

Vol.22 | n.3 | 2020
ISSN 2175-3946

RBPS

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde

RBPS

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde
Brazilian Journal of Health Research

REVISTA BRASILEIRA DE PESQUISA EM SAÚDE

CONSELHO EDITORIAL

EDITORA-CHEFE |

Carolina Fiorin Anhoque, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES

EDITORA-EXECUTIVA |

Blima Fux, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES

EDITORES-CIENTÍFICOS REGIONAIS |

Ana Carolina Loss, INMA - Instituto Nacional da Mata Atlântica, Santa Teresa/ES, Brasil.

Ana Rosa Murad Szpilman, Universidade Vila Velha, Espírito Santo, Brasil.

Carolina Dutra Degli Esposti, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

Cinthia Furst, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

Eliane de Fátima Lima, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

Fernando Zanela da Silva Arêas, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

Filomena Euridice Carvalho de Alencar, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

Franciele Marabotti Costa Leite, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

Katrini Guidolini Martinelli, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

Lorena Barros Furieri, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

Lucia Renata Meireles de Souza, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

Marcela Cangussu Barbalho Moulim, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

Michele Nacif Antunes, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

EDITORES-CIENTÍFICOS NACIONAIS |

Ana Claudia Troccoli Torrcilhas, Universidade Federal de São Paulo/SP, Brasil.

Ana Inês Sousa, Universidade Federal do Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Antonio Germane Alves Pinto, Universidade Regional do Cariri, Crato/CE, Brasil.

Armando Cypriano Pires, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Cristina Katya Torres Teixeira Mendes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, Brasil.

Fernanda Bordignon Nunes, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Gabriella Barreto Soares, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, Brasil.

Karla Anacleto de Vasconcelos, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Luciane Peter Grillo, Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, Brasil.

Marcia Cristina Cury, Universidade Federal de Uberlândia/MG, Brasil.

Patricia Xander Batista, Universidade Federal de São Paulo/SP, Brasil.

Paula Matias Soares, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza/CE, Brasil.

Renata Junqueira Pereira, Universidade Federal do Tocantins, Palmas/TO, Brasil.

EDITORES ASSOCIADOS INTERNACIONAIS |

Deborah Garbee, LSU Health Sciences Center New Orleans, EUA

Erin Symonds, University of South Florida, Saint Petersburg, Flórida - EUA

Günter Fröschl, Ludwig-Maximilians-University of Munich - ALEMANHA

Kurt Varner, LSU Health Sciences Center New Orleans, EUA

Lea Tenenholz Grinberg, University of California, San Francisco, EUA

Taísa Sabrina Silva Pereira, Universidad de las Américas Puebla, MÉXICO

CORPO TÉCNICO

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E CAPA | João Carlos Furlani

BIBLIOTECÁRIO | Francisco Felipe Coelho

REVISORES AD-HOC ESPECIALISTAS EM DIFERENTES ÁREAS DE CONHECIMENTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO (UFES)

REITOR | Paulo Sérgio de Paula Vargas

VICE-REITOR | Roney Pignaton da Silva

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (CCS)

DIRETOR | Helder Mauad

VICE-DIRETORA | Mabel Gonçalves de Almeida

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. -
R454 v. 1, n. 1 (jan./jun. 1999)
- .- Vitória : Centro de Ciências da Saúde,
1999-

v. : il.

Trimestral

ISSN 2175-3946

Constituição no título UFES Revista de Odontologia
(ISSN 1516-6228)

1. Saúde - Periódicos. 2. Saúde - Pesquisa. 1. Universidade
Federal do Espírito Santo.

CDU 61(05)
CDD 610.05

INDEXAÇÃO NA SEGUINTE BASE DE DADOS |

Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS)

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA |

Universidade Federal do Espírito Santo

Centro de Ciências da Saúde

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde

Av. Marechal Campos 1468, Maruípe - Vitória, ES, Brasil

CEP 29040-090 | Tel: (27) 3335-7201

E-mail: rbps.ccs@ufes.br

Site: <http://periodicos.ufes.br/rbps>

Solicita-se permuta / Si solicita lo scambio / Se solicita el canje
Exchange is solicited / On demande l'échange / Wir bitten um austausch

Sumário

EDITORIAL | EDITORIAL

- 4 | Desinformação e fake news: health literacy no enfrentamento da pandemia da COVID-19**
Misinformation and fake news: health literacy to fight against the COVID-19 pandemic
Michele Nacif Antunes, Taísa Sabrina Silva Pereira, Paola Pinheiro Bernardi Primo e Adauto Emmerich Oliveira

ARTIGOS ORIGINAIS | ORIGINAL ARTICLES

- 8 | Estado nutricional e consumo alimentar de adultos cadastrados no SISVAN no estado do Piauí**
Nutritional state and food consumption of adults registered in SISVAN in the state of Piauí, Brazil
Antônia Karolína dos Santos de Sousa e Larissa Carvalho Ribeiro de Sá Lustosa
- 15 | Ações de prevenção de doenças e cuidados com a saúde em uma comunidade Quilombola de Nossa Senhora do Livramento, Mato Grosso, Brasil**
Disease prevention and health care actions in a Quilombola community of Nossa Senhora do Livramento, Mato Grosso, Brazil
Lígia Bauer Oliveira, Pietra Andrade de Osti e Neudson Johnson Martinho
- 23 | Prevalência e fatores associados à satisfação de egressos do curso de Enfermagem**
Prevalence and factors associated with satisfaction of graduates of the Nursing course
Nayla Cecília Silvestre da Silva Branquinho, Ana Lúcia Queiroz Bezerra e Cristiane Chagas Teixeira
- 36 | O apoio social e a dimensão funcional no cuidado às pessoas com paralisia cerebral**
Social support and the functional dimension in care for people with cerebral palsy
Bruna Taube da Silva, Marina Stern da Silva, Lisandrea Rocha Schardosim, Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz, Viviane Marten Milbrath e Jéssica Cardoso Vaz
- 46 | Percepção de puérperas sobre a Lei do Acompanhante**
Postpartum woman's perception of the Companion Law
Silas Santos Carvalho, Bruno Rodrigues de Oliveira e Leiane Almeida Macêdo
- 55 | Conhecimento dos profissionais de Unidades Básicas de Saúde sobre o manejo de sífilis em Lages, Santa Catarina, Brasil**
Knowledge of Basic Health Units' healthcare professionals regarding the management of syphilis in Lages, Santa Catarina, Brazil
Caroline Rosa da Cruz, Jessica Oliveira da Fonseca, Daniela Rosa de Oliveira e Dhébora Mozena Dall'Igna
- 66 | Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da FACISA/UFRN**
Profile of patients suffered by stroke at the FACISA/UFRN School of Physiotherapy Clinic
Arones Bruno de Souza, Thiago Anderson Brito de Araújo, Gabriele Natane de Medeiros Cirne, Ana Beatriz Cavalcante de Carvalho, Kelly Soares Farias e Roberta de Oliveira Cacho
- 73 | Perfil clínico-epidemiológico de intoxicações medicamentosas em crianças**
Clinical-epidemiological profile of drug intoxication in children
Huilma Alves Cardoso, Raquel Machado Schincaglia, Mariça Martins Avelino e Ana Laura Sene Amâncio Zara
- 81 | Intervenção farmacêutica na prevenção de eventos adversos como indicador de qualidade da assistência hospitalar**
Pharmaceutical intervention in the prevention of adverse events as a quality indicator of hospital assistance
Dyulle Leitão da Silva, Antonio Neudimar Bastos Costa, Elaine Cristina Bezerra Bastos e Tiago Sousa de Melo

88 | Atualização dos profissionais e atuação do núcleo de educação permanente no serviço de urgência
Updating of the professionals and acting of the nucleus of permanent education in the emergency service
Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz, Sheldon Dias Pilengbi, Viviane Marten Milbrath, Bárbara Hirschmann e Roberta Hirschmann

98 | Avaliação da assistência ao parto vaginal em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil
Evaluation of vaginal delivery care at a public maternity hospital in Northeast Brazil
Rhuanna Kamilla da Silva Santos, José Flávio de Lima Castro e Luíziame Souza Vasconcelos de Lima

108 | Florais de Bach e autoconhecimento do enfermeiro docente
Bach's flowers and self-knowledge of nurse professor
Eliana Mara Braga, Thiago da Silva Domingo, Suzimar Benato Fusco e Maria Júlia Paes da Silva

116 | Óbitos evitáveis de idosos em Goiás: reflexo da atenção primária
Deaths avoidable in the elderly in Goiás, Brazil: reflection of the primary health care
Fernanda Rodrigues, Gabriela Camargo Tobias, Anna Maria de Moraes Amorim e Cristiane Chagas Teixeira

RELATO DE CASO | CASE REPORT

124 | Cirurgia periapical em dente com trinca no terço apical radicular e retentor intrarradicular metálico fundido: relato de caso
Periapical surgery of a tooth with crack in the root apical third and metallic core retainers: case report
Rafaela Brinco Sampaio, Claudia Mendonça Reis Romano, Juliana Machado Barroso Xavier, Iandara de Lima Scardini, Leonardo Luiz Moreira Guimarães e Francisco Carlos Ribeiro

131 | Caracterização epidemiológica da sífilis em gestantes e recém-nascidos em um hospital universitário
Epidemiological characterization of syphilis in pregnant and newborn in a Brazilian university hospital
Brunna Lauret da Silva, Arlete Estebanio dos Santos, Otávio Caliani Lima, Karllian Kerlen Simonelli, Romildo Luiz Monteiro Andrade, Thiago Nascimento do Prado e Márcia Valéria de Souza Almeida

140 | Surgical management of maxillary central incisor with intraradicular retainer and chronic periapical lesion: a 12-month follow-up
Manejo cirúrgico de incisivo central superior com retentor intrarradicular e periodontite apical crônica: 12 meses de acompanhamento
Giuliana Tustler Nogueira, Juliana Machado Barroso Xavier, Claudia Mendonça Reis, Leonardo Luiz Moreira Guimarães, Iandara de Lima Scardini e Francisco Carlos Ribeiro

ARTIGOS DE REVISÃO | REVIEW ARTICLES

145 | Judicialização de medicamentos: uma revisão sistemática da literatura no Brasil entre os anos de 2015 e 2019
Judicialization of medicines: a systematic review of the literature in Brazil between the years 2015 and 2019
Mirian Cristina Ribas e Bruno Pedroso

156 | Mulheres e alcoolismo: uma revisão integrativa da literatura
Women and alcoholism: an integrative literature review
Laerson da Silva de Andrade, Larissa Bezerra de Oliveira, Geovane Borges Fontana, Gabriela Dell' Antonio Guimarães, Flávia Batista Portugal e Marluce Mechelli de Siqueira

Desinformação e *fake news*: *health literacy* no enfrentamento da pandemia da COVID-19

Misinformation and fake news: health literacy to fight against the COVID-19 pandemic

Michele Nacif Antunes¹
Taísa Sabrina Silva Pereira²
Paola Pinheiro Bernardi Primo¹
Adauto Emmerich Oliveira¹

¹Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

²Universidad de las Américas Puebla. San Andrés Cholula/PUE, México.

Nas grandes inundações, o primeiro recurso que fica escasso é a água potável. Da mesma forma, nas inundações de informação, quando os sinais chegam de todos os lugares, por meio da internet e de qualquer lugar do mundo, o mais difícil é identificar a informação “potável” diante de várias fontes de informação “tóxicas”¹. Assim, a localização dessas fontes potáveis de informação cada vez mais ocupa um lugar de centralidade nos processos de comunicação e informação na sociedade contemporânea e assume extrema importância, especialmente diante da pandemia da COVID-19.

No mundo, foram registrados até 19 de novembro de 2020, 55.928.327 de casos da doença e 1.344.003 mortes². E no Brasil, no mesmo período, o número de casos confirmados é de 5.945.849 e 167.455 mortes, ocupando o terceiro lugar de países com mais casos acumulados, sendo Estados Unidos e Índia, o primeiro e segundo lugar respectivamente. Do total de casos do Brasil, 175.172 casos e 4.080 óbitos foram registrados no Espírito Santo³.

Com o elevado e crescente número de casos, a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁴ alertou que o surto e a resposta ao coronavírus foram acompanhados por uma enorme “infodemia” - uma abundância excessiva de informação - algumas precisas e outras não - que dificultam o acesso a fontes confiáveis para orientar a ação. Nesse cenário, há também uma “desinfodemia”, que pode ser definida como a propagação de uma enfermidade facilitada pela desinformação viral que viaja na velocidade de uma postagem do *twitter*, por exemplo⁵. Assim, uma epidemia global de desinformação - que se espalha rapidamente pelas plataformas de mídia social e outros meios de comunicação - torna-se um sério problema para a saúde pública.

Estudos recentes sobre a pandemia da COVID-19 apontam que o fornecimento de informação falsa ou incorreta nos estágios iniciais de uma pandemia pode ter importantes consequências de como uma doença afeta a população, e ainda interromper a iniciativa do governo que visa conter a epidemia e potencialmente aumentar o risco de contágio⁶.

No Brasil, o Ministério da Saúde disponibilizou um espaço exclusivo para a população enviar informação viral, que são apuradas pelas áreas técnicas e respondidas oficialmente se são verdade ou mentira⁷.

A preocupação com a pandemia da COVID-19 diante da circulação de notícias falsas, de desinformação ou informação incorreta é global. Lazer *et al.*⁸ definem “notícias falsas” como informação fabricada que imita o conteúdo da mídia na forma, mas não no processo organizacional ou intenção, pois carecem das normas e processos editoriais para garantir a precisão e credibilidade da informação. As notícias falsas se sobrepõem a outros distúrbios da informação, como a disseminação de informação incorreta (informações falsas ou enganosas) e desinformação (informações falsas que são propositalmente difundidas para enganar as pessoas)⁹.

Assim estamos diante de um importante desafio: imensa quantidade de informação acessível que pode alterar a maneira como a informação é consumida, afetando a ação, tanto de maneira positiva quanto negativa.

Krishna e Thompson¹⁰ advogam que no centro da discussão sobre desinformação relacionada à saúde está a noção de *health literacy* (literacia em saúde), definida por Parker, Ratzan e Lurie¹¹ como a capacidade para obter, processar e entender a informação e serviços básicos de saúde necessários para tomar as decisões de saúde apropriadas. Nesse sentido, a desinformação não é meramente mensagens falsas e imprecisas, ela se constitui como tal quando o destinatário julgar a informação errada útil na busca de informação para a solução de algum problema. A desinformação, portanto, impediria a obtenção da literacia em saúde entre indivíduos, pois aqueles com a informação incorreta podem não estar adequadamente equipados para tomar decisões de saúde apropriadas.

Nessa direção, Zaracosta¹² alerta que o rápido desenvolvimento da COVID-19 em uma pandemia exigiu que as pessoas adquirissem e aplicassem informação sobre saúde e adaptassem seu comportamento em ritmo acelerado. De acordo com Paakkari e Okan¹³, a atual pandemia destacou aspectos importantes: globalmente, *health literacy* é tão importante para a prevenção de doenças transmissíveis quanto é para doenças não transmissíveis. Além disso, juntamente com a preparação do sistema de saúde, a preparação individual é essencial para resolver problemas complexos da vida real. Para os autores, o desenvolvimento de *health literacy* é ainda mais atual do que nunca para preparar os indivíduos para situações que exigem reação rápida.

Embora o termo infodemiologia tenha sido cunhado em 2002 por Gunther Eysenbach¹⁴, as preocupações com infodemias ou surtos de desinformação são quase tão antigas quanto a própria *World Wide Web*. Como um dos pioneiros no estudo da infodemia, Eysenbach¹⁵ postulou quatro pilares do manejo infodêmico no contexto da COVID-19: 1) monitoramento da informação (infovigilância); 2) construir capacidade de *Health Literacy* e *science literacy*; 3) encorajar o refinamento do conhecimento e os processos de melhoria da qualidade da informação, como verificação de fatos e revisão por pares; e 4) tradução de conhecimento precisa e oportuna, minimizando fatores de distorção, como influências políticas ou comerciais.

Nessa direção, durante uma pandemia, emergência ou crise pode-se considerar que a comunicação de risco também assume um papel de extrema importância. Powell e Leiss¹⁶ afirmam que os problemas da comunicação de temas que envolvem o risco originam-se nas diferenças marcantes entre a linguagem científica e a linguagem do público.

De um lado, estão os “especialistas”, comunidade científica e atores governamentais referindo-se usualmente à literatura científica e usando terminologia técnica, como a epidemiologia ou estatística. Do outro lado, está a “avaliação pública”, quando as pessoas se referem a questões de risco em sua linguagem comum e no contexto das próprias experiências cotidianas, sem necessariamente recorrerem aos resultados do conhecimento especializado. Dessa forma, a prática da boa comunicação sobre os riscos ocorre na zona que separa as duas linguagens e traduz as descobertas científicas e as avaliações de riscos probabilísticos em termos compreensíveis, além de explicar os graus de incerteza, as lacunas no conhecimento e os projetos de pesquisa em andamento.

Em todas as situações de riscos nas quais se exigem respostas por parte das políticas públicas, uma das consequências mais sérias é o surgimento de uma lacuna nas informações sobre os riscos. Isso ocorre, por exemplo, quando as informações científicas são fornecidas de forma parcial e ocasional e são interpretadas de formas aparentemente

conflitantes¹⁶. E, conseqüentemente, essa lacuna é preenchida por outras fontes, que toma para si o desafio e preenche o vácuo com a própria informação ou desinformação.

E essa proliferação de vozes dissonantes parece gerar um certo ceticismo científico. De acordo com Vasconcellos-Silva e Castiel¹⁷, em condições ideais de comunicação pública, as autoridades deveriam alinhar-se a um regime total de transparência da informação e de compreensão facilitada para gerar credibilidade, confiança e parceria com as mídias. Os autores complementam que nos hiatos de versões aceitáveis e em meio a indeterminações, os indivíduos tornam-se *experts* de si mesmos, consumindo desinformação, *fake news* e reproduzindo narrativas de risco falaciosas com conseqüências desastrosas.

Diante de tais desafios, o limite entre o excesso de informação e desinformação torna-se muito tênue. Assim, é essencial investir também em estratégias que possibilitem à sociedade aprimorar sua capacidade para obter, processar e usar a informação para melhor orientar a ação.

A *health literacy* é uma estratégia reconhecida internacionalmente como fundamental para compor o rol de iniciativas públicas para o enfrentamento das doenças transmissíveis, particularmente quando orientada para alcançar os mais vulneráveis, colocando-se como promotora de equidade em saúde. E é cada vez mais necessária no contexto da pandemia da COVID-19.

REFERÊNCIAS |

1. Carré H. A mídia na era da pós-verdade. [CD-ROM]. Espanha; 2017.
2. World Health Organization. [Internet]. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard Data last updated: 2020/11/24, 10:43am CET Overview. Data Table. Acesso em 20 de novembro de 2020. Disponível em: <https://covid19.who.int/>.
3. Brasil. [Internet]. Painel Coronavírus (COVID-19). [Acesso 20 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
4. World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report-13. 2020. [Acesso em 22 de março de 2021]. Disponível em <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situationreports/20200202-sitrep-13-ncov-v3.pdf>.
5. Nogués G. Desinfodemia, la otra epidemia. [internet]. Adox, Desarrollando Información. Disponível em: <http://adox.com.ar/desinfodemia-la-otraepidemia/>. Acesso em: 22/04/2020.
6. Cinelli M, Quattrocioni W, Galeazzi A, Valensise CM, Brugnoti E, Schmidt AL, et al. The COVID-19 Sci Rep. 2020; 10(1):16598.
7. Posenato GL, Duarte E. Infodemia: excesso de quantidade em detrimento da qualidade das informações sobre a COVID-19. Epidemiol. Serv. Saúde. 2020; 29(4): e2020186.
8. Lazer DMJ, Baum MA, Benkler Y, Berinsky AJ, Greenhill KM, Menczer F, et al. The science of fake news: Addressing fake news requires a multidisciplinary effort. Science. 2018; 359(6380):1094–1096.
9. Bakir V, Mcstay A. Fake News and The Economy of Emotions: Problems, causes, solutions. Digital Journalism. 2018; 6(2):154–175.
10. Krishna A, Thompson TL. Misinformation about Health: A Review of Health Communication and Misinformation Scholarship. American Behavioral Scientist. 2019; 65(2): 316-332.

11. Parker RM, Ratzan SC, Lurie N. Health literacy: A policy challenge for advancing high-quality health care. *Health Aff.* 2003; 22(4):147-53.
12. Zaracosta J. How to fight an infodemic. *Lancet.* 2020; 395(10225): 676,
13. Paakkari L, Okan O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *Lancet Public Health.* 2020; 5(5): e249-e250.
14. Eysenbach G. Infodemiology: the epidemiology of (mis)information. *Am J Med.* 2002; 113(9),763-765.
15. Eysenbach G. How to Fight an Infodemic: The Four Pillars of Infodemic Management. *J Med Internet Res.* 2020;22(6):e21820.
16. Powell D, Leiss W. Um diagnóstico das falhas de comunicação sobre riscos. In: Massarani L, Moreira IC. *Terra Incógnita. A interface entre ciência e público.* Rio de Janeiro: Casa da Ciência; Editora Fiocruz; 2005. p. 183-202.
17. Vasconcellos-Silva PR, Castiel LD. COVID-19, fake news, and the sleep of communicative reason producing monsters: the narrative of risks and the risks of narratives. *Cad. Saúde Pública.* 2020; 36(7): e00101920.

Nutritional state and food consumption of adults registered in SISVAN in the state of Piauí, Brazil

| Estado nutricional e consumo alimentar de adultos cadastrados no SISVAN no estado do Piauí, Brasil

ABSTRACT | Introduction:

Nutritional status and food when inadequate are associated with chronic non-communicable diseases (NCDs) in adults. Thus, it is necessary to monitor the nutritional aspects of this population for local procedures and to prevent NCDs.

Objective: *To evaluate the food consumption and nutritional status of adults registered in the Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN) in Piauí, Brazil. Methods:* *Cross-sectional study, prepared with data from SISVAN. The sample consisted of adults aged 20 to 59 years old, registered in the Piauí system in 2018. SISVAN generates data on food consumption and nutritional diagnosis in absolute numbers and percentages, which were used to formulate as tables (analysis descriptive). Results:* *There was a prevalence of overweight of 38.87% for men and 35.70% for women. When grouping the three types of obesity, 20.91% and 21.07% were obtained in males and females, respectively. Regarding food consumption, only 12% of individuals consumed at least 3 meals / day and 42% until them watching television. It was also found that 91% of adults until beans the day before.*

As for ultra-processed foods, the group of stuffed biscuits, sausages and instant noodles consumed 25%, 21% and 30% of the sample, respectively. Conclusion: *There was a high percentage of overweight. In the diet, there was a high frequency of consumption of beans and ultra-processed foods. A small portion consumed at least three meals / day. Thus, it highlights the importance of strategic public health actions to combat excess weight and improve the dietary aspects of adults from Piauí.*

Keywords | *Nutritional Status; Food Consumption; Nutritional Surveillance.*

RESUMO | Introdução: O estado nutricional e a alimentação quando inadequados são associados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em adultos. Assim, é necessário o monitoramento dos aspectos nutricionais dessa população para subsidiar intervenções locais e prevenir DCNT. **Objetivo:** Avaliar o consumo alimentar e o estado nutricional de adultos cadastrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Piauí. **Métodos:** Estudo transversal, elaborado com dados do SISVAN. A amostra constituiu-se de adultos de 20 a 59 anos de idade, cadastrados no sistema do Piauí em 2018. O SISVAN gera os dados de consumo alimentar e diagnóstico nutricional em números absolutos e porcentagens, os quais foram utilizados para formular as tabelas e o gráfico (análise descritiva). **Resultados:** Houve prevalência de sobrepeso de 38,87% para homens e 35,70% para mulheres. Ao se agruparem os três tipos de obesidade, obteve-se 20,91% e 21,07% no sexo masculino e no feminino, respectivamente. Quanto ao consumo alimentar, apenas 12% dos indivíduos consumiam no mínimo três refeições/dia, e 42% as realizavam assistindo à televisão. Constatou-se também que 91% dos adultos ingeriram feijão no dia anterior. Quanto aos alimentos ultraprocessados, o grupo de biscoito recheado, embutidos e macarrão instantâneo teve consumo por 25%, 21% e 30% da amostra respectivamente. **Conclusão:** Verificou-se percentual elevado de excesso de peso. Na alimentação houve alta frequência do consumo de feijão e alimentos ultraprocessados. Pequena parcela fazia consumo de pelo menos três refeições/dia. Assim, destaca-se a importância de ações estratégicas de saúde pública para combater o excesso de peso e melhorar os aspectos alimentares dos adultos piauienses.

Palavras-chave | Estado Nutricional; Consumo Alimentar; Vigilância Nutricional.

¹Instituto Federal do Piauí. Pedro II/PI, Brasil.

²Universidade Federal do Piauí. Teresina/PI, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Nos últimos anos, a obesidade e o sobrepeso elevaram-se progressivamente. Tais condições estão entre as principais causadoras de incapacidade e morte na região das Américas¹. Na última Pesquisa Nacional de Saúde, demonstrou-se que mais da metade da população adulta brasileira (56,9%) apresentou excesso de peso, havendo maior prevalência no sexo feminino². No Piauí, do público adulto (20 a 59 anos), cerca de 49,48% têm algum grau de excesso ponderal, sendo 32,87% de sobrepeso e 16,61% de obesidade³. O excesso de peso é multifatorial, desenvolvendo-se a partir da interação entre fatores genéticos e condições ambientais, que envolvem aspectos psicossociais e do estilo de vida¹.

Entre as condições ambientais do estilo de vida, tem-se a alimentação inadequada. Assim, a obesidade pode ocorrer em resposta a um período com alimentação desajustada quali e quantitativamente, sendo associada à ocorrência de outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Quanto ao papel da alimentação na obesidade, um padrão alimentar com predominância de alimentos ultraprocessados em detrimento aos saudáveis pode contribuir para sua incidência⁴. Com isso, é importante que seja realizado monitoramento constante do estado nutricional e do consumo alimentar da população, visando subsidiar intervenções para conter a elevação da prevalência do excesso ponderal⁵.

O referido monitoramento pode ocorrer no âmbito da Atenção Primária em Saúde porque os usuários atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm seus dados antropométricos e de consumo alimentar coletados, informações as quais são inseridas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), sistema de coleta, análise e processamento contínuo dos dados de uma determinada população. O SISVAN gera o diagnóstico atualizado do perfil nutricional da população ao longo do tempo⁶. O referido sistema configura-se como uma relevante fonte para diagnósticos locais, promovendo maior assertividade no planejamento de ações, auxiliando no desenvolvimento de atividades em nutrição e alimentação para a população assistida⁷.

Considerando a escassez de estudos com dados do SISVAN sobre os adultos do estado do Piauí, bem como a importância do uso dessas informações, objetivou-se avaliar o consumo alimentar e o estado nutricional de adultos piauienses cadastrados nesse sistema.

MÉTODOS |

Esta pesquisa é do tipo transversal, elaborada a partir de banco de dados do SISVAN. A amostra abrangeu todos os adultos cadastrados no sistema no estado do Piauí, no ano de 2018. No entanto, a amostra dos dados de consumo alimentar foi menor que a do estado nutricional, demonstrando que nem todos os sujeitos com dados antropométricos cadastrados possuíam os marcadores de consumo alimentar inseridos no sistema.

As informações foram coletadas no sítio eletrônico do SISVAN⁸. Para buscar os dados no sistema, o grupo da fase da vida considerado foi o adulto (indivíduos de 20 a 59 anos de idade). O sistema gera os dados de consumo alimentar e do diagnóstico nutricional em números absolutos e suas respectivas porcentagens, os quais puderam ser vistos tanto por meio do próprio site como pelo *software* Microsoft Excel 2013 e assim foram utilizados para elaboração das tabelas. A partir desses dados, também se elaborou um gráfico, por meio do *software* Microsoft Excel 2013, contendo as prevalências de baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade (total das prevalências das obesidades grau I, II e II).

O estado nutricional foi avaliado por meio do índice de massa corporal (IMC), pelo próprio SISVAN, o qual é calculado pela divisão entre a massa corporal em quilogramas (Kg) e o quadrado da estatura em metros (m²), tendo como referência os pontos de corte estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e utilizados pelo Ministério da Saúde⁹. Assim, o estado nutricional foi classificado pelo sistema em seis categorias: “baixo peso”; “peso adequado ou eutrófico”, “sobrepeso”, “obesidade grau I”, “obesidade grau II” e “obesidade grau III”.

Quanto à alimentação, foram analisados os marcadores de consumo alimentar contidos no relatório público do SISVAN. Os dados alimentares são relativos à realização de refeições assistindo à televisão, número de refeições realizadas, consumo de feijão, frutas, verduras e/ou legumes, alimentos embutidos, bebidas adoçadas, biscoitos recheados/doces/guloseimas e macarrão instantâneo/salgadinho de pacote/biscoito salgado. O SISVAN gera os relatórios com o número e as respectivas porcentagens de consumo de cada grupo de alimentos no dia anterior¹⁰.

O estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos por se tratar do uso de

informações disponíveis em banco de domínio público. Ainda assim, observaram-se os aspectos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, que regulamenta pesquisa com humanos.

RESULTADOS |

A amostra foi constituída por 446.036 indivíduos para análise do estado nutricional e 7.517 para avaliação do consumo alimentar. A Tabela 1 expõe a distribuição do estado nutricional, a partir do IMC, segundo o sexo.

Verificou-se na Tabela 1 que houve prevalência de sobrepeso de 38,87% para os homens e 35,70% para as mulheres. Ao se agruparem os três tipos de obesidade, obteve-se 20,91% e 21,07% de obesidade no sexo masculino e feminino, respectivamente. A prevalência geral de obesidade (graus I, II e II juntos) foi 21,1% (Gráfico 1).

A Tabela 2 mostra os adultos distribuídos de acordo com os marcadores de consumo alimentar.

De acordo com a avaliação do consumo alimentar, apenas 12% dos indivíduos cadastrados realizaram o consumo de no mínimo três refeições ao dia, e 42% da amostra faziam essas refeições assistindo à televisão. Com relação aos alimentos saudáveis, constatou-se que 91% dos adultos consumiram feijão no dia anterior à entrevista, 68% ingeriram fruta(s) e 64% verdura(s)/legume(s). Considerando os grupos de alimentos ultraprocessados, houve consumo no dia anterior à entrevista do grupo de biscoitos recheados por 25% da amostra, de embutidos por 21% e do grupo de macarrão instantâneo por 30% dos pesquisados. As bebidas adoçadas foram ingeridas por 37% da amostra.

Gráfico 1 - Prevalência (%) de baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade (grau I, II e III) de adultos cadastrados no SISVAN no estado do Piauí, 2018

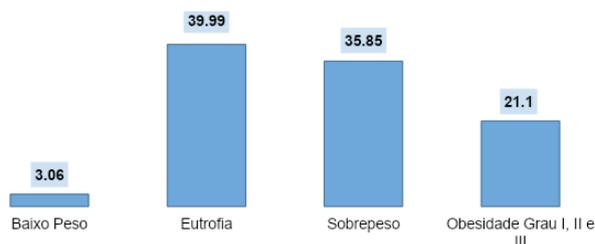


Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual, conforme estado nutricional, de adultos cadastrados no SISVAN no estado do Piauí, 2018

Variáveis	Geral	Masculino	Feminino
	n (%)	n (%)	n (%)
Baixo peso	13.659 (3,06)	472 (2,01)	13.187 (3,12)
Eutrofia	178.473 (39,99)	8.954 (38,21)	169.519 (40,11)
Sobrepeso	159.980 (35,85)	9.108 (38,87)	150.872 (35,70)
Obesidade I	68.286 (15,36)	3.742 (15,97)	64.544 (15,27)
Obesidade II	19.281 (4,32)	865 (3,69)	18.416 (4,36)
Obesidade III	6.357 (1,42)	292 (1,25)	6.065 (1,44)

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual, segundo marcadores de consumo alimentar, de adultos cadastrados no SISVAN no estado do Piauí, 2018

Marcador de consumo	n	%
Consome 3 refeições/dia	877	12
Realiza refeições assistindo televisão	3.194	42
Consome feijão	6.815	91
Consome bebidas adoçadas	2.770	37
Consome legumes e verduras	4.790	64
Consome frutas	5.133	68
Consumiu biscoitos recheados, doces e guloseimas	1.863	25
Consumiu embutidos	1.595	21
Consumiu macarrão instantâneo, salgadinho de pacote e biscoito salgado	2.274	30

DISCUSSÃO |

Na presente pesquisa foi constatada prevalência elevada de adultos com sobrepeso e obesidade no sexo masculino e no feminino. Além disso, destacou-se o consumo de refeições em frente à televisão, a ingestão de alimentos ultraprocessados e o consumo de feijão no dia anterior à entrevista.

Uma das formas de analisar o estado nutricional implica utilizar procedimentos diagnósticos para verificar as proporções corporais e assim identificar grupos de risco para complicações associadas ao estado antropométrico¹¹. Por outro lado, a avaliação do padrão alimentar da população facilita prever o risco causado pelo consumo de determinados alimentos/nutrientes em relação ao desenvolvimento de doenças e com isso melhores estratégias em saúde podem ser elaboradas¹².

Desse modo, esta pesquisa tem sua relevância no sentido de reconhecer o estado nutricional e o consumo alimentar da população adulta cadastrada no SISVAN no estado do Piauí, podendo servir como base para ações de promoção e assistência à saúde voltadas para esse público.

Demonstrou-se prevalências consideráveis de sobrepeso e obesidade em adultos piauienses nos dois sexos. A pesquisa de âmbito nacional Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), no ano de 2018, demonstrou que a capital nordestina com maior prevalência de obesidade foi Recife, com 21,9% de adultos obesos, próximo do presente estudo (21,1%). Por outro lado, a capital piauiense teve uma das menores prevalências de obesidade da região (18,4%) e inferior à verificada neste estudo. Quanto ao sobrepeso, em 2018 Teresina (PI) teve prevalência superior à verificada nesta pesquisa, com 48,4% dos adultos diagnosticados com sobrepeso¹³.

Em estudo epidemiológico de base domiciliar realizado com 1.057 adultos da capital piauiense, a prevalência de obesidade foi 22,5% e a de sobrepeso foi 37,2%, aproximando-se das verificadas nesta pesquisa; demonstrou-se também que houve associação entre hipertensão arterial e sobrepeso¹⁴.

O sobrepeso em adultos é uma condição preocupante, pois caso não seja contido, o prognóstico é de queda da expectativa de vida, elevação da morbidade, maiores

chances de hipertensão arterial sistêmica, doenças cardíacas, dislipidemia, dentre outros agravos¹⁵.

A elevação da prevalência de excesso de peso ocorre em meio à transição nutricional que vem acontecendo, com declínio dos índices de baixo peso e aumento do sobrepeso e obesidade. Tal fenômeno, já frequente em países industrializados, tem ocorrido também em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil¹⁶. A obesidade é um fenômeno que se associa com mudanças de diferentes naturezas, inclusive novos comportamentos e padrões alimentares, motivados em parte pela evolução da indústria de alimentos e suas inovações, e menor prática de atividades físicas⁵.

Ademais, a pesquisa demonstrou importantes dados para marcadores alimentares que afetam diretamente a saúde da população. No quesito “realizar refeições assistindo à televisão”, 42% da amostra afirmou exercer tal hábito. Estudo com dados do VIGITEL constatou que adultos brasileiros que referiam assistir à TV diariamente por mais de três horas apresentaram menor frequência de indicadores de consumo alimentar saudável e maior daqueles não saudáveis. Assim, deve haver a redução da prática de assistir à televisão junto às refeições ou em outros horários, quando de modo excessivo, paralelamente ao aumento da prática de atividades de lazer não sedentárias¹⁷.

Quanto aos outros marcadores de consumo alimentar, observou-se porcentagem elevada de consumo de alimentos ultraprocessados, destacando-se o grupo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote e biscoito salgado. Esses alimentos podem contribuir para o desenvolvimento da obesidade, principalmente por serem consumidos em excesso e frequentemente ricos em sal, calorias, açúcar e gordura. Por serem hiperpalatáveis, provocam danificação dos processos que sinalizam a saciedade e o apetite^{18,19}.

Sendo assim, são necessárias ações que auxiliem na diminuição do consumo de ultraprocessados pela população adulta estudada, visto que isso pode ser um dos fatores associados às prevalências de sobrepeso e obesidade verificadas. Algumas dessas ações já são norteadas em nível federal, mas precisam ser mais efetivadas localmente. Temos, por exemplo, o Guia Alimentar para a População Brasileira²⁰, que desencoraja o consumo dos ultraprocessados e estimula que a base da alimentação seja os alimentos *in natura* e minimamente processados, no entanto essas informações do Guia são pouco exploradas

pelo setor da saúde na forma de ações de educação nutricional.

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF-2008-2009) verificou a prevalência de consumo alimentar por grandes regiões no Brasil. A região Nordeste ficou em terceiro lugar com relação ao consumo de salgadinhos industrializados, por exemplo, quando comparada a outras regiões²¹, indicando, junto ao presente estudo, que a ingestão elevada desses alimentos ultraprocessados ocorre no âmbito nacional e regional. Portanto, mais medidas em nível federal devem ser tomadas, envolvendo regulação das propagandas de alimento ultraprocessados, rotulagem mais clara desses alimentos, entre outros fatores, de forma que essas ações sejam consideradas/efetivadas no nível local. É fundamental que haja o estímulo em todas as localidades ao consumo de alimentos regionais, o que irá contribuir para a diminuição dos alimentos industrializados no cotidiano alimentar da população²².

Por outro lado, um resultado positivo foi o consumo de feijão por 91% dos entrevistados, hábito que deve ser incentivado tendo em vista que essa leguminosa possui proteína de boa qualidade e com baixo custo²³. Além disso, os feijões são fontes de vitaminas do complexo B, de minerais como o ferro, de fibras e de compostos bioativos antioxidantes, trazendo benefícios à saúde²⁴.

Com relação ao consumo de no mínimo 3 refeições ao dia, que é o indicado pelo Ministério da Saúde, apenas 12% mostraram esse hábito. Assim, isso deve ser mais encorajado entre os usuários, tendo em vista que o número de refeições pode estar associado à qualidade da alimentação e à omissão de refeições, que pode ser relacionada ao aparecimento de doenças, inclusive carências nutricionais²⁵.

Uma das limitações do estudo é quanto à amostra, pois sendo com base em dados secundários e não de base populacional com amostragem bem delimitada, os indivíduos não tiveram a mesma chance de fazer parte da pesquisa.

Outra limitação é que no âmbito do SISVAN os marcadores de consumo alimentar não são utilizados de forma rotineira pelos profissionais, gerando menos dados da alimentação da população. Além disso, por sua natureza mais relacionada à alimentação, o referido sistema não contempla dados de atividade física. Ela deve ser mais explorada em estudos envolvendo a população adulta piauiense, já que o sedentarismo está envolvido na gênese

da obesidade, assim como a alimentação não saudável. O fato do SISVAN só contemplar sujeitos atendidos na atenção primária e de programas como o Bolsa Família pode ser considerado outra limitação, por não envolver outros estratos da população. Ainda assim, é um estudo importante por traçar o perfil nutricional dos adultos piauienses, com uma amostra abrangendo todo o Estado e usando informações normalmente subutilizadas.

CONCLUSÃO |

A partir deste estudo, constatou-se percentual elevado de adultos com sobrepeso e obesidade nos dois sexos. Quanto aos marcadores de consumo alimentar, destacou-se a prevalência de adultos que realizavam as refeições em frente à televisão e que pequena parcela fazia consumo de pelo menos três refeições ao dia, além da elevada ingestão de alimentos ultraprocessados. Nos alimentos saudáveis, foi evidenciado o elevado consumo de feijão.

Dessa maneira, são fundamentais intervenções estratégicas de saúde pública que possibilitem estilos de vida mais saudáveis com objetivo de deter o avanço do excesso de peso. No quesito consumo alimentar, mais ações devem ser desenvolvidas para diminuição do consumo de alimentos ultraprocessados, que pode ser um dos fatores associados ao excesso de peso constatado, além de estimular as refeições em ambiente saudável e distante de distrações como televisão e celular. Essas ações também devem envolver o incentivo à continuação do consumo de alimentos brasileiros como o feijão.

Assim, esta pesquisa permite o conhecimento do estado nutricional e consumo alimentar da população adulta cadastrada no SISVAN do Piauí, podendo servir como base para ações de promoção e assistência à saúde voltadas para essa população.

REFERÊNCIAS |

1. Wannmacher L. Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas. *Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas*

- e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica. 2016; 1(7):1-10.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: Brasil e grandes regiões. Ciclos de vida. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015.
3. Araújo FK, Mourão GMJ, Costa MCB, Alberto NSMC, Pereira TG, Ramos CV. Atenção nutricional para obesidade em unidades básicas de saúde. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. 2019; 13(79):385-393.
4. Bielemann RM, Mota JVS, Minten GC, Horta BL, Gigante DP. Consumo de alimentos ultraprocessados e impacto na dieta de adultos jovens. *Rev Saúde Pública*. 2015; 49(28):1-10.
5. Dias PC, Henriques P, Anjos LA, Burlandy L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(7): 1-12.
6. Rolim MD, Lima SML, Barros DC, Andrade CLT. Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. *Cien & Saude Colet*. 2015; 20(8):2359-2369.
7. Lima JF; Schmidt DB. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: utilização e cobertura na atenção primária. *Rev Saude e Desenvolvimento*. 2018; 12(11): 316-333.
8. SISVAN, Sistema de Vigilância Alimentar e nutricional: relatórios públicos, 2020. [Acesso: 2019 jul 2]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
11. Ferreira PDAA, Sampaio RMM, Cavalcante ACM, Monteiro TF, Pinto FJM, Arruda SPM. Caracterização do comportamento alimentar e estado nutricional de adultos. *Motricidade*, 2018; 14 (1):252-258.
12. Cespedes EM, Hu FB. Dietary patterns: from nutritional epidemiologic analysis to national guidelines. *Am J Clin Nutr*. 2015; 101(5):899-900.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.*
14. Lavôr LCC, Sousa RR, Rodrigues LARL, Filho OSR, Paiva AA, Frota KMG. Prevalence of arterial hypertension and associated factors: a population-based study. *Rev Assoc Med Bras*. 2020; 66(5):630-636
15. Melo SPSC, Filho MB, Rissin A. Excesso de peso de adultos residentes em um aglomerado urbano subnormal. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2015; 28(2):257-265.
16. Rodrigues RAC, Oliveira FP, Santos RA. Transição nutricional e epidemiológica em comunidades tradicionais da amazônia brasileira. *Braz. J. of Develop*. 2020; 6 (3):11290-11305.
17. Maia EG, Gomes FMD, Alves MH, Huth YR, Claro RM. Hábito de assistir à televisão e sua relação com a alimentação: resultados do período de 2006 a 2014 em capitais brasileiras. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(9): e00104515.
18. Poti JM, Braga B, Qin B. Ultra-processed food intake and obesity: what really matters for health-processing or nutrient content? *Curr Obes Rep*. 2017; 6(4):420-431.
19. Schulte EM, Avena NM, Gearhardt NA. Which Foods May Be Addictive? The Roles of Processing, Fat Content, and Glycemic Load. *PLoS ONE*. 2015; 10(2): e0117959.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

21. Pesquisa de orçamentos familiares (POF) 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

22. Caivan, S. Lopes, RF. Sawaya, AL. Domene, SMA. Martins, PA. Conflitos de interesses nas estratégias da indústria alimentícia para aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e os efeitos sobre a saúde da população brasileira. Demetra. 2017; 12(2):349-360.

23. Frota KMG, Lopes LAR, Silva ICV, Arêas JAG. Qualidade nutricional da proteína de *Vigna unguiculata* L. Walp e seus proteínas isoladas. Rev Ciênc Agron. 2017; 48(5):792-798.

24. Lovato F, Kowaleski J, Silva SS, Heldt LFS. Composição centesimal e conteúdo mineral de diferentes cultivares de feijão biorfortificado (*Phaseolus vulgaris* L.). Braz J Food Technol. 2018; 21: e2017068.

25. Busato MA, Pedrolo C, Gallina LS, Rosa L. Ambiente e alimentação saudável: percepções e práticas de estudantes universitários. Semina: Ciênc. Biol. Saúde. 2015; Londrina, 36(2):75-84.

Correspondência para/Reprint request to:

Antônia Karoline dos Santos de Sousa

Rua Duque de Caxias, 493

Centro, Piripiri/PI, Brasil

CEP: 64260-000

Email: akarolinesousa@hotmail.com

Recebido em: 05/10/2019

Aceito em: 16/09/2020

Disease prevention and health care actions in a Quilombola community of Nossa Senhora do Livramento, Mato Grosso, Brazil

| Ações de prevenção de doenças e cuidados com a saúde em uma Comunidade Quilombola de Nossa Senhora do Livramento, Mato Grosso, Brasil

ABSTRACT | Introduction: *Health concern and disease are present in all human beings. However, the historical construction of each society causes it to create particular notions of Health and therapeutics. The traditional communities, the quilombolas included, aim to maintain the habits of cultivation, preparation and use of medicinal plants and food, as tools for disease prevention and Health promotion. Objective:* *To understand how a quilombola community treats and prevents diseases, based on its ancestral knowledge. Methods:* *This article is a qualitative research. The data was collected through interviews with quilombola women from the Mutuca community, part of the Mata Cavalo quilombola region, located in the city of Nossa Senhora do Livramento, Mato Grosso, Brazil. Results:* *It was found that the community allies the use of medicinal plants to the consumption of specific types of food, which in their beliefs are a way to cure certain diseases. In addition, the community also follows medical recommendations for a healthy lifestyle, practice of physical exercises and reduction of salt, fat and sugar in their diet. Conclusion:* *It is possible to identify the different perceptions concerning health care practices that are allied with cultural knowledge and values specific for each society. The women from the Mutuca Quilombo taught a part of what they know about medicinal plants and the impact of this legacy in the community.*

Keywords | *Plants, Medicinal; African Continental Ancestry Group; Healthy Diet.*

RESUMO | Introdução: A preocupação com a saúde e a doença estão presentes em todos os seres humanos. No entanto, a construção histórica de cada sociedade faz com que ela crie noções particulares de saúde e terapêutica. As comunidades tradicionais, incluindo os quilombolas, buscam por meio da passagem de conhecimento familiar manter os hábitos de cultivo, preparo e utilização de plantas medicinais e alimentos como ferramentas de prevenção de doenças e promoção da saúde. **Objetivo:** Compreender como uma comunidade Quilombola trata e evita doenças, por meio de seus conhecimentos tradicionais. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cuja coleta de dados ocorreu através de entrevistas realizadas com mulheres quilombolas da comunidade Mutuca, pertencente à região Quilombola Mata Cavalo, localizada no município de Nossa Senhora do Livramento, Mato Grosso. **Resultados:** Observou-se que a comunidade alia o uso das plantas medicinais ao consumo de determinados alimentos, que segundo suas crenças são de grande valia para tratar certas enfermidades ou para preveni-las. Além disso, também se utiliza de recomendações médicas para a manutenção da saúde, relacionadas à prática de atividade física, redução do consumo de sal, gorduras e açúcares. **Conclusão:** É possível identificar as diferentes percepções sobre práticas de cuidados de saúde, que estão entrelaçados com valores e saberes culturais em cada sociedade. As mulheres do Quilombo Mutuca apresentaram uma parte do conhecimento que possuem sobre as plantas medicinais e o impacto desse saber no auxílio à comunidade.

Palavras-chave | Plantas Medicinais; Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Dieta Saudável.

¹Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá/MT, Brasil.

INTRODUÇÃO |

As várias espécies que compõem a fauna e a flora são alvos do conhecimento, domesticação e uso. Mais que isso, são fonte de inspiração para mitos, rituais e crenças em todas as formas de sociedade. Nesse contexto, a diversidade biológica não pode ser considerada como elemento apenas da natureza, mas também alicerce da construção cultural e social¹. Da mesma maneira, os hábitos alimentares são fortes indícios de como se procedem as relações sociais de uma determinada sociedade. De uma forma geral, caracterizam a identidade e possuem tal poder simbólico que permitem o entendimento de seu arranjo cultural².

É certo que existe uma relação explícita entre nutrição e o bem-estar físico e mental. Uma alimentação equilibrada tem um papel importantíssimo no curso e na prevenção de doenças, pelo efeito benéfico dos nutrientes e de compostos químicos neles presentes. Uma dieta saudável é um dos pontos que garantiu o aumento da expectativa de vida humana³.

Por meio da alimentação, o corpo pode adquirir os nutrientes essenciais para a sua manutenção. Não só os alimentos em si são fundamentais na saúde, mas também a combinação destes, sua forma de preparo, a maneira de ingeri-los e os aspectos sociais e culturais ligados às práticas alimentares³.

No que concerne à doença, a cultura se liga a esta de tal forma que diferentes pessoas, de diferentes grupos sociais, apresentam comportamentos singulares e maneiras diferentes de experienciar a doença. Assim também ocorre com as noções particulares de saúde e terapêutica, e essas múltiplas experiências não estão relacionadas às diferenças biológicas, mas sim às diversidades socioculturais. Dessa forma, é impossível desvincular a saúde e a doença dos contextos socioculturais específicos nos quais estão inseridos⁴.

Apesar das diferenças culturais, a preocupação com a saúde e a doença estão presentes em todos os seres humanos. No entanto, a construção histórica de cada sociedade fez com que ela se organizasse coletivamente, e de uma forma diferente de outras, para construir um repertório único de práticas, técnicas, conceitos e aprendizados, em resposta às experiências⁴.

Esses repertórios podem ser catalogados em diversos grupos. Em um estudo realizado em comunidades

indígenas no Paquistão, identificaram-se 79 espécies de plantas medicinais usadas para o tratamento de diferentes enfermidades, sendo 28 exclusivas da determinada região, não encontrando relatos em outros locais⁵. Evidenciando a relevância da passagem dessas informações para futuras gerações, também se verificou que as pessoas mais velhas e alguns fisioterapeutas locais eram responsáveis por grande parte desse conhecimento, que poderá perder informações em breve com essa limitação, incluindo práticas exclusivas da determinada comunidade⁵.

Na África do Sul, foi realizada uma pesquisa verificando o manejo do diabetes em populações tradicionais com o uso de plantas medicinais. É uma enfermidade que vem aumentando em países em desenvolvimento, mas que o conhecimento convencional apresentou bons resultados terapêuticos. Foram identificadas 45 plantas, e a maioria delas apresentou benefícios *in vivo* e *in vitro* no controle da doença, carecendo de mais estudos para identificação dos princípios ativos⁶. O número de plantas usadas em medicina tradicional africana é muito mais significativo. Já foram identificadas mais de 5400 espécies, algumas delas com importante valor comercial⁷.

Durante a escravidão, a cultura africana foi totalmente reprimida e subjugada no Brasil, sendo que os quilombos eram a principal forma de protesto, na tentativa de não-absorção da identidade hegemônica, como matriarcado em algumas comunidades^{8,9}. Apesar da abolição da escravatura, os quilombos resistem até os dias de hoje, espalhados por todo o Brasil, com 2709 comunidades certificadas nos dados do Governo Federal e 70 comunidades dentro do estado de Mato Grosso¹⁰. Da mesma maneira que no passado colonial, a identidade dos quilombos se mantém como de luta e resistência⁴. É nesses espaços de terra que os quilombolas organizam uma comunidade rural, buscando a manutenção de sua cultura, hábitos e costumes¹¹.

Em uma comunidade rural, o trabalho é uma questão de sobrevivência. O plantio e a colheita de alimentos dependem da organização das atividades realizadas por todos os membros do grupo. Esse aspecto influencia diretamente no conceito de saúde, que para as famílias quilombolas está relacionada à força para o trabalho, mostrando uma cultura produtivista¹¹. Nesse contexto, é importante a atuação dos profissionais de saúde, que precisam conhecer o cotidiano e o estilo de vida, bem como o meio em que o paciente se insere, na tentativa de propiciar um cuidado mais holístico e plural¹¹.

Este artigo objetiva compreender como uma comunidade quilombola do estado de Mato Grosso utiliza de seus conhecimentos ancestrais para tratar e prevenir as doenças a partir dos seus saberes e fazeres no manejo e uso de plantas medicinais nativas da comunidade, assim como, a cultura alimentar prevalente.

Também buscou-se explorar o cuidado médico para com essas populações, e como se estabelece a dicotomia cultural no momento de tratar uma pessoa adoecida.

MÉTODOS |

O presente artigo é uma pesquisa original qualitativa associada a uma revisão de literatura para embasamento das ideias. Trata-se de um recorte do projeto de extensão: “Práticas Culturais em Saúde: O cuidado e a educação popular em saúde na luta pela vida em uma comunidade quilombola do estado de Mato Grosso”, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), de acordo com o número 2.714.638/2018 e possui registro na Pró-reitora de Pesquisa (PROPEq)/UFMT de acordo com o número 356/2018. O projeto é realizado pelos membros do Grupo de Pesquisas Multiprofissionais em Educação e Tecnologias em Saúde (PEMEDUTS), da Faculdade de Medicina da UFMT, do qual participam estudantes de diversos cursos.

O referido quilombo foi escolhido devido a sua aceitação em participar do projeto, inclusive assinando termo de anuência e pela receptividade com os membros do Grupo de Pesquisas PEMEDUTS. Outro fator influenciador para que o Quilombo Mutuca fosse o lócus da pesquisa foi a distância da sede, pois está a cerca de 60km distante da universidade.

A líder do Quilombo assinou um Termo de Anuência dando ciência e concordando que a pesquisa se realizasse lá, sendo que as demais participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aceitando participar do projeto. Desta forma, atendemos aos preceitos éticos das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do sistema CEP/CONEP/CNS/MS.

A coleta de dados para o presente estudo foi feita em uma das visitas mensais, que ocorreu no dia 24 de novembro

de 2018, na comunidade Mutuca, pertencente à região Quilombola Mata Cavalão, localizada no município de Nossa Senhora do Livramento - MT. Foram realizadas entrevistas com as mulheres quilombolas que participavam das ações. Os dados foram coletados, sistematizados e posteriormente triangulados, processo esse que cruzou as falas apreendidas nas entrevistas, as observações feitas na comunidade e a literatura pertinente à temática em questão.

O motivo de apenas mulheres serem as participantes da pesquisa se deu pelo fato de a liderança dessa comunidade quilombola ser feminina. Nesse contexto, as entrevistas foram realizadas apenas com nove (09) mulheres que estavam mais presentes na comunidade lócus da pesquisa, quantidade de participantes presentes na ocasião da coleta de dados, já que as demais moravam distante da sede do quilombo, fato que dificultou o acesso no dia da entrevista.

As entrevistas ocorreram no mesmo dia, realizadas por duas entrevistadoras e tiveram dois momentos distintos: primeiramente, entrevistas individuais ou em duplas e, posteriormente, em roda de conversa. Consistiu em uma entrevista não estruturada em ambos os momentos, com temas pré-determinados que contemplavam o objeto de estudo do projeto, ou seja, práticas culturais de cuidados à saúde, tais como: hábitos tradicionais para controle da gripe, resfriado, febre, inflamação local, dores (entre elas dismenorreia e cefaleia), acometimentos gastrointestinais, acometimentos geniturinários, doenças crônicas e edema; a relação com as práticas médicas; rotina de atividade física. Os dados foram registrados através de notas e por meio de imagens (fotografias) autorizadas pelas participantes

A revisão de literatura subsidiadora do estudo foi realizada mediante artigos originais e de revisão nas bases de dados *Scielo*, *PubMed*, *Periódicos Capes* e *Scholar Google*, em português e inglês, bem como dados epidemiológicos fornecidos pelo Governo Federal do Brasil. Os descritores norteadores do rastreamento literário foram: “plantas medicinais”, “história dos quilombolas” e “alimentação saudável”.

A seleção dos artigos teve como critério a correlação destes com o tema do estudo, sendo que a exclusão foi feita primeiramente com base no título e posteriormente na leitura do resumo, e, após essa leitura flutuante e de filtro, selecionamos os artigos que atendiam ao critério de inclusão supracitado.

RESULTADOS |

Foram entrevistadas nove (09) mulheres da comunidade quilombola lócus do estudo, conforme explicitado na metodologia.

Quanto ao uso de plantas medicinais nativas da comunidade, as participantes relataram que para o resfriado comum, principalmente quando as crianças são acometidas, elas utilizam o chá de poejo (*Mentha pulegium*). Já em caso de asma brônquica, fazem um xarope com casca de jatobá (*Hymenaea courbaril*), angico (*Anadenanthera colubrina*) ou cambará (*Lantana camara*).

Para a desnutrição, elas costumam acrescentar ao leite ou ao feijão a farinha de banana, produzida no próprio Quilombo. Também é comum o cozimento do chamado “sopadão”, um cozido de banana madura, cenoura e batata.

