

ARTIGO ORIGINAL

# Elevada frequência de erros na técnica inalatória entre pacientes com dpoc grave: um estudo de vida real

## *High frequency of errors in inhalation technique among patients with severe copd: a real life study*

### Franciane Souza Guedes<sup>1</sup>

Farmacêutica. Especialista em Assistência Farmacêutica. Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/Diretoria de Assistência Farmacêutica, da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Salvador, BA.

### Margareth Hamdan Melo Coelho

Médica pediatra do Hospital São Rafael, médica voluntária do Ambulatório de Infecções Congênitas do Hospital Universitário Professor Edgar Santos e Técnica da Área de Saúde da Criança da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Salvador, BA.

### Lilia Maria Caldas Embiruçu

Médica Neonatologista da UTI Neonatal do Hospital Santo Amaro. Diarista da UTI Neonatal do Hospital Roberto Santos. Médica Neonatologista da UTI Neonatal do Hospital Portugueses. Professora Auxiliar do Curso de Medicina da UESB. Médica de Referência em Genotipagem (MRG) do Ministério da Saúde. Pesquisadora da FAPESB. Técnica da Área de Saúde da Criança na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Salvador, BA.

### Manoel Henrique de Miranda Pereira

Sanitarista. Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho. Coordenador do Apoio Institucional (Projeto Rede Colaborativa para Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS) do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS-BA). Salvador, BA.

### Graciele de Queiroz Andrade

Farmacêutica. Mestre em Ciência de Alimentos. Assessora Técnica da Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Salvador, BA.

### Fernanda de Farias Rodrigues

Farmacêutica. Mestre em Saúde Coletiva. Técnica da Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e farmacêutica estatutária da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Salvador, BA.

### Diego Santiago Cedraz da Silva

Farmacêutico. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica. Técnico da Diretoria de Assistência Farmacêutica/ Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Salvador, BA.

### Daniela Nunes Vitor

Farmacêutica. Mestre em Avaliação de Tecnologia em Saúde. Diretora de Assistência Farmacêutica da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Salvador, BA.

**Resumo:** *Objetivo:* O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é um dos principais agentes causadores de infecção do trato respiratório inferior em crianças menores de dois anos. Com a publicação do protocolo do Ministério da Saúde (MS) para prevenção do VSR, tornou-se imperativo a estruturação de uma rede de acesso ao medicamento Palivizumabe, para a prevenção da infecção causada por esse vírus, em crianças com maior risco de complicação da doença. *Método:* Relato de experiência sobre o processo de elaboração da rede de atendimento do Palivizumabe, identificando os resultados obtidos após a sua implantação no estado da Bahia, no período de 2014 a 2017. *Resultados:* Após a ampliação do número de unidades dispensadoras de Palivizumabe, observou-se o incremento de 316% no número de pacientes atendidos, entre 2014 e 2017. O desenho da rede envolveu unidades públicas e privadas e articulação interdisciplinar, desde o âmbito da Secretaria de Estado da Saúde da Bahia (SESAB) até as unidades de atendimento, o que possibilitou a ampliação das unidades dispensadoras e consolidação do fluxo, mesmo nos hospitais de gestão municipal e filantrópicos. A equipe multidisciplinar se articulou no processo de avaliação e cuidado dos pacientes, diretamente na unidade, não sendo necessária a solicitação administrativa do medicamento pelo usuário na SESAB, reduzindo o tempo entre a solicitação e avaliação do medicamento e o atendimento do paciente. *Conclusão:* A existência de novos polos de dispensação contribuiu para a ampliação do número de usuários beneficiados, refletindo também na redução de ações judiciais.

**Palavras-chave:** Vírus Sincicial Respiratório; Palivizumabe; assistência farmacêutica; Saúde da Criança.

**Abstract:** *Objective:* Respiratory Syncytial Virus (VSR) is one of the main cause's agents of lower respiratory tract infection in children younger than two years old. After publication of the protocol by Brazilian Ministry of Health, for VSR prevention, it was necessary to structure a care network to access the Palivizumab, to the prevention of virus infection, in children at higher risk of complication of the disease. *Method:* Experience report on the process of creating the Palivizumabe's service network, identifying the results obtained after its implementation in the state of Bahia, in the period from 2014 to 2017. *Results:* After the expansion in the number of dispensing units, a 316% increase in the number of patients seen between 2014 and 2017 was observed. The network design involves public and private units, interdisciplinary articulation, from the scope of Health Department of the State of Bahia to as service units, which made possible an expansion of the dispensing units, the consolidation of the flow, the same in the municipal administration and philanthropic hospitals. The multidisciplinary team was articulated in the process of evaluation and patient care, directly in the unit, not requiring the administrative request of the drug by the patient in the Health Department of the State of Bahia, reducing the time between the request and evaluation of the drug and the patient care. *Conclusion:* The existence of new dispensing poles contributed to the expansion of the number of users benefited, also reflecting the reduction of lawsuits.

