywords: pharmaceutical services, counter-reference, integrality in health

RESUMEN

El desempeño clínico del farmacéutico fue significativamente reforzado por el Departamento de Salud del Distrito Federal (SES/DF) en 2015, con la institucionalización de los Centros de Farmacia Clínica en hospitales y, en 2017, en la Atención Primaria de Salud (APS), con la implementación de la Atención Farmacéutica en la estrategia de salud familiar. Sin embargo, era necesario integrar los servicios prestados en los diferentes niveles de atención. Por lo tanto, el propósito de este artículo fue informar el desarrollo de un flujo de contrarreferencia de pacientes para los servicios farmacéuticos en la Atención Primaria de Salud del Distrito Federal, con el fin de garantizar la continuidad y la integridad de la atención a la salud. Este es un estudio descriptivo del tipo de informe de experiencia, que presenta el proceso de revisión de la literatura, el desarrollo de los pasos y las herramientas del flujo, así como la validación del documento. El proceso se desarrolló de manera participativa, con la participación de profesionales farmacéuticos de diferentes niveles de atención y gestión central de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y dio como resultado el desarrollo de un flujo de referencia de usuarios de niveles de atención de media y alta complejidad para la atención primaria y una herramienta computarizada para la comunicación interprofesional. El flujo construido demostró ser de una simple operacionalización, que podría aplicarse a otros profesionales y escenarios y con un gran potencial para generar beneficios para los usuarios del Sistema Único de Salud.

Palabras clave: servicios farmacéuticos, contra-referencia, integralidad en salud

INTRODUÇÃO

O Cuidado Farmacêutico, que requer formação clínica e humanística de farmacêuticos em busca de um apoio personalizado para os pacientes, tem sido considerado uma alternativa de tecnologia em saúde para proporcionar melhores perspectivas no controle de doenças crônicas¹, reduzindo a morbimortalidade associada aos medicamentos. Por meio dessa prática clínica, o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do usuário relacionadas aos medicamentos, atuando na detecção, prevenção e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos positivos².

Como atividades clínicas do Cuidado Farmacêutico, o profissional pode realizar a revisão da farmacoterapia, desenvolver educação e rastreamento em saúde, além de promover a conciliação medicamentosa durante as transições de cuidado³. Os usuários com tratamentos mais complexos e dificuldades no uso

dos medicamentos podem requerer um seguimento mais longo e frequente por parte do farmacêutico, denominado acompanhamento farmacoterapêutico⁴.

Devido à facilidade de acesso aos farmacêuticos da Atenção Primária e baixas barreiras de comunicação, os pacientes tendem a confiar nesses profissionais em muitas questões relacionadas à saúde⁵. Desde a década de 1990, os serviços clínicos farmacêuticos têm se mostrado capazes de promover melhor controle dos problemas de saúde, devido ao maior conhecimento dos pacientes em relação ao uso racional dos medicamentos⁶.

Por outro lado, a falta de um programa de transição de cuidado adequado, definido como um conjunto de ações para garantir a coordenação e a continuidade da assistência à saúde, na transferência de pacientes entre diferentes serviços ou diferentes unidades de um mesmo local⁷, aumenta os riscos de uma rápida readmissão e pode afetar negativamente a qualidade funcional e qualidade de vida dos pacientes. Para reduzir o risco de resultados negativos, é essencial uma forte capacidade de comunicação e informação na transição de pacientes entre hospitais, atendimento domiciliar e ambientes comunitários⁸.

Um dos elementos essenciais para que as ações e os serviços funcionem de forma integrada e coordenada é o sistema de referência e contrarreferência, entendido como um mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de atenção de uma rede de saúde⁹.

A referência compreende o trânsito do nível menor para o de maior complexidade, ou seja, para hospitais e clínicas especializadas, enquanto a contrarreferência, compreende o trânsito para o nível de menor complexidade, justificando o encaminhamento do paciente para ser acompanhado na unidade básica mais próxima de seu domicílio. O bom funcionamento deste sistema pressupõe não só o fluxo do paciente como pessoa física, mas também a troca de informações a respeito das suas condições clínicas compartilhadas pelos profissionais dos diferentes níveis que participam do processo de cuidado¹⁰.

