

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HEBIATRIA
NÍVEL MESTRADO

AVALIAÇÃO DA ADESÃO DO PACIENTE ADOLESCENTE
AO TRATAMENTO DA FEBRE REUMÁTICA

CAMARAGIBE
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

VERONICA RIBEIRO DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO DO PACIENTE ADOLESCENTE
AO TRATAMENTO DA FEBRE REUMÁTICA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP-UPE), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Hebiatria.

Orientadora: Prof^a Dr^a Viviane Colares

CAMARAGIBE
2009

Dedico este trabalho a minha filha Fernanda, que tão pequenina, mesmo sem entender, suportou calma e pacientemente a minha ausência e com sua graça infantil, alegrou cada momento da nossa convivência. Sem dúvida, grande incentivo para o término desta jornada.

AGRADECIMENTO

À Deus, que através da espiritualidade superior, me amparou e refugiou nos momentos de angústia e descrença, me erguendo e acolhendo com as bênçãos da lucidez e da calma. E a minha família, seio de carinho e compreensão, em especial a minha mãe, esteio de serenidade, amor e dedicação.

A Enf^ª Cláítia Vilanova, pela confiança profissional em mim depositada e por acreditar neste trabalho, viabilizando meus horários de estudo. Inestimável colaboração.

Aos adolescentes que participaram das entrevistas e a Dr^a Cristina Melo, que pacientemente me recebeu durante suas consultas no ambulatório de Febre Reumática.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A Prof^ª Viviane Colares, pela compreensão nos momentos difíceis, pelo incentivo em meio ao cansaço, pela confiança ante a descrença e pela amizade sincera e desinteressada que encontrei mediante as atribuições; enfim por tudo que me ensinou, exemplo que desejo seguir.

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo investigar a adesão pelo paciente adolescente à profilaxia secundária da febre reumática (FR) e os fatores de risco relacionados à não-adesão. Este estudo transversal foi realizado em Recife, e a coleta de dados ocorreu no período de agosto a novembro de 2008. A amostra foi composta por 56 pacientes adolescentes na faixa etária de 10 a 18 anos, seus acompanhantes e a médica responsável pelo ambulatório especializado em Febre Reumática do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Para a coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado individual, contendo perguntas abertas e fechadas dirigidas ao paciente, pais ou cuidadores e médico assistente, sendo aplicado em forma de entrevista. Foi considerada má-adesão à profilaxia secundária da FR quando o paciente relatou pelo menos dois atrasos de mais de sete dias na aplicação da penicilina nos últimos doze meses. Observou-se que a maioria dos adolescentes (76,8%) afirmou nunca ter faltado às consultas marcadas. Entre os que faltaram, 9 (16,1%) relataram uma única vez e 4 (7,1%) relataram 2 a 5 vezes. Portanto, verificou-se boa adesão na amostra estudada; tendo sido observado bom nível de informações sobre a doença a população em questão, assim como verificou-se inclusão dos pais/cuidadores no processo de cuidados aos adolescentes.

Palavras-chave: febre reumática, adesão a tratamento, adolescente

ABSTRACT

This study set out to investigate the adherence of adolescent patients to the secondary prophylaxis of rheumatic fever (FR) and the factors of risk related to non-adherence.

This cross sectional study was conducted in Recife, and data collection took place from August to November 2008. The sample comprised 56 adolescent patients, aged 10 to 18 years, their guardians or caregivers and the doctor responsible for the FR outpatients in Professor Fernando Figueira Institute of Integral Medicine . (Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)). For data collection a structured individual questionnaire containing open and closed questions was used. This questionnaire was applied in the form of an interview to patients, the doctor in charge of the patients and the patients' parents, guardians or caregivers. Poor adherence to rheumatic fever secondary prophylaxis meant that patients had reported, more than once, delays in their taking of penicillin longer than seven days over the past 12 months. The majority of the adolescents affirmed never to have missed a single medical appointment. Among those who did, 9 (16.1%) declared they had missed a single appointment and 4 (7.1%), said they had missed between 2 and 5 appointments. Therefore, adherence in the sample studied was good. It was observed that the population in the study displayed a good level of information on rheumatic fever and that parents or guardians played an active roll in providing the adolescents with the necessary health care.

Key-words: rheumatic fever, adherence to treatment, adolescent.

RESUMO PARA A MÍDIA

Esta pesquisa foi desenvolvida pela aluna do mestrado em Hebiatria da UPE, Veronica Oliveira, sob a orientação da Prof^a Viviane Colares. Este estudo teve como objetivo investigar a adesão pelo paciente adolescente à profilaxia secundária da febre reumática e os fatores de risco relacionados à não-adesão. A coleta de dados foi realizada no período de agosto a novembro de 2008 no ambulatório especializado em Febre Reumática do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) em Recife. A amostra foi composta por 56 pacientes adolescentes, seus acompanhantes e a médica responsável pelo tratamento da FR. Utilizou-se questionário individual, contendo perguntas dirigidas ao paciente, pais ou cuidadores e médico assistente. A maioria dos adolescentes era do sexo feminino (51,8%) na faixa etária de 10 a 14 anos (76,8%). Verificou-se uma boa adesão ao tratamento da FR pelos adolescentes pesquisados e observou-se um bom nível de informações sobre a doença, como também verificou-se inclusão dos pais/cuidadores no processo de cuidados aos adolescentes

LISTA DE SIGLAS

a.C	-	Antes de Cristo
AC	-	Acre
ASO	-	Australian Society of Orthodontists
BVS	-	Biblioteca Virtual de Saúde
FR	-	Febre Reumática
IM/IAO	-	Insuficiência Mitral/ Insuficiência Aórtica
IMIP	-	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
IM/IT	-	Insuficiência Mitral/ Insuficiência Tricúspide
INCL	-	Instituto Nacional de Cardiologia
LILACS	-	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	-	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
OPS	-	Organização Pan-americana de Saúde
PR	-	Paraná
SBGA	-	<i>Streptococo Beta Hemolítico do Grupo A</i>
SP	-	São Paulo
SPSS	-	Statistical Package for the Social Sciences
UPE	-	Universidade de Pernambuco

LISTA DE TABELAS

FEBRE REUMÁTICA – IMPACTO SOCIAL NO BRASIL: Revisão da literatura

Tabela 1. Distribuição dos estudos de acordo com a prevalência de cardite/lesões valvares (2008)	30
---	----

AVALIAÇÃO DA ADESÃO DO PACIENTE ADOLESCENTE AO TRATAMENTO DE FEBRE REUMÁTICA

Tabela 1. Distribuição dos pesquisados de acordo com as informações fornecidas pelo responsável sobre profilaxia e seguimento do tratamento (2008).....	55
Tabela 2. Distribuição dos adolescentes pesquisados de acordo com as informações sobre profilaxia e seguimento do tratamento (2008).	55
Tabela 3. Distribuição dos adolescentes pesquisados de acordo com suas percepções/conhecimento quanto a sua doença (2008).	56
Tabela 4. Distribuição dos pesquisados de acordo com a percepção/conhecimento dos pais/cuidadores sobre a doença do adolescente (2008)	57

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 ADESÃO DO PACIENTE ADOLESCENTE A TRATAMENTOS DE SAÚDE: Revisão da Literatura.....	17
2.2 FEBRE REUMÁTICA – IMPACTO SOCIAL E INCIDÊNCIA NO BRASIL: Revisão da literatura.....	26
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	39
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	40
3.2 LOCAL DE ESTUDO	40
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	40
3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS.....	41
3.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	41
3.6 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	42
4 RESULTADOS	43
4.1 AVALIAÇÃO DA ADESÃO DO PACIENTE ADOLESCENTE AO TRATAMENTO DE FEBRE REUMÁTICA.....	44
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXOS	
APÊNDICE	

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO¹

A febre reumática (FR) cursa como uma complicação tardia de uma infecção das vias aéreas superiores pelo *streptococo beta hemolítico do grupo A* ou *Streptococcus pyogenes* (SBGA).

O primeiro surto ocorre principalmente entre os 5 e 15 anos de idade e estima-se que 3% das crianças desenvolvem a FR após uma infecção estreptocócica (LIMA; BARROS; SANTOS, 2005). Entretanto, na ausência de faringite sintomática foi particularmente marcante nas epidemias mais recentes de FR, onde a maioria dos pacientes (58%), não tinha história de faringite (DAJANI, 2003). Já as recidivas podem ocorrer em qualquer idade, e diminuem com a progressão da idade e com o aumento do intervalo entre os surtos (TANAKA; GUILHERME; KALIL, 2000) Como também há um aumento da incidência da doença após faringite infecciosa em pacientes com episódio prévio de FR (50%) (DAJANI, 2003).

A artrite é a manifestação clínica mais comum da febre reumática. A manifestação clínica mais grave é a cardite reumática que causa doença valvar e seqüelas cardíacas a longo prazo, e a principal manifestação neurológica da febre reumática é a coreia de Sydenham.

A artrite aguda é citada desde os tempos de Hipócrates (460 a.C.) e a coreia provém da palavra grega "*khoreia*" que significa "dança". Foi introduzida por Paracelsus (1493-1541) para descrever os movimentos histéricos de fanáticos religiosos na Idade Média. O conceito de febre reumática compreende manifestações conhecidas como "reumatismo" desde o século XVII e foi descrito por Guillaume Du Baillou na França (1538) e por Thomas Sydenham na Inglaterra (1686). Sydenham utilizou a designação de Dança de São Vito para descrever a coreia (CARCELLER-BLANCHARD, 2007). A ligação com uma infecção bacteriana foi suspeitada por vários pesquisadores, mas foi Glover em 1930, que estabeleceu a relação causal do estreptococo beta-hemolítico do grupo A com a febre reumática (PORTO, 1998).

A febre reumática é uma doença que tem uma prevalência mais ou menos constante nos países em desenvolvimento por estar diretamente relacionada a precárias condições de higiene e saúde. Apesar de estar controlada nos países desenvolvidos, vem apresentando surtos periódicos. Sabe-se que a não-adesão ao tratamento primário da doença, em geral, leva

¹ Este capítulo foi elaborado segundo as normas da ABNT NBR – 14724 (fevereiro de 2007).

a um quadro de cronificação, com repercussão nas articulações, cérebro e coração. Nas articulações manifesta-se com sintomas benignos e que geralmente respondem bem a terapia farmacológica antiinflamatória. No cérebro causa a coreia de Sydenham que se manifesta por movimentos imprevisíveis, contínuos e rápidos, irregulares e breves, envolvendo diferentes grupos musculares. No coração causa a cardiopatia reumática, que uma vez instalada, cursa independente da febre reumática provocando alterações morfofuncionais das válvulas cardíacas, sendo esta a manifestação de maior gravidade. Quando ocorre boa aderência à profilaxia secundária prescrita, dificilmente ocorrerão reagudizações e novos surtos e desta forma haverá menor risco de doença cardíaca crônica e menor necessidade de cirurgia corretiva, com conseqüente melhor prognóstico final da doença.

O tratamento, geralmente, inicia-se na infância e adolescência, podendo se estender para além desta faixa etária e em muitos casos por toda a vida. Observa-se que o paciente adolescente apresenta características próprias que merecem especial atenção pelo profissional de saúde que deseja obter sua cooperação nos cuidados com a saúde.

A adolescência tem seu início aos 10 anos e término aos 19 anos, estando subdividida em pré-adolescência (10 a 14 anos) e adolescência propriamente dita (15 aos 19 anos). É um período de transição e transformação biopsicossocial, cognitivo e de estruturação da personalidade (WHO, 1999).

Dessa forma, a adolescência é definida como um período do desenvolvimento acompanhado de importantes mudanças na esfera física, psicológica e social, caracterizando-se como um momento de transição para a vida adulta, com necessidades e expectativas próprias. Observa-se, ainda, neste grupo etário, uma tendência a não valorizar sintomas que não sejam físicos e não sejam muito graves, assim como tendência a não aderir às ações de prevenção e às de tratamento de saúde. Este pode ser um período difícil para um jovem saudável, sendo ainda mais complicado para jovens portadores de alguma doença crônica. Com o tratamento, e conseqüente aumento da sobrevida, estes têm mais tempo para sofrer as perdas e limitações que a doença acarreta e experimentar as dificuldades sociais e psicológicas deste processo (ROCHA; MOREIRA; OLIVEIRA, 2004).

Vários trabalhos científicos (TERRERI et al, 2002) citam o impacto socioeconômico traduzido em altos custos com o tratamento, perda de produtividade dos indivíduos portadores de febre reumática, irreparável para a sociedade. Além destes, citam ainda o absenteísmo escolar, como também a modificação na dinâmica familiar que irá repercutir de forma

determinante e significativa na história de vida destes pacientes e seus familiares, principalmente na vigência da cronificação da doença.

Assim, despertou-se para a importância em determinar os fatores que predisõem e que causariam a não-adesão ao tratamento, a fim de adquirir subsídios que levem a uma melhor assistência, através de uma melhor abordagem, com vistas à prevenção e ao controle da febre reumática nos pacientes adolescentes e das seqüelas que possam advir dessa doença. Na tentativa de minimizar ou mesmo evitar essas consequências, espera-se que o paciente venha a aderir ao tratamento, invariavelmente de longo prazo e normalmente sem prazo definido para terminar. Isto inclui acompanhamento ambulatorial, exames de rotina, vigilância alimentar e injeções periódicas de penicilina G benzatina. Portanto, há uma preocupação para que estes pacientes apresentem uma satisfatória adesão a este tratamento.

A adesão ao tratamento secundário da febre reumática ainda é pouco estudado, e a ampliação deste conhecimento irá contribuir para diminuição da morbidade – recidivas da doença – e para a atuação dos profissionais em estratégias de melhoria da adesão. Portanto, o presente trabalho investigou a adesão pelo paciente adolescente ao tratamento da febre reumática e os fatores de risco relacionados à não-adesão.