Para dor de cabeça (cefaleia), costumam torrar caiaipá (*Dorstenia brasiliensis*) ou mama-cadela (*Brosimum gaudichaudii*) com vinho branco.

Já em casos de febre, elas costumam ingerir e dar às crianças alguns alimentos como remédios, tais como: sopa de macarrão com legumes, caldo de galinha, mel com limão e alho. Além disso, o chá de folha de laranjeira (*Rutaceae*) também pode ser utilizado. Na ocorrência de vômitos, são usados tapera (*Hyptis suaveolens*) e raiz de gervão (*Stachytarpheta cayennensis*).

Para processos inflamatórios, o tratamento é feito com casca de jequitibá (*Cariniana brasiliensis*), mama-cadela (*Brosimum gaudichaudii*), sangra d'água (*Croton urucurana*), folha de algodão (*Gossypium Herbaceum*) ou vassourinha (*Scoparia dulcis*), sendo que com todos esses produtos naturais são preparados como um chá acrescido ao vinho branco para consumo.

Em caso de candidíase, elas utilizam: folha de algodão (*Gossypium Herbaceum*), vassourinha (*Scoparia dulcis*), erva de santa maria (*Chenopodium ambrosioides*) ou mama-cadela (*Brosimum gaudichaudii*), na forma de infusão. Para cólicas menstruais, toma-se o chá de mentrasto (*Gossypium Herbaceum*) ou de folha de arruda (*Ruta graveolens*).

No que concerne às doenças crônicas, como a hipertensão, as mulheres utilizam a folha de cana caiana (*Saccharum spp*),

raiz de bocaiuva (*Acrocomia aculeata*), bem como limão e alho. Além disso, é realizado o controle do sal ingerido. Referiram também utilizar a medicação prescrita pelo médico, sendo a losartana a mais utilizada dentre as mulheres do Quilombo.

Já para a controlar o colesterol alto (hipercolesterolemia), indicam o consumo de berinjela.

Para melhor visualização das plantas medicinais utilizadas pelas mulheres do Quilombo Mutuca-MT, com suas indicações e formas de preparo, assim como seu nome científico, foi elaborada um quadro (Quadro 1), subsidiado na Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao Sistema Único de Saúde (Renisus), do ano de 2009.

É importante ressaltar que diversas outras plantas medicinais são usadas pela comunidade, na forma de banhos, aplicação local e curativos, mas, neste artigo apontamos apenas as mais comumente utilizadas pelas mulheres no referido quilombo.

No que tange aos alimentos, as mulheres demonstram conhecimentos prévios quanto à importância deles, relatando que estes, além de serem usados para o tratamento de doenças, também são importantes para a sua prevenção. Expressaram que a alimentação diária no quilombo se alterou de forma significativa após aconselhamento médico, com a redução dos açúcares e das gorduras.

Referiram que no café da manhã costumam ingerir bolacha de sal, leite engrossado com farinha de banana, bolo de trigo, pão caseiro, bolo de arroz, banana cozida e banana madura. Já no almoço, comem arroz, feijão, carne bovina (compram da comunidade vizinha), suína (criação própria), frango caipira e salada. No jantar, às vezes fazem um lanche ou comem o que restou do almoço, mas em geral não costumam fazer essa refeição.

A ingestão de frutas diária é elevada, e o consumo principal é melancia, abacaxi, banana, melão e laranja. Pararam de ingerir refrigerantes após orientação médica, substituindo-os por suco natural.

Devido aos conselhos médicos, da mesma forma, aderiram à prática diária de atividades físicas, fazendo caminhadas, andando de bicicleta e se dirigindo a academias e aulas de CrossFit® na cidade de Nossa Senhora do Livramento – MT.

Quadro 1 - Plantas medicinais mais citadas, correlacionando o nome popular e científico, com as principais indicações e formas de uso

Nome popular	Nome científico	Indicação	Forma de uso
Poejo	<i>Mentha pulegium</i> ¹²	Resfriado	Chá
Casca de jatobá	<i>Hymenaea courbaril</i> ¹²	Asma brônquica	Xarope
Angico	<i>Anandenanthera colubrina</i> ¹²	Asma brônquica	Xarope
Cambará	<i>Lantana camara</i> ¹²	Asma brônquica	Xarope
Caiapiá	<i>Dorstenia brasiliensis</i> ¹²	Cefaleia	Produto torrado em imersão ao vinho branco
Mama-cadela	<i>Brosimum gaudichaudii</i> ¹²	Cefaleia, inflamação e candidíase	Produto torrado em imersão ao vinho branco, chá ou infusão
Folha de laranjeira	<i>Rutaceae</i> ¹²	Febre	Chá
Tapera	<i>Hyptis suaveolenses</i> ¹²	Vômitos	Chá
Raiz de gervão	<i>Stachytarpheta cayennensis</i> ¹²	Vômitos	Chá ou cozido
Casca de jequitibá	<i>Cariniana brasiliensis</i> ¹²	Inflamação	Chá
Sangra d'água	<i>Croton urucurana</i> ¹²	Inflamação	Chá
Folha de algodão	<i>Gossypium Herbaceum</i> ¹²	Inflamação e candidíase	Chá ou infusão
Vassourinha	<i>Scoparia dulcis</i> ¹²	Inflamação e candidíase	Chá ou infusão
Erva de santa maria	<i>Chenopodium ambrosioides</i> ¹²	Candidíase	Infusão
Mentrasito	<i>Gossypium Herbaceum</i> ¹²	Cólicas menstruais	Chá
Folha de arruda	<i>Ruta graveolens</i> ¹²	Cólicas menstruais	Chá
Folha de cana caiana	<i>Saccharum spp</i> ¹²	Hipertensão	Chá
Raiz de bocaiuva	<i>Acrocomia aculeata</i> ¹²	Hipertensão	Próprio produto e chá

DISCUSSÃO |

Na comunidade lócus deste estudo, ficou evidente o importante papel social da mulher dentro do quilombo, as quais assumem a liderança e os cuidados de saúde individual e coletivo.

Essa forte liderança feminina é apontada por Amadiume⁹, a qual afirma que a ideologia de gênero dentro de algumas comunidades africanas é bem dicotomizada, e as mulheres apresentam um influente e determinante papel cultural, político, social e econômico para aquele grupo⁹.

Ficou evidenciado que o consumo de plantas medicinais como remédio é feito majoritariamente na forma de chás. Algumas delas, porém, são acrescidas ao vinho branco para consumo. Tal fato pode indicar uma propriedade curativa desse vinho, ou sua capacidade de aumentar a palatabilidade de certas plantas que não teriam um sabor agradável. De todo modo, o consumo moderado do vinho não se mostra um componente danoso à saúde para essa população.

Todas as plantas mencionadas pelas entrevistadas são de cultivo local, mostrando a íntima relação entre a cultura e o manejo de enfermidades. Os conhecimentos das

propriedades curativas de cada substância são saberes adquiridos com os seus ancestrais (bisavós, avós etc.) e derivados da prática observacional, pautada no uso de determinada espécie para uma enfermidade e visualização dos efeitos obtidos. Dessa maneira, constrói-se um arsenal cultural, passado através da oralidade e que constitui um saber riquíssimo para a sociedade como um todo.

Outra evidência foi que a banana não é só um alimento para essa comunidade, mas também um símbolo. Além de terem o cultivo da banana como uma tradição cultural, fazem diversos quitutes com a fruta para venda. No mês de julho, fazem anualmente a Festa da Banana, quando as líderes abrem o Quilombo para a sociedade de uma forma geral e realizar um intercâmbio cultural por meio de danças tradicionais, gastronomia típica, crenças e costumes. Esse fator também foi identificado por outro estudo, para o qual as práticas alimentares são importantes direcionadores para formação da identidade pessoal e cultural, com compreensão da história do povo local².

Na concepção alimentar, é perceptível como a banana é um símbolo de força corporal e de saúde. Ao utilizá-la no tratamento de crianças subnutridas, elas acreditam em seu poder curativo e sua capacidade de devolver à criança sua

energia e massa corporal. Além disso, têm o costume de consumir diariamente a fruta *in natura* e a farinha de banana, a qual também é produzida no Quilombo, mostrando seu papel fundamental na manutenção da saúde.

É válido ressaltar a importância do atendimento médico e dos demais profissionais da equipe de saúde nas práticas de saúde da comunidade, e tais orientações e diálogos podem contribuir para melhorar a qualidade de vida dessa população, instruindo-a sobre a importância da atividade física e da redução do consumo de alimentos com alto índice calórico, bem como do sal.

Nesse contexto, como identificado no estudo de Odeyemi & Bradley⁶, algumas plantas realmente não tiveram benefícios identificados, e outros bons resultados no controle da diabetes, doença em ascensão em países em desenvolvimento e provavelmente decorrente da mudança dos hábitos diários⁶.

No entanto, a consulta médica também tem o poder de aumentar a distância existente entre uma racionalidade médica específica de uma comunidade e conhecimentos ancestrais de terapêutica, da racionalidade biomédica existente em nossa sociedade.

Sobre as racionalidades médicas, entende-se o que vemos atualmente como “Medicina”, a qual tem diversas interfaces, e cada uma delas possui uma base que justifica essa ideologia. Uma vertente é a medicina ocidental contemporânea, que trata a doença em um corpo, baseando-se na física Newtoniana¹³. Um medicamento terá sempre a mesma ação se a doença for a mesma, uma questão de ação e reação extremamente previsível¹³.

Em outras concepções médicas, como a medicina tradicional chinesa e a ayurvédica, o foco é a individualização do doente. Há, não somente a rejeição da medicina especializada e tecnicizada considerada invasiva e iatrogênica, mas também a busca de fontes curativas na natureza, bem como a demonstração de sua eficácia¹³.

No caso do Quilombo em questão, essa concepção é vista na utilização das plantas da região e de alimentos específicos, baseando-se no ideal de que a cura vem da natureza e de que o remédio possui um caráter de certa forma danoso ao organismo.

Quando questionada sobre como se sentia com relação ao uso de losartana, prescrita pelo médico, uma das entrevistadas disse: “a gente não gosta de tomar o remédio, porque o remédio que passam para uma (pessoa) é o mesmo que passam pras outras, será que o mesmo remédio funciona pra todo mundo?”

Com base nessa fala, entendemos como é o pensamento curativo dessa população em questão, pois o questionamento supracitado demonstra como as mulheres quilombolas concebem e percebem muitas vezes o tratamento, mostrando “descrença” de que uma única substância terá o mesmo efeito em todas as outras pessoas que a ingerirem, no caso, a diminuição da pressão sanguínea. Isso por acreditar que cada organismo vivo tem suas próprias substâncias e sua própria dinâmica, fato que deve ser levado em conta no tratamento.

A doença é algo que acomete todo e qualquer ser humano, independentemente de sua cultura. No entanto, a forma como cada pessoa e povo vive o processo de adoecimento e desenvolve saberes e fazeres visando ao resgate e à manutenção da saúde depende do contexto cultural (crenças e valores) no qual estão inseridos. Dessa forma, é factível que o tratamento depende principalmente da maneira como a doença é enxergada e vivenciada pelo sujeito, o qual pode enfrentá-la de forma positiva e ativa ou subordinar-se aos seus efeitos deletérios sem ações de autocuidado¹¹.

Uma consulta médica ou de outro profissional da equipe de saúde pode ter efeitos positivos e/ou negativos, pois no caso do médico, mesmo este usando o melhor de seus conhecimentos para ajudar o doente, se não tiver conhecimento e compreensão sobre a cultura (crenças e valores) desse usuário que está atendendo, não obterá adesão ao tratamento prescrito e orientado. Por isso, a importância de todos os profissionais da saúde buscarem desenvolver habilidades quanto à escuta ativa e comunicação ativa, durante a consulta ou os cuidados prestados às pessoas, de modo específico, quando estas são membros de comunidades tradicionais (quilombolas, indígenas, membros de terreiro, ribeirinhos etc.).

Porém, quando interrogada quanto ao uso do medicamento prescrito pelo médico, a entrevistada em questão disse que todas as mulheres fazem uso do medicamento, apesar de isso contrariar suas concepções. Uma outra mulher

levantou o seguinte questionamento: “tomar remédio sem fazer exame?”.

A partir desses relatos, inferimos que o modelo de atenção à saúde vigente em nosso meio ainda é medicalocêntrico, centrado na figura do médico, que representa uma figura de poder e tem legitimidade para decidir o curso de outras vidas humanas. Assim, o foco curativo está na doença, bem como o foco das intervenções está no uso de procedimentos de alta tecnologia e de medicamentos em excesso. Exatamente por isso, esse modelo hegemônico está sendo criticado¹⁴.

A importância de os profissionais de saúde conhecerem a cultura na qual seu paciente está inserido é uma condição *sine qua non*, tendo em vista que as concepções e visões de mundo (dos profissionais e usuários) interferem diretamente no resgate e manutenção da saúde que se pretende alcançar¹⁴.

Nessa perspectiva, faz-se necessário que os cursos da área da saúde busquem cada vez mais inserir na formação dos futuros profissionais ensinamentos e vivências que lhes possibilitem futuramente cuidar das pessoas de uma forma ecológica, integral e integralizadora, onde o diálogo, o respeito às diferentes culturas e a interprofissionalidade, interdisciplinaridade e multiprofissionalismo sejam de fato reais e efetivos nos serviços de saúde.

Dessa maneira, contrapondo-se a esse cenário, as comunidades tradicionais buscam na natureza o que não encontram nas medicações vendidas em farmácias. Por meio de seus nutrientes e substâncias únicas, as plantas são a principal forma de cuidado com a saúde nessas comunidades, pois têm a capacidade devido a sua variedade, de individualizar o tratamento e, mais importante que isso, garantir a saúde como forma de prevenção.

Por fim, como já informado, o total de mulheres participantes deste estudo foi de apenas nove. Isso pode ser um fator limitante *a priori*, já que por analisarmos as práticas culturais individuais, além das grupais, é possível que as demais mulheres que não estavam presentes tivessem mais informações a acrescentar, as quais poderiam ser convergentes ou divergentes. Outro fator limitador, e ao mesmo tempo estimulador para que mais pesquisas sejam realizadas em comunidades tradicionais, é a escassez de pesquisas e publicações com essa temática relacionadas

aos cuidados com a saúde, de modo específico quanto aos povos remanescentes quilombolas no Brasil.

CONCLUSÃO |

Este estudo nos possibilitou visualizar a relação entre a natureza e a identidade cultural dos povos tradicionais, sendo as mulheres as principais mediadoras e mantenedoras desse processo relacional. As mulheres quilombolas do Mutuca-MT demonstraram que possuem e mantêm conhecimentos tradicionais quanto ao uso de plantas medicinais e alimentos produzidos no próprio quilombo como recursos terapêuticos complementares no resgate e manutenção da saúde. Esses saberes e fazeres culturais se reverberam em cuidados com a saúde individual e coletiva, mantendo assim a identidade e raízes culturais do quilombo.

Apesar de o mundo ser um objeto único, cada sujeito tem uma percepção diferente sobre ele, o que deriva do fato de cada pessoa estar inserida em uma determinada realidade de vida, a qual modula seus valores, práticas e visões de mundo. Dessa forma, o cuidado com a saúde está permeado por saberes e fazeres inerentes às tradições culturais de um povo, visões diferentes de mundo e da relação com este e a sociedade.

Consideramos, a partir dos fenômenos apreendidos na vivência deste projeto de pesquisa com interface na extensão, que se faz necessário que a formação dos médicos e demais profissionais da saúde incluam em seus currículos disciplinas que os preparem melhor para atuar junto às comunidades quilombolas, ensinando-lhes quanto aos aspectos culturais que permeiam os cuidados com a saúde desenvolvidos por esses povos. Assim, os futuros profissionais saberão desencadear em suas consultas um processo dialógico, que viabilize negociações culturais, tendo em vista ser impossível desvincular crenças e valores (cultura) dos processos de saúde e doença, dos saberes e fazeres inerentes à arte de cuidar e do autocuidado.

REFERÊNCIAS |

1. Dos Santos TAC; Barros FB. Each person has a science of planting: plants cultivated by quilombola communities

- of Bocaina, Mato Grosso State, Brazil. *Hoehnea*. 2017 Apr;44(2):211-235.
2. Santos A. O sabor da história: práticas alimentares e identidade quilombola. *Intratextos*. 2012;3:54-71.
3. Andreoli R, Follador FAC. Alimentação saudável: prevenção de doenças e Cuidados com a saúde. *Cadernos PDE: Os Desafios da Escola Pública Paranaense na Perspectiva do Professor PDE*. 2016;1:1-25.
4. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010 Mai-Jun;18(3):459-466.
5. Aziz MA, Khan AH, Adnan M, Izatullah I. Traditional uses of medicinal plants reported by the indigenous communities and local herbal practitioners of Bajaur Agency, Federally Administrated Tribal Areas, Pakistan. *J Ethnopharmacol*. 2017;198:268-281.
6. Odeyemi S, Bradley G. Medicinal Plants Used for the Traditional Management of Diabetes in the Eastern Cape, South Africa: Pharmacology and Toxicology. *Molecules*. 2018;23(11):2759.
7. Van Wyk BE. A review of commercially important African medicinal plants. *J Ethnopharmacol*. 2015;176:118-134.
8. Furtado MB, Pedroza RLS, Alves CB. Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir da psicologia cultural. *Psicologia & Sociedade*. 2014;26(1):106-115.
9. Amadiume, Ifi. *Re-inventing Africa: Matriarchy, Religion and Culture*. Interlink Publishing Group, 1997
10. Comunidades Quilombolas Certificadas. Portal Brasileiro de Dados Abertos, 14 de fevereiro de 2019. Disponível em: <http://dados.gov.br/dataset/comunidades-quilombolas-certificadas>. Acesso em: 18 de agosto de 2020.
11. Do Prado RA, Da Nóbrega JF, Ribeiro G; Valcarenghi RV, Nitschke RG. O Quotidiano e o Imaginário no Processo Saúde-Doença para as Famílias Quilombolas. *Saúde & Transformação Social*. 2013 Out;4(4):47-53.
12. Brasil. Ministério da Saúde. RENISUS – Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS - Espécies vegetais. Brasília, 2009.
13. Do Nascimento MC, De Barros NF, Nogueira MI, Luz MT. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013 Dec;18(12):3595-3604.
14. Ribeiro ACL, Ferla AA. Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. *Psicologia em Revista*. 2016;22(2):294-314.

Correspondência para/Reprint request to:

Lígia Bauer Oliveira

*Universidade Federal de Mato Grosso,
Av. Fernando Corrêa da Costa, 2367,
Boa Esperança, Cuiabá/MT, Brasil
CEP: 78060-900,
E-mail: ligiabauer16@gmail.com*

Recebido em: 27/10/2019

Aceito em: 16/09/2020

Prevalence and factors associated with satisfaction of graduates of the Nursing course

| Prevalência e fatores associados à satisfação de egressos do curso de Enfermagem

ABSTRACT | Objective:

*To analyze the prevalence and factors associated with the satisfaction of graduates of the undergraduate nursing course at a public university in the Brazilian Midwest. **Method:** Cross-sectional study, involving 221 graduates from 1979 to 2010. Data were collected using the Lime Survey software guided by a structured form. **Results:** The age of the graduates varied from 23 to 60 years with a median of 28 years, predominantly female, single, without children from private education. The prevalence of graduates working and satisfied with their education was 89.24%; the dissatisfied 70.46% due to the salary. The factors associated with satisfaction with nursing education showed that graduates who completed the course up to 23 years of age were more likely to be satisfied; those over the age of 30 who attended graduate school, worked in assistance, received up to nine minimum wages and had a public job were more satisfied with the salary of the profession. However, the most satisfied with nursing were the graduates who completed graduation in 2008, aged up to 30 years old, had postgraduate degrees, participated in scientific activities and worked more than 40 hours a week. **Conclusion:** The study may serve as an instrument for the temporal evaluation of the undergraduate nursing course and its institutionalization for systematic monitoring of graduates and support improvement actions to strengthen training, professional practice and enhance the satisfaction of graduates.*

Keywords | Education, Nursing; Students, Nursing; Staff Development; Job Market; Job Satisfaction.

RESUMO | Objetivo: Analisar a prevalência e os fatores associados à satisfação dos egressos do curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública do centro-oeste brasileiro. **Método:** Estudo transversal, envolvendo 221 egressos do período de 1979 a 2010. Os dados foram coletados por meio do *software Lime Survey*, guiado por formulário estruturado. **Resultados:** A idade dos egressos variou de 23 a 60 anos, com mediana de 28 anos, predominância do sexo feminino, solteiros, sem filhos, procedentes de ensino privado. A prevalência dos egressos atuantes e satisfeitos com a formação foi de 89,24%; os insatisfeitos 70,46% decorrente do salário. Os fatores associados à satisfação com a formação na enfermagem evidenciaram que os egressos que concluíram o curso com até 23 anos tinham mais chance de estarem satisfeitos; aqueles com idade acima de 30 anos que fizeram pós-graduação atuavam na assistência, recebiam até nove salários mínimos, possuíam vínculo público e estavam mais satisfeitos com o salário da profissão. Porém, os mais satisfeitos com a enfermagem foram os egressos que concluíram a graduação em 2008, com idade até 30 anos, tinham pós-graduação, participavam de atividades científicas e trabalhavam mais de 40 horas semanais. **Conclusão:** O estudo poderá servir de instrumento de avaliação temporal do curso de graduação em enfermagem e a sua institucionalização para acompanhamento sistemático dos egressos e subsidiar ações de melhorias para fortalecer a formação, a prática profissional e potencializar a satisfação dos egressos.

Palavras-chave | Educação em Enfermagem; Estudantes de Enfermagem; Formação de Recursos Humanos; Mercado de Trabalho; Satisfação no Emprego.

¹Universidade Federal de Goiás. Goiânia/GO, Brasil.

INTRODUÇÃO |

As mudanças políticas e pedagógicas que embasaram a Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde (SUS) repercutiram em novos cenários do mercado de trabalho em saúde e vêm exigindo determinadas características dos profissionais que se inserem.

Ao se avaliar os cursos na área da saúde, pode-se entender como se desenvolve o processo educativo e as demandas para o alcance de um ensino e capacitação profissional que atenda às necessidades regionais e o alcance de uma prática segura e com qualidade¹.

O estudo de egressos na enfermagem é uma forma de avaliação de determinada realidade que aponta tendências relacionadas à formação ofertada pelo órgão formador no desenvolvimento das competências essenciais e de possíveis formas de superá-las, com estratégias de ensino aprendizagem que possibilitam a inserção do egresso no mercado de trabalho, assim como a satisfação profissional em decorrência da adequação do desempenho no campo da prática e do nível de assistência prestada à comunidade¹.

A satisfação do egresso é um fator que deve ser explorado por ser um indicador da qualidade, tanto da sua formação, quanto da prestação de serviço². Quando o egresso está satisfeito, envolvem-se processos de avaliação para promover adequação da estrutura pedagógica do curso vivenciado, e dos aspectos intervenientes do processo da formação acadêmica, assim como colocar em prática o que melhor adquiriu na sua formação².

Ressalta-se que a satisfação está relacionada a um conjunto de sentimentos favoráveis que os indivíduos apresentam em relação ao seu desempenho pós formação, e quanto maiores forem os fatores de satisfação, maior poderá ser o empenho do profissional em prestar uma assistência qualificada, refletindo um serviço de melhor qualidade³.

Outros aspectos a serem considerados incluem a remuneração adequada para a função exercida, a autonomia para tomar decisões, a possibilidade de crescimento profissional, reconhecimento pessoal e o próprio orgulho do indivíduo em atuar em determinadas instituições. Já a insatisfação é determinada por uma série de fatores negativos que, também, poderão interferir na qualidade dos serviços, como a ausência de perspectiva de crescimento profissional e salários inferiores à função exercida, que conduzem além

da insatisfação no trabalho, o aumento do absenteísmo, da rotatividade e ao desgaste físico e profissional da equipe³.

Estudo envolvendo egressos em países como nos Estados Unidos da América (EUA) aponta que, em Nova Iorque, para enfrentar a escassez de enfermeiros no mercado de trabalho e evitar a migração, foi estimulada a formação de novos profissionais em um curto período de tempo⁴. A avaliação de resultados desse processo foi positiva e evidenciou satisfação com a disponibilidade de emprego, porém apontou a ampliação da busca pela educação continuada para manutenção da empregabilidade⁴.

Na Austrália, um estudo realizado com enfermeiros egressos buscou identificar o tipo de trabalho escolhido, as razões para essa escolha e sua transição para a prática⁵. Foram destacadas independência financeira, autonomia, confiança, experiência e oportunidade no futuro, porém alguns egressos divergiram sobre a escolha de emprego e transição para a prática⁵.

Na Região Centro-Oeste do Brasil, Goiás é o estado com a maior concentração de cursos de graduação em enfermagem com mais de 30 Instituições de Ensino Superior (IES)⁶. Esses valores são reais e se confirmam com dados do Conselho Regional de Enfermagem de Goiás (COREN-GO), os quais mostram que em Goiás existem 53.394 profissionais de enfermagem registrados, e dos quais 14.120 são enfermeiros⁷.

O crescimento de cursos de graduação em enfermagem no Brasil⁸ e no estado de Goiás é notório e tem como reflexo o aumento de egressos, com impacto direto tanto nos postos de trabalho, quanto nos critérios de recrutamento e seleção do profissional.

Nessa perspectiva de crescimento da enfermagem, em 2005, a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás deu os primeiros passos na implantação de uma nova proposta no seu projeto político pedagógico, que preconiza a formação de um enfermeiro generalista, humanista, crítico, reflexivo, capaz de atuar pautado em princípios éticos, em diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva de integralidade da assistência, com compromisso social e cidadania⁹.

Há evidências, por parte desses egressos, do enfrentamento de um mercado de trabalho cada vez mais competitivo, e

esse fato reforça a necessidade de que se busque cada vez mais o aprimoramento profissional, por meio de programas de educação continuada para atender às expectativas da profissão, que se desenvolve em um ambiente de mudanças técnico-científicas¹⁰.

Esse contexto mostra a importância de um estudo de avaliação da formação profissional, a qual poderá traçar a realidade atual de um curso de graduação, identificar fatores de vulnerabilidade da profissão e as tendências do mercado para os enfermeiros.

Embora a cultura da avaliação esteja progressivamente sendo incorporada às instâncias da gestão acadêmica nas instituições de ensino superior, ainda há necessidade e carência na criação de instrumentos de controle e acompanhamento institucionais que possam contribuir com a melhoria da qualidade da formação em enfermagem.

Considerando a importância de estudos de egressos, como base no aprimoramento de um curso, este estudo teve como objetivo analisar a prevalência e os fatores associados à satisfação profissional dos egressos do curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública do centro-oeste brasileiro.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo descritivo, de delineamento transversal, com uma população constituída pelos egressos do curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública federal do centro-oeste brasileiro, do período de 1979 (quando se formou a 1ª turma) até o ano de 2010, totalizando 221 participantes. Para a seleção dos participantes, os critérios de inclusão foram o desejo e a disponibilidade de participar, sendo excluídos aqueles que se recusaram ou não responderam ao instrumento no prazo de cinco meses.

O período de coleta de dados foi de fevereiro a junho de 2011. Os dados foram coletados via eletrônica, no intuito de obter maior acesso geográfico e, conseqüentemente, maior participação de egressos. Foi utilizado um instrumento estruturado, avaliado de forma independente, por dez juízes, sendo cinco docentes da universidade, especialistas em estatística e, por cinco egressos de enfermagem de outras instituições de ensino. A partir das sugestões apontadas, procedeu-se ao ajuste no instrumento para o seu

aperfeiçoamento. O instrumento final foi um formulário estruturado com 28 questões mensuradas em forma de escala tipo *Likert*, que avaliavam opiniões dos egressos em posições do mais desfavorável ao mais favorável sobre a sua formação, mercado de trabalho e a busca por aprimoramento por meio de programas de educação continuada. O instrumento consta de quatro partes.

Na primeira parte constam dados de caracterização dos participantes: sexo, data de nascimento, estado civil, número de filhos, local de residência fixa antes do curso e o local de residência atual, tipo de escola onde cursou o ensino médio e o ano em que concluiu o curso de graduação. A segunda, com questões sobre a situação formal de trabalho, tipo de vínculo empregatício atual, carga horária de trabalho semanal, renda profissional, oportunidades de emprego na enfermagem, satisfação com o salário, principal fonte de renda, posição no provimento familiar, principal ocupação, principal atividade profissional, problemas de saúde relacionados à prática da profissão e problemas emocionais decorrentes do exercício profissional. A terceira, com aspectos da satisfação, a formação profissional, a profissão e a escolha do curso. E a quarta parte, com questões relacionadas com a qualificação, a participação em eventos científicos, cursos de aprimoramento e os motivos que dificultavam a participação em atividades de aprimoramento.

A população de egressos foi requerida na Pró-Reitoria de Graduação, Coordenação de Curso, consulta ao banco de dados do Conselho Regional de Enfermagem – Seção Goiás e em *sites* de relacionamento e comunidades de enfermagem. Foram realizados contatos telefônicos, via correio eletrônico e utilizada a técnica de *snowball*¹¹.

Após a obtenção dos contatos, criou-se um banco de cadastro com o nome e correio eletrônico dos egressos que foram inseridos no *software LimeSurvey*¹² e codificados para sigilo de sua identidade. O acesso foi controlado por meio de códigos de acesso gerados pelo próprio *software* para cada participante.

O envio do instrumento foi em uma única vez junto com carta convite que incluía as orientações quanto ao preenchimento do questionário e sua devolução. Acompanhava um *link* protegido por senha para acesso ao questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O prazo para a devolução do instrumento foi inicialmente de dois meses, e a cada sete dias era enviado um lembrete via *e-mail*. Após o encerramento da coleta, foi construído o banco de dados.

As variáveis de desfecho foram: satisfação com a formação, satisfação com a renda e se trabalha na enfermagem. Realizada análise descritiva dos dados usando frequência, mediana e valores mínimos e máximos. A análise univariada foi realizada para identificar os fatores associados à satisfação com a formação, satisfação com a renda e se trabalha na enfermagem, usando os testes qui-quadrado e *Fisher*, quando necessário. Calculou-se o OR (*odds ratio*) como medida de associação e respectivos intervalos de 95% de confiança. Foram consideradas estatisticamente significantes as associações que obtiveram valor de $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Todas as etapas da pesquisa respeitaram as recomendações propostas pelo Conselho Nacional de Saúde, conforme a Resolução 466/2012¹³.

RESULTADOS |

Dos 793 egressos relacionados foram obtidos 500 contatos (63,05%) por via eletrônica. Desses, 221 (27,86%) responderam ao formulário; 269 (33,92%) não responderam, e 10 (1,27%) dos *e-mails* retornaram por serem inválidos.

A população foi composta por 221 egressos do curso de graduação em enfermagem, com idade variável entre 23 a 60 anos e mediana de 28 anos. Houve predominância do sexo feminino 209 (94,6%), solteiros 106 (48%) e sem filhos 132 (59,7%). Com relação ao ensino médio, 127 (57,5%) dos enfermeiros egressos estudaram em instituição privada. A maioria dos egressos antes de ingressarem no curso de graduação em enfermagem da referida universidade residia em Goiânia/GO 134 (60,6%). Após a conclusão do curso, o número de egressos que passaram a residir em Goiânia/GO aumentou para 149 (67,4%). Com relação à idade de conclusão do curso, 203 (91,9%) tinham entre 21 e 24 anos de idade, a idade mínima foi de 21 e a máxima de 30 anos, com mediana de 23. Com referência ao ano em que concluíram o curso na universidade, 161 (72,9%) concluíram entre 2001 e 2010. A renda líquida mensal predominante foi acima de nove salários mínimos para 51 (23%) dos egressos (Tabela 1).

A prevalência dos egressos que trabalham na enfermagem e estão satisfeitos com o salário foi de 29,53% (57/193;

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos egressos do Curso de Graduação em Enfermagem da UFG; período 1979 a 2010 ($n=221$). Goiânia-GO, 2012

Características	N	%
Sexo		
Feminino	209	94,6
Masculino	12	5,4
Idade atual		
Mediana	28	
Valor mínimo	23	
Valor máximo	60	
Idade que formou		
Mediana	23	
Valor mínimo	21	
Valor máximo	30	
Estado civil		
Solteiro	106	48,0
Casado ou vive com companheiro	104	47,1
Divorciado	7	3,2
Viúvo	4	1,8
Filhos		
Não	132	59,7
Sim	89	40,3
Tipo de escola em que cursou o ensino médio		
Privada	127	57,5
Pública	94	42,5
Residência antes do curso		
Goiânia	134	60,6
Interior de Goiás	64	29,0
Outro estado	23	10,4
Residência atual		
Goiânia	149	67,4
Interior de Goiás	33	14,9
Outro estado	37	16,7
Fora do país	2	0,9
Ano de conclusão do curso		
1979 a 1989	21	9,5
1990 a 2000	39	17,6
2001 a 2010	161	72,9
Renda mensal		
Não tem renda	15	6,8
Até 2 salários mínimos	15	6,8
Até 3 salários mínimos	28	12,7
Até 5 salários mínimos	49	22,2
Até 7 salários mínimos	39	17,6
Até 9 salários mínimos	24	10,9
Acima de 9 salários mínimos	51	23
Total	221	100,0

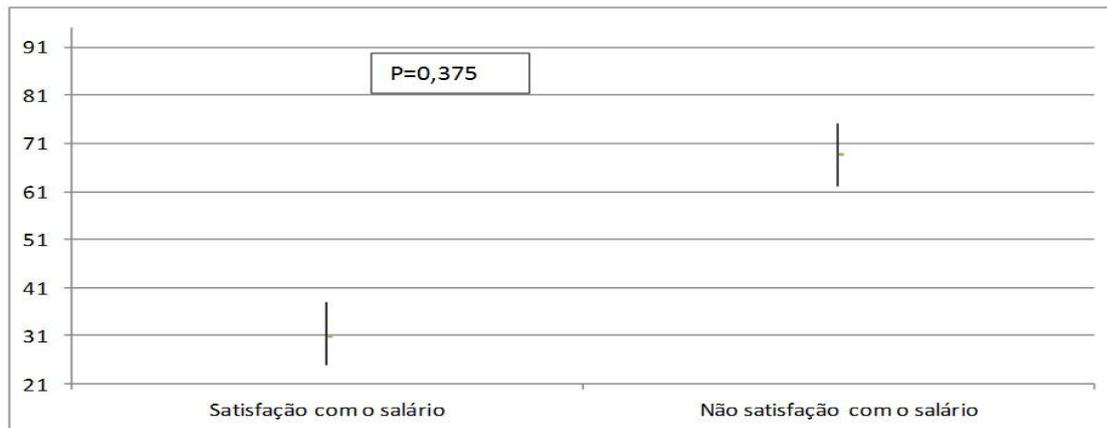
Fonte: Elaboração própria.

IC95% 23,42-36,26). No entanto, enquanto para os egressos atuantes na enfermagem e que não estavam satisfeitos com o salário foi de 70,46% (136/193; IC95% 63,74-90,84), valor de $p=0,375$ (Figura 1).

A prevalência dos egressos satisfeitos com a formação e que trabalham na enfermagem foi de 89,24% (166/186; IC95% 84,16-93,12). Dos egressos satisfeitos com a formação e que não trabalham na enfermagem, foi de 10,75% (20/186; IC95% 6,88-15,84) e valor de $p=0,05$ (Figura 2).

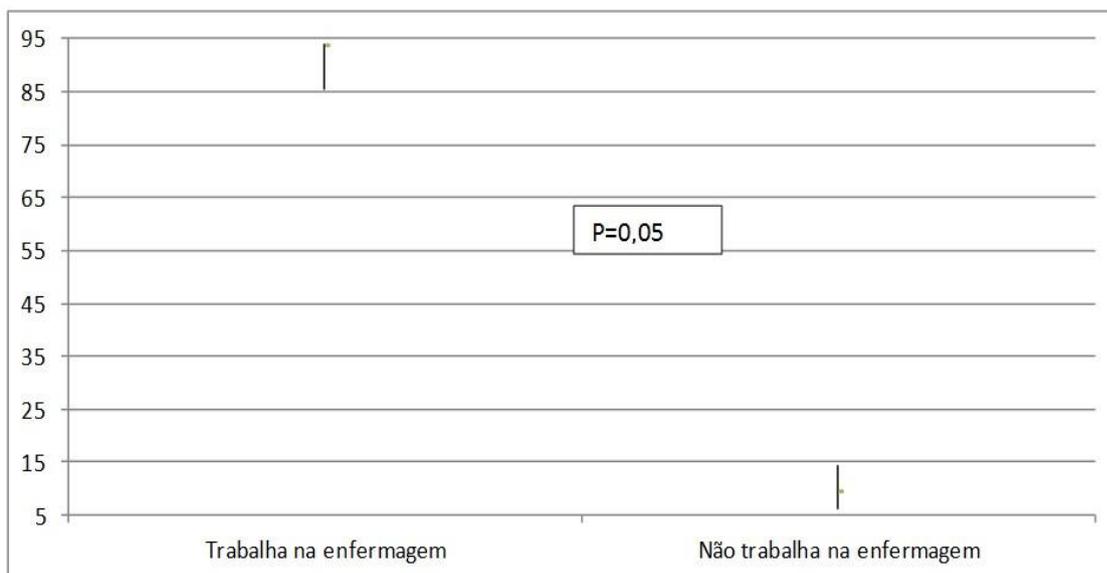
Os fatores associados com a satisfação e com a formação na enfermagem mostram que os egressos formados com até 23 anos tiveram 2,92 vezes mais chance de estarem satisfeitos com a formação do que egressos com idade superior ($p<=0,028$). Os egressos que se consideram enfermeiros bem-sucedidos têm 3,48 vezes mais chance de estarem satisfeitos com a formação ($p<=0,001$) e, por sua vez, os egressos que fariam o mesmo curso novamente tiveram 6,91 vezes mais chances de estarem satisfeitos com a formação do que outros egressos ($p<= 0,000$) (Tabela 2).

Figura 1 - Prevalência e intervalos de confiança de 95% com o trabalho na enfermagem e da satisfação e não satisfação com o salário oferecido para a enfermagem, dos egressos entre 1979 a 2010. Goiânia-GO, 2012



Fonte: Elaboração própria.

Figura 2 - Prevalência e intervalos de confiança de 95% da satisfação com a formação e com o trabalhar na enfermagem e não trabalhar na enfermagem dos egressos entre 1979 a 2010. Goiânia-GO, 2012



Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2 - Análise univariada da associação das variáveis de desfecho com a variável de exposição satisfação com a formação de egressos do Curso de Graduação em Enfermagem da UFG; período 1979 a 2010 (n= 221). Goiânia-GO, 2012

Variáveis de exposição	Satisfação com a formação		OR	IC 95%	P
	Sim	Não			
Sexo					
Masculino	11	01	2,13	0,26-17,10	0,696
Feminino	175	34			
Idade					
31 anos ou mais	71	13	1,04	0,49-2,20	0,908
Até 30 anos	115	22			
Idade quando formou					
Até 23 anos	61	05	2,92	1,08-7,92	0,028
24 anos ou mais	125	30			
Fez pós-graduação					
Sim	153	26	1,60	0,68-3,74	0,270
Não	33	09			
Considera-se bem-sucedido					
Sim	130	14	3,48	1,65-7,33	0,001
Não	56	21			
Considera a profissão estressante					
Não	27	03	1,81	0,51-6,33	0,431
Sim	159	32			
É o principal provedor familiar					
Sim	58	06	2,19	0,86-5,56	0,093
Não	128	29			
Ano em que terminou a graduação					
Ate 2008	140	31	0,39	0,13-1,17	0,084
2009 e 2010	46	04			
Escolheria a mesma profissão					
Sim	125	08	0,691	2,96-16,12	0,000
Não	61	27			
Atividade					
Assistência	78	14	1,08	0,51-2,26	0,831
Outra	108	21			
Participação em eventos científicos					
Sim	166	30	1,38	0,48-3,97	0,562
Não	20	05			
Carga horária semanal					
Até 40 horas	88	15	1,19	0,57-2,48	0,628
Mais de 40 horas	98	20			
Renda					
Mais de 5 salários	99	16	1,35	0,65-2,78	0,414
Até 5 salário	87	19			
Trabalha no setor público					
Sim	126	22	1,24	0,58-2,63	0,573
Não	60	13			

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 3 demonstra que os fatores associados com a satisfação com o salário na enfermagem indicam que os egressos com idade maior ou igual a 31 anos tiveram 1,91 vezes mais chance de estarem satisfeitos com o salário do que aqueles com idade inferior. Assim como os egressos que atuam na assistência tiveram 2,02 vezes mais chances; os que fizeram pós-graduação tiveram 2,8 vezes mais chances; os que recebiam nove ou mais salários apresentaram 27,05 vezes mais chances; aqueles satisfeitos com a formação tiveram 3,6 vezes mais chances; aqueles que trabalham no setor público tiveram 2,35 vezes mais chances de estarem satisfeitos com o salário. A associação da satisfação com as variáveis sócio-demográficas demonstrou uma tendência para as mulheres apresentarem maior insatisfação que os homens em relação à remuneração ($p < 0,1$).

Os fatores associados com o trabalho na enfermagem mostram que os egressos que formaram até o ano de 2008 tiveram 3,65 vezes mais de chance de trabalharem na enfermagem do que quem formou depois, e quem tem até 30 anos teve 4,24 vezes mais chance de trabalhar na enfermagem do que egressos com uma idade mais avançada. Os egressos com pós-graduação tiveram 10,38 vezes mais chances de estarem trabalhando na enfermagem; quem participa de eventos científicos teve 4,24 vezes mais chances; quem trabalha mais que 40 horas semanais teve 4,74 vezes mais chances, e os egressos satisfeitos com a formação tiveram 2,45 vezes mais chances de trabalharem na enfermagem. Essas informações podem ser observadas na Tabela 4.

Tabela 3 - Análise univariada da associação das variáveis de desfecho com a variável de exposição satisfação com o salário oferecido para a enfermagem de acordo com egressos do Curso de Graduação em Enfermagem da UFG; período 1979 a 2010 ($n=221$). Goiânia-GO, 2012

Variáveis de exposição	Satisfação salário		OR	IC 95%	P
	Sim (n)	Não (n)			
Sexo					
Masculino	04	08	1,27	0,36-4,38	0,462
Feminino	59	150			
Idade					
31 anos ou mais	31	53	1,191	1,05-3,47	0,030
Até 30 anos	32	105			
Idade quando formou					
Até 23 anos	19	47	1,02	0,53-1,92	0,952
24 anos ou mais	44	111			
Fez pós-graduação					
Sim	57	122	2,80	1,11-7,03	0,023
Não	06	36			
Principal provedor familiar					
Sim	18	46	0,97	0,51-1,85	0,936
Não	45	112			
Ano em que terminou a graduação					
Até 2008	53	118	1,79	0,83-3,86	0,130
2009 e 2010	10	40			
Escolheria a mesma profissão					
Sim	43	90	1,62	0,87-3,01	0,122
Não	20	68			
Tipo de atividade					
Assistência	34	58	2,02	1,11-3,65	0,019
Outra	29	100			

*continua.

*continuação.

Participação em eventos científicos					
Sim	56	140	1,02	0,40-2,59	0,952
Não	07	18			
Carga horária semanal					
Até 40 horas	31	72	1,15	0,64-2,07	0,625
Mais de 40 horas	32	86			
Renda (Salários Mínimos)					
0 --½2	02	28	1,0		
2 --½ 3	02	25	1,12		
3 --½ 5	10	39	3,59		
5 --½ 7	14	25	7,84		
7 --½ 9	09	15	8,40		
Mais que 9	26	26	14,00	$\chi^2 = 27,05^*$	0,000
Satisfação com a formação					
Sim	59	127	3,60	1,21-10,66	0,015
Não	04	31			
Trabalha no setor público					
Sim	50	98	2,35	1,18-4,69	0,013
Não	13	60			

* Qui-quadrado de tendência. Fonte: Elaboração própria.

Tabela 4 - Análise univariada da associação das variáveis de desfecho com a variável de exposição trabalho na enfermagem para os egressos do Curso de Graduação em Enfermagem da UFG; período 1979 a 2010 (n= 221). Goiânia-GO, 2012

Variáveis de exposição	Trabalha na enfermagem		OR	IC 95%	P
	Sim (n)	Não (n)			
Sexo					
Masculino	11	01	1,63	0,20-13,14	1,000
Feminino	182	27			
Idade					
31 anos ou mais	80	04	4,24	1,41-12,71	0,006
Até 30 anos	113	24			
Idade quando formou					
Até 23 anos	60	06	1,65	0,63-4,28	0,297
24 anos ou mais	130	22			
Satisfeito com a formação					
Sim	166	20	2,45	0,98-6,14	0,057
Não	27	08			
Fez pós-graduação					
Sim	168	11	10,38	4,36-24,71	0,000
Não	25	17			
Considera a profissão estressante					
Sim	168	23	1,46	0,50-4,19	0,553
Não	25	05			

*continua.

*continuação.

Ano em que terminou a graduação					
Até 2008	156	15	3,65	1,60-8,33	0,001
2009 e 2010	37	13			
Participação em eventos científicos					
Sim	176	20	4,14	1,58-10,80	0,006
Não	17	08			
Carga horária semanal					
Até 40 horas	98	05	4,74	1,73-12,99	0,001
Mais que 40 horas	95	23			

Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO |

A formação profissional e o trabalho na enfermagem como processo relacional em saúde foram ressaltados pelos egressos como motivo de satisfação com o curso de graduação, em decorrência das atividades inerentes à profissão, tais como cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar. Dentre esses, o cuidar e o gerenciar são os processos mais evidenciados no trabalho do enfermeiro¹⁴. A Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 destaca como atribuições do enfermeiro a gerência de serviços de saúde e unidades de enfermagem, assim como planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, consultoria e auditoria, além dos cuidados de assistência direta aos pacientes¹⁵.

O enfermeiro desempenha papel importante na gestão do cuidado ao paciente e no alcance da qualidade dos serviços de saúde, devendo por isso ter como foco o atendimento integral e humanizado. Nessa perspectiva, a melhoria da qualidade da assistência em saúde deve ser contínua e considerada como um processo dinâmico, amplo e exaustivo de identificação de fatores intervenientes do processo de trabalho da equipe de enfermagem, com ações que possibilitem adoção de altos níveis dos cuidados prestados¹⁶.

Estudo¹⁴ sobre a satisfação do egresso de uma universidade do Rio de Janeiro analisou a percepção do egresso sobre atuação e vivência no mundo do trabalho. Os resultados apontaram que a maioria dos egressos relataram satisfações pessoais e profissionais sobre os seus trabalhos. Porém, em menor incidência, foram relatadas boas satisfações pessoais e profissionais e satisfação pessoal, apesar de se considerarem parcialmente insatisfeitos profissionalmente, devido aos salários injustos.

Outro estudo realizado com egressos dos cursos de graduação da Universidade Federal do Ceará encontrou elevada proporção de egressos inseridos no mercado de trabalho, atuando na mesma área de formação e com renda mensal individual variando de 1,5 a três salários mínimos. Também foram evidenciadas informações sobre o reconhecimento majoritário dos egressos quanto à qualidade, quais sejam: formação recebida; gestão acadêmica do curso; adequação curricular para o exercício profissional; estágio curricular obrigatório e, por fim, salas de aula e espaços de convivência¹⁷.

Acredita-se que seja difícil para o egresso desvincular a satisfação com a formação e com o trabalho na enfermagem pelas transformações que ocorrem no seu cotidiano, sendo um ponto de diferença entre essas prevalências, quando estimulados pelo salário oferecido à enfermagem^{14,17}.

A prevalência dos egressos atuantes na enfermagem e que não estão satisfeitos com o salário foi de 70,46%. A partir desses resultados, destaca-se que quem trabalha na enfermagem não está satisfeito com o salário oferecido para a profissão.

São variados os motivos que fazem com que os egressos trabalhem na enfermagem e estejam insatisfeitos com o salário^{14,16}, dentre eles o tempo de cinco anos de curso para exercer a profissão, dificuldades na inserção no mercado de trabalho, falta de apoio familiar e fatores financeiros. Porém, o fato de gostar da enfermagem faz com que esses egressos, mesmo insatisfeitos com o salário, continuem exercendo a profissão.

A prevalência dos egressos satisfeitos com a formação e que trabalham na enfermagem foi de 89,24%, o que nos

leva a concluir que estão satisfeitos com a formação são os egressos que estão atuando na enfermagem.

Apesar da relação existente entre as variáveis, a investigação apresenta limitações e há necessidade de aprofundar nesse contexto. Vários questionamentos se colocam a partir do estudo, em que se determina a influência da formação, do mercado de trabalho, do aprimoramento profissional e da satisfação no desenvolvimento da cultura organizacional, avaliando-as comparativamente à de grupos de egressos de outras instituições de ensino.

Portanto, envolver aspectos de satisfação dos profissionais é essencial, bem como proporcionar estratégias que conduzam as pessoas a exercerem a sua prática em saúde com entusiasmo, criatividade e motivação¹⁶. A ausência da participação, da capacitação e do envolvimento dos profissionais em programas de educação continuada impede a consolidação dos processos de qualidade, uma vez que dependem de esforços e desempenho individual e coletivo¹⁶.

Os fatores associados com a satisfação, com a formação na enfermagem mostram que os egressos formados com até 23 anos tiveram 2,92 vezes mais de chance de estarem satisfeitos com a formação do que egressos com idade superior ($p \leq 0,028$).

Os egressos que se consideram enfermeiros bem-sucedidos tiveram 3,48 vezes mais chance de estarem satisfeitos com a formação ($p \leq 0,001$) e, por sua vez, os egressos que fariam o mesmo curso novamente tiveram 6,91 vezes mais chances de estarem satisfeitos com a formação do que outros egressos ($p \leq 0,000$).

A satisfação é uma variável multifatorial, onde os aspectos frequentemente estudados são relacionados a uma determinada natureza específica. Além disso, são considerados os sentimentos positivos e negativos das pessoas em relação às suas expectativas¹⁸⁻¹⁹. A satisfação é tida como uma combinação de vários fatores, que faz com que as pessoas se sintam satisfeitas em um momento específico de sua vida. A ênfase em fatores como *status* social e renda são condições que levam à satisfação, e uma das formas para alcançar esses desejos pode se relacionar ao emprego, à carreira e ao salário e, a partir desses fatores, com uma associação significativa entre várias características dos egressos, existem hipóteses que podem ou não ser consideradas²⁰.

É possível que os egressos que se formaram com idade até 23 anos tenham tido oportunidade de ingressar de forma mais precoce no mercado de trabalho, assim como tiveram tempo para adquirirem experiência mais cedo, ao contrário das pessoas que terminaram o curso com uma idade mais avançada. Os egressos satisfeitos com sua formação tiveram uma probabilidade de estarem mais satisfeitos com o seu salário e por isso se consideram bem-sucedidos.

Os fatores associados com a satisfação, com o salário na enfermagem que tiveram significância mostram que os egressos com idade maior ou igual a 31 anos tiveram 1,91 vezes mais chance de estarem satisfeitos com o salário do que os com idade inferior. Assim como aqueles que trabalham na assistência tiveram 2,02 vezes mais chances; os que fizeram pós-graduação alcançaram 2,8 vezes mais chances; os que estão satisfeitos com a renda obtiveram 27,05 vezes mais chances; aqueles que estão satisfeitos com a formação tiveram 3,6 vezes mais chances; assim como aqueles egressos que trabalham no setor público tiveram 2,35 vezes mais chances de estarem satisfeitos com o salário.

A associação da satisfação com as variáveis sociodemográficas evidenciou uma tendência para as mulheres mostrarem maior insatisfação que os homens em relação à remuneração auferida ($p < 0,1$). Um estudo espanhol²¹ apresentou resultados coincidentes, em que as mulheres tendem a maior insatisfação em relação à remuneração e a outras características de uma forma geral.

A satisfação, quando associada à idade, aumenta como verificado no estudo em questão²¹⁻²². Porém, no início da vida profissional, os enfermeiros sentem alguma satisfação, que tende a diminuir com a idade²¹. Assim, verifica-se que as variáveis sociodemográficas desses estudos não se associaram a todas as dimensões da satisfação analisadas.

São inúmeros os fatores que influenciam na satisfação e que por sua vez afetam de forma diferente cada indivíduo²³⁻²⁴. Os principais problemas das condições de trabalho que levam à insatisfação são as remunerações acompanhadas pela oportunidade de carreira, horas de trabalho, descanso e férias, segurança, proteção à saúde, oportunidade de formação e educação continuada, organização do trabalho, participação na determinação das suas condições de trabalho e de vida e em tudo que contribui para a satisfação no trabalho²⁵.

Os fatores que tiveram mais relação com a satisfação desses egressos deste estudo foram relacionados ao salário, à oportunidade de qualificação e a demais características já evidenciadas.

Os fatores associados com o trabalho na enfermagem e que foram significantes mostram que os egressos formados até o ano de 2008 tiveram 3,65 vezes mais de chance de trabalharem na enfermagem do que quem formou depois, e quem estava com até 30 anos de formados teve 4,24 vezes mais de chance de trabalharem na enfermagem do que egressos com uma idade mais avançada. Já os egressos com curso de pós-graduação tiveram 10,38 vezes mais chances de estarem trabalhando na enfermagem; quem participa de eventos científicos teve 4,24 vezes mais chances; quem trabalha mais que 40 horas semanais alcançou 4,74 vezes mais chances, e os egressos satisfeitos com a formação obtiveram 2,45 vezes mais chances de trabalharem na enfermagem.

A satisfação no trabalho influencia a satisfação com a vida, por isso uma pode interferir na outra, como também afetar as relações sócio-familiares²⁶. Abordar a satisfação profissional da equipe de enfermagem em um cenário de investimentos em recursos humanos, estruturais e materiais de uma instituição pública possibilita ampliar o olhar para a realidade de trabalho, estabelecer as variáveis que podem influenciar na satisfação e na motivação dos trabalhadores²⁴.

CONCLUSÃO |

A certeza do alcance dos objetivos propostos se dá pela clareza apresentada pelos dados sobre a realidade profissional e social vivenciada pelos egressos. A metodologia aplicada no estudo teve papel fundamental dada à complexidade para o mapeamento dessa população, em decorrência do tempo percorrido da formação, além de tratar-se de uma modalidade tecnológica de fácil acessibilidade, de longo alcance e atual.

A análise da prevalência evidenciou que os egressos que trabalham na enfermagem estão satisfeitos com a formação, porém, apresentam considerável insatisfação com o salário ofertado no mercado de trabalho para o enfermeiro.

Os fatores associados à satisfação com a formação em enfermagem são referentes a egressos que concluíram o

curso com até 23 anos, que se consideravam bem-sucedidos e que escolheriam a mesma profissão.

Os que tinham idade acima de 30 anos, os quais fizeram pós-graduação, com atuação na assistência, que recebiam até nove salários mínimos e possuíam vínculo no setor público mostraram-se satisfeitos com o salário da profissão. Porém, os mais satisfeitos com o trabalho na enfermagem foram os egressos que concluíram a graduação até o ano de 2008, com idade até 30 anos, fizeram pós-graduação, participavam de atividades científicas e trabalhavam mais de 40 horas semanais

As principais contribuições deste estudo foram relacionadas à compreensão das variáveis que afetam a satisfação com a formação, com o salário e com o trabalho na enfermagem de um grupo de egressos e servirá para subsidiar o planejamento de ações de melhorias, com vista a fortalecer a formação, a prática profissional e potencializar a satisfação dos egressos.

Acredita-se que os resultados subsidiarão as discussões e que sejam considerados na construção de indicadores, assim como um instrumento de avaliação temporal do curso de graduação em enfermagem e a sua institucionalização como ferramenta para acompanhamento sistemático dos egressos, para que assim atenda às expectativas do mercado de trabalho em enfermagem.