**Keywords:** Respiratory Syncytial Virus; Palivizumab; pharmaceutical care; Children's Health.

<sup>1</sup> franciane.guedes@saude.ba.gov.br

## Introdução

A infecção pelo vírus sincicial respiratório (VSR) é reconhecida como a mais importante causa de infecção do trato respiratório em lactentes e crianças pequenas no mundo, sendo a principal responsável por hospitalizações durante o inverno no primeiro ano de vida, e a principal causa de mortes infantis no contexto mundial<sup>1, 13</sup>. A infecção acomete o trato respiratório inferior, costuma cursar como resfriado comum, porém cerca de 25% das crianças afetadas apresentam, no primeiro episódio, um quadro de bronquiolite ou pneumonia, podendo necessitar de internação por transtorno respiratório agudo.<sup>2</sup>

A infecção pelo VSR ocorre pela penetração do vírus no organismo pela orofaringe, nasofaringe e mucosa conjuntival, com período de excreção viral ocorrendo entre três a oito dias, podendo durar até quatro semanas em adultos jovens. O vírus pode sobreviver por várias horas nas mãos e fômites, o que requer medidas preventivas importantes para evitar a disseminação direta e indireta.<sup>2</sup>

Estudos apontam fatores de risco bem definidos da doença grave por VSR, incluindo prematuridade, doença pulmonar crônica (DPC), doença cardíaca congênita (DCC), trissomia do 21, doenças neuromusculares ou imunocomprometimento, indicando que qualquer neonato com problemas de saúde anteriores apresenta risco maior de internação e desenvolvimento de doença grave por VSR.<sup>3</sup> Nos lactentes prematuros, crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade e cardiopatas, as condições associadas ao desenvolvimento de doença grave são decorrentes do sistema imune imaturo, reduzida transferência de anticorpos maternos e menor calibre das vias aéreas. Além disso, destaca-se a baixa reserva energética, frequente desmame precoce, anemia, infecções de repetição e uso de corticoides, tornando-os mais suscetíveis à ação do VSR<sup>4</sup>.

Em países tropicais e subtropicais, a ocorrência da infecção por VSR é maior no outono e no inverno, com variações regionais significantes<sup>5</sup>, estando associada às estações chuvosas. No Brasil, a partir

dos dados do Sistema de Informação da Vigilância sentinela sobre síndromes gripais, estabeleceu-se o período de sazonalidade do vírus nas Regiões Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste, entre os meses de março a julho; para a Região Norte, de fevereiro a junho e para a Região SUL, de abril a agosto.<sup>14</sup>

Ainda que o impacto do VSR sobre a saúde infantil esteja claro, nenhuma vacina segura e eficaz está disponível para a sua prevenção.<sup>13</sup> Dentre as medidas de prevenção da infecção pelo VSR, além das ações de controle de transmissão como lavagem das mãos, desinfecção das superfícies expostas às secreções corporais e o isolamento dos pacientes hospitalizados com suspeita de infecção por VSR, destaca-se a imunização passiva.<sup>3, 5</sup> Tal procedimento pode ser definido como a administração de anticorpos a um receptor, com o objetivo de fornecer proteção imediata contra um agente microbiano, uma substância tóxica ou célula. É geralmente indicada quando um indivíduo, não imune, é exposto a uma doença infecciosa e a imunização ativa não está disponível, como no caso do VSR, está contraindicada, ou não tenha sido administrada antes da exposição como, por exemplo, raiva e tétano.<sup>7</sup>

O Palivizumabe não é uma vacina, mas um anticorpo monoclonal humanizado, disponibilizado na forma injetável, que demonstrou ser eficaz na prevenção das doenças graves pelo VSR por apresentar atividade neutralizante e inibitória da fusão contra este vírus. Possui meia-vida de 28 dias, exigindo administração mensal durante a sazonalidade. Ressalta-se a importância de definir a atividade epidemiológica local do VSR em um país, no sentido de viabilizar a implementação de um programa de profilaxia anti-VSR com bom custo benefício e restrito a cada período de ocorrência do VSR.<sup>3</sup>

Embora seja um medicamento e não uma vacina, a classe médica costuma a se referir ao mesmo como vacina, na busca de facilitar o entendimento dos responsáveis pelos usuários. Inclusive, o protocolo do Ministério da Saúde (MS) reforça esse tratamento ao Palivizumabe, ao pontuar que, para uma melhor organização do processo de trabalho de administração do medicamento, é necessário observar

os “aspectos técnicos e administrativos da atividade de vacinação”.<sup>4</sup>

No Brasil, o medicamento Palivizumabe, teve registro na Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 1999, sendo o Estado de São Paulo, em meados de 2007, o primeiro a adotá-lo.<sup>8,13</sup> A partir de 2012, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), pertencente à estrutura organizacional do Ministério da Saúde, recomendou a incorporação do mesmo para uso em prematuros com idade gestacional (IG)  $\leq$  28 semanas e em crianças de até dois anos portadoras de doença pulmonar crônica e doença cardíaca congênita. No final do referido ano, a publicação da Portaria nº 53, do Ministério da Saúde, corroborou o apontado pela CONITEC, enfatizando a importância do protocolo de utilização do medicamento, proporcionando a redução significativa do seu preço.<sup>9,10</sup>