2 REVISÃO DA LITERATURA

ADESÃO DO PACIENTE ADOLESCENTE A TRATAMENTOS DE SAÚDE: Revisão da Literatura ²

Verônica Ribeiro de Oliveira^I

Viviane Colares^{II}

RESUMO

O presente estudo trata de uma revisão da literatura sobre a estratégia de abordagem da adesão do paciente adolescente a tratamentos de saúde a partir de artigos publicados na BVS – Biblioteca Virtual de Saúde no período de 2003 a 2008. A busca foi realizada em bases de dados eletrônicas que inicialmente resultou em 53 artigos. Após a análise dos títulos, resumos e textos completos, foram selecionados 10 manuscritos cujo conteúdo abordava diferentes aspectos dos tratamentos de saúde em pacientes adolescentes, incluindo a adesão. A adesão ao tratamento é definida como uma colaboração ativa entre o paciente e seu médico, num trabalho cooperativo para alcançar o sucesso terapêutico. É um fenômeno multidimensional determinado pela interação de cinco fatores: sistema e equipe de saúde, fatores relacionados ao tratamento, fatores socioeconômicos, fatores relacionados à doença e por fim, fatores relacionados ao paciente. A partir do aspecto das transformações biopsicossociais do adolescente, evidenciou-se as dificuldades em manejar aspectos psicológicos do paciente nesta faixa etária e os tratamentos de saúde. O paciente adolescente requer uma abordagem diferenciada, considerando: maior autonomia dos pais, falta de informações, medo da doença, problemas de auto-estima, estilo de vida ou ainda resistência a obrigatoriedade em tomar os medicamentos.

Descritores: “adolescente”, “aceitação pelo paciente de cuidados de saúde” e “recusa do paciente ao tratamento”

RESUMEM

Este estudio intentó examinar la literatura en la adherencia de pacientes adolescentes a tratamientos médicos publicados por BVS (Biblioteca de virtual Saúde) entre 2003-2008. La búsqueda de base de datos electrónica al principio devolvió 53 artículos. De este número total, 10 artículos en aspectos variados del tratamiento médico de los adolescentes, incluso el

² Artigo elaborado de acordo com as normas do periódico científico “Revista Latino-Americana de Enfermagem (Anexo 2).

^I Mestranda do Programa de Hebiatria – Universidade de Pernambuco

^{II} Professora Adjunta de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Pernambuco/UPE

compromiso, fueron seleccionados. . La adherencia al tratamiento es definida como la colaboración entre un paciente y el médico que conduce a una terapéutica eficaz. Como fenómeno multidimensional es determinado por la interacción de 5 factores: sistema de asistencia médica y equipo; factores relacionados con tratamiento, factores socioeconómicos, factores relacionados con la enfermedad y factores relacionados con el paciente. Las transformaciones biopsicosociales en la adolescencia evidenciaron las dificultades en la dirección psicológica de pacientes en esta categoría de edad cuando los tratamientos médicos están en juego. El paciente adolescente requiere un acercamiento distinto que contempla su nivel de autonomía de los padres, la carencia de la información, el miedo de la enfermedad, problemas de amor propio, estilo de vida y resistencia a la toma de la medicación.

Descritores: adolescente, aceptación de los pacientes de tratamiento médico , no compromiso en tratamiento médico.

ABSTRACT

This study set out to review the literature on the adherence of adolescent patients to medical treatments published by BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) between 2003-2008. The electronic database search initially returned 53 articles. Out of this total number, 10 articles on varied aspects of adolescents' medical treatment, including engagement in treatment, were selected. Adherence to treatment is defined as active collaboration between patient, a cooperative work that leads to a successful therapeutics. As a multidimensional phenomenon it is determined by the interaction of 5 factors: health care system and team, factors related to treatment, socioeconomic factors, factors related to the disease and finally, factors related to the patient. The biopsychosocial transformations in adolescence evidenced the difficulties in the psychological management of patients in this age group when medical treatments are at stake. The adolescent patient requires a distinct approach that contemplates his level of autonomy from the parents, lack of information, fear of the disease, self-esteem problems, life style and resistance to taking medication.

Descriptors: adolescent, engagement in medical treatment, refusal of medical treatment.

INTRODUÇÃO

A adesão ao tratamento é definida como uma colaboração ativa entre o paciente e seu médico, num trabalho cooperativo para alcançar o sucesso terapêutico. É expressa na medida em que o comportamento do paciente corresponde ao cuidado médico seguindo suas instruções. A Organização Mundial da Saúde (OMS) no “Projeto Adesão”, adotou como definição de adesão a tratamentos crônicos o grau em que o comportamento de uma pessoa representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta, as mudanças no estilo de vida, corresponde e concorda com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde.^{1,2}

Adesão ao tratamento não é a única terminologia usada para o conceito acima citado, existem outros sinônimos para adesão como aderência, complacência, observância, fidelidade e *compliance* – que seria a obediência participativa do paciente à prescrição médica.²

Para a OMS a adesão é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de cinco fatores: sistema e equipe de saúde, fatores relacionados ao tratamento, fatores socioeconômicos, fatores relacionados à doença e por fim, fatores relacionados ao paciente.²

Quanto aos fatores relacionados ao paciente, pode-se incluir o período da vida em que este se encontra, e desta forma, neste estudo será abordado especificamente a adolescência, definida como um período do desenvolvimento acompanhado de importantes mudanças na esfera física, psicológica e social, caracterizando-se como um momento de transição para a vida adulta.

A adolescência já foi considerada o período de menor risco de adoecimento e morte. Entretanto, nas duas últimas décadas, observou-se um aumento da morbi-mortalidade nesse grupo populacional. Pesquisas científicas revelaram que várias alterações orgânicas, advindas de hábitos de vida pouco saudáveis, já estão instaladas nesse momento da vida, constituindo-

se em fatores de risco para doenças, principalmente na vida adulta. Em várias partes do mundo os sistemas de saúde têm se voltado para pesquisar e criar programas que sejam capazes de atender às necessidades específicas dos adolescentes, o que tem se revelado um grande desafio. Este grupo tem necessidades e expectativas peculiares, tendem a não valorizar sintomas que não sejam muito graves e que não sejam físicos e tendem a não aderir tanto às ações de prevenção quanto às de tratamento.³

Desta forma, este estudo objetivou identificar estratégias de abordagem de pacientes adolescentes, visando à adesão ao tratamento de saúde, através de uma revisão na literatura.

REVISÃO DA LITERATURA

Esse levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados LILACS, MEDLINE e ADOLEC, considerando o período de 2003 a 2008. As palavras-chave utilizadas foram “adolescente” e “adesão ao tratamento” e os descritores “adolescente”, “aceitação pelo paciente de cuidados de saúde” e “recusa do paciente ao tratamento”. Foram selecionados textos nos idiomas português, espanhol ou inglês. Foram encontradas 53 referências, tendo sido selecionadas 10, considerando o objeto do estudo e os critérios adotados já citados.

A adolescência tem início aos 10 anos e término aos 19 anos. Mas não se limita ao período cronológico, sendo também fase de descobertas, mudanças corporais e de processo evolutivo do ser humano, caracterizando-se por intensas transformações biopsicossociais.⁴

A partir do aspecto das transformações biopsicossociais do adolescente, Oliveira et al⁵ relatou dificuldades em manejar aspectos psicológicos do paciente nesta faixa etária e os tratamentos de saúde, por serem suscetíveis à pressão negativa de seus pares, sensação de invulnerabilidade e imortalidade, e apresentarem dificuldades em associar comportamentos de risco atual e consequências futuras.⁵

O desenvolvimento da tecnologia aplicada à Medicina tem permitido que crianças portadoras de doenças orgânicas crônicas atravessem a puberdade e ingressem na vida adulta. Com o aumento da sobrevivência destes pacientes, estes têm mais tempo para sofrer as perdas e limitações que a doença acarreta. A dependência de programas contínuos de tratamento, traz dificuldades ao desenvolvimento psicológico dos adolescentes portadores de doenças crônicas, ameaçando a continuidade do tratamento e, desta forma, a própria vida dos jovens.^{1,6}

Para a manutenção e continuidade do tratamento, com resultados eficazes, é necessária a adesão ao tratamento, ou seja, a colaboração ativa entre o paciente e o seu médico. Em contrapartida, o declínio da função do órgão tratado, como também recidivas e agudização do processo patológico, podem caracterizar a não adesão¹.

Estima-se que aproximadamente 50% da população geral de portadores de doenças orgânicas crônicas não apresentam comprometimento adequado ou suficiente com o tratamento. Na adolescência, as características dos pacientes e dos procedimentos adversos à adesão incluem: idade mais avançada, gênero feminino e regimes de tratamento muito complexos e/ou muito longos.¹

Ainda como procedimentos adversos à adesão, pode-se incluir a revelação do diagnóstico, continuidade da escolarização e a chegada da puberdade, que são dificuldades enfrentadas pelos familiares e cuidadores, e foram expressas em estudos sociodemográficos e da organização familiar de crianças e adolescentes soropositivos para o HIV.⁷

A não adesão ao tratamento interfere nos resultados esperados, tornando inócuos recursos terapêuticos com grande potencial de eficácia, especialmente em condições crônicas que obrigam o uso prolongado ou contínuo de medicamentos. Esta condição é comum entre crianças e adolescentes, podendo ser um dos maiores impedimentos para o seu sucesso. Especialmente na adolescência, a adesão ao tratamento é fortemente influenciada pela falta de informações adequadas, pela negação ou medo da doença, por problemas de auto-estima, pelo

estilo de vida ou ainda pela maneira como é enfrentada a obrigatoriedade em tomar os medicamentos. Essa autora observou que as rápidas e intensas transformações normais deste ciclo da vida, tornam a adesão ao tratamento um processo dinâmico que precisa ser monitorado sem deixar de considerar a individualidade e a continuidade para que seja atingida a meta de se proporcionar uma atenção integral à saúde.⁸

A falta de adesão ao tratamento pode manifestar-se de várias maneiras. A forma mais freqüente é a omissão de doses. No entanto, pode ser vista como não-aquisição da medicação, uso de dosagens incorretas, intervalos inadequados entre as doses e a interrupção prematura do tratamento.⁹

Também deve se considerar o retorno às consultas, visto que o estudo de Machado, indicou que 20% das crianças e adolescentes de um estudo sobre adesão a um programa de saúde bucal não retornaram às consultas de prevenção quando solicitadas.¹⁰

Desta forma, a adesão ao tratamento e atitudes responsáveis em relação a si mesmos estão diretamente relacionadas à comunicação adequada entre os pacientes, suas famílias e cuidadores e os profissionais de saúde. Este pressuposto é reforçado em outro estudo, que referiu a necessidade de oferecer maior atenção aos responsáveis, orientando-os individualmente com o objetivo de conseguir uma maior integração da família e consequente adesão da criança.^{11,10}

A adesão ao tratamento é em grande parte influenciada pela percepção que o paciente e/ou seus pais têm sobre a doença. O paciente tem uma maior tendência para aderir ao tratamento se ele acredita que o médico está correto, que a doença traz algum risco e que o tratamento prescrito irá reduzir o risco de complicações ou de morte, ou que sua saúde irá melhorar. É importante que a informação fornecida seja clara, que não haja ambigüidade e que o entendimento e as demandas do paciente sejam avaliados periodicamente.⁹

Desta forma, observa-se a necessidade dos médicos incluírem, em suas mensagens para as mães, a presença formal do paciente desde a infância, isto é, que o paciente participe ativamente das consultas. A figura da mãe surge e faz a mediação entre médico e paciente. Se a mãe não está mais tão presente no tratamento, os adolescentes procuram tirar conclusões por si mesmos através da "lógica", como dizem, quando não entendem as explicações médicas. Esse autor afirmou ainda, que a adesão ao tratamento depende muito da postura da mãe e do vínculo entre mãe e filho. A informação sobre a doença não garante a adesão ao tratamento, sendo necessário avaliar e fortalecer o vínculo entre mãe e filho enfermo, porém, o paciente deve ser elevado à posição de comunicante, não permanecendo como mero espectador da comunicação entre a mãe e o médico.¹

Na discussão de estratégias para melhorar a adesão, é essencial que os profissionais se preocupem em entender e considerar os motivos pelos quais o paciente e sua família não aderem ao tratamento, quais são os seus desejos, as suas prioridades pessoais e os seus laços sociais, de forma a ajudá-los a se envolver no seu próprio cuidado, assim como a participar das decisões sobre o tratamento, o que certamente contribuirá para sua maior motivação e melhor adesão ao tratamento. Para isso, a realização de entrevistas com os pais e pacientes (auto-relato) é o método de avaliação da adesão mais amplamente utilizado na prática clínica. As entrevistas e os questionários são considerados um método de fácil execução, baixo custo e permitem, também, a avaliação do padrão das falhas na adesão e os motivos pelos quais aconteceram.⁹

CONCLUSÃO

Observa-se que a adesão é um processo multidimensional, que envolve profissionais de saúde, o paciente e seus cuidadores, incluindo uma série de fatores associados. O paciente

adolescente requer uma abordagem diferenciada, considerando aspectos como: maior autonomia dos pais ou responsáveis, falta de informações adequadas, negação ou medo da doença, problemas de auto-estima, estilo de vida ou ainda resistência a obrigatoriedade em tomar os medicamentos.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira VZ, Gomes WB. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estud Psicol* [periódico na internet]. 2004 Set/Dez [Recife 2008 Set. 28]; 9 (3): [11 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a08v09n3.pdf>.
2. Gusmão JL, Mion Jr. D. Adesão ao tratamento, conceitos. *Rev Bras Hipert* [periódico na internet]. 2006 [Recife 2008 Out. 18]; 13(1): 23-5. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf>
3. Claro LBL, March C, Mascarenhas MTM, Castro IAB, Rosa MLG. Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pub* [periódico na internet]. 2006 Ago [Recife 2008 Set. 22]; 22(8): [10 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/05.pdf>.
4. Nogueira KT. Avaliação da qualidade de vida entre adolescentes asmáticos. [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2007.
5. Oliveira MDS, Paggoto V, Matos MA, Kozlowski AG, Silva NR, Junqueira ALN, et al. Análise de fatores associados à não aceitação da vacina contra hepatite B em adolescentes escolares de baixa renda. *Ciênc Saúde Col* [periódico na internet]. 2007 Set/Out [Recife 2008 Set. 22]; 12(5): [6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/16.pdf>.
6. Rocha KB, Moreira MC, Oliveira VZ. Adolescência em pacientes portadores de fibrose cística. *Aletheia* [periódico na internet]. 2004 Dez [Recife 2008 Set. 28]; 20: [10 p.]. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/aletheia/n20/n20a04.pdf>
7. Seidl EMF, Rossi WS, Viana KF, Meneses AKF, Meireles E. Crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. *Psic Teor Pesq* [periódico na internet]. 2005 Set/Dez [Recife 2008 Out. 02]; 21(3): [10 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n3/a04v21n3.pdf>
8. Crozatti MTL. Adesão ao tratamento anti-retroviral na infância e adolescência. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2007.