REFERÊNCIAS |

1. Kiguli S, Baingana R, Paina L, Mafigiri D, Groves S, Katende G, et al. Situational analysis of teaching and learning of medicine and nursing students at Makerere University College of Health Sciences. *BMC Int Health Hum Rights*. 2011;11(Suppl 1):S3. doi: 10.1186/1472-698X-11-S1-S3
2. Meira MDD, Kurcgant P. Avaliação de curso de graduação segundo egressos. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):481-5.
3. Nunes CM, Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgant P. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev Eletr Enf*. 2010;12(2):252-7.
4. Kemsley M, McCausland L, Feigenbaum J, Riegler E. Analysis of graduates' perceptions of an accelerated

- bachelor of science program in nursing. *J Prof Nurs.* 2011;27(1):50-8.
5. Phillips C, Kenny A, Smith C, Esterman A. Pre-registration paid employment choice: The views of newly qualified nurses. *Nurse Educ Today*; 2011.
6. Ministério da Educação. Consulta de IES/curso. Brasília (DF); 2018. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/ies/>.
7. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. Quantitativo por categoria da equipe de enfermagem. Dados referentes a novembro/2017. Goiânia (GO); 2017. Disponível em: http://www.corengo.org.br/acompanhe-o-numero-de-profissionais-de-enfermagem-em-nosso-estado_8487.html.
8. Conselho Federal de Enfermagem. Mercado de trabalho para Enfermagem amplia áreas de atuação; 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/mercado-de-trabalho-para-enfermagem-amplia-areas-de-atuacao_65154.html
9. Universidade Federal de Goiás. Serviço Público Federal. Resolução – CEPEC N° 1427. Projeto Político Pedagógico da FEN-UFG; 2017.
10. Bezerra ALQ. O contexto da educação continuada em enfermagem. São Paulo: Lemar e Martinari; 2003.
11. Biernarcki P, Waldorf D. Snowball sampling-problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods and Research.* 1981;10:141-63.
12. LimeSurvey. Características. Available from: https://manual.limesurvey.org/LimeSurvey_Manual/pt-br.
13. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012; 2012.
14. Souza NVDO, Correia LM, Cunha LS, Eccard J, Patrício RA, Antunes TCS. O egresso de enfermagem da FENF/UERJ no mundo do trabalho. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(1):250-7.
15. Conselho Federal de Enfermagem. Decreto 94.406 de 8 de junho de 1987 regulamenta a Lei n° 7.498/86 e dispõe sobre o exercício de enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF); 1986.
16. Borges JL, Bezerra ALQ, Tobias GC. Nurses professional satisfaction of a public hospital. *Rev enferm UFPE on line.* 2016;10(8):2974-82.
17. Andriola WB. Estudo de egressos de cursos de graduação: subsídios para a autoavaliação e o planejamento institucionais. *Educ Rev.* 2014;54:203-20.
18. García Pérez MC. Emociones positivas, pensamiento positivo y satisfacción con la vida. *Rev Psicología.* 2016;1(2):17-22.
19. Donaire M. Satisfacción laboral del personal de enfermería de servicios especiales en una institución de salud privada. *Notas enferm. (Córdoba).* 2017;17(29):5-8
20. Khoda Rahimi S, Taheri E. Study on job satisfaction and its relationship with leadership style of University professors. *Quarterly of Islamic University.* 2006;29-30.
21. Rodríguez JEC, Abril MFG. Satisfacción laboral en enfermería en una institución de salud de cuarto nivel de atención, Bogotá, Colombia. *Avances en Enfermería.* 2014;32(2).
22. Dinis LIC, Fronteira I. A influência da rotação no trabalho na satisfação profissional dos enfermeiros num serviço de cirurgia. *Rev Enf Ref.* 2015;4(5):17-26.
23. Al Maqbali MA. Factors that influence nurses' job satisfaction: a literature review. *Nurs Manag (Harrow).* 2015;22(2):30-7.
24. Tenani MNF, Vannuchi MTO, Haddad MCL, Matsuda LM, Pissinati PSC. Satisfação profissional dos trabalhadores de enfermagem recém-admitidos em hospital público. *Rev Min Enferm.* 2014;18(3):585-59.
25. Mauro MYC, Farias SNP, Zeitoune RCG. Riscos no trabalho e agravos à saúde do trabalhador de enfermagem de saúde pública. Editora da EEAN / UFRJ. Rio de Janeiro; 2005.
26. Lachmann B, Sariyska R, Kannen C, Blaszkiewicz K, Boris Trendafilov B, Andone I, et al. Contributing to Overall Life Satisfaction: Personality Traits Versus Life Satisfaction Variables Revisited-Is Replication Impossible? *Behav Sci (Basel).* 2017;8(1):1.

Correspondência para/ Reprint request to:

Cristiane Chagas Teixeira

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,

Universidade Federal de Goiás,

Rua 227, Qd 68, S/N,

Setor Leste Universitário, Goiânia/GO, Brasil

CEP: 74605-080

E-mail: cc-teixeira@hotmail.com

Recebido em: 03/09/2019

Aceito em: 14/09/2020

Bruna Taube da Silva¹
Marina Stern da Silva¹
Lisandrea Rocha Schardosim¹
Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz¹
Viviane Marten Milbrath¹
Jéssica Cardoso Vaz¹

Social support and the functional dimension in care for people with cerebral palsy

| O apoio social e a dimensão funcional no cuidado às pessoas com paralisia cerebral

ABSTRACT | Introduction: *Support networks can reflect on self-confidence, life satisfaction and ability to cope with adverse situations, positively affecting the health of caregivers of people with cerebral palsy. Objective: To identify the existence of support networks that integrate the caregiver and the person with cerebral palsy. Objective: To identify the existence of support networks that integrate the caregiver and the person with cerebral palsy. Methods: This is a research with qualitative approach conducted through semi-structured interview. Ten caregivers of children with Cerebral Palsy, aged between 8 and 30 years, participated in the research, assisted in the Extension Project Welcoming Special Smiles, Faculty of Dentistry, Federal University of Pelotas. The information was collected from January to June 2017. The research was approved by the Research Ethics Committee under opinion number 1.994.742. Data interpretation was carried out through thematic analysis. Results: Three themes were elaborated: Solitude spectrum; Secondary tutors and caregivers, a privilege for the few; Support sources, the networks that promote belonging. The results show that the caregivers identified the existence of support networks, consisting of professionals from specialized assistance institutions, the family, paid caregivers and religious institutions. Conclusion: Social support proved to be important in coping with the disease and in family restructuring and its lack generated, in the caregivers, feeling of hopelessness, frustration, tiredness and weakness in relation to their efforts to overcome or live with this condition.*

Keywords | Caregivers; Cerebral palsy; Family; Social support; Social networking.

RESUMO | Introdução: As redes de apoio podem refletir na autoconfiança, satisfação com a vida e capacidade de enfrentar situações adversas, repercutindo de forma positiva na saúde do cuidador de pessoas com paralisia cerebral. **Objetivo:** Identificar a existência de redes de apoio que integram o cuidador e a pessoa com paralisia cerebral. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa realizada por meio de entrevista semiestruturada. Participaram da pesquisa 10 cuidadoras de filhos com Paralisia Cerebral, com idades entre oito e 30 anos, atendidos no Projeto de Extensão Acolhendo Sorrisos Especiais, da Faculdade de Odontologia, da Universidade Federal de Pelotas. A coleta das informações ocorreu de janeiro a junho de 2017. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer número 1.994.742. A interpretação dos dados foi realizada por meio da análise temática. **Resultados:** Foram elaborados três temas: Espectro da solidão; Preceptores e cuidadores secundários, um privilégio para poucos; Fontes de apoio, as redes que propiciam o pertencer. Os resultados mostram que as cuidadoras identificaram a existência de redes de apoio, constituídas pelos profissionais de instituições de assistência especializada, pela família, por cuidadores pagos e por instituições religiosas. **Conclusão:** O apoio social mostrou-se importante no enfrentamento da doença e na reestruturação familiar e sua falta gerou, nas cuidadoras, sentimentos de desesperança, frustração, cansaço e debilidade em relação aos seus esforços para superar ou viver com essa condição.

Palavras-chave | Cuidadores; Paralisia cerebral; Família; Apoio social; Rede social.

¹Universidade Federal de Pelotas. Pelotas/RS, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A dimensão social é uma concepção fundamental da saúde, e a definição atual da Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta-a como uma parte da capacidade de participar na atividade social. A participação social é a natureza e a extensão do envolvimento em circunstâncias e eventos da vida que implicam participar ou fazer algo junto de outros em uma dada conjuntura social. Assim, a limitação da participação social pode ter um impacto maior sobre a saúde das mães, especialmente para as mães de pessoas com deficiência¹.

A paralisia cerebral (PC) constitui-se na deficiência motora mais frequente na infância. Refere-se a um grupo heterogêneo de condições que envolvem disfunções motoras permanentes e não progressivas, podendo afetar o tônus muscular, a postura e o movimento. Em geral, o comprometimento motor resulta em limitações nas habilidades funcionais e na atividade. Além disso, algumas condições adicionais podem acompanhar, tais como dificuldades de comunicação ou comportamento, complicações musculoesqueléticas, sensação ou percepção alterada, deficiência intelectual e distúrbios convulsivos². Assim, a PC pode apresentar vários níveis de severidade e diversas complicações gerando a necessidade de cuidado especial, em muitos casos.

Pessoas com PC frequentemente têm morbidades associadas com os problemas neuromusculares que podem aumentar o risco de doenças da boca³. Dessa forma, em decorrência dos problemas neuromusculares, surgem diversos desafios no cotidiano dessas pessoas e de seus cuidadores, como a dificuldade de realizar a higienização oral adequada, considerando que os comprometimentos motores podem impedir “a abertura e manutenção da boca em posição colaborativa para os movimentos escovatórios”^{4,12}. Nesse sentido, estudo⁵ identificou a dor e a cárie como as principais razões para a procura por atendimento odontológico, em um serviço de referência para pacientes com necessidades especiais (PNE), independentemente da época da consulta.

Além do exposto acima, a manutenção da saúde bucal dos pacientes com PC pode estar associada também ao nível socioeconômico do cuidador e ao tipo de comunicação, verbal ou não verbal, que esse paciente estabelece com o seu cuidador⁶, atuando sobre o cuidado prestado.

No contexto da atenção à saúde da pessoa com PC, o apoio social refere-se ao auxílio proporcionado pelas pessoas em interação⁷, enquanto a rede de apoio social constitui-se pelas estruturas ou instituições, em que existem trocas interpessoais, que visam conceder apoio emocional, físico, financeiro, educativo, contribuindo para a manutenção da saúde e auxiliando na superação das dificuldades⁸.

Entendendo o serviço odontológico como um apoio social e constatando as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores, surgiu a oportunidade e o interesse em pesquisar sobre o tema e buscar compreender os processos sociais que envolvem a pessoa com PC e seus cuidadores, na tentativa de contribuir para que os profissionais obtenham um conhecimento ampliado das diversas áreas da saúde para o atendimento integral, a fim de dar maior suporte e oferecer orientações mais efetivas. Portanto, objetivou-se identificar a existência de redes de apoio que integram o cuidador e a pessoa com PC.

MÉTODOS |

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa realizada com 10 cuidadoras de filhos com PC, com idades entre oito e 30 anos, atendidos no Projeto de Extensão Acolhendo Sorrisos Especiais, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas. O cuidador principal deveria ter idade igual ou superior a 18 anos. Pacientes com PC que não possuíssem laudo médico anexado ao prontuário e que não residissem na cidade de Pelotas/RS foram excluídos da pesquisa.

Não foi necessária a inserção de mais participantes, pois ocorreu a saturação das informações. Para tanto, primeiramente, transcreveram-se as entrevistas extraindo os códigos iniciais; após isso, categorizaram-se os códigos pela prevalência e tipo, então se identificou que cada código obteve profundidade e complexidade suficientes para compreensão da questão estudada⁹.

A coleta das informações ocorreu de janeiro a junho de 2017, por meio de entrevista semiestruturada contendo questões acerca do cotidiano do cuidado à pessoa com PC. Elas foram realizadas de forma individual, em ambiente reservado, no domicílio do cuidador, sendo gravadas em aparelho MP4 e tendo duração aproximada de 60 minutos.

A pesquisa atendeu a todos os preceitos da Resolução 466/12, sobre estudo com seres humanos¹⁰, sendo que antes da sua realização foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, sob parecer número 1.994.742. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual apresentava o objetivo da pesquisa, bem como seus riscos, benefícios e o anonimato dos entrevistados, que foram identificados pelas consoantes “CP” (Cuidador Principal) seguidas de um numeral sequencial.

Para fundamentar a pesquisa, utilizaram-se os critérios da lista de verificação *Consolidated criteria for reporting qualitative research* – COREQ, composta por itens específicos para relatar estudos qualitativos¹¹.

A interpretação dos dados foi realizada a partir do método de análise temática descrita por Braun e Clarke. Realizou-se um procedimento sequenciado e sistematizado que seguiu seis passos: primeiro - familiarização com os dados (transcrição - leitura e releitura dos dados identificando ideias iniciais); segundo - geração dos códigos a partir de características interessantes dos dados de forma sistemática, agrupando dados relevantes para cada código; terceiro - procura por temas em que se agruparam os códigos em temas potenciais; quarto - revisão dos temas, gerando um “mapa” temático da análise; quinto - definição e nomeação dos temas, análise contínua para refinar as especificidades de cada tema selecionado; sexto - produção do relatório, seleção do extrato, análise final de extratos selecionados, relacionando-os à pergunta de pesquisa e à literatura¹².

RESULTADOS |

Participaram do estudo 10 cuidadoras de pessoas com PC, sendo todas do sexo feminino, com idades entre 26 e 67 anos. Em relação ao estado civil das cuidadoras, três eram solteiras, quatro casadas, duas viúvas e uma divorciada.

Quanto à renda mensal das participantes, a maior parte delas (6/10) declarou possuir um salário mínimo (R\$ 937,00), uma participante possui um salário mínimo e meio (R\$ 1.400,00), um a dois salários mínimos (R\$ 1.870,00), um a três salários mínimos (R\$ 2.800,00) e uma sete salários mínimos (R\$ 6.500,00).

No que se refere à idade da pessoa com PC pela qual as cuidadoras são responsáveis, essa variou de oito a 30 anos.

Ao se abordar o auxílio que o cuidador principal possui no cuidado à pessoa com PC, as participantes referiram que não possuem ajuda, sendo elas as provedoras do cuidado:

Não, só eu e ele (CP1).

Não, sempre sozinha (CP8).

Por outro lado, algumas mães, mesmo referindo em um primeiro momento que realizam os cuidados com o filho sozinhas, posteriormente fizeram menção à ajuda que recebem de outros, que ficam com o filho quando precisam se ausentar.

Não, a maioria das vezes é eu, às vezes quando eu tenho que sair que a minha tia vem e fica com ele [...]. Outras vezes o pai dele também vem e fica, porque ele agora também está aposentado, ele ficou doente, infartou e também não pode mais trabalhar, e só fica também porque não pode nem pegar o L. (nome do filho) que ele não pode fazer esforço. (CP3)

Contudo, mesmo tendo apoio esporadicamente, observa-se que as cuidadoras se percebem sozinhas e assoberbadas:

Então eu não deixo ele com ninguém, só pessoa que já viu dar crise nele e vai saber o que fazer quando der crise nele [...]. É bem puxado [...] a rotina é cansativa, eu acho que toda mãe de filho especial vai te dizer isso, muito cansativo, mas não dá para desistir em momento nenhum (CP2).

Nessa fala de CP2 evidencia-se a rotina cansativa que é imposta pelo cuidado a pessoas com necessidades especiais de saúde, contudo a participante relata que não pode desistir desse cuidado.

Nesta pesquisa observou-se que padrastos das pessoas com PC, irmãos e pais da cuidadora ou vizinhos são figuras de apoio, porém o fato de outras pessoas residirem junto com a cuidadora não atenuou sua responsabilidade pelos cuidados. Assim, a rotina diária repleta de afazeres voltados para o filho, resulta em uma sobrecarga física e emocional. Isso pode ser observado no relato de algumas participantes quando perguntadas acerca de quem as auxilia quando precisam:

Meu marido (CP7).

Da minha irmã quando eu tenho que trabalhar, alguma consulta que eu não possa levar ele, aí eu pago ela e ela vem [...].Ele me ajuda (o marido), no banho, na escovação é ele também, porque tem dias que até a coluna, eu sou nova mas eu sinto, os braços mesmo, não tem como não cansar, não que tu queira, a adaptação pra banho tudo certinho, a gente tenta se dividir [...] (CP9).

Então, eu sou filha única, eu perdi minha mãe e quem me ajudava muito era a minha mãe e meu pai, meu pai me ajuda bastante assim, o que eu precisar [...] meu marido teve dois tumores, então quando tem que ficar em hospital alguma coisa o meu pai fica com eles, meu pai domina eles, faz comida, leva no colégio, dá remédio, [...] mas é o único que me ajuda assim bastante, mas o resto da família não (CP5)

Se eu tenho que fazer alguma coisa no centro ele fica em casa quando o padrasto e a irmã estão, ele fica em casa deitadinho. Agora mesmo eu fui no centro e disse pra ele “fica aqui quieto deitadinho que eu já volto” e ele ficou, cheguei ele estava dormindo (CP6).

[...] meu marido também ajuda [...] (CP10).

Observa-se que, embora muitas vezes as mães acabem ficando com o maior encargo nos cuidados aos filhos com PC, outros familiares também auxiliam, formando uma importante rede de apoio para que essas mulheres possam realizar outras atividades além do cuidado, mesmo que de forma restrita. Contudo, é importante destacar que, algumas vezes, as mães ficam sozinhas no cuidado aos filhos com PC, sendo abandonadas pelos seus companheiros.

Porque o pai dele eu não posso contar com o pai dele pra nada. [...] não ajuda nem financeiro e nem afetivo. [...] ele (filho) tem uma baíta carência de pai. Eu não posso fazer nada, não tenho como meter na cabeça do pai dele, porque o pai dele sempre disse “o que que adianta vir ver ele, falar com ele se ele não entende nada” [...] (CP2).

Está julgando na justiça, eu botei ele na justiça, agora faz dois meses que ele não deposita o dinheiro [...], o advogado já tinha me dito que se der três meses e ele não depositar o dinheiro ele pode acionar e eles mandam buscar e prender, aí eu estou esperando. Não ajuda nem financeiro e nem afetivo. [...] vem um mês ver e fica dois três as vezes quatro meses sem aparecer, não liga nada e aí lá pelas tantas quando bate na cachola dele vir ele vem, fica 5 minutos aqui com o L. e vai embora (CP2).

Na fala de CP2 pode-se observar que ela sente necessidade de uma maior participação do pai, porque sua compreensão

é diferente, enquanto o pai pensa que o filho não o compreende, ela percebe que o filho entende e presta atenção em tudo, tanto que sente falta do pai.

Além dos auxílios citados anteriormente, as cuidadoras recebem apoios sociais de ajudantes pagos, como babás e faxineiras para diminuir a sobrecarga em suas rotinas:

Só tem uma moça que eu pago ela por mês pra ajudar a dar banho nele todos os dias, o resto é tudo comigo. Também tem que pagar uma pessoa que faz para mim, porque eu fui proibida pela neurologista [...], eu não posso fazer nada de esforço por causa da coluna [...] (CP2).

Duas pessoas [...] as babás. [...]. Uma de dia e uma de noite [...] elas que me auxiliam (CP4).

A vizinha, que dá banho não dá para dizer que é ajuda, porque ela é paga. Tem as meninas que moram lá do outro lado que estão sempre aqui vendo se eu estou precisando de alguma coisa também [...] (CP2).

CP5 relata o apoio de familiares, mas destaca que apenas aqueles que têm formação na área da saúde é que realizam o cuidado da pessoa com necessidade especial:

Ele tem dindas, mas só uma dinda que é fisioterapeuta e técnica de enfermagem fica com ele, tem coragem de ficar com ele, de todas só uma fica, as outras não têm coragem (CP5).

Com a realização das entrevistas, evidenciou-se que a rede social é composta, principalmente, pelos profissionais de saúde e de assistência social de instituições de referência, como a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Centro de Reabilitação de Pelotas (CERENEPE), Casa AfeCriança – (Assistência Social - Pelotas), Universidade Federal de Pelotas, além dos hospitais do município.

Todos os PNE referidos nas entrevistas tinham assistência à saúde geral e odontológica. Em relação à saúde bucal, todos eram acompanhados por um Projeto de Extensão voltado à PNE, o qual é referência no município de Pelotas. É importante destacar que a proveniência desses pacientes pode ser um viés nos resultados, pois pode refletir uma situação que talvez não seja alcançada por muitas pessoas com PC. Embora na rotina diária diversos cuidados fossem fornecidos de forma gratuita por serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde, as cuidadoras não os reconheciam como uma rede de cuidados:

Segunda-feira ele vai pro Olivé Leite de manhã, de tarde a gente vai para o Cerenepe. Terça-feira a gente vai pra Bagé pra fazer a fisioterapia, porque aqui no Olivé Leite ele só faz a respiratória. Quarta-feira a gente vai pro Cerenepe, aí depois ele vai pra fisioterapia até as três horas. [...] da odonto, ele faz a fisioterapia no Olivé Leite, o Cerenepe, de apoio assim tem o posto, a minha agente comunitária que se precisa de alguma coisa ela agenda, ela que organiza tudo. [...] agora eu fiquei só com o posto pra cuidar do A., [...] aí eu peço pra agente comunitária agendar o dia pra ele quando precisar, ou em último caso se não tem como esperar a agente comunitária vou no postinho e peço pra atender ele porque se ele tiver alguma coisa [...] (CP1).

Para ele aqui em Pelotas é fácil [...] ele consulta no Olivier Leivas Leite desde os 10 meses, então todos os médicos já conhecem ele, pediatra eu consigo de um dia pro outro. [...] serviço de saúde é tranquilo. Pediátrico, gástrico e tinha otorrino, mas agora o otorrino já liberou ele. São os que ele utiliza mais pediátrico e gástrico e daí a fisio e a odonto lá com vocês ou no centro de especialidade [...] e a fono que vai retornar (CP2).

Observa-se neste relato, a rotina no serviço odontológico, fisioterapêutico, CERENEPE, bem como a presença do Agente Comunitário de Saúde e da disponibilidade da Unidade Básica de Saúde do bairro, para a assistência ao PNE.

Algumas mães procuraram apenas serviços pagos, por meio de planos de saúde e, inclusive, comentam que não confiam nos serviços públicos:

A gente viaja bastante também para Porto Alegre, as consultas dele são quase todas lá, ele faz acompanhamento na PUC. Agora também a gente vai começar a fazer fisio respiratória porque eu não consegui em Pelotas e aí a gente vai começar a viajar uma ou duas vezes por semana (Porto Alegre). Na PUC, porque aqui não conseguimos, o único lugar que faz fisio respiratória pelo SUS é ali no Olivier e está cheio (CP3).

Fácil não é, por exemplo, agora ele está sem médico, mas qualquer coisa que ele tiver eu estou lá na Unimed, vou lá no pronto socorro da Unimed [...]. Então o que eu faço, quando o M. tem febre, tá vomitando, eu vou para o pronto socorro da Unimed lá eles atendem, examinam ele, fazem exame [...] (CP4).

Posto de saúde a gente nunca usou, graças a Deus eu nunca precisei usar, por causa que ele sempre teve plano. Eu sempre paguei plano pra ele, quando soube que ele ia nascer, infelizmente tu sabe que o SUS é um caos, então eu nunca dependi e mesmo assim pagando o plano já tá uma dificuldade porque mesmo a pediatra dele, a pediatra dele não

é mais conveniente da Unimed, só pagando e eu pago, e a neuro dele também (CP5).

Esses resultados podem estar relacionados à maior valorização dos serviços especializados por parte das famílias, comparativamente com os demais serviços, considerando que os significados são construídos e moldados a partir do contexto sociocultural. Figura-se, então, uma necessidade de avaliação dos serviços públicos no que diz respeito não só à acessibilidade, mas também à estruturação e à qualidade da assistência prestada.

As demandas terapêuticas da PC levam a família a estar com profissionais de saúde constantemente. Tal aproximação tem potencial para extrapolar o âmbito do cuidado físico, podendo ser amplamente terapêutica, além de desenvolver laços de amizade:

Aí o fisioterapeuta dele, esse que a gente leva, [...] ele mesmo vem aqui em casa se está um dia chuvoso, porque ele junta secreção no pulmão, mas não é no pulmão é secreção alta, [...], é só porque ele não se movimenta então fica com aquela secreção. Então ele mesmo vem e me cobra o mesmo valor, porque a nossa relação eu já digo pra ele que é de amizade [...] compromisso é atender ele para o resto da vida, porque se ele fica sem o H. (fisioterapeuta), ele adoce (CP4).

Ainda sobre serviços de saúde, duas mães relataram que incentivam práticas alternativas para os filhos.

Fisioterapia duas vezes por semana e equoterapia. [...] andar a cavalo, uma vez por semana. Faz 10 anos, ele não anda sozinho é uma equipe, fica o fisioterapeuta, o técnico da equoterapia que cuida do cavalo e mais uma pessoa para ajudar [...] (CP4).

[...] ele tem atividade que é a musicoterapia e a terapia ocupacional [...] (CP5).

A participação de grupos como as instituições religiosas pode assumir relevante valor para essas pessoas. A importância da fé pode ser observada nas falas a seguir:

Recebo ajuda de Deus e do mundo [...] (CP4).

[...] eu vivo só Deus, eu e ele [...]. Quando tu és feliz tu também quer que as outras pessoas se sintam assim, a vida vale a pena pra quem sabe viver, [...] mas eu estou aqui contente, tenho Deus no meu coração, eu vivo com Deus, falo com Deus, sou uma pessoa muito de Deus, te dá força, te dá coragem, tu te levanta agradecendo por mais um dia, pelas tuas pernas, pelos teus olhos [...] (CP8).

Grupos religiosos podem ser fortalecedores da família, pois a religião assume função cultural, social e psicológica.

Eu sou feliz, sou grata a Deus que estamos com saúde os dois, vivemos bem, ele na calma dele eu na minha, vamos na nossa igreja final de semana, se tem um almocinho vamos os dois, se tem uma festinha que dá para ir vamos juntos (CP8).

DISCUSSÃO |

A necessidade de apoio em determinadas circunstâncias e fases da vida aumenta, como em situações de doenças crônicas, perdas, traumas, sendo a rede social imprescindível para auxiliar no enfrentamento dessas situações e das necessidades impostas por elas¹³. Quando do diagnóstico da PC, até a aceitação de que não irá receber a criança idealizada, a família percorre uma série de mudanças alterando toda a sua dinâmica interna. O cuidador principal, geralmente a mãe, fica com a maior sobrecarga, apresentando rotinas estressantes, que prejudicam sua própria saúde, sendo necessário promover um acolhimento mais integral nos serviços de apoio¹⁴.

O ser mulher carrega a obrigatoriedade do tornar-se mãe de uma criança dentro de um padrão idealizado pela sociedade. O nascimento de uma criança com necessidades especiais fragmenta a sensação de capacidade/confiabilidade, em que as expectativas da mãe/família são alteradas, e ela precisa rever e adaptar suas perspectivas e rotinas¹⁵⁻¹⁶, levando-a a enfrentar uma situação extremamente delicada, que provoca conflitos, incertezas, inseguranças e receio¹⁶.

A multiplicidade de tratamentos necessários e a especificidade dos cuidados, bem como sua regularidade fazem com que as mães de filhos com necessidades especiais passem, muitas vezes, a dedicar suas vidas quase exclusivamente a eles, gerando sobrecarga física e emocional, em que a genitora se preocupa com a sobrevivência do filho, mas também sente culpa e impotência¹⁷.

A rede social faz referência ao grupo de pessoas com as quais o indivíduo tem algum vínculo social ou que mantenha contato envolvendo, principalmente, os aspectos quantitativos dos contatos sociais¹⁸. Por conseguinte, está concatenado à dimensão estrutural e institucional ligada ao indivíduo. O apoio social é um processo mútuo referente a qualquer informação ou auxílio oferecido por pessoas ou

grupos com os quais se têm contato habitualmente e que trazem um efeito positivo para quem recebe ou também para quem oferece. Assim, as redes de apoio auxiliam na aceitação e na adaptação da família ao cuidado da criança com paralisia cerebral⁸.

O papel de cuidar de um familiar pode afetar tanto a rede social como o apoio do cuidador. Os dados evidenciam que a principal rede do cuidador consiste em parentes e amigos ou contam com poucas pessoas.

Dessa forma, pode-se inferir que o cuidador exerce um papel essencial na vida dos pacientes, sobretudo dos cuidadores familiares, já que a família costuma ser a principal provedora de cuidados e necessidades básicas às pessoas com deficiência intelectualmente dependentes¹⁹.

A normativa social impregnada na família alude que a mulher detém vários papéis, dentre eles os de estudante, trabalhadora, esposa e, após a concepção de um filho, também o de mãe. Já com o homem, a cobrança como pai está mais relacionada, em geral, à provisão financeira da família²⁰. Aparentemente, os pais vivenciam níveis mais elevados de estresse, utilizando mais frequentemente estratégias de fuga e evitando lidar com a situação²¹.

Neste estudo, uma mãe relatou receber auxílio de vizinhos, além do recurso humano auxiliar remunerado, que ela não percebe como ajuda, dando a ideia de que apoio é uma troca, uma mutualidade. Há diferentes conceitos de cuidadores sendo o cuidador secundário: aquele que realiza as tarefas, porém não tem maior responsabilidade nos cuidados diários do dependente, ou seja, a mãe tem uma percepção de ajuda como uma característica espontânea ligada diretamente com a benevolência, no entanto o auxílio mesmo que remunerado é considerado como apoio²².

Evidentemente, não são todas as participantes que têm esse privilégio de poder pagar pelo auxílio, apenas as que têm maior renda, muito embora seja o desejo de todas. Muitas mães precisam abdicar da vida profissional e dos estudos, devido à exigência dos cuidados com o indivíduo com PC, deixando de lado seus sonhos e planos em prol do cuidado do filho¹⁵ e dependendo financeiramente de outros ou de auxílios governamentais.

O estigma presente na condição dos PNE direciona pessoas com condições cognitivas diferenciadas a serem consideradas vulneráveis e incapazes de autonomia. O

que leva o potencial de comunicação a ser subestimado diante das dificuldades impostas e interfere nos processos de socialização dessa pessoa, já que o principal meio de interação social se dá pela fala.

Em relação às práticas alternativas de tratamento citadas no estudo, a equoterapia fundamenta-se em uma metodologia terapêutica e educacional que utiliza o cavalo em uma abordagem interdisciplinar. Essa terapia favorece o equilíbrio e o relaxamento, além de desenvolver e manter o tônus muscular, auxiliando na melhora da autoestima, da atenção e da coordenação motora²³.

A equoterapia estimula, de forma global, a parte motora da pessoa, sendo que a movimentação contínua do cavalo favorece a movimentação contínua do tronco e da cabeça do praticante, estando os centros gravitacionais de ambos unidos, promovendo o equilíbrio²³. De modo geral, a equoterapia promove melhora do controle postural (pela estimulação das reações de equilíbrio e de coordenação da postura) e da flexibilidade da cadeia muscular posterior. Ainda mostra benefícios como melhora dos movimentos de tronco, quadril e pelve e também influência bastante na postura, no equilíbrio e na coordenação. Ressaltam-se ainda benefícios como ganhos psicológicos e educacionais, bem como aquisição e desenvolvimento de funções psicossociais e melhora da autoestima²⁴.

A musicoterapia utiliza a música e/ou seus elementos musicais (som, ritmo, melodia e harmonia) produzidos pelo musicoterapeuta. A música influencia o desenvolvimento e o funcionamento cerebral nas crianças, sendo compreendida pelo cérebro como uma forma de linguagem, usada na expressão e comunicação. A música possui um recurso terapêutico valioso para a reabilitação devido as suas respostas na mente, no corpo e no coração, sendo eficiente para reduzir a ansiedade e o desconforto, facilitar a comunicação e interação, reduzir dores, promover alteração benéfica em padrões fisiológicos e atuar no estímulo corporal²⁵.

Uma das técnicas utilizadas pela musicoterapia é a Estimulação Rítmica Auditiva Motora (RAS), a qual usa batidas marcadas pelo ritmo, para trabalhar os membros superiores e inferiores do indivíduo. Essa técnica é destinada a recuperar funções básicas, como a marcha, o caminhar, e a capacidade de o paciente pegar e segurar um objeto de forma ordenada e harmoniosa²⁶.

É possível, assim, florescer potencialidades e/ ou recuperar funções do indivíduo de forma que ele obtenha melhor integração interpessoal e, por conseguinte, conquiste melhor qualidade de vida. Outros métodos alternativos para o tratamento da doença são recorrentes e podem complementar os recursos terapêuticos convencionais, promovendo melhorias na saúde mental e psicológica do paciente, minimizando os impactos dos procedimentos invasivos que fazem parte da trajetória de quem realiza tratamentos para pessoas com PC.

Assim como as terapias alternativas podem propiciar a interação social da pessoa com PC, a qual é fundamental para o ser humano visto que a interação social é a comunicação humana, é no compartilhamento entre vários grupos que se criam novos pensamentos e, com isso, novas aprendizagens e desenvolvimento intelectual da criança. Além de prover o sentimento da inclusão, é por meio das intervenções constantes do adulto que os processos psicológicos mais complexos começam a se formar, e as conquistas individuais resultam de um processo compartilhado. Quando internalizados, tais processos começam a acontecer sem a intermediação de outras pessoas²⁷.

Identificou-se nos relatos que o suporte emocional também se dá pela fé/espiritualidade, de modo a enfrentar de forma menos dolorosa as situações, bem como obter consolação. Os familiares, do mesmo modo que têm fé, sentem-se mais seguros e capazes de vivenciar essa condição. Evidenciou-se nos relatos uma constante fé, em Deus e nas pessoas, que não deixa de ser um suporte nesse contexto. Corroborando essa ideia, encontrou-se outro estudo¹³, o qual constatou que a fé é uma importante fonte de apoio, pois dá esperança e força à família na luta pela recuperação da criança.

É muito importante conhecer as redes de apoio que as famílias de PNE possuem para que a rede de cuidados possa ser fortalecida, com a criação de vínculos que favoreçam a expressão e atenção às necessidades dessa população. Nesse contexto, a equipe de saúde possui um papel fundamental para favorecer o desenvolvimento da criança com PC, bem como o enfrentamento da família⁷ às dificuldades impostas no cotidiano do cuidado.

A limitação sobre a participação social pode ter um impacto maior sobre a saúde das mães, especialmente para as mães de PNE. A pessoa que pode contar com alguém

se sente apoiada, cuidada e valorizada e terá melhoras na autoconfiança, satisfação com a vida e capacidade de enfrentar situações adversas¹. Isso posto, identifica-se diferença considerável na saúde do cuidador que recebe ajuda, em comparação com aquele que não possui nenhum tipo de apoio. Embora a existência de grandes redes de apoio não determine que o cuidador tenha uma menor sobrecarga, pois as relações sociais são complexas e podem não ser bem-sucedidas, causando mais estresse.

CONCLUSÃO |

A partir dos relatos das participantes do estudo, observou-se que elas identificaram a existência de redes de apoio, as quais se constituíram pelos profissionais de instituições de assistência especializada em PNE, pela família, por cuidadores formais (remunerados), cuidadores informais e por instituições religiosas. Além do apoio espiritual, notou-se que a família procurou outros tipos de apoio para cuidar da pessoa com PC. Identificou-se uma procura incessante por cuidados, os quais mobilizaram as famílias a impetrar múltiplos recursos para melhorar a condição de vida de seus filhos, com a finalidade de que possam ter um desenvolvimento mais próximo do normal, mesmo com a condição limitante que enfrentam.

O apoio social mostrou-se importante para o enfrentamento da doença e reestruturação familiar. Quando não suprido, resultou em sentimentos determinantes para a significação da enfermidade, ou seja, as cuidadoras sentiram-se desesperançadas ou frustradas com seus esforços para superar ou viver com essa condição, ou extremamente cansadas e debilitadas, inclusive fisicamente. O conhecimento acerca do tema estudado pode oferecer subsídios para uma melhor intervenção do cirurgião-dentista, bem como dos demais profissionais da saúde, a qual deve visar à saúde geral em sua integralidade.

Sugere-se que novos estudos possam ouvir participantes não vinculados a algum serviço especializado, sendo essa uma limitação do presente estudo. Dessa forma, pode-se confrontar se sua percepção a respeito das redes de apoio é semelhante à daqueles assistidos por serviços especializados, como neste estudo.

REFERÊNCIAS |

1. Dehghan L, Dalvandí A, Rassafiani M, Hosseini SA, Dalvand H, Baptiste S. Social participation experiences of mothers of children with cerebral palsy in an Iranian context. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2015; 62(6): 410-19.
2. Stavsky M, Mor O, Mastrolia SA, Greenbaum S, Than NG, Erez O. Cerebral Palsy -Trends in Epidemiology and Recent Development in Prenatal Mechanisms of Disease, Treatment, and Prevention. *Front Pediatr*. [Internet]. 2017; [cited 2019 Ago 08]; 5:1-10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5304407/pdf/fped-05-00021.pdf>.
3. Colver A, Fairhurst C, Pharoah PO. Cerebral palsy. *Lancet*. 2014; 383(9924): 1240-9.
4. Martins CCP. Desenvolvimento de mantenedor de abertura bucal para auxílio na higienização oral de pessoas com necessidades especiais. [Dissertação de mestrado] Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia Aplicada à Odontologia: Universidade Estadual Paulista, São José dos Campos; 2019.
5. Oliveira MM. Perfil dos pacientes com necessidades especiais assistidos em centro de referência odontológica. [Trabalho de conclusão de curso] Faculdade de Odontologia: Universidade Federal de Pelotas, Pelotas; 2016.
6. Cardoso AMR, Gomes LN, Silva CRD, Soares RSC, Abreu MHNG, Padilha WWN, et al. Dental caries and periodontal disease in Brazilian children and adolescents with cerebral palsy. *Int J Environ Res Public Health*. 2015; 12(1):335-53.
7. Dantas MAS, Longo E, Ribeiro KSQS, Moreira MASP, Reichert APS, Collet N. Unique Experiences of health professionals in the social support network for children with cerebral palsy. *Cogitare enferm*. [Internet]. 2019 [cited 2020 Set 18]; 24:e60866. Available from: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/60866/pdf_en.
8. Santos BA, Milbrath VM, Freitag VL, Gabatz RIB, Vaz JC. Social support network for the family of cerebral palsy bearing children. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J. Impr)*. [Internet]. 2019 [cited 2020 Set 18]; 11(50): 1300-

06. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7536/pdf>.
9. Hennink MM, Kaiser BK, Marconi VC. Code Saturation Versus Meaning Saturation: How Many Interviews Are Enough? *Qual Health Res.* [Internet]. 2017; [cited 2019 Ago 08]; 27(4):591–608. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1049732316665344?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rft_dat=cr_pub%3Dpubmed.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Internet]. Diário oficial da União 12 dez 2012 [acessado em 2020 set 20]; Seção I. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care.* 2013; 19(6): 349-57.
12. Braun V, Clarke V. Teaching thematic analysis: challenges and Developing strategies for effective learning. *The Psychologist.* 2013; 26(2): 120-23. Available from: <https://uwe-repository.worktribe.com/output/937596/teaching-thematic-analysis-overcoming-challenges-and-developing-strategies-for-effective-learning>
13. Gomes GC, Jung BC, Nobre CMG, Nörnberg PKO, Hirsch CD, Dresch FD. Social support network of the family for the care of children with cerebral palsy. *Rev. enferm. UERJ.* [Internet] 2019 [cited 2020 Set 18]; 27:e40274. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/40274/31826>.
14. Andrade MMG, Sá FE, Frota LMCP, Cardoso KVV, Carleial GMA. Interventions of health education in mothers of children with cerebral palsy. *J. Hum. Growth Dev.* [Internet] 2017[cited 2020 Set 18]; 27(2): 175-81. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v27n2/07.pdf>.
15. Afonso T, Silva SSC, Pontes FAR. Perceptions of mothers of children with cerebral palsy: a look at the past na the future. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J).* [Internet]. 2020 [cited 2020 Set 20]; 12:137-44. Available from: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7146/pdf>.
16. Almeida TCS, Ruedell AM, Nobre JRS, Tavares KO. Paralisia Cerebral: Impacto no Cotidiano Familiar. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde.* 2015; 19(3): 171-8.
17. Dantas KO, Neves RF, Ribeiro KSQ, Brito GEG, Batista MC. Repercussions on the Family from the birth and care of children with multiple disabilities: a qualitative meta-synthesis. *Cad. Saúde Pública.* [Internet]. 2019 [cited 2020 Set 20]; 35 (6): e00157918. Available from: https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n6/en_1678-4464-csp-35-06-e00157918.pdf.
18. Sandor ERS, Marcon SS, Ferreira NMLA, Dupas G. Demanda de apoio social pela família da criança com paralisia cerebral. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2014; 16(2): 417-25.
19. Dezoti AP, Alexandre AMC, Freire MHS, Mercês NNA, Mazza VA. Social support to the families of children with cerebral palsy. *Acta Paulista de Enfermagem.* 2015; 28(2): 172-6.
20. Muylaert CJ, Delfini PSS, Reis AOA. Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. *Physis (Rio J).* [Internet]. 2015 [acessado em 2020 set 20]; 25(1):41-58. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v25n1/0103-7331-physis-25-01-00041.pdf>.
21. Falkenbach AP, Drexler G, Werler V. A relação mãe/criança com deficiência: sentimentos e experiências. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2008; 13(2): 2065-73.
22. Wolff JL, Kasper JD. Caregivers of frail elders: Updating a national profile. *The Gerontologist.* 2006; 46(3): 344-56.
23. Mello EMCL, Silva GLS, Trigueiro RZ, Oliveira ALS. A influência da equoterapia no desenvolvimento global na paralisia cerebral: revisão da literatura. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento.* [Internet]. 2018 [acessado em 2020 set 20]; 18(2):12-27. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpdd/v18n2/v18n2a02.pdf>.

24. Brehn M, Almeida GMF. Benefícios da equoterapia na paralisia cerebral: uma revisão da Literatura brasileira. FIEP BULLETIN. [internet]. 2015 [acessado em 2020 set 20];85(n esp): 1-7. Disponível em: <http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/85.a2.119/10787>.

25. Andrade Junior H. Eficácia terapêutica da música: um olhar transdisciplinar de saúde para equips, paciente e acompanhantes. Rev. enferm. UERJ. [Internet]. 2018 [acessado em 2020 set 20]; 26:e29155. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v26/0104-3552-reuerj-26-e29155.pdf>.

26. Marrades-Caballero E, Santonja-Medina CS, Sanz-Mengibar JM, Santonja-Medina F. Neurologic music therapy in upper-limb rehabilitation in children with severe bilateral cerebral palsy: a randomized controlled trial. Eur J Phys Rehabil Med. 2018; 54(6): 866-72.

27. Vygotsky LS. Pensamento e Linguagem. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

Correspondência para/Reprint request to:

Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz

Rua Gomes Carneiro, 1 (2º Piso Prédio da Reitoria),

Bairro Porto, Pelotas/RS, Brasil

CEP: 96010-610

E-mail: r.gabatzi@yahoo.com.br

Recebido em: 20/02/2020

Aceito em: 13/10/2020

**Postpartum woman's
perception of the Companion
Law**

| Percepção de puérperas sobre a Lei do Acompanhante

ABSTRACT | Introduction: *The Federal Law nº 11.108 (Companion Law) of April 7, 2005, affirmed the right of women to have a companion during prenatal and the periods of labor, childbirth and postpartum, and their presence may bring benefits for both mother and baby.* **Objective:** *To analyze the perception of postpartum women about the benefits of the Companion Law.* **Methods:** *A qualitative and descriptive field study conducted with 19 postpartum women in a maternity hospital in Feira de Santana, Bahia, Brazil. For data collection, we used the interview, guided by a semi-structured script in a private environment. For data analysis, the thematic content analysis proposed by Bardin was used.* **Results:** *The importance of the companion in the puerperal pregnancy period is observed, but there is a lack of knowledge about this law, denoting the weakness of some professionals in informing women during prenatal care about their rights.* **Conclusion:** *The testimonies of the study mothers reveal that the benefits provided by the presence of the companion make the experience of childbirth positive. However, expanding information and recognizing this right is fundamental to improving the quality of care.*

Key words | *Humanization of Assistance; Pregnant Women; Human Rights; Medical Chaperones.*

RESUMO | Introdução: A Lei Federal nº 11.108 (Lei do Acompanhante), de 07 de abril de 2005, afirmou o direito de mulheres terem um acompanhante durante o pré-natal e os períodos do trabalho de parto, parto e pós-parto, e sua presença pode trazer benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê. **Objetivo:** Analisar a percepção de puérperas sobre os benefícios da Lei do Acompanhante. **Métodos:** Estudo de campo, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, realizado com 19 puérperas em uma maternidade de Feira de Santana, Bahia, Brasil. Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista, orientada por um roteiro semiestruturado em ambiente privativo. Para análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo temática proposta por Bardin. **Resultados:** Observa-se a importância do acompanhante no período gravídico puerperal, porém é notória a falta de conhecimentos sobre a referida lei, denotando a fragilidade de alguns profissionais em informar às mulheres durante o pré-natal acerca de seus direitos. **Conclusão:** Os depoimentos das puérperas do estudo revelam que os benefícios proporcionados pela presença do acompanhante tornam a experiência do parto positiva. Todavia, a ampliação da informação e o reconhecimento desse direito são fundamentais para a melhoria da qualidade da assistência.

Palavras-chave | Humanização da Assistência; Gestantes; Direitos Humanos; Acompanhantes Formais em Exames Físicos.

¹Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana/BA, Brasil.

²Universidade Salvador. Feira de Santana/BA, Brasil.

³Faculdade Ateneu. Feira de Santana/BA, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, afirmou o direito de mulheres terem um acompanhante durante o pré-natal e todas as fases de internação, incluindo os períodos do trabalho de parto, parto e pós-parto. A escolha é feita pela parturiente que tem o direito de autonomia e deve ser respeitada. A presença de um acompanhante pode trazer benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê^{1,2}.

Historicamente a assistência ao parto era realizada por mulheres consideradas como mais experientes que eram conhecidas como parteiras. Essas tinham a confiança das parturientes e vivenciavam com a mulher todos os momentos do processo de nascimento. Quando o parto hospitalar foi estabelecido, a maioria das mulheres começou a parir sem a presença de qualquer pessoa que lhe fosse familiar, tornando a parturição um momento de tensão, insegurança, medo e desconforto para a parturiente^{3,4}.

O evento da gravidez, parto e nascimento, que antes transcorria em família, em que as pessoas estavam conectadas por fortes vínculos humanos e suportes sociais, com o surgimento e evolução dos avanços tecnológicos e científicos na área da saúde e a medicalização do corpo da mulher, passa de evento familiar para evento hospitalar, conduzido por meios tecnológicos e cirúrgicos, com o objetivo de controlar as complicações e situações de risco para o binômio mãe-filho⁵.

A humanização da assistência em saúde surge com o intuito de modificar o cenário existente no Sistema Único de Saúde (SUS), que demanda mudanças em diversos estágios que o compõem, a exemplo da dificuldade do acesso e da falta de qualidade nos serviços de saúde. A busca pelo cuidado humanizado ao parto é um tema de crescente interesse, ainda que os sentidos, conteúdos e finalidades dessa forma de cuidado sejam um grande desafio, pois necessita que os trabalhadores da saúde estejam preparados para atender a gestante e seus acompanhantes, respeitando os verdadeiros significados desse momento⁶.

Vale salientar que os profissionais de saúde tendem a subestimar a importância da experiência do parto e se concentram principalmente nos seus resultados, como morbidade e mortalidade. Mas mesmo para mulheres saudáveis dando à luz bebês saudáveis, a experiência do parto é poderosa e duradoura, com consequências para sua

saúde física e mental, autoimagem, relacionamento com o bebê, com o companheiro (a) e com a família^{2,5}.

Faz-se importante essa abordagem, pois embora algumas mulheres relatem a experiência do parto e nascimento como um evento empoderador, para a maioria, a experiência do parto passa a ser dolorosa e muito estressante². O processo do nascimento precisa ser assistido por profissionais capacitados por evidências científicas, mas também seguindo modelos humanísticos, tendo em vista que o nascimento é uma fase de mudança familiar^{2,4,6}.

Diante do exposto, levanta-se a seguinte questão norteadora: “Qual a percepção de puérperas sobre a lei do acompanhante?” Diante disso, este estudo teve como objetivo analisar a percepção de puérperas sobre os benefícios da Lei do Acompanhante em uma maternidade de Feira de Santana, Bahia, Brasil.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo transversal, de campo, de caráter descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no Hospital Mater Dei, que é uma instituição privada de média complexidade, conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS). A instituição está localizada em Feira de Santana, que é um município brasileiro do estado da Bahia. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de outubro e novembro de 2016.

Participaram da pesquisa puérperas com idade superior ou igual a 18 anos, que estiveram hospitalizadas no alojamento conjunto durante o período da coleta de dados, e que aceitaram participar espontânea e formalmente da pesquisa, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídas da pesquisa as puérperas que estavam em isolamento no momento da coleta de dados, impossibilitadas de deambularem até a sala de entrevista, e deficientes auditivas.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um formulário aplicado em forma de entrevista semiestruturada. Os dados coletados foram gravados com autorização das entrevistadas com aparelho celular e transcritos posteriormente para a formação dos núcleos

de sentido. Tendo em vista o sigilo das identidades das participantes, estas foram identificadas pela nomenclatura de flores.

Mediante critérios estabelecidos, foram realizadas as entrevistas até obter uma saturação de respostas que alcançaram o objetivo proposto, chegando a uma quantidade de 19 puérperas.

As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada da instituição, para garantir a privacidade das participantes, sem que houvesse a interferência de outros indivíduos, no turno vespertino, para não interferir na rotina dos cuidados de enfermagem, e ocorreram após às 16:00 horas, quando já havia se encerrado o horário das visitas diárias e não ultrapassaram as 18:00 horas, para não causar desconforto e proporcionar repouso às puérperas.

O roteiro de entrevista foi dividido em duas partes: a primeira, com dados sociodemográficos e obstétricos das participantes, tais como: idade, raça/cor, local de moradia, ocupação, situação conjugal, grau de escolaridade, religião, tipo de parto, quantidade de filhos e gestações; e na segunda parte, responder às questões: “Qual é a sua percepção sobre a lei do acompanhante?” e “Quais os benefícios da lei do acompanhante para você?”.

A análise do material empírico produzido por meio das entrevistas possui como referencial teórico-metodológico a Análise Temática de Conteúdo proposta por Bardin⁷, a qual prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na primeira fase, é realizada a leitura flutuante e constituição do corpus textual; na segunda, busca-se encontrar as categorias temáticas (expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala deve ser organizado); por fim, realiza-se o tratamento do conteúdo obtido com interpretação.

Finalmente, realizou-se a classificação e a categorização das falas, com sínteses coincidentes e divergentes de ideias e sua ligação, ou não, a alguma categoria.

A análise das falas oriundas das entrevistas convergiu para o estabelecimento de duas categorias: “Conhecimento das puérperas sobre a Lei do Acompanhante” e “A importância da Lei do Acompanhante segundo a percepção das puérperas”.

Em consonância com o estabelecido pela Resolução 466/2012⁸ do Conselho Nacional Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Anísio Teixeira de Feira de Santana-BA, Brasil, com parecer favorável de nº 1.785.880 e CAAE nº 57814916.5.0000.5631, em 14 de setembro de 2016.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Participaram da pesquisa 19 puérperas com idade entre 18 e 32 anos. Quanto à escolaridade, nove participantes referiram ter ensino médio incompleto. A maioria afirmou ter cor parda (11), estar numa união estável (12) e religião católica (14). Quanto ao vínculo empregatício, quatro participantes referiram possuir trabalho extradomiciliar, oito afirmaram ser “do lar”, seis lavradoras, e uma ser estudante. Doze puérperas alegaram que tiveram parto cesáreo e onze referiram possuir um filho. Todas as participantes afirmaram que residiam na zona urbana.

Após a exploração do material, foram construídas duas categorias temáticas: 1- Conhecimento das puérperas sobre a Lei do Acompanhante; e 2 - A importância da Lei do Acompanhante segundo a percepção das puérperas.

Ao serem questionadas sobre o seu conhecimento sobre a Lei do Acompanhante, algumas entrevistadas demonstraram desconhecimento sobre o tema, conforme exposto nos relatos a seguir:

Não. Nem sei falar disso, ‘tô sabendo agora (Orquídea).

Não. Eu achava que era o médico que ‘tava’ na hora do parto que era o acompanhante (Gardênia).

A maioria tinha conhecimento sobre a existência dessa lei, porém de forma fragmentada, algumas achavam que só poderia ter o acompanhante no pré-natal e/ou no pós-parto. Poucas tinham conhecimento sobre o direito de ter o acompanhamento no trabalho de parto.

A lei do acompanhante, já ouvi falar no pré-natal (Azaleia).

Eu já ouvi assim, que é obrigatório em alguns hospitais o acompanhante acompanha na hora do parto (Copo de Leite).

Dentre os discursos das entrevistadas, percebe-se que, majoritariamente, expuseram a ausência do acompanhante, embora algumas dessas tenham relatado que tinham conhecimento desse direito. Achado semelhante foi encontrado em um estudo, no qual uma participante afirmou desconhecimento do assunto e, assim, esse direito lhe foi ocultado pela unidade de saúde, e ela não teve a presença de acompanhante⁹.

Outro estudo evidenciou que a maioria das participantes não tinha conhecimento sobre a existência da Lei do Acompanhante, reforçando a necessidade de difundir as informações sobre esse direito, principalmente no pré-natal, pois a maioria das mulheres teve a presença do acompanhante em, pelo menos, uma consulta de pré-natal³.

Apesar de a Lei do Acompanhante já estar em vigor há quinze anos, barreiras ainda são encontradas em muitos hospitais e maternidades, dificultando ou impedindo a participação de um acompanhante durante a internação da mulher. A presença de um acompanhante pode trazer benefícios para mãe e pode contribuir para uma boa evolução do trabalho de parto, porém nem sempre esse direito é cumprido^{4,5}.

De acordo com as entrevistas realizadas, algumas mulheres tinham conhecimento sobre a lei, contudo não foi permitido a elas terem seu acompanhante.

Não. O povo fala que aqui não deixa, só menor de idade eu acho (Jasmin).

Logo quando entrei no hospital eu perguntei se poderia ter acompanhante ou se poderia assistir o parto, e eles falaram que não, só se fosse menor de idade, eu senti muita dificuldade quanto a isso (Íris).

Apesar dos benefícios reconhecidos na literatura e da obrigação legal, a inserção do acompanhante não é feita de forma plena em muitas instituições públicas do país. As razões para a negação desse direito incluem o desconhecimento dos usuários e acompanhantes acerca da lei; a falta de adequação do ambiente para acomodá-los; falta de sensibilização dos profissionais de saúde, com preconceito ou receio em relação à presença dos acompanhantes, seja nas consultas de pré-natal, durante o trabalho de parto, parto e puerpério; e despreparo dos acompanhantes escolhidos pelas parturientes, privando às mulheres a presença de acompanhante de sua confiança,

descumprindo o seu direito de decisão no próprio processo gestacional^{10,11}.

Em uma investigação com doze enfermeiros atuantes na assistência à parturiente em uma maternidade, foram identificados os seguintes aspectos relacionados à realidade institucional que dificultavam a garantia da presença do acompanhante no período parturitivo: a falta de apoio das instâncias administrativas quanto à implementação da lei; a estrutura física inadequada; e a resistência por parte dos profissionais¹².

Outros estudos desenvolvidos com enfermeiros obstétricos constataram que os profissionais são resistentes à presença do acompanhante e que a equipe receia ser avaliada pelo acompanhante; alegaram ausência de privacidade e temiam um risco aumentado de infecção, além de referirem que o acompanhante atrapalha a equipe do centro obstétrico. Por outro lado, foi mencionado que a instituição nunca promoveu discussão sobre a Lei do Acompanhante e que falta apoio e diretrizes institucionais^{11,13}.

Um estudo evidenciou que, apesar da falta de orientação e da acomodação inapropriada, acompanhantes não consideraram essas dificuldades como obstáculos para a sua permanência junto à parturiente¹⁴.

Ao serem questionadas sobre como obtiveram informações sobre a Lei do Acompanhante, algumas referiram ter sido através da internet e amigos, mas a maioria afirmou que obteve orientação por meio das unidades de saúde, durante as consultas de pré-natal e/ou em palestras. Vale ressaltar que esse é o melhor momento para munir as gestantes de informações e incentivar a participação do acompanhante em todas as consultas.

Recomenda-se que os profissionais de saúde orientem a mulher quanto à escolha de quem a acompanhará durante o período interpartal e estimulem a sua presença no pré-natal. Para isso, é necessário fornecer-lhe orientações sobre o processo de parturição e sobre o seu papel de acompanhante, dando apoio à parturiente nesse momento ímpar^{10,15}.

No pré-natal, no posto, quando eu ia para as consultas, tinha palestra (Jasmin).

Vendo o povo falando no posto de saúde, e a enfermeira às vezes falava no posto (Margarida).

Algumas puérperas só tiveram conhecimento sobre a Lei do Acompanhante quando já estavam na maternidade, inclusive depois do parto, no alojamento conjunto, informações que deveriam ser transmitidas no pré-parto, sendo que na maternidade os profissionais deveriam esclarecer as dúvidas e orientar a parturiente e seu acompanhante, incentivando a presença dele e estimulando o vínculo familiar.

[...] *Aqui no hospital quando cheguei* (Coroa Imperial).

[...] *Aqui no quarto com as meninas* (Bromélia).

Uma das entrevistadas relatou saber sobre a Lei do Acompanhante através de uma colega, mas não acreditou na informação obtida.