Na Bahia, já havia histórico de fornecimento desse medicamento pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) desde 2010, inicialmente em atendimento a demandas judiciais. Com a publicação das normativas do Ministério da Saúde, a SESAB reconheceu a necessidade de elaborar diretrizes estaduais para promoção do acesso ao Palivizumabe.<sup>11</sup>

Posteriormente, com a publicação, pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS, da Portaria SAS/MS n.º 522, de 13 de maio de 2013, houve adequação dos critérios de inclusão dos pacientes, sendo o critério Idade gestacional reduzido de 32 semanas, anteriormente disposto na portaria de incorporação do medicamento ao SUS, para 28 semanas. A normativa aponta ainda a necessidade de organização dos gestores estaduais e municipais para garantir a completude das doses e o uso racional do medicamento, devendo, portanto, assegurar a estruturação da rede de serviços e o estabelecimento de fluxos para atendimento.<sup>4,10</sup>

Neste relato de experiência é abordado o processo de construção da rede de atendimento do Palivizumabe para prevenção do vírus sincicial respiratório no Estado da Bahia, identificando as ações e resultados obtidos após a sua implantação.

## Método

Estudo descritivo. Relato da experiência de construção da rede de acesso ao Palivizumabe no Estado da Bahia.

O processo teve início em 2015, por meio de reuniões que envolveram atores chave das áreas técnicas de Assistência Farmacêutica e Saúde da Criança da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e técnicos de maternidades e hospitais de referência que trabalham com assistência à criança.

Foram analisados os resultados obtidos no período de 2014 a 2017, com base nos dados de atendimento coletados nos relatórios de produção das unidades, encaminhados à Diretoria de Assistência Farmacêutica (DASF) ao final do período sazonal de cada ano, e por meio de consulta no Sistema Integrado de Gestão da Assistência Farmacêutica (SIGAF).

## Resultados e discussão

### Local do estudo

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) está organizada em cinco superintendências, dentre as quais: a) a Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), que visa a formulação, o apoio e o acompanhamento da implantação e implementação da Política de Atenção à Saúde no Estado da Bahia, e que, através da Diretoria de Gestão do Cuidado, contribuiu para a articulação entre os serviços envolvidos com a atenção neonatal; b) a Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde (SAFTEC), que implementa políticas públicas relacionadas à Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde, com ações relacionadas à gestão do medicamento e à estruturação dos serviços farmacêuticos, por meio da Diretoria de Assistência Farmacêutica (DASF).

Após as diretrizes do Ministério da Saúde de 2012, a Diretoria de Assistência Farmacêutica (DASF/SAFTEC/SESAB), elaborou um protocolo estadual visando possibilitar o acesso e observando os critérios técnicos estabelecidos, definindo, como

critérios de inclusão, crianças nascidas com idade gestacional menor ou igual a 32 semanas, com até um ano de idade, e crianças cardiopatas ou bronco-displásicas, com até dois anos de idade.<sup>11</sup>

Naquele momento, o fluxo de atendimento aos pacientes ocorria da seguinte forma: o responsável pelo lactente se dirigia ao Serviço de Orientação ao Paciente da DASF/SAFTEC/SESAB, portando documentos de identificação do responsável e do paciente, relatório e prescrição médicos. Os documentos eram transformados em processos administrativos e avaliados pela Diretoria de Assistência Farmacêutica, no Centro de Informação sobre Medicamentos (CIMBAHIA).

Os pacientes que atendiam aos critérios do protocolo estadual e aqueles atendidos por demanda judicial, residentes na região metropolitana de Salvador, eram direcionados para o Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) do Complexo Hospitalar Professor Edgar Santos (COM-HUPES), da Universidade Federal da Bahia, para a realização da aplicação. Os pacientes de outras regiões do estado tinham o acesso ao Palivizumabe assegurado por meio das Bases Regionais de Saúde, que recebiam o medicamento enviado pela DASF e eram responsáveis por disponibilizá-lo aos familiares dos pacientes, que posteriormente deveriam buscar outra unidade para aplicação do mesmo.

Com a publicação do protocolo ministerial de 2013, a SESAB deu seguimento aos atendimentos por meio da análise das solicitações transformadas em processos administrativos, adequando a análise aos novos critérios, avaliados, naquele momento, pela Coordenação de Assistência Farmacêutica Especializada (COAFE), setor vinculado a DASF.