9. Oliveira BM, Viana MB, Arruda LM, Ybarra MI, Romanha JAJ. Avaliação da adesão ao tratamento através de questionários: estudo prospectivo de 73 crianças portadoras de leucemia linfoblástica aguda. *Ped [periódico na internet]*. 2005 Mai/Jun [Recife 2008 Out. 02]; 81(3): [6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n3/v81n3a12.pdf>
10. Machado FC, Souza IPR, Tura LFR, Castro GF. Adesão a um programa de atenção à saúde bucal para crianças e adolescentes infectados pelo HIV e atitude dos responsáveis. *Ciênc Saúde Col[periódico na internet]*. 2008 Nov/Dez [Recife 2008 Out. 02]; 13(6): [8 p.]. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/630/63013617.pdf>
11. Marques HHS, Silva NG, Pilar Gutierrez L, Lacerda R, Ayres JRCM, Negra MD, et al. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores. *Cad Saúde Pub [periódico na internet]*. 2006 Mar [Recife 2008 Set 29]; 22(3): [11p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n3/17.pdf>

FEBRE REUMÁTICA – IMPACTO SOCIAL NO BRASIL: Revisão da literatura³

Verônica Ribeiro de Oliveira^I
Viviane Colares^{II}

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto sócio-econômico da febre reumática (FR) no Brasil através de uma revisão da literatura realizada a partir de artigos publicados na BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) nos últimos 10 anos (1999 – 2008). A busca foi realizada nas bases de dados MEDLINE e LILACS através dos seguintes descritores, nas línguas portuguesa e inglesa: “febre reumática”, “prevalência”, “doenças reumáticas”, “infecções estreptocócicas”, “epidemiologia”, “rheumatic fever”, “prevalence”, “epidemiology”, “Brazil”. Após a análise dos títulos, resumos e textos completos, foram selecionados 15 manuscritos cujo conteúdo abordava diferentes aspectos da prevalência da febre reumática na população brasileira. Observou-se nos estudos analisados uma significativa associação da FR com as baixas condições sócio-econômicas da população e uma alta prevalência de comprometimento cardíaco em pacientes de FR gerando um impacto social significativo. Entretanto, a febre reumática no Brasil tem seus números somente estimados, evidenciando a carência de estudos que determinem a sua incidência de maneira direta.

Palavras-chave: Febre reumática; prevalência; epidemiologia, Brasil.

ABSTRACT

This study set out to evaluate the socioeconomic impact of rheumatic fever (FR) in Brazil through a review of the literature carried out in articles published in the BVS (Virtual Library of Health) over the last 10 years (1999 – 2008). The search was performed in MEDLINE and LILACS databases using the following descriptors, both in Portuguese and English: “febre reumática”, “prevalência”, “doenças reumáticas”, “infecções estreptocócicas”, “epidemiologia” and “rheumatic fever”, “prevalence”, “epidemiology”, “Brazil”. After the analysis of the titles, summaries and complete texts, 15 manuscripts whose content focused on different aspects of the predominance of the rheumatic fever in the Brazilian population were

³ Artigo elaborado de acordo com as normas do periódico científico “Revista Ciência e Saúde Coletiva”. (Anexo 3).

^I Mestranda do Programa de Hebiatria – Universidade de Pernambuco (UPE)

^{II} Professora Adjunta de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Pernambuco/UPE

selected. A significant association of FR with low socioeconomic conditions of the population and a high predominance of cardiac compromising in FR sufferers was observed. This produced a significant social impact. Despite all this, the statistics related to the incidence of rheumatic fever in Brazil are just an estimate showing the need of additional studies to more accurately determine its incidence.

Key-words: rheumatic fever, prevalence, epidemiology, Brazil.

INTRODUÇÃO

A febre reumática (FR) apresenta-se como uma complicação tardia de uma infecção das vias aéreas superiores pelo *streptococo beta hemolítico do grupo A* ou *Streptococcus pyogenes* (SBGA). A artrite é a manifestação clínica mais comum da febre reumática, com evolução favorável em cerca de três semanas. A manifestação clínica mais grave é a cardite reumática que causa doença valvar e seqüelas cardíacas a longo prazo¹. A principal manifestação neurológica da febre reumática é a coreia de Sydenham, sendo um critério maior para o diagnóstico da FR².

A febre reumática ocorre principalmente entre 5 e 15 anos de idade, mas têm sido observados casos em crianças em idade pré-escolar freqüentadoras de creches. Pode aparecer entre 10 dias a 6 semanas após um episódio de orofaringite pelo EBHGA sendo que o episódio inicial pode durar cerca de 12 semanas, podendo se estender por até 6 meses, ficando a partir daí o indivíduo vulnerável a recorrência da doença, no caso de novas infecções orofaríngeas, e às mesmas manifestações clínicas e patológicas do episódio inicial³.

Embora seja uma doença predominantemente da infância, o episódio inicial e suas recorrências podem ocorrer em indivíduos adultos ou idosos, com acúmulo de alterações patológicas a cada nova recorrência³.

Em relação à febre reumática, uma quantidade apreciável de conhecimentos sobre fatores estreptocócicos, predisposição genética e resposta auto-imune foi acrescentada nos últimos anos, mas a patogenia ainda não foi totalmente elucidada⁴.

O diagnóstico da febre reumática ainda representa um grande desafio em virtude da ausência de manifestação clínica ou prova laboratorial patognomônica. O diagnóstico definitivo fica, muitas vezes, difícil pela variabilidade das manifestações clínicas, sendo a febre reumática ainda subdiagnosticada⁵. É uma doença de relevância em saúde pública nos

países em desenvolvimento pois estima-se ser responsável por cerca de 60% das doenças cardiovasculares que atingem crianças e adultos jovens⁶.

Desta forma, este estudo avaliou o impacto sócio-econômico da febre reumática no Brasil através de uma revisão de literatura.

REVISÃO DA LITERATURA

Este levantamento bibliográfico foi realizado na BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) no período de 1999 a 2008. A busca foi realizada nas bases de dados MEDLINE E LILACS através dos seguintes descritores, nas línguas portuguesa e inglesa: “febre reumática”, “prevalência”, “doenças reumáticas”, “infecções estreptocócicas”, “epidemiologia”, “rheumatic fever”; “prevalence”, “epidemiology”, “Brazil”. A busca eletrônica inicial resultou em 320 artigos. O processo de análise dos estudos envolveu leitura de títulos, resumos e textos completos, resultando em 13 manuscritos que preencheram os critérios de inclusão. Nas referências destes artigos, foram identificadas mais duas publicações relevantes, totalizando 15 artigos.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em 1994, cerca de 12 milhões de pessoas no mundo sofriam de febre reumática e suas seqüelas cardíacas. Três milhões delas apresentavam insuficiência cardíaca congestiva requerendo repetidas hospitalizações, a maioria com indicação de cirurgia cardíaca valvar num prazo de 5 a 10 anos⁶. No Brasil, a febre reumática representa 90% das indicações de cirurgia para troca de valvas cardíacas em crianças⁷.

A febre reumática (FR) surge pela primeira vez, em 2,5% a 4% dos pacientes infectados, após epidemias de faringite estreptocócica (taxa mais elevada do que a observada em situações endêmicas) e geralmente ocorre uma a três semanas após a infecção. No Brasil,

apesar da escassez de dados estatísticos confiáveis, a incidência da FR aguda é de 0,3% a 3,0% da população suscetível e um terço destes casos evolui com lesões crônicas das valvas cardíacas, correspondendo a aproximadamente seis mil novos casos de cardiopatia reumática crônica por ano⁸. A tabela abaixo demonstra a prevalência de cardite/lesões valvares entre portadores de febre reumática, encontrados em estudos nas regiões Sudeste e Norte do país.

Tabela 1. Distribuição dos estudos de acordo com a prevalência de cardite/lesões valvares (2008)

Autor/ano	Região (Estado)	Prevalência (%)
SILVA et al (1999)	Sudeste (SP)	68,7
TERRERI et al (2002)	Sudeste (SP)	92,2
BORGES et al (2005)	Norte (AC)	69,7
TERRERI et al (2006)	Sudeste (SP)	96,9

A FR tem um grande impacto socioeconômico para a saúde pública de países subdesenvolvidos. No Brasil, uma parcela significativa dos indivíduos afetados pela doença terão algum tipo de cardiopatia, associada a seqüelas cardíacas que freqüentemente levam à necessidade de cirurgias de correção das disfunções de válvulas. De fato, dentre todas as cirurgias realizadas para trocas valvares em nosso país, cerca de 40% são decorrentes de etiologia reumática. No Estado de São Paulo, 2.111 mortes foram registradas devido à FR aguda e doença reumática crônica do coração entre os anos de 2000 e 2002. Entre os anos de 2000 e 2004, 10.619 internações hospitalares foram realizadas, conseqüentes à FR aguda e/ou doença reumática crônica do coração, correspondendo a 0,87% de todas as causas de internações hospitalares por doenças do aparelho circulatório. Neste mesmo período, 16.627 internações ocorreram para realização de cirurgias valvares, a um custo médio de R\$ 7.428,62 por internação⁸.

Durante a segunda metade do século XX, especialmente após a 2ª Guerra Mundial, ocorreu grande queda da incidência de febre reumática aguda, notada principalmente nos Estados Unidos, no Japão e na Europa, explicável pelo maior acesso ao uso de antibióticos,

pela contínua melhora de condições de vida e, provavelmente, pela menor virulência de cepas estreptocócicas⁶.

Nos países em desenvolvimento também houve redução da incidência de febre reumática aguda durante a segunda metade do século XX, mas em menor monta que aquela observada no Primeiro Mundo. Na região Sul do Brasil, a incidência da doença chegou a ser de um para cada mil habitantes durante a década de 1970, e de 3,6 para cada mil habitantes em algumas regiões do Centro-Oeste durante a década de 1990⁶.

Em seu estudo epidemiológico sobre os custos da febre reumática, Terreri et al mencionou o baixo nível sócio-econômico da população com FR estudada e alto índice de analfabetismo dos pais (16%). A autora observou ainda o importante impacto psicossocial que representou a perda de dias de trabalho e número de perdas de emprego de pais ou mães dos pacientes (índice de 23% de absenteísmo e 5% de perda do emprego) e o alto índice de repetência dos pacientes. A autora calculou ainda o total de custo por paciente com FR para a sociedade de R\$ 367,6/ano⁹.

Um recente estudo brasileiro demonstrou que 22% dos pacientes com febre reumática em idade escolar apresentaram alguma repetência na escola⁶.

Estima-se que 3% das crianças desenvolvem a FR após uma infecção estreptocócica das vias aéreas superiores e, em torno de 30% destas, adquirem algum tipo de seqüela valvar¹⁰.

No Brasil, morreram 1.852 pessoas, a maioria com complicações da doença reumática, em 2002⁶. Calcula-se que a cardiopatia reumática seja responsável por 12% a 65% dos internamentos hospitalares relacionados a doenças cardiovasculares nos países em desenvolvimento⁶.

Os estreptococcus do grupo A são a causa mais comum de faringite bacteriana e estima-se que a maioria das crianças desenvolva pelo menos um episódio de faringite por ano,

dos quais 15% a 20% causados por estreptococo do grupo A. No entanto, nem todas as infecções por estreptococos do grupo A causam febre reumática aguda, ou seja, nem todas as cepas dessas bactérias são reumatogênicas.⁶

Em um estudo realizado no município de Laranjal/PR, Prestes-Carneiro¹¹ relacionou as altas percentagens de títulos elevados de ASO, à sucessivas infecções do trato respiratório superior favorecidas pela idade e pelo clima frio e úmido da região, aliados ao baixo poder socioeconômico da população. Essa maior presença em classes mais pobres, pode ser explicada pelas condições inadequadas de habitação, de promiscuidade e de contágio pelas aglomerações domiciliares, favorecendo a transmissão do estreptococo. Em Laranjal, apenas 27% dos domicílios permanentes têm abastecimento de água potável e não há rede de esgotos. Os resultados do estudo em Laranjal/PR, por apresentarem uma percentagem significativa de escolares com títulos elevados de ASO, aliados às condições socioeconômicas, climáticas e geográficas da região permitem sugerir que medidas profiláticas sejam tomadas, prevenindo o aumento na comunidade de indivíduos infectados por *S. pyogenes*¹¹.

O SBGA corresponde a 30% das faringites agudas, enquanto as de etiologia viral representam 50%. A clássica tríade febre, placas purulentas na orofaringe e aumento de sensibilidade dos gânglios cervicais, ocorre somente em 15% dos casos de faringite por SBGA. A faixa etária mais freqüente dos portadores assintomáticos é de 3 a 16 anos, de ambos os sexos¹².

Dados epidemiológicos em crianças saudáveis de uma creche na cidade de Araraquara, SP, demonstraram uma prevalência de SBGA de 23,7% entre os examinados. Em um estudo no Brasil referente a crianças com e sem amigdalite de repetição, observou-se que nas crianças com esta patologia, o SBGA era duas vezes mais prevalente¹².

A *Organización Pan-americana de la Salud* (OPS) informou que toda criança entre 5 e 15 anos de idade teve, no mínimo, uma infecção orofaríngea bacteriana sendo, 20% destas

por SBGA além de 1/3 das febre reumáticas agudas serem provocadas por portadores assintomáticos¹².

A prevalência de SBGA em climas tropicais é considerada baixa, elevando-se em áreas de clima temperado e frio. A taxa de prevalência de SBGA na orofaringe de escolares, triplica em meses frios. Altas taxas de portadores assintomáticos ocorrem no inverno e final da primavera, decaindo no verão. E há indicações de que a prevalência de infecção por SBGA é facilitada diretamente por condições habitacionais como número de familiares por moradia, e ambientes com aglomeração de adultos ou de crianças (asilos, berçários, creches, escolas de modo geral), já que o bacilo pode permanecer por longo tempo em portadores assintomáticos, promovendo a transmissão para outros e influenciando na cadeia epidemiológica¹².

A alta frequência de portadores assintomáticos de SBGA entre crianças nos seis primeiros anos escolares está relacionada com a aquisição de antígenos tipo M específico e conseqüentemente uma imunidade a estes sorotipos, sendo importante destacar que na faixa etária de seis a sete anos o SBGA é mais prevalente. No estudo de Araraquara/SP observou-se na população estudada, uma maior prevalência (2,3%) aos sete anos de idade¹³.