Pera ai! Já ouvi 'os povos' falando lá em Santo Estevão mesmo. Minha colega pariu e teve um acompanhante no hospital e falou pra mim que eu tinha direito também, mas eu pensava que era mentira (Gloriosa).

A parturiente que tiver seus direitos negados ou for impedida de ter um acompanhante em qualquer fase do parto pode e deve denunciar, pois esse é um direito que possui, devendo lutar para que seja efetivado⁵.

Na prática, a Lei nº 11.108/05 é interpretada como se os médicos e os serviços tivessem autoridade para decidir se a mulher tem direito ou não de ter um acompanhante. Não há sanções caso as autoridades de saúde, gestores ou profissionais se recusem a permitir acompanhantes, ou escolher o acompanhante, justificando seu desrespeito aos direitos com base em sua “autonomia médica”, ou com a falta de privacidade nas enfermarias, ou que eles não tiveram tempo para se adaptar à nova legislação. Isso dificilmente pode ser considerado justificável após o prazo dado para as instituições se adaptarem, e após 14 anos da criação da legislação nacional de 2005^{3,10}.

Estudo realizado com 56 puérperas constatou o descumprimento da Lei pelas instituições de saúde e pelos profissionais durante o parto, tornando esse momento permeado por sentimentos negativos, estresses, desgastes e tensões oriundos do desrespeito aos direitos reprodutivos da paciente⁹.

A segunda categoria temática destaca que as puérperas foram questionadas sobre a importância de ter um acompanhante nos períodos do parto, e a positividade foi

plena. Todas consideraram de suma importância a presença do acompanhante.

Com certeza! Sem minha mãe eu não estaria conseguindo fazer nada (Iris).

Com certeza! A gente se sente mais calma, sendo a primeira vez a gente fica com muito medo (Cravo Rosado).

Um dos grandes benefícios de ter um acompanhante nos períodos do parto é a sensação de segurança que foi evidenciado nas falas das puérperas. Por ser um momento tenso e de muita insegurança, a presença de uma pessoa familiar nesse processo pode promover tranquilidade, e isso é visto como algo grandioso pela puérpera.

O acompanhamento pelo parceiro, família ou uma pessoa amiga da parturiente não envolve necessariamente nenhum preparo técnico. Representa, simplesmente, suporte psíquico e emocional da presença, do contato físico contínuo, do conforto, para dividirem o medo e a ansiedade, somando forças no estímulo positivo à parturiente, encorajando e propiciando tranquilidade, possibilita que ela receba apoio de uma pessoa que está designada, exclusivamente, para assumir essa função. Dessa forma, ela terá a garantia de que não ficará sozinha em nenhum momento^{11,16-19}.

Sim, porque a pessoa se sente mais segura (Amarilis).

Com certeza, eu acho pelo fato da pessoa se sentir mais segura, né?! É melhor (Cerejeira).

Estudo evidenciou que a presença de um acompanhante contribuiu para as mulheres terem uma experiência positiva do nascimento. Por outro lado, aquelas sem acompanhante puderam perceber a situação oposta em sua experiência¹³.

Outra importância de se ter um(a) acompanhante, relatada pelas entrevistadas, trata-se da ajuda que ele(ela) possibilita no pós-parto. Devido ao esforço físico e desgaste do trabalho de parto, muitas mulheres sentem-se cansadas e fracas e necessitam de ajuda para si mesmas e para cuidar do recém-nascido.

Sim, é muito importante, principalmente depois do parto. A gente sentindo muita dor, e ter uma pessoa de nossa confiança para ajudar (Girassol).

Sendo a primeira vez, a gente fica com muito medo, e ela me ajudou muito. Depois, ela segura o neném para eu dormir, e me ajuda a cuidar dele (Cravo Rosado).

Importante que a pessoa escolhida como acompanhante seja acolhida, estimulada e orientada pelos profissionais a participar de todas as fases do parto, promovendo conforto emocional e físico que satisfaça a mulher. Essa satisfação nesse período está fortemente associada ao ambiente acolhedor e à presença de uma companhia que promova a redução do medo, do estresse e da ansiedade, como também auxilia no bom progresso do parto^{3,10,11}.

As causas de estresse e ansiedade incluem: a falta de familiaridade com os profissionais de saúde, com o ambiente hospitalar e suas rotinas, a dor e o desconforto (do próprio nascimento ou das intervenções), a preocupação e a incerteza sobre o que está acontecendo, as dificuldades de comunicação, a falta de empatia, o tratamento hostil e a solidão^{3,4,10}.

Medo, raiva, angústia, ódio e estresse foram sentimentos relatados pelas puérperas participantes de uma pesquisa que constatou consequências na fisiologia do parto e que convergiram para a insegurança desse evento, causados pela falta de apoio institucional, configurando desrespeito e violação dos direitos obstétricos⁴.

As puérperas que tiveram seu direito negado ou não tinham conhecimento desse direito relataram a falta que fez a presença de uma pessoa familiar, as dificuldades enfrentadas com os cuidados com o recém-nascido, devido à inexperiência ou cansaço pós-parto e a sensação de medo por estar sozinha na hora do parto.

Eu até queria que alguém assistisse meu parto, que estivesse perto, ia me dar mais confiança. Meu marido queria até assistir, mas não deixaram (Gardênia).

Considero sim, ainda mais sendo meu primeiro filho, não sei cuidar muito, e ter uma pessoa mais experiente que poderia 'tá' me ajudando ia ser muito bom (Orquidea).

Portanto, a permanência de um acompanhante é capaz de tornar esse momento menos estressante, é uma oportunidade de promoção de um estado de calma. Percebe-se que a presença do acompanhante também propicia benefícios físicos e emocionais, bem como redução do uso de analgesia, a sensação de dor, o uso de

fórceps, aumento nos índices de Apgar e a diminuição da duração do trabalho de parto, tornando a parturiente mais segura e autônoma, proporcionando benefícios que estão diretamente relacionados ao processo de humanização¹⁰.

Estudo ressalta a necessidade do estabelecimento de estratégias que permitam envolver o parceiro da parturiente a fim de aumentar suas competências para a integração, empoderamento e acompanhamento durante o processo de parto²⁰.

A presença de um acompanhante traz benefícios não somente para a mãe e bebê, mas também para o hospital, pois reflete na boa evolução do trabalho de parto e parto, que resultará em uma diminuição do tempo de internamento no hospital, como também no pós-parto pode contribuir com os cuidados ao recém-nascido, auxiliando a equipe de enfermagem que normalmente está sobrecarregada e não dispõe de tempo suficiente para atender o binômio mãe-filho, assim relatado pelas entrevistadas.

Com certeza, sem minha mãe eu não estaria conseguindo fazer nada, porque até dificuldade de ir ao banheiro mesmo eu tive. Você fica à mercê das enfermeiras. A gente sabe que muitas estão ocupadas, nem sempre estão ao nosso lado e também a gente não fica tão à vontade quanto com o acompanhante, aí eu vou ao banheiro na hora que eu quero (Iris).

O cotidiano tem mostrado que a participação do acompanhante durante o processo de parturição envolve o apoio emocional, que a equipe de saúde nem sempre tem condições e tempo para oferecer à parturiente. Por outro lado, as demais necessidades assistenciais são de responsabilidade exclusiva da equipe de saúde. Nessa perspectiva, compartilhar esse momento do parto e nascimento, contando com a parceria do acompanhante, pode ser um facilitador do trabalho de parto.

Se a presença dos acompanhantes no parto deve ser implementada como uma política de saúde universal e equitativa, a informação regular sobre essa presença deve ser parte de protocolos de serviços e dos treinamentos para os profissionais que muitas vezes têm resistência às mudanças, mesmo com tantas leis, resoluções e portarias. Há necessidade de incluir a responsabilização dos serviços que recusam a proteger e cumprir os direitos das mulheres, mesmo anos depois da implementação da Lei 11.108/2005^{5,10}.

A equipe de enfermagem tem um papel importante na preparação e no apoio ao acompanhante e à gestante para que tenham uma vivência mais humanizada no trabalho de parto e parto. O diferencial do modelo de assistência adotado pelo(a) enfermeiro(a) reside em sua capacidade de interação e apoio, o que favorece uma relação mais linear entre parturiente e profissional. Tais medidas contribuirão para que a mulher e o acompanhante exerçam sua cidadania e se sintam mais seguros tendo seus direitos garantidos^{10-12,21,22}.

Estudo evidenciou que todas as participantes tiveram o direito a um acompanhante, e isso promoveu confiança e segurança no momento do parto, fonte de apoio e força, capaz de amenizar a dor e a sensação de solidão e gerar bem-estar emocional e físico²³.

A Lei do Acompanhante deve ser mais divulgada através de redes de comunicações e profissionais de saúde envolvidos na assistência durante a gestação, para que possam orientar a mulher a escolher quem a acompanhará durante as fases do parto. A ampliação dessa informação e o reconhecimento desse direito por parte dos profissionais e das instituições de saúde são fundamentais para a melhoria da qualidade da assistência¹⁴.

O surgimento dessa lei e o incentivo à participação do acompanhante ocorreram devido ao reconhecimento de que essa prática contribui para a humanização do parto e nascimento. A implementação da legislação oportuniza aos profissionais de saúde compreender os aspectos que envolvem a prática^{15,23-25}.

Todavia, é necessário que pesquisadores e programadores considerem fatores os quais podem afetar a implementação, incluindo o conteúdo e o cronograma do treinamento para profissionais, mulheres e acompanhantes; estrutura física da unidade de saúde; especificar as funções para os acompanhantes e provedores; e a integração de acompanhantes¹³.

CONCLUSÃO |

Considera-se que este estudo possui algumas limitações. Na literatura nacional e internacional há escassez de estudos científicos que abordam a percepção da puérpera acerca da Lei do Acompanhante. Dessa forma, este estudo limita-se

às comparações dos achados com estudos sobre a referida Lei. Outra limitação do estudo é consequência do recorte metodológico de dada realidade, porém é importante considerar o fato exposto quando outras pesquisas realizadas têm evidenciado cenário semelhante diante da situação aqui exposta.

Apesar do direito respaldado pela lei, faz-se necessário as instituições e os profissionais de saúde assumirem uma postura acolhedora com relação ao acompanhante. Desta forma, acredita-se que é relevante melhorar as estratégias para um novo modelo de atenção obstétrica e, para tanto, são necessários investimentos na sensibilização dos profissionais de saúde, de orientação às gestantes e familiares acerca de seus direitos, principalmente em relação ao parto, incluindo o direito ao acompanhante da escolha da mulher antes, durante e no pós-parto.

Essas estratégias devem ser trabalhadas por uma equipe multidisciplinar envolvida no cuidado materno-infantil. A ampliação dessa informação e o reconhecimento desse direito por parte dos profissionais e das instituições de saúde são fundamentais para a melhoria da qualidade da assistência e para a consolidação da humanização da atenção ao parto e nascimento no país.

Acredita-se que este estudo possa contribuir para a reflexão e cumprimento da legislação em vigor no Brasil acerca do direito da mulher de ter um acompanhante de sua escolha no período do pré-parto, parto e puerpério. Sugere-se que novas investigações sobre a temática sejam realizadas para fins de comparações e subsidiem estratégias de cuidado que atendam às necessidades das parturientes, dos acompanhantes e de todos os envolvidos, e que contemplem algumas das limitações deste estudo.

REFERÊNCIAS |

1. Teles LMR, Américo CF, Oriá MOB, Vasconcelos CTM, Brüggemann OM, Damasceno AKC. Efficacy of an educational manual for childbirth companions: pilot study of a randomized clinical Trial. *Rev Latino-Am Enferm*. 2017;25:e2996.
2. Sá AMP, Alves VH, Rodrigues DP, Branco MRBL, Paula E, Marchiori GRS. O direito ao acesso e acompanhamento

- ao parto e nascimento: a ótica das mulheres. *Rev enferm UFPE*. 2017;11(7):2683-90.
3. Almeida AF, Brüggemann OM, Costa R, Junges CF. Separação da mulher e seu acompanhante no nascimento por cesárea: uma violação de direito. *Cogitare Enferm*. 2018;23(2).
 4. Brasil, Ministério da Saúde. Lei nº 11.108. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília (DF): Diário Oficial da União. [Internet]. 2005 [acesso em 17 out 2019]. Disponível em: URL: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11108-7-abril-2005-536370-publicacaooriginal-26874-pl.html>
 5. Najafi TF, Roudsari RL, Ebrahimipour H. The best encouraging persons in labor: A content analysis of Iranian mothers' experiences of labor support. *PLoS ONE*. 2017; 12(7):e0179702.
 6. Baldisserotto ML, Theme MM Filha, Gama SGN. Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assesment of the care received: the "birth in Brazil" nacional research study, 2011/2012. *Reprod Health*. 2016; 13(3):124-9.
 7. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.
 8. Brasil, Ministério da Saúde. Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012. Brasília (DF): Diário Oficial da União. [acesso em 18 out 2019]. Disponível em: URL: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html
 9. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco MBLR, Souza RMP. O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica. *Texto Contexto Enferm*. 2017; 26(3).
 10. Santos ALS, Oliveira ARS, Amorim T, Silva UL. O acompanhante no trabalho de parto sob a perspectiva da puérpera. *Rev Enferm UFSM*. 2015;5(3):531-540.
 11. Brüggemann OM, Ebsen ES, Oliveira ME, Gorayeb MK, Ebele RR. Motivos que levam os serviços de saúde a não permitirem acompanhante de parto: discursos de enfermeiros. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(2):270-7.
 12. Júnior PBC, Carvalho IS, Macedo JBPO. Unfavorable institutional conditions to the presence of the caregiver: the viewpoint of nurses. *J res.: fundam care*. 2013;5(4):671-80.
 13. Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp O. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019; 3.
 14. Frutuoso LD, Brüggemann OM, Monticelli M, Oliveira ME, Costa R. Perceptions from the delivering women's chosen companion concerning the obstetrics ward organization and ambience. *J res.: fundam care*. 2017;9(2): 363-370.
 15. Carvalho SS, Oliveira BR, Bezerra ISA. Importância das orientações sobre trabalho de parto nas consultas de pré-natal: revisão de literatura. *Rev Educ Saúde*. 2019; 7 (2): 142-150.
 16. Ferreira KA, Madeira LM. O significado do acompanhante na assistência ao parto para a mulher e familiares. *Enferm Obstetr*. 2016;3(1):e29.
 17. Silva EM, Marcolino E, Ganassin GS, Santos AL, Marcon SS. Participação do companheiro nos cuidados do binômio mãe e filho: percepção de puérperas. *Rev Pesq Cuidado é Fundam Online*. 2016;8(1):3991-4003.
 18. Vilanova AKL, Carvalho FS, Portela NLC, Paes ARM, Santos DAS. Percepções da parturiente acerca da presença do acompanhante no processo de parturição. *Rev Augustus*. 2015;20(39):24-37.
 19. Junges CF, Brüggemann OM, Knobel R, Costa R. Support actions undertaken for the woman by companions in public maternity hospitals. *Rev Latino-Am Enferm*. 2018;26:e2994.
 20. Serrano MM, Torres CU, Hoga L. Padre preparado y comprometido en su rol de acompañante durante el proceso de parto. *Aquichan*. 2018; 18(4): 415-425.
 21. Carvalho SS, Oliveira BR, Nascimento CSO, Gois CTS, Pinto IO. Perception of a nursing team in the implantation

of a reception with risk classification sector for pregnant women. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2018; 18(2):309-315.

22. Côrtes CT, Oliveira SMJV, Santos RCS, Francisco AA, Riesco MLG, Shimoda GT. Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. *Rev Latino-Am Enferm*. 2018; 26.

23. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(2):262-9.

24. Manzo BF, Costa ACL, Silva MD, Jardim DMB, Costa LO. Inevitable mother–baby separation in the immediate postpartum from a maternal perspective. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2018; 18(3): 501-507.

25. Alderdice F, Porter S, Souza ML, Velloso BP, Brüggeman OM. Postnatal care in Brazil: opportunities and challenges. *Texto Contexto Enferm*. 2016; 25(4):e0040016.

Correspondência para/Reprint request to:

Silas Santos Carvalho

An. Transnordestina, SN,

Novo Horizonte, Feira de Santana/BA, Brasil

CEP: 44036-900

E-mail: ssc.academico@hotmail.com

Recebido em: 28/11/2019

Aceito em: 18/10/2020

Caroline Rosa da Cruz¹
Jessica Oliveira da Fonseca¹
Daniela Rosa de Oliveira²
Dhébora Mozena Dall'Igna¹

Knowledge of Basic Health Units' healthcare professionals regarding the management of syphilis in Lages, Santa Catarina, Brazil

| Conhecimento dos profissionais de Unidades Básicas de Saúde sobre o manejo de sífilis em Lages, Santa Catarina, Brasil

ABSTRACT | Introduction: *Syphilis is caused by the bacterium *Treponema Pallidum*. It is a systemic sexually transmitted infection (STI), representing a serious public health problem. During pregnancy, this infection can bring numerous complications to the pregnant woman, such as abortion, intrauterine death, in addition to representing one of the causes of neonatal mortality and morbidity. **Objective:** To analyze the knowledge of professionals in Basic Health Units (BHU) about the management of syphilis during pregnancy, in Lages, Santa Catarina. **Methods:** Descriptive and cross-sectional study, with a quantitative approach carried out through a self-administered questionnaire. Forty health professionals participated in the research, including doctors, nurses, nursing technicians and community health agents (CHA). A statistical analysis of non-parametric data was performed using the Kruskal-Wallis test, considering $p < 0.05$ significant. **Results:** Variables related to the Ministry of Health's considerations regarding syphilis management were analyzed. More than half of the professionals were not familiar with non-treponemic tests, corresponding to 52.5% of incorrect answers. Regarding the alternative treatment of syphilis during pregnancy, 62.5% said it was adequate. **Conclusion:** The analyzed professionals have insufficient knowledge about syphilis during pregnancy and this can negatively affect the patients' conduct. It is necessary to rethink the professional training programs provided by the health units.*

Keywords | *Syphilis, Congenital; Pregnancy Complications; Infections; Health Professional.*

RESUMO | Introdução: A sífilis é causada pela bactéria *Treponema Pallidum*. É uma infecção sexualmente transmissível (IST) sistêmica, representando um grave problema de Saúde Pública. Durante a gravidez, essa infecção pode trazer inúmeras complicações à gestante, como aborto, morte intrauterina, além de representar uma das causas de mortalidade e morbidade neonatal. **Objetivo:** Analisar o conhecimento dos profissionais de Unidades Básicas de Saúde (UBS) acerca do manejo de sífilis na gestação, em Lages, Santa Catarina. **Métodos:** Estudo descritivo e transversal, com abordagem quantitativa realizado através de questionário autoaplicado. Participaram da pesquisa 40 profissionais da saúde, entre médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Realizou-se uma análise estatística de dados não paramétricos pelo teste de Kruskal-Wallis, considerando $p < 0,05$ significativo. **Resultados:** Foram analisadas variáveis relacionadas às considerações do Ministério da Saúde quanto ao manejo de sífilis. Mais da metade dos profissionais não estava familiarizada com os testes não treponêmicos, correspondendo a 52,5% de respostas incorretas. A respeito do tratamento alternativo de sífilis na gestação, 62,5% responderam ser adequado. **Conclusão:** Os profissionais analisados possuem conhecimento insuficiente a respeito de sífilis na gestação, e isso pode implicar negativamente na conduta das pacientes. Faz-se necessário repensar os programas de capacitação profissional prestados junto às unidades de saúde.

Palavras-chave | Sífilis Congênita; Complicações Infeciosas na Gravidez; Profissional da Saúde.

¹Universidade do Planalto Catarinense. Lages/SC, Brasil.

²Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) de tratamento acessível e fornecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no entanto continua sendo um grave problema de saúde pública.

No ano de 2019, no Brasil, foi notificado ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) um total de 67.301 casos de sífilis adquirida e 25.794 casos de sífilis em gestante, um número relativamente menor se comparado a 2018 quando os casos de sífilis adquirida chegaram a 158.051 e os de sífilis gestacional a 62.599, o maior número de casos registrados nos últimos oito anos¹.

Desses casos de sífilis em gestantes, correspondem ao estado de Santa Catarina o total de 834 casos em 2019 e 2.268 casos no ano de 2018. Em Lages, município localizado na Serra Catarinense, local onde o presente estudo foi conduzido, observou-se um aumento progressivo na ocorrência de sífilis em gestantes desde o ano de 2010, sendo que em 2018 o município totalizou 135 casos e teve uma redução significava em 2019, totalizando 30 casos¹.

Os meios de transmissão da sífilis consistem em: sexual, vertical e sanguínea, sendo esta última mais rara atualmente. No contágio sexual, as lesões decorrentes da doença ficam localizadas nos órgãos genitais do indivíduo, que são os principais sítios de inoculação do *Treponema pallidum*, agente etiológico da sífilis; e em regiões extragenitais, tais como lábios, pele e língua, garantindo assim seu alto índice de transmissibilidade².

A transmissão vertical, por sua vez, ocorre quando a gestante infectada transmite o patógeno ao feto, através da placenta, o que se dá em todos os períodos da gestação, mas, principalmente, durante o terceiro trimestre, pois o fluxo sanguíneo placentário está mais desenvolvido nesse período, facilitando a transmissão³. Além disso, a transmissão vertical pode ocorrer também durante o parto, quando o recém-nascido tem contato direto com as lesões genitais da parturiente⁴.

Além do diagnóstico clínico das lesões, para se definir a forma clínica da doença e escolher a melhor terapêutica, há a necessidade de realização da sorologia para sífilis. O diagnóstico laboratorial da sífilis consiste basicamente no uso

da microscopia de campo escuro e/ou testes imunológicos divididos em não treponêmicos e treponêmicos⁵.

Da sorologia não treponêmica, também chamada de sorologia de flocação, dispõe-se dos testes *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), *Rapid Plasma Reagin* (RPR), *Toluidine Red Unbeated Serum Test* (TRUST), *Unbeated Serum Reagin* (USR), sendo este tipo de ensaio menos específico para conclusão do diagnóstico por ter sensibilidade reduzida^{5,6}.

Os testes treponêmicos são usados, na maioria dos casos, para confirmação, pois pesquisam anticorpos específicos contra o *T. pallidum*. Dentre os mais utilizados dessa sorologia estão o *Fluorescent Treponemal Antibody Absorption* (FTA-Abs), *Treponema Pallidum Hemagglutination Test* (TPHA), *Enzyme Linked Immunosorbent Assay* (ELISA), além de testes rápidos usados nas rotinas das Unidades Básicas de Saúde (UBS)^{7,8}.

É importante saber diferenciar a sorologia treponêmica e a não treponêmica, pois mesmo que ambas sejam utilizadas na detecção, para cada amostra ou estágio da infecção será utilizado um esquema diferente de conduta perante os testes, para que não ocorram falsos positivos ou falsos negativos e evitar que essas interpretações acabem comprometendo a saúde da população².

Pelo fato de o *T. pallidum* ser uma das bactérias mais sensíveis à penicilina, seus derivados são usualmente os fármacos de escolha para o tratamento, tanto em tratamento de adultos, quanto de recém-nascidos⁹. Estudos sugerem que a administração de penicilina reduz de forma significativa a proporção de neonatos com manifestações clínicas da doença e aumenta a cura sorológica¹⁰.

Diante do exposto, a sífilis na gestação e a sífilis congênita são excelentes indicadores de qualidade da assistência ao pré-natal, visto que tanto fármaco de escolha quanto o diagnóstico clínico e testes rápidos estão presentes na maioria das UBS¹¹. A garantia da qualidade do pré-natal não está apenas na quantidade de consultas, e deve-se levar em consideração a qualidade do cuidado, daí a necessidade de esforços a fim de melhorar a qualidade oferecida pelos serviços da rede pública de saúde¹².

Observando o aumento progressivo dos casos de sífilis em gestante no município de Lages e a importância dessa IST em nível de saúde pública, viu-se a necessidade de investigar a qualidade da assistência ao pré-natal frente ao manejo

da sífilis gestacional oferecido pelas UBS do município, por meio de avaliação de conhecimento dos profissionais envolvidos no manejo.

Acredita-se que deficiências no conhecimento do manejo possam impactar no número de casos e que aumentando o nível de informação dos profissionais há o estabelecimento de uma alternativa para modificar positivamente o cenário municipal da sífilis. O acesso aos serviços e o manejo orientado representam um importante elo entre população e equipe de saúde, e esta, estando alinhada, evita divergências nas informações repassadas aos pacientes.

Diante do exposto, objetivou-se analisar o conhecimento dos profissionais de UBS acerca do manejo de sífilis na gestação, em Lages, Santa Catarina.

MÉTODOS |

Tratou-se de um estudo descritivo e transversal, que utilizou abordagem quantitativa por meio de questionário autoaplicado e estruturado. Realizada em Lages, Santa Catarina, no período de agosto a dezembro de 2017, a pesquisa foi composta por cinco UBS localizadas em bairros diferentes, totalizando 40 participantes. Foram selecionados profissionais enfermeiros, médicos, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

Foram incluídos profissionais atuantes na UBS, que diretamente estão em contato com as pacientes e, em teoria, os que mais seriam indicados na análise de conhecimento acerca de manejo da sífilis gestacional. O questionário utilizado foi dividido em duas partes: a primeira constituía-se de variáveis inerentes à profissão (nível de formação, profissão exercida na UBS, tempo de profissão, carga horária semanal e tempo de atuação profissional na UBS). Já a segunda, constituía-se de especificidades acerca do manejo da sífilis, com base nas recomendações em documentos literários da área.

Calcularam-se as frequências absolutas (n) e relativas (%) relacionadas à população total abrangendo todos os profissionais das variáveis categóricas, sendo os dados expressos em tabelas. Em relação às análises comparativas entre conhecimento dos profissionais/categorias, realizou-se uma análise de dados não paramétricos pelo teste de

Kruskal-Wallis. Valores de $p < 0,05$ referem-se a níveis de conhecimento similares entre os profissionais, enquanto valores de $p > 0,05$ referem-se a níveis de conhecimento que se diferem entre os profissionais. Os dados gerais do questionário foram tabulados utilizando *Excel* 2016, e as análises estatísticas foram realizadas por meio do *software GraphPad Prism 5*.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética (CEP) da Universidade do Planalto Catarinense, Uniplac (Parecer nº 2.212.199/2017). Os pesquisadores tiveram autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde, e os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS |

Participaram da pesquisa 40 profissionais da saúde de atenção básica (AB); destes, 30% são enfermeiros, 15% médicos, 12,5% técnicos em enfermagem e 42,5% ACS.

Esses profissionais são de suma importância no cuidado pré-natal por serem responsáveis pelo acompanhamento de toda a gestação e puerpério, investigando possíveis doenças ou infecções e propondo tratamento, quando necessário, pautado em orientações do Ministério da Saúde (MS). Além disso, são profissionais capazes de realizar um trabalho de conscientização não somente da gestante, mas da população em geral sobre a importância do pré-natal, na tentativa de se garantir uma boa qualidade de vida da gestante e da criança. Enquanto médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem trabalham na linha de frente nas unidades, os ACS fortalecem o vínculo entre comunidade e UBS, fazendo-se presentes nas residências dos pacientes promovendo saúde.

Durante a aplicação do instrumento de análise, os pesquisadores participaram do processo de abordagem dos participantes da pesquisa, de forma individual. A primeira pergunta escolhida foi a respeito da variável agente etiológico e a sua denominação científica. Cerca de 48,7% indicaram um vírus como sendo o agente, enquanto 51,3% indicaram uma bactéria como agente etiológico. A maioria (67,5%) indicou *Treponema pallidum* como a denominação científica. Outras indicações foram *Trichomonas vaginalis* (15%) e *Chlamydia trachomatis* (2,5%).

Perguntou-se se o diagnóstico clínico a partir das lesões da sífilis é mais conclusivo que o laboratorial, e cerca de 72,5% dos participantes responderam que o diagnóstico clínico não é mais conclusivo que o laboratorial; 22,5% selecionaram a opção que o diagnóstico clínico é mais conclusivo que o laboratorial, enquanto 5% não tinham opinião sobre o assunto. Todos os profissionais concordaram que a sorologia para sífilis compõe o pré-natal da rede pública.

Quanto ao conhecimento dos profissionais em relação à sorologia, 40% afirmaram FTA-Abs, e VDRL e 25% indicaram VDRL e RPR. Um percentual considerável (22,5%) não soube responder. A maioria (87,5%) relatou que a sífilis é caso de notificação compulsória.

Outras variáveis foram pesquisadas acerca do tratamento e manejo da sífilis na gestação: antibiótico de primeira escolha, tratamento alternativo, seguimento terapêutico da sífilis na gestação e tratamento das parcerias sexuais da gestante.

A maioria (87,5%) dos participantes respondeu que penicilina G é o primeiro antibiótico de escolha. A frequência de acertos dessa pergunta segundo a categoria profissional foi: 83,3% dentre os médicos, 100% de enfermeiros, 100% dos técnicos de enfermagem e 76,5% dentre os ACS. Entretanto, tratando-se de qual seria o antibiótico de segunda escolha recomendado pelo MS, 50% escolheram ceftriaxona, 20% escolheram eritromicina, e

27,5% não tinham opinião a respeito. Sobre o tratamento alternativo, 62,5% responderam ser adequado, enquanto 30% responderam ser inadequado.

Quanto ao seguimento da gestante infectada, que deveria ser mensal, apenas 37,5% responderam corretamente; mais da metade (52,5%) escolheu a opção que afirmava ser trimestral. A porcentagem de erros conforme categoria profissional foi: 50% dentre os médicos, 67% de enfermeiros, 60% dos técnicos em enfermagem e 64,7% dos ACS, números relativamente próximos em todas as categorias dos integrantes das UBS.

Quanto ao tratamento da parceria sexual, a maioria respondeu corretamente, que deveria ser tratado mesmo se o teste não treponêmico for não reagente.

A Tabela 1 (frequência relativa de erros e acertos nas respostas dos profissionais), foi dividida conforme categoria profissional. A frequência relativa nessa tabela foi calculada com base nos erros e acertos dos profissionais, porém houve profissionais que escolheram a opção não sei/não tenho opinião a respeito, e essa opção de resposta não foi considerada como erro. Dessa forma, a Tabela 2 (frequência relativa de desconhecimento dos profissionais de saúde, segundo categoria profissional) foi elaborada para indicar a frequência relativa de participantes da pesquisa que escolheram essa a opção “não sei/não tenho opinião a respeito” conforme categoria profissional.

Tabela 1 - Frequência relativa de acertos e erros nas respostas dos profissionais de saúde, divididos por categoria profissional (n=40)

Variável	Médicos *A/E (%)	Enf. A/E (%)	Téc. Enf A/E (%)	ACS A/E (%)
Escolha do agente etiológico	100/0	33,4/66,6	20/80	52,9/41,2
Denominação do agente etiológico	100/0	25/75	60/20	41,9/29,4
Diagnóstico clínico**	66,7/16,7	83,3/16,7	40/40	76,47/23,5
Modo de transmissão de sífilis congênita	83,3/16,7	91,67/0	40/60	64,7/35,3
Doença de notificação compulsória	83,3/16,7	100/0	100/0	76,7/0
Testes compõe o pré-natal	100/0	100/0	100/0	100/0
Escolha de teste não-treponêmico	50/50	16,7/83,3	0/60	29,4/29,4
Primeiro antibiótico de escolha	83,3/0	100/0	100/0	76,5/11,8
Tratamento alternativo	16,7/66,7	22,5/16,7	40/20	47/17,7
Seguimento com teste- treponêmico***	33,3/50	33,34/67	40/60	35,3/64,7
Conduta com a parceria sexual	83,3/33,3	75/25	100/0	58,8/29,4
Casos de sífilis congênita em Lages	60/16,7	100/0	100/0	88,2/5,9

*A (acertos)/ E (erros). **Perguntou-se se o diagnóstico clínico é mais conclusivo que a sorologia. ***Seguimento da gestante infectada com *T. pallidum*.

Tabela 2 - Frequência relativa de desconhecimento dos profissionais de saúde, segundo categoria profissional (n=40)

Variável	Médico (n=6)	Enf. (n=12)	Tec. Enf. (n=5)	ACS (n=17)
Escolha do agente etiológico	-	-	-	5,9
Denominação do agente etiológico	-	-	20	29,4
Diagnóstico clínico*	16,7	-	20	-
Modo de transmissão de sífilis congênita	-	8,3	-	-
Doença de notificação compulsória	-	-	-	23,5
Escolha de teste não-treponêmico	-	-	40	41,2
Primeiro antibiótico de escolha	16,7	-	-	11,8
Tratamento alternativo	16,7	16,7	40	35,3
Seguimento com teste- treponêmico**	16,7	-	-	-
Conduta com a parceria sexual	16,7	-	-	11,8
Casos de sífilis congênita em Lages	33,3	-	-	11,8

*Perguntou-se se o diagnóstico clínico é mais conclusivo que a sorologia. **Seguimento da gestante infectada com *T. pallidum*.

A Tabela 3 demonstra a comparação do conhecimento dos profissionais da saúde em relação ao agente etiológico da sífilis, cujos resultados foram expressos em valores absolutos. Pode-se observar que 06 médicos, 03 enfermeiros, 03 técnicos de enfermagem e 07 ACS responderam corretamente que o patógeno é *T. pallidum* ($p=0,0861$), e 06 médicos, 04 enfermeiros, 01 técnico em enfermagem e 09 ACS responderam que o agente etiológico é uma bactéria ($p=0,2519$).

Já a Tabela 4 indica a comparação do conhecimento dos profissionais da saúde sobre o diagnóstico de sífilis. Perguntou-se se o diagnóstico clínico era mais conclusivo que o laboratorial: 01 médico, 02 enfermeiros, 02 técnicos de enfermagem e 04 ACS responderam que sim ($p=0,0169$). Em se tratando dos testes não treponêmicos, 03 médicos, 02 enfermeiros, 05 ACS escolheram VDRL e RPR, que seria opção correta, contudo nenhum técnico de enfermagem escolheu tal opção ($p=0,0054$).

A Tabela 5 demonstra a comparação entre categorias profissionais a respeito do tratamento, ambas expressas em valores absolutos. Na variável antibiótico de primeira escolha, 06 médicos, 12 enfermeiros, 05 técnicos em enfermagem e 13 ACS, responderam a penicilina G. Nenhum médico, enfermeiro e técnico de enfermagem escolheu o agente terapêutico ceftriaxona, e apenas 01 ACS escolheu essa opção ($p=0,0168$).

Entretanto, na variável tratamento alternativo, ainda na tabela 5: 01 médico, 09 enfermeiros, 02 técnicos em enfermagem e 08 ACS escolheram a ceftriaxona ($p=0,0676$). Se o tratamento alternativo é adequado, 03 médicos, 04 enfermeiros, 01 técnico e 04 ACS responderam que sim ($p=0,0370$).

Os valores de $p<0,05$ correspondem a níveis de conhecimento similares entre os profissionais, enquanto valores de $p>0,05$ referem-se a níveis de conhecimento que se diferem entre os profissionais.

Tabela 3 - Comparação de conhecimento entre os profissionais de Unidades Básicas de Saúde em relação ao agente etiológico da sífilis em Lages (SC), 2017 (n=40)

Variável	Médico	Enf.	Téc. Enf	ACS	Valor de p
Escolha do tipo de agente etiológico					
Vírus	-	08	04	07	
Bactéria	06	04	01	09	0,2519
Denominação do agente etiológico					
<i>T. vaginalis</i>	-	09	01	04	
<i>C. trachomatis</i>	-	-	-	01	0,0861
<i>T.pallidum</i>	06	03	03	07	
Não tenho opinião sobre isso	-	-	01	05	

Tabela 4 - Comparação de conhecimento entre os profissionais de Unidades Básicas de Saúde em relação ao diagnóstico da sífilis em Lages (SC), 2017 (n=40)

Variável	Médico	Enf.	Téc. Enf.	ACS	Valor de p
Diagnóstico clínico					
<i>Saber o diagnóstico</i>					
Sim	01	02	02	04	0,0169*
Não	04	10	02	13	
Não tem opinião	01	-	01	-	
Testes não-treponêmicos					
<i>Escolha dos testes não treponêmicos</i>					
VDRL e RPR	03	02	-	05	0,0054*
FTA-Abs e VDRL	01	09	02	04	
TPHA e FTA-Abs	01	-	-	-	
TPHA e RPR	01	01	01	01	
Não tem opinião	-	-	02	07	
Notificação compulsória					
<i>Saber que a notificação é compulsória</i>					
Sim	05	12	05	13	0,0940
Não	01	-	-	-	
Não tem opinião	-	-	-	04	

*Valores significativos.

Tabela 5 - Comparação de conhecimento entre os profissionais de Unidades Básicas de Saúde em relação ao tratamento da sífilis em Lages (SC), 2017 (n=40)

Variável	Médico	Enf.	Téc. Enf.	ACS	Valor de p
Primeiro antibiótico de escolha					
<i>Escolha do agente farmacológico de primeira escolha</i>					
Ceftriaxona	-	-	-	01	0,0168*
Penicilina G	06	12	05	13	
Eritromicina	-	-	-	01	
Não tem opinião	-	-	-	02	
Tratamento alternativo					
<i>Escolha do agente farmacológico alternativo</i>					
Ceftriaxona	01	09	02	08	0,0676
Penicilina G	-	-	01	-	
Eritromicina	04	01	-	03	
Não tem opinião	01	02	02	06	
Tratamento alternativo					
<i>Saber se o tratamento alternativo é adequado</i>					
Adequado	02	08	04	11	0,0370*
Inadequado	03	04	01	04	
Não tem opinião	01	-	-	02	
Seguimento da gestante infectada					
<i>Saber a frequência de seguimento da gestante mesmo tratada</i>					
Mensal	03	04	02	06	0,0101*
Trimestral	02	07	03	09	
Semestral	-	01	-	02	
Não tem opinião	01	-	-	-	
Conduta com a parceria sexual					
<i>Saber a conduta de tratamento da parceria sexual da gestante</i>					
Tratar mesmo se o resultado for não reagente	05	09	05	10	0,0291*
Se não for reagente não tratar	-	03	-	05	
Não tem opinião	01	-	-	02	

*Valores significativos.

DISCUSSÃO |

Os resultados indicam que os profissionais da saúde avaliados demonstraram ter conhecimento insuficiente a respeito da infecção por sífilis e quanto ao manejo adequado da sífilis gestacional.

Uma porcentagem alta (47,5%) dos participantes não escolheu a opção a qual afirmava que o agente etiológico da sífilis é uma bactéria, e sim um vírus. Nessa variável, a categoria que apresentou a frequência maior de acertos do que de erros foi a dos enfermeiros, com uma porcentagem de 33,4% e 66,6%, respectivamente. Os mesmos profissionais apresentaram uma frequência de erros maior (75%) do que de acertos (25%), referindo-se à denominação do agente etiológico da sífilis.

Ainda levando em consideração a porcentagem de erros e acertos, nenhuma categoria profissional teve uma frequência de respostas corretas maior que de incorretas na indicação dos testes não treponêmicos. A frequência relativa de respostas incorretas de todas as categorias foi de 52,5%, sendo que apenas 25% assinalaram VDRL e RPR, e 22,5% não tinham opinião a respeito. Nenhum técnico de enfermagem optou pela opção correta dessa questão. O valor de *p* de 0,0054, apesar de não expressar diferença de conhecimento dos profissionais, demonstra que todas as categorias incluídas no estudo têm um conhecimento baixo em relação à sorologia de sífilis.

Em um estudo similar realizado em Fortaleza, Ceará, no ano de 2009, com 269 profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), divididos entre médicos e enfermeiros, os autores também encontraram um percentual de erros maior que o de acertos, pois aplicando um questionário com perguntas similares a este estudo, apenas 58,7% responderam VDRL e RPR, e 70,6%, as outras opções¹⁴. Isso evidenciou que em outras regiões os profissionais da saúde também não têm o conhecimento básico sobre a sorologia de sífilis.

É necessário saber diferenciar os testes treponêmicos dos não treponêmicos, pois a interpretação desses testes direciona a eficácia do tratamento da sífilis, não somente na gestante, que é o foco deste estudo, mas também na população em geral. Através dos testes não treponêmicos, é possível quantificar por meio de titulações a quantidade de anticorpos presentes na amostra e assim determinar a atividade da infecção².

Os protocolos do MS a respeito do manejo da sífilis, embora sejam esclarecedores em seus fluxogramas, utilizam a denominação do teste como treponêmico ou não treponêmico, pois pressupõem que os profissionais tenham conhecimento prévio a respeito, visto que cada esquema terapêutico depende do resultado da sorologia, e, também, da fase da infecção.

É indispensável que os profissionais da saúde conciliem suas atividades práticas com seu conhecimento teórico, adquirido a partir de evidências científicas, para assim garantir uma boa adesão da gestante ao tratamento e evitar divergência de informações repassadas pelos diferentes membros da equipe da UBS, fazendo com que a paciente sinta confiança em prosseguir o tratamento bem como seguir as recomendações de prevenção¹³.

Ao serem questionados a respeito de o diagnóstico clínico ser mais conclusivo que o laboratorial, os resultados foram relativamente satisfatórios, pois 72,5% dos participantes responderam que o diagnóstico clínico não é mais conclusivo que o laboratorial. Embora seja necessário, o diagnóstico clínico é considerado presuntivo, pois na fase secundária as lesões decorrentes da sífilis são generalizadas e adquirem um aspecto psoriforme, podendo ser facilmente confundida com outras doenças, tal como a psoríase^{15,16}.

Por isso, há necessidade da sorologia para se confirmar as suspeitas, porque a detecção precoce da infecção e o acompanhamento da gestante pela equipe de saúde evitam atrasos no tratamento, tratamento insuficiente ou abandono materno do pré-natal¹⁷.

Mais da metade dos profissionais respondeu que a transmissão da sífilis congênita é pela placenta, correspondendo esses a 72,5%. Porém, apesar de ser um número significativo, 25% responderam que era por contato sexual, o que seria correto se a pergunta fosse sobre a transmissão da sífilis adquirida. Os técnicos de enfermagem representaram a categoria que teve uma porcentagem maior de erros (60%) que a de acertos nessa pergunta. Ao analisar a frequência relativa de desconhecimento segundo categoria profissional (tabela 2), apenas os enfermeiros (8,3%) escolheram a opção não sei/ não tenho opinião a respeito nessa questão. Acredita-se que esse resultado foi devido à interpretação errônea da pergunta do questionário pelos participantes da pesquisa, porém ressalta-se a importância de saber a transmissão

de sífilis congênita para conscientizar a comunidade e a gestante da importância da prevenção de sífilis gestacional e sua forma de transmissão.

Quanto à notificação, observou-se que 87,5% dos participantes responderam que a sífilis é uma infecção de notificação compulsória, mas 16,7% da categoria dos médicos responderam que não, e 23,5% dos ACS escolheram a opção não sei/não tenho opinião a respeito. Ressalta-se que a notificação compulsória é obrigatória aos profissionais da saúde, pois, de acordo com o art. 269 do Código Penal Brasileiro¹⁸, é crime deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória, estando sujeito a pena de detenção de 06 meses a 02 anos, e multa.

Em gestantes, a notificação se tornou compulsória em todo o território nacional por meio da Portaria nº 33 de 14 de julho de 2005, e a notificação compulsória de sífilis congênita foi instituída por meio da Portaria nº 515, de 22 de dezembro de 1986, ambas do MS¹⁹.

A respeito do tratamento com antibiótico de primeira escolha, 90% dos participantes responderam penicilina G. Ao analisar as respostas incorretas, verificou-se que 2,5% responderam ceftriaxona, 2,5% indicaram eritromicina, enquanto 5% responderam que não sabem, sendo todos eles ACS. Assim, o valor de p foi 0,0168 demonstrando que o conhecimento entre as categorias profissionais foi similar.

As gestantes com alergia comprovada à penicilina devem ser imediatamente dessensibilizadas e posteriormente tratadas, visto que a penicilina é o único antibiótico eficaz contra a sífilis, sendo o único fármaco capaz de atravessar a barreira placentária²⁰. O risco de anafilaxia por conta da administração de penicilina benzantina é mínimo (0,002%). Caso a anafilaxia aconteça, o fármaco usado para reverter esse efeito é a adrenalina administrada por via intramuscular²¹. O MS recomenda que, em caso de alergia comprovada, o tratamento alternativo em gestante seja feito com ceftriaxona intramuscular²¹.

Quando perguntados sobre o tratamento alternativo, 50% dos profissionais responderam ceftriaxona, e 20%, eritromicina. O valor de p , quando comparado às categorias, foi de 0,0676, expressando diferença de conhecimento entre elas. Foi a única variável sobre a qual todas as categorias apresentaram desconhecimento, sendo: médicos

(16,7%), enfermeiros (16,7%), técnicos em enfermagem (40%) e ACS (35,3%). A maioria dos médicos respondeu eritromicina, e foram os profissionais que tiveram maior porcentagem de respostas incorretas do que corretas, pois alegaram que a literatura recomenda que seja feito o tratamento com esse fármaco, a despeito de não condizer com o recomendado pelo MS.

Silva *et al.*¹⁴ em seu estudo não incluíram a ceftriaxona em seu questionário, porém observaram que 78,1% dos médicos e enfermeiros tratariam as gestantes alérgicas à penicilina com estearato de eritromicina, e 21,9% tratariam a gestante com tetraciclina, amoxicilina ou doxiciclina, sendo este último o tratamento alternativo da sífilis adquirida, mas não na gestação.

Freire²² afirma que não é indicado o uso de esteato de eritromicina na gestação, por existirem riscos de toxicidade para a mãe, e, ademais, poder causar alterações ósseas e no esmalte dentário do feto. Porém, recomenda, caso o tratamento de primeira escolha não possa ser executado, o estearato de eritromicina.

Como o presente estudo foi construído de acordo com as especificações do MS, não se admitiu a eritromicina como opção correta. Com a ceftriaxona, o tratamento de sífilis é considerado inadequado pelo MS. Mesmo que esteja expresso nos protocolos disponibilizados pelo MS que o tratamento sem a penicilina G é considerado inadequado, 62,5% dos participantes deste estudo responderam ser adequado, e 30% optaram por inadequado. O valor de p foi de 0,0370, demonstrando que o conhecimento dos profissionais é similar.

A terapia inadequada para sífilis materna pode ser considerada como todo tratamento que não seja com penicilina G, esquema terapêutico que não condiz com o estágio da sífilis em que a gestante está e também a ausência de tratamento da parceria^{21,23}.

Quando questionados, a maioria (72,5%) dos profissionais da saúde concordou que a parceria sexual da gestante com sífilis deverá ser tratada mesmo que o teste não treponêmico se apresente não reagente, sendo o valor de $p = 0,0291$, não havendo diferenças de conhecimento entre as categorias. O MS recomenda que o parceiro sexual de gestante com sífilis, com ausência de sinais e sintomas, deverá ser tratado conforme esquema terapêutico de sífilis latente tardia².

É de suma importância a participação paterna durante a gestação e o seu ativo acompanhamento do pré-natal, pois, conforme relatado pelos profissionais da saúde, o não tratamento da parceria ou seu tratamento inadequado é o maior problema encontrado no manejo de sífilis na gestação nas UBS investigadas.

Muitas vezes, a mãe acaba sendo a principal responsável pelo cuidado da criança durante e após a gestação, como demonstrado indiretamente em uma pesquisa realizada no ano de 2008 em Belo Horizonte, Minas Gerais. Um dos objetivos foi analisar falhas no preenchimento das Cadernetas de Saúde da Criança (CSC), e os autores analisaram 29 UBS, totalizando 797 CSC, sendo a porcentagem de não preenchimento do campo “Nome do pai” de 64,1%, enquanto o não preenchimento do campo “Nome da mãe”, de 9,3%²⁴.

O seguimento da gestante com sífilis deve ser mensal, mas 52,5% dos profissionais responderam trimestral, e apenas 37,5% indicando ser mensal. O resultado de erros expresso em categorias profissionais é de 33,3% médicos, 33,34% enfermeiros, 60% técnicos em enfermagem e 64,7% ACS. O valor de p de 0,0101 indica que o conhecimento nesse quesito entre os profissionais é similar. Todos os profissionais responderam que os testes de detecção de sífilis compõem o pré-natal.

Ao tratar adequadamente a sífilis gestacional, é possível diminuir a morbidade e mortalidade neonatal e fetal no cenário mundial, mas os maiores obstáculos ainda são identificar as gestantes infectadas e tratá-las junto aos seus parceiros sexuais²⁵.

Sobre a incidência de casos de sífilis congênita em Lages, Santa Catarina, 100% dos enfermeiros e técnicos em enfermagem responderam que aumentou; 60% dentre médicos e 88,2% dentre ACS afirmaram que a incidência teve aumento, entretanto o percentual de desconhecimento dessa informação na categoria médicos foi de 33,3%, e 11,8% dos ACS. A equipe estar atualizada sobre o aumento do número de casos no município não só de sífilis congênita, mas também gestacional e adquirida, contribui para a criação de ações de conscientização, prevenção e promoção de saúde propostas pelos profissionais componentes da UBS para a comunidade.

CONCLUSÃO |

Diante dos dados expostos, os profissionais recrutados apresentaram desconhecimento em relação a alguns dos itens investigados que especificam desde diagnóstico, tratamento a seguimento de gestantes com sífilis. Com a quantidade de informativos disponíveis pelo Ministério da Saúde e os programas de treinamento aplicados aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde no município de Lages e região, pondera-se que os erros e desconhecimento de quesitos básicos no manejo possam impactar nos dados epidemiológicos indicados.

Identifica-se a necessidade de treinamentos e capacitações constantes para que as equipes das UBS possam atuar com maestria, sem haver discordância de informações repassadas pelos profissionais aos pacientes e comunidade, levando em consideração a categoria profissional e a atuação dentro da UBS. Ao saber identificar a dificuldade no conhecimento dos profissionais, pode-se realizar, além de um alinhamento da equipe, uma capacitação personalizada de acordo com a realidade de cada unidade.

Um maior número de profissionais deve ser avaliado e propõe-se que o instrumento de análise utilizado possa ser aplicado como instrumento de autoavaliação e avaliação pela gestão, servindo como base de dados para que se repense e se redefinam os ciclos de formação continuada desses profissionais.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Indicadores e Dados Básicos dos Municípios Brasileiros, Brasília, 2019 [acesso em 17 set de 2020].
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Coordenação- Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde, Brasília, 2016 [acesso em 15 abr de 2017].
3. Feitosa JAS; Rocha CHR; Costa FS. Artigo de Revisão: Sífilis congênita. Revista de Medicina e Saúde de Brasília [Internet]. 2016; [acesso em 15 de abr de 2017]; 5(2): 286-

97. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr>.
4. Cooper JM; Sánchez PJ. Congenital Syphilis. Elsevier. *Seminars in Perinatology* [Internet]. 2018; [acesso em 17 de set de 2020]; 176-184. Disponível em URL: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2018.02.005>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Brasília, 2016 [acesso 05 abr de 2017].
6. Park IU; Fakile YF; Chow JM; Gustafson KJ; Jost H; Schapiro JM; Novak-Weekley S; Tran A; Nomura JH; Chen V; Behesthi M; Tsai T; Hooven K; Bolan G. Performance of treponemal tests for the diagnosis of syphilis. *Clinical Infectious Diseases* [Internet]. 2019. [acesso 19 de set de 2020]; 68(6):913-918. Disponível em:doi:10.1093/cid/ciy558.
7. Nadal SR; Framil VMS. Interpretação das reações sorológicas para diagnóstico e seguimento pós-terapêutico da sífilis. *Revista Brasileira de Coloproctologia* [Internet]. 2007; [acesso em 03 de maio de 2017]; 27(4): 479-482. Disponível em:<https://sbcp.org.br/>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília, 2010 [acesso 25 de abr de 2017].
9. Belda Junior W; Shiratsu R; Pinto V. Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis. *Anais Brasileiros de Dermatologia* [Internet]. 2009 [acesso 27 de maio de 2017]; 84(2):151-59. Disponível em:<http://www.anaisdedermatologia.org.br/>.
10. Walker GJA; Walker D; Molano Franco D; Grillo-Ardila CF. Antibiotic treatment for newborns with congenital syphilis – Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2019. [acesso 11 de set de 2020]. Disponível em: DOI: 10.1002/14651858.CD012071.pub2.
11. Silva DMA; Araújo MAL; Silva RM; Andrade RFV; Moura HJ; Esteves ABB. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. *Texto & Contexto - Enfermagem* [Internet]. 2014 [acesso em 15 de maio de 2017]; 23(2): 278-85. Disponível em: URL: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/textoecontexto>.
12. Silveira DS; Santos IS; Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Caderno de Saúde Pública* [Internet]. 2001 [acesso em 20 de jun de 2017]; 17(1): 131-139. Disponível em: URL: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br>.
13. Costa CC. Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação [Internet]. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Ceará; 2012 [acesso em 04 de dez de 2017]. Disponível em: URL: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/4636>.
14. Silva DMA; Araújo MAL; Silva RM; Andrade RFV; Moura HJ; Esteves ABB. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. *Texto & Contexto - Enfermagem* [Internet]. 2014 [acesso em 15 de maio de 2017]; 23(2): 278-85. Disponível em: URL: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/textoecontexto>.
15. Avelaira JCR; Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais Brasileiros de Dermatologia* [Internet], 2006 [acesso em 15 de abr de 2017]; 81(2): 111-26. Disponível em: URL: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/>.
16. Marques SA; Gumieiro JH; Guiotoku MM; Marques MEA; Abbade LPF. Sífilis secundária. Considerações epidemiológicas a propósito de um caso clínico. *Diagnóstico e tratamento/Associação Paulista de Medicina* [Internet]. 2009; [acesso em 23 de abr de 2017]; 14(4): 141-5. Disponível em: URL: <http://associacaopaulistamedicina.org.br>.
17. Magalhães M; Basto L; Areia AL; Franco S; Malheiro ME; Afonso ME, Moura P. Syphilis in Pregnancy and Congenital Syphilis: Reality in a Portuguese Central University Hospital. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [Internet]. 2017; [acesso em 22 de set de 2020]; 39: 265-272. Disponível em: URL <https://doi.org/10.1055/s-0037-1603646>.
18. Brasil. Decreto nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Regulamenta o art.269 - Deixar o médico de denunciar à

autoridade pública doença cuja notificação é compulsória. Sendo a pena detenção de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e multa [Internet]. [acesso em 12 nov 2017]. Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm.

19. Brasil. Portaria 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional [Internet]. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde [acesso 12 nov de 2017]. Disponível em: URL: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html.

20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Morbidity and Mortality Weekly Report. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2002 [acesso em 27 de abr em 2017].

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis, 2016 [acesso em 06 de dez em 2017].

22. Freire, SSA. Sífilis e gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas [Internet]. Dissertação [Mestrado] – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2012 [acesso em 07 de nov de 2017]. Disponível em: URL: <https://repositorio.ufms.br:8443/jspui/handle/123456789/1599>.

23. Grumach AS; Matida LH; Heukelbach J; Coêlho HLL; Ramos Júnior, AN. A (des) Informação relativa à aplicação da penicilina na rede do sistema de saúde do Brasil: o caso da sífilis. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis* [Internet]. 2007; [acesso em 28 de maio de 2017]; 19(3-4): 120-127. Disponível em: URL: <http://www.dst.uff.br/jornal-arquivos.htm>.

24. Goulart LMHF; Alves CRL; Viana MRA; Moulin ZS; Carmo, GAA; Costa JGD; Almeida JSCB. Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. *Revista Paulista de Pediatria* [Internet]. 2008; [acesso em 26 de maio de 2017]; 26(2): 106-12. Disponível em: URL: <http://www.rpped.com.br/>.

25. Dewick L; Jayaprakasan K; Raouf S. Syphilis in pregnancy: identifying and managing a historic problem on the rise. *The Obstetrician & Gynaecologist* [Internet], 2020 [acesso em 21 de set de 2020]. Disponível em URL: <https://doi.org/10.1111/tog.12669>.