No Brasil, propostas a favor da coordenação das linhas de cuidado ganharam força com o modelo de atenção fundamentado na Estratégia de Saúde da Família, na qual a Atenção Primária em Saúde (APS) deveria ser a base da reorganização do modelo. Inclusive, o Ministério da Saúde estabelece como um dos fatores essenciais para a reorganização das práticas de serviço, a referência e contrarreferência, que devem ser garantidas pelas equipes de saúde da família (ESF)⁹.

Além do mais, o aumento significativo da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em virtude das transições demográfica e epidemiológica tem exigido transformações na organização dos serviços de saúde de modo a promover melhorias na integralidade da assistência¹¹. Esse princípio está previsto no Sistema Único de Saúde (SUS) como um conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema¹².

Contudo, o modelo de atenção fundamentado na fragmentação entre os serviços se configura como uma realidade persistente, caracterizada pela prestação de um cuidado desarticulado, com problemas de comunicação entre os setores, justificando iniciativas e ações que facilitem a integração do cuidado na rede de atenção à saúde¹¹.

Na rede de saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, que compreende ações de nível estadual e municipal, o profissional farmacêutico está inserido nas unidades básicas de saúde, policlínicas, ambulatórios e hospitais terciários e quaternários. O serviço de Cuidado Farmacêutico vem sendo instituído nessa rede desde 2015, por meio de portaria que criou o serviço de Farmácia Clínica, nos núcleos e na gerência de Farmácia Hospitalar, nas unidades básicas de saúde, nas unidades de pronto atendimento e nos demais serviços de saúde que demandarem da atuação do Farmacêutico Clínico¹³.

Apesar disso, sua implementação não foi acompanhada de uma integração entre os serviços, sendo constituída de ações delimitadas e

fragmentadas, o que levou a uma inquietação dos profissionais em propor iniciativas de integração entre eles. A integração dos serviços nos diferentes níveis de atenção fornece informações que subsidiam as tomadas de decisão e o planejamento das condutas farmacêuticas, aumentando a segurança no uso de medicamentos e a resolutividade das ações em saúde^{14,15}.

Assim, esse estudo teve como objetivo descrever o processo de desenvolvimento de um fluxo de contrarreferência de pacientes dos níveis secundário e terciário para o Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária da rede de saúde da SES/DF, de modo a garantir a continuidade e integralidade do cuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que apresenta o processo de construção e validação de um fluxo de contrarreferência de pacientes para a Atenção Primária em Saúde da rede SES/DF.

Na SES/DF, os serviços clínicos farmacêuticos foram implementados em quatorze hospitais, com foco nas unidades de terapia intensiva, unidades de pronto socorro, ambulatórios e enfermarias, além de vinte e cinco Unidades Básicas de Saúde, distribuídas em todo o território do DF.

O processo de construção do fluxo teve início em fevereiro de 2018 com a publicação, pela Diretoria de Assistência Farmacêutica da SES/DF (DIASF/SES/DF), de um grupo de trabalho (GT) composto de oito farmacêuticos atuantes nas áreas hospitalar, atenção primária e gestão da rede de saúde da SES-DF¹⁶. Para o seu desenvolvimento contou com encontros semanais entre os integrantes do grupo e farmacêuticos convidados, sendo que cada profissional participante dispunha de quatro horas semanais de dedicação ao grupo.

A primeira etapa do trabalho realizado pelo GT consistiu em um diagnóstico situacional dos serviços clínicos desenvolvidos pelos farmacêuticos em cada nível de atenção, por meio dos relatos e exposição da realidade feitos

pelos integrantes do grupo, permitindo a compreensão das atividades e dos cenários envolvidos no Cuidado Farmacêutico. Além disso, essa etapa possibilitou o esclarecimento de outros fluxos, como de dispensação de medicamentos, etapa fortemente vinculada a outras atividades clínicas farmacêuticas.