A administração do medicamento continuou sendo realizado pelo COM-HUPES até o ano de 2014, sendo que, a partir de então, o atendimento foi compartilhado com a Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Neto (MRPJMMN), unidade estadual. Contudo, a capacidade de atendimento limitada das unidades, aliada às dificuldades de aquisição do item, desenhavam um cenário não favorável para acesso ao medicamento do público

elegível, principalmente em decorrência de atrasos nos atendimentos.

Considerando que, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, o medicamento Palivizumabe faz parte do elenco de medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, a DASF realizou ajustes na responsabilidade de condução das atividades de acesso ao medicamento no território baiano, ficando, a partir do final da sazonalidade de 2014, a cargo da Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (CAFAB/DASF/SAFTEC/SESAB).

A partir da sazonalidade de 2015, a CAFAB/DASF fomentou a organização da rede de administração do Palivizumabe no estado da Bahia, contando com a parceria da Área Técnica de Saúde da Criança, inserida na Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC) da SAIS, estratégia esta que foi determinante para êxito da implantação da rede.

Considerando que os desafios interpostos ao SUS, envolvem necessidades como a expansão da oferta e da cobertura de serviços, a incorporação de tecnologias e a adoção de mecanismos de monitoramento e avaliação da qualidade da assistência<sup>15</sup>, a construção de uma rede de acesso de Palivizumabe no SUS Bahia, contribuiu para a melhoria do acesso ao tratamento às crianças elegíveis, tendo em vista a estruturação de uma rede de referência envolvendo várias maternidades e hospitais, instituições estas públicas (estadual e municipal) e privadas.

No início do seu processo de construção, considerando o caráter híbrido medicamento/vacina que a comunidade médica refere, a DASF realizou, a partir de 2015, reuniões com as áreas técnicas de Vigilância Epidemiológica da Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA) (devido a característica de imunização passiva do Palivizumabe), Saúde da Criança (considerando o público alvo), e a Rede Cegonha (considerando que a porta de entrada estaria nas maternidades).

Por efetivamente não se tratar de vacina, a área de Vigilância Epidemiológica entendeu que esse medicamento não poderia utilizar a mesma estrutura da rede de vacinas, já que não seguia as diretrizes nem

constava do calendário de imunização elaborado pela Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, embora sua distribuição pela cadeia de vacinas, a exemplo dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), já ocorresse em outras unidades da federação.<sup>9, 13, 14</sup>

Com a ausência de apoio para a utilização da rede de imunização, a DASF focou na parceria com a Saúde da Criança e com a Rede Cegonha, para desenharmos a rede de atenção à prevenção do vírus sincicial respiratório.

Nesse mesmo ano (2015), foi realizado um levantamento do número de nascidos vivos com até 29 semanas de gestação, por maternidade, identificando assim a distribuição da demanda no Estado. Foram identificadas, nas 9 regiões de saúde do estado, as maternidades que possuíam UTI Neonatal, onde, portanto, estaria concentrado o público alvo para atendimento.

Dada a concentração de nascidos com até 29 semanas na capital, Salvador, as unidades de referência para aplicação foram estabelecidas considerando as maiores maternidades públicas que possuíam UTI Neonatal. A CAFAB/DASF, a Saúde da Criança e a Rede Cegonha realizaram reuniões técnicas com a participação das maternidades estaduais localizadas na capital, apresentando a proposta de criação de unidades referência para encaminhamento dos pacientes, sendo eles internados ou pós-alta.

Neste sentido foram estabelecidos quatro polos de aplicação: Hospital Roberto Santos (HRS), Maternidade de Referência Prof. José Maria de Magalhães Neto (MRPJMMN), Maternidade Climério de Oliveira (COM) e Maternidade Albert Sabin (MAS). Cada uma das maternidades estaria responsável pelo atendimento de pacientes oriundos de quatro outras maternidades. Contudo, a MRPJMMN, por se tratar de unidade de gestão indireta da SESAB, e por estar em processo de renovação do contrato de gestão, mesmo após definições em reunião, informou não poder assumir o atendimento dos pacientes nascidos em outras unidades. Nesse momento, o Hospital Martagão Gesteira, considerando sua expertise como

hospital de referência em Pediatria, foi incorporado à rede de unidades, para sanar a lacuna. A partir desse ponto, o Hospital Martagão Gesteira assumiu o atendimento dos pacientes nascidos nas maternidades que anteriormente seriam referenciados para a MRPJMMN.

O delineamento da rede, naquele momento, envolvia 4 pontos de atendimento, para cobertura de 11 maternidades, incluindo as privadas e/ou filantrópicas existentes no município.

As unidades de referência foram orientadas a organizar um fluxo para o recebimento das solicitações, avaliação quanto aos critérios do protocolo e agendamento dos pacientes<sup>12</sup>, possibilitando assim o compartilhamento das ampolas. Quanto à administração dos pacientes elegíveis, ainda internados, seguiam-se as mesmas recomendações quanto ao trâmite de documentos, bem como o compartilhamento das ampolas.