Correspondência para/ Reprint request to:

Dhébora Mozena Dall'Igna

Av. Mal. Castelo Branco, 170

Universitário, Lages/SC, Brasil

CEP: 88509-900

E-mail: [dhe.mozena@gmail.com](mailto:dbe.mozena@gmail.com)

Recebido em: 13/08/2019

Aceito em: 20/10/2020

Arones Bruno de Souza¹
Thiago Anderson Brito de Araújo²
Gabriele Natane de Medeiros Cirne³
Ana Beatriz Cavalcante de Carvalho¹
Kelly Soares Farias^{4,5}
Roberta de Oliveira Cacho¹

Profile of patients suffered by stroke at the FACISA/UFRN School of physiotherapy clinic

| Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da FACISA/UFRN

ABSTRACT | Introduction: *Stroke is the main cause of disability long term in adults, resulting in damage of the quality of life in population. Objective:* *To analyze the profile of patients affected by stroke in a FACISA/UFRN Clinic School of Physiotherapy. Methods:* *This is an analytical, observational, longitudinal study of the prospective type, where data collection was carried out and some data from the medical records. The collection period started in May 2018 and ended in October of the same year. The sociodemographic, cognitive and motor profile were evaluated through a semistructured evaluation and application of instruments that quantify specific motor impairments. Results:* *Of the 29 patients analyzed, the prevalence of stroke in males was found in the sample, of which 17 were affected (58.62%), mostly married 21 (72.41%), in the age group 70-79 (41.37%), illiterate (31%), retired 15 (51.72%) and residents in Santa Cruz / RN 26 (89.65%). 68.96% of the individuals had ischemic involvement, with hemiparesis 15 (51.72%), and the main complication secondary to shoulder subluxation 3 (10.34%). Conclusion:* *There is a relation of the high incidence of stroke affection in the population and the appearance of cognitive, sensorial and motor deficits, in addition to the associated social limitations. Therefore, this study can be used to create more targeted and efficient combat strategies once the profile of these individuals is better known.*

Keywords | *Epidemiology; Stroke; Health Profile; Public health.*

RESUMO | Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a principal causa de incapacidade de longo prazo em adultos, resultando em prejuízo da qualidade de vida na população. **Objetivo:** Analisar o perfil dos pacientes acometidos por AVC em atendimento na Clínica Escola de Fisioterapia da FACISA/UFRN. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caráter analítico, observacional, longitudinal do tipo prospectivo, onde foram realizadas coletas de informações presenciais e de alguns dados nos prontuários. O período da coleta foi iniciado em maio de 2018 e concluído em outubro do mesmo ano. Foram avaliados o perfil sociodemográfico, cognitivo e motor através de avaliação semiestruturada e aplicação de instrumentos que quantificam comprometimentos motores específicos. **Resultados:** Dos 29 pacientes analisados, verificou-se a prevalência de acometimento por AVC no sexo masculino, sendo 17 indivíduos afetados (58,62%), em sua maioria casados 21 (72,41%), na faixa etária dos 70 a 79 anos (41,37%), analfabetos (31%), aposentados 15 (51,72%) e residentes em Santa Cruz 26 (89,65%), e 68,96% dos indivíduos tiveram um acometimento do tipo isquêmico, vindo a apresentar hemiparesia 15 (51,72%), tendo como principal complicação secundária a subluxação de ombro 3 (10,34%). **Conclusão:** Existe uma relação da alta incidência de acometimento por AVC na população e o aparecimento de déficits cognitivos, sensoriais e motores, além das limitações sociais associadas. Portanto, este estudo pode ser usado para a criação de estratégias de combate mais direcionadas e eficientes uma vez que se conhece melhor o perfil desses indivíduos.

Palavras-chave | Epidemiologia; Acidente Vascular Cerebral; Perfil de Saúde; Saúde pública.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Santa Cruz/RN, Brasil.

²Centro de educação e pesquisa em saúde Anita Garibaldi, Instituto Santos Dumont. Macaíba/RN, Brasil.

³Universidade Potiguar. Caicó/RN, Brasil.

⁴Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande/PB, Brasil.

⁵Centro Universitário UNIFACISA. Campina Grande/PB, Brasil.

INTRODUÇÃO |

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um distúrbio neurológico com áreas de lesões focais¹, subdividido em tipologia isquêmica ou hemorrágica², e ainda podendo ser classificado em cinco fases: hiperaguda (0-24 horas), aguda (1-7 dias), subaguda precoce (7 dias a 3 meses), subaguda tardia (3-6 meses) e crônica (> 6 meses)³. No Brasil, o AVC representa uma das principais causas de mortalidade e incapacidade funcional, sendo considerado um dos problemas mais relevantes da saúde pública mundial^{4,5}.

As sequelas ocasionadas pelo AVC são amplas e variam de acordo com o local da lesão, bem como sua extensão de acometimento. Dentre essas alterações, pode-se citar deficiência nas funções motoras, sensitivas, mentais, perceptiva e da linguagem. A capacidade funcional e a qualidade de vida desses indivíduos podem ficar completamente afetadas, visto que as incapacidades geradas acarretam limitações funcionais e grande dependência⁶.

Uma maior compreensão sobre as características e os acometimentos dos pacientes com AVC pode contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços de atendimento, além de auxiliar no planejamento das ações de saúde^{7,8}. Desse modo, conhecer a etiologia dessa doença é uma etapa importante em todo o processo, pois a modificação dos fatores de risco pode ajudar a reduzir a recorrência do AVC, visto que os principais fatores condicionantes para o desenvolvimento da doença estão correlacionados com distúrbios modificáveis, tais como obesidade, hipertensão arterial e sedentarismo⁹.

Levando-se em consideração o elevado número de acometimentos por AVC e as diversas repercussões pessoais e sociais ocasionadas, fazem-se necessários estudos sobre a epidemiologia e características dessa doença na população. Este trabalho se propõe a traçar o perfil dos pacientes acometidos por AVC atendidos em um centro de fisioterapia do interior do estado do Rio Grande do Norte.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo observacional, seguindo as diretrizes dos itens de relatórios preferenciais para estudos observacionais (STROBE), e

foram realizadas coletas de informações presenciais e de alguns dados nos prontuários. O estudo foi realizado na Clínica Escola de Fisioterapia FACISA/UFRN. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade UFRN - Faculdade de Ciências da Saúde - FACISA sob o nº 2.715.822. O período da coleta foi iniciado em maio de 2018 e concluído em outubro do mesmo ano.

O quantitativo amostral do estudo foi composto por 29 indivíduos com diagnóstico clínico de AVC atendidos na área da fisioterapia neurológica na Clínica Escola de Fisioterapia da FACISA/UFRN. Os critérios de inclusão do estudo foram: estar em atendimento na Clínica Escola de Fisioterapia da FACISA/UFRN, ter diagnóstico clínico de AVC, possuir prontuário completo (registros de dados pessoais e clínicos devidamente preenchidos) e ter idade maior que 18 anos. Foram excluídos do estudo aqueles com uma quantidade de atendimentos inferior a 10 sessões.

Para a caracterização do perfil sociodemográfico dos pacientes, foram colhidos dados sobre sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, cidade em que reside, hemisfério cerebral acometido pelo AVC, etiologia do AVC, tempo da lesão, presença ou não de hemiplegia/hemiparesia, número de AVCs, antecedentes patológicos e complicações secundárias.

Clinicamente, os pacientes foram avaliados pelas escalas Mini Exame do estado Mental (MEEM), Medida de Independência Funcional (MIF), Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) e Protocolo de Desempenho Físico de Fugl-Meyer (FUGL-MEYER).

A escala Mini Exame do estado Mental (MEEM) foi validada para a população brasileira em 1994 por Bertolucci e avalia o comprometimento cognitivo e estados demenciais através de uma pontuação que varia de 0 a 30 pontos. Para a população escolarizada, valores abaixo de 9 pontos indicam comprometimento cognitivo grave; de 10 a 20 pontos, comprometimento moderado; e de 21 a 24 pontos, comprometimento leve. Para indivíduos analfabetos, considera-se comprometimento cognitivo escore abaixo de 20 pontos¹⁰.

A Medida de Independência Funcional (MIF) é uma ferramenta de avaliação validada para a população brasileira por Riberto em 2004. Seu objetivo primordial é avaliar de forma quantitativa a carga de cuidados demandada por uma pessoa para a realização de uma série de tarefas motoras

e cognitivas de vida diária. Entre as atividades avaliadas estão os autocuidados, transferências, locomoção, controle esfíncteriano, comunicação e cognição social, que inclui memória, interação social e resolução de problemas. Cada uma dessas atividades é avaliada e recebe uma pontuação que parte de 1 (dependência total) a 7 (independência completa), e assim a pontuação total varia de 18 a 126. Estão descritos dois domínios na MIF, o motor e o cognitivo¹¹.

A Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) foi traduzida e adaptada transculturalmente para o português por Miyamoto¹² em 2004. É usada para avaliar o desempenho do equilíbrio funcional com 14 testes, sendo estes direcionados para a habilidade do indivíduo de sentar-se, ficar de pé, alcançar, girar em volta de si mesmo, olhar por cima de seus ombros, ficar em apoio unipodal e transpor degraus. Apresenta pontuação máxima de 56 pontos e mínima de 0 ponto, e cada teste possui cinco alternativas que variam de 0 a 4 pontos. Um escore abaixo de 40 pontos indica maior risco de quedas¹³.

O Protocolo de Desempenho Físico de Fugl-Meyer, validada para versão brasileira por Maki *et al.* em 2006, é um sistema de pontuação numérica acumulativa que avalia seis aspectos do paciente: a amplitude de movimento, dor, sensibilidade, função motora da extremidade superior e inferior e equilíbrio, além da coordenação e velocidade, totalizando 226 pontos.

Uma escala ordinal de três pontos é aplicada em cada item: 0- não pode ser realizado, 1- realizado parcialmente e 2 - realizado completamente. Essa escala tem um total de 100 pontos para a função motora normal, em que a pontuação máxima para a extremidade superior é 66, e para a inferior, 34. A avaliação motora inclui mensuração do movimento, coordenação e atividade reflexa de ombro, cotovelo, punho, mão, quadril, joelho e tornozelo. A pontuação varia de acordo com o nível de comprometimento motor, em que menos que 50 pontos indicam um comprometimento motor severo; 50-84 marcante; 85-95 moderado; e 96-99 leve¹⁴.

A coleta dos dados foi realizada a partir do contato inicial com os professores responsáveis pela área de fisioterapia neurológica, para identificação dos pacientes acometido por AVC que estavam sendo atendidos naquele período. A partir daí, foram realizadas a consulta aos prontuários desses pacientes e as avaliações presenciais com o próprio paciente após o agendamento da avaliação e assinatura do TCLE. Os resultados estão apresentados no formato de tabelas.

RESULTADOS |

A caracterização do perfil dos indivíduos segundo os dados sociodemográficos está detalhada na Tabela 1, e a faixa

Tabela 1 - Caracterização dos pacientes com AVC de acordo com aspectos sociodemográficos. Clínica Escola de Fisioterapia da FACISA/UFRN/Rio Grande do Norte, Brasil

Variáveis	N	%	
Sexo	Masculino	17	58,62
	Feminino	12	41,37
Média de idade (em anos)	65,8 ±14		
Estado civil	Casado	21	80,00
	Viúvo	3	15,00
	Solteiro	4	5,00
	Divorciado	1	3,44
Escolaridade	Analfabetos	9	31,03
	Ensino fundamental incompleto	9	31,03
	Ensino fundamental completo	1	3,44
	Ensino médio incompleto	2	6,89
	Ensino médio completo	4	13,79
Ocupação	Ensino superior completo	1	3,44
	Agricultura	7	24,13
	Aposentado	15	51,72
	Outras	6	20,68
Cidade em que reside	Santa Cruz	26	89,65
	Japi	1	3,44
	Lajes Pintadas	1	3,44
	Sítio Tanquinho/Equador	1	3,44

etária na Tabela 2, e nos 29 pacientes analisados verificou-se a prevalência de acometimento por AVC em pacientes do sexo masculino (58,62%), casados (72,41%), na faixa etária dos 70 a 79 anos (41,37%), analfabetos (62%), aposentados (51,72%) e residentes em Santa Cruz (89,65%).

Tabela 2 - Faixa etária dos pacientes com AVC em atendimento. Clínica Escola de Fisioterapia da FACISA/UFRN/Rio Grande do Norte, Brasil

Idade (em anos)	N	%
20-29	1	3,44
30-39	1	3,44
40-49	2	6,89
50-59	5	17,24
60-69	6	20,68
70-79	12	41,37
80-89	2	6,89

A caracterização de acordo com os aspectos clínicos está descrita na Tabela 3. A maioria dos casos foi de AVC isquêmico (68,96%), acometendo o hemisfério cerebral esquerdo (48,27%), associados a antecedentes patológicos (79,31%) e com tempo da lesão para a coleta dos dados de aproximadamente 3 anos e 6 meses.

A Tabela 4 mostra a classificação funcional dos pacientes com base nas escalas de avaliação. Nela pode-se notar que a maioria dos pacientes foram avaliados pelo MEEM (58,62%). A MIF evidenciou que apenas 6,89% dos indivíduos tinham comprometimento grave da funcionalidade bem como comprometimento severo da função motora pela Fugl-Meyer (48,27%), e a EEB que 75,86% deles tinham bom equilíbrio.

Tabela 3 – Caracterização dos pacientes com AVC de acordo com os aspectos clínicos. Clínica Escola de Fisioterapia da FACISA/UFRN/Rio Grande do Norte, Brasil

Variáveis		N	%
Hemisfério cerebral acometido	Direito	11	37,93
	Esquerdo	14	48,27
	Não definido	4	13,79
Etiologia do AVC	Isquêmico	20	68,96
	Hemorragico	9	31,03
Tempo da lesão (em anos)		3,7 ± 2,91	
Hemiplegia	Sim	6	20,68
	Não	23	79,31
Hemiparesia	Sim	15	51,72
	Não	14	48,27
Número de eventos de AVC	Único evento	24	82,75
	Dois eventos	4	13,79
	Três eventos	1	3,44
Antecedentes patológicos	Sim	23	79,31
	Não	6	20,68
	HAS	19	65,51
	DM	6	20,68
	DM + HAS	6	20,68
Afasia	Sim	6	20,68
	Não	23	79,31
Complicações secundárias	Sem complicações	23	79,31
	Subluxação de ombro	3	10,34
	Fratura em MMSS	2	6,89
	Depressão	1	3,44

Tabela 4 – Representação de acordo com classificação funcional dos pacientes com AVC. Clínica Escola de Fisioterapia da FACISA/UFRN/Rio Grande do Norte, Brasil

Escala	Classificação	n	%	Média total
MEEM	Déficit cognitivo	12 Anf	58,62	19,58 ± 5,59
		5 Alf		
	Cognição preservada	8 Anf	41,37	
		4 Alf		
MIF	Grave	2	6,89	79,86 ± 32,68
	Moderada	15	51,72	
	Independência funcional	12	41,37	
EEB	Equilíbrio pobre	7	24,13	34,58 ± 16,24
	Equilíbrio bom	22	75,86	
FUGL-MEYER	Severo	14	48,27	50,79 ± 31,57
	Marcante	7	24,13	
	Moderado	4	13,79	
	Leve	4	13,79	

Legenda: Anf - Analfabetos; Alf – Alfabetizados. MEEM – Mini Exame do Estado Mental; MIF – Medida de Independência Funcional; EEB - Escala de Equilíbrio de Berg; FUGL-MEYER – Protocolo de Desempenho Físico de Fugl-Meyer.

DISCUSSÃO |

Este estudo teve como principal objetivo descrever o perfil dos pacientes acometidos por AVC em serviço de fisioterapia do interior do estado do Rio Grande do Norte. As características sociodemográficas dos participantes deste trabalho corroboram os resultados apresentados por outros autores, apontando para o acometimento por AVC predominantemente em indivíduos do sexo masculino¹⁵⁻¹⁹ com a faixa etária entre 60-74 anos e de baixa escolaridade²⁰⁻²². Além disso, a maioria dos indivíduos era aposentada ou desempenhava atividades na agricultura, o que pode ser explicado pela maior incidência dessa doença em pessoas em idade avançada. O acometimento cerebral foi maior para o hemisfério cerebral esquerdo e com predomínio do tipo isquêmico, o que está de acordo com os achados encontrados por outros pesquisadores^{16,22}.

A maioria dos pacientes desta pesquisa apresentavam antecedentes patológicos e dentre eles a HAS foi o mais prevalente, seguido da DM. Sabe-se que essas doenças são um dos fatores de risco mais importante para o AVC, visto que uma grande parcela dos casos desse distúrbio neurológico em todo o mundo é atribuída a essas afecções. Diante disso, observa-se a necessidade da adoção de medidas preventivas secundárias para reduzir a recorrência do AVC,⁵ principalmente, para os pacientes com baixo

nível educacional e socioeconômico, uma vez que esses indivíduos detêm menos informações sobre os cuidados em saúde²³.

As complicações predominantes foram a subluxação de ombro e fraturas em MMSS e a depressão. A subluxação do ombro pode estar correlacionada com alto nível de comprometimento motor que os pacientes apresentaram, uma vez que essa sequela pode interferir nas atividades de vida diária, devido ao fato de a função motora do membro superior estar prejudicada, o que pode dificultar o processo de reabilitação²⁴. Esses fatores podem alterar percepção do bem-estar desses indivíduos, contribuindo para aparecimento de sintomas depressivos nessa população²⁵ como foi encontrado nesta pesquisa.

As pontuações encontradas no MEEM evidenciam não haver grandes comprometimentos ou déficits cognitivos na maioria da população do estudo; na EEB ficou evidente não haver grande déficit de equilíbrio, e os escores apresentados na MIF revelaram que a maioria dos pacientes é moderadamente independente (51,72%), sendo uma pequena parte (6,89%) gravemente comprometido. Isso vai em contramão com o demonstrado por um estudo realizado com indivíduos atendidos na Atenção básica de Santa Cruz, o qual demonstrou que 82,05% foram classificados com um grave comprometimento e déficits

cognitivos; 52,28% da amostra demonstrou ter um grave comprometimento da funcionalidade, e 43,59%, equilíbrio pobre¹⁶. No entanto, esses efeitos positivos podem estar relacionados com os serviços oferecidos a esses pacientes na Clínica Escola de Fisioterapia.

Os achados desta pesquisa devem contribuir para uma melhor discussão e planejamento das ações de assistência à saúde que envolvam acompanhamento e atendimento de pacientes com AVC. O presente estudo mostra que apesar das diversas limitações funcionais dos comumente presentes em indivíduos acometidos por AVC, o perfil desses pacientes pode variar de acordo com a assistência prestada. Como limitações, podemos citar a pequena amostra do estudo, as avaliações terem sido realizadas por avaliadores diferentes, os resultados da escala Fugl-Meyer não estarem divididos por extremidade superior e inferior, e os resultados do MEEM não estarem divididos em baixa, média e alta escolaridade.

CONCLUSÃO |

No presente estudo, observamos que o perfil dos pacientes acometidos por AVC atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da FACISA/UFRN consiste predominantemente de indivíduos do sexo masculino, casados, aposentados, de baixa escolaridade, com acometimentos do tipo isquêmico no hemisfério cerebral esquerdo cursando com déficit cognitivo, moderadas limitações funcionais, comprometimento motor severo e apresentando como principal complicação secundária a subluxação de ombro. Tais achados servem para traçar melhor o perfil dos pacientes acometidos pelo AVC e podem servir como base para a criação de estratégias de combate mais direcionadas e eficientes, como políticas públicas de saúde específicas.

REFERÊNCIAS |

1. Truelsen T, Begg S, Mathers C. The global burden of cerebrovascular disease. *Glob Burd Dis*. 2000;1–67.
2. Ni Y, Alwell K, Moomaw CJ, Woo D, Adeoye O, Flaherty ML, et al. Towards phenotyping stroke: Leveraging data from a large-scale epidemiological study to detect stroke diagnosis. *Revista Plos One* 2018;13 (2):1-20.
3. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, Das SR, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2016 Update. *Circulation Journal*. AHA, 2015;133:4.
4. Lotufo PA, Goulart AC, Fernandes TG, Benseñor IM. A Reappraisal of Stroke Mortality Trends in Brazil (1979–2009). *Int J Stroke*. 2013; 8 (3): 155-63.
5. Caprio FZ, Sorond FA. Cerebrovascular Disease: Primary and Secondary Stroke Prevention. *Medical Clinics of North America* 2019;103: 295-308.
6. Junior HJC, Gambassi BB, Diniz TA, Fernandes IMC, Caperuto EC, Uchida MC, Lira FS, et al. Inflammatory Mechanisms Associated with Skeletal Muscle Sequelae after Stroke: Role of Physical Exercise. *Mediators Of Inflammation*. *Jornal Hindawi*. 2016. 2016.
7. Esenwa C, Gutierrez J. Secondary stroke prevention: challenges and solutions. *Vasc Health Risk Manag*. 2015; 11: 437–450.
8. Hill VA, Towfighi A. Modifiable Risk Factors for Stroke and Strategies for Stroke Prevention. *Semin Neurol* 2017;37(3):237-258.
9. Béjot Y, Bailly H, Durier J, Giroud M. Epidemiology of Stroke in Europe and Trends for the 21st Century. *Presse Med* 2016;45: 391-398.
10. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral impacto da escolaridade. *Arquivo de Neuropsiquiatria*. 1994;52(1).
11. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LRB. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. *Revista Acta Fisiátrica*. 2004;11(2).
12. Miyamoto ST, Junior IL, Berg KO, Ramos LR, Natour J. Brazilian version of the Berg balance scale. *Jornal brasileiro de pesquisa médica e biológica*. 2004;37(9).
13. Sozzo AD, Silva GS, Correa VMCT. Aplicação da escala de equilíbrio de berg em pacientes após AVC [Trabalho de Conclusão de Curso]. Lins: Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium ; 2015.

14. Maki T, Quagliato EMAB, Cacho EWA, Paz LPS, Nascimento NH, Inoue MMEA, et al. Estudo de confiabilidade da aplicação da escala de Fugl-Meyer no Brasil. *Revista Brasileira de Fisioterapia* 2006;10(2): 177-183.
15. Xing L, Jing L, Tian L, Wang W, Sun J, Jiang C, et al. Epidemiology of stroke in urban northeast China: A population-based study 2018-2019. *Int J Stroke* 2020.
16. Medeiros CSP, Silva OAP, Araújo JP, Souza DE; Cacho EWA, Cacho RO. Perfil social e funcional dos usuários da estratégia saúde da família com acidente vascular encefálico. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2017; 21(3): 211-220.
17. Goulart BNG, Almeida CPB, Silva MW, Oenning NSX, Lagni VB. Caracterização de acidente vascular cerebral com enfoque em distúrbios da comunicação oral em pacientes de um hospital regional. *Audiol., Commun.* 2016; 21:e1603.
18. Damata SR, Formiga LM, Araújo AK, Oliveira EA, Oliveira AK, Formiga RC. Perfil epidemiológico dos idosos acometidos por acidente vascular cerebral. *R. Interd.* 2016;9(1):107-17.
19. Trigueiro ACQ, Gagliardi RJ. Perfil clínico e funcional de pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral no município de Patos-PB. *Temas em saúde* 2019; 19(1):86-100.
20. Ribeiro KSQS, Neves RF, Brito GEG, Morais JD, Lucena EMF, Medeiros JM, et al. Perfil de Usuários Acometidos por Acidente Vascular Cerebral Adscritos à Estratégia Saúde da Família em uma Capital do Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2012; 16(2): 35-44.
21. Melo LP. Fatores epidemiológicos, clínicos e funcionais de pacientes com Acidente Vascular Cerebral [Tese de Doutorado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); 2016.
22. Vasconcelos L, Caria IM, de Jesus PA, Pinto EB. Perfil dos indivíduos com alterações funcionais características de heminegligência após AVC. *Revista Pesquisa em Fisioterapia* 2017; 7(2):244-254.
23. Farias NSO. Mortalidade cardiovascular e desigualdades sociais no município de São Paulo, Brasil, 1996-1998 e 2008-2010. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2014;23(1):57-66.
24. Vasudevan JM, Browne BJ. Hemiplegic shoulder pain: an approach to diagnosis and management. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2014;25(2):411-37.
25. Ojagbemi A, Akpa O, Elugbadebo F, Owolabi M, Ovbiagele B. Depression after Stroke in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Behav Neurol.* 2017; 2017:e4160259.

Correspondência para/ Reprint request to:

Arones Bruno de Souza

Avenida Rio Branco, 435,

Centro, Santa Cruz/RN, Brasil

CEP: 59200-000

E-mail: aronessouzaafisio@hotmail.com

Recebido em: 02/10/2020

Aceito em: 26/10/2020

Clinical-epidemiological profile of drug intoxication in children

Perfil clínico-epidemiológico de intoxicações medicamentosas em crianças

ABSTRACT | Introduction:

Childhood poisoning is a common and preventable cause of morbidity and mortality in several countries. The significant increase in the incidence of cases associated with risks makes this disease very relevant in this age group.

Objective: to describe the clinical-epidemiological profile of reported cases of drug intoxication in children. **Methods:** Observational and descriptive study with secondary data obtained from records of drug intoxications in 680 children from zero to 12 years of age, in the National Health Surveillance System/Sinavisa, between 2012 and 2016. Data analysis was performed in IBM® SPSS Statistics®.

Results: Children had a mean age of 2.9 years (standard deviation \pm 2.3 years) and 50.1% were female. The events occurred mainly at home (95.4%), urban area (99.5%), through the digestive route (96.1%), accidentally (77.2%) and involving single acute exposure (99.6%). The average time between exposure and care was 8.1 hours. Care predominantly took place in a hospital (53.8%), in a public service (80.4%) and without hospitalization (71.9%). All intoxications were confirmed by clinical criteria. Most cases were of mild intensity (60.9%) and 98.7% evolved to cure. A variety of medicines resulted in intoxications (n=193), mainly drugs that act in the Central Nervous System.

Conclusion: Drug intoxication in children predominantly happens in early childhood, due to domestic accidents, involving oral drugs, of the acute single type, and most of them evolve to cure. The care was predominantly hospital and in public units, and hospitalization was not necessary in most cases.

Key words | Exogenous Intoxication; Drugs; Child; Descriptive Epidemiology.

RESUMO | Introdução: As intoxicações na infância são causa habitual e evitável de morbimortalidade em diversos países. O aumento expressivo da incidência de casos associado aos riscos torna esse agravo bastante relevante nesse grupo etário. **Objetivo:** Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos casos notificados de intoxicações medicamentosas em crianças. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional e descritivo com dados secundários, obtidos de registros de intoxicações medicamentosas em 680 crianças de zero a 12 anos incompletos, no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária/Sinavisa, entre 2012 e 2016. A análise dos dados foi realizada no programa IBM® SPSS Statistics®. **Resultados:** As crianças tinham em média 2,9 anos (desvio-padrão \pm 2,3 anos), e 50,1% eram do sexo feminino. Os eventos ocorreram principalmente no domicílio (95,4%), em zona urbana (99,5%), pela via digestiva (96,1%), de forma acidental (77,2%) e com exposição aguda única (99,6%). O tempo entre a exposição e o atendimento ocorreu em média de 8,1 horas. O atendimento foi predominantemente hospitalar (53,8%), em serviço público (80,4%) e sem hospitalização (71,9%). Todas as intoxicações foram confirmadas pelo critério clínico, sendo a maioria de intensidade leve (60,9%), e 98,7% evoluíram para cura. Uma variedade de medicamentos ocasionou as intoxicações (n=193), principalmente, medicamentos que atuam no Sistema Nervoso Central. **Conclusão:** As intoxicações medicamentosas em crianças predominam na primeira infância, por acidentes domésticos, com drogas ingeridas por via oral, do tipo aguda única e a maioria dos casos evolui para cura. O atendimento foi predominantemente hospitalar e em unidades públicas, não sendo necessária a hospitalização em grande parte dos casos.

Palavras-chave | Intoxicação Exógena; Medicamentos; Criança; Epidemiologia Descritiva.

¹Universidade Federal de Goiás. Goiânia/GO, Brasil.

²Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Superintendência de Vigilância em Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Goiânia/GO, Brasil.

INTRODUÇÃO |

As intoxicações humanas são consideradas um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo¹⁻³. As intoxicações na infância são causa habitual e evitável de morbimortalidade também em diversos países, e o aumento expressivo da incidência de casos associado aos riscos torna esse agravo bastante relevante nesse grupo etário⁴.

O perfil epidemiológico das intoxicações na infância apresenta variações em função de diferenças sociais, econômicas, culturais, territoriais e pelo fácil acesso aos agentes tóxicos, as quais exercem grande influência no crescente número de casos. Esse contexto aponta para a necessidade de realização de pesquisas específicas para identificar as características próprias do agravo nas diversas partes do mundo, e assim obter dados confiáveis para planejar e desenvolver ações preventivas³⁻⁵.

As intoxicações mais frequentes em crianças são aquelas causadas por medicamentos. Isso porque a dificuldade no acesso a sistemas públicos de saúde provoca o aumento do uso de medicamentos sem prescrição médica, sendo as crianças as principais vítimas. Alguns fatores desencadeantes dessas intoxicações são a automedicação, as prescrições inadequadas e a falta de medicamentos próprios para a faixa etária⁶. Por outro lado, o uso irracional dos medicamentos devido à grande variedade e sua disponibilidade no mercado contribui para o acréscimo dos acidentes tóxicos⁷.

Na faixa etária de zero a 12 anos, a alta prevalência dessas intoxicações medicamentosas desperta preocupação, uma vez que essa é uma fase da vida vulnerável e suscetível a acidentes em virtude do comportamento curioso e exploratório das crianças. As intoxicações humanas no Brasil, entre 2009 e 2013, tiveram como principal causa os medicamentos (28,0%), apontando 451.308 casos registrados, dos quais 103.057 (22,8%) foram em crianças de zero a quatro anos⁸.

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Sinavisa) foi criado e é mantido pela Superintendência de Vigilância em Saúde, da Secretaria de Estado de Goiás. O módulo de toxicologia (no Sinavisa) permite o conhecimento sobre o assunto por meio de levantamento e análise dos dados, auxiliando na tomada de decisões pelos gestores⁹. Os dados são coletados por meio das fichas de notificação de intoxicação exógena, analisados pela equipe do Centro de Informação Toxicológica de Goiás/CIT-GO e,

posteriormente, repassados para o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológica (Sinitox), vinculado ao Ministério da Saúde (MS) e à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o qual divulga as informações de intoxicações e envenenamentos do País.

O tema proposto é relevante, pois poderá fornecer informações epidemiológicas específicas sobre intoxicações medicamentosas em crianças, de uma capital da Região Centro-Oeste do País (Goiânia) com população estimada em 1.488.639¹⁰. Essas informações poderão auxiliar no desenvolvimento de ações estratégicas de prevenção, controle e vigilância do agravo, com o intuito de reduzir a morbimortalidade infantil.

Dessa forma, o objetivo deste estudo é descrever o perfil clínico-epidemiológico dos casos notificados de intoxicações medicamentosas em crianças.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo observacional e descritivo com dados secundários, a partir de registros de casos notificados de intoxicação por medicamentos em crianças de zero a 12 anos incompletos¹¹, no Sinavisa, em Goiânia-GO, no período de 2012 a 2016. Os casos duplicados e casos de crianças não residentes em Goiânia foram excluídos do estudo. O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética da Universidade Federal de Goiás/UFG (nº 2.368.555) e da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás/SES-GO (nº 2.446.900).

No presente estudo, a classificação de faixas etárias para crianças e adolescentes considerada foi a do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990¹¹, em seu Art. 2º, em que se considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade), por ser uma legislação brasileira e vigente até o presente momento. O termo primeira infância foi utilizado com base na Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016¹², que estabelece princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância. Essa Lei define em seu Art. 2º que primeira infância é o período que abrange os primeiros 6 anos completos ou 72 meses de vida da criança, estando também em consonância com os princípios e diretrizes da Lei nº 8.069/1990 (ECA)¹¹.

As seguintes variáveis foram estudadas: 1) dados individuais (nome, idade e sexo); 2) antecedentes epidemiológicos (local de ocorrência da exposição); 3) dados da exposição (zona de exposição, agente tóxico, via de exposição, circunstância da exposição, tipo de exposição); 4) dados do atendimento (tempo entre a exposição e o atendimento, tipo de atendimento, tipo de unidade de saúde de atendimento, setor da unidade e hospitalização); e 5) conclusão do caso (classificação final, critério de confirmação e evolução do caso).

Os dados secundários foram obtidos do Ambiente Intranet do banco de dados do Sinavisa, de acesso restrito à SES-GO e foi transferido para o *Microsoft Office® Excel 2010®*.

A análise estatística dos dados foi realizada no programa *IBM® SPSS Statistics®*, versão 22. Os dados foram descritos por meio de valores absolutos, percentuais, médias, desvios-padrão (DP), medianas e intervalos interquartílicos (IIQ) 25 e 75. Para todos os testes estatísticos, adotou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS |

Identificou-se um total de 680 casos de intoxicações exógenas por medicamentos em crianças, no Sinavisa, em Goiânia-GO, entre 2012 e 2016 (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de crianças expostas à intoxicação exógena por medicamentos. Goiânia-GO, 2012-2016

Características sociodemográficas	Sinavisa (n=680)	
Idade (anos)		
Média (desvio-padrão)	2,9 (± 2,3)	
Mediana (IIQ 25-75)	2 (1-4)	
Faixas etárias (anos)	n	%
< 1	74	10,9
1 a 4	489	71,9
5 a 8	90	13,2
9 a < 12	27	4,0
Sexo		
Masculino	339	49,9
Feminino	341	50,1

Sinavisa: Sistema Nacional de Informação de Vigilância Sanitária. IIQ: Intervalos Interquartílicos.

No momento da notificação, as crianças tinham, em média, 2,9 anos (desvio-padrão ± 2,3 anos), com maior frequência de ocorrências na faixa etária de 0 a 4 anos e no sexo feminino (Tabela 1).

As exposições predominaram em residências (95,4%), área urbana (99,5%), por circunstância acidental (77,2%), por via digestiva/oral (96,1%) e do tipo aguda única (99,6%). O tempo entre a exposição e o atendimento ocorreu, em média, em até 8,1 horas (Tabela 2).

Tabela 2 - Características de exposição de crianças à intoxicação exógena por medicamentos. Goiânia-GO, 2012-2016

Características de exposição	Sinavisa (n=680)	
Local de ocorrência	n	%
Residência	648	95,4
Serviços de saúde	18	2,6
Outro	9	1,3
Ignorado/branco	5	0,7
Zona		
Urbana	676	99,5
Rural	3	0,4
Ignorada/branco	1	0,1
Via		
Digestiva/oral	653	96,1
Cutânea	1	0,1
Respiratória	3	0,4
Ocular	10	1,5
Parenteral	4	0,6
Outra	-	-
Nasal	9	1,3
Ignorada/branco	-	-
Circunstância		
Acidental	525	77,2
Uso terapêutico	75	11,0
Erro de administração	40	5,9
Uso habitual	-	-
Tentativa de suicídio	4	0,6
Automedicação	19	2,8
Ingestão de alimento e bebida	2	0,3
Acidente coletivo	6	0,9
Abuso	-	-
Outra	6	0,9
Ignorada/branco	3	0,4
Tipo		
Aguda única	677	99,6
Aguda repetida	2	0,3
Ignorado/branco	1	0,1

Sinavisa: Sistema Nacional de Informação de Vigilância Sanitária.

O tipo de atendimento mais frequente foi o hospitalar (53,8%), no serviço público (80,4%), e a maioria dos casos notificados não resultou em hospitalização (71,9%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Características de atendimento de crianças expostas à intoxicação exógena por medicamentos. Goiânia-GO, 2012-2016

Características de atendimento	Sinavisa (n=680)	
Tempo entre a exposição e o atendimento (em horas)	n=298	
Média (desvio-padrão)	8,1 (23,1)	
Mediana (IIQ 25-75)	1 (1-5)	
Tipo de atendimento	n	%
Hospitalar	366	53,8
Ambulatorial	314	46,2
Domiciliar	-	-
Ignorado/branco	-	-
Tipo de unidade de saúde de atendimento		
Hospital	356	52,5
CAIS	175	25,7
Pronto-atendimento	98	14,4
CIAMS	37	5,4
Secretaria Municipal de Saúde	-	-
ESF	4	0,6
Clínica especializada	1	0,1
Centro de Saúde	8	1,2
UBS	1	0,1
Setor da unidade		
Público	547	80,4
Privado	133	19,6
Hospitalização		
Sim	187	27,5
Não	489	71,9
Ignorado/branco	4	0,6

Sinavisa: Sistema Nacional de Informação de Vigilância Sanitária. IIQ: Intervalos Interquartílicos. Cais: Centro de Atenção Integrada à Saúde. Ciams: Centro Integrado de Atenção Médico Sanitária. ESF: Estratégia de Saúde da Família. UBS: Unidade Básica de Saúde.

O perfil clínico demonstrou predominância de casos leves (60,9%) que evoluíram em sua maioria para cura (98,7%). No entanto, houve registro de dois óbitos (0,3%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Conclusão dos casos de crianças expostas à intoxicação exógena por medicamentos. Goiânia-GO, 2012-2016

Conclusão dos casos	Sinavisa (n=680)	
Classificação final	n	%
Intoxicação confirmada grave	13	1,9
Intoxicação confirmada moderada	97	14,3
Intoxicação confirmada leve	414	60,9
Intoxicação não excluída	89	13,1
Só exposição	-	-
Reação adversa	49	7,2
Outro diagnóstico	1	0,1
Ignorado/branco	17	2,5
Critério de confirmação		
Laboratorial	-	-
Clínico epidemiológico	-	-
Clínico	680	100,0
Evolução do caso		
Cura	671	98,7
Cura suposta	7	1,0
Óbito	2	0,3
Cura sem sequelas	-	-
Cura com sequelas	-	-
Perda de seguimento	-	-
Ignorada/branco	-	-

Sinavisa: Sistema Nacional de Informação de Vigilância Sanitária.

Uma grande variedade de tipos de fármacos foi envolvida nas intoxicações (n=193), assim como as classes (n=59) e grupos farmacológicos (n=21). O fármaco mais envolvido foi o clonazepam (5,4%; n=37); a classe farmacológica foi dos antiepilépticos (11,6%; n=79); e o grupo farmacológico foi o de depressores do sistema nervoso central (22,9%; n=156) (dados não informados em tabelas).

DISCUSSÃO |

No presente estudo, foi possível constatar uma elevada morbidade relacionada às intoxicações medicamentosas em crianças, principalmente por circunstâncias acidentais na primeira infância. Isso faz com que seja fundamental a sociedade ser continuamente orientada a fazer uso racional de medicamentos e a ter cuidados com o armazenamento dos medicamentos nas residências, para evitar danos à saúde das crianças. Além disso, essas medidas podem

diminuir os gastos com a assistência após intoxicações e direcionar os recursos para a prevenção de acidentes¹³.

Segundo estudos realizados na Coreia do Sul e em Addis Abeba, na Etiópia, a intoxicação por medicamentos em crianças e adolescentes não é incomum^{14,15}. No entanto, ações do Sistema de Vigilância Nacional e a preocupação dos médicos coreanos estão mudando a tendência das intoxicações agudas na Coreia do Sul. Os profissionais procuraram conhecer os agentes tóxicos envolvidos e atentaram para o seu adequado manejo clínico. Essas ações interferiram na morbimortalidade e ressaltaram a importância do comprometimento de gestores e profissionais de saúde na prevenção desse tipo de agravo¹⁴.

Na Alemanha, evidenciaram um predomínio de casos de envenenamento acidental por medicamentos em crianças, entre 2005 e 2012, também desenvolveram propostas de monitoramento nacional para maior controle desses incidentes, com vistas à redução desses eventos¹⁶.

Com base no relatório de 2015, da Associação Americana de Centros de Controle de Intoxicações, um estudo realizado em crianças e adolescentes indicou que a ingestão acidental de medicamentos é um problema grave. Além disso, evidenciou-se que a educação de pais e cuidadores, instituída para prevenir exposição a drogas farmacológicas, não foi bem-sucedida. O armazenamento inseguro e o acesso a medicamentos próprios para adultos representam os maiores riscos para essas exposições nos grupos etários menores de cinco anos¹⁷.

No estudo de Pac-Kożuchowska *et al.* (2016)¹⁸, em Lublin (Polônia), entre julho de 2008 e dezembro de 2012, analisaram-se 848 crianças de zero a 15 anos, expostas a tóxicos, divididas em dois grupos: urbanos e rurais. O predomínio foi de envenenamento acidental em crianças residentes na área urbana na primeira infância. Em crianças residentes em áreas rurais, os agentes tóxicos mais envolvidos foram medicamentos e domissanitários; já nas crianças residentes na área urbana, foram álcool e narcóticos, e ainda a incidência de intoxicação intencional aumentou com a idade¹⁸. De forma semelhante, o presente estudo também demonstra a gravidade da situação, tanto em crianças como em adolescentes, assim como em zona urbana ou rural.

As intoxicações e envenenamentos por medicamentos no Brasil e em diversos países constituem um grave problema

de Saúde Pública que requerem medidas preventivas para evitar sua ocorrência, principalmente, na infância^{1,19}. No Brasil, essa situação se justifica por ser o quinto maior consumidor de medicamentos no mundo e o primeiro na América Latina²⁰. No ano de 2016, o número de casos de intoxicações humanas por medicamentos em crianças de zero a 14 anos alcançou 5.885 casos, demonstrando o quanto essa situação de saúde na infância é impactante e grave no Brasil⁸.

O desconhecimento da população em relação à intoxicação por medicamentos em crianças é alarmante, assim como sobre as formas de prevenção de acidentes no domicílio, favorecendo o aumento dos riscos à saúde das crianças. As práticas de intervenções educativas junto à população são impactantes, principalmente por profissionais de enfermagem, que devem agir como educadores, com o intuito de diminuir acidentes domésticos e, conseqüentemente, as intoxicações nesse grupo etário²¹.

Estudo do Panorama das Intoxicações por Medicamentos no Brasil, de 2008 a 2013, analisou 150.361 casos, entre os quais a faixa etária de um a quatro anos foi a predominante em todo o país, com 41.670 casos (27,7%)²². Assim como no presente estudo, esses dados reforçam o quanto a primeira infância deve ser vista de forma especial e com cautela pelos cuidadores, profissionais de saúde e gestores públicos.

Entretanto, em outro estudo, ficou evidenciado que com o aumento da idade (10-14 anos) a prevalência das intoxicações medicamentosas também se eleva, apontando que o risco é relevante em outras faixas etárias²³.

Não houve predominância das intoxicações medicamentosas quanto ao sexo das crianças, no presente estudo. Outras pesquisas indicaram que crianças do sexo masculino foram mais acometidas pelas intoxicações medicamentosas. A justificativa se deu em virtude do comportamento da sociedade em relação à criação de meninos porque há uma tendência em se permitir que as famílias eduquem os meninos com mais flexibilidade e menos vigilância, tornando-os destemidos e independentes precocemente, quando comparados às meninas^{2,5,24,25}.

Costa e Alonzo (2015), estudando as intoxicações, em Campinas-SP, de 1998 a 2011, verificaram que a frequência por sexo variou conforme a circunstância e a idade, sendo que o sexo feminino teve uma relação maior com

as intoxicações intencionais, na fase jovem e adulta, e o sexo masculino esteve mais relacionado às intoxicações acidentais na fase infantil^{26,27}.

Referente ao local e circunstância da exposição, os resultados do presente estudo apresentaram maior ocorrência na residência e por circunstância acidental. Esse dado também foi comum em outros estudos em virtude do armazenamento inadequado de medicamentos, as ditas farmácias caseiras, e pela negligência dos responsáveis quanto à vigilância das crianças^{2,22,23,28}.

Em uma pesquisa de base populacional realizada em New South Wales, na Austrália (entre 2007 e 2013)²⁹, evidenciou-se que as intoxicações por medicamentos de natureza acidental foram responsáveis por 77.637 casos. E apesar de apresentar um declínio durante o período estudado, em algumas áreas de atendimento, concluiu-se que é necessário desenvolvimento de estratégias para reduzir erros terapêuticos e acesso a medicamentos, assim como realização de campanhas educacionais²⁹.

A ingestão do tóxico foi a mais frequente forma de intoxicação no presente estudo, provavelmente relacionada a algumas fases da infância, por falta de vigilância do cuidador e também pelo acondicionamento inadequado de medicamentos nas residências²⁵. Já o tipo de exposição predominante foi a aguda única. Em outros estudos, esse tipo de exposição também foi mais frequente^{2,24}. Essa situação foi associada a alguns fatores de risco socioambientais, tais como o responsável pela criança ser menor de idade, usuário de drogas ilícitas, ser solteiro ou idoso, dentre outros².

No presente estudo, constatou-se que o tempo entre a exposição e o atendimento ocorreu em uma média de 8,1 horas. Esse tempo pode ser considerado rápido ou demorado a depender da gravidade do caso. Para uma intoxicação mais severa, o tempo deve ser o menor possível para garantir um melhor prognóstico.

A busca por atendimento às urgências toxicológicas na infância está diretamente relacionada à noção de perigo que a família possui, sendo esse fator essencial para reduzir a média de tempo entre a exposição e o atendimento ou a hospitalização²⁵.

Os atendimentos ocorreram em uma maior frequência em hospitais públicos. Provavelmente, esse dado está

relacionado ao fato de as unidades públicas registrarem com mais frequência os agravos de notificação compulsória do que as unidades do setor privado.

Além do mais, este estudo demonstrou que as intoxicações leves que evoluíram para a cura foram as mais frequentes, apontando índice elevado de morbidade, porém com baixa letalidade - foram registrados dois casos de óbito (0,3%). Outros estudos também evidenciaram que a maioria dos casos teve evolução com cura^{24,26}. Essa situação pode ocorrer em virtude da percepção rápida de perigo por parte dos cuidadores, da agilidade no atendimento ou até mesmo por uma ingestão de baixa dosagem do medicamento.

Taxas reduzidas de mortalidade também foram constatadas no estudo de Santos (2013)³, porém outros prejuízos de grande relevância podem ser causados pelo agravo, como as sequelas físicas, sociais, psicológicas e econômicas, tanto para as crianças, como para as famílias e para o poder público. Os óbitos se constituem em desfechos importantes nas intoxicações intencionais, nos casos de tentativas de suicídio e suicídio em maiores de 12 anos, tendo maior predominância no sexo feminino³⁰.

Essa pesquisa revelou um grande número de medicamentos envolvidos nas intoxicações na infância, e muitos deles pertencentes ao grupo farmacológico dos depressores do sistema nervoso central, incluídos na lista dos produtos controlados pelo Ministério da Saúde, o que torna esse achado relevante. Tal situação demonstra o descuido dos responsáveis com o armazenamento desses medicamentos em suas residências e a falta de orientação e de assistência farmacêutica.

Na Espanha, em 57 Departamentos de Emergência Pediátrica, entre outubro de 2008 e setembro de 2013, um total de 639 intoxicações em crianças foram registradas. Identificou-se que 55,1% foram por medicamentos, sendo que destes, 24,5% eram do grupo de fármacos psicotrópicos, dos quais 87,0% eram benzodiazepínicos³¹. Há uma semelhança com os dados da presente pesquisa, onde o grupo dos depressores do sistema nervoso central e o clonazepam foram os mais envolvidos, os quais estão inseridos no grupo dos psicotrópicos e benzodiazepínicos, demonstrando que essas drogas devem ter um maior controle tanto na comercialização, quanto na distribuição pelos serviços de saúde e no acondicionamento adequado pelas famílias no ambiente domiciliar.

CONCLUSÃO |

Conclui-se que as intoxicações medicamentosas em crianças acometem predominantemente a primeira infância, ocorrem, na maioria das vezes, de forma acidental e no próprio domicílio e em zona urbana. A via oral e a exposição aguda única foram as mais frequentes. A média de tempo entre a exposição e o atendimento foi razoável, e os atendimentos hospitalares e em unidades públicas foram predominantes, sendo que a hospitalização na maioria dos casos não foi necessária. Grande parte dos casos foi confirmada como leve, pelo critério clínico e com evolução para cura. As intoxicações foram causadas por várias classes de medicamentos e grupos farmacológicos, principalmente, medicamentos que atuam no sistema nervoso central.

Esses resultados apontam para a necessidade de se promoverem ações educativas mais efetivas para a população, principalmente aos responsáveis por crianças quanto à guarda segura e ao uso racional dos medicamentos. Os profissionais de saúde precisam estar capacitados quanto ao manejo clínico adequado das crianças com intoxicações medicamentosas. Já aos gestores, cabe o fortalecimento das políticas públicas específicas, com o intuito de reduzir a morbimortalidade infantil.

REFERÊNCIAS |

- Schvartsman S. Intoxicações agudas. 3th ed. São Paulo: Sarvier, 1985.
- Siqueira KM, Brandão JR, Lima HF, Garcia ACA, Gratone FM, Brasileiro MSE. Perfil das intoxicações exógenas infantis atendidas em um hospital especializado da rede pública de Goiânia-GO. *Rev Eletr Enf.* 2008; 10(3):662–72.
- Santos CC. A criança em situação de perigo: intoxicação exógena. 2013. [Internet]. *Atualiza Cursos*, 2013. [Citado em 15 jul. 2018]. Disponível em: <http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/EE/EE14/SANTOS-carole.pdf>.
- Azab SMS, Hirshonb JM, Hayes BD, El Setouhy M, Smith GS, Sakr ML, et al. Epidemiology of acute poisoning in children presenting to the poisoning treatment center at Ain Shams University in Cairo, Egypt, 2009–2013. *Clin Toxicol (Phila)*. 2016;54(1):20-6.
- Domingos SM, Borghesan NBA, Merino MFGL, Higarashi IH. Internações por intoxicação de crianças de zero a 14 anos em hospital de ensino no Sul do Brasil, 2006-2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(2):343-50.
- Paiva DV, Martins G, Molina N, Paula C, Uzam P. Impacto dos medicamentos nas intoxicações em crianças. *Rev Ibirapuera*, 2017;13:8–16.
- Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. O que devemos saber sobre os medicamentos (Versão 1.1). [Internet] 2010. [Citado em 20 jan. 2018]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/medicamentos/publicacoes-sobre-medicamentos/o-que-devemos-saber-sobre-medicamentos.pdf/view>.
- Ministério da Saúde, Fiocruz, Sinitox. Dados de intoxicação. Brasil. 2016. [Internet] [Citado em 26 maio. 2018]. Disponível em: <https://sinitox.icict.fiocruz.br/dados-nacionais>.
- Mota CJ, Xavier RHM. Sistema de informação para vigilância de riscos associados a eventos toxicológicos. Goiânia: Governo do Estado de Goiás, Secretaria de Estado da Saúde. Convênio de Cooperação Técnica entre a Secretaria de Estado da Saúde e Agence de laSanté et des Services Sociaux de Outaouais Quebec-Canadá, 2008. 40 p.
- IBGE. População estimada em Goiânia, Goiás. [Internet] [Citado em 15 maio. 2017]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/goiânia/panorama>.
- Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [Internet] [Citado em 15 fev. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm.
- Brasil. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. [Internet] [Citado em 20 out. 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm.
- Bricks LF. Uso judicioso de medicamentos em crianças. *J Pediatr*. 2003;79(Supl. 1):S107-114.

14. Woo JH, Ryoo E. Poisoning in Korean children and adolescents. *Pediatric Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2013;16(4):233.
15. Bacha T, Tilahun B. A cross-sectional study of children with acute poisoning: a three-year retrospective analysis. *World J Emerg Med.* 2015;6(4):265-9.
16. Hahn A, Begemann K, Stürer A. Cases of poisoning in Germany. Disease entity, documentation, and aspects of the event. *Bundesgesundheitsbl.* 2014; 57(6):638–49.
17. Lowry JA, Burns M, Calello DP. Pediatric pharmaceutical ingestions. *Pediatr Ann.* 2017;46(12):e459-65.
18. Pac-Kożuchowska E, Krawiec P, Mroczkowska-Juchkiewicz A, Melges B, Pawłowska-Kamieniak A, et al. Patterns of poisoning in urban and rural children: a single-center study. *Adv Clin Exp Med.* 2016;25(2):335–40.
19. Santana RAL, Bochner R, Guimarães MCS. Sistema nacional de informações tóxico-farmacológicas: o desafio da padronização dos dados. *Cienc Saude Coletiva.* 2011;16(Supl 1):1191–200.
20. Iuras A, Marques AAF, Garcia LFR, Santiago MB, Santana LKL. Prevalência da automedicação entre estudantes da Universidade do Estado do Amazonas (Brasil). *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2016;57(2):104–11.
21. Santos FR, Rodrigues IC, Ferreira SCS, Nascimento TK, Pitta AP. Intoxicação exógena medicamentosa acidental em crianças: uma avaliação do conhecimento dos responsáveis. *Enf Ciencia Arte.* 2014;1(1).
22. Nunes CRM, Alencar GO, Bezerra CA, Barreto MFR, Saraiva EMS. Panoramas das intoxicações por medicamentos no Brasil. *Rev E-Ciencia.* 2017;5(2):98-103.
23. Oliveira FFS, Suchara EA. Perfil epidemiológico das intoxicações exógenas em crianças e adolescentes em município do Mato Grosso. *Rev Paul Pediatr.* 2014;32(4):299–305.
24. Xavier LA, Silva EC, Ribeiro JLS, Prince KA, Oliveira MVM, Espírito Santo LR. Intoxicações exógenas por agentes tóxicos em crianças em município do norte de Minas Gerais. *REAS.* 2017;2017(Supl 5):S481–5.
25. Tavares EO, Buriola AA, Santos JAT, Ballani TSL, Oliveira MLF. Fatores associados à intoxicação infantil. *Esc Anna Nery.* 2013;17(1):31–7.
26. Costa AO, Alonzo HGA. Casos de exposições e intoxicações por medicamentos registrados em um Centro de Controle de Intoxicações do interior do Estado de São Paulo. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2015;17(2):52–60.
27. Lee J, Fan NC, Yao TC, Hsia SH, Lee EP, Huang JL et al. Clinical spectrum of acute poisoning in children admitted to the pediatric emergency department. *Pediatr Neonatol.* 2018; 2018(“ahead of print”):pii: S1875-9572(17)30295-4.
28. Dayasiri MBKC, Jayamanne SF, Jayasinghe CY. Risk factors for acute unintentional poisoning among children aged 1–5 years in the rural community of Sri Lanka. *Int J Pediatr.* 2017;2017(ID 4375987):1-9.
29. Bell JC, Bentley JP, Downie C, Cairns R, Buckley NA, Katelaris A, Pearson SA, Nassar N. Accidental pharmacological poisonings in young children: population-based study in three settings. *Clin Toxicol.* 2018; (“ahead of print”):1–8.
30. Santos SA, Legay LF, Lovisi GM, Santos JFC, Lima LA. Suicídios e tentativas de suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro: análise dos dados dos sistemas oficiais de informação em saúde, 2006-2008. *Rev Brasil Epidemiol.* 2013;16(2):376–87.
31. Zubiaur O, Salazar J, Azkunaga B, Mintegi S. Therapeutic psychotropic drugs: most common cause of unintentional poisoning in children. *Anales Pediatría.* 2015;83(4):244-7.

Correspondência para/Reprint request to:

Huilma Alves Cardoso

Rua 1029, Qd. 67, Lts. 11/14, Apto. 401,

Residencial Lago do Bosque,

Setor Pedro Ludovico, Goiânia/GO, Brasil

CEP: 74823-140

E-mail: huilmakardoso@yahoo.com.br

Recebido em: 24/09/2019

Aceito em: 04/11/2020

**Pharmaceutical intervention
in the prevention of adverse
events as a quality indicator
of hospital assistance**

**| Intervenção farmacêutica na
prevenção de eventos adversos
como indicador de qualidade da
assistência hospitalar**

ABSTRACT | Introduction:

Clinical Pharmacy is part of the pharmaceutical care, and covers all areas of health care and it was within the hospital scope that the Pharmacy Clinic began, among the various activities performed by the clinical pharmacist, the pharmaceutical intervention is the main one. Objective:

To analyze the interventions performed by clinical pharmacists during the medical prescriptions' review in the surgical clinics, from a SUS Hospital in the city of Sobral, Ceará, in the year 2016. Methods: A retrospective, observational, exploratory and documentary study was performed through reports issued annually by this service in a database of data on the activities of the Clinical Pharmacy. Results: There were identified 1512 problems related to the drug being those of greater incidence those related to the necessity parameter. The number of interventions performed (1512) was equal to the quantity of problems related with the encountered drug, but only 464 (34%) had acceptance, 1048 (66%) were not accepted, being a majority for reasons not justified. The most taken measure in relation to the interventions accepted was the alteration in the prescription, with doctors being the most sought after by the clinical pharmacist.

Conclusion: *The pharmaceutical interventions allowed to identify several problems related to the drug, thus avoiding adverse events, because when accepted by the professionals contacted, corrective measures were taken, providing therapeutic success.*

Keywords | *Rational Drug Utilization; Quality Indicators; Pharmaceutical Service*

RESUMO | Introdução: A Farmácia Clínica está inserida na assistência farmacêutica, abrange todas as áreas de atenção à saúde, e foi no âmbito hospitalar que ela teve início. Dentre as diversas atividades exercidas pelo farmacêutico clínico, a intervenção farmacêutica é a principal. **Objetivo:** Analisar as intervenções realizadas por farmacêuticos clínicos durante a revisão de prescrições médicas das clínicas cirúrgicas, de um hospital do SUS da cidade de Sobral no Ceará no ano de 2016. **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo, observacional, exploratório e documental através de relatórios emitidos anualmente por esse serviço em um banco de dados de indicadores referentes às atividades da Farmácia Clínica. **Resultados:** Foram identificados 1512 problemas relacionados ao medicamento, sendo os de maior incidência os relacionados ao parâmetro necessidade. O número de intervenções realizadas (1512) foi igual à quantidade de problemas relacionados aos medicamentos encontrados, porém apenas 464 (34%) tiveram aceitação, enquanto 1048 (66%) não foram aceitas, sendo a maioria por motivo não justificado. A medida mais tomada em relação às intervenções aceitas foi a alteração da prescrição, sendo os médicos os profissionais mais contatados pelo farmacêutico clínico. **Conclusão:** As intervenções farmacêuticas permitiram identificar diversos problemas relacionados ao medicamento, evitando assim eventos adversos, pois quando aceitas pelos profissionais contatados, medidas corretivas foram tomadas, proporcionando sucesso terapêutico.