Nesse momento, foram identificados os principais entraves para a organização de uma rede de Cuidado Farmacêutico integrada: 1. ausência de fluxo de encaminhamento de usuários entre os níveis de atenção; 2. diferentes sistemas de informação em cada nível assistencial.

A partir desse diagnóstico, o grupo de trabalho passou a se reunir semanalmente para planejamento e desenvolvimento do fluxo, contando com a participação de atores chaves como o representante da Farmácia Clínica da DIASF/SES/DF e da farmacêutica gerente da farmácia do Componente Especializado do Distrito Federal. Também foi necessário integrar ao grupo um especialista em tecnologia e informática para construção de uma ferramenta de troca de informações entre os profissionais nos diferentes níveis de atenção. Ao longo do planejamento da proposta, o grupo realizou buscas na literatura e manuais organizacionais para subsidiar suas decisões, tendo como foco as redes de atenção à saúde, integralidade do cuidado e sistemas de referência e contrarreferência.

Após a construção da proposta de fluxo foi realizada uma oficina de discussão e pactuação do seu processo de validação, que contou com a participação dos farmacêuticos da rede, atuantes em nível hospitalar, na atenção especializada e na atenção primária, de modo a viabilizar a avaliação do fluxo e de suas ferramentas, bem como esclarecer o processo para o encaminhamento, percurso do usuário, processo de acolhimento e atividades clínicas as serem desenvolvidas nos serviços.

Participaram desse processo de validação, realizado entre junho e setembro de 2018, quatro hospitais e onze UBS com farmacêuticos capacitados na primeira turma do curso de Cuidado Farmacêutico, oferecido pela SES/DF

em parceria com a Universidade de Brasília. Nessa fase, os encaminhamentos se restringiram aos pacientes com DCNT, entre elas, insuficiência cardíaca, asma, diabetes mellitus, hipertensão arterial e dislipidemia, que correspondem às condições sensíveis à atenção primária mais prevalentes no Distrito Federal nos últimos anos.

A validação do fluxo se deu por meio da obtenção dos indicadores: i) número de pacientes encaminhados e; ii) número de pacientes acolhidos no serviço de destino do usuário.

RESULTADOS

O principal meio de garantir a integralidade das redes de saúde é um sistema de referência e contrarreferência efetivo, que possibilite o encaminhamento mútuo de pacientes e seu acesso a diferentes níveis de complexidade dos serviços¹⁷. É importante destacar que a contrarreferência para a unidade de origem é essencial para a continuidade do atendimento¹⁸, sendo que os encaminhamentos devem ser realizados em formulário próprio da instituição e preenchido pelo profissional de nível superior responsável¹⁹.

Por meio de um processo coletivo de desenvolvimento e avaliação foi possível a construção de um fluxo de encaminhamento de pacientes para o Cuidado Farmacêutico entre os níveis de atenção (Figura 1), bem como o desenvolvimento de uma ferramenta de troca de informações entre os profissionais (Figura 2).

O fluxo de contrarreferência desenvolvido pelo GT considerou como início do processo a admissão do paciente em uma unidade de saúde da SES/DF de nível secundário ou terciário. Assim, o paciente admitido em uma unidade hospitalar com oferta de serviços clínicos farmacêuticos, poderá receber o acompanhamento farmacoterapêutico pelo profissional. Estão incluídas nesse serviço atividades como, anamnese, revisão da farmacoterapia e conciliação medicamentosa. No momento da alta hospitalar, o paciente poderá ter seus medicamentos reconciliados, juntamente com uma análise do profissional