A existência de escolares portadores assintomáticos do SBGA, em duas escolas públicas de Recife, revela a importância da atenção às infecções estreptocócicas. Deve-se avaliar também o número de casos de febre reumática, enfatizando-se que a possibilidade de aparecimento e evolução das infecções estreptocócicas na forma inaparente é predominante em climas tropicais e que dados clínico-epidemiológicos sobre SBGA no Brasil são restritos a poucos trabalhos, sugerindo a necessidade de outras pesquisas sobre o padrão epidemiológico desta infecção e sua correlação com a febre reumática¹².

Terreri et al¹, realizaram um estudo retrospectivo em São Paulo, baseado na revisão e análise de prontuários médicos e avaliaram os dados demográficos, as características clínicas e laboratoriais, bem como as anormalidades ecocardiográficas de 193 pacientes.

Neste estudo verificou-se uma alta taxa de recorrência, que segundo os autores, se deve provavelmente à falta de profilaxia adequada representada pela dificuldade de acesso por parte das famílias aos locais de aplicação da penicilina benzatina e a não disponibilidade da medicação em postos de saúde¹. Em relação às manifestações clínicas da febre reumática aguda, este estudo demonstrou que a artrite foi a mais freqüente, seguida pela cardite e coreia. Entretanto, Terreri et al¹ relataram que ao contrário do que se observa em outros países, a freqüência de coreia no Brasil é elevada, (15 a 20%). É possível que a maior freqüência desta manifestação nossos pacientes brasileiros esteja relacionada com características patogênicas do estreptococo. O eritema marginado e os nódulos subcutâneos ocorreram em menos de 3% dos pacientes desse estudo¹.

Entre crianças que freqüentam creches (institucionalizadas), a incidência de infecções de vias aéreas superiores é de 2 a 18 vezes maior do que nas crianças na mesma faixa etária que não freqüentam creches. Além disso, as infecções em crianças de creches costumam ser mais severas, requerendo terapia com antibióticos por um período até quatro vezes mais prolongado¹⁴.

Em um estudo comparativo para identificar e comparar a prevalência do *Streptococcus pyogenes* na orofaringe de crianças que freqüentam creches e crianças não-institucionalizadas em duas regiões do Brasil, verificou-se que nas crianças de São Paulo observou-se prevalência do SBHGA como colonizador entre 5 e 10%. Já entre as crianças de Porto Velho, verificou-se prevalência mais elevada, maior que todas as publicações consultadas¹⁴.

Em um estudo realizado no Acre, com 99 pacientes, Borges et al¹⁵ observaram elevada freqüência de lesões valvares e cardite (69,7%), demonstrando a severidade dos ataques iniciais ou de recorrências da atividade inflamatória, com lesão ao coração, que, certamente, contribuirão para a elevação da prevalência das cardiopatias em nosso meio¹⁵. Febre reumática aguda foi encontrada em 30,3% dos pacientes no primeiro episódio da doença e

66,7% em recorrência de 2 ou mais ataques. A coreia de Sydenham ocorreu em 6,1% dos pacientes¹⁵. Resultados semelhantes foram encontrados em São Paulo, onde 18,8% dos pacientes estudados, apresentaram episódio de recorrência da febre reumática¹⁴.

Segundo Borges et al¹⁵, o ecocardiograma tornou-se um método diagnóstico indispensável para a avaliação dos pacientes com febre reumática, por permitir análise detalhada das lesões cardíacas e ser mais específico do que a avaliação clínica. Esses autores relataram que dos 67 pacientes com envolvimento cardíaco, 36 apresentaram regurgitação mitral, mesmo sem apresentar sopro orgânico ao exame clínico. Também observou-se um alto índice de falhas na aderência à profilaxia antibiótica com penicilina benzatina, levando a maior risco de recorrência e de complicações cardíacas, o que poderia ser explicado pela falta de campanhas de esclarecimento da população, baixo grau de instrução familiar e nível sócio econômico.

Em um estudo que analisou os custos da febre reumática, observou-se o reflexo do baixo nível socioeconômico dos pacientes e suas famílias, onde a renda familiar média foi de R\$ 719,00, o número de dependentes por família foi em média 5,1 e cerca de 16% dos pais ou mães eram analfabetos⁹. Neste mesmo estudo verificou-se, ainda, que o medicamento mais utilizado foi a penicilina benzatina (98% dos pacientes) e a profilaxia secundária foi realizada, em parte, em redes de farmácias e drogarias e não na rede pública de saúde em 74 pacientes. Falhas na aderência à profilaxia ocorreram em 36,4% dos pacientes.⁹

Com relação ao impacto da afecção na família (prejuízo por faltas no emprego ou na escola), Terreri et al⁹ verificaram que 22,9% dos pais ou mães perderam 901 dias de trabalho desde que seus filhos adoeceram. Nove pais ou mães (4,8%) perderam o seu emprego em razão das faltas ao trabalho decorrentes da afecção⁹.

Com relação aos pacientes, 84% perderam, desde o início da doença, 1.812 dias de aulas na escola (média de 21,6 dias/paciente), seja por faltas decorrentes da impossibilidade

de ir à escola por problemas de saúde, seja para consultas médicas e realização de exames e houve 22% de repetência (média de 0,06 repetência/paciente/ano)⁹. Também observou-se ainda baixo nível sócio-econômico da população entrevistada, sendo o grau de instrução da maioria dos pais baixo. O índice de analfabetismo foi alto, cerca de 16%, o que alerta para as dificuldades de seguimento dos pacientes e compreensão por parte dos pais que não sabem ler⁹.

A quantidade de dias perdidos na escola alerta para um problema sério. O absenteísmo escolar e a repetência ocorrem, regra geral, nas populações de baixa renda, sendo a FR (e outras doenças) um agravante nesse processo⁹.

Os pacientes que apresentaram cardite na evolução da doença são os mais dispendiosos, visto que são os que mais realizam exames subsidiários, necessitam internações clínicas e cirúrgicas e consomem maior quantidade de medicamentos, como também apresentam significativa perda da produtividade quando da idade de adentrar no mercado de trabalho, além do impacto familiar e social decorrentes da perda de renda⁹.

DISCUSSÃO

De maneira geral, os textos selecionados nesta revisão, abordam dados sócio-demográficos e epidemiológicos da febre reumática em 3 diferentes regiões do país. Foram abordados em dois textos, dados sobre os internamentos por febre reumática no Brasil e os altos custos da doença, além de dados sobre perda da produtividade e mostraram o ônus que recai sobre os pacientes e seus familiares, sobre o Sistema Único de Saúde e sobre a sociedade.

Um outro aspecto relevante é a ocorrência de cardite e afecções valvares, e que demonstra a magnitude da febre reumática através dos altos índices de comprometimento cardíaco após ataque da febre reumática aguda.

Outro dado relevante encontrado, foi a maior e significativa taxa de coreia nos pacientes brasileiros, como apresentação da atividade da febre reumática, diferentemente do que é encontrado na literatura de outros países.

A associação feita entre as baixas condições sócio-econômicas e a febre reumática é outro aspecto de relevância nos textos analisados como também a alta frequência de portadores assintomáticos do SBGA o que corrobora para a importância da doença na saúde pública brasileira.^{1,6,10,15}

Portanto, apesar dos dados e informações colhidas nos textos analisados e apresentados nesta revisão e da significativa relevância destes, observa-se a reduzida literatura existente sobre o tema e a carência de estudos que abordem os diversos aspectos da febre reumática no Brasil nos últimos 10 anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Terreri MTRA, Caldas AM, Len CA, Ultchak F, Hilário MOE. Características clínicas e demográficas de 193 pacientes com febre reumática. Rev. Bras. Reumatol. São Paulo nov./dez 2006; 46(6).
2. Souza VC, Araújo AP, André C. Como a coreia de Sydenham é tratada no Rio de Janeiro? Arq. Neuro-Psiquiatr. São Paulo set 2007; 65(3).
3. Demarchi LMMF, Castelli JB. Febre Reumática- Aspectos anatomopatológicos da febre reumática. Revista da SOCESP. Jan./Fev.2005;15(1).
4. Guilherme L, Faé KC, Kalil J. Febre Reumática - Etiopatogenia da febre reumática. Revista da SOCESP. Jan./Fev 2005;15(1).

5. Terreri MTRA, Hilário MOE. Febre Reumática- Diagnóstico clínico da febre reumática: os critérios de Jones continuam adequados? Revista da SOCESP. Jan./Fev2005;15(1).
6. Prokopowitsch AS, Lotufo PA. Febre Reumática- Epidemiologia da febre reumática no século XXI. Revista da SOCESP. Jan./Fev.2005; 15(1).
7. Atik FA, Dias AR, Pomerantzeff PM, Barbero-Marcial M, Stolf NA, Jatene AD. Immediate and long term evolution of valve replacement in children less than 12 years old. Arq Bras Cardiol Nov 1999;73(5):419-28.
8. Goldenstein-Schainberg, Cláudia. Febre Reumática. Pediatr. Mod. Jan/Fev 2008; 44(1):5-13.
9. Terreri MT, Len C, Hilário MOE, Goldenberg J, Ferraz MB. Utilização de recursos e custos de pacientes com febre reumática. Rev. Bras Reumatologia jul/ago 2002;42(4).
10. Lima ABR, Barros M, Santos M. Descrição dos Indicadores Sociais em Adolescentes Portadores de Febre Reumática. Rev.SOCERJ Jan/Fev 2005;18(1).
11. Prestes-Carneiro LE, Acêncio ESL, Pompei ACSC. Determinação de anti-estreptolisina "O" e proteína C reativa entre escolares do município de Laranjal, PR.(comunicação) Rev. Soc. Bras. Med. Trop. Uberaba jan./fev. 2005;38(1).
12. Maciel A, Aca IS, Lopes ACS, Malagueño E, Sekiguchi T, Andrade GP. Portadores assintomáticos de infecções por *Streptococcus pyogenes* em duas escolas públicas na cidade do Recife, Pernambuco Rev. Bras. Saude Mater. Infant. Recife abr./jun. 2003;3(2).
13. Silva, C. H. M. et al. Rheumatic fever: a multicenter study in the state of São Paulo. Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo 1999;54(3):85-90.
14. Vieira FMJ, Figueiredo CR, Soares MC, Weckx LY, Santos O, Magalhães G, et al. Prevalência de *Streptococcus pyogenes* em orofaringe de crianças que frequentam creches: estudo comparativo entre diferentes regiões do país. Rev. Bras. Otorrinolaringol. São Paulo Sept./Oct. 2006;72(5).
15. Borges F, Barbosa MLA, Borges RB, Pinheiro OC, Cardoso C, Bastos C et al. Características clínicas demográficas em 99 episódios de febre reumática no Acre, Amazônia Brasileira. Arq. Bras. Cardiol. São Paulo fev. 2005;84(2).

3 PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa. Segundo Hulley (2008), nos estudos transversais os dados são obtidos em um determinado período no tempo.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) em Recife-PE, hospital filantrópico, que atende unicamente pacientes do SUS, referência no atendimento à saúde da mulher e da criança no Estado de Pernambuco e Região Nordeste.

O IMIP possui um ambulatório especializado de Cardiologia Pediátrica, no qual são atendidos cerca de 150 pacientes por semana, portadores de diversas cardiopatias. Neste ambulatório especializado, funciona o Ambulatório de Febre Reumática, às terças-feiras, no qual são atendidos 10 pacientes de 0 a 18 anos, em primeira consulta e consulta de retorno. Também é realizada mensalmente uma reunião para os portadores de febre reumática e seus cuidadores, para orientações sobre a doença, tratamento e nutricionais.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo deste estudo constou de pacientes com idades entre 10 e 18 anos, portadores de febre reumática. A amostra foi não-probabilística, constituída por conveniência, que segundo Hulley (2008), se caracteriza pelos sujeitos de pesquisa que são convenientes e estão acessíveis ao pesquisador. Dessa forma, a amostra foi composta por todos os pacientes na faixa etária pesquisada que estiveram sendo acompanhados e compareceram às consultas

no período de Agosto à Novembro de 2008 no ambulatório especializado de Febre Reumática no IMIP.

O ambulatório de Febre Reumática possui cadastrados 301 pacientes. Do total de 178 pacientes de 0 a 18 anos, agendados para o atendimento no período da coleta de dados, 56 eram adolescentes (10 a 18 anos) e constituíram a amostra deste estudo. Também participaram da amostra e foram entrevistados, os 56 responsáveis pelos adolescentes.

3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS

A pesquisa foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP.

Os procedimentos éticos foram devidamente cumpridos com o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido pelos responsáveis dos adolescentes com idade entre 10 e 17 anos e pelos próprios jovens com 18 anos que participaram do estudo. Também se obteve a carta de anuência dos representantes das instituições integrantes da pesquisa, conforme Resolução 196/96 que regula as pesquisas com seres humanos.

3.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Os dados desse estudo foram coletados através da aplicação de um questionário (anexo 1) elaborado por Graciano (2007) em forma de entrevista com os pacientes, acompanhantes e médicos responsáveis pelo tratamento. O questionário foi aplicado em um pré-teste para proceder à validação de face .

A adesão ao tratamento foi avaliada a partir dos critérios adotados por Graciano (2007), em que a má-adesão a profilaxia secundária da febre reumática é estabelecida através

de pelo menos dois atrasos de mais de sete dias na aplicação da injeção de penicilina, em relação às datas assinaladas no cartão de controle nos últimos doze meses.

3.6 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, foram utilizados os Softwares SPSS 13.0 para Windows e o Excel 2003.

Os resultados estão apresentados em forma de tabelas com suas respectivas frequências absoluta e percentual.

4 RESULTADOS

AVALIAÇÃO DA ADESÃO DO PACIENTE ADOLESCENTE AO TRATAMENTO DE FEBRE REUMÁTICA⁴

Verônica Ribeiro de Oliveira^I
Viviane Colares^{II}

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo investigar a adesão pelo paciente adolescente à profilaxia secundária da febre reumática e os fatores de risco relacionados à não-adesão. Este estudo transversal foi realizado em Recife, no período de agosto a novembro de 2008. A amostra foi composta por 56 pacientes adolescentes na faixa etária de 10 a 18 anos, seus acompanhantes e a médica responsável pelo ambulatório especializado em Febre Reumática (FR) do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Para a coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado individual, contendo perguntas abertas e fechadas dirigidas ao paciente, pais ou cuidadores e médico assistente, sendo aplicado em forma de entrevista. A maioria dos adolescentes (76,8%) afirmou nunca ter faltado às consultas marcadas. Entre os que faltaram, 9 adolescentes (16,1%) relataram uma única vez e 4 (7,1%) relataram 2 a 5 vezes. Verificou-se boa adesão entre os adolescentes pesquisados, tendo sido observado bom nível de informações sobre a doença, assim como verificou-se inclusão dos pais/responsáveis no processo de cuidados aos adolescentes.