Como no início da estruturação não havia unidades de referência no interior do estado, os pacientes nascidos em outras localidades foram direcionados para a Maternidade Albert Sabin, pois essa apresentava o menor número de nascidos, dentre as unidades polo, com base nos dados do Sistema de informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de 2014, o que corresponde a ter uma menor demanda local, o que possibilita receber pacientes de outros municípios sem tanto impacto.

Após a conclusão da primeira sazonalidade adotando o modelo de rede, foi realizado contato com as maternidades de outras regiões de saúde do estado, referência para os nascidos dos municípios das respectivas regiões de saúde, possibilitando a ampliação do atendimento na região Centro Leste (Feira de Santana), Sudoeste (Vitória da Conquista), Oeste (Barreiras) e Sul (Itabuna). A inclusão das referidas unidades possibilitou o atendimento das crianças sem que as mesmas tivessem que se deslocar para a capital, muitas vezes percorrendo mais que 500km. Também foi avaliada a inclusão da unidade de referência em cirurgia cardíaca, para seguimento dos pacientes cardiopatas, sendo incluído o Hospital Ana Nery, este situado na capital (Quadro).

**Quadro 1.** Rede de Atendimento Palivizumabe em Salvador, 2015-2017.

Local de nascimento	Referência para o atendimento
Hospital Aliança	Hospital Geral Roberto Santos
Hospital Geral de Camaçari	
Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA)	
Hospital Roberto Santos	
Hospital Santo Amaro	Hospital Martagão Gesteira
Hospital Português	
Hospital Jorge Valente	
Maternidade Tisyta Balbino	
Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Neto (MRPJMMN)	Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Neto (MRPJMMN)
Maternidade Climério de Oliveira	Maternidade Climério de Oliveira
Hospital Sagrada Família	Maternidade Albert Sabin
Maternidade Albert Sabin	
Hospital Tereza de Lisieux	
Pacientes transferidos de outras localidades / municípios	
Referência para crianças cardiopatas de até 2 anos de idade	Hospital Ana Nery

Fonte: Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, SESAB.

Cabe destacar que, enquanto a estruturação das redes não se consolidava, devido à fragilidade do processo de divulgação dos novos serviços de atendimento, parte dos pacientes eram captados pelo recebimento das solicitações de medicamento pelo Serviço de Orientação ao Paciente (SOP). Os processos eram recebidos e encaminhados a Saúde da Criança/DGC para emissão do parecer e, após retorno, o familiar era informado quanto ao local de atendimento.

A avaliação e autorizações das solicitações de Palivizumabe pelas unidades de referência mostrou ser um diferencial, quando comparado às situações existentes em outros estados, a exemplo do Rio de Janeiro, onde as avaliações são centralizadas na Farmácia Estadual de Medicamentos Especiais, sendo as doses direcionadas para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) mais próximas da residência do usuário, e São Paulo, que possui 16 locais de aplicação, dos quais apenas dois são responsáveis pelas autorizações de uso.<sup>6,13</sup> A estratégia adotada diminui

o tempo entre a entrada da solicitação e a aplicação, para os pacientes que residem em municípios onde há uma unidade de referência, uma vez que distribui o número de processos avaliados pelas unidades, reduzindo a espera que existia em anos anteriores.

Quanto às regiões do estado ainda sem unidade de saúde de referência para o Palivizumabe, os familiares passaram a ser orientados a apresentarem os documentos de solicitação à Base Regional de Saúde mais próxima, para que fossem encaminhados para avaliação pela SESAB, na área técnica de Saúde da Criança. Caso a solicitação fosse deferida, o paciente tinha seu atendimento agendado na Maternidade Albert Sabin, unidade de referência para nascidos em outros municípios que não possuem unidade de referência.

A implantação da rede de atendimento aos pacientes com Palivizumabe foi um processo multidisciplinar, envolvendo diversos atores na cadeia de assistência à saúde infantil. O estabelecimento de parceria entre a Assistência Farmacêutica Esta-

dual e a área técnica de Saúde da Criança da SESAB possibilitou a ampliação do número de unidades dispensadoras, por incorporar ao processo de discussão toda a equipe técnica hospitalar envolvida com o cuidado às crianças que se enquadram no protocolo, proporcionando, assim, a consolidação da nova rotina, mesmo nos hospitais de gestão municipal e filantrópicos.

A equipe formada por farmacêuticos, enfermeiros e médicos se articulou no processo de avaliação e cuidado dos pacientes, que foram, em sua maioria, orientados a buscar diretamente a unidade e não mais via processo administrativo na Secretaria de Saúde do Estado. Com isso se reduziu o tempo entre a solicitação do medicamento e o atendimento do paciente, nos casos enquadrados no protocolo ministerial.