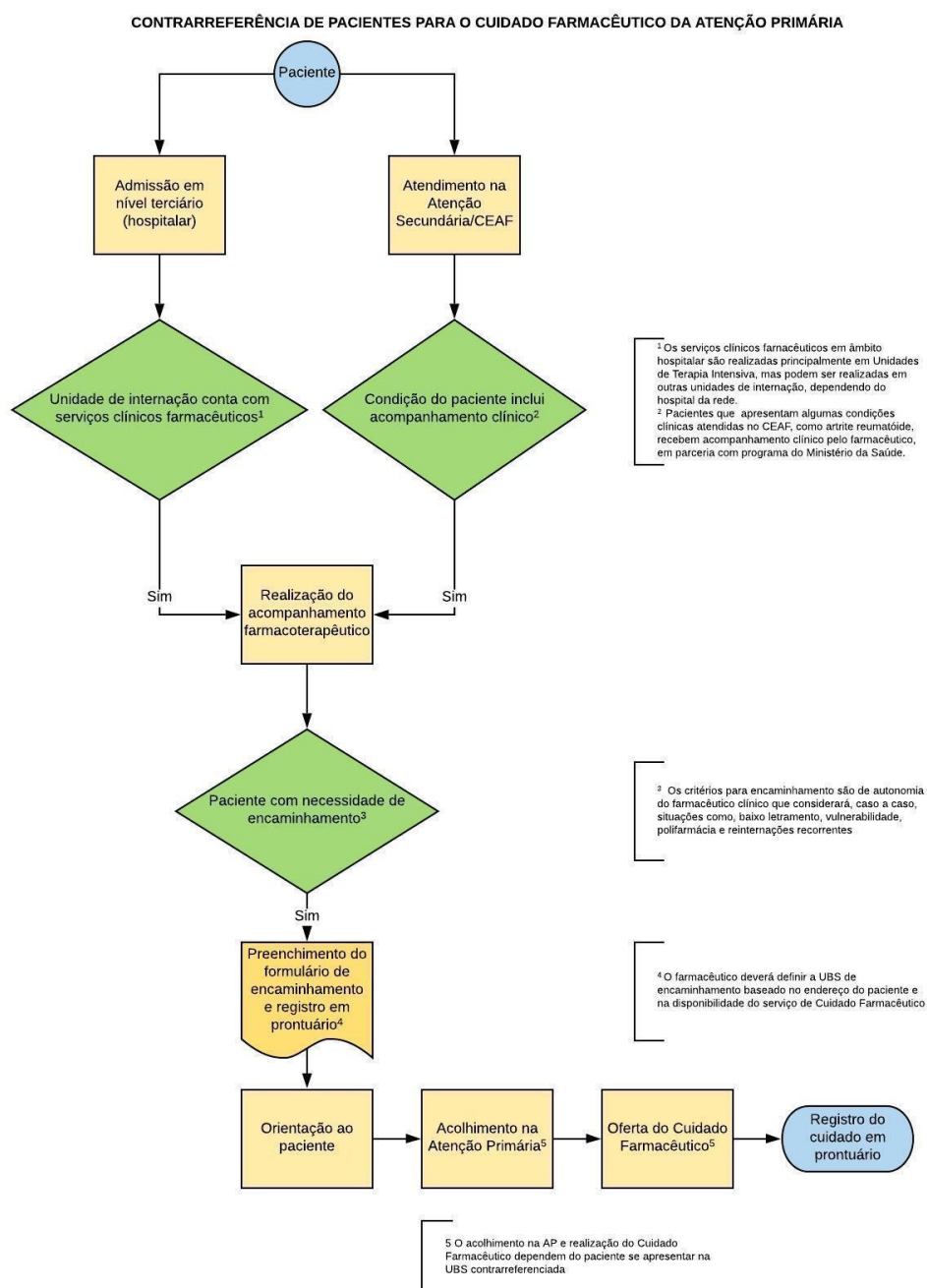
farmacêutico da necessidade de encaminhá-lo para continuidade do acompanhamento na Atenção Primária. Os critérios para encaminhamento são de autonomia do farmacêutico clínico que considerará, caso a caso, situações como, baixo letramento, vulnerabilidade, polifarmácia e reinternações recorrentes.