Palavras-chave | Uso racional de medicamentos; Indicadores de qualidade; Atenção farmacêutica.

¹Centro Universitário UNINTA. Sobral/CE, Brasil.

²Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral/CE, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A Farmácia Clínica está inserida na assistência farmacêutica e abrange todas as áreas de atenção à saúde, podendo ser aplicada na atenção primária, farmácias comunitárias, ambulatoriais e até domicílios. Porém, foi no âmbito hospitalar que a Farmácia Clínica teve início, resultante do aumento da morbimortalidade relacionado aos danos e lesões provenientes da farmacoterapia¹.

O aumento no tempo de tratamento em pacientes hospitalizados está diretamente relacionado aos Eventos Adversos (EA), que por sua vez podem causar morbidade e mortalidade. Para o Sistema Único de Saúde (SUS), existe ainda o impacto nos custos assistenciais, refletindo na vida social e econômica do Brasil².

Os EA se caracterizam por causar ao indivíduo lesão referente à assistência e não à doença de base. Esse dano pode ser evitável, não evitável ou erro, embora seja obtido de forma não intencional³. Um em cada dez pacientes sofre algum evento adverso em hospitais da Europa durante a assistência, e esses danos na sua maioria são considerados danos evitáveis⁴.

Contudo, nos Estados Unidos da América (EUA), o índice de acometidos por danos ou lesões oriundas de EA é estimado em um terço dos pacientes internados em hospitais, e vão desde erros graves às infecções relacionadas à assistência, os quais podem colocar em risco a vida do paciente⁵.

No Brasil, existe um sistema informatizado chamado NOTIVISA (Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária), previsto pela Portaria do Ministério da Saúde de n. 1660, de 22 de julho de 2009, que permite registrar e notificar queixas técnicas de medicamentos, produtos relacionados à saúde, incidentes e eventos adversos⁶.

As intervenções clínicas realizadas por farmacêuticos são essenciais para identificar Problemas Relacionados ao Medicamento (PRM), além disso, essa identificação proporciona medidas para a detecção e prevenção dos EA⁷.

A análise das prescrições pelos farmacêuticos clínicos em hospitais contribuiu para o melhor resultado do tratamento e garante a segurança dos pacientes. Cerca de 14,6% das prescrições analisadas por farmacêuticos de um hospital

universitário do Sul do Brasil apresentavam PRM. Através das intervenções farmacêuticas foram detectados e solucionados 70% desses problemas, proporcionando as mudanças necessárias para o sucesso terapêutico. Além disso, as intervenções proporcionaram a melhor comunicação entre farmacêutico, equipe multiprofissional e paciente⁸.

No ambiente hospitalar, os erros de medicação costumam ser bem corriqueiros, por isso é necessário fazer um levantamento destes e determinar suas causas a fim de implantar protocolos de segurança que possam promover a prevenção, resultando na diminuição desses erros⁹.

Considerando a importância do tema e escassez de relatos sobre a prática da intervenção farmacêutica na Farmácia Clínica, sobretudo nessa região, este estudo visa relatar, quantificar e avaliar as intervenções realizadas pelos farmacêuticos clínicos de um hospital do SUS da região norte do estado do Ceará, no ano de 2016, com ênfase nos PRM, ressaltando a importância do farmacêutico clínico na prevenção de EA, garantindo assim a segurança do paciente e o sucesso terapêutico do tratamento.

MÉTODOS |

Foi realizado um estudo retrospectivo, observacional, exploratório e documental para quantificar e analisar as intervenções realizadas pelos farmacêuticos clínicos das Clínicas Cirúrgicas I e II do Hospital Regional Norte (HRN) do Estado do Ceará, através de relatórios emitidos anualmente por esse serviço.

O sistema de dispensação dos medicamentos do HRN é o de dose individualizada, exceto para pomadas, cremes e soluções. É dividido por período (manhã/tarde /noite). A dispensação é realizada pelos auxiliares de farmácia através de prescrições, as quais são avaliadas pelos farmacêuticos clínicos a cada 24 horas. Ademais, eles também exercem outras atividades, tais como visitas multiprofissionais, alta hospitalar, intervenções farmacêuticas e reconciliação. O hospital conta com oito farmácias satélites, distribuídas para cada setor de atendimento, clínicas cirúrgicas, clínicas médicas, pediatria, centro cirúrgico obstétrico, centro cirúrgico geral, UTI (adulto, pediátrica e neonatal) e emergência, e quase todos esses setores são contemplados com farmacêuticos clínicos exceto os centros cirúrgicos, os

quais recebem apenas um suporte do farmacêutico clínico que estiver no plantão, no entanto sabe-se da necessidade do profissional nesses setores.

Neste estudo, foram analisadas as intervenções realizadas nas Clínicas Cirúrgicas I e II durante todo o ano de 2016. O período de coleta de dados deste estudo ocorreu no mês de setembro de 2017. Como a análise deste estudo envolve um ano, escolheram-se essas clínicas por apresentarem um maior número de leitos.

As Clínicas Cirúrgicas I e II estão localizadas no 4º e 3º andar do HRN, respectivamente, possuem 29 leitos cada, ocupados por pacientes que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos de emergência ou que aguardam para a realização de cirurgia eletiva. A farmácia satélite que fica no 3º andar atende às duas clínicas e conta com um farmacêutico clínico para realização de altas, intervenções, reconciliação e avaliação das prescrições. O farmacêutico avalia em média 1380 prescrições por mês e 46 por dia aproximadamente, as quais são informatizadas e para 24 horas.

Para a avaliação das prescrições, os farmacêuticos contam com um sistema informatizado que permite acesso ao prontuário, prescrições, exames laboratoriais e ao almoxarifado da farmácia, que informa a quantidade de MMH e medicamentos disponíveis no hospital. Usam como base de consultas bancos de dados como Dynamed®, Drugs®, o plano medicamentoso que foi criado e padronizado às necessidades do hospital e bibliografia disponível no setor.

Através da análise das prescrições, o farmacêutico clínico realiza as intervenções diariamente em 100% das prescrições utilizando metodologia padronizada pelo hospital, baseando-se nas necessidades e no perfil dos pacientes atendidos. Anualmente são fornecidos relatórios com dados a respeito das intervenções farmacêuticas.

Para o registro das intervenções, o hospital conta com um sistema padronizado. Trata-se de um banco de dados que possui indicadores relacionados a todas as atividades da Farmácia Clínica e da Farmácia Hospitalar (auditoria, almoxarifado, financeiro). Os dados relacionados à farmácia clínica são alimentados pelo farmacêutico clínico mensalmente, com informações estatísticas para discussão e oportunidade de melhorias. Essas informações estão armazenadas em um drive restrito aos farmacêuticos. Os indicadores direcionados às intervenções farmacêuticas

são divididos em dois, e o indicador 1 refere-se à indicação de problemas relacionados aos medicamentos, enquanto o indicador 2 refere-se às intervenções farmacêuticas.

A pesquisa foi embasada na resolução do Conselho Nacional de Saúde/MS – CNS, nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012 e suas diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, e encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa após a sua qualificação. Foi também solicitada ao Hospital Regional Norte a autorização para acesso às informações por meio da Carta de Anuência, e Termo de Ciência sobre Pesquisa Científica na Unidade Hospitalar. Foi solicitada, ainda, Isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por se tratar de um estudo exploratório e documental, a partir do banco de dados da farmácia clínica, gravados em um drive, de acesso restrito aos farmacêuticos clínicos.

Este trabalho foi iniciado após a aprovação Comitê de Ética e Pesquisa, via submissão pela Plataforma Brasil.

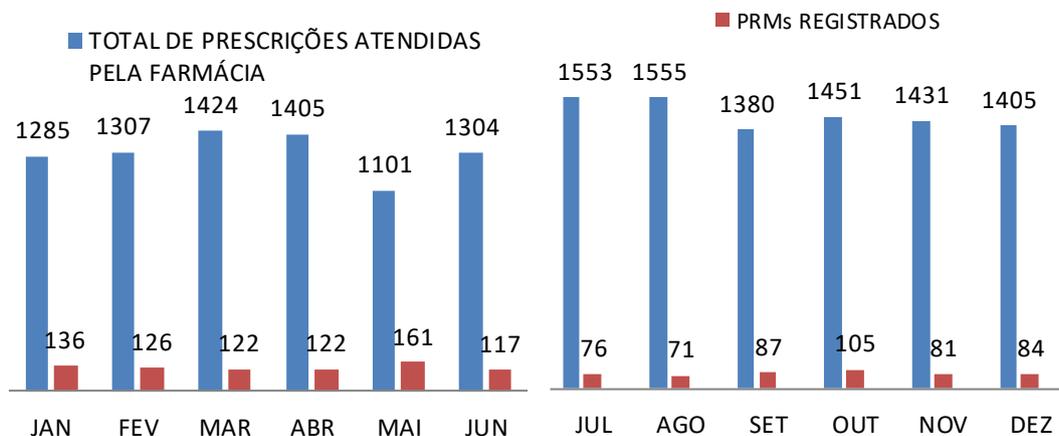
RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Durante o período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2016, foram atendidas pela farmácia da Clínica Cirúrgica do HRN 16.601 prescrições. Dessas, 99,26% foram analisadas pelos farmacêuticos clínicos, que identificaram 1.512 PRMs, tendo uma média mensal de 126 problemas identificados.

No Gráfico 1, observa-se o número de prescrições atendidas pela farmácia no período estudado e o número de PRMs registrados pelo farmacêutico clínico. Pode-se observar uma variação no número de PRMs registrados nos meses estudados que provavelmente se deve a uma rotatividade de profissionais da saúde já que se tratava na época de um hospital fundado apenas em 2013 e que tinha um serviço de Farmácia Clínica funcionando somente a partir de 2014.

Um estudo realizado em um hospital terciário de ensino, da Universidade Federal do Paraná no ano de 2012, mostrou que das 6.438 prescrições avaliadas pelo farmacêutico, durante o período de 1 ano, foram encontrados 933 PRMs. Uma média de aproximadamente 77 PRMs identificados em cada mês⁸. Esse número encontra-se inferior à média dos resultados encontrados neste estudo.

Gráfico 1 - Prescrições atendidas pela farmácia e PRM registrados



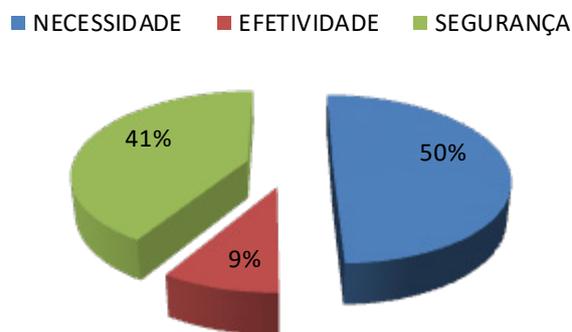
Fonte: Próprio autor.

Em estudo realizado durante o período de 3 anos, em uma unidade de terapia intensiva, foram registradas apenas 834 intervenções farmacêuticas, em 4.585 prescrições avaliadas. Esse índice está muito abaixo da média de intervenções realizadas neste estudo num período de tempo bem inferior comparado com desse estudo¹⁰.

Ao analisarem tratamentos farmacoterapêuticos em uma população de idosos, polimedicados. Identificaram que 53,9% dos medicamentos analisados apresentavam algum PRM. Estando em maior número os PRMs relacionados à necessidade. Esse número encontra-se bem acima da média de PRMs registrados neste estudo. Isso provavelmente possa ser justificado pelo perfil dos pacientes atendidos (idosos polimedicados). Essa população está bem mais propensa a sofrer vários tipos de PRMs¹¹.

O Terceiro Consenso de Granada (Comitê de Consenso, 2007¹²) define PRM como situações em que o uso do medicamento provoca um resultado negativo associado ao seu uso. Esse consenso propõe a classificação dos PRM em função dos requisitos que todo medicamento deve ter para ser utilizado: ser necessário, efetivo e seguro. A análise dos dados revelou que a maioria dos PRMs encontrados neste estudo está relacionada à necessidade, correspondendo a 50% dos problemas encontrados, seguidos os de segurança com 41% e os problemas referentes à efetividade, com menor incidência, sendo contabilizados apenas 9% como podemos observar no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Classificação e quantificação dos PRM registrados



Fonte: Próprio autor.

O número de intervenções farmacêuticas realizadas nesta pesquisa foi de 1.512, com uma proporção aproximada de 1 intervenção para cada 11 prescrições avaliadas. O Quadro 1 nos mostra a quantidade de intervenções realizadas no ano de 2016 e a sua aceitabilidade.

Em um estudo realizado no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia no Rio de Janeiro, 747 prescrições foram avaliadas no período de um ano, e 224 intervenções foram realizadas, sendo uma proporção de aproximadamente 3 para cada 10 prescrições avaliadas⁷. Esse resultado encontra-se equivalente ao avaliar 3542 prescrições e, num período de um ano, efetuou 1238 intervenções, sendo aproximadamente 3 intervenções para cada 10 prescrições analisadas¹³.

Quadro 1 - Quantificação da aceitabilidade das intervenções farmacêuticas, realizadas pelos farmacêuticos clínicos

ACEITABILIDADE DAS INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS												
2016	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Total de intervenções	136	126	122	122	161	117	76	71	87	105	81	84
Intervenções aceitas	35	64	66	47	39	31	22	26	36	37	29	32
Intervenções não aceitas	101	62	56	75	122	86	54	45	51	68	52	52
Porcentagem da aceitabilidade	25,7%	50,8%	54,1%	38,5%	24,2%	26,5%	27,8%	36,6%	41,4%	35,2%	35,8%	38,1%

Fonte: Próprio autor.

Assim, essas análises sugerem que a média de intervenções realizadas neste estudo (1/11) se encontra abaixo da média encontrada em outras pesquisas (3/10).

A despeito disso, é de grande relevância para a qualidade da assistência ao paciente. Ainda há uma resistência na aceitação dessas orientações por parte dos profissionais da equipe multiprofissional.

No que diz respeito à porcentagem de aceitação das intervenções realizadas, podemos dizer que a porcentagem da aceitabilidade das intervenções teve uma variação instável durante os meses estudados, sendo março o mês de maior aceitação (50,8%), e maio, o de menor (24,2%). Essa oscilação está exposta no quadro 1. De modo geral, tivemos uma média anual de aceitação de apenas 36,23%.

A oscilação da aceitação dessas intervenções está associada a vários fatores interferentes. A falta de medicamentos é um deles já que muitas vezes o farmacêutico aponta a necessidade da administração de um medicamento que se espera ter como desfecho a alteração da prescrição, e o prescritor fica impossibilitado à adesão dessa sugestão, sendo registrada a intervenção não aceita. Provavelmente por esse motivo, o maior número de PRMs encontrados seja os de necessidade.

Esses dados nos permitem concluir que o índice de aceitação por parte dos profissionais contatados neste estudo está muito abaixo da média encontrada em todos esses estudos de análises semelhantes.

As intervenções farmacêuticas realizadas no HRN são registradas no mesmo sistema onde os prescritores

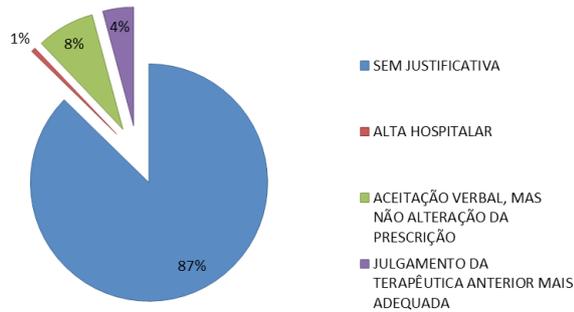
elaboram as prescrições, e os enfermeiros realizam os aprazamentos. Nele o farmacêutico coloca o erro ou PRM encontrado e oferece sugestões para que essas falhas sejam corrigidas.

Porém, o hospital ainda não tem sistema de validação de prescrições, nem prontuário eletrônico. Esse recurso proporcionaria não só a correção, mas também a prevenção do PRM, pois ele seria identificado e corrigido antes mesmo da aviação da receita e do medicamento dispensado e administrado. No sistema atual, pode haver falhas na visualização dessas sugestões, e isso explicaria o grande número de intervenções não aceitas sem justificativa.

Das 1512 intervenções realizadas no período estudado, 1048 não tiveram adesão por parte dos prescritores e transcritores, e os motivos dessa não aceitação estão classificados de 4 formas: alta hospitalar, julgamento da terapêutica anterior mais adequada, aceitação verbal, mas não alteração da prescrição, e ainda sem justificativa. No Gráfico 3 podemos observar a quantificação em porcentagem dos motivos de as intervenções não terem sido aceitas.

Embora em menor número, das intervenções farmacêuticas que foram aceitas, 464 tiveram desfechos favoráveis, evitando assim possíveis interações, erros de medicação e até reações adversas. E a alteração de prescrição foi a medida com maior prevalência após a adesão das intervenções aceitas, com 61% de todos os desfechos realizados. Adequação de dieta e orientação foi a providência menos aderida, (0,21%), porém condiz com o número de erros relacionados a essa temática. A Tabela 1 apresenta o desfecho após as intervenções farmacêuticas aceitas no período estudado em números absolutos e porcentagem.

Gráfico 3 - Motivos das intervenções não aceitas em porcentagem



Fonte: Próprio autor.

Das intervenções não aceitas, 6,75% não tiveram justificativa, enquanto a maioria (10,61%) foi justificada, diferentemente do verificado no presente estudo, em que a maioria das não aceitações não teve justificativa⁸.

No estudo, menos de 1% das intervenções realizadas não foi aceita. Para a melhoria desse índice, os profissionais se reúnem mensalmente (farmacêuticos e clínicos) para discutirem os motivos da não aceitação e elaborar planos de ação para maior adesão dessas intervenções. Uma medida semelhante pode ser adotada pelo Hospital que foi fonte deste estudo para a melhor efetividade da intervenção farmacêutica¹⁴.

O farmacêutico é o principal elo entre paciente e prescritor. Através da atenção farmacêutica, ele deve buscar solucionar os problemas que venham a interferir no tratamento e qualidade de vida dos pacientes, por isso, além de conhecer o paciente como um todo, deve procurar da melhor forma solucionar os problemas junto à equipe de saúde. Uma das

medidas a ser tomada é contatar o mais rápido possível os profissionais para tomada de decisões e correção dos possíveis erros.

CONCLUSÃO |

As intervenções realizadas neste estudo permitiram identificar diversos PRMs, e contribuíram para que eventos adversos fossem evitados e erros corrigidos porque, por meio da aceitação dessas orientações, os profissionais contatados puderam tomar medidas corretivas, melhorando assim a qualidade do tratamento dos pacientes hospitalizados.

As intervenções farmacêuticas proporcionam não só a qualidade ao serviço, mas ainda a diminuição de gastos relacionados ao aumento de dias de internação que poderiam ser resultantes de complicações causadas por erros de prescrição ou eventos adversos.

O registro e a documentação dessa atividade em um banco de dados permitiram gerar indicadores de qualidade para o HRN, bem como apontaram a importância do farmacêutico clínico na equipe multiprofissional e, ainda, proporcionaram a avaliação comparativa entre outras instituições visando a melhorias de processos.

Apesar de comprovada a importância das intervenções e do farmacêutico clínico, a análise desses dados revela que há ainda um grande descaso ou resistência na aceitação dessas intervenções por parte dos profissionais contatados.

Tabela 1 - Desfecho de processo após intervenção farmacêutica no período estudado em números absolutos e porcentagens

Desfecho de processo após intervenção farmacêutica	Números absolutos	%
Adequação do aprazamento	64	13,80%
Adequação da dieta	01	0,21%
Alteração da prescrição	283	61,00%
Correção do aprazamento	49	10,56%
Medicamento suspenso	41	8,83%
Orientação	01	0,21%
Preenchimento da ficha de ATM	10	2,15%
Aplicação do termo	03	0,64%
Solicitação de exame	12	2,60%

Fonte: Próprio autor.

Sugere-se a capacitação da equipe sobre a importância da intervenção como ferramenta na qualidade do tratamento do paciente hospitalizado ou da implementação de um sistema de prontuário eletrônico e validação de prescrição para que esse processo possa ser melhorado.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Conselho Federal de Farmácia. Resolução N. 585 de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. 2013.
2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde, 2013.
3. Amaya SL. Seguridad del Paciente: Conceptos e análisis de eventos adversos. Centro de Gestión Hospitalaria/ ViaSALUD 2009; 1 (48): 6-21.
4. O'Connor E, Coates HM, Yardley IE, Wu AW. Disclosure of Patient Safety Incidents: A Comprehensive Review. *International Journal for Quality in Health Care* 2010; 22 (5): 371-379.
5. Steenhuisen, J. Mistakes Common in U.S. Hospitals. Reuters Health Information, 2011. Disponível em: <http://www.reuters.com/article/us-hospital-errors-idUSTRE7360PU20110407>. Acesso em: 26 abr. 2017.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 1660, de 22 de Julho de 2009. Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária - VIGIPOS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde – SUS. 2009. Diário Oficial da União, Brasília, de 09 de agosto de 2013. Seção I, páginas 45 a 50.
7. Nunes PHC, Pereira BMG, Nominato JCS, Albuquerque EM, Silva LFN, Castro IRS, Castilho SR. Intervenção farmacêutica e prevenção de eventos adversos. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas* 2008; 44 (4):691-699.
8. Reis WCT, Scopel CT, Correr CJ, Andrzejewski VMS. Análises de intervenções de farmacêuticos clínicos em um hospital de ensino terciário do Brasil. *Einstein* 2013; 11 (2): 190-196.
9. Melo FO, Caveião C. Erros de medicação em hospitais e a farmacovigilância na segurança do paciente, 2015. Disponível em: <http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/download/category/280-artigos-sobre-seguranca-do-paciente?download=1390:erros-de-medicacao-em-hospitais-e-a-farmacovigilancia-na-seguranca-do-paciente-2002-2015>. Acesso em: 26 abr. 2017.
10. Fideles GMA, Alcântara-Neto JM, Peixoto-Júnior AA, Souza-Neto PJ, Tonete TL, Silva JEG, Neri EDR. Recomendações farmacêuticas em unidade de terapia intensiva: três anos de atividades clínicas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 2015; 27 (2): 149-154.
11. Silva AF, Abreu CRO, Barbosa EM, Raposo NRB, Chicoure EL. Problemas relacionados aos medicamentos em idosos fragilizados da Zona da Mata Mineira, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2013; 16 (4): 691-704.
12. Comitê de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos Asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm.*, Granada, v.48, n.1, p.5-17, 2007.
13. Miranda TM, Petriccione S, Ferracini FT, Borges Filho WM. Intervenções realizadas pelo farmacêutico clínico na unidade de primeiro atendimento. *Einstein* 2012; 10 (1): 74-78.
14. Cardinal L, Fernandes C. Intervenção Farmacêutica no processo da validação da prescrição médica. *Revista Brasileira de farmácia Hospitalar* 2014; 5 (2): 14-19.

Correspondência para/ Reprint request to:

Antonio Neudimar Bastos Costa

Rua Zizi Pontes, 1368,

Renato Parente, Sobral/CE, Brasil

CEP: 62010-100

E-mail: neudimar.bastos@gmail.com

Recebido em: 28/09/2018

Aceito em: 19/11/2020

Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz¹
Sheldon Dias Pilenghi¹
Viviane Marten Milbrath¹
Bárbara Hirschmann¹
Roberta Hirschmann¹

Updating of the professionals and acting of the nucleus of permanent education in the emergency service

| Atualização dos profissionais e atuação do núcleo de educação permanente no serviço de urgência

ABSTRACT | Introduction:

The professional performance of the emergency services aims to reduce the risks and health problems of patients with a delicate prognosis, and the training and permanent educational support for the team is essential. Objective: To know how professionals working in the Mobile Emergency Care Service (SAMU) seek professional updating and what Permanent Health Education (EPS) initiatives are developed at SAMU in Pelotas.

Methods: *Descriptive research with a qualitative approach, realized in the Mobile Emergency Care Service of Pelotas with 12 professionals from the health teams of the mobile units. The data were collected through semi-structured interviews and analyzed by the Thematic Analysis. Results: The results show how professional updating the access to the internet and specializations and postgraduate courses. The initiatives offered at SAMU makes it possible to work with the demands arising from daily practice, qualifying professionals, standardizing language and protocols used in assistance.*

Conclusion: *The EPS initiatives are developed within the ambit of SAMU, however, it is necessary to expand the scope of these in assistance, so that it can be adapted to the needs in relations to the environment, materials, human resources and institutional support, becoming effective for professionals, for the service and for the qualification of health care for the population.*

Keywords | *Emergency Medical Services; Education, Continuing; Patient Care Team.*

RESUMO | Introdução: A atuação profissional dos integrantes dos serviços de emergência visa à redução dos riscos e agravos à saúde de pacientes com prognóstico delicado, sendo imprescindível a capacitação e o suporte educacional permanente para a equipe. **Objetivo:** Conhecer de que forma os profissionais inseridos no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) buscam por atualização profissional e quais iniciativas de Educação Permanente em Saúde (EPS) são desenvolvidas no SAMU de Pelotas. **Métodos:** Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, realizada no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Pelotas com 12 profissionais das equipes de saúde das unidades móveis. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e analisados pela Análise Temática. **Resultados:** Os resultados mostram como forma de atualização profissional o acesso à internet e a cursos de especialização e pós-graduação. As iniciativas de EPS ofertadas no SAMU possibilitam trabalhar com as demandas oriundas da prática cotidiana, qualificando os profissionais, padronizando a linguagem e os protocolos utilizados na assistência. **Conclusão:** As iniciativas de EPS são desenvolvidas no âmbito do SAMU, contudo faz-se necessário ampliar a abrangência delas na assistência, para que possam ser adequadas às necessidades em relação ao ambiente, aos materiais, aos recursos humanos e ao apoio institucional, tornando-se mais efetiva para os profissionais, para o serviço e para a qualificação da atenção à saúde à população.

Palavras-chave | Serviços Médicos de Emergência; Educação Permanente; Equipe de Assistência ao Paciente.

¹Universidade Federal de Pelotas. Pelotas/RS, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) é considerado o principal componente móvel da rede de urgências, sendo voltado à agilidade do atendimento¹, muito importante para diminuir o sofrimento, as sequelas incapacitantes e a morbimortalidade das pessoas². Assim, possui um papel fundamental na assistência, contribuindo significativamente na recuperação da vítima³.

O SAMU conta com uma equipe que inclui médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e condutores socorristas³, sendo necessário que os profissionais que atuam nesse serviço estejam capacitados adequadamente para o exercício de sua função, que requer condutas rápidas frente ao inesperado, bem como ações simultâneas da equipe e controle da situação⁴.

Nesse contexto, a atualização e a EPS são imprescindíveis para ampliação do conhecimento técnico-científico dos profissionais e para melhoria do processo de trabalho e da qualidade do atendimento oferecido⁵. Para suprir essa demanda de atualização e ampliação do conhecimento, instituiu-se a atuação do Núcleo de Educação Permanente (NEP), criado a partir do Núcleo de Educação em Urgências (NEU) em 2006, pela Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). O seu principal objetivo é promover a EPS dos profissionais e estimular a adequação curricular nas instituições formadoras, visando atender às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e da atenção integral nas urgências e emergências⁶.

Segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, criada em 2004 e atualizada em 2007, a proposta da EPS é vista como uma evolução da concepção e do processo das práticas em saúde dos trabalhadores⁷, diferenciando-se da Educação Continuada (EC) que se caracteriza por treinamentos, reciclagens e atualizações técnico-científicas, por meio de atividades de ensino com metodologia tradicional. Enquanto isso, a EPS desenvolve atividades contínuas e multiprofissionais, por meio de abordagens temáticas relacionadas à inserção no mercado de trabalho, com enfoque na resolução de problemas⁸.

A EPS favorece a reflexão crítica do modo assistencial, pois proporciona aos trabalhadores a prática como fonte de conhecimento. Assim, coloca as pessoas como atores reflexivos da ação e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores de informação,

abordando as equipes de maneira interativa, evitando a fragmentação disciplinar e instalando um processo de aprendizagem com maior organização, frequência e eficácia⁷.

Considerando que os serviços de urgência e emergência se constituem por uma alta demanda de atendimento e rotatividade profissional⁹, além do estresse gerado pelos riscos relacionados à cena em que se encontram os pacientes, a vivência da morte e do morrer e as falhas de comunicação envolvidas no processo de assistência⁴, é imprescindível que os profissionais do SAMU estejam capacitados e recebam suporte educacional contínuo, visando à eficiência e à integralidade da assistência prestada.

Diante do exposto, surgiu a seguinte questão de pesquisa: De que forma os profissionais inseridos no SAMU buscam por atualização profissional e quais as iniciativas de EPS desenvolvidas no SAMU? Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo conhecer de que forma os profissionais inseridos no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) buscam por atualização profissional e quais iniciativas de Educação Permanente em Saúde são desenvolvidas no SAMU de Pelotas.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo descritivo com uma abordagem qualitativa, realizado na central do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Pelotas, Rio Grande do Sul, entre outubro e novembro de 2018.

Para seleção dos participantes, foram definidos como critérios de inclusão ser profissional da área da saúde que estivesse exercendo regularmente o serviço de urgência e emergência no SAMU e que estivesse integrado às equipes atuantes nessas unidades. Foram excluídos os profissionais que não integravam a equipe de atendimento das unidades móveis de urgência e aqueles que atuavam há menos de um mês nesse serviço.

Assim, participaram da pesquisa 12 profissionais do SAMU, os quais desempenham o serviço assistencial diretamente às vítimas, sendo eles: dois médicos, duas enfermeiras e um condutor socorrista da unidade de suporte avançado de vida (USA), duas técnicas de enfermagem e três condutores socorristas da unidade de suporte básico de vida (USB) e

dois condutores de motocicleta (para resgate), pertencentes aos turnos da manhã, tarde e noite.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, com auxílio de um gravador celular, com tempo médio de duração de 30 minutos. As entrevistas foram feitas em horários livres, fora do horário de serviço, individualmente e em locais privativos. O roteiro-guia das entrevistas incluía questões sobre o perfil dos profissionais, a busca destes por atualização profissional e sobre as iniciativas de EPS desenvolvidas no serviço.

Para delimitar o número de participantes seguiu-se o critério de saturação de dados¹⁰. Primeiramente, transcreveu-se as entrevistas extraindo os temas iniciais. Após essa etapa, categorizou-se os temas pela prevalência e tipo, então, identificou-se que cada tema obteve profundidade e complexidade suficientes para compreensão da questão estudada. Assim, a saturação considerou a riqueza de dados derivados de cada questão e não apenas a presença ou a frequência de um problema¹⁰. Dessa forma, neste estudo a saturação foi alcançada com 12 entrevistas.

A análise temática foi empregada, seguindo seis passos: familiarização dos dados; geração de códigos iniciais; procura por temas; revisão dos temas; definição e atribuição de nome aos temas; análise final e produção do relatório relacionando o conteúdo dos temas com a literatura¹¹.

Os aspectos éticos foram assegurados aos participantes por meio da entrega e assinatura, em duas vias, do termo de consentimento livre e esclarecido, respeitando a sua voluntariedade. A pesquisa seguiu os pressupostos éticos contidos na Resolução 466/2012¹² do Conselho Nacional da Saúde. Antes da coleta, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas sob o CAAE nº 96858718.5.0000.5317 e parecer nº 2.919.511.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Quanto ao perfil dos 12 profissionais participantes, quatro eram do sexo feminino e oito do sexo masculino. A idade dos profissionais esteve entre 26 e 48 anos, e o tempo de atuação no serviço variou de sete meses a 13 anos. A renda dos profissionais estava entre 1.400 e 19.280 reais, e apenas

um dos participantes atua somente no SAMU, os outros possuem outro emprego.

Outros estudos também trazem a maioria de profissionais do sexo masculino, atuantes no SAMU, com faixa etária semelhante à deste estudo¹³⁻¹⁴.

Conforme os dados obtidos, todos os participantes buscam por atualização do conhecimento, tendo diferentes fontes e motivos para realizá-la. A internet é uma das principais fontes de atualização para P3 e P11:

[...] gosto de ver vídeos [...] pela internet [...] e lendo [...]. (P3).

A única coisa que eu faço assim fora do serviço é ler, ver vídeo na internet, cuidados com politrauma, eu tento sempre estar lendo, estar vendo vídeos [...]. (P11).

A internet proporciona facilidade de acesso e praticidade de ver vídeos e ler, contudo é necessário avaliar a segurança das informações acessadas e o veículo que as fornece, pois existem muitas páginas com conteúdo não confiável. P1 além de citar a internet, acrescentou a realização de cursos com outros profissionais especializados e também a pós-graduação:

Sim, olha eu faço assim tanto pela internet [...] outros profissionais aí, outros instrutores que a gente acompanha [...] e eu estou pretendendo fazer a pós agora (P1).

A realização de cursos de reciclagem para atualização profissional é citada por alguns dos profissionais como P6 e P12:

[...] fiz o PHTLS fiz BLS, tudo por minha conta, foi muito caro (P6).

Lá no outro serviço que eu tenho, a gente tem um protocolo em livro que aquilo ali a gente é obrigado a ler, e de seis em seis meses a gente faz prova de capacitação [...]. Então ali a gente se atualiza querendo ou não, é obrigado a fazer, e a gente tem treinamento anual, pelo menos duas vezes ao ano [...]. (P12).

Observa-se nessas falas que os profissionais, muitas vezes, buscam por conhecimento extra, além do oferecido pelo serviço. Contudo, para isso é necessário que invistam recursos financeiros próprios, o que pode representar uma importante limitação ao acesso desse conhecimento.

O curso de PHTLS (Pré-Hospitalar de Suporte Avançado no Trauma) foi referido por P6 como um dos buscados, sendo importante para os profissionais da área do pré-hospitalar, pois é direcionado ao atendimento do SAMU e qualifica para o transporte e o atendimento pré-hospitalar. O PHTLS constitui-se de um protocolo que visa padronizar o atendimento ao paciente, com base em uma sequência de prioridades¹⁵. Contudo, nem todos possuem a oportunidade de realizar esse curso devido ao alto valor do investimento, não sendo oferecido de forma gratuita aos profissionais pelo serviço público, conforme a fala de P6:

[...] o PHTLS não, fornecido só o APH e BLS [...] (P6).

Os participantes P4 e P5, por fazerem parte da estrutura organizacional do NEP, precisam estar sempre em busca de conhecimento para realizar as palestras em outras instituições. Cursos como o APH (Atendimento Pré-Hospitalar) e o BLS (Suporte Básico de Vida) são considerados exigências para atuação do profissional no SAMU:

[...] às vezes o pessoal precisa de alguém para poder fazer uma palestra, dar um curso de APH de BLS nas empresas, em outras instituições públicas, também e eu acabo indo por compor a organização do NEP [...] (P4).

Realizo [...] no momento as pós-graduações, eu já fiz [...] recentemente meu BLS e APH eu renovei, não utilizei o recurso da prefeitura, eu renovei por conta própria, e esses tempos eu andei fazendo um de emergências clínicas por fora, [...] eu também tenho que buscar o aprendizado para poder ser multiplicadora dele para o pessoal (P5).

Estudo¹⁶ realizado sobre a qualidade da assistência de enfermagem ressalta a necessidade de haver capacitações para que os profissionais consigam desenvolver um raciocínio crítico, reflexivo e uma rápida tomada de decisão. A realização de cursos de atualização, antes e após o ingresso no serviço, favorece a ampliação do conhecimento para promover uma assistência mais qualificada⁴. Neste estudo, evidenciou-se que os profissionais buscam atualizar seu conhecimento para melhorar a qualidade da assistência prestada.

Também abordou-se a EPS desenvolvida no SAMU, que fica ao encargo do Núcleo de Educação Permanente (NEP). Segundo os participantes, existe uma EPS contínua no SAMU, como relatado por P9 e P11:

Sim. Olha nós temos seguido treinamento, eu quando peguei urgência e emergência mesmo eu não tinha nenhuma noção do pré-hospitalar (P11).

Sim, hoje tem o NEP [...]tem uma educação continuada, seguido fazem treinamento prático aqui, teórico-prático (P9).

A EPS acerca das práticas e teorias vivenciadas no atendimento pré-hospitalar ajuda a minimizar as dificuldades encontradas na atuação dos profissionais⁴. O NEP organiza essas atividades, no serviço avaliado, desde o início de 2017:

[...] nós temos o NEP, ele começou, ele foi ativado em 2017. [...] foi feito um projeto, foi apresentado para o SAMU estadual, que é quem coordena todos os regionais, [...] eles aprovaram o projeto, e então a gente tem. (P5)

[...] o NEP foi instituído em 2017, na inicial tentativa de capacitação das equipes da manhã, tarde e noite [...] (P7).

P2 destaca que no período de inexistência do NEP, no atual serviço, as capacitações eram realizadas pelo Núcleo de Educação em Urgências de um município vizinho.

O NEP começou a funcionar [...] foi em torno de fevereiro ou março do ano passado [2017] que ele começou a ir para o papel e começou a ser praticado, porque antes a gente era capacitado aqui do lado [...], que é o NEU, aqui é o núcleo de educação permanente em saúde que é o NEP, o NEU é núcleo de educação em urgências [...] (P2).

P4 relata que o NEP está ampliando sua atuação há poucos meses, o que sugere uma melhora no serviço com o passar do tempo.

O NEP [...] ele existe já algum tempo, porém ele vem sendo exercido com força de uns meses para cá [...] está havendo uma padronização melhor das equipes, todas falando a mesma língua, todas baseadas no mesmo protocolo, e isso está sendo bem-vindo em prol ao paciente lá na rua (P4).

De acordo com o relato de P4, a padronização da linguagem e dos protocolos de atendimento utilizados favorece a assistência prestada ao paciente. Nesse sentido, a comunicação eficiente entre os profissionais da equipe é muito importante para a compreensão dos encaminhamentos, desde o chamado até a chegada no serviço hospitalar de emergência, visando à integralidade e à segurança do paciente⁹.

Em outro estudo¹⁷, os profissionais elencaram como uma necessidade do serviço a utilização de protocolos de atendimento. Contudo, essa ainda se mostrava incipiente, sendo identificado que em muitos atendimentos prestados não ocorre seu uso de fato que, conseqüentemente, gera dúvidas quanto à forma de proceder durante a assistência, revelando a necessidade de padronização dos atendimentos¹⁷.

Neste estudo, identificou-se que a abrangência do NEP e sua atuação na EPS vão além de atender os profissionais do SAMU, estão inseridas também em trabalhos externos, a fim de capacitar ou mesmo ministrar palestras em outros locais e estabelecimentos de saúde, conforme relatado pelos entrevistados:

Existe muita solicitação externa [...] a gente tem muita procura de escolas, de instituições de saúde, as unidades básicas, solicitando treinamento para o pessoal (P5).

[...] a gente participou da capacitação de todo o hospital-escola [...] nos três turnos, [...] em RCP [Reanimação cardiopulmonar], posteriormente o NEP foi levado ao Hospital Espírita, [...] hospital São Francisco, as instituições militares [...] atualmente [...] está capacitando as redes de atenção primária em saúde (P7).

[...] NEP tem atuado não somente dentro do SAMU, mas tem ido a outras unidades do município aqui na rede de atenção básica, nos hospitais [...] (P8).

Então, o NEP atua de forma interna na EPS com os próprios profissionais do SAMU e de forma externa, e mais ampla, visando atender solicitações de outros locais e fornecer capacitações, dando continuidade às atribuições que lhe competem em outros âmbitos de trabalho e promovendo educação em saúde em outros estabelecimentos de saúde como hospitais, serviços de atenção primária à saúde e até mesmo em instituições militares.

Quanto à composição do NEP, atuam nele profissionais do SAMU, sendo que alguns dos entrevistados fazem parte integralmente, e outros participam eventualmente de algumas atividades.

[...] o NEP é composto por todos os diferentes profissionais (P7).

[...] enfermeiro, técnicos de enfermagem e condutores. [...] a gente tem um responsável, é um enfermeiro, sou eu [...] o coordenador do

núcleo precisa ser alguém da enfermagem, que tenha experiência na enfermagem e que tenha pós-graduação [...] (P5).

Identificou-se ainda que não existe nenhuma exigência para que o profissional possa compor a estrutura do NEP, tratando-se de um trabalho voluntário, que propicia respaldo a outros serviços de saúde do município:

[...] na realidade não, porque o NEP ele capacita todas as pessoas que trabalham na área da saúde e tanto dentro da área da urgência e emergência como no intra e no pré e também em saúde coletiva [...] as vezes tu pega um paciente [...] em parada cardíaca dentro de um postinho de saúde, e aí o técnico cola as placas, porque não sabe o que fazer (P12).

A atuação do NEP no SAMU se dá de forma a atender os feedbacks dos profissionais em relação a dúvidas surgidas nos atendimentos, que podem ser melhorados para futuros atendimentos:

[...] existe o dito feedback [...] após cada atendimento nós conversamos [...] para saber o que pode mudar, o que foi feito e o que pode ser acrescentado para próxima vez, é uma autoavaliação da equipe. Nenhum atendimento é igual ao outro, mas o protocolo é um só [...] então a gente procura mudar para o próximo paciente ser melhor beneficiado do que o anterior. Primeiro a gente conversa entre equipe; segundo, a gente passa [...] para RT [responsável técnico] e a RT vai entrar em acordo com o chefe do NEP, e aí o chefe do NEP vai fazer [...] tema diferente para poder qualificar a equipe novamente [...] (P4).

Como pode ser observado na fala de P4, existe uma autoavaliação da equipe em relação ao atendimento prestado. Nessa, a equipe busca trocar informações para entrar em consenso quanto à melhor prática do atendimento e, caso a autoavaliação não gere resultado, a equipe pode entrar em contato com o enfermeiro responsável técnico (RT), que pode acionar o NEP do serviço, para ministrar uma apresentação sobre o assunto.

A EPS ainda é, muitas vezes, compreendida como sinônimo de Educação Continuada (EC), capacitação ou treinamento, sendo sua disseminação um desafio, pelo próprio entendimento acerca de seu significado¹⁸. Contudo, a EC sozinha não dá conta de atender às complexidades existentes nos processos de trabalho em saúde, sendo necessária a efetivação da EPS. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de refletir sobre o processo de trabalho a partir das situações vivenciadas no cotidiano e da realidade dos serviços¹⁹.

Assim, a EPS visa à aprendizagem por meio da problematização da realidade em que se desenvolvem propostas para mudar a prática²⁰. A comunicação em grupos de discussão é uma ferramenta importante na geração do conhecimento, visto que, por meio dela, possibilita-se aos profissionais reconstruírem seus conhecimentos com base nas experiências individuais¹⁷. Por isso, deve acontecer continuamente, de forma a colaborar com a boa qualidade do serviço e também proporcionar maior cooperação e motivação entre os profissionais¹⁷.

A atuação da EPS no ambiente de trabalho parte da articulação entre o que acontece no serviço e o que precisa ser modificado, considerando que os processos educativos são capazes de mobilizar²¹. Dessa forma, a EPS é uma importante ferramenta que tem como objetivo a melhoria do serviço que é oferecido à população²¹.

Além de atender aos feedbacks, o NEP também segue um cronograma de atividades, conforme relatado por P5:

A gente optou por esse mês cada dia um tema a ser abordado[...] iniciamos pelo mais básico até chegar no avançado [...]. Então o primeiro treinamento foi de avaliação primária e secundária para o suporte básico, segundo treinamento foi de imobilização, [...] chegou para imobilizar a pessoa, mas tu fez a avaliação primária, tu fez o ABCDE, depois partimos para parte de suporte básico de vida [...] agora estamos no final do mês e chegamos no treinamento de Start [...] se identifica múltiplas vítimas, [...] seguir uma evolução uma linha cronológica (P5).

Como forma de organização das atividades propostas pelo NEP, P5 traz que é utilizado um cronograma de atividades, obedecendo a uma linha cronológica que favorece o aprendizado. De acordo com essa organização, primeiro são tratados os assuntos mais básicos até atingir assuntos mais complexos, sendo o cronograma planejado de forma mensal, buscando trabalhar diferentes assuntos diariamente com as equipes. Assim, visa-se chegar ao final do mês com todas atividades executadas para todas as equipes do SAMU.

De acordo com estudo, a prática em saúde deve ser planejada de forma constante por meio de teoria e prática com objetivo de oferecer uma melhor qualidade no atendimento e possibilitar a participação dos envolvidos no cuidado²². Para Pereira *et al.*²³, refletir com os trabalhadores acerca do cotidiano reforça a disposição para a participação crítica na elaboração dos conhecimentos.

Com relação às atividades de capacitação, o NEP recebe apoio. P7 traz que conforme o NEP leva informações sobre urgência e emergência para outras instituições ou estabelecimentos de saúde fora do SAMU, recebe informações de outros serviços, que oferecem capacitações para o SAMU.

[...] buscar um profissional para vim dar, porque nós atuamos, mas a gente atua ali na parte de pré-hospitalar, muita coisa por exemplo a urgência obstétrica, tem muita gente que tem experiência [...], convida gente de fora para poder vim fazer uma palestra (P5).

[...] essa capacitação do Hospital-escola, a gente ganhou para toda base, para todo mundo que quisesse uma capacitação em RCP neonatal, a gente ganhou em troca do pessoal da dimensão uma aula sobre animais de peçonha, o Hospital Espírita levamos aula de RCP e ganhamos uma aula de emergência psiquiátrica [...] então é uma moeda de troca [...] (P7).

Com isso, pode-se identificar que o NEP atua de forma sequencial e programática ofertando dos conteúdos básicos até os mais complexos, com base em um cronograma mensal, elaborado pelo enfermeiro responsável. Concomitantemente a esse cronograma, o NEP busca atender também à demanda dos próprios profissionais do SAMU, em questões trazidas por eles, nas quais identificam possíveis fragilidades da equipe durante sua atuação através dos ditos feedbacks.

O NEP, na perspectiva dos profissionais do SAMU, é como uma estrutura de suporte, importante para aprimorar o serviço prestado aos usuários e manter uma boa interação das equipes, além disso serve de suporte prático aos que estão ingressando no serviço.

[...] quanto mais tu treina, quanto mais tu faz alguma coisa, tu aprimora teu atendimento, porque não adianta também eu só saber, lá fazer um curso, [...] fazer uma avaliação, mas [...] não consigo colocar ela na prática. [...] a gente mudou muito o quadro de funcionários, o NEP está sendo, nesse momento, muito importante, porque entrou muita gente sem experiência. E, então, além da orientação dentro da ambulância, lá com acompanhamento diário, precisa também fazer frequentemente algum treinamento com eles (P5).

Segundo a fala de P5, existe uma rotatividade de profissionais que atuam no serviço, sendo que sempre estão chegando pessoas novas sem experiência e o NEP, nesse momento, é importante para dar o suporte necessário. Esse ponto é relatado por outro estudo¹⁶ como um incômodo

aos profissionais, que se queixavam da falta de qualificação e de preparo de alguns dos funcionários e que, muitas vezes, chegam sem experiência em urgência e emergência aprendendo com os próprios colegas de trabalho no dia a dia, o que reforça uma atuação vigorosa por parte do NEP no serviço de EPS. Ademais, os profissionais atuantes em serviços de urgência e emergência, desde os iniciantes até os mais experientes, demonstram insegurança diante de situações críticas, sendo que a ampliação de conhecimentos práticos e teóricos favorece maior confiança para o exercício do cargo, em especial, na tomada de decisões rápidas e coesas frente a situações de risco¹⁴.

Outro ponto importante da atuação do NEP é o suporte teórico-prático a que os profissionais possuem acesso, como demonstrado na fala de P2:

Eu acho importante porque quando chega um funcionário novo no SAMU, [...] tu tentas qualificar ele para que ele dê um resultado para salvar vida, essa é a função específica do NEP [...], entendem, que possa salvar uma vida com qualidade (P2).

A EPS promove a atualização técnico-científica dos profissionais do SAMU, sendo altamente relevante para o desenvolvimento dos trabalhadores em saúde, que, por sua vez, podem vir a propor e implementar ações educativas importantes aos usuários, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos¹⁹.

P7 destaca ainda que o NEP se torna uma ferramenta muito importante também para o desempenho dos profissionais atuantes no SAMU.

Considero pelo único e exclusivo benefício do paciente, todo profissional que se capacitar melhor, principalmente aqui onde o técnico de enfermagem tem uma atuação única, muito diferente do intra-hospitalar [...] é os olhos do médico regulador, é ele que dá o primeiro combate. Ele que vai passar a informação, e a gente vai conseguir criar, ter uma construção do cenário e orientar da melhor maneira o atendimento. [...] nosso médico ele, querendo ou não, ele faz telemedicina né ele precisa de uma informação muito bem orientada para que ele possa [...] da melhor maneira possível. [...] é necessário que a gente fale a mesma língua, e o NEP nos proporciona isso [...] (P7).

Conforme a fala de P7, outra atribuição importante do NEP é capacitar os profissionais para que eles estejam aptos a repassar informações corretas e de qualidade referentes ao usuário para o serviço de regulação do SAMU, buscando

que a melhor orientação possa ser prestada com vistas a uma assistência mais eficaz.

Na avaliação da atuação do NEP, pelos profissionais do SAMU, foram destacados vários pontos positivos e negativos. Dentre os pontos positivos está a facilidade de acesso à capacitação oferecida pelo NEP:

[...] eu acho que está funcionando, isso é um projeto que foi implantado agora [...] quando entrei no SAMU não tinha esse NEP, [...] tu não passava por esses treinamentos [...]. Então, eu acho que o SAMU cresceu, evoluiu [...] quanto mais qualificar, quem ganha com isso é o nosso usuário (P2).

Outra questão apontada refere-se à composição do NEP, que no local de pesquisa é feita pelos próprios profissionais do SAMU, o que possibilita a convivência diária na base do SAMU:

Eu vejo como positivo, porque é no dia a dia que a gente aprende, é como eu falei eles têm uma baita bagagem, então eles estando ali dentro sabendo que às vezes tu tem que improvisar, porque tu não tem tal material, e então, eles sabem, então é mais fácil para gente aprender do que se eles não fizessem parte (P10).

Identifica-se, com base nesse relato, que a proximidade entre os profissionais que organizam as atividades de EPS com aqueles que participam delas, favorece a qualificação, pois todos estão envolvidos no processo e conhecem as fragilidades e potencialidades existentes no serviço. Nesse contexto, o planejamento conjunto entre participantes, executores e mentores da EPS favorece que os objetivos sejam alcançados, gerando a adesão e a satisfação com as atividades desenvolvidas²⁰.

Quanto aos pontos negativos, os participantes destacaram alguns fatores que dificultam as atividades desenvolvidas, por exemplo, a inexistência de uma infraestrutura destinada às atividades de EPS, como os treinamentos e as aulas teóricas e também a falta de alguns materiais:

Infelizmente assim, o NEP devia ter uma sala específica para ti ter o treinamento, não temos [...] (P2).

É o material, não temos muitos materiais, o espaço físico não temos [...] nós fizemos ali na porta de entrada ali, não temos esse espaço (P3).

Eu, na minha opinião, eu acho que o SAMU teria que ter uma sala de aula, [...] teria que ter uma sala de aula [...] o importante seria assim, ir primeiro para sala de aula [...] explicar o que é cinemática, o que acontece em acidente de moto, de carro, todo tipo de acidente[...] (P9).

A falta de uma infraestrutura adequada à realização das atividades é uma realidade para muitas instituições de saúde e, conforme as falas dos profissionais, a infraestrutura disponível não possibilita ao NEP ofertar e manter uma atividade de EPS mais organizada e adequada a fim de atender os profissionais do SAMU. A importância da estrutura física adequada fundamenta-se na premissa de que instalações físicas acertadas tendem a gerar processos com melhores resultados. Em contrapartida, estruturas físicas indesejáveis passam a dificultar o processo e, assim, resultar na realização de procedimentos com efeito negativo²⁴.

Outro ponto negativo levantado pelos profissionais foi o horário em que são realizados os treinamentos, ocorrendo em horário de serviço, conforme demonstrado nos relatos de P2 e P6:

[...] para ser mais produtivo para o profissional, tinha que ser em horários alternados, que tu não tivesse trabalhando, porque tu consegue absorver mais, e consegue se dedicar mais (P2).

[...] eu acho que o NEP tem que ser em horário diversos [...], eles estão fazendo em horário de serviço, muitas vezes aqui não teve como, né (P6).

Devido à intensa quantidade de ocorrências durante os treinamentos, os profissionais apresentam dificuldade para participar do início ao fim deles, pois, frequentemente, necessitam sair para atendimento. Isso prejudica a eficiência do trabalho do NEP, tornando improvável que a capacitação seja feita de forma integral com todos os profissionais do SAMU, conforme observado no relato de P7, que é um integrante do núcleo.

Os pontos fracos é que a gente ainda não conseguiu conversar de modo uniforme com toda a base [...]. É difícil, eu vou te dizer que tem turno que não conseguiu ir em treinamento, se tu pegar aqui todo o staff da base, aproximadamente 100 profissionais, tu vai ter aí 70% que tiveram as capacitações do NEP, outros 30% não (P7).

P6 traz como sugestão uma forma de organizar os profissionais para as atividades de capacitação, que seria por convocação, conforme a fala a seguir:

[...] convocação, fulano, beltrano, ciclano, claro vai conversar, tens a possibilidade não sei o que, convocação [...] eu trabalho hoje de noite e amanhã de manhã, não posso de manhã, convocação então para tarde, né. Não posso fazer no horário de serviço aqui porque não fica efetivo, daqui a pouco uma coisa superimportante eu não vi (P6).

Assim, a EPS se torna algo complexo e relativo, à medida que, se for realizada fora do horário de serviço, irá depender do tempo disponível de cada profissional para atender à convocação. Com base nisso, P9 relata que é algo em que a empresa terá que investir para que seja possível sua concretização.

[...] isso é uma coisa que a empresa vai ter que investir, ninguém vai sair de casa deixar a família se não tiver algum benefício, alguma folga, hora extra, um vale transporte, algum benefício tem que ter (P9).

A participação dos profissionais nas ações de EPS relaciona-se diretamente ao apoio institucional, aos recursos humanos e ao ambiente físico. Portanto, quando existe alta demanda de trabalho, falta de pessoal para cobrir o serviço ou espaço inadequado, a adesão às atividades fica prejudicada²⁰. Complementarmente, a convocação para participação da EPS fora do horário de trabalho, embora seja sugerida por alguns participantes neste estudo, não é uma estratégia eficaz, pois demanda do deslocamento e da disponibilidade dos profissionais, acarretando custos extras.

CONCLUSÃO |

Com base nos resultados encontrados, foi possível identificar que a atualização dos profissionais inseridos no SAMU de Pelotas ocorre por meio do acesso à internet e a cursos de especialização e pós-graduação. Complementarmente, as iniciativas de EPS desenvolvidas pelo NEP nesse local possibilitam trabalhar com as demandas oriundas da prática cotidiana, qualificando os profissionais, padronizando a linguagem e os protocolos utilizados nos atendimentos, qualificando a atenção à saúde prestada à população.

Ademais, identificaram-se algumas dificuldades para implementação da EPS, tais como a indisponibilidade de recursos materiais e a ausência de uma organização do próprio trabalho para garantir o acesso equitativo de todos os profissionais às iniciativas de EPS do SAMU, devido à

dificuldade no gerenciamento do horário das atividades atrelada à disponibilidade dos profissionais.

Como limite deste estudo, tem-se sua abrangência, que envolveu apenas um SAMU, mas acredita-se que possa refletir a realidade de outros serviços dessa natureza. Espera-se que os resultados encontrados possam contribuir para fomentar as iniciativas de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, mostrando a importância destes como agentes promotores da EPS nos serviços de urgência e emergência.

A pesquisa contribuiu para a necessidade de ampliar a compreensão do conceito de EPS e de suas iniciativas também em outros cenários de atuação da equipe do SAMU para que possam ser elaboradas estratégias e políticas mais efetivas, visando à melhora na qualificação oferecida. Por fim, o estudo mostra a necessidade de ampliar as práticas de EPS pelos profissionais de saúde, considerando suas especificidades em relação ao ambiente, materiais, recursos humanos e apoio institucional, adequadas às necessidades de cada contexto.