Palavras-chave: febre reumática, adesão ao tratamento e adolescente

ABSTRACT

This study set out to investigate the adherence of adolescent patients to the secondary prophylaxis of rheumatic fever (FR) and the factors of risk related to non-adherence. This cross sectional study was conducted in Recife, and data collection took place from August to November 2008. The sample comprised 56 adolescent patients, aged 10 to 18 years, their guardians or caregivers and the doctor responsible for the FR outpatients in Professor Fernando Figueira Institute of Integral Medicine . (Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). For data collection, a structured individual questionnaire containing open and closed questions was used. This questionnaire was applied in the form of an interview to patients, the doctor in charge of the patients and the patients' parents,

⁴ Artigo elaborado de acordo com as normas do periódico científico "Revista de Saúde Pública" (Anexo 4).

guardians or caregivers. The majority of the adolescents affirmed never to have missed a single medical appointment. Among those who did, 9 (16.1%) declared they had missed a single appointment and 4 (7.1%), said they had missed between 2 and 5 appointments. Therefore, engagement in the treatment for the sample studied was good. It was observed that the population in the study displayed a good level of information on rheumatic fever and that parents or guardians played an active roll in providing the adolescents with the necessary health care.

Key-words: rheumatic fever, adherence to treatment, adolescent.

INTRODUÇÃO

A febre reumática (FR) cursa como uma complicação tardia de uma infecção das vias aéreas superiores pelo *streptococo beta hemolítico do grupo A* ou *Streptococcus pyogenes*. A manifestação clínica mais comum é a artrite, a mais grave é a cardite reumática que vem a causar seqüelas cardíacas a longo prazo, e a principal seqüela neurológica é a coreia de Sydenham.^{1,2}

Em geral, a FR afeta indivíduos entre 5 e 18 anos de idade, de qualquer raça e em qualquer parte do mundo. E continua a ser um problema relevante de saúde pública, especialmente nos países pobres, onde estima-se que a febre reumática seja responsável por cerca de 60% de todas as doenças cardiovasculares em crianças e adultos jovens.³

No Brasil, na região Sul, a incidência da doença chegou a ser de um para cada mil habitantes durante a década de 1970, de 3,6 para cada mil habitantes em algumas regiões do Centro-Oeste durante a década de 1990.³

Devido as graves seqüelas que podem advir na vigência da FR, é necessária a adesão do paciente e seus familiares a um tratamento longo, muitas vezes por toda a vida, e para que haja sucesso terapêutico também faz-se necessária a adaptação a seqüelas que interferirão na vida produtiva destes pacientes.

Estima-se que aproximadamente 50% da população geral de portadores de doenças orgânicas crônicas, não apresentam comprometimento adequado ou suficiente com o tratamento⁴. Crozatti⁵ referiu que a não adesão ao tratamento é comum entre crianças e adolescentes, podendo ser um dos maiores impedimentos para o seu sucesso.

Segundo Oliveira⁶, a falta de adesão ao tratamento pode manifestar-se de várias maneiras como a não-aquisição da medicação, uso de dosagens incorretas, intervalos

inadequados entre as doses e a interrupção prematura do tratamento. Devendo-se considerar também o retorno às consultas, como alertou Machado.⁷

Observa-se, assim, que a febre reumática é uma doença de relevância em saúde pública nos países em desenvolvimento, pois ainda possui altas taxas de morbi-mortalidade em crianças e adultos jovens, apresenta repercussão crônica e tratamento longo e carência de estudos que possam identificar a adesão destes pacientes ao tratamento. Desta forma, este estudo objetivou investigar a adesão pelo paciente adolescente a profilaxia secundária da febre reumática e os fatores de risco relacionados à não-adesão.

MÉTODOS

Este estudo transversal foi realizado em Recife, no período de agosto a novembro de 2008. A amostra foi composta por 56 pacientes adolescentes na faixa etária de 10 a 18 anos, seus acompanhantes e a médica responsável pelo ambulatório especializado em Febre Reumática do setor de Cardiologia Pediátrica do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Este ambulatório, que atende exclusivamente crianças e adolescentes, é referência no atendimento de cardiopatia congênita, assistindo por semana cerca de 150 pacientes portadores de diversas cardiopatias. Dessa forma, a amostra foi não-probabilística, constituída por conveniência, que segundo Hulley⁸ se caracteriza pelos sujeitos de pesquisa que são convenientes e estão acessíveis ao pesquisador.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário proposto por Graciano⁹. Trata-se de um instrumento estruturado individual contendo perguntas abertas e fechadas dirigidas ao paciente, pais ou cuidadores e médico assistente, sendo aplicado em forma de entrevista. O questionário foi testado previamente através de um processo de validação de face com a população-alvo desse estudo. Através da aplicação do referido instrumento, o paciente

forneceu informações sobre dados sociodemográficos, comparecimento à unidade de saúde para tratamento, acesso aos medicamentos e percepção do tratamento recebido; o responsável pelo paciente adolescente relatou informações com relação ao seguimento do tratamento, aquisição da medicação, percepções quanto a doença do adolescente e nível de informação quanto a doença do adolescente ; e o profissional de saúde forneceu as informações clínicas do tratamento.

A análise dos dados coletados foi realizada através da estatística descritiva, utilizando-se o programa SPSS 13.0 para Windows e o Excel 2003. As questões abertas foram consideradas através da análise de conteúdo, sendo as respostas agrupadas em categorias.

Como critério para avaliar a adesão, utilizou-se o definido por Graciano⁹ em que a má-adesão a profilaxia secundária da febre reumática é estabelecida através de pelo menos dois atrasos de mais de sete dias na aplicação da injeção de penicilina, em relação às datas assinaladas no cartão de controle nos últimos doze meses.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP e todos os responsáveis pelos adolescentes pesquisados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A maioria dos pacientes entrevistados era do sexo feminino (51,8%), na faixa etária de 10 a 14 anos (76,8%), morava em companhia dos pais (98,2) e cursava o 1º grau do ensino fundamental. Ao considerar a escolaridade dos responsáveis pelos pacientes, pode-se observar que a maioria (69,8%) apresentou baixo grau de escolaridade (analfabeto a fundamental completo).

Quanto às questões relativas ao seguimento do tratamento, fornecidas pelo responsável, verificou-se que o tempo que a maioria dos pacientes (76,8%) referiu fazer uso do medicamento (penicilina G benzatina) foi de 1 a 5 anos; sendo que apenas 4 pacientes (7,1%) relataram ter tido alguma reação a essas injeções. Todos os adolescentes pesquisados afirmaram comparecer ao ambulatório de FR acompanhado pelos pais ou cuidadores; assim como a maioria (89,3%) informou que a data da aplicação da benzetacil é controlada pelos pais ou responsáveis. Sobre a disponibilidade do medicamento, a maioria (89,3%) afirmou que o medicamento está sempre acessível no local onde recebe atendimento (IMIP) ou posto de saúde próximo de sua residência. Assim como, a maioria (78,6%) não paga pela medicação (Tabela 1).

Quanto ao número de faltas às consultas marcadas no ambulatório de febre reumática, a maioria dos pacientes adolescentes (76,8%) afirmou nunca ter faltado; dos que faltaram, 16,1% (9) relatou uma vez e 7,1% (4) afirmou ter faltado de 2 a 5 vezes. Esses dados fornecidos pelo adolescente foram confirmados por seus pais ou cuidadores. A maioria dos pacientes (87,5%) comparece ao local da aplicação da injeção acompanhado. Do total de pacientes entrevistados, 21,4% afirmou ter atrasado uma vez nos últimos 12 meses para a profilaxia com a penicilina G benzatina e 8,9% relatou atrasos duas ou mais vezes (Tabela 2).

A maioria dos adolescentes (87,4%) relatou que a aplicação da injeção de benzetacil causa algum tipo de dor, assim como a maioria (91,1%) informou que não é utilizado anestésico (Tabela 3).

Na tabela 4, pode-se observar as informações fornecidas pelos pais/cuidadores sobre a doença do adolescente.

Sobre as informações clínicas coletadas, a médica consultada informou que a maioria (80,4%) dos pacientes não apresentou recidiva da febre reumática, entretanto, 44,6% já havia tido internação hospitalar devido à doença. Quanto ao desenvolvimento de lesão cardíaca, a

maioria (85,7%) dos pacientes desenvolveu algum tipo de lesão cardíaca e destes, 85,7% desenvolveram IM (insuficiência mitral), 7,1% desenvolveu IM/IAO (insuficiência mitral/ insuficiência aórtica) e 1,8% desenvolveu IM/IT (insuficiência mitral/ insuficiência tricúspide).

Além das questões fechadas, perguntas abertas forneceram informações importantes na avaliação da adesão do adolescente ao tratamento recomendado. Quando questionados sobre como o paciente perceberia se a febre reumática voltasse, a maioria dos adolescentes fez referência a sentir “dores nas juntas” e “febre”, além de, uma pequena parte ter citado, “dor no coração” e “dor na garganta”.

Ao se questionar o porquê das injeções de penicilina serem aplicadas em determinada data, os pacientes consideraram aspectos preventivos, como “pra o problema não voltar” e “pra não piorar a doença”, além de “pra não perder o efeito do medicamento”. Porém, vale ressaltar que alguns adolescentes não sabiam a razão do medicamento ter data definida para aplicação.

DISCUSSÃO

No grupo estudado, a maioria dos adolescentes estava cursando a série escolar equivalente a sua idade, entretanto os pais/cuidadores apresentaram baixo grau de escolaridade.

A literatura define a adesão ao tratamento como uma colaboração ativa entre o paciente e seu médico, num trabalho cooperativo para alcançar o sucesso terapêutico. A adesão é expressa na medida em que o comportamento do paciente corresponde ao cuidado médico, seguindo suas instruções.⁴

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no “Projeto Adesão”, adotou como definição de adesão a tratamentos crônicos o grau em que o comportamento de uma pessoa representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta, as mudanças no estilo de vida, corresponde e concorda com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde.¹⁰

Considerando os critérios de Graciano⁹, verificou-se neste estudo que a maioria dos adolescentes da amostra (91,1%) se mostrou aderente à profilaxia secundária e ao seguimento do tratamento, visto que apenas 8,9% (5) dos entrevistados afirmaram terem atrasado 2 ou mais vezes as injeções de penicilina G benzatina nos últimos doze meses. Este resultado não coincidiu com os achados de Oliveira e Gomes⁴ que estimaram que aproximadamente 50% da população geral de portadores de doenças orgânicas não apresentarem comprometimento adequado com o tratamento. Quanto ao motivo do atraso, a maioria relatou estar fora de seu domicílio (fora de sua cidade), visto que residem no interior do Estado. Apenas 7,1% (4) adolescentes afirmou ter faltado às consultas de acompanhamento marcadas, o que confirma a boa adesão visto que o retorno às consultas marcadas é um critério relevante de adesão.⁷

Segundo Oliveira et al⁶, a falta de adesão ao tratamento pode manifestar-se de várias maneiras. A forma mais freqüente é a omissão de doses. No entanto, pode ser vista como não-aquisição da medicação, uso de dosagens incorretas, intervalos inadequados entre as doses e a interrupção prematura do tratamento.⁶ Desta forma, outro fator que parece ter contribuído com a boa adesão dos pacientes adolescentes pesquisados neste estudo foi a facilidade de aquisição gratuita dos medicamentos necessários para o tratamento, quando a maioria afirmou que o medicamento está sempre disponível no local onde recebe atendimento à saúde ou no posto de saúde próximo de sua residência.

O fato de a maioria dos pacientes adolescentes comparecerem ao local da aplicação da injeção acompanhados, assim como a maioria dos pais/cuidadores controlar a data da

aplicação da benzetacil, reflete o comprometimento dos pais com o tratamento de saúde dos filhos. Este envolvimento familiar parece constituir um outro importante fator relacionado à boa adesão. Machado⁵ ressaltou a recomendação de orientação individual para os responsáveis pelos pacientes infantis, visando obter maior integração da família e consequente melhor adesão do paciente infantil ao tratamento proposto.

Neste estudo, a maioria dos adolescentes afirmou ter algum incômodo com relação à aplicação das injeções de penicilina e, destes, a maioria relatou a dor como o maior incômodo. Este resultado coincide com aquele observado no INCL, onde a dor física foi descrita pelos adolescentes como a maior dificuldade para a adesão ao tratamento e, a aplicação da penicilina benzatina é, sem dúvida, um fator preponderante deste sentimento.¹¹

Entretanto, apesar de a dor ser fator preponderante, a adesão ao tratamento é em grande parte influenciada pela percepção que o paciente e/ou seus pais têm sobre a doença. Para Oliveira et al⁶, o paciente tem uma maior tendência para aderir ao tratamento se acreditar que o médico está correto, que a doença traz algum risco e que o tratamento prescrito irá reduzir o risco de complicações ou de morte, ou, ainda, que sua saúde irá melhorar. É importante que a informação fornecida seja clara, que não haja ambigüidade e que o entendimento e as demandas do paciente sejam avaliados periodicamente.⁶

Portanto, neste estudo, observou-se um bom nível de conhecimento sobre a doença, tanto por parte dos adolescentes, quanto de seus pais/cuidadores. Apesar de quase 30% dos entrevistados terem afirmado que não receberam informações sobre a doença, a quase totalidade (98,2%) dos adolescentes sabiam que se não tomarem as injeções de penicilina, a doença poderia se agravar. Crozatti⁵ enfatizou que, especialmente na adolescência, a adesão ao tratamento é fortemente influenciada pela falta de informações adequadas, pela negação ou medo da doença, por problemas de auto-estima, pelo estilo de vida ou ainda pela maneira como é enfrentada a obrigatoriedade em tomar os medicamentos.⁵

Observou-se também um bom nível de conhecimento da doença pelos pais ou responsáveis, tendo sido verificado também que 80,4% se mostrou preocupado com a doença do adolescente. Oliveria e Gomes⁴ relataram que a figura da mãe faz mediação entre o médico e o paciente.