Por outro lado, ao receber atendimento em alguma unidade do nível secundário de atenção, como a Farmácia do Componente Especializado, os pacientes cuja condição clínica prevê o acompanhamento clínico podem ser acolhidos pelo farmacêutico que realizará o acompanhamento farmacoterapêutico e irá avaliar, da mesma forma, a necessidade de encaminhamento para o nível primário.

Uma vez identificada a oportunidade de encaminhamento, o farmacêutico deverá preencher os dados do paciente no formulário informatizado, bem como realizar todos os registros em prontuário, e prestar as orientações para que o paciente procure a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência que ofereça o Cuidado Farmacêutico, de forma a seguir seu acompanhamento farmacoterapêutico.

No momento em que o paciente é acolhido na Atenção Primária, o farmacêutico responsável registra os dados de seu acompanhamento em prontuário, possibilitando o acesso às informações por outros profissionais.

Figura 1 - Fluxo de encaminhamento de pacientes para os serviços clínicos farmacêuticos desenvolvidos na Atenção Primária à saúde da SES/DF, elaborado em 2018



Fonte: Os autores (2018)

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, a coordenação do cuidado tem como essência a disponibilidade de informações (pessoais, histórico de saúde, problemas e as ações realizadas) que podem ser disponibilizadas através de sistemas de informação ou outros mecanismos de transmissão da informação e comunicação. Sendo importante que os registros estejam facilmente disponíveis por mecanismos de referência e contrarreferência e recomendações escritas aos pacientes¹⁸. (Brasil, 2011).

Nesse contexto, o formulário eletrônico (Figura 2) foi a ferramenta desenvolvida neste estudo para permitir a troca de informações e efetivar o encaminhamento proposto. Segundo a proposta de fluxo, o farmacêutico deve realizar o preenchimento do formulário informando a UBS de destino do paciente com base no seu endereço de residência, condicionado à existência de farmacêutico lotado na unidade. O formulário impresso deve ser entregue ao paciente, com as devidas orientações e demais documentos que forem necessários, como orientações de alta e Guia do Paciente. A interface desenvolvida pelo GT gera automaticamente um número de formulário e envia um alerta para o farmacêutico da UBS destino da contrarreferência, possibilitando ao profissional o acesso às informações para acolhimento e acompanhamento do paciente.

O farmacêutico da UBS de destino do paciente, ao realizar o acolhimento, preenche na tabela de interface a data do atendimento, como forma de rastreamento do encaminhamento. Caso o paciente encaminhado para a Atenção Primária não compareça à UBS, mas resida no território adstrito, o farmacêutico pode realizar uma busca ativa para efetivar o acolhimento e inserção do paciente no serviço de Cuidado Farmacêutico. As ações de encaminhamento e acolhimento devem ser registradas no prontuário do paciente.

Figura 2 - Formulário de encaminhamento de pacientes para os serviços clínicos farmacêuticos desenvolvidos na Atenção Primária à Saúde da SES/DF, elaborado em 2018

Encaminhamento de paciente para serviços clínicos farmacêuticos	
CÓDIGO DO FORMULÁRIO:	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
UNIDADE DE ORIGEM:	
UNIDADE DE DESTINO:	
ENDEREÇO DA UNIDADE DE SAÚDE DE DESTINO:	
NOME DO PACIENTE:	
DATA DE NASCIMENTO:	
NÚMERO SES:	
CNS:	
SEXO:	
ENDEREÇO:	
TELEFONE:	
DADOS DO ENCAMINHAMENTO	
FARMACÊUTICO: <small>(RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO)</small>	
RESUMO: <small>(HISTÓRIA CLÍNICA)</small>	
MOTIVO DA INTERNAÇÃO:	
DIAGNÓSTICOS POSSÍVEIS:	
DIAS DE INTERNAÇÃO:	
MEDICAMENTOS EM USO: <small>(NOME E DOSE)</small>	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:	

Fonte: Os autores.