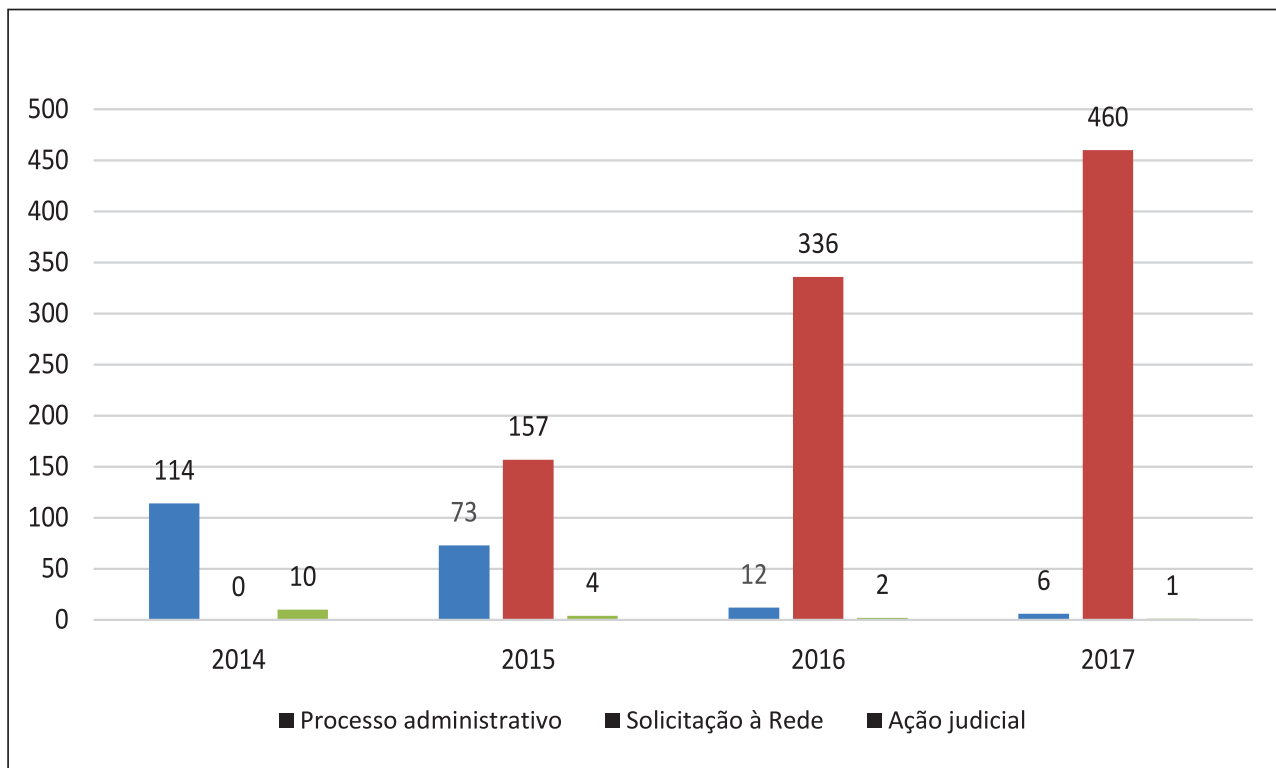
A ampliação do número de unidades de atendimento proporcionou também a ampliação do acesso aos usuários. Em 2014, quando ainda não havia rede implementada, foram atendidas 112 crianças.

Ao final de 2017, a partir da estruturação da rede de acesso com as maternidades, com a ampliação do número de unidades dispensadoras de Palivizumabe para um total de 10 unidades em 5 municípios baianos, observou-se o incremento de 416% do número de pacientes atendidos (Gráfico).

Observou-se também redução no número de ações judiciais demandando o medicamento, embora tenha ocorrido o estabelecimento de critérios mais restritivos com a adoção do protocolo do Ministério da Saúde do que havia anteriormente com o protocolo estadual<sup>11</sup> (Gráfico 1), o que nos leva a inferir que a ocorrência de solicitações via demanda judicial pode estar relacionada à ausência de rede de atendimento e à fragilidade na divulgação do fluxo do protocolo, o que acarretava demora de atendimento e, por sua vez, busca dos meios jurídicos para acesso ao medicamento.

Há ainda que se destacar o desenho da rede, envolvendo unidades públicas, de gestão federal, estadual, municipal, e filantrópicas (Tabela).

**Gráfico 1.** Pacientes atendidos por ano, segundo a unidade de saúde. Rede de Atendimento Palivizumabe / SESAB, 2015-2017.



Fonte: Planilha de monitoramento das unidades / Relatório SIGAF

**Tabela 1.** Pacientes atendidos por ano, segundo a unidade de saúde. Rede de Atendimento Palivizumabe / SESAB, 2015-2017.