Oliveira e Gomes referiram que para a manutenção e continuidade do tratamento, com resultados eficazes, é necessária a adesão ao tratamento, ou seja, a colaboração ativa entre o paciente e o seu médico. Em contrapartida, o declínio da função do órgão tratado, como também recidivas e agudização do processo patológico, podem caracterizar a não adesão.⁴ De acordo com as informações clínicas fornecidas pela médica responsável, a maioria dos pacientes não apresentou recidiva da febre reumática, indicando bom seguimento do tratamento, resultado da boa adesão dos pacientes a profilaxia secundária da FR.

Portanto, verificou-se nesse estudo boa adesão à profilaxia secundária da FR pelos pacientes adolescentes pesquisados, sendo considerado que os seguintes fatores contribuíram para esse resultado: envolvimento familiar, fácil acesso aos medicamentos e bom nível de conhecimento da doença pelo paciente adolescente e pelos pais ou responsáveis. De posse desses dados, pode-se definir estratégias de abordagem, visando favorecer a adesão ao tratamento e reduzir a morbidade – recidivas da doença.

REFERÊNCIAS

1. Terreri MTRA, Caldas AM, Len CA, Ultchak F, Hilário MOE. Características clínicas e demográficas de 193 pacientes com febre reumática. **Rev. Bras. Reumatol.** São Paulo, nov./dez 2006;46(6).
2. Souza VC, Araújo AP, André C. Como a coreia de Sydenham é tratada no Rio de Janeiro? **Arq. Neuro-Psiquiatr.** São Paulo, set.2007;65(3).
3. Prokopowitsch AS, Lotufo PA. Febre Reumática. Epidemiologia da febre reumática no século XXI. **Revista da SOESP.** São Paulo, jan./fev.2005;15(1).

4. Oliveira VZ, Gomes WB. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. **Estud Psicol** [periódico na internet]. 2004 Set/Dez [Recife 2008 Set. 28];9(3):[11p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a08v09n3.pdf>.
5. Crozatti MTL. **Adesão ao tratamento anti-retroviral na infância e adolescência**. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2007.
6. Oliveira BM, Viana MB, Arruda LM, Ybarra MI, Romanha JAJ. Avaliação da adesão ao tratamento através de questionários: estudo prospectivo de 73 crianças portadoras de leucemia linfoblástica aguda. **Ped** [periódico na internet]. 2005 Mai/Jun [Recife 2008 Out. 02]; 81(3):[6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n3/v81n3a12.pdf>
7. Machado FC, Souza IPR, Tura LFR, Castro GF. Adesão a um programa de atenção à saúde bucal para crianças e adolescentes infectados pelo HIV e atitude dos responsáveis. **Ciênc Saúde Col** [periódico na internet]. 2008 Nov/Dez [Recife 2008 Out. 02]; 13(6):[8p.]. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/630/63013617.pdf>
8. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica; tradução Michael Schmidt Duncan. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
9. Graciano F.F. **Porque os pacientes não seguem adequadamente as orientações médicas?** Estudo de fatores envolvidos com a má adesão a profilaxia secundária da febre reumática com a penicilina-G-benzatina. [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Medicina; 2007.
10. Gusmão JL, Mion Jr. D. Adesão ao tratamento, conceitos. **Rev Bras Hipert** [periódico na internet]. 2006 [Recife 2008 Out. 18]; 13(1): 23-5. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf>
11. Lima ABR, Barros M, Santos M. Descrição dos Indicadores Sociais em Adolescentes Portadores de Febre Reumática. **Rev.SOCERJ**. Jan/Fev 2005;18(1).

Tabela 1. Distribuição dos pesquisados de acordo com as informações fornecidas pelo responsável sobre profilaxia e seguimento do tratamento (2008).

Variáveis	n	%
Local de aquisição do medicamento		
Posto de saúde ou hospital próximos	26	46,4
IMIP	28	50,0
Outro local	2	3,6
Total	56	100
Local de aquisição do medicamento, quando não recebido no local de atendimento		
Farmácia	2	33,3
Outro local	4	66,7
Total	6	100
Avaliação do custo do medicamento		
Acho caro, mas compro	18	32,1
Não acho caro e compro	5	8,9
Não acho caro e não posso comprar	1	1,8
Não sabe	32	57,1
Total	56	100
Intervalo entre as aplicações do benzetacil		
De 21/21 dias	55	98,2
De 28/28 dias	1	1,8
Total	56	100

Tabela 2. Distribuição dos adolescentes pesquisados de acordo com as informações sobre profilaxia e seguimento do tratamento (2008).

Variáveis	n	%
Ida acompanhado ao local de aplicação do medicamento		
Sim	49	87,5
Não	7	12,5
Total	56	100
Número de atrasos (mais de 7 dias) à consulta de aplicação do medicamento (benzetacil) nos últimos 12 meses		
Duas ou mais vezes	5	8,9
Zero ou uma vez	50	89,3
Total	55	98,2
Motivo do atraso**		
Esquecimento	2	16,7
Devido ao medo da dor	2	16,7
Outro	8	66,7
Total	12	100

** “Outro motivo” foi o de estarem fora do seu domicílio ,ou seja, fora das suas cidades de origem visto que residem no interior.

Tabela 3. Distribuição dos adolescentes pesquisados de acordo com suas percepções/conhecimento quanto a sua doença (2008).

Variáveis	n	%
O que mais o incomoda no que se refere à aplicação da injeção		
Não há nada que me incomode	4	7,2
A dor durante a aplicação	26	46,4
A dor após a aplicação da injeção	23	41,0
O medo da aplicação da injeção	2	3,6
A dificuldade de movimentação	1	1,8
Total	56	100
Avaliação da dor percebida quando da injeção de benzetacil		
0	3	5,4
1 a 3	12	21,4
4 a 6	20	35,7
7 a 10	21	37,5
Total	56	100
Até que idade deverá tomar benzetacil		
Não sabe	10	17,8
Até 18 anos	16	28,6
Até 21 anos	12	21,4
Por toda a vida	18	21,4
Total	56	100
Informações sobre a febre reumática recebida de algum médico		
Não sei	1	1,8
Sim, e compreendeu	39	69,6
Sim, mas não compreendeu	11	19,6
Não recebeu e não tem conhecimento sobre FR	3	5,4
Não recebeu, mas tem conhecimento sobre a FR	2	3,6
Total	56	100
Preocupação com a doença		
Não traz preocupação	16	28,6
Preocupa pouco	23	41,1
Preocupa muito	17	30,4
Total	56	100
Caso não tome benzetacil		
A doença não irá alterar-se	1	1,8
A doença poderá agravar-se	55	98,2
Total	56	100

Tabela 4. Distribuição dos pesquisados de acordo com a percepção/conhecimento dos pais/cuidadores sobre a doença do adolescente (2008).

Variáveis	N	%
Percepção do responsável com relação à doença do adolescente		
Não traz preocupação	1	1,8
Preocupa pouco	10	17,9
Preocupa muito	45	80,4
Total	56	100
Atitude do responsável quando da recusa do uso do medicamento pelo adolescente		
Ordena a aplicação não cedendo a vontade da criança	40	71,4
Adia a realização da profilaxia	3	5,4
Outro	13	23,2
Total	56	100
A causa da febre reumática		
Não sei	5	8,9
Baixa resistência	3	5,4
Descuido	4	7,1
Infecção na garganta	43	76,8
Outro	1	1,8
Total	56	100
Consequências da febre reumática		
Lesão no coração	49	87,5
Lesão nas juntas	4	7,1
Movimentos incontroláveis	2	3,6
Outras	1	1,8
Total	56	100
Finalidade da aplicação da benzetacil		
Não sei	1	1,8
Prevenir a infecção de garganta	8	14,3
Prevenir dor ou inflamação nas juntas	5	8,9
Prevenir o reumatismo no coração	33	58,9
Curar a doença	9	16,1
Total	56	100

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo demonstraram boa adesão à profilaxia secundária da FR na amostra estudada, e apesar da dor as aplicações da penicilina G benzatina ser fator preponderante, considera-se que os fatores contribuintes deste resultado foram: envolvimento familiar, fácil acesso aos medicamentos e bom nível de conhecimento da doença pelo paciente adolescente e pelos pais ou responsáveis. Principalmente o envolvimento familiar foi percebido pela disponibilidade em responder ao questionário e por estarem todos os adolescentes acompanhados. Também o bom nível de conhecimento percebido ao mostrarem segurança nas respostas. A partir desses dados, pode-se definir estratégias de abordagem, que favoreçam a adesão ao tratamento, reduzindo a morbidade – recidivas da doença.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CARCELLER-BLANCHARD, A. Febre reumática aguda. **Anales de Pediatría**. n. 67. p.1-4. Barcelona, 2007.
2. DAJANI, Adnan S. Febre reumática. In.: BRAUNWALD, Eugene; ZIPES, Douglas P.; LIBBY, Peter. **Tratado de medicina cardiovascular**. 6 ed. v. 2, Ed. Roca, 2003. p. 2275-2281 Cap. 66.
3. GRACILIANO, F. F. **Por que os pacientes não seguem adequadamente as orientações médicas?** Estudo dos fatores envolvidos com a má adesão a profilaxia secundária da febre reumática com a penicilina-G-benzatina. Dissertação de mestrado da Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 2007.
4. HULLEY, Stephen B. [ET AL]Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica; tradução Michael Schmidt Duncan. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008
5. LIMA, A. B. R.; BARROS, M.; SANTOS, M.. Descrição dos Indicadores Sociais em Adolescentes Portadores de Febre Reumática. **Rev.SOCERJ**. v. 18, n. 1. Jan/Fev, 2005.
6. PORTO, Celmo Celeno. **Doenças do coração**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 1124 p. (Cap. 139).
7. ROCHA, K. B.; MOREIRA, M. C.; OLIVEIRA, V. Z. Adolescência em pacientes portadores de fibrose cística. **Aletheia**. Dezembro de 2004. Disponível em: [http://pepsic.bvs-psi.org.br / scielo.php ? script = sci_arttext & pid = S1413 -03942004000200004&lng =pt&nrm=](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942004000200004&lng=pt&nrm=). Acesso em: 10 outubro 2008.
8. TANAKA, Ana Cristina Sayuri; GUILHERME, Luiza; KALIL, Jorge. Febre Reumática. In.: EBAID, Munir. **Cardiologia em pediatria: temas fundamentais**. Local: Roca, 2000. p. 345- 388 (Cap. 14).
9. TERRERI, M. T.; LEN, C.; HILÁRIO, M. O. E.; GOLDENBERG, J.; FERRAZ, M. B. Utilização de recursos e custos de pacientes com febre reumática. **Rev. Bras Reumatologia** v. 42, n. 4. jul/ago, 2002.

10. WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Program for adolescent health and development:** report of WHO/UNFPA/Unicef. Study group on programming for adolescent health. Genève; WHO/UNFPA/UNICEF, 1999. (WHO Technical Report series, 886).

ANEXOS

- 5) sem informação
- P)** Você recebe a visita do Programa de Saúde da Família em sua residência?
1) sim 2) não
- Q)** Qual o intervalo entre as aplicações do benzetacil
1) de 21/ 21 dias 2) de 28/ 28 dias 3) num dia fixo do mês.
- R)** Já apresentou alguma reação ao benzetacil?
1) sim .Qual:_____ Quanto tempo depois:_____
2) não 3) sem informação
- S)** O que mais o incomoda no que se refere à aplicação da injeção?
0) não há nada que me incomoda 1) a dor durante a aplicação
2) a dor após a aplicação da injeção 3) o medo da aplicação da injeção
4) a dificuldade de movimentação
5) outro. Qual:_____
- 9) sem informação
- T)** Assinale na linha abaixo uma nota para a dor da injeção (quanto mais forte a dor , maior o número)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

nenhuma dor dor moderada dor insuportável

- U)** É colocado anestésico?
1) sim 2) não 3) sem informação
- V)** Quem acompanha você ao local de aplicação?
1)acompanhado. Quem_____ 2)sozinho
- W)** Mãe ou cuidador: se a criança / adolescente recusa a aplicação, qual é a sua atitude?
1) ordena a aplicação, não cedendo à vontade da criança.
2) permite que a criança não realize desta vez
3) adia a realização da profilaxia
4) promete realizar desejos da criança
5) outro.Qual _____
- X)** Até quando você acha que vai tomar a benzetacil?
0) não sabe 1) até 18 anos 2) até 21 anos
3) até 30 ou 40 anos 4) por 5 anos 5) por 10 anos
6) por toda a vida 7) outro.Qual _____
- Y)** Quantas vezes você já atrasou (**mais de 7 dias**) o “benzetacil” nos 12 últimos meses?
1) duas ou mais vezes 2) zero ou 1 vez 9) sem informação
- Z)** Qual o motivo do atraso?
0) não sabe 1) esquecimento 2) não acha preciso
4) cansado da injeção 8)devido a dor
9)outro. Qual _____

3. PERCEPÇÕES SOBRE A DOENÇA E SUA PROFILAXIA

- AA)** Você já teve informações sobre a febre reumática de algum médico?
0) não sei 1) sim, e compreendeu 2) sim, mas não compreendeu
3) não recebeu e não tem conhecimento sobre FR
4) não recebeu, mas tem conhecimento sobre febre reumática.
- AB)** PACIENTE: para você, a sua doença:
1) não traz preocupação
2) preocupa pouco

3) preocupa muito

AC) Mãe (ou cuidador): para você , a doença de seu filho:

1) não traz preocupação

2) preocupa pouco

3) preocupa muito

AD) (1) O que causa a febre reumática na criança?(MARQUE APENAS UMA)

0) não sei 1) baixa resistência 2) descuido 3) infecção de garganta

4) a gente “pega”de outra pessoa 5)outra. Qual:_____

AE) (2) Qual o problema mais grave que a febre reumática pode causar? (MARQUE APENAS UMA RESPOSTA)

0) não sei 1) lesão no coração

2) lesão nas juntas 3) movimentos incontroláveis

4) infecção de garganta 5) febre

6) outro:_____

AF) (3) Qual o motivo da aplicação da “benzetacil”? (MARQUE APENAS UMA RESPOSTA)

0) não sei 1) prevenir a infecção de garganta

2) prevenir dor ou inflamação nas juntas 3) prevenir “reumatismo no coração”

4) prevenir movimentos incontroláveis 5) curar a doença

6) outro. Qual:_____

AG) (4) Você sabe o que acontece se não “tomar o benzetacil”?