A proposta de fluxo pode ser aplicada a todos os pacientes, independente do diagnóstico, admitidos em qualquer nível de atenção, desde que na unidade de saúde os farmacêuticos desenvolvam serviços clínicos e o paciente tenha sido inserido na rotina do Cuidado Farmacêutico. Se no momento da alta hospitalar ou de transição do cuidado, o farmacêutico identificar a necessidade de

continuidade do serviço farmacêutico clínico, ele pode encaminhar o paciente para o cuidado profissional em outro nível de atenção.

Durante o período de validação do fluxo e da ferramenta informatizada de encaminhamento foram encaminhados dezoito pacientes de dois hospitais da rede, sendo que cinco pacientes foram acolhidos (27,8%) e acompanhados pelos farmacêuticos nas UBS contrarreferenciadas.

Embora em número reduzido, os pacientes encaminhados pelas unidades hospitalares chegaram ao farmacêutico da APS e foram acolhidos, demonstrando a viabilidade do fluxo de contrarreferência.

Após o período de validação da proposta, os dados dos encaminhamentos foram apresentados ao grupo de trabalho para discussão das limitações e potencialidades, com o objetivo de promover os ajustes necessários. Esses resultados foram descritos em um relatório e encaminhados à DIASF/SES/DF para conhecimento das ações do grupo e para possibilitar a normatização do fluxo como rotina do serviço farmacêutico na rede de atenção à saúde do DF.

DISCUSSÃO

O desenvolvimento de um fluxo de contrarreferência para o cenário do Cuidado Farmacêutico na rede de saúde SES/DF se deu em decorrência da lacuna identificada nos serviços para garantia da continuidade do cuidado na APS. Como relatado por Serra e Rodrigues⁹, a inexistência ou a precariedade da contrarreferência configura um dos principais problemas que prejudicam a integralidade do cuidado aos pacientes.

Corroborando com esses achados, Bousquat e colaboradores²⁰ ressaltam a necessidade de adaptação da coordenação do cuidado aos diferentes contextos, fortemente apoiada por sistemas que facilitem a comunicação entre os serviços. A realidade dos serviços mostra que as tradicionais guias de referência e contrarreferência constituem-se como instrumentos conservadores e burocráticos, insuficientes para a organização das redes de atenção à saúde e garantia da comunicação interprofissional.

Nesse sentido, torna-se fundamental o envolvimento dos profissionais que operam os serviços de saúde para estruturação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes em uma rede de atenção articulada, superando, assim, a hierarquização burocrática e fragmentada no acesso aos serviços de saúde²¹.

O compartilhamento de informações e dados dos usuários por meio dos sistemas de informação tem se mostrado uma importante ferramenta para superar a segmentação da rede assistencial e a ausência de comunicação entre os serviços e profissionais²².

No estudo realizado por Aleluia e colaboradores¹¹, gestores e profissionais apontaram como principais motivos para a ausência da contrarreferência a frágil articulação da rede de atenção, a inexistência de sistemas informatizados e de tecnologias de comunicação, bem como a falta de conscientização, hábito e empenho dos profissionais, evidenciando a baixa participação dos níveis secundário e terciário na integração da rede do município nordestino estudado. Como descrito pelos autores,

“Esses problemas também são frequentes em outros sistemas locais de saúde, em que a baixa comunicação interprofissional e a ausência de tecnologias de informação e comunicação comprometem a garantia da integralidade do cuidado”¹¹.

Esses dados reunidos corroboram a importância da construção coletiva do fluxo de encaminhamento de contrarreferência de usuários para o Cuidado Farmacêutico na APS, que contou com a participação de farmacêuticos atuantes nos diferentes níveis de atenção da rede de saúde do DF. Ademais, o apoio técnico do especialista em tecnologia da informação foi fundamental para assegurar o uso de um sistema informatizado para viabilizar a comunicação interprofissional nos diferentes níveis de atenção.