REFERÊNCIAS |

1. Almeida PMV, Dell'Acqua MCQ, Cyrino CMS, Juliani CMMC, Palhares VC, Pavelqueires S. Analysis of services by SAMU 192: Mobile componente of the urgency and emergency care network. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2016; 20(2):289-295.
2. Hanauer MC, Moser GAS, Souza SS, Oliveira D, Celich KLS, Paz M, Oliveira RC. Characterization of the care carried out by the SAMU. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2018;12(12):3476-83.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU 192) [Internet]. 2020 [citado 2020 jul 13]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/samu>.
4. Andrade TF, Silva MMJ. Características dos enfermeiros no atendimento pré-hospitalar: concepções sobre a formação e exercício profissional. *Enferm. foco* [Internet]. 2019 [citado 2020 jul 13];10 (1): 81-86. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1444/500>.
5. Silva JT, Vriesmann LC. Educação Permanente Em Saúde Em Serviços De Urgência E Emergência Hospitalar. *Revista Saúde e Desenvolvimento.* 2019;13(14):154-172.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 3. ed. Brasília-DF; 2006.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2018 [citado 2020 jul 13]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf.
8. Silva ACA, Silva ALC. A educação continuada e permanente em enfermagem no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev. educ. saúde.* 2019; 7(1).
9. Cunha VP, Erdmann AL, Santos JLG, Menegon FHA, Nascimento KC. Atendimento a pacientes em situação de urgência: do serviço pré-hospitalar móvel ao serviço hospitalar de emergência. *Enferm. actual Costa Rica (Online)* [Internet]. 2019 [citado 2020 jul 13]; 37: 15 telas. Disponível em: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/34744/38392>.
10. Hennink MM, Kaiser BK, Marconi VC. Code Saturation Versus Meaning Saturation: How Many Interviews Are Enough? *Qual health res.* [Internet]. 2017 [cited 2020 July 13]; 27(4):591–608. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1049732316665344>.
11. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* [Internet]. [cited 2020 July 13] 2006; 3 (2): 77-101. Available form: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>.
12. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário da União* 12 dez 2012; Seção 1.
13. Sousa BVN, Teles JF, Oliveira EF. Perfil, dificuldades e particularidades no trabalho de profissionais dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa. *Enferm. actual Costa Rica (Online)* [Internet]. 2019 [citado 2020 jul 13]; 38: 16 telas. Disponível em: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/36082/41133>.

14. Oliveira AIC, Lima AAM, Sousa EMR, Gouvêa PDP, Rosa COP, Maestá T. Percepção da assistência prestada pela equipe multiprofissional da sala vermelha de um hospital de urgência e emergência do interior de Rondônia. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 2020 [citado 2020 jul 13]; 43: e2930. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2930/1542>.
15. Pizzolatto AC. Construção do registro de enfermagem no atendimento móvel de urgência em Curitiba-PR. Dissertação [Mestrado Profissional em Enfermagem] - Universidade Federal do Paraná, Curitiba; 2015. 137 f.
16. Rocha NHG, Lemos RCA. Atitudes da equipe e qualidade da assistência de enfermagem em um Pronto Socorro Adulto. *Rev. enferm atenção saúde*. [Internet]. [citado 2020 jul 13] 2017; 6(2):105-117. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1842/pdf>.
17. El Hetti LB, Bernades A, Gabriel CS, Fortuna CM, Maziero VG. Educação permanente/continuada como estratégias de gestão no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Rev. eletrônica enferm.* [Internet]. [citado em 2020 jul 13] 2013; 15(4): 973-82. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ree/v15n4/15.pdf>.
18. Dorneles LL, Martins VP, Morelato CS, Goes FSN, Fonseca LMM, Camargo RAA. Desenvolvimento de infográfico animado sobre Educação Permanente em Saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020; 28: e3311.
19. Silva LAA, Soder RM, Petry L, Oliveira IC. Permanent education in primary health care: perception of local health managers. *Rev. gaúch, enferm.* 2017; 38(1):e58779.
20. Sade PMC, Peres AM, Brusamarello T, Mercês NNA, Wolff LDG, Lowen IMV. Continuous nursing education requirements in a teaching hospital. *Cogitare enferm.* 2019;24: e57130.
21. Carvalho TGS, Almeida AMB, Bezerra MICB. Percepção dos profissionais de saúde da atenção primária sobre educação permanente em saúde. *Sanare (Sobral, Online)* [Internet]. 2016 [citado 2020 jul 13]; 15(2): 94-103. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1043/589>.
22. Laprovita D, Fernandes FC, Almeida LP, Corvino MPF, Cortez EA, Braga ALS. Permanent education in mobile pre-hospital care: Emerson Merhy's perspective. *Rev. enferm. UFPE online*. [Internet]. 2016 [cited 2020 July 13]; 10(12):4680-6. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11538/13443>.
23. Pereira LA, Silva KL, Andrade MFLB, Cardoso ALF. Permanent health education: a possible practice. *Rev enferm. UFPE online*. [Internet]. 2018 [cited 2020 July 13]; 12(5): 1496-79. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231116/29009>.
24. Silva LG, Matsuda LM; Waidman MAP. The structure of a public emergency care service, from the workers'view: perspectives on quality. *Texto & contexto enferm.* 2012; 21(2):320-8.

Correspondência para/Reprint request to:

Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz

Rua Gomes Carneiro, 1 (2º Piso – prédio da Reitoria),

Porto, Pelotas/RS, Brasil

CEP: 96010-610

E-mail: r.gabatz@yahoo.com.br

Recebido em: 06/06/2019

Aceito em: 20/11/2020

Evaluation of vaginal delivery care at a public maternity hospital in Northeast Brazil

Avaliação da assistência ao parto vaginal em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil

ABSTRACT | Introduction: *Maternal mortality is a topic of discussion at the national and international levels, due to the negative repercussions on the lives of families. Objective: To analyze the assistance to the vaginal delivery in the reference hospital of the city of Vitória de Santo Antão, according to the humanized good practices recommended by the World Health Organization and the Bologna index. Methods: A descriptive, transversal and quantitative study conducted with 266 mothers in rooming a state hospital in Vitória de Santo Antão (PE), Brazil, from December 2015 to March 2016, through a questionnaire and medical record. Results: (23.8 ± 6.2) was the average age, 78.9% of pregnant women received prenatal consultations and 47.4% were not informed of the guidelines on the labor and vaginal delivery. Effective practices were highlighted in childbirth care: accompanying the presence (99.2%); respect for privacy (95.5%); and auscultation of fetal heart rate (95.1%) and harmful practices: directed bearing down (94.7%); stimulus lithotomy position (78.1%) and routine use of synthetic oxytocin (77.9%). Conclusion: After the analysis provided, there were existing limitations in humanized care at delivery, and there is a need for reflection and transformation of care in the delivery scenario.*

Keywords | *Humanizing delivery; Labor; Obstetric; Normal labor.*

RESUMO | Introdução: A mortalidade materna é tema de discussão nos âmbitos nacional e internacional, devido à repercussão negativa na vida das famílias. **Objetivo:** Analisar a assistência ao parto vaginal no hospital de referência da cidade de Vitória de Santo Antão, segundo as boas práticas humanizadas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde e o índice de Bologna. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal e quantitativo, realizado com 266 puérperas, no alojamento conjunto de um hospital estadual de Vitória de Santo Antão (PE), Brasil, entre dezembro de 2015 e março de 2016, por meio de questionário e prontuário. **Resultados:** (23,8 ± 6,2) foi a média de idade, 78,9% das gestantes realizaram consultas de pré-natal, e 47,4% não foram informadas sobre as orientações quanto ao trabalho de parto e parto vaginal. Destacaram-se práticas eficazes de atenção ao parto: presença do acompanhante (99,2%); respeito à privacidade (95,5%); e ausculta dos batimentos cardíofetais (95,1%) e práticas prejudiciais: puxos direcionados (94,7%); estímulo à posição litotômica (78,1%) e uso rotineiro de ocitocina sintética (77,9%). **Conclusão:** Após a análise, verificaram-se limitações existentes na assistência humanizada ao parto, havendo a necessidade de reflexão e transformação dos cuidados prestados no cenário do parto.

Palavras-chave | Parto humanizado; Trabalho de parto; Parto normal.

¹Universidade Federal de Pernambuco. Vitória de Santo Antão/PE, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Mediante ampla discussão acerca da mortalidade materna nos âmbitos nacional e internacional, a Declaração do Milênio estabeleceu metas a serem atingidas até o ano de 2015, como a queda no número de mortes materna. Apesar da meta, o Brasil apresentou queda inferior ao compromisso assumido de 35 mortes por 100 mil nascimentos¹.

O resultado insatisfatório nas taxas de mortes maternas é refletido na ocorrência de 303 mil óbitos maternos em 2015, relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério². No Brasil, em 2014, ocorreram 1.552 óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos, embora seja razoavelmente aceitável até 20 óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos³. Esses dados demonstram o grave problema de saúde pública que o país enfrenta.

As causas de mortalidade materna em países em desenvolvimento poderiam ser evitadas com a realização da assistência qualificada no pré-natal, parto e pós-parto⁴. Entretanto, verifica-se que os cuidados durante o trabalho de parto e o parto são deficitários quando comparados a outros cuidados na área da saúde⁵.

O ministério da saúde, visando melhorar a assistência prestada às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, desenvolveu políticas nacionais voltadas à saúde da mulher, como o Programa Humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha. Trata-se de estratégias que buscam garantir a qualidade e humanização da atenção à saúde durante a gravidez, parto e puerpério⁶.

No entanto, mesmo com a implementação dessas políticas públicas, verifica-se que a qualidade da assistência prestada a essas mulheres se encontra ineficaz, haja vista os procedimentos e condutas que são difundidos de forma equivocada na prática obstétrica, como a episiotomia de rotina, manobra de Kristeller, amniotomia artificial, dieta zero, agressões verbais e altos índices de cesáreas¹.

Diante da assistência obstétrica violenta, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2018, publicou o documento “Intrapartum care for a positive childbirth experience”, o qual visou melhorar o cuidado obstétrico, a partir do respeito à fisiologia do parto e realização mínima de intervenções invasivas baseadas em evidências científicas⁷.

Nessa perspectiva de humanização da assistência ao parto, observou-se a necessidade de analisar a qualidade da assistência ao parto vaginal, com isso foi pensada a análise a partir da identificação de procedimentos e normas, consideradas padrão-ouro, como o preenchimento do partograma, verificação dos batimentos cardíofetais, partos assistidos por médicos obstetras⁸.

No entanto, esses indicadores apresentam pouca abrangência, precisão e eficácia para quantificar a assistência obstétrica, pois nos locais em que a assistência é prestada apenas por enfermeiros obstetras e/ou obstetriz, não seria adequado para avaliar a qualidade dessa assistência. Dessa forma, a Organização Mundial de Saúde tem recomendado um novo indicador para avaliar a assistência ao parto normal, o qual é denominado de índice Bologna⁹.

Esse índice é a primeira tentativa de se quantificar a qualidade de assistência ao parto vaginal, sendo uma ferramenta que serve para avaliar o serviço prestado durante o trabalho de parto e parto de forma mais eficaz porque é composto por variáveis que abordam desde aspectos emocionais e de apoio à gestante quanto aos procedimentos técnicos da assistência ao trabalho de parto e parto⁵.

Nessa perspectiva, o estudo se justifica, pois evidências científicas mostram que o uso de intervenções desnecessárias durante o parto vaginal favorece o aparecimento de desfechos desfavoráveis, como o alto índice de cesárea no Brasil, a violência obstétrica e a mortalidade materna por causas evitáveis. Diante disso, objetiva-se analisar a assistência ao parto vaginal no hospital de referência da cidade de Vitória de Santo Antão, no Nordeste do Brasil, preconizada pela Organização Mundial de Saúde e o índice de Bologna.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e com abordagem quantitativa. Essa pesquisa foi realizada no Hospital e Maternidade Estadual, referência para a mesorregião da mata, em Vitória de Santo Antão-PE, caracterizado como hospital de alto risco tipo II. Os dados foram coletados no alojamento conjunto entre os meses de dezembro de 2015 e março de 2016.

A população do estudo constou do número de partos vaginais de janeiro a dezembro de 2014, totalizando 2570 partos, segundo o censo disponibilizado pelo serviço de arquivo médico e estatístico (SAME). No entanto, para o cálculo amostral foi realizada a proporcionalidade de partos vaginais, segundo os três meses estabelecidos para a coleta dos dados, totalizando 645.

Para determinar o tamanho amostral, a partir do total de 645, foi utilizado o programa EPI-INFO na versão 6.04d para DOS, sendo estabelecido erro de 5 pp., confiabilidade de 95% e uma estimativa da frequência de 50%, com o objetivo de maximizar o tamanho da amostra, e ao final foi acrescido um percentual de perda de 10%, totalizando 266 puérperas.

Os critérios de inclusão foram: ser puérpera com idade entre 12 anos ou mais, ter realizado seu parto vaginal na instituição e estar nas primeiras 24 horas do pós-parto (puerpério imediato). Foram excluídas aquelas com patologia neurológica ou alteração no estado físico, comportamental e/ou psicológico que impossibilitou a comunicação e/ou negação para contribuir com a pesquisa.

O questionário foi elaborado a partir do Guia de Atenção ao Parto Normal da Organização Mundial de Saúde, que se divide em quatro categorias: categoria A - práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; categoria B - práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; categoria C - práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação; categoria D - práticas frequentemente usadas de modo inadequado⁷.

No segundo momento, para quantificar a qualidade de assistência ao parto, utilizou-se o índice Bologna, indicador preconizado pela Organização Mundial de Saúde, o qual é constituído por cinco parâmetros: 1) presença de acompanhante durante o trabalho de parto e/ou parto; 2) presença de partograma e/ou anotação da evolução do TP no prontuário; 3) ausência de estimulação do trabalho de parto (ocitocina, pressão externa do fundo uterino) ou cesariana de emergência ou uso de instrumental (fórcipe e/ou vácuo extrator); 4) parto em posição não supina e 5) contato pele a pele da mãe com o recém-nascido por pelo menos 30 minutos na primeira hora do nascimento⁸.

Ao final atribui-se uma nota para cada um desses parâmetros, aos quais foram atribuídas nota “0” se ausente, e “1” se presente. A nota total máxima corresponde a “5”,

o que demonstra uma efetiva condução do trabalho de parto e parto, e a nota “0” corresponde a um parto normal conduzido de forma insatisfatória⁹.

A aplicabilidade do questionário ocorreu após a identificação diária das puérperas que haviam parido por parto vaginal, no censo do alojamento conjunto. A seguir, as que aceitaram participar da pesquisa foram convidadas para ir a um ambiente reservado, com a finalidade de manter a privacidade, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e responderam ao questionário.

No segundo momento, foram extraídas do questionário as variáveis para a realização do índice de Bologna. Concomitante à aplicação do questionário, realizou-se a análise de prontuários, com a finalidade de captar informações relevantes para o estudo.

Para o processamento dos resultados, foi utilizado o banco de dados no programa *Microsoft Office Excel*® 2010 e analisados utilizando o *Software STATA*® 12.0. Foi empregada a estatística descritiva para as variáveis categóricas com a distribuição de frequência (relativa e absoluta) e para as variáveis numéricas foram calculados valores de média e desvio-padrão.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, conforme o CAAE 49970515.8.0000.5208 e parecer de número 1.327.012.

RESULTADOS |

O maior número de partos realizados foi em gestantes na faixa etária adulta jovem entre 20 e 30 anos (52,7%), com média de idade de $23,8 \pm 6,2$. No tocante à cor, 62,1% se declararam pardas. A religião mais prevalente foi a católica, com 48,4%. Em relação ao estado civil, 42,4% eram solteiras, e 28,6% apresentavam união estável.

Das 266 puérperas, cerca de 27,4% residiam em Vitória de Santo Antão, 37,2% relataram ter concluído o ensino médio, 39,8% tinham ensino fundamental incompleto, e 44,7% relataram não possuir emprego.

Em relação aos dados obstétricos, 78,9% das gestantes realizaram consultas de pré-natal, 83,9% das puérperas não tiveram abortos, 51,4% relataram possuir apenas 1 filho.

Acerca da orientação quanto ao trabalho de parto e parto vaginal, verificou-se que 47,4% não foram informadas no pré-natal, e 71,4% não sabiam qual o local de referência caso entrassem em trabalho de parto já que essa informação não foi repassada durante o pré-natal.

Os dados referentes à frequência de realização das práticas úteis e que devem ser estimuladas (Categoria A) podem ser vistos na Tabela 1.

Tabela 1 - Frequência de realização das práticas úteis e que devem ser estimuladas (Categoria A). Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2016

Variáveis	n	%
Respeito à privacidade	254	95,5
Apoio dos profissionais		
Médico (a)	262	98,5
Enfermeiro (a)	264	99,2
Técnico (a) de Enfermagem	266	100,0
Técnico (a) de Laboratório	265	99,6
Presença do acompanhante	264	99,2
Fornecimento de informações e explicações	181	68,1
Oferta de líquidos	121	45,5
Ausculata dos BCF	253	95,1
Uso do Partograma	211	79,3
Uso da bola suíça	91	54,8
Estimulação de posições verticais	194	72,9
Uso da penumbra	15	9,0
Ensinou técnica de respiração	83	50,0
Uso de massagem lombar	73	44,0
Contato pele a pele	222	83,5

Fonte: Os autores (2016).

A Tabela 2 apresenta a frequência de realização das práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas (Categoria B). Os resultados mostram que a prática prejudicial se encontra presente na vida das parturientes.

Os estudos que são pautados nas evidências científicas são de primordial importância, pois direcionam a melhor forma de assistir a parturiente. A Tabela 3 apresenta práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação (Categoria C).

A restrição hídrica e alimentar ainda é uma prática presente na obstetrícia e normalmente está relacionada à possibilidade de um procedimento cirúrgico como a cesariana, como pode ser visto na Tabela 4.

Tabela 2 - Frequência de realização das práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas (Categoria B). Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2016

Variáveis	n	%
Enema de rotina	37	13,9
Tricotomia de rotina	31	11,7
Hidratação venosa	175	65,8
Exame retal de rotina	14	5,3
Realizou lavagem vaginal	207	77,9
Uso de ocitocina de rotina	200	75,2
Uso rotineiro da posição litotômica	208	78,1
Uso de puxo direcionado	252	94,7

Fonte: Os autores (2016).

Tabela 3 - Frequência de práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação (Categoria C). Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2016

Variáveis	n	%
Amniotomia precoce de rotina	155	58,3
Tração do cordão umbilical	195	73,4
Clampeamento precoce do cordão umbilical	252	94,7

Fonte: Os autores (2016).

Tabela 4 - Frequência de realização das práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (Categoria D). Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2016

Variáveis	n	%
Episiotomia de rotina	110	41,4
Transferência rotineira da parturiente do pré-parto para sala de parto	197	74,1
Restrição hídrica e alimentar	140	52,6

Fonte: Os autores (2016).

A Tabela 5 demonstra que o índice de Bologna foi satisfatório, pois apresentou a média igual a 4,15. Porém é importante relatar que isso caracteriza a assistência que utilizou três ou mais práticas benéficas ao atendimento ao parto, demonstrando certa qualidade na assistência realizada por essa instituição.

Tabela 5 - Escala de Bologna. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2016

Variáveis	n	%
1	2	0,8
2	15	5,6
3	32	12,0
4	108	40,6
5	109	41,0

Média (IC a 95%): 4,15. Fonte: Os autores (2016).

DISCUSSÃO |

Observa-se que houve um índice elevado na média da idade das puérperas, o que contradiz quando comparado ao estudo transversal realizado no Sul do país¹⁰, o qual mostrou que a faixa etária prevalente das gestantes ficou entre 18 e 21 anos de idade. Esse fato se justifica dado que quanto maior a idade, maior a preferência pelo parto vaginal, e isso revela maior julgamento nas escolhas sobre a via de parto¹¹.

O estudo mostra que grande quantidade de mulheres foi mãe com idade próxima aos 30 anos. Isso se explica pela realidade em que as mulheres, atualmente, suspendem o sonho da maternidade até alcançarem a independência profissional¹². A mulher moderna vem mudando seu papel na sociedade, buscando trabalhar fora do domicílio, o que posterga a realização da maternidade¹³.

Quando se refere ao grau de instrução, encontrou-se um número elevado de puérperas com ensino médio completo. Esse resultado corrobora o estudo nacional de base hospitalar¹⁴, o qual verificou que as gestantes com maior nível de escolaridade tiveram maior preferência pelo parto vaginal. A escolaridade pode aumentar a chance da gestante buscar o conhecimento dos pontos positivos e negativos acerca das vias de parto e, assim, escolher o parto vaginal como via que traz benfeitorias para a mãe e o feto e, caso necessite de uma cesariana, esse procedimento ocorre com uma indicação real e necessária¹⁵.

No tocante ao estado civil, verificou-se que a maior prevalência foi de solteiras. O fato de estar solteira após o nascimento do filho requer maiores adaptações na vida, pois a ausência de um companheiro poderá trazer episódios de estresse, como também problemas financeiros, carga maior de trabalho, sentimentos de medo e isolamento. Ademais, a combinação desses eventos estressantes e a falta de apoio podem contribuir para uma gravidez, parto e pós-parto com mais riscos, dificuldades e complicações¹¹.

Quanto à percepção da cor, observou-se que a maioria das puérperas entrevistadas relatou considerar-se da cor parda. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a porcentagem de negros e pardos na Região Nordeste é de 65,7%, taxa que corrobora os valores encontrados neste estudo¹⁵.

No estudo realizado em todas regiões do Brasil¹⁴, foi evidenciado que as mulheres brancas, com situação conjugal estável e maior escolaridade, tiveram maiores chances de realização de cesariana. Um outro estudo desenvolvido na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Luterana do Brasil (HU/ULBRA) também verificou ter havido um predomínio da taxa de cesariana nas mulheres brancas (55,1%)¹⁶. Isso se deve ao fato de que as mulheres brancas, de classe média e alta, com maior escolaridade e residentes nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste do Brasil, têm um maior acesso aos serviços privados, e com isso podem escolher a via de parto¹⁰.

Quanto ao respeito à privacidade das parturientes, verificou-se que sua prática foi priorizada no hospital estudado. Esse dado se encontra embasado nas boas práticas obstétricas, preconizadas pela Organização Mundial da Saúde⁷ e no manual prático para implantação da Rede Cegonha para a humanização do parto¹⁷.

A humanização do parto relaciona-se ao cuidado obstétrico com espaço acolhedor e agradável para a parturiente, que permita a privacidade e favoreça a formação do vínculo com o profissional e também com o seu acompanhante, contribuindo para a redução do estresse durante o trabalho de parto¹⁸.

No que concerne à presença do acompanhante de escolha da parturiente durante o pré-parto, parto e pós-parto, foi verificado que a opção foi respeitada. Isso vem reafirmar o direito garantido no Brasil pela Lei nº 11.108/2005, regulamentado pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 2418/2005¹⁷. O acompanhamento no cenário do parto transmite segurança emocional à mulher, trazendo benefícios à sua saúde e à do bebê⁴, favorecendo um trabalho de parto mais curto¹⁹, diminuição do uso da ocitocina sintética durante o pré-parto, diminuição da taxa de cesariana e da necessidade de analgesia²⁰.

O uso das tecnologias não farmacológicas nos cuidados de enfermagem foi verificado como fator de melhora na evolução do trabalho de parto, como também no alívio da dor²¹. Essa aceleração fisiológica do trabalho de parto se deve à promoção da vasodilatação, reversão da resposta nervosa simpática e redução de catecolaminas, ajudada pelas mudanças de posição vertical, favorecendo a ação da gravidade e as mudanças no formato da pelve¹⁵.

Quanto à abertura do partograma, verificou-se prevalência significativa, sugerindo que o setor, habitualmente, esteja valorizando seu uso. No entanto, faz-se necessário refletir acerca da qualidade do preenchimento adequado, pois caso as anotações não correspondam às reais avaliações, o desfecho da assistência ao parto pode ser negativo para a mãe e/ou feto⁹.

Outras recomendações úteis e que devem ser estimuladas foram observadas, como a liberdade para posições verticais, a massagem lombar e o uso da bola suíça⁴. Essas práticas proporcionam menor intensidade e alívio da dor, pois com a liberdade de movimentação, a gestante irá escolher as melhores posições²².

As massagens fazem a parturiente se sentir melhor, diminuindo a dor e facilitando o relaxamento. Dessa forma, aceleram o trabalho de parto, diminuem a pressão arterial, evitam o trauma perineal, reduzem a necessidade de intervenção e aumentam o controle da mulher sobre o parto¹⁸.

As bolas suíças juntamente com a adoção de posições verticalizadas no trabalho de parto foram as práticas mais verificadas. Esse resultado demonstra que a bola de bobath possibilita uma participação ativa da mulher no processo de parturição porque diminui a dor durante as contrações, facilita a circulação materno-fetal e a descida do feto pela pelve materna e minimiza o risco de trauma perineal⁴.

Outra recomendação que precisa ser estimulada diz respeito às orientações no pré-natal sobre o trabalho de parto e parto vaginal, pois mais de 47,4% das entrevistadas referiram que não receberam nenhuma orientação. Essa prevalência é preocupante visto que é no pré-natal que as gestantes precisam entrar em contato com as informações acerca do processo fisiológico da gestação, do trabalho de parto e o local ao qual devem ser encaminhadas²³.

Essas informações devem ser trabalhadas no pré-natal através da criação de atividades educativas em grupo e a participação das gestantes nos grupos que preparam para o parto nas Unidades Básicas¹⁴. Atualmente, as rodas de conversas com gestantes estão em evidência, pois proporcionam uma discussão efetiva entre os pares quanto aos procedimentos possíveis durante o trabalho de parto e parto vaginal, possibilitando às mulheres expressarem seus sentimentos e dúvidas²³.

Mesmo levando em consideração que possa existir a possibilidade de uma cesárea caso ocorra uma urgência obstétrica, deixar de informar é desconsiderar seu direito e violar princípios éticos, refletindo numa má atitude. Dessa forma, o profissional de saúde deve orientar antecipadamente a gestante sobre o que possivelmente irá acontecer¹⁶.

Quanto ao contato pele a pele precoce com o bebê, verificou-se uma alta prevalência, e isso demonstra que os profissionais estão respeitando o *imprinting*, favorecendo a hora dourada entre o binômio mãe e filho. Essa prática permite a formação do vínculo entre mãe e filho e potencializa a promoção do aleitamento materno exclusivo^{8,21}.

Por outro lado, verificou-se que, dentre as práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas, o uso do puxo direcionado, seguida da posição de litotomia durante o parto, lavagem vaginal e o uso rotineiro de ocitocina sintética, foram as mais realizadas na instituição, evidenciando ainda o alto grau de interferência na fisiologia do parto, contrariando as evidências científicas atuais⁶.

No que concerne aos puxos direcionados, trata-se de uma prática que deve ser extinta já que não diminui o período da dilatação e o expulsivo. Além disso, pode causar efeitos deletérios, como a alteração da frequência cardíaca do feto, com piores desfechos perinatais, principalmente na posição de litotomia e aumenta de 2 a 3 vezes a chance de uma laceração perineal de segundo grau¹⁶.

É válido ressaltar que à prevalência do uso rotineiro da ocitocina no trabalho de parto e parto vaginal neste estudo verificaram-se semelhanças em estudos realizados no Brasil, os quais mostraram altas prevalências, demonstrando ser uma prática bastante utilizada de forma inadequada em serviços obstétricos^{9,24}.

A infusão rotineira de ocitocina sintética na parturiente favorece a diminuição do número de receptores de ocitocina no útero, visando prevenir uma estimulação em excesso. No entanto, a mulher tem maiores riscos de hemorragia pós-parto, pois ocorrerá uma diminuição na captação da ocitocina, tendo como possível consequência a ausência do globo de segurança de Pinard²⁵.

Outro efeito nocivo da ocitocina sintética está relacionado às contrações produzidas, pois elas acontecem de forma muito rápida e ininterrupta, podendo levar ao sofrimento fetal devido à pressão exercida de forma contínua pelo útero²², além de favorecer a ruptura uterina⁶.

Foi verificada uma alta prevalência de nascimentos na posição litotômica, e o que possivelmente ocorreu foi que no hospital existem duas salas de parto vaginal, e cada uma possui uma mesa cirúrgica com perneiras, o que favorece o impedimento do parto no leito ou em posições verticais. Contudo, é comprovado cientificamente que a posição vertical deve ser estimulada durante o trabalho de parto e parto, em comparação com a posição supina, pois permite a diminuição da duração do período expulsivo, de episiotomia e alívio da dor¹⁵.

A tricotomia e o enema são práticas que já deveriam ter sido abolidas da prática obstétrica, porém ainda foram verificadas na maternidade estudada. Esse dado é preocupante visto que as melhores evidências demonstram que esses hábitos aumentam o custo da assistência, trazem desconforto à puérpera, causando micro e macrolesões e não mostram valores significativos na diminuição das taxas de infecções²⁶.

As práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação apresentaram altas prevalências. As principais práticas foram o clampeamento precoce, a tração do cordão umbilical e a amniotomia precoce de rotina. Tais fatos demonstram que os profissionais que assistem diretamente as parturientes estão perpetuando práticas já comprovadamente ineficientes.

O clampeamento precoce do cordão umbilical é a prática de realizar a onfalotomia logo após a saída do recém-nascido, sendo esse procedimento bastante usado na cultura hospitalar. Sua realização dificulta a adaptabilidade respiratória e favorece a diminuição do estoque de ferro na primeira infância²⁷.

As evidências científicas mostram que deve ser estimulado o clampeamento tardio do cordão umbilical, o que caracteriza a realização da onfalotomia após três minutos ou até cessar o batimento arterial, pois assim proporcionará uma melhor transição pulmonar e um aumento da concentração de hematócrito e hemoglobina do nascimento aos três meses de idade, reduzindo o risco de anemia em crianças a termo^{17,28}.

O uso da amniotomia artificial foi evidenciado em quase 60% das assistências realizadas no primeiro estágio do trabalho de parto. Essa alta prevalência corrobora o estudo nacional de base hospitalar realizado com 23.940 mulheres¹⁵, o qual mostrou que 40% dos profissionais realizaram amniotomia artificial.

Essa prática pode acarretar complicações, tais como a diminuição dos batimentos cardíacos fetais, alterações sobre o polo cefálico, prolapso de cordão umbilical e risco de infecção ovular e puerperal. Logo, as evidências científicas recomendam que a amniotomia artificial isoladamente deve ser evitada²¹.

De acordo com as práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado, verificou-se que a transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto, seguida da restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto e, por fim, o uso liberal ou rotineiro de episiotomia foram as mais prevalentes.

A conduta de proibição da ingestão hídrica é bastante comum no trabalho de parto intra-hospitalar. Isso se deve ao fato de o profissional de saúde temer uma possível necessidade de anestesia geral em uma indicação cirúrgica na cesárea²⁴.

No entanto, em uma metanálise²⁸, os autores concluíram que não existe justificativa para proibir a ingestão de líquido no trabalho de parto e parto vaginal de risco habitual, mesmo se evoluir para uma cesariana, portanto a oferta precisa ser encorajada. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que a oferta de líquidos durante todo o trabalho de parto e parto de risco habitual deve ser estimulada por toda equipe de saúde¹.

A episiotomia foi realizada em 41% dos casos, confirmando a ampla realização de rotina dessa intervenção. Essa prevalência também foi verificada em alguns países, como Argentina e Estados Unidos, que obtiveram valores acima de 30%²⁶.

No Brasil, um inquérito de base populacional demonstrou que 54% das mulheres são submetidas ao corte durante os partos e, no caso de primíparas, o índice chega a 74%, apesar das evidências científicas sinalizarem que não existe mais indicação para seu uso¹⁷. Logo, por se tratar de um procedimento cirúrgico, caso seja realizado, ele deve ser informado e autorizado pela parturiente antes de sua realização. Caso contrário, será considerado uma violência

obstétrica e o seu ato se enquadrará no código penal como lesão corporal²⁶.

Em relação ao índice Bologna, verificou-se a obtenção da média maior que 4, sendo considerada um valor de excelência. No entanto, até 2011 existiam poucos estudos descritos na literatura utilizando esse índice. Uma pesquisa utilizada na Suécia apresentou um índice igual a 3,81, valor similar ao obtido neste estudo²⁹.

Entretanto, percebe-se que esse índice precisa ser mais bem analisado, pois a avaliação ocorre apenas de forma quantitativa, não contemplando a qualitativa. Por exemplo, no item abertura de partograma foi avaliado se houve ou não sua abertura, mas não observou se o preenchimento desse instrumento se deu de forma correta.

Por fim, foram levantadas limitações do estudo, a amostra foi regionalizada, não podendo inferir que as conclusões sejam extensivas a outras regiões brasileiras ou internacionais. Além disso, as respostas foram por autorrelato, o que poderia ocasionar, em viés de memória, fragilidade inerente de estudos transversais retrospectivos.

CONCLUSÃO |

O estudo analisou o desfecho da assistência ao parto vaginal, segundo as práticas humanizadas preconizadas pela organização mundial de saúde. Verificou-se que existem muitas dificuldades para alcançar a excelência na assistência humanizada ao parto.

Muitas recomendações da OMS classificadas como úteis e que devem ser estimuladas foram observadas na instituição. No entanto, identificaram-se limitações quanto à abrangência das práticas humanizadas, sendo necessário ampliar a assistência de forma digna e respeitosa para todas as parturientes atendidas no hospital estudado.

As dificuldades evidenciadas apresentam características multifatoriais, como a falta de sensibilização dos profissionais quanto à humanização da assistência ao parto; o desrespeito à fisiologia da mulher; a inadequação da infraestrutura e recursos no hospital avaliado; falta de apoio emocional desde a admissão até a alta hospitalar.

Portanto, os resultados evidenciaram pontos positivos, como também fragilidades quanto à assistência humanizada no hospital estudado. Tais resultados poderão ajudar os profissionais e gestores a repensarem suas atuações, para que ocorram transformações necessárias a fim de tornar a assistência ao parto humanizada para todas as parturientes.

REFERÊNCIAS |

1. Brito IA, Araújo S. Evaluation of the quality of care for normal delivery. *Revista eletrônica gestão & saúde*. 2016; 7(1):65–81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n10/05.pdf>.
2. World Health Organization; United Nations Children's Fund; United Nations Population Fund; World Bank Group; United Nations. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2015.
3. Juiz de Fora. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Plano de Saúde de 2014-2017: Juiz de Fora [Internet]. 2017 [citado em 2019 Mar 20]. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/arquivos/plano_saude_2014_2017.pdf.
4. Motta SAMF, Feitosa DS, Bezerra STF, Dodt RCM, Moura DJM. Implementation of humanized care to natural childbirth. *Rev enferm UFPE on line*. 2016;10(2):593–9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10994/12349>.
5. Oliveira FAM, Leal GCG, Wolff LDG, Gonçalves LS. Perinatal care practices in normal risk maternity hospitals: an evaluation in the women's perspective. *Cogitare Enferm*. 2016; 21(2):01-08. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44426/28168>.
6. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. The role of midwives and nurse-midwives in promoting safe motherhood in Brazil. *Ciênc saúde coletiva*. 2013;18(4):1059-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/19.pdf>.
7. WHO (World Health Organization). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018. Licence: CC BY-NC-

- SA 3.0 IGO. Cataloguing-in-Publication (CIP) data. CIP data are available at <http://apps.who.in>.
8. Giglio MRP, França E, Lamounier JA. Evaluation of the quality of care for normal delivery. *Rev bras ginecol Obs* [Internet]. 2011;33:297–304. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n10/05.pdf>.
9. Oliveira FAM, Leal GCG, Wolff LDG, Gonçalves LS. The use of Bologna Score to assess normal labor care in maternities. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015; 36(spe):177–84. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472015000500177&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.
10. Leguizamón Junior T, Steffani JA, Bonamigo EL. Choice of route of childbirth: expectation of pregnant women and obstetricians. *Rev bioét*. 2013; 21(3):509–17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a15n21v3.pdf>.
11. Gomes AG, Marin AH, Piccinini CA, Lopes RCS. Single mother's expectations and feelings regarding their babies. *Temas psicol*. 2015; 23(2):399–411. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2015000200011.
12. Aldrighi JD, Wall ML, Souza SRRK. Experience of pregnant women at an advanced age. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39: e 2017-0112. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e2017-0112.pdf>.
13. Fiorin PC, Oliveira CT, Dias ACG. Women's perceptions regarding the relation between work and motherhood. *Rev. bras. orientac. prof* [online]. 2014; 15 (1): 25-35. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbop/v15n1/05.pdf>.
14. Domingues RMSM, Dias MAB, Pereira MN, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2014; 30 (1):101-116. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf.
15. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(Supl):S17–32. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças [Internet]. 2011. 1-57 p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_atencao_parto.pdf.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília: 2011g. 19.
18. Gayeski ME, Brüggemann OM. Non-pharmacological approach to pain relief during labor as hard-light care technology: a systematic review. *Texto Context Enferm* [Internet]. 2010; 19(4):774–82. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104832705&lang=es&site=ehost-live>.
19. Nagahama EEI, Santiago SM. Childbirth practices and challenges for humanization of care in two public hospitals in Southern Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008;24(8):1859–68. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/14.pdf>.
20. Busanello J, Kerber NPDC, Mendoza-Sassi RA, Mano PDS, Susin LRO, Gonçalves BG. Humanized attention to parturition of adolescents: analysis of practices developed in an obstetric center. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(5):824–32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a04v64n5.pdf>.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Ministério da Saúde. 2001. 199 p.
22. Miranda DB, Bortolon FCS, Matão MEL, Campos PHF. Natural and caesarian delivery: representations of women having both experiences. *Revista eletrônica de enfermagem* [Internet]. 2008; 10(2):337-346. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a05.htm>.
23. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Factors associated with obstetric abuse in vaginal birth care at a high-complexity maternity unit in Recife, Pernambuco. *Ver Bras Saúde Matern Infant*. 2016;16(1):29–37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v16n1/1519-3829-rbsmi-16-01-0029.pdf>

24. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília. 2017.

25. Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes Filho OB. Selective episiotomy: advances based on evidence. *Femina* [Internet]. 2010; 38(5). Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=546439&indexSearch=ID>.

26. Venâncio SI, Levy RB, Saldiva SRDM, Mondini L, Alves MCGP, Leung SL. Effects of delayed cord clamping on hemoglobin and ferritin levels in infants at three months of age. *Cad Saúde Pública*. 2008;24:323–31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/17.pdf>.

27. WHO. O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil. 2013; 5.

28. Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010:719–24. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091553>.

29. Sandin-Böjo AK, Kvist LJ. Care in labor: a Swedish survey using the Bologna score. *Birth*. 2008; 35 (4): 321-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19036045>.

Correspondência para/Reprint request to:

José Flávio de Lima Castro

Universidade Federal de Pernambuco,

Centro Acadêmico de Vitória,

Rua Alto do Reservatório, S/N,

Bela Vista, Vitória de Santo Antão/PE, Brasil

CEP: 55608-680

E-mail: flaviocastro20@hotmail.com

Recebido em: 04/08/2017

Aceito em: 02/12/2020

Bach's flowers and self-knowledge of nurse professor

| Florais de Bach e autoconhecimento do enfermeiro docente

ABSTRACT | Introduction: *Teacher self-knowledge represents an important tool for the development of communicative ability applied in the relation between student and nursing educator in the praxis of the teaching process. In this sense, floral therapy can be used as a therapeutic resource to assist the teaching nurse in the search of his perceptive awareness and self-knowledge. Objectives: To identify the Bach System flowers that can help nursing educators in the search for self-knowledge and investigate in which aspects the use of this therapy can contribute to the improvement of the interpersonal relations of these individuals. Methods: A qualitative study, carried out at a Public University in the interior of the State of São Paulo/ Brazil, with 15 nursing professors. Data collection took place during the period when the participants used the flower essences, through semi-structured interviews that were treated according to the Collective Subject Discourse. Results: Water violet, Oak, Elm, Chestnut bud, Walnut, Star of Bethlehem and Honeysuckle were the most requested flower essences. The qualitative analysis identified four discourse anchors that demonstrated participants' experience during floral therapy. Conclusion: Floral therapy was a therapeutic resource for teacher self-knowledge, triggering a perception of self and of collectivity.*

Keywords | *Nursing professor; Flower Essences; Consciousness.*

RESUMO | Introdução: O autoconhecimento docente representa uma ferramenta importante para o desenvolvimento da habilidade comunicativa aplicada na relação entre estudante e enfermeiro docente na práxis do processo ensinar. Nesse sentido, a terapia floral pode ser utilizada como recurso terapêutico para auxiliar o enfermeiro docente na busca de sua consciência perceptiva e de seu autoconhecimento. **Objetivos:** Identificar os florais do Sistema Bach que podem auxiliar educadores da área de Enfermagem na busca do autoconhecimento e investigar em quais aspectos o uso dessa terapia pode contribuir para a melhoria das relações interpessoais desses indivíduos. **Métodos:** Estudo abordagem qualitativa, realizado em uma universidade pública no interior do estado de São Paulo/ Brasil com 15 docentes de Enfermagem. A coleta de dados ocorreu no período em que os participantes utilizavam as essências florais, por meio de entrevistas semiestruturadas que foram tratadas segundo o Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** *Water violet, Oak, Elm, Chestnut bud, Walnut, Star of Bethlehem e Honeysuckle* foram as essências florais mais solicitadas. A análise qualitativa identificou quatro ancoragens de discursos que demonstraram a experiência dos participantes durante a terapia floral. **Conclusão:** A terapia floral representou ser um recurso terapêutico para o autoconhecimento docente ao desencadear junto aos participantes uma percepção de si e de coletividade.

Palavras-chave | Docente de enfermagem; Florais de Bach; Estado de consciência.

¹Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Botucatu/SP, Brasil.

²Universidade de São Paulo. São Paulo/SP, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O cuidado é o modo de ser da Enfermagem, meio por onde há a sua legitimação identitária profissional e cuja expressão se dá sob vários processos de trabalho, dentre esses o ensinar. Neste, o agente é o docente de enfermagem que, a fim de desenvolver recursos humanos para a profissão, articula instrumentos específicos representados por um conjunto complexo de conhecimentos técnico-científicos e didáticos que se modificam *pari passu* o desenvolvimento epistemológico das ciências que os sustentam. Somado a isso, o contexto sócio-histórico, político e econômico influencia diretamente o trabalho docente ao repercutir nos processos organizacionais das instituições de ensino superior onde se insere^{1,2}.

Em um estudo realizado com enfermeiros docentes à luz do referencial *heideggeriano*, é possível apreender que a pluralidade do modo de ser no mundo é o alicerce que singulariza a experiência do ser enfermeiro docente na atuação do ensinar. Esse movimento plural-singular exige um complexo processo de síntese que tem por base um intenso trabalho de reflexão³. Outra pesquisa utilizou como objeto de investigação o significado do cuidado de enfermagem para enfermeiros-docentes, e a reflexão representou ser fundamental para potencializar o cuidado – enquanto ação. Dessa forma, o processo de formação se dá implicado na práxis⁴.

Fundamental ao processo de formação, identifica-se o relacionamento do docente com o estudante e seus pares imbuído, também, de objetivos educacionais como o desenvolvimento de competências que se constroem no cotidiano das interações. Estudo anterior permite considerar a competência nas relações como fundamental para o trabalho dos profissionais de saúde, e uma importante constituinte é a habilidade comunicativa que, por sua vez, está atrelada ao autoconhecimento⁵.

Nesse sentido, o uso da terapia floral tem sido um recurso terapêutico utilizado para o desenvolvimento do autoconhecimento a partir de um processo salutogênico de tomada de consciência⁶. Em 2006, o Brasil aprovou o uso de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde em seu sistema público, ampliando o escopo das terapias no ano de 2017 e 2018, quando a terapia floral passa a ser incluída como recurso terapêutico^{7,8}.

Pelo exposto, pretende-se identificar os florais do Sistema Bach que podem auxiliar educadores da área da Enfermagem na busca do autoconhecimento e investigar em quais aspectos o uso dessa terapia de consciência perceptiva pode contribuir para a melhoria das relações profissionais, pessoais e/ou sociais desses indivíduos.

MÉTODOS |

Foi realizado um estudo de campo, exploratório, descritivo e analítico de abordagem qualitativa desenvolvido em uma Universidade Pública localizada no interior do estado de São Paulo/Brasil.

A população foi composta por quinze enfermeiros, educadores/docentes de enfermagem com vínculo empregatício na área da saúde que, após receberem o convite, aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. Nos critérios de inclusão, foram considerados educadores/professores de nível superior, ativos na função na área da saúde e que não estavam utilizando terapia floral durante o período da coleta de dados.

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” da cidade de Botucatu/SP, sendo aprovado sob o protocolo 251/2010, atendendo aos critérios da Resolução 196/96⁹.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e setembro de 2010 e foi subdividida em três etapas que ocorreram individualmente em ambiente privativo. Inicialmente, foi realizada entrevista para esclarecer o protocolo do estudo, assim como o procedimento de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); em seguida, foi aplicado um questionário para coleta de dados sociodemográficos. Para a determinação das essências florais, foi utilizado o Questionário de Autodeterminação da Combinação de Essências Florais do Dr. Bach^{10,11}, seguida da análise dos questionários considerando a Tabela de Avaliação^{10,11}. A apresentação das essências florais aconteceu com auxílio das fotografias das Flores de Bach produzidas por *Flower Essence Society*, momento em que se explicava sobre a assinatura/gesto das flores resultantes das respostas do participante ao questionário do estudo. Ao término de cada entrevista, uma das pesquisadoras procedia

com o preparo da fórmula das essências florais na presença do entrevistado, bem como fazia a orientação para ingestão de quatro gotas, quatro vezes ao dia, de forma intermitente, excluindo o período noturno, por um período de 30 dias.

O segundo momento da intervenção ocorreu após o término do primeiro frasco de essência floral, quando foi realizada uma nova entrevista para identificar os resultados percebidos pelos participantes e o acompanhamento das variáveis externas e situações percebidas como positivas e/ou negativas nas relações interpessoais ocorridas no período anterior. Os dados significantes das falas dos participantes eram anotados. Além disso, houve um novo preenchimento do questionário do estudo, apresentação das fotos e dos gestos/assinatura das flores e preparo da nova fórmula dos florais confirmados; uso da essência por mais 30 dias, considerando o mesmo modo de usar do período anterior.

O terceiro momento, da primeira etapa da intervenção, ocorreu após um período médio de trinta dias, quando foi realizada a terceira entrevista. Procedeu-se ao preenchimento do questionário de avaliação, acompanhamento das variáveis externas e relato de situações percebidas nas relações interpessoais ocorridas no período anterior, anotadas por uma das pesquisadoras para conclusão e percepção dos resultados desde o início do estudo.

As essências florais solicitadas pelos participantes nos três momentos da coleta de dados foram registradas em números absolutos e relativos, sendo que as mais prevalentes serão discutidas posteriormente considerando o gesto e a assinatura segundo referencial teórico da Terapia Floral.

Como referencial metodológico dos dados qualitativos, utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)¹² por ser considerado um modo legítimo de conceber as Representações Sociais, entendendo-as como a expressão do que pensa determinada população sobre um tema em questão. Este pensar pode se manifestar através do conjunto de discursos verbais emitidos por pessoas dessa população. A organização dos dados nesse método é realizada por meio de quatro figuras metodológicas que são: (i) palavras-chave, transcritas como expressões literais de parte dos depoimentos; (ii) ideia central que traduz o essencial do conteúdo dos discursos explicitados pelos sujeitos; (iii) o DSC, como busca do resgate como símbolo do conhecimento dos próprios discursos; e (iv) ancoragem, porque entende-se que um discurso está ancorado quando

é possível encontrar nele traços linguísticos de teorias, conceitos, hipóteses e ideologias existentes na sociedade e na cultura, e que estejam internalizados no indivíduo¹².

O corpus qualitativo será apresentado na seção resultados incluindo a ancoragem, o DSC e a ideia central seguida da identificação codificada dos participantes formada por um código alfa-numérico representado pela letra “E” procedida de um algarismo cardinal que corresponde à ordem em que a entrevista foi realizada durante a coleta de dados.

RESULTADOS |

A amostra de estudo se constituiu por 15 participantes, sendo a maioria do sexo feminino 14 (93,3%) e um do sexo masculino. A média etária foi de 49,9 anos. Em relação ao tempo de trabalho na instituição, como docente/educador na área de Enfermagem, a média foi de 18,6 anos.

Em relação ao uso pregresso de essências florais, dois participantes (13,3%) já haviam utilizado a terapia floral há mais de dez anos de modo contínuo e, segundo suas próprias palavras, *com resultados sempre positivos*. Um percentual de 46,7% (n=7) usou essa terapia de modo eventual, em situações pontuais de estresse ou em defesas de teses, sendo que, destes, alguns referiram melhora imediata, enquanto outros não perceberam resultados pelo fato de terem usado por 1 ou 2 dias. Dos participantes, seis (40%) nunca experimentaram essa terapia.

Como dito anteriormente, foram três as etapas da intervenção em que cada participante teve a possibilidade de escolher as flores, a primeira ainda sem estar utilizando quaisquer essências florais; um segundo momento, trinta dias após o início do uso da fórmula escolhida e, por fim, mais trinta dias após a data anterior. A Tabela 1 ilustra a distribuição das principais essências florais nos três momentos de coleta de dados.

No que se refere ao gesto das flores, *Water Violet* representa, no seu aspecto negativo, a sensação de isolamento, de barreiras e dificuldades emocionais em tomar decisões duras. A busca, quando a escolhemos, é para desenvolver aspectos de adaptabilidade e espontaneidade¹³.

Para gesto da flor *Oak*, o trabalho representa para o indivíduo um dever, desencadeando um processo de resistência que

Tabela 1 - Distribuição das essências florais mais solicitadas nos três momentos da intervenção. Botucatu, São Paulo, Brasil. 2012 (n=15)

Momentos da intervenção	Essências florais	Nº de sujeitos (%)
1	<i>Water Violet</i>	13 (86,7%)
	<i>Oak</i>	11 (73,4%)
	<i>Elm</i>	10 (66,7%)
	<i>Chestnut bud</i>	10 (66,7%)
2	<i>Walnut</i>	8 (53,4%)
	<i>Water Violet</i>	7 (46,6%)
	<i>Star of Bethelhem</i>	6 (40%)
	<i>Honeysuckle</i>	6 (40%)
3	<i>Water Violet</i>	10 (66,67%)
	<i>Walnut</i>	8 (53,4%)
	<i>Star of Bethelhem</i>	5 (33,4%)
	<i>Honeysuckle</i>	5 (33,4%)

passa a ser um objetivo, no qual o indivíduo coloca toda sua força para alcançá-lo, até que atinja o próprio desgaste. Em seu aspecto positivo, essa flor representa o equilíbrio entre o trabalho e o prazer¹⁰.

A solicitação de *Elm*, por sua vez, surge para indivíduos que se identificam plenamente com sua tarefa, para grande benefício de todos. Entretanto, por vezes, se esquecem de que são pessoas com necessidades individuais e limites físicos. A busca dos participantes reside no fato de adquirir forças para cumprir sua tarefa¹⁰.

A escolha da flor *Chestnut Bud* traz as características das três essências florais preparadas a partir de castanheiros, e essa flor, especificamente, é indicada quando há constante repetição de experiências de vida sem que haja condições de desenvolver sabedoria e/ou insights. Sua busca significa o interesse de o participante assimilar e refletir as experiências vividas. Juntamente com *Elm*, demonstram através de seus gestos que nesse primeiro momento do estudo os participantes sentem que assumiram mais responsabilidades do que são capazes e têm dúvidas acerca da capacidade em atendê-las¹⁴.

Walnut traz o sentido de mobilização, libertação de influências limitadoras e a busca da coragem para seguir o próprio caminho. Sendo importante para os períodos de grande transição na vida, é indicada para aquelas passagens da vida na qual o Eu precisa ser completa e irrevogavelmente transformado para continuar sua evolução¹⁴.

Nesse movimento, a escolha das flores *Honeysuckle* e *Star of Bethelhem*, neste estudo, pode evidenciar o apego ao passado

ou a uma fase anterior da vida, impondo dificuldades de liberação para evoluir, crescer, viver o presente, mudar e experimentar novos sentimentos e oportunidades¹⁴.

As flores *Water Violet*, *Walnut*, *Honeysuckle* e *Star of Bethelhem* representaram, nesse terceiro momento, a autoconsciência dos participantes enquanto grupo, seja por corroborar as flores do momento anterior, seja por demonstrar vontade de crescer e de incluir o outro na sua evolução, quer seja profissional, pessoal ou social. Os gestos das flores escolhidas evidenciam a busca por atitudes de tolerância, confiança, competência e delicadeza, mesmo em momentos de transição, melancolia e vulnerabilidade, incluídos na solicitação das flores *Walnut*, *Honeysuckle* e *Star of Bethelhem*.

Os resultados qualitativos são o conteúdo de quatro ancoragens produzidas pelos DSC dos 15 participantes nos segundo e terceiro momentos da intervenção, quando já estavam há 30 e 60 dias, respectivamente, em uso da terapia floral.

Ancoragem A - Caminhei muito:

Ideia Central - *Caminhei muito, quero achar meu caminho; estou pensando em mudanças, em cuidar de mim, pensando em minha aposentadoria, por outro lado, dá medo de dar o salto (E1, E4, E6, E12).*

DSC: *Caminhei muito pensando em mudanças, em cuidar de mim, da minha casa, da minha família; estou caminhando; vislumbrando outras possibilidades, estou em fase de mudanças, pensando na minha aposentadoria, por outro lado, dá medo de dar o salto, mas quero achar meu caminho.*

Percebe-se nesse discurso um sentimento de conexão do corpo com o movimento e com o presente, a consciência de buscar o saudável com os componentes significativos do conviver. Totalmente integrado ao caminhar físico está um movimento mental que vislumbra possibilidades de mudanças associadas ao enfrentamento necessário para tal. Importante notar que nessa primeira categoria os participantes não citam a terapia floral.

Ancoragem B- Estou descansada:

Ideia central: *Estou descansada, mais calma; me cuidando, não me sinto mais sobrecarregada e, embora não perceba muito o efeito da essência floral, estou tranquila (E1, E4, E5, E11, E13, E14).*

DSC: *Estou mais descansada, me cuidando e levando a vida de forma leve, resolvo meus problemas com tranquilidade, sem o cansaço do final do dia. Eu estava ansiosa, mas agora tenho calma; não me sinto mais sobrecarregada. Não percebo muito o efeito da essência floral, mas estou tranquila, embora tenha passado por momentos profissionais de muita complexidade.*

Nessa categoria pode-se perceber o olhar interno atuando no crescimento, quase imperceptível para quem o vivencia, mas demonstrando a transformação dos sentimentos com a leveza e a tranquilidade. Observa-se que, embora o efeito da terapia floral seja identificado como pouco perceptível, aparece como uma palavra-chave, passando a integrar os fenômenos vivenciados pelos participantes. Outro resultado importante que pode ser apreendido é a diminuição da ansiedade ainda que situações críticas no campo profissional expusessem os participantes a situações ansiogênicas.

Ancoragem C - Sinto autoconfiança:

Ideia central: *Sinto autoconfiança, não tenho mais aquela pressão no peito, sinto que o floral melhora muito, dá uma sensação muito boa (E4, E5, E6, E7, E10, E13, E14).*

DSC: *Estou me sentindo autoconfiante para resolver meus problemas e esperar pelas respostas sem estresse, estou concentrada, sem medo; consigo pensar antes de tomar decisões e isso dá uma sensação muito boa, sinto que o floral melhora muito, inclusive meu relacionamento familiar.*

Nessa terceira categoria, notamos a expressão-chave que evidencia a percepção mais intensa que os participantes possuem acerca dos resultados da terapia floral. Houve

uma progressiva diminuição da ansiedade (palavra-chave presente na Ancoragem B) possibilitando aumento da concentração para desenvolver o raciocínio necessário para as decisões, assim como a espera das respostas. Observa-se ainda uma ampliação dos resultados da terapia floral para aspectos dos relacionamentos familiares.

Ancoragem D - Já sei o que fazer:

Ideia Central: *Já sei o que fazer, por onde começar. Tomei várias decisões, estou dormindo melhor; agora quero trabalhar coisas mais profundas (E2, E4, E7, E9, E13, E15).*

DSC: *Tive muitos sonhos no início, mas estes me realimentaram para enfrentar o que viria depois. O floral me ajudou a encontrar os caminhos para me manter bem, estou dormindo melhor. Tenho muita coisa a fazer, mas já sei por onde começar. Tomei várias decisões, resolvi mesmo, e percebi grande melhora nos acontecimentos recentes. Agora quero trabalhar coisas mais profundas.*

Apreendemos que os participantes atribuíram à terapia floral o fato de encontrarem alternativas que lhes possibilitem vivenciar resultados positivos e tomadas de decisão resolutivas. Cabe observar que a vivência anterior passou a ser interpretada como um ponto de Arquimedes, preparando-os para lidar com os desafios posteriores, da mesma forma que as decisões atuais os ensinam para trabalhar “com coisas mais profundas”.