0) não sei 1) a doença não irá alterar-se

2) a doença poderá agravar-se 3) a doença vai melhorar.

4) outro. Qual:_____

QUESTÕES ABERTAS (favor responder com suas próprias palavras):

AH) (5) Se a febre reumática voltar , como é que você vai percebê-la? (quais sintomas vão aparecer?)

AI) (6) Por que o “benzetacil” deve ser aplicado nas datas certas?

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA (APENAS O MÉDICO DEVE RESPONDER)

AJ) Primeiro episódio:

1) Sim. Data:___/___/___ 2) não identificado

AK) Manifestações no primeiro episódio

0) subclínico 1) cardite : grau_____ 2) artrite

3) artralgia 4) coreia 5) febre 6) nódulo subcutâneo

7) eritema marginatum 8) sem informação

AL) Internação

1) sim quantos dias:_____ 2) não 3) sem informação

AM) Recidiva

1) sim data:_____manifestação_____

2) não

AN) Desenvolvimento de lesão cardíaca

1) sim qual _____ grau_____

2) não 3) sem informação

ANEXO 2

REVISTA LATINO AMERICANA DE ENFERMAGEM

Normas Para Publicação

Introdução

Estas instruções visam orientar os pesquisadores sobre as normas adotadas por essa Revista para avaliação de manuscritos submetidos. As referidas instruções baseiam-se na tradução do documento “**Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos**” elaborado pelo **International Committee of Medical Journal Editors** (Estilo “Vancouver”), publicado na **Rev Latino-am Enfermagem 2001 março; 9(2)**. Sugere-se consulta ao citado documento para complementação de informações aqui contidas.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista Latino-Americana de Enfermagem, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto do texto, quanto de figuras e tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas. O(s) autor(es) deverá(ão) assinar e encaminhar declaração de acordo com o modelo **Anexo**.

Os manuscritos são publicados em três idiomas: inglês, português e espanhol. No ato da submissão, o manuscrito deverá ser encaminhado à Comissão de Editoração em um único idioma, e em caso de aprovação, os autores deverão providenciar a tradução para os outros dois idiomas de acordo com as recomendações da Revista. A versão no idioma inglês será editada na revista impressa e as versões inglês, português e espanhol serão editadas na versão online

O encaminhamento dos manuscritos juntamente com a documentação necessária será on-line através do endereço **www.eerp.usp.br/rlae**.

Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião da Comissão de Editoração e do Conselho Editorial.

A publicação dos manuscritos dependerá da observância das normas da Revista e da apreciação do Conselho Editorial, que dispõe de plena autoridade para decidir sobre sua aceitação, podendo, inclusive apresentar sugestões ao(s) autor(es) para as alterações necessárias. Neste caso, o referido trabalho será reavaliado pela Comissão de Editoração. Os nomes dos relatores permanecerão em sigilo, omitindo-se também o(s) nome(s) do(s) autor(es) aos relatores. Manuscritos recusados para publicação serão notificados e não devolvidos.

Quando a investigação envolver sujeitos humanos, os autores deverão apresentar uma declaração de que foi obtido o consentimento dos sujeitos por escrito (consentimento informado), anexando cópia da aprovação do Comitê de Ética que analisou a pesquisa.

Fotos coloridas não serão publicadas. Em caso de uso de fotografias em branco e preto os sujeitos não podem ser identificados ou então suas fotos deverão estar acompanhadas de permissão, por escrito, para fins de divulgação científica.

Categoria de Artigos

Além dos **artigos originais**, os quais têm prioridade, a Revista Latino-Americana de Enfermagem publica **revisões, atualizações, comunicações breves/relato de casos, cartas ao editor, resenhas, página do estudante** e editoriais.

Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem atender aos princípios de objetividade e clareza da questão norteadora, digitados (Times New Roman 12) e impressos em folhas de papel A4 (210 X 297mm), com espaço duplo, margem de 2,5 cm de cada um dos lados e linhas, perfazendo um total de no máximo 15 páginas para os artigos originais (incluindo as ilustrações – gráficos, tabelas, fotografias, etc). As tabelas e figuras devem ser limitadas a 5 no conjunto, recomendando incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas, com dados dispersos e de valor não representativo. Figuras serão aceitas, desde que não repitam dados contidos em tabelas. Recomenda-se que o número de referências bibliográficas limite-se a 15, havendo, todavia, flexibilidade. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do manuscrito, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, métodos, resultados e discussão. A Introdução deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Fornecer referências que sejam estritamente pertinentes. Os Métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os Resultados devem limitar-se a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as limitações do estudo, além de conclusões e indicação de caminhos para novas pesquisas. São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa de modo geral.

Revisões: avaliação crítica sistematizada da literatura ou reflexão sobre determinado assunto, devendo conter conclusões. Os procedimentos adotados e a delimitação do tema devem estar incluídos. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Artigos Teóricos: artigos resultantes de estudos teóricos que abranjam análise, discussão e síntese conceitual, filosófica, teórica, política, de modelos, de inovações, de questões profissionais emergentes e que contribuam para o aprofundamento de temas de interesse para a área de Enfermagem e de Saúde. Os artigos teóricos são densos em termos de elaboração

criativa, de posicionamento do autor e de proposições para a comunidade científica e/ou profissional. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Atualizações: trabalhos descritivos e interpretativos, com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo, ou potencialmente investigativo. Sua extensão limita-se a 5 páginas.

Comunicações breves/Relato de casos: estudos avaliativos, originais ou notas prévias de pesquisa contendo dados inéditos e relevantes para a enfermagem. A apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, limitando-se a 5 páginas.

Cartas ao Editor: inclui cartas que visam a discutir artigos recentes, publicados na Revista, ou a relatar pesquisas originais ou achados científicos significativos. Sua extensão limita-se a 1 página.

Resenhas: análise de obra recentemente publicada, contida em 2 páginas.

Página do Estudante: espaço destinado à divulgação de estudos desenvolvidos por alunos de graduação, com explicitação do orientador em nota de rodapé. Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, com extensão limitada a 5 páginas.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Manuscritos com mais de seis autores devem ser acompanhados por declaração certificando explicitamente a contribuição de cada um dos autores elencados (**modelo anexo**). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, neste caso, figurar na seção "Agradecimentos". A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página.

Processo de Julgamento

Os critérios de editoração estabelecidos pela revista visam garantir a qualidade das publicações. O editor avalia se o artigo recebido para publicação traz contribuições para a enfermagem e se é de interesse para os leitores; então os encaminha a dois conselheiros que os analisam com base em informações contidas em um instrumento elaborado pela Comissão de Editoração. Em caso de outras abordagens os artigos são avaliados conforme as exigências metodológicas da abordagem utilizada. O processo é altamente sigiloso não havendo em nenhum momento a identificação entre autor/revisor. Diante dos pareceres emitidos pelos conselheiros, o editor toma ciência e os analisa em relação ao cumprimento das normas de

publicação. Posteriormente encaminha os pareceres de aceitação da publicação, necessidade de reformulação ou de recusa justificada aos autores.

Preparo dos Manuscritos

a. Página de identificação: título do artigo e subtítulo (conciso, porém informativo); nome do(s) autor(es), indicando em nota de rodapé o(s) título(s) universitário(s), ou cargo(s) ocupado(s), nome do Departamento e Instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído e endereço eletrônico.

b. Resumo e Descritores: o resumo deverá conter até 150 palavras, contendo objetivo da pesquisa, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos do estudo, métodos de observação e analíticos, principais resultados) e as conclusões. Deverão ser destacados os novos e mais importantes aspectos do estudo. Abaixo do resumo incluir 3 a 10 descritores que auxiliarão na indexação dos artigos. Para determinação dos descritores consultar o International Nursing Index e a lista de "**Descritores em Ciências da Saúde - DECS-LILACS**", elaborada pela **BIREME** e ou "**Medical Subject Heading - Comprehensive Medline**". Todos os artigos deverão incluir resumos em português, espanhol e inglês. Apresentar seqüencialmente os três resumos na primeira página incluindo títulos e unitermos nos respectivos idiomas.

c. Ilustrações, abreviaturas e símbolos: as **tabelas:** devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Os **quadros** são identificados como tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto. As **figuras** (fotografias, desenhos, gráficos, etc), citadas como figuras, devem estar desenhadas e fotografadas por profissionais. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. As ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2 cm (largura da coluna do texto) ou 15 cm (largura da página). Não se permite que figuras representem os mesmos dados de tabela. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Utilize somente abreviações padronizadas. Evite abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso aos quais as abreviações correspondem devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

d. Notas de Rodapé: deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

e. Referências Bibliográficas: numerar as referências de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as referências no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescrito sem menção dos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas. Quando tratar-se de citação seqüencial separe os números por traço (ex: 1-5); quando intercalados use vírgula (ex: 1,5,7). Listar os 6 primeiros autores seguidos de et al., separando-os por vírgula.

Observações

Quando necessária a inclusão de depoimentos dos sujeitos apresentar em itálico em letra tamanho 10, na seqüência do texto;

Citação "ipsis literes" usar aspas na seqüência do texto;

Os "requisitos uniformes" (Estilo "Vancouver") baseiam-se grande parte nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela **National Library of Medicine (NLM)**.

Os pedidos de correção deverão ser encaminhados num prazo máximo de 30 dias após a publicação do periódico.

Exemplos de Referências Bibliográficas

ARTIGOS DE PERIÓDICOS

1 – Artigo Padrão

Elias MS, Cano MAT, Mestriner W Jr, Ferriani MGC. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. Rev Latino-am enfermagem 2001 janeiro; 9(1):88-95.

2 - Artigo de periódico com indicação de subtítulo

Diniz NMF, Lopes RLM, Almeida MS, Gesteira SMA, Oliveira JF. Psicodrama como estratégia pedagógica: vivências no ensino de graduação na área de saúde da mulher. Rev.Latino-am.Enfermagem 2000 agosto; 8(4):88-94.

3 – Instituição como Autor

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices Advisory Committee. MMWR 1990;39(RR-21):1-27.

4 – Sem indicação de autoria

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. Arq Bras Cardiol 2000 dezembro;75(6):28-32.

5 – Edição com suplemento

Faggioni LPC, Palma PVB, Silva AR, Moraes FR, Covas DT. Mononuclear viability in non-leukoreduced packed red cells. Ser Monogr Esc Bras Hematol 1999; 6 Suppl:150.

6 – Fascículo com suplemento

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996; 23(1 Suppl 2):89-97.

7 – Parte de um volume

Stefanelli M, Dazzi L, Fassino C, Lanzola G, Quaglini S. Building patient workflow management systems by integrating medical and organizational knowledge. *Medinfo* 1998; 9(Pt 1):28-32.

8 – Parte de um fascículo

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. *N Z Med J* 1994;107(986 Pt 1):377-8.

9 – Fascículo sem volume

Vietta EP. Hospital psiquiátrico e a má qualidade da assistência. *Sinopses* 1988; (530):16-7.

10 – Sem fascículos e sem volume

Oguisso T. Entidades de classe na enfermagem. *Rev Paul Enfermagem* 1981;6-10.

11 – Paginação em algarismos romanos

Lederberg J. What's important about technology. *Ann NY Acad Sci* 2000; 919:xi-xii.

12 – Indicação do tipo de artigo se necessário (review, abstract, etc.)

Billings DM, Ward JW, Penton-Cooper L. Distance learning in nursing. [abstract]. *Semin Oncol Nurs* 2001 Feb;17:48-54.

Sendler A, Bottcher K, Etter M, Siewert JR. Gastric carcinoma [review]. *Internist* 2000;41:817-8, 821-6,828-30.

13 - Artigo contendo retratação

Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfreid TN. Ceruloplasmin gene defect associated with epilepsy in tehe mice. [retractation of Garey CE, Schawarztman Al, Rise ML, Seyfried TN. In: *Nat Genet* 1994; 6: 426-31]. *Nat Genet* 1995;11:104

14 - Artigo retratado

Liou GL, Wang M, Matragoo S. Precocious IRBP gene expression during mouse development [retracted in *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1994; 35:3127]. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1994;35:1083-8

15 - Artigos com erratas publicadas

Heller A, Freeney A, Hessefort S, Villereal M, Won L. Cellular dopamine is increased following exposure to a factor derived from immortalized striatal neurons in humans [published erratum appear in Neurosci Lett 2001 Jan 19; 297(3):216]. Neurosci Lett 2000;295:1-4.

Hamlin JÁ, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair (published erratum appears in West J Med 1995; 62:278). West J Med 1995;162-28-31.

LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS

16 - Indivíduo como autor

Ramos J Jr. Semiotécnica da observação clínica. 8ª ed. São Paulo (SP): Sarvier;1998.

17 - Organizador, Editor, Compilador como Autor

Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo (SP): Cortez; 1997.

18 - Instituição como autor e publicador

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde;1997.

19 - Capítulo de livro

Furegato ARF. A conduta humana e a trajetória do ser e do fazer da enfermagem. In: Jorge MSB, Silva WV, Oliveira FB, organizadoras. Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo (SP): Lemos Editorial; 2000. p. 93-116.

20 - Evento (Anais/Proceedings de conferência)

Andersson M, Mendes IAC, Trevizan MA. Universal and culturally dependent issues in health care ethics. Proceedings of the 13 th World Congress on Medical Law; 2000 August 6-10; Helsinki; Finland ; 2000.

21 - Trabalho apresentado em evento

Melo AS, Gabrielli JMW, Pelá NTR. Monografia: seu significado para alunos e orientadores de um curso de graduação em enfermagem. In : Mendes IAC, Carvalho EC, coordenadores. Comunicação como meio de promover a saúde. 7º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem; 2000. junho 5-6; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: FIERP; 2000. p.63-7.

22 - Relatório científico ou técnico

- Publicado pela agencia patrocinadora:

Smith P. Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report nº HHSIGOEI 69200860.

- Publicado pela agência responsável por seu desenvolvimento:

Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editors. Health services research: work force and educational issues. Washington : National Academy press; 1995. Contract nº AHCPR282942008. Sponsored by the Agency for Health Care policy and Research.

23 - Dissertação e Tese

Amarante ST. Análise das condições ergonômicas do trabalho das enfermeiras de centro cirúrgico.[dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1999.