Fratini²³, ao propor um modelo de contrarreferência de altas especiais, visando a desospitalização de pacientes, identificou que os pacientes

apresentavam muitas dúvidas em relação às receitas médicas no momento da alta hospitalar e ressaltou a importância de o paciente receber orientações específicas sobre o uso racional de medicamentos.

Cabe ressaltar que a morbimortalidade provocada por medicamentos constitui-se como problema de saúde pública, amplamente divulgado por estudos que mostram números alarmantes de internações hospitalares e mortes provocadas por medicamentos²⁴.

Um estudo que analisou as possíveis explicações para a falta de contrarreferência entre unidades de atendimento a idosos elencou algumas dificuldades, a saber: resistência do paciente em ser contrarreferenciado; dificuldades no percurso e localização do serviço contrarreferenciado devido a falhas no repasse das informações; falta de instrumentos para busca ativa e monitoramento dos pacientes contrarreferenciados²⁵.

No presente estudo, as dificuldades no percurso e no repasse de informações foram minimizadas através do formulário de encaminhamento, que traz as informações referentes ao local de destino do usuário, além de fornecer informações também ao profissional farmacêutico, possibilitando a busca ativa do paciente.

A dificuldade em convencer o paciente em ser contrarreferenciado também foi percebida pelo grupo. De fato, um grande número de pacientes contrarreferenciados não compareceu à UBS para acompanhamento farmacêutico, o que pode ser justificado considerando alguns fatores: i) grande distância entre a UBS contrarreferenciada e o local de residência do paciente, tendo em vista o número reduzido de unidades de saúde com Cuidado Farmacêutico participantes da validação do fluxo e, conseqüente, dificuldade de promover o encaminhamento para uma UBS no território adstrito do paciente; ii) falta de vínculo do paciente com a UBS contrarreferenciada por não ser no território adstrito; iii) dificuldade do farmacêutico da APS em realizar a busca ativa de pacientes de outros territórios; iv) não cadastramento do farmacêutico no sistema informatizado para encaminhamento do paciente; v) falta de interesse

do paciente ao acompanhamento farmacoterapêutico por desconhecimento dos benefícios do serviço; vi) falta de motivação do profissional em alterar a rotina de trabalho com a implementação de um instrumento novo, sobretudo para realização de busca ativa de pacientes.

Ressalta-se ainda que, por se tratar de um período de avaliação da implantação do instrumento, os resultados podem estar condicionados a um viés de convencimento e engajamento dos profissionais envolvidos, reforçando a necessidade de incentivar a implementação e a manutenção do novo serviço na rotina, além de assegurar os recursos necessários para a execução das atividades.

Ainda assim, há perspectivas de avanços no processo de encaminhamento de usuários devido à capacitação de mais profissionais pelo Projeto do Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária do DF, com a ampliação do número de UBS com farmacêuticos clínicos de onze, no período da validação, para vinte e cinco unidades; expansão do fluxo para todas as unidades hospitalares da SES/DF; possibilidade de encaminhamento de qualquer paciente, independente de critérios de inclusão; expansão da atuação dos farmacêuticos hospitalares para além das unidades de terapia intensiva, incluindo também as enfermarias dos hospitais da rede.

Como limitação do estudo pontua-se o fato da discussão e desenvolvimento do fluxo ter envolvido apenas farmacêuticos, reduzindo a potencialidade da ampliação do processo de encaminhamento entre os demais profissionais de saúde e fortalecimento do cuidado integral e compartilhado ao usuário. Além do mais, o formulário de encaminhamento e o fluxo propriamente dito não passaram por uma validação sistemática, com o emprego de técnicas de consenso, como Método Delphi e realização de grupo focal, que permitem a participação de especialistas no tema, como docentes, gestores, farmacêuticos ou outros profissionais de saúde, para a obtenção fundamentada de subsídios para avaliação das ferramentas e estruturação do processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças no perfil de doenças da população e a necessidade de integração da rede e continuidade dos cuidados aos pacientes torna indispensável a viabilização de um instrumento de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção que promova o acesso dos usuários e a melhoria da qualidade da assistência prestada à população.