<i>Unidade de saúde</i>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>Total</b>
<i>Capital</i>				
MRPJMMN*	66	98	95	259
Hosp. Martagão Gesteira <sup>+</sup>	49	65	88	202
Mat. Alberto Sabin*	37	49	62	148
Hosp. Geral Roberto Santos*	47	47	50	144
Hosp. Ana Nery <sup>#</sup>	16	27	41	84
Mat. Climério de Oliveira <sup>#</sup>	15	23	32	70
<b>Subtotal</b>	<b>230</b>	<b>309</b>	<b>368</b>	<b>907</b>
<i>Interior</i>				
Hosp. do Oeste – Barreiras*	-	24	33	57
Hosp. Esaú Matos – Vitória da Conquista <sup>§</sup>	-	2	31	33
Hosp. Manoel Novaes – Itabuna <sup>§</sup>	-	13	17	30
Hosp. inácia Pinto – Feira de Santana <sup>§</sup>	-	-	17	17
<b>Subtotal</b>	<b>-</b>	<b>39</b>	<b>98</b>	<b>137</b>
<b>Total</b>	<b>230</b>	<b>348</b>	<b>466</b>	<b>1.044</b>

Fonte: Relatórios de monitoramento enviados pelas unidades da Rede.

\* Unidades estaduais (incluindo cogestão); <sup>+</sup> Unidade filantrópica; <sup>#</sup> Unidades federais; <sup>§</sup> Unidades municipais.

A unidade com maior número de atendimento foi a MRPJMMN, correspondendo a 20,4% dos atendimentos ocorridos no estado. Isso destaca que, mesmo restringido o atendimento apenas aos pacientes nascidos na própria unidade, por se tratar de uma unidade de referência estadual para parto de alto risco, é responsável pelo atendimento de número significativo de usuários. A unidade Martagão Gesteira foi a segunda em número de atendimentos (Tabela).

Entre as unidades do interior do estado, as situadas em Vitória da Conquista e Barreiras responderam, juntas, por 14% dos atendimentos, correspondendo a 64 crianças e familiares que não precisaram se deslocar por cerca de 800 km até a capital para terem acesso ao medicamento.

Ao final do ano de 2017, a rede estava composta por 6 unidades na capital e 4 unidades no interior do estado. Contudo, permanece um cenário ainda insatisfatório, tendo em vista que há regiões do estado que não possuem unidades de referência. O levantamento de novas unidades já foi feito, estando em estruturação nova etapa de expansão da rede de prevenção ao VSR. Há ainda que se destacar que, apesar da ampliação dos atendimentos entre 2014 e

2017, o número absoluto de atendimento é significativamente inferior ao encontrado em outros estados, apontados nos estudos de Toma<sup>2</sup>, com 2.501 crianças atendidas em 2011, e no estudo de Gonçalves<sup>13, 14</sup>, com o acompanhamento de 872 crianças, ambos considerando 16 unidades de atendimento, corroborando para a necessidade de expansão da rede.

A rede de acesso ao Palivizumabe delineada neste estudo, onde as referências são responsáveis pela autorização e agendamento das aplicações do Palivizumabe, se mostra um diferencial para organização do acesso ao referido medicamento, podendo assim servir de perspectivas para a implantação de fluxo em outros estados. Contudo, há limitações neste estudo uma vez que não fora seu objeto a avaliação sistemática sobre o programa de uso do Palivizumabe, avaliação ainda insuficiente no país<sup>13</sup> e inexistente na Bahia, restando, portanto impossibilitado delinear pontos para além do número de atendimentos, tais como ponderações a respeito da cumprimento de doses no período sazonal e fragilidade no cumprimento do protocolo pelas unidades referência, bem como os aspectos estruturais dos serviços oferecidos.

A rede de acesso ao Palivizumabe delineada neste estudo se mostra um diferencial para organização

do acesso ao referido medicamento. Nesse sentido, apresenta-se como perspectiva o fortalecimento dessa rede, vislumbrando-se a estruturação de novas unidades de saúde em regiões do estado que não contam com unidades de referência para atender aos pacientes dos seus municípios. Ressalta-se ainda que a construção dessa rede, de forma multidisciplinar, pode servir como referência aos demais estados brasileiros para a estruturação dos seus serviços.

Como limitações do estudo, destaca-se que a avaliação sistemática sobre o programa de uso do Palivizumabe ainda é insuficiente no país<sup>13</sup> e inexistente na Bahia, o que impossibilitou delinear pontos para além do número de atendimentos, tais como ponderações a respeito do cumprimento de doses no período sazonal e fragilidade no cumprimento do protocolo pelas unidades referência, bem como os aspectos estruturais dos serviços oferecidos.

## Conclusão

A organização de uma rede de assistência para solicitação e administração do Palivizumabe propiciou ampliação significativa no acesso dos pacientes elegíveis a esse medicamento.