24 - Patente

Larsen CE, Trip R, Johnson CR, inventors; Novoste Corporation, assignee. Methods for procedures related to the electrophysiology of the hearth. Us patent 5,529,067. 1995 Jun 25.

Shimo AKK, inventor; EERP assina. Sanitário portátil; Patente MV 7, 501, 105-0. 12 junho 1995.

OUTROS TRABALHOS PUBLICADOS

25 - Artigo de Jornal

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21: Sect. A; 3 (col. 5)

26 - Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassete]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

27 - Documentos legais

Leis aprovadas:

Preventive Health Ammendments of 1993, Pub. L. nº 103-183, 107 Stat. 2226 (Dec. 14, 1993).

Projetos de Lei:

Medical Records Confidentiality Act of 1995. S. 1360, 104 th Cong., 1 st Sess. (1995).

Código de regulamentações federais:

Informed Consent. 42 C .F.R. Sect. 441.257 (1995)

Audiência:

Increased Drug Abuse: the Impact on the Nation's emergency rooms: Hearings Before the Subcomm. On Human Resources and Intergovernmental Relations of the House Comm. On Government Operations, 103 rd Congr., 1 st Sess. (May 26, 1993).

28 - Mapa

North Carolina . Tuberculosis rates per 10,000 population, 1990 [demographic map]. Raleigh : North Carolina Depto. Pf Environment, Health, and Natural Resouces, Div. of Epidemiology; 1991.

29 - Texto da Bíblia

The Holy Bible. King James version. Grand Rapids (MI): Zondervan Publishing House; 1995. Ruth 3:1-18

30 - Dicionários e obras de Referência similares

Steadman's medical dictionary. 26 th ed. Baltimore : Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p.119-20

31 - Obras clássicas

The winter's Tale: act 5, scene 1. Lines 13-16. The complete works of Williams Shakespeare. London : Rex; 1973.

MATERIAL NÃO PUBLICADO

32 - No prelo

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. In press 1996.

MATERIAL ELETRÔNICO

33 - Artigo de revista em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; (1): [24 screens]. Available from: URL:<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

34 - Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach 11. CMEA Multimedia Group, producers. 2 nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

35 - Resumo apresentado em evento

Lavrador MAS. Uma nova metodologia para o diagnóstico de morte cerebral em pacientes comatosos de Unidade de Terapia Intensiva. [CD ROM]. In: Mendes IAC, Ferraz CA, coordenadoras. Organização do setor Saúde nas Américas: contribuição da investigação em Enfermagem. 6º Colóquio Interamericano de Investigação em Enfermagem; 18-22 maio 1998. Ribeirão Preto (SP): EERP-USP; 1998.

Robazzi MLCC, Carvalho EC, Marziale MHP. Nursing care and attention for children victims of occupational accident. Conference and Exhibition Guide of the 3 rd International Conference of the Global Network of WHO Collaborating Centers for Nursing & Midwifery; 2000 July 25-28; Manchester ; UK . Geneva : WHO; 2000.

36 - Programa de Computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): computerized Educational Systems; 1993.

37 – CD-ROM

Anderson SC , Poulsen KB. Anderson 's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

38 – Journal article on the Internet

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

39 – Monograph on the Internet

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington : National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

40 – Homepage/Web site

Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York : Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>

Fundação Nacional de Saúde [Página na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; c1999-2004 [updated 2005 janeiro; acesso em 2005 fevereiro 28]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br>

41 – Part of a homepage/Web site

American Medical Association [homepage on the Internet]. Chicago : The Association; c1995-2002 [updated 2001 Aug 23; cited 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [about 2 screens]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>

Ministério da Saúde [homepage na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [Acesso em 2005 fevereiro 28]. Agência Saúde Células-tronco: Começa o maior estudo clínico do mundo sobre terapia celular para tratamento de cardiopatias; [4 telas]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=12988

42 – Database on the Internet

Open database: Who's Certified [database on the Internet]. Evanston (IL): The American Board of Medical Specialists. c2000 - [cited 2001 Mar 8]. Available from: <http://www.abms.org/newsearch.asp>

CLOSED DATABASE

Jablonski S. Online Multiple Congenital Anomaly/Mental Retardation (MCA/MR) Syndromes [database on the Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). c1999 [updated 2001 Nov 20; cited 2002 Aug 12]. Available from: http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome_title.html

43 - Part of a database on the Internet

MeSH Browser [database on the Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2002 - [cited 2003 Jun 10]. Meta-analysis; unique ID: D015201; [about 3 p.]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> Files updated weekly.

MeSH Browser [database on the Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2002 - [cited 2003 Jun 10]. Meta-analysis; unique ID: D015201; [about 3 p.]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> Files updated weekly.

.: Revista Latino-Americana de Enfermagem .:

Av. Bandeirantes, 3900 - CEP: 14040-902 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Telefone: (0XX16) 3602.3451 -

ANEXO 3

REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA

ANEXO 4

REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Categorias de artigos
- Autoria
- Processo de julgamento dos manuscritos
- Preparo dos manuscritos
- Suplementos
- Conflito de interesses
- Documentos

Categorias de Artigos

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- CONSORT checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- STARD checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- MOOSE checklist e fluxograma para meta-análise
- QUOROM checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- STROBE para estudos observacionais em epidemiologia

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a

inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações Breves – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares

- Devem ter até *1.500 palavras* (excluindo resumos tabelas, figuras e referências) *uma tabela ou figura* e até 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até *100 palavras*.

ARTIGOS DE REVISÃO

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de **meta-análise**).

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos

consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *4.000 palavras*.
- O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras.
- Não há limite de referências.

COMENTÁRIOS

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *2.000 palavras*, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências
- O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.
- As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referenciais.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade (ver modelo). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é *limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página*.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos impressos. Resumos ou resenhas de artigos publicados poderão ser divulgados em outros periódicos com a indicação de *links* para o texto completo, sob consulta à Editoria da RSP. A tradução para outro idioma, em periódicos estrangeiros, em ambos os formatos, impresso ou eletrônico, somente poderá ser publicada com autorização do Editor Científico e desde que sejam fornecidos os respectivos créditos.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os manuscritos submetidos que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial são encaminhados para avaliação.

Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas três seguintes fases:

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.

Avaliação por pares externos: os manuscritos selecionados na pré-análise são submetidos à avaliação de especialistas na temática abordada. Os pareceres são analisados pelos editores, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito.

Redação/Estilo: A leitura técnica dos textos e a padronização ao estilo da Revista finalizam o processo de avaliação.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Preparo dos manuscritos

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

Todas as páginas devem ser numeradas.

Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Idioma

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico. Independentemente do idioma empregado, todos manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

Dados de identificação

a) Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em **inglês**.

b) Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

c) Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.

d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).

e) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

f) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

g) Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.

h) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Descritores - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MeSH), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver permissão expressa dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

Exemplos:

Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):930-6.

Forattini OP. Conceitos básicos de epidemiologia molecular. São Paulo: Edusp; 2005.

Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing "race", racism, and racial discrimination. In: Oakes JM, Kaufman JS, editores. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 86-111.

Yevich R, Logan J. An assessment of biofuel use and burning of agricultural waste in the developing world. *Global Biogeochem Cycles*. 2003;17(4):1095, DOI:10.1029/2002GB001952. 42p.

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al . Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2009; 42(1):34-40.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org/>).

Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

Citação no texto: Deve ser indicado em **expoente** o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente.. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Submissão online

A entrada no sistema é feita pela página inicial do site da RSP (www.fsp.usp.br/rsp), no menu do lado esquerdo, selecionando-se a opção “submissão de artigo”. Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista deverá cadastrar-se. Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção “submissão de artigos” e preencher os campos com os dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção “consulta/ alteração dos artigos submetidos”. Ao todo são oito situações possíveis:

- **Aguardando documentação:** Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.
- **Em avaliação na pré-análise:** A partir deste status, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.
- **Em avaliação com relatores:** O manuscrito está em processo de avaliação pelos relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam ao editor.
- **Em avaliação com Editoria:** O editor analisa os pareceres e encaminha o resultado da avaliação ao autor.
- **Manuscrito com o autor:** O autor recebe a comunicação da RSP para reformular o manuscrito e encaminhar uma nova versão.
- **Reformulação:** O editor faz a apreciação da nova versão, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor.
- **Aprovado**
- **Reprovado**

Além de acompanhar o processo de avaliação na página de “consulta/ alteração dos artigos submetidos”, o autor tem acesso às seguintes funções:

“**Ver**”: Acessar o manuscrito submetido, mas sem alterá-lo.

“**Alterar**”: Corrigir alguma informação que se esqueceu ou que a secretaria da Revista solicitou. Esta opção funcionará somente enquanto o status do manuscrito estiver em “aguardando documentação”.

“Avaliações/comentários”: Acessar a decisão da Revista sobre o manuscrito.

“Reformulação”: Enviar o manuscrito corrigido com um documento explicando cada correção efetuada e solicitado na opção anterior.

Verificação dos itens exigidos na submissão:

1. Nomes e instituição de afiliação dos autores, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Nomes da agência financiadora e números dos processos.
6. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição e o ano de defesa.
7. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.
8. Resumos narrativos originais para manuscritos que não são de pesquisa nos idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.
9. Declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "[responsabilidade de autoria](#)"
10. Declaração assinada pelo primeiro autor do manuscrito sobre o consentimento das pessoas nomeadas em Agradecimentos.
11. Documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
12. Figura no formato: pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.
13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.
14. Permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.
15. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

Suplementos

Temas relevantes em saúde pública podem ser temas de suplementos. A Revista publica até dois suplementos por volume/ano, sob demanda.

Os suplementos são coordenados por, no mínimo, três editores. Um é obrigatoriamente da RSP, escolhido pelo Editor Científico. Dois outros editores-convidados podem ser sugeridos pelo proponente do suplemento.

Todos os artigos submetidos para publicação no suplemento serão avaliados por revisores externos, indicados pelos editores do suplemento. A decisão final sobre a publicação de cada artigo será tomada pelo Editor do suplemento que representar a RSP.

O suplemento poderá ser composto por artigos originais (incluindo ensaios teóricos), artigos de revisão, comunicações breves ou artigos no formato de comentários.

Os autores devem apresentar seus trabalhos de acordo com as instruções aos autores disponíveis no site da RSP.

Para serem indexados, tanto os autores dos artigos do suplemento, quanto seus editores devem esclarecer os possíveis conflitos de interesses envolvidos em sua publicação. As informações sobre conflitos de interesses que envolvem autores, editores e órgãos financiadores deverão constar em cada artigo e na contra-capa da Revista.

Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Documentos

Cada autor deve ler, assinar e anexar os documentos: Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais (enviar este somente após a aprovação). Apenas a Declaração de responsabilidade pelos Agradecimentos deve ser assinada somente pelo primeiro autor (correspondente).

Documentos que devem ser anexados ao manuscrito no momento da submissão:

1. Declaração de responsabilidade
2. Agradecimentos

Documento que deve ser enviado à Secretaria da RSP somente na ocasião da aprovação do manuscrito para publicação:

3. Transferência de direitos autorais

1. Declaração de Responsabilidade

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados em rodapé na folha de rosto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

MODELO

Eu, (nome por extenso), certifico que participei da autoria do manuscrito intitulado (título) nos seguintes termos:

“Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo.”

“Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.”

“Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores.”

Contribuição: _____

Local, data

Assinatura

2. Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos

Os autores devem obter permissão por escrito de todos os indivíduos mencionados nos Agradecimentos, uma vez que o leitor pode inferir seu endosso em dados e conclusões. O autor responsável pela correspondência deve assinar uma declaração conforme modelo abaixo.

MODELO

Eu, (nome por extenso), autor responsável pelo manuscrito intitulado (título):

- Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito mas não preenchiam os critérios de autoria, estão nomeados com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.
- Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos me forneceram permissão por escrito para tal.
- Certifico que, se não incluí uma sessão de Agradecimentos, nenhuma pessoa fez qualquer contribuição substancial a este manuscrito.

Local, Data

Assinatura

3. Transferência de Direitos Autorais

Enviar o documento assinado **por todos os autores** na ocasião da aprovação do manuscrito.

A RSP não autoriza republicação de seus artigos, exceto em casos especiais. Resumos podem ser republicados em outros veículos impressos, desde que os créditos sejam devidamente explicitados, constando a referência ao artigo original. Todas as solicitações acima, assim como pedidos de inclusão de links para artigos da RSP na SciELO em sites, devem ser encaminhados à Editoria Científica da Revista de Saúde Pública.

MODELO

"Declaro que em caso de aceitação do artigo por parte da Revista de Saúde Pública concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, vedado qualquer produção, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Faculdade de Saúde

Pública e os créditos correspondentes."

Autores:

Título:

Local, data

Assinatura

Local, data

Assinatura

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2009 *Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo*

**Avenida Dr. Arnaldo, 715
01246-904 São Paulo SP Brasil
Tel./Fax: +55 11 3068-0539**

 e-Mail

revsp@org.usp.br

APÊNDICE

ANEXO 5

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ (nome do voluntário) e o meu/minha responsável legal abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário da pesquisa Avaliação da Adesão do Paciente Adolescente ao Tratamento da Febre Reumática, sob responsabilidade da pesquisadora Veronica Ribeiro de Oliveira, membro do programa de mestrado em Hebiatria da Universidade de Pernambuco – UPE.

Assinando este termo estou ciente de que:

1. O objetivo geral desta pesquisa é levantar o perfil dos pacientes portadores de febre reumática atendidos no Instituto de Medicina Integral Pro. Fernando Figueira e os motivos da adesão ou não ao tratamento.
2. Durante o estudo responderei a uma entrevista e algumas perguntas.
3. Estou livre para interromper minha participação no estudo sem nenhuma forma de prejuízo a minha participação.
4. A autora se compromete a preservar minha privacidade e a confidencialidade dos dados e as informações serão utilizadas apenas para o alcance dos objetivos do estudo.
5. Dúvidas ou informações poderão ser obtidas diretamente com a pesquisadora, Veronica Ribeiro de Oliveira, no telefone 9435-8864, no horário comercial.
6. Em caso de dúvida poderei contactar o Comitê de Ética do IMIP, para esclarecimentos referentes à pesquisa.
7. Este documento será assinado por mim e pela pesquisadora em duas cópias das quais uma ficará em meu poder.

Recife, de 200

.....
Voluntário/RG

.....
Responsável/RG

.....
Pesquisador/RG

.....
Testemunha/RG

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)