Esse estudo possibilitou o desenvolvimento de um fluxo adaptado à realidade do Distrito Federal e, apesar do número de pacientes acolhidos ter sido pequeno, devido aos fatores limitantes do processo, o fluxo se mostrou efetivo.

Embora tenha sido desenvolvido para o Cuidado Farmacêutico, a proposta é passível de ser utilizada por qualquer categoria profissional e espera-se que, através do relato dos procedimentos desse estudo, seja possível a outros profissionais refazerem o caminho, adequar o processo à sua rotina e garantir o cuidado integral aos usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Cazarim, MS, Freitas O, Penaforte TR, Achcar A, Pereira LRL. Impact Assessment of Pharmaceutical Care in the Management of Hypertension and Coronary Risk Factors after Discharge. *J Plos One*, San Francisco. 2016 Jun 15; 11(6).
2. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *Am J Hosp Pharm*. 1990 Nov; 24(11):1093-97.
3. Brasil. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
5. Alhaddad MS. Youth experience with community pharmacy services and their perceptions toward implementation of Medication Therapy Management services by community pharmacists in the western region of Saudi Arabia. *Therapeutic Innovation & Regulatory Science*. 2019;53(1):95–99.

6. Pereira LRL, Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. 2008;44(4).
7. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Marques GQ. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. *Cogitare Enferm*. 2017;22(3).
8. Seixas CT, Merhy EE, Baduy RS, Slomp Junior H. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud colectiva*. 2016; 12(1):113-23.
9. Serra CG, Rodrigues PH. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(3):3579-86.
10. Possuelo L, Reis AJ, Rosa AW, Poli H, Battisiti F, Sartori MS, Moraes M. Tuberculose: um estudo sobre referência em serviços de saúde. *Rev Epidemiol Control Infect*. 2012;2(3):89-93.
11. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, Vilasboas ALQ. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(6):1845-56.
12. Brasil. Lei Federal nº 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
13. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria SES nº 187 de 23 de julho de 2015. Cria o Serviço de Farmácia Clínica, nos Núcleos e na Gerência de Farmácia Hospitalar, nas Unidades Básicas de Saúde, nas Unidades de Pronto Atendimento e nos demais serviços de saúde que demandarem da atuação do Farmacêutico Clínico. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2015b.
14. Rosa TEC, Bersusa AAS, Mondini L, Saldiva SRDM, Nascimento PR, Venancio SI. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2009;12(2):158-71.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 227 p.

16. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Ordem de Serviço nº 34, de 26 de fevereiro de 2018. Diário Oficial do Distrito Federal, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2018. Seção II, 19 p.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
18. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.
19. Alves MLF, Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais. *Rev Med Minas Gerais*. 2015;25(4):469-75.
20. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(4):1141-54.
21. Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel Junior GD, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(4):1283-93.
22. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(2): 286-98.
23. Fratini JRG. Avaliação de um programa de referência e contra-referência em saúde. 80fl. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2007.
24. Santos GAS, Boing AC. Mortalidade e internações hospitalares por intoxicações e reações adversas a medicamentos no Brasil: análise de 2000 a 2014. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(6).
25. Pereira VR. A construção da contrarreferência como elemento para estruturação da Rede de Atenção ao Idoso: o papel das pactuações entre duas unidades de saúde do DF para este processo. 81fl. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, UnB, Brasília, 2013.



Para mais informações sobre a Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva:
Unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação
em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde Pública
SCLN 406 Bloco A, 2º andar, Asa Norte, Brasília (DF), Brasil
CEP 70847-510
Tel.: (55++61) 3340-6863
Fax: (55++61) 3349-9884
E-mail: uticsnosp@unb.br
<http://www.tempusactas.unb.br/>
Impresso no Brasil / Printed in Brazil

T E M P U S