A articulação multidisciplinar possibilitou a estruturação de uma rede tendo, como ponto chave, a equipe multiprofissional. A incorporação, pela equipe das unidades, do seu papel na prevenção ao VSR e o seguimento das diretrizes do protocolo, independentemente do perfil de gestão da unidade, têm fortalecido a rede nestes três anos de existência.

Espera-se que, com a consolidação da rede e dos fluxos existentes, haja avanços no estabelecimento de rotinas referente à avaliação de adesão ao tratamento; na realização de busca ativa de crianças que não compareceram para administração do medicamento em data prevista; no desenvolvimento de ações de farmacovigilância; e no estabelecimento de uma rotina de seguimento das crianças que fizeram uso de Palivizumabe com registro de intercorrências clínicas, internações e óbito.

Torna-se necessário o fortalecimento das unidades de administração existentes e a inclusão de novos polos de administração em outras regiões do estado, para a qualificação do acesso e ampliação do número de usuários beneficiados.

## Referências

1. Sáfadi MAP. Imunoprofilaxia do vírus sincicial respiratório com palivizumabe: o que há de novo? *Rev. Paulista de Pediatria*. 2014; 32(2): 150-151.
2. Toma TS, Venâncio SI, Martins PN, Sato HK. Uso profilático de palivizumabe na prevenção de infecção pelo vírus sincicial respiratório em crianças de alto risco. *BIS*. 2013; 14(2): 213-220.
3. Mejias A, Ramilo O. Defining the burden of respiratory syncytial virus infection. *J Pediatr (Rio de Janeiro)*. 2013; 517-9.
4. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n.º 522, de 13 de maio de 2013. Aprova o protocolo de uso do Palivizumabe. *Diário Oficial da União*. 2013 mai. 15; Seção 1, p. 43-44.
5. Monteiro AI, Bellei NC, Sousa AR, Santos AM, Weckx LY. Infecções respiratórias em crianças menores de dois anos de idade submetidas a profilaxia com palivizumabe. *Rev Paul Pediatr*. 2014; 32: 152-158.
6. Mello GL, Maciel CJ. Credenciamento de uma maternidade do município do Rio de Janeiro para solicitação e fornecimento do Palivizumabe a crianças internadas na unidade neonatal. *Academus Rev Cient. Saúde*. 2016; 1: 81-90.
7. Tavares EC, Ribeiro JG, Oliveira LA. Imunização ativa e passiva no prematuro extremo. *J Pediatr (Rio de Janeiro)*. 2005; 81(1Supl): S89-S94.
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Consulta de Registro de Medicamentos. Brasília: Anvisa, 2018.
9. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Palivizumabe para a prevenção da infecção pelo vírus sincicial respiratório. Relatório de Recomendação CONITEC. Brasília: Conitec, 2012.
10. Ministério da Saúde, Portaria n.º 53, de 30 de novembro de 2012. Incorpora o medicamento Palivizumabe para a prevenção da infecção pelo vírus sincicial respiratório no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2012 dez. 3; Seção 1, p. 78.
11. Bahia, Secretaria de Saúde do Estado. Portaria n.º 1.147, de 2 de agosto de 2012. Dispõe sobre

- os critérios para fornecimento do Palivizumabe, pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, para profilaxia do vírus sincicial respiratório, em crianças com alto risco e dá outras providências. Diário Oficial do Estado da Bahia. 2012 ago. 3; Executivo. p. 31-32.
12. Bahia, Secretaria de Saúde do Estado. Portaria nº 838, de 24 de julho de 2015. Dispõe sobre critérios para fornecimento do Palivizumabe, pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, para profilaxia de infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório, em crianças com alto risco e dá outras providências. Diário Oficial do Estado da Bahia. 2015 ago. 6; Executivo. P 54.
  13. Gonçalves IR *et al.* Avaliação do programa de uso da imunoglobulina palivizumabe no Estado de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro), 2016; 34(7):e00117816. [Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/482/avaliacao-do-programa-de-uso-da-imunoglobulina-palivizumabe-no-estado-de-so-paulo-brasil> Acesso em 4 nov. 2018]. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00117816> .
  14. Gonçalves IR, Duarte MTC, Nunes HRC, Alencar RA, Parada CMGL. Impacto do uso da imunoglobulina palivizumabe no Estado de São Paulo: estudo de coorte. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017; 25:e2928. [Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100371-&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100371-&lng=pt) Acesso em 4 nov. 2018]. Epub 21-Set-2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1947.2928>.
  15. Fernandes RRAves. Custo-efetividade do uso do palivizumabe na prevenção de internações por doença respiratória grave em crianças de alto risco infectadas pelo vírus sincicial respiratório na perspectiva do Sistema Único de Saúde. Tese. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, 2014. [Disponível em: <http://www.posgraduacao.iesc.ufrj.br/media/tese/1425318967.pdf> Acesso em 4 nov. 2018].

**Recebido em 09/05/2018.**

**Aceito para publicação em 08/11/2018.**