DISCUSSÃO |

Acerca da caracterização dos participantes, estudo prévio confirma a predominância do sexo feminino entre docentes de enfermagem, e com essa população foi utilizada a terapia floral que apresentou como resultado uma diminuição no índice do estresse a partir do uso do *Rescue Remedy*¹⁵. Uma das características que se assemelham com os resultados desta pesquisa, está no fato de que os participantes também experimentaram uma quietude interior, levando-os a um movimento de reorganização mental.

Os resultados deste estudo se alinham a um ensaio clínico controlado realizado com mulheres saudáveis em uso de florais de Bach e placebo em que houve aumento, significativamente estatístico, da atividade parassimpática no grupo que estava em uso de *Cherry Plum*, *Impatiens*, *Rock Rose* e *Star of Bethlehem*, também conhecido como *Rescue*

*Remedy*¹⁶. É sabido que a capacidade de concentração mental tem uma relação indireta com os índices de estresse que por sua vez desencadeiam aumento da atividade simpática. Dessa forma, a terapia floral demonstrou resultados efetivos para potencializar, por meio da diminuição da atividade simpática, condições mentais para o autoconhecimento.

Em outro estudo clínico controlado utilizando as flores *Impatiens*, *Cherry Plum*, *White Chestnut* e *Beech*, e com uma amostra similar a esta pesquisa, ou seja, com enfermeiras docentes, verificou-se a diminuição da ansiedade por meio da aplicação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Em seus achados foi verificada uma diminuição da ansiedade nos dois grupos, controle e experimental; ao realizar a diferença da média obtida na aplicação anterior e posterior da escala, foi verificada uma diminuição no segundo grupo que, ao ser comparado ao primeiro, obteve significância estatística¹⁷.

Numa pesquisa-piloto com trabalhadores de enfermagem, o estresse moderado ou intenso foi detectado na totalidade da população investigada¹⁸. Os resultados desse estudo apontam para uma diminuição de 20% no grupo intervenção e 10% no controle, entretanto não houve análise estatística comparativa. Além disso, a dificuldade de discutir os resultados encontrados se deve à variação de sistemas na fórmula floral utilizada e a proporção entre tempo de uso e coleta de dados que não foram informados.

Em outra pesquisa, realizada com estudantes de pós-graduação, analisou-se a efetividade da flor *White Chestnut* para pensamentos intrusivos. Com um ensaio clínico controlado, sendo um grupo intervenção e outro placebo, foi possível apreender resultados estatisticamente favoráveis na diminuição dos pensamentos intrusivos nessa população¹⁹.

Utilizar estratégias de cuidado para o enfermeiro docente que possibilitem o autoconhecimento vem ao encontro do desenvolvimento da consciência de mundo epistemológica, segundo pesquisas na área²⁰, e demonstra-se que esse processo de conscientização de si e do mundo permite o aprimoramento e transformação de sua prática pedagógica impactando na produção identitária da profissão²¹.

Os resultados deste estudo corroboram o movimento desse grupo de enfermeiros docentes ao tomarem consciência de si enquanto coletividade. Os gestos e assinaturas florais

predominantes na última fórmula utilizada (*Water Violet*, *Walnut*, *Honeysuckle* e *Star of Bethlehem*) representam a necessária consciência de si em tornar-se grupo onde haja o exercício de tolerância, confiança e competência, para o desenvolvimento de um estilo interpessoal mais equilibrado que implica maior produtividade e participação.

A limitação deste estudo está relacionada à amostra populacional reduzida que fragiliza a generalização dos resultados encontrados na intervenção. Adicionalmente, investigações no campo das terapias complementares estão imbuídas de desafios que ainda não foram metodologicamente superados²², tais como o cegamento do terapeuta e a importância do relacionamento estabelecido com o paciente que se considera meio imprescindível para o estabelecimento do cuidado, fim onde se estabelece a Enfermagem enquanto profissão²³. Acrescenta-se a isso, a necessidade de investimentos no aprendizado e no ensino das práticas complementares, pois há estudos que revelam lacunas no conhecimento dos profissionais, e isso diminui as possibilidades de discussão e atuação na área^{24,25}.

CONCLUSÃO |

O uso da terapia floral para enfermeiros docentes mostrou-se, por meio dessa intervenção, uma estratégia que possibilitou um processo de conscientização de si como singularidade. Diante desse modo de estar no mundo, os participantes apreenderam a necessidade do fortalecimento enquanto coletividade fato que se alinha aos gestos das flores mais utilizadas que, por sua vez, articulam-se à linearidade de percurso evidenciado pelos dados qualitativos. Desse modo, a proposta do uso da terapia floral para enfermeiros docentes mostrou-se diagnóstica e terapêutica sendo efetivada ao desencadear, junto aos participantes, autodesenvolvimento e autoconhecimento.

REFERÊNCIAS |

1. Leonello VM, Oliveira MAC. Higher education in nursing: the faculty work process in different institutional contexts. Rev esc enferm USP. [Internet] 2014; 48(6):1093-102 [cited 2017 Feb 22]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000700018>.

2. Sana MC. Work processes in Nursing. *Rev bras enferm.* [Internet] 2007; 60(2):221-4 [cited 2016 Nov 12]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000200018>.
3. Sebold LF, Carraro TE. Ways of being nurse-teacher-teaching-nursing-care: a heideggerian look. *Rev bras enferm.* [Internet] 2013; 66(4): 550-6 [cited 2016 Jun 5]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400013>.
4. Piexak DR, Backes DS, Santos SSC. Cuidado de enfermagem para enfermeiros docentes na perspectiva da complexidade. *Rev gaúcha enferm.* [Internet] 2013; 34(2): 46-53 [citado em 2017 mai 15]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000200006>.
5. Braga EM, Silva MJP. How communication experts express communicative competence. *Interface (Botucatu).* [Internet] 2010; 14(34):529-38 [cited 2016 Dec 12]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000005>.
6. Barnard J. *Coletâneas de escritos de Edward Bach.* São Paulo: Flower Remedy Programme, 2013.
7. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. [acesso em 26 jan 2017]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. *Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018 [acesso em 25 mar 2018]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/12/glossario-tematico.pdf>.
9. Ministério da Saúde (BR). Resolução n.196/96 de 10 de outubro de 1996. *Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos* [Internet]. Brasília, DF; 1996. [acesso em 26 jan 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html.
10. Scheffer M. *Terapia floral do Dr. Bach: teoria e prática.* 14ª ed. São Paulo: Pensamento; 2015.
11. Scheffer M. *Terapia floral original do Dr. Bach para autoajuda: o livro básico compacto.* São Paulo: Pensamento; 2008.
12. Figueiredo MZA, Chiari BM, Goulart BNG. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. *Distúrb comum.* [Internet] 2013;25(1): 129-36. [citado em 2016 dez 2]. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14931>.
13. Bach E. *Os remédios florais do Dr. Bach.* 19ª ed. São Paulo: Pensamento; 2014.
14. Kaminski P, Kattz R. *Repertório das essências florais: um guia abrangente das essências florais norte-americanas e inglesas para o bem-estar emocional e espiritual.* 3ª ed. São Paulo: Triom; 2003.
15. Botelho SH, Soratto MT. A terapia floral no controle do estresse do professor enfermeiro. *Saúde em revista.* [Internet] 2012;12(31):31-42 [citado em 2017 jan 23]. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/sr/article/view/1055>.
16. Yang WS, Koo M, Wang YH. The influence of Bach Rescue Remedy on the autonomic response to mental challenge in the healthy Taiwanese women. *Intrag med res.* [Internet] 2015;4(supl 1): 84. [cited 2016 May 30]. Disponível em: [http://www.imr-journal.com/article/S2213-4220\(15\)00151-1/abstract](http://www.imr-journal.com/article/S2213-4220(15)00151-1/abstract).
17. Salles LF, Silva MJP. Efeitos das essências florais em indivíduos ansiosos. *Acta paul enferm.* [Internet] 2012; 25(2):238-42 [citado em 2015 abr 21]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a13v25n2.pdf>.
18. Daniel MAI, Soratto MT, Ceretta LB, Schwalm MT, Zimmermann KCG, Dagostim VS. A terapia floral no controle do estresse ocupacional. *Rev saúde com.* [Internet] 2013; 9(1): 33-43 [citado em 2015 jul 23]. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/286>.
19. Martín BCR. *Esencias florales de Bach: efecto del White Chestnut sobre los pensamientos intrusos indeseados.* *Rev cuba invest biomed.* [Internet] 2012; 31(2): 243-52 [cited 2014 Jan 17]. Disponível em: http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol31_2_12/ibi10212.htm.
20. Canever BP, Pardo ML, Gomes DC, Jesus BH. Consciência de mundo epistemológica de docentes da área da saúde. *Rev gaúcha enferm.* [Internet] 2016;

37(3):e53811 [citado em 2017 jan 29]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000300408&script=sci_abstract&tlng=pt.

21. Braga MJG. Ser professor: um estudo sobre a constituição identitária profissional do enfermeiro docente. *Cad educ.* [Internet] 2013; 13(25): 98-117 [citado em 2016 dez 3]. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/cadernosdeeducacao/article/view/4962/4167>.

22. Mason S, Tovey P, Long AF. Evaluating complementary medicine: methodological challenges of randomised controlled trials. *BJM.* [Internet] 2002; 325: 832-4 [cited 2014 Dec 12]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.325.7368.832>.

23. D'Antonio P, Beeber L, Sills G, Naegle M. The future in the past: Hildegard Peplau and interpersonal relations in nursing. *Nursing Inquiry.* [Internet] 2014; 21(4): 311-7 [cited 2017 Feb 12]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24467803>.

24. Salles LF, Silva MJP. *Enfermagem e as Práticas Complementares em Saúde.* São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2011.

25. Salles LF, Bel Homo RF, Silva MJP. The situation of teaching of holistic and complementary practices in undergraduate courses in nursing, physiotherapy and medicine. *Cogitare enferm.* [Internet] 2014;19(4):741-6 [cited 2018 Mar 15]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i4.35140>.

Correspondência para/Reprint request to:

Thiago da Silva Domingos

Rua Napoleão de Barros, 754,

Vila Clementino, São Paulo/SP, Brasil

CEP: 04023-062

Email: t.domingos@unifesp.br

Recebido em: 05/04/2018

Aceito em: 04/12/2020

Deaths avoidable in the elderly in Goiás, Brazil: reflection of the primary health care

| Óbitos evitáveis de idosos em Goiás: reflexo da atenção primária

ABSTRACT | Introduction: *Aging has become a major challenge, understood as a natural process of progressive reduction of the functional reserve of individuals. Objective: To analyze deaths from preventable causes in the elderly population. Method: This is a quantitative, descriptive study. The study was conducted with all the elderly (>= 60 years) who died in the years 2011-2015.*

Secondary data were available from the Department of Informatics of the Unified Health System of the Ministry of Health.

Data were analyzed of deaths according to age, sex, color / race, education, marital status, place of occurrence and underlying cause. The results were presented as figures.

Results: *A total of 106,833 deaths in the period were analyzed. Most of the deaths occurred in 2015, in the age group of 80 years or older, among male white race patients, between one and three years of schooling, married, in hospitals and, as the root causes, circulatory diseases predominated, followed by respiratory diseases and neoplasms. Conclusion:*

Analysis of the causes of death is essential to help health services and health professionals understand this process, with the purpose of creating effective health promotion and disease prevention actions for the needs of elderly, contributing to the reduction of preventable deaths.

Keywords | *Comprehensive Health Care; Mortality; Mortality Registries; Primary Health Care; Aging; Health Systems.*

RESUMO | Introdução: O envelhecimento tem se tornado um grande desafio, compreendido como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos. **Objetivo:** Analisar os óbitos por causas evitáveis na população idosa. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo. Realizou-se o estudo com todos os idosos (>=60 anos) que faleceram nos anos de 2011 a 2015. Utilizaram-se dados secundários disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, do Ministério da Saúde. Analisaram-se os dados dos óbitos conforme a faixa etária, sexo, cor/raça, escolaridade, estado civil, local de ocorrência e causa básica. Apresentaram-se os resultados em forma de figuras. **Resultados:** Analisou-se um total de 106.833 óbitos no período. Registrou-se que a maioria dos óbitos ocorreu no ano de 2015, na faixa etária de 80 anos ou mais, em pacientes do sexo masculino, de raça/cor branca, entre indivíduos que tinham entre um e três anos de escolaridade, casados, em hospitais e, como causas básicas, predominaram as doenças do aparelho circulatório seguidas pelas doenças do aparelho respiratório e neoplasias. **Conclusão:** Constata-se que a análise acerca das causas dos óbitos é essencial para ajudar os serviços de saúde e os profissionais de saúde a compreender esse processo, com a finalidade de criar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças eficazes para as necessidades dos idosos, contribuindo para a redução de óbitos evitáveis.

Palavras-chave | Atenção Integral de Saúde; Mortalidade; Registros de Mortalidade; Atenção Primária à Saúde, Envelhecimento; Sistema de Saúde.

¹Escola de Saúde Pública do Estado de Goiás. Goiânia/GO, Brasil.

²Universidade Federal de Goiás. Goiânia/GO, Brasil.

³Universidade Paulista. Goiânia/GO, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O envelhecimento tem se tornado um grande desafio, compreendido como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos que em condições normais não costumam ocasionar problemas. No entanto, em condições de sobrecarga, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar condição patológica que requeira assistência¹.

No Brasil, consideram-se idosos os indivíduos com faixa etária igual ou superior a 60 (sessenta) anos. O crescimento dessa população ocorreu de forma bastante acelerada e, com o avanço da idade, aumenta a propensão do desenvolvimento de doenças crônicas, que são consideradas as principais causas de mortes evitáveis¹⁻².

As causas de mortes evitáveis aos óbitos são definidas como aquelas que poderiam ser evitadas ou que não deveriam ocorrer prematuramente; as suas causas poderiam ser eliminadas ou seus efeitos controlados³. Classifica-se a lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, para a população de cinco a 74 anos, conforme os códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10⁴.

Nesse contexto, dividem-se as mortes na lista em três grupos: (I) causas de mortes evitáveis, incluindo as subcategorias reduzíveis por ações de imunoprevenção; reduzíveis por ações de promoção à saúde, adequada prevenção, controle e atenção às doenças de causas infecciosas; Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis; reduzíveis por adequada ação de prevenção, controle e atenção às causas de morte materna e reduzíveis por ações intersetoriais e de promoção à saúde, prevenção e atenção adequada às causas externas (acidentais e violências); (II) causas de mortes mal definidas, que compreendem os sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (CID 10 R00 a R99, exceto R95 que diz respeito à síndrome da morte súbita na infância) e (III) as demais causas de morte não claramente evitáveis⁴.

No Brasil, em 2017 foram registrados 350.925 óbitos por causas evitáveis em idosos (≥ 60 anos)⁵. As doenças do aparelho circulatório, as doenças do aparelho respiratório e as neoplasias representam, nessa ordem de importância, as três causas mais frequentes de óbitos em idosos⁶.

A atenção à saúde da população idosa tem como porta de entrada a Atenção Básica, com os seguintes objetivos: promover o envelhecimento ativo e saudável; estruturar a atenção à pessoa idosa garantindo a integralidade do atendimento; monitorar o processo de envelhecimento; identificar fatores de risco para doenças e agravos; envolver a família e a comunidade no cuidado aos idosos; identificar e promover os fatores de proteção e recuperação da saúde; melhorar a qualidade de vida do idoso e promover a avaliação multidimensional do idoso⁷.

Torna-se necessário para um atendimento de qualidade na Atenção Primária à Saúde investir na qualificação dos profissionais com enfoque especial na pessoa idosa, a fim de diminuir os óbitos evitáveis em idosos¹. As mortes seriam teoricamente evitáveis por meio de intervenções de caráter preventivo e/ou curativo, mediante a adequação das ações de prevenção e tratamento, o diagnóstico precoce e a adoção de tecnologias apropriadas, e que a atenção básica pode ser relevante nessas intervenções e na melhora da qualidade de vida dos idosos^{1,8}.

Diante do processo de envelhecimento populacional no Brasil que segue uma tendência já ocorrida em países desenvolvidos, é crescente o número de óbitos entre as pessoas de 60 anos ou mais, o que representa desafios para os serviços e os profissionais de saúde, fazendo-se necessária uma análise minuciosa e tornando essencial um olhar detalhado para as causas evitáveis dessas mortes e dos fatores a elas associados.

De uma forma mais específica, pela análise sobre os óbitos em idosos, a obtenção de dados e informações para auxiliar o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a realidade, com papel essencial de subsidiar o planejamento, a implementação e a avaliação das políticas e ações do SUS direcionadas à prevenção e ao controle dessas doenças e, conseqüentemente, contribuir para o aumento da qualidade de vida dessa parcela da população. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo analisar os óbitos por causas evitáveis na população idosa.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de base populacional, sobre o óbito de idosos no estado de Goiás, Brasil. Compreenderam-se na população em estudo todos os

idosos (≥ 60 anos) que foram a óbito no período de 2011 a 2017, sendo 2017 o último ano com dados disponíveis.

Obtiveram-se as informações sobre os óbitos dos idosos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), disponibilizado no endereço eletrônico <http://www.datasus.gov.br>.

Coletaram-se os dados no sítio eletrônico, organizando-os em planilhas do programa *Microsoft Office Excel*[®] para a análise.

Incluíram-se no estudo os dados sobre a faixa etária do paciente, o sexo, o local de ocorrência do óbito, a raça/cor, a escolaridade, o estado civil e as causas básicas de óbito, conforme a lista da Classificação Internacional de Doenças – CID 10.

Realizou-se este estudo a partir de uma base de dados de fonte secundária, disponíveis para pesquisa pública, não sendo, portanto, submetido a nenhum Comitê de Ética. Indicam-se, como fundamentos da pesquisa, as diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas na Resolução nº 466/2012 CNS, atendendo aos fundamentos éticos e científicos exigidos.

RESULTADOS |

Registrou-se em Goiás, no período de 2011 a 2017, um total de 68.490 óbitos por causas evitáveis. Os óbitos evitáveis ocorreram com maior frequência no sexo masculino, na raça/cor parda, os dados relativos à escolaridade na maior parte dos casos foi uma informação ignorada, no entanto vemos um número elevado naqueles que tiveram de um a três anos de estudo. O estado civil com mais óbitos foi o de casados e viúvos, respectivamente. A grande parte dos óbitos ocorreu em hospitais, seguidos do domicílio, conforme dados apresentados na Tabela 1.

Observa-se na Figura 1, em relação à faixa etária do óbito, que em todo o período estudado, a predominância de mortes foi entre os idosos de 70 a 74 anos, seguida da faixa dos idosos com 65 a 69 anos.

Com relação à causa básica dos óbitos, os maiores números foram referentes às doenças do aparelho circulatório

seguidas pelas doenças do aparelho respiratório e neoplasias, causas externas de morbidade e mortalidade, como quedas e traumas, a sexta causa mais frequente, conforme a Tabela 2.

DISCUSSÃO |

Os óbitos foram predominantes nos idosos do sexo masculino, de raça/cor parda, entre indivíduos que tinham entre um e três anos de escolaridade, seguidos dos que não tinham nenhuma escolaridade, casados, seguidos dos viúvos, e que os principais locais de ocorrência do óbito foram o hospital e o domicílio. Em Campinas/SP, estudo apontou que as chances de mortalidade eram mais frequentes em idosos acima de 75 anos. O número de óbitos em mulheres foi maior que o de homens, no entanto os homens que relataram quedas no último ano tinham mais chances de vir a óbito. As doenças cardiovasculares foram um dos fatores de risco mais frequentes nos óbitos observados⁹.

Avalia-se que a maior exposição a riscos ambientais, sociais e ocupacionais, como acidentes de trabalho, de trânsito, homicídios e o estresse associado às mudanças socioeconômicas contribuem para a maior mortalidade entre os homens idosos. Convém ressaltar que a procura por serviços de saúde é uma característica predominantemente feminina, o que facilita o diagnóstico e o tratamento precoce das doenças. Identificam-se também as diferenças biológicas consideradas como protetoras para a mulher, por exemplo, o hormônio feminino durante a idade fértil em relação a eventos cardiocirculatórios. Entende-se que o hábito de fumar e o consumo de álcool aumentam o risco para inúmeras doenças e são mais frequentes entre os homens do que entre as mulheres da população idosa¹⁰⁻¹¹.

Os maiores coeficientes de mortalidade entre idosos ocorreram na população hospitalizada que recebeu assistência médica no momento do óbito, confirmando o padrão urbano de aumento de mortes hospitalares. Considera-se a hospitalização um fator de risco para óbitos entre idosos, por provocar condições de agravos à saúde, como infecções, isolamento social, iatrogenias, entre outras, que podem proporcionar a perda da independência e da autonomia, levando-os muitas vezes à morte¹⁰.

Tabela 1 - Caracterização dos óbitos em Goiás no período de 2011 a 2017 no estado de Goiás, Brasil, 2019

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Sexo								
Masculino	5303	5397	5401	5780	5967	5959	6393	40200
Feminino	3685	3857	3991	4142	4236	4071	4279	28261
Ignorado	1	3	4	9	3	4	5	29
Raça/Cor								
Branca	3916	3900	3933	4201	4349	4172	4394	28865
Preta	712	728	683	725	809	832	878	5367
Amarela	65	46	58	43	60	52	49	373
Parda	3644	4014	4144	4418	4465	4562	4961	30208
Indígena	9	4	7	3	7	7	9	46
Ignorado	643	565	571	541	516	409	386	3631
Escolaridade								
Nenhuma	1736	1811	1849	1846	1932	1918	1996	13088
1 a 3 anos	2270	2439	2493	2675	2808	2744	2746	18175
4 a 7 anos	891	988	1063	1132	1220	1329	1734	8357
8 a 11 anos	477	522	572	723	765	895	1118	5072
12 anos e mais	267	267	282	351	386	395	465	2413
Ignorado	3348	3230	3137	3204	3095	2753	2618	21385
Estado civil								
Solteiro	1304	1340	1290	1362	1408	1534	1814	10052
Casado	3733	3795	3769	4064	4291	4209	4364	28225
Viúvo	1488	1575	1618	1644	1725	1645	1657	11352
Separado judicialmente	719	744	780	864	939	946	1120	6112
Outro	172	215	253	316	335	417	420	2128
Ignorado	1573	1588	1686	1681	1508	1283	1302	10621
Local de ocorrência								
Hospital	6816	6645	6926	7439	7500	7363	7633	50322
Outro estabelecimento de saúde	136	458	428	361	448	468	723	3022
Domicílio	1636	1700	1659	1712	1863	1755	1855	12180
Via pública	202	224	165	208	170	227	199	1395
Outros	180	219	213	204	218	215	263	1512
Ignorado	19	11	5	7	7	6	4	59
Total	8989	9257	9396	9931	10206	10034	10677	68490

Figura 1 - Faixa etária dos óbitos em idosos, no período de 2011 a 2017, em Goiás, Brasil, 2019

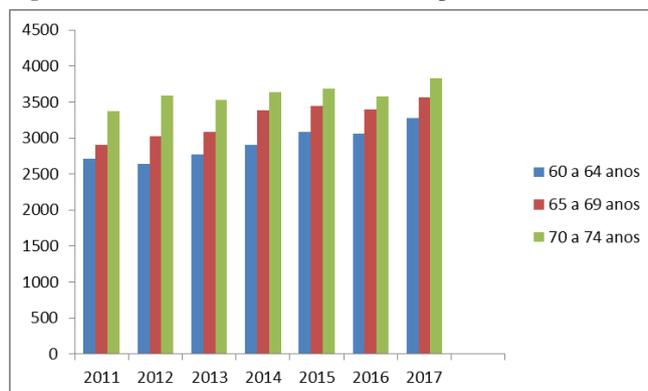


Tabela 2 - Causa básica dos óbitos em idosos, no período de 2011 a 2017, em Goiás, Brasil, 2019

Capítulo CID-10	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	476	510	518	487	561	485	546	3583
II. Neoplasias (tumores)	1745	1834	1922	2135	2129	2197	2334	14296
III. Doenças sangue órgãos hematológicas e transt imunitár	41	45	41	25	42	39	37	270
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	597	624	648	705	749	730	846	4899
V. Transtornos mentais e comportamentais	83	86	75	90	81	87	73	575
VI. Doenças do sistema nervoso	139	143	138	138	177	186	183	1104
VII. Doenças do olho e anexos	0	1	0	0	0	0	0	1
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	1	1	0	0	0	1	3
IX. Doenças do aparelho circulatório	3134	3421	3290	3333	3395	3245	3512	23330
X. Doenças do aparelho respiratório	1088	1076	1182	1322	1277	1220	1284	8449
XI. Doenças do aparelho digestivo	516	524	582	584	624	628	677	4135
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	14	12	22	22	32	36	28	166
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	33	28	40	37	40	48	41	267
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	194	221	239	303	309	296	318	1880
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	0	1	0	0	0	0	0	1
XVII. Malformações congênicas deformidades e anomalias cromossômicas	8	3	6	7	9	7	10	50
XVIII. Sintomas, sinais e achados anorm ex clín e laborat	439	221	205	181	254	228	226	1754
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	482	506	487	562	527	602	561	3727
Total	8989	9257	9396	9931	10206	10034	10677	68490

Os óbitos aumentaram nos últimos anos, visto que em 2017 ocorreu o maior número de óbitos do período estudado. Sugere-se que esse aumento no número de óbitos dos idosos é um reflexo do envelhecimento populacional, de uma melhoria na cobertura do sistema e da diminuição das perdas na transmissão dos dados do SIM/MS¹². Demonstrou-se pelos dados referentes à faixa etária, que os idosos estão morrendo após os 80 anos, indicando o aumento da longevidade da população. Reforça-se a maior longevidade dos idosos pelo aumento da esperança de vida dos octogenários, com uma proporção cada vez maior de idosos chegando aos 90 anos e pelo crescimento também dos centenários¹³.

Verificou-se o perfil epidemiológico caracterizado pela predominância das doenças do aparelho circulatório, que constituem a principal causa de óbito em idosos no estado de Goiás, o que vai ao encontro de outros estudos¹⁴⁻¹⁵.

A tendência de óbitos por doenças cardiovasculares pode ter sido influenciada pela melhora no diagnóstico da causa de morte, o resultado de um aumento na urbanização, a piora das condições socioeconômicas dessa região, a baixa

escolaridade, entre outros ainda discutíveis que incluem desde o peso ao nascimento até aspectos nutricionais, culturais e comportamentais¹⁶. Defende-se, portanto, melhorias nas condições socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, que podem reverter essa tendência, especialmente se o diagnóstico e tratamento dos fatores modificáveis como o sedentarismo, o tabagismo, a obesidade, a dislipidemia, a hipertensão e a diabetes, importantes determinantes da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares, foram favorecidos, o que resultaria em um significativo retorno social com baixo custo econômico.

Embora tenham ocorrido investimentos na prevenção por parte do governo brasileiro, há necessidade de políticas públicas que visem à criação de programas de promoção de saúde, além de diagnósticos e tratamentos adequados que possam minimizar a ocorrência dos fatores anteriormente citados.

Pode-se relacionar o alto percentual de óbitos por doenças respiratórias entre os idosos à maior frequência de acamados que, nessa condição, podem desenvolver complicações

relacionadas à fraqueza muscular diafragmática e intercostal, à dificuldade de eliminar secreções, à tosse menos eficaz e à diminuição da função ciliar, resultando no acúmulo de secreção, predispondo-os à atelectasia e a infecções respiratórias¹⁷.

Uma das principais estratégias adotadas para o controle das doenças respiratórias se refere à imunização com a vacina contra o vírus *influenza*, que contribui, consideravelmente, para a redução da mortalidade e dos gastos com internações e tratamentos¹⁷. No Brasil, a vacina contra a gripe aos idosos e portadores de doenças crônicas, grupos de maior risco de complicações pelo vírus *influenza*, atinge cobertura de mais de 70% da população em todo o território, apresentando evidências da sua efetividade¹⁸⁻²⁰. Fazem-se necessárias, todavia, as adaptações do calendário de vacinação de acordo com as regiões de sazonalidade, para que a campanha de vacinação obtenha resultados ainda mais positivos, além de considerar a circulação de outros patógenos de grande importância clínica e epidemiológica para as doenças do aparelho respiratório¹⁹.

As neoplasias aliadas às doenças cardiovasculares e doenças respiratórias, também se destacam entre os dados de mortalidade de idosos¹⁵. O desenvolvimento dessas doenças está diretamente ligado ao processo de envelhecimento celular visto que, com o passar do tempo, diferentes agressões externas geram acúmulos de danos ao DNA das células, possibilitando o desenvolvimento das primeiras células geradoras dos tumores malignos²¹.

A idade cada vez mais avançada constitui um fator de risco para o desenvolvimento de neoplasias malignas, o que vem sendo comprovado pelo aumento das taxas de incidência e mortalidade por câncer nas estatísticas nacionais, explicado também pela maior exposição a fatores cancerígenos. Como resultado de um processo de industrialização cada vez mais evoluído e dos atuais padrões de vida adotados em relação ao trabalho, nutrição e consumo em geral, os indivíduos se expõem a agentes químicos, físicos e biológicos cada vez mais agressivos²².

Observa-se que, associada ao acúmulo de tais fatores de risco, a menor eficácia dos mecanismos de reparação celular que aumenta consideravelmente a incidência de câncer com o avançar da idade, portanto a crescente importância das neoplasias, relaciona-se ao envelhecimento populacional,

sendo as neoplasias de mama, pâncreas, cérebro, rins e próstata as mais envolvidas com o processo de transição demográfica e epidemiológica¹⁶.

Compreende-se ainda que o indivíduo idoso apresenta dificuldades no tratamento do câncer, pois as intervenções médicas na sua maioria não são testadas em pesquisas para esse grupo, e o diagnóstico muitas vezes é feito em estágios avançados da doença, devido a uma maior restrição ao encaminhamento para serviços especializados, se comparado aos adultos e jovens²³.

Nesse sentido, devem-se estruturar os serviços públicos para atender a essa crescente demanda, garantindo o acesso e o atendimento de qualidade, desde a detecção até o tratamento da doença, bem como investindo em ações preventivas.²⁴ Ressalta-se que, mesmo que a doença de base não possa ser curada, o câncer tem diversas patologias associadas, passíveis de intervenção clínica, garantindo qualidade de vida para os pacientes e as suas famílias por meio do cuidado paliativo. Devem-se considerar também as complexidades das neoplasias, que não constituem uma entidade nosológica única, mas um grupo de doenças com diferenças etiológicas, fatores de risco, localização, patogenicidade e tipo de célula envolvida. Apontam-se, dessa forma, possibilidades terapêuticas e preventivas distintas que devem ser planejadas de acordo com as especificidades da doença²⁵⁻²⁶.

Os resultados encontrados se originam de informações secundárias, que podem apresentar falhas e déficit de informações comum no preenchimento dos dados. Reforça-se que os bancos de dados disponíveis no DATASUS não estão livres de falhas na tabulação e atualização, o que pode ser considerado um fator limitante deste estudo, além de que o uso dessa rica fonte de dados é também prejudicado pelo registro excessivo de causas mal definidas.

CONCLUSÃO |

O envelhecimento da sociedade vem acontecendo rapidamente, e os idosos precisam ter as suas necessidades atendidas adequadamente para diminuir a possibilidade de agravos à saúde, incapacidades, comprometimento da qualidade de vida e morte.

As doenças crônicas como as principais causas de morbimortalidade entre os idosos podem ser reduzidas com políticas amplas de promoção, prevenção e tratamento.

As causas que mais apresentariam um impacto positivo na taxa de mortalidade e no aumento da expectativa de vida, caso fossem evitadas, tanto entre a população idosa masculina, quanto na feminina, seriam as doenças do aparelho circulatório, pois são responsáveis pelo maior número de óbitos entre idosos.

Pontua-se que o conhecimento das principais causas de morbimortalidade que acometem a população de 60 anos ou mais serve de subsídio para avaliar a qualidade da atenção à saúde e o desenvolvimento de um bom planejamento em saúde, a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas nessa faixa etária.

Conclui-se que as ações e condutas voltadas para a promoção, prevenção, reabilitação e manutenção da saúde dos idosos, por meio de atividades desenvolvidas pela Atenção Primária à Saúde, podem diminuir a morbimortalidade e garantir mais qualidade de vida e longevidade a essa parcela da população.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2018 June 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evlhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf.
2. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria n. 1395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1999 [cited 2018 Aug 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.
3. Kanso S, Romero DE, Leite IC, Marques A. Avoidability of deaths from chronic illnesses in elderly individuals in São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2013 Apr; 29(4):735-48. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400011>.
4. Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, Morais Neto OL, Moura L, et al. List of avoidable causes of deaths due to interventions of the Brazilian Health System. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2007 Oct/Dec [cited 2017 Oct 01]; 16(4):233-44. Available from: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v16n4/v16n4a02.pdf>.
5. Ministério da Saúde (BR). DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [cited 2019 Oct 29]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/evitb10uf.def>.
6. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Giatti L. Trends in mortality among older adults in Brazil (1980 - 2000). *Epidemiol Serv Saúde*. 2004 Dec; 13(4):217-28. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742004000400004>.
7. Souza DMM, organizadora. A prática diária na Estratégia Saúde da Família [Internet]. Juiz de Fora: UFJF; 2011 [cited 2017 Oct 02]. Available from: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/11/A-pr%C3%A1tica-di%C3%A1ria-na-estrat%C3%A9gia-Sa%C3%BAde-da-Fam%C3%ADlia.pdf>.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2018 June 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.
9. Borim FSA, Francisco PMSB, Neri AL. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à mortalidade em idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública*. 2017.51;1-12.
10. Santos JS, Barros MDA. Elderly people of the Municipality of Recife, State of Pernambuco, Brasil: an analysis of morbimortality in hospitals. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008 July/Sept; 17(3):177-86. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742008000300003>.
11. Maia FOM, Duarte YAO, Lebrão ML, Santos JLF. Risk factors for mortality among elderly people. *Rev Saúde Pública*. 2006 Dec; 40(6):1-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000009>.
12. Frias PG, Pereira PMH, Andrade CLT, Szwarcwald CL. Mortality Data System: a case study on municipalities with data underreporting. *Cad Saúde Pública*. 2008 Oct;

- 24(10):2257-66. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001000007>.
13. Lima-costa MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnosis of the health condition of the elderly population in Brazil: a study of mortality and admissions in public hospitals. *Inf Epidemiol SUS*. 2000 Mar; 9(1):43-50. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16732000000100003>.
14. Bezerra PCL, Monteiro GTR. Tendência de mortalidade geral e por doenças do aparelho circulatório em idosos, Rio Branco, Acre, 1980-2012. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(2):145-57.
15. Carvalho MHR, Carvalho SMR, Laurenti R, Payão SLM. Chronic disease-related elderly mortality trends in the city of Marília - SP, Brazil: 1998-2000 and 2005-2007. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(2):347-54.
16. Mansur AP, Souza MFM, Timerman A, Avakian SD, ALdrighi JM, Ramires JAF. Trends in the risk of death from cardiovascular, cerebrovascular and ischemic diseases in thirteen states of Brazil from 1980 to 1998. *Arq Bras Cardiol*. 2006;87(5):586-93.
17. Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Home health care for the elderly: associated factors and characteristics of access and health care. *Rev Saúde Pública*. 2010 Dec;44(6):1-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000038>.
18. Daufenbach LZ, Carmo EH, Duarte EC, Campagna AS, Teles CAS. Influenza-Related causes of hospitalization in elderly in Brazil, 1992 to 2006. *Epidemiol Serv Saúde*. 2009 Jan/Mar;18(1):29-44. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000100004>.
19. Souza A, Dourado I, Duarte EC, Daufenbach LZ. Mortality by influenza-related causes in the elderly in Brazil, from 1992 to 2005. *Epidemiol Serv Saúde*. 2009 Sept; 18(3):209-18. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000300003>
20. Demicheli V, Jefferson T, Di Pietrantonj C, Ferroni E, Thorning S, Thomas RE, et. Vaccines for preventing influenza in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;2:CD004876. doi: 10.1002/14651858.CD004876.pub4.
21. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço [Internet]. 3rd ed. Rio de Janeiro: INCA; 2008 [cited 2018 Sept 12]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf.
22. Mathias TAF, Jorge MHPM. Mortality trends caused by neoplasias in the senior population in a municipal district of Paraná state, 1979-1998. *Ciênc Cuid Saúde*. 2006; 5(Suppl 1):57-64. Doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v5i0.5155>.
23. Hanna SA, Marta GN, Santos FS. The physician and updates in cancer treatment: when to stop?. *Rev Assoc Med Bras*. 2011 Sept/Oct; 57(5):575-80. Doi: [https://doi.org/10.1016/S2255-4823\(11\)70116-3](https://doi.org/10.1016/S2255-4823(11)70116-3).
24. Duplaga M, Grysztar M, Rodzinka M, Kopec A. Scoping review of health promotion and disease prevention interventions addressed to elderly people. *BMC Health Serv Res*. 2016 Sep 5;16 Suppl 5:278. doi: 10.1186/s12913-016-1521-4.
25. Buckinx F, Rolland Y, Reginster JY, Ricour C, Petermans J, Bruyère O. Burden of frailty in the elderly population: perspectives for a public health challenge. *Arch Public Health*. 2015;73(1):19. Doi: 10.1186/s13690-015-0068-x.
26. Bezerra TA, Brito MAA, Costa KNFM. Characterization of medication use among elderly people attended at a Family health care service. *Cogitare Enferm*. 2016;21(1):1-10. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4>.

Correspondência para/Reprint request to:

Cristiane Chagas Teixeira

Universidade Federal de Goiás,

Rua 227, Qd 68, S/N,

Setor Leste Universitário, Goiânia/GO, Brasil

CEP: 74605-080

E-mail: cc-teixeira@hotmail.com

Recebido em: 16/09/2019

Aceito em: 12/11/2020

Rafaela Brinco Sampaio¹
Claudia Mendonça Reis Romano²
Juliana Machado Barroso Xavier²
Iandara de Lima Scardini³
Leonardo Luiz Moreira Guimarães¹
Francisco Carlos Ribeiro²

Periapical surgery of a tooth with crack in the root apical third and metallic core retainers: case report

| Cirurgia periapical em dente com trinca no terço apical radicular e retentor intrarradicular metálico fundido: relato de caso

ABSTRACT | Introduction:

*Vertical root fractures affect both vital pulp teeth and treated or non-endodontically devitalized teeth. The highest prevalence is related to teeth with endodontic treatment. Paraendodontic surgery presents itself as an alternative for the resolution of problems arising from conventional or non-solvable endodontic treatments. **Objective:** The objective of the present study was to present the surgical treatment of a tooth treated endodontically with vertical crack restricted to the apical third of the root and chronic periapical lesion. **Methods:***

*The methodology consists of an individual descriptive study of the case report type, including clinical, radiographic and tomographic images of a female patient, 55 years old, being referred to the discipline of Endodontics II for the planning of paraendodontic surgery. Cone-beam computed tomography, with paraaxial and axial sections, were requested from the gutta-percha/intraradicular metal retainer interface in the apical direction, in which a hypodense line was observed in the third apical radicular suggestive of cracking. On the day of surgery, the treatment was performed following the general principles of paraendodontic surgery: incision, divulsion, ostectomy, curettage, removal of the apical third (apicectomy), retroprepare including removal of gutta-percha and retrofilling with Mineral Trioxide Aggregate. **Results:** After the period of preservation, performed at six and twelve months, we observed clinical and imaging signs compatible with the tissue repair of the injured area.*

Conclusion: Thus, it can be concluded that paraendodontic surgery is a viable alternative for teeth with vertical cracks restricted to the root apical third associated with persistent periapical lesions after conventional endodontic treatment.

Keywords | Oral surgery; Cone-beam computed tomography; Endodontics.

RESUMO | Introdução: As fraturas radiculares verticais acometem tanto dentes com polpas vitais quanto dentes desvitalizados tratados ou não endodonticamente. A maior prevalência está relacionada com dentes portadores de tratamento endodôntico. A cirurgia paraendodôntica apresenta-se como uma alternativa para a resolução de problemas oriundos de tratamentos endodônticos convencionais ou não solucionáveis por eles. **Objetivo:** Apresentar o tratamento cirúrgico de um dente tratado endodonticamente com trinca vertical restrita ao terço apical radicular e lesão periapical crônica. **Métodos:** A metodologia consiste em um estudo descritivo individual do tipo relato de caso, incluindo imagens clínicas, radiográficas e tomográficas de uma paciente do sexo feminino, 55 anos, portando encaminhamento para a disciplina de Endodontia II para planejamento de cirurgia paraendodôntica. Foi solicitada uma tomografia computadorizada de feixe cônico, com cortes parassagitais e axiais, sendo estes a partir da interface guta-percha/retentor metálico intrarradicular em direção apical, nos quais se constatou a presença de uma linha hipodensa no terço apical radicular sugestiva de trinca. No dia da cirurgia foi realizado o tratamento, seguindo os princípios gerais da cirurgia paraendodôntica: incisão, divulsão, ostectomia, curetagem, remoção do terço apical comprometido (apicetomia), retropreparo incluindo a remoção da guta-percha e obturação retrógrada com Mineral Trioxide Aggregate (MTA). **Resultados:** Após o período de preservação, realizado aos seis e doze meses, constataram-se sinais clínicos e imaginológicos compatíveis com a reparação tecidual da área lesionada. **Conclusão:** A cirurgia paraendodôntica mostra-se como uma alternativa viável para dentes portadores de trincas verticais restritas ao terço apical radicular, associadas a lesões periapicais persistentes pós-tratamento endodôntico convencional.

Palavras-chave | Cirurgia bucal; Tomografia computadorizada de feixe cônico; Endodontia.

¹Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

²Universidade de São Paulo. São Paulo/SP, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A cirurgia paraendodôntica é o procedimento cirúrgico que visa à resolução de problemas criados pelo tratamento endodôntico ou não solucionáveis por ele. A cirurgia somente deve ser instituída quando se esgotarem todas as tentativas de resolução por meio do tratamento endodôntico convencional^{1,2}. Está indicada quando não é possível ter acesso ao sistema de canais em dentes com lesão periapical, por causa de canais calcificados ou obstruídos por instrumentos fraturados, além de casos em que há material obturador extravasado, falha do tratamento convencional e impossibilidade de retratamento, perfurações apicais, dentes com núcleo ou portadores de prótese fixa, dentre outras situações³.

Na maioria das vezes, essas falhas no tratamento convencional devem-se à perpetuação do processo infeccioso em áreas inacessíveis ao preparo do conduto radicular. Em um estudo prévio, bactérias Gram-positivas e Gram-negativas foram encontradas em todo o sistema de canais radiculares em dentes portadores de granulomas periapicais⁴. Biofilmes bacterianos foram detectados em 81,2% no canal cementário, 46,8% no delta apical, 65,6% na superfície apical e 79,2% nos granulomas. Além do sistema de canais radiculares, colonizações bacterianas também foram encontradas em defeitos dentinários⁵.

As fraturas radiculares verticais (FRV) são um desafio para o cirurgião-dentista quanto à sua detecção precoce e conduta a ser seguida. Diagnosticar essas fraturas é essencial antes de qualquer tratamento endodôntico ou restaurador, tendo em vista que elas podem afetar drasticamente o sucesso do tratamento. As FRV são caracterizadas por uma completa ou incompleta linha de fratura que segue longitudinalmente no longo eixo do dente em direção apical. Frequentemente, estende-se através da polpa e do periodonto.

Dentre algumas possíveis causas dessas trincas e fraturas que acometem as raízes, tem-se: trauma físico, traumas oclusais, estresse mastigatório causado por hábitos não relacionados à execução das funções normais do sistema estomatognático, perda excessiva e progressiva de estrutura radicular devido a reabsorções patológicas, complicações durante o tratamento dos canais radiculares e instalações de pinos metálicos fundidos de modo insatisfatório⁶. Além de efeitos do preparo mecânico e da obturação do canal sobre a iniciação da trinca e na sua propagação horizontal na dentina apical^{7,8}.

Com a introdução da tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) na Odontologia, houve um grande avanço no diagnóstico endodôntico, pois causas de fracassos endodônticos como as trincas, até então desconhecidas, agora são passíveis de serem diagnosticadas por esse método. Uma microtrinca é definida como qualquer fenda incompleta (linha que se estende da parede do canal em direção à dentina sem atingir a superfície externa da raiz), trinca completa (linha que se estende da parede do conduto radicular para a superfície externa) ou *craze line* (outras linhas que não atingiram nenhuma superfície da raiz ou se estenderam da superfície externa para a dentina, mas não atingiram a parede do canal) observada na dentina radicular⁹. As imagens pela TCFC permitem uma avaliação mais precisa das lesões periapicais e da cura do que as imagens pelas radiografias periapicais. Dadas as indicações corretas, o uso da TCFC é recomendado como uma valiosa ferramenta para a microcirurgia endodôntica¹⁰.

Dessa forma, o objetivo foi apresentar, por meio de relato de caso clínico, o tratamento cirúrgico de um dente tratado endodonticamente com trinca vertical restrita ao terço apical radicular e lesão periapical crônica.

RELATO DO CASO |

A metodologia consiste em um estudo descritivo individual do tipo relato de caso. Trata-se de uma descrição de um caso clínico com base em dados secundários de prontuário de paciente atendida na disciplina de Endodontia II do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), incluindo imagens clínicas e radiográficas.

Paciente do sexo feminino, parda, 55 anos, compareceu ao ambulatório de Endodontia II do Curso de Odontologia da UFES tendo como queixa principal: “Preciso tirar um dente para colocar um implante”. Na anamnese, paciente relatou que aproximadamente há 28 anos realizou tratamento endodôntico e confecção de pino e núcleo metálico fundido no elemento 12 por indicação do cirurgião-dentista que a acompanhava na época.

Em 2014, a paciente, que, até então, não havia realizado o implante, procurou ajuda na UFES, e foi sugerido a ela que realizasse uma avaliação ortodôntica. Em 2016, durante os exames prévios ao tratamento ortodôntico, ao acaso, foi observada radiograficamente uma imagem de lesão

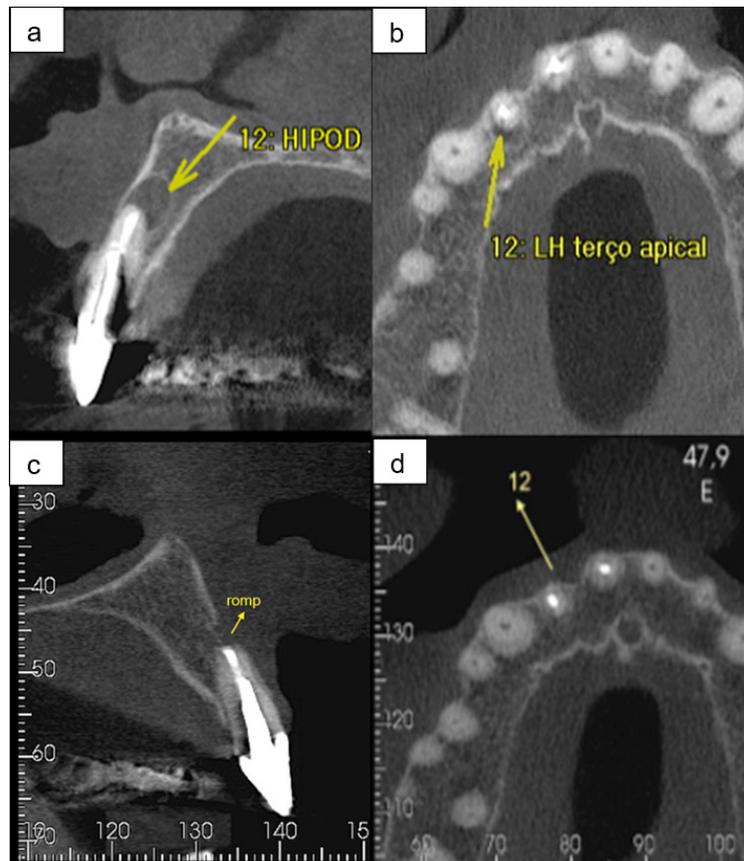
periapical extensa envolvendo o terço apical radicular do elemento 12 (Figura 1A). Além disso, foram observados adaptação e comprimento adequados do retentor intrarradicular metálico fundido e a presença de uma coroa com estética satisfatória. No exame clínico extrabucal e intrabucal não foram observadas alterações.

Os exames tomográficos mostraram imagem hipodensa, bem delimitada, sugestiva de lesão apical inflamatória localizada na região apical do elemento 12 e, ainda, uma linha hipodensa sugestiva de trinca vertical (fratura) na face disto-palatina do terço apical radicular (Figuras 2A e 2B).

Figura 1 - Radiografias periapicais. Em A: radiografia inicial evidenciando imagem radiolúcida envolvendo o terço apical radicular do elemento 12. Em B e em C: radiografias após 06 e 12 meses do tratamento, respectivamente, com regressão da imagem radiolúcida, sugerindo reparação tecidual



Figura 2 - As imagens tomográficas representam a preservação do caso clínico em questão. Em A e B: estágio inicial da lesão periapical; em C e D: regressão da lesão após 12 meses



Devido à boa adaptação no retentor intrarradicular e à estética satisfatória da coroa, o plano de tratamento proposto incluiu a remoção cirúrgica do terço apical radicular envolvido pela fratura, retropreparo de 3mm do conduto radicular e retrobturação com Mineral Trioxide Aggregate (MTA) do elemento 12.

O procedimento cirúrgico, simplificada, contou com as seguintes etapas: anestesia, incisão, divulsão, ostectomia, curetagem perirradicular, remoção do terço apical comprometido (apicetomia), remoção da guta-percha, retropreparo, retrobturação com MTA, reposição do retalho e sutura.

As técnicas anestésicas escolhidas para o caso cirúrgico foram alveolar superior anterior (ambos os lados) e nasopalatina. Após a verificação de que toda a área cirúrgica se apresentava anestesiada, realizou-se a incisão. Em seguida, foi realizado o retalho triangular, mucoperiosteal total, consistindo de dois componentes, uma incisão horizontal e uma vertical. A incisão vertical é feita paralelamente ao longo eixo dos dentes, na depressão localizada sobre um ou dois dentes anteriores ao dente a ser tratado. Começa próximo à mucosa vestibular e termina no ângulo da linha distofacial do dente anterior ao retalho, incluindo a papila interdental. A incisão horizontal é feita no sulco gengival cortando o epitélio juncional ao redor do colo dos dentes e seccionando a papila interdental mesiodistalmente até a crista óssea.

Em sequência, foi feita a divulsão dos tecidos, rebaixando toda a mucosa com auxílio de um destaca perioste, levando junto o perioste e deixando o osso desnudo. O acesso ao interior da região perirradicular foi alcançado por meio de uma janela óssea. Foi utilizada uma broca arredondada de grande diâmetro sob alta rotação e constante irrigação com soro estéril.

Após a ostectomia, foi realizada a curetagem da lesão. Como se tratava de uma lesão de pequeno tamanho, o tecido saiu fragmentado, não obtendo quantidade suficiente de material para biópsia.

Em seguida, a apicetomia foi executada por desgaste, devido ao estado friável do ápice radicular, com uma broca cirúrgica de 28mm em alta rotação sob irrigação abundante, em um ângulo de aproximadamente 45° em relação ao longo eixo desse ápice. Realizou-se o retropreparo com ponta ultrassônica diamantada de 3mm de parte ativa,

incluindo, a remoção da guta-percha, que se encontrava mal compactada. E imediatamente após, a inclinação do corte do ápice radicular foi suavizada e a cavidade formada preenchida com MTA.

O retalho foi reposicionado e suturado utilizando-se fio de sutura de Nylon 5.0. Uma compressa com gaze estéril foi realizada na região para estimular a hemostasia inicial. A paciente foi orientada a removê-la cerca de 10 minutos após sua colocação. Ela foi orientada quanto aos cuidados pós-operatórios e a retornar dentro de sete dias para remoção da sutura.

O período de preservação entendeu-se de seis a doze meses. Sendo que aos seis meses foram realizados exames clínico e radiográfico, quando foram constatados sinais indicativos de reparação tecidual (Figura 1B). Doze meses após a cirurgia, a paciente retornou para reavaliação e novos exames foram solicitados, inclusive uma tomografia computadorizada de feixe cônico (Figuras 1C, 2A e 2B). No exame clínico intrabucal não foi observada nenhuma alteração em mucosa gengival e alveolar, a mobilidade apresentava-se normal e não havia dor à palpação. Pela avaliação tomográfica, pôde-se observar, nitidamente, a reparação da área previamente lesionada por neoformação óssea, sugerindo a remissão do processo inflamatório.

DISCUSSÃO |

Na literatura está bem estabelecido que a principal causa da persistência de processos infecciosos pós-terapia endodôntica é a manutenção de bactérias viáveis no sistema de canais radiculares, quer seja sob a forma planctônica, colônias ou organizadas em biofilmes¹¹⁻¹⁵. Essas, quando presentes na região periapical, se alojam em áreas de possíveis defeitos cementários e/ou dentinários, resguardando-se do sistema imunológico e mantendo o processo infeccioso^{4,5}.

Dentre esses defeitos, destaca-se a presença de trincas, um dos motivos da realização do caso clínico relatado. A trinca é definida como qualquer fenda incompleta observada na dentina radicular, podendo ser denominada trinca completa ou *craze line*⁶. Alguns autores atribuem a terapia endodôntica, dentre outras, como uma das possíveis causas da sua formação⁶.

Um estudo prévio, realizado em 70 dentes pré-molares inferiores, empregando técnicas com instrumentos rotatórios e manuais (coroa-ápice e ápice-coroa, respectivamente), concluiu que as forças laterais produzidas pela instrumentação, independentemente da técnica utilizada, podem resultar em desenvolvimento de trincas na parede do conduto radicular¹⁶. Esses autores sugerem que trabalhar 1mm aquém do forame apical pode, potencialmente, produzir menos trincas na região apical.

Esses achados estão de acordo com um estudo prévio que empregou instrumentos manuais e rotatórios e encontraram resultados semelhantes, porém a maior quantidade de defeitos dentinários (trincas) foi atribuída aos instrumentos rotatórios¹⁷. Em contrapartida, outros autores que empregaram instrumentos rotatórios, recíprocos e manuais não observaram a formação de novas microtrincas além das preexistentes, após a instrumentação de 60 canais radiculares de incisivos inferiores⁸.

As trincas quando restritas ao terço apical radicular tornam-se difíceis de serem diagnosticadas, até mesmo pela tomografia computadorizada. De acordo com um estudo prévio, a acurácia da TCFC para detecção das FVR é de apenas 64%¹⁸. Essa limitação técnica também foi evidenciada por outros autores os quais concluíram que a acurácia da TCFC para detectar fratura com espessura variando de 50 a 300µm *in vivo* foi menor e significativamente mais baixa quando comparada com a acurácia *in vitro*¹⁹. Isso nos leva a inferir que um número considerável de lesões persistentes pós terapia endodôntica ainda se encontra sem uma causa específica relacionada.

Diante de tais constatações, é sabedor que a principal fonte antigênica relacionada aos fracassos endodônticos está, na maioria das vezes, localizada no terço apical radicular, e justifica-se assim a sua remoção quando lançamos mão da cirurgia paraendodôntica como alternativa ao tratamento endodôntico convencional. Esse corte deve ser efetuado o mais perpendicularmente possível em relação ao eixo radicular, evitando-se, assim, grande exposição da superfície radicular, bem como dos canalículos dentinários e da luz do canal¹. Sendo assim, a extremidade da raiz pode ser seccionada de forma previsível a 90° do longo eixo do dente²⁰.

Devido à acentuada inclinação da raiz no sentido palatino, neste estudo o corte do terço apical radicular foi realizado com inclinação de aproximadamente 45° em relação ao

longo eixo da raiz, visando à localização do forame e o retropreparo do canal. Imediatamente após, suavizou-se a inclinação para remoção da trinca por palatino e foi realizada a retrobturação com Mineral Trioxide Aggregate (MTA). Contudo, com a introdução dos novos biocerâmicos de presa rápida, essa segunda manobra pode ser realizada até mesmo após a inserção do material na retrocavidade.

A elevada taxa de sucesso alcançada pela cirurgia paraendodôntica atribui-se aos significantes avanços tecnológicos, dentre os quais se destacam as pontas ultrassônicas e os materiais retrobturadores. Um estudo prévio mostrou, por meio da microscopia eletrônica de varredura, que as pontas ultrassônicas, tanto convencionais quanto diamantadas, produzem retropreparos rápidos e regulares²¹. Além disso, esses autores observaram a presença de microtrincas em cinco espécimes dos 80 analisados, porém sem significância estatística entre elas, o que corrobora estudo prévio²² que, empregando metodologia semelhante, também encontrou um número insignificante de trincas e microtrincas.

Entretanto, outros autores sugerem que os retropreparos com pontas ultrassônicas não iniciam defeitos dentinários (trincas), todavia podem propagá-los quando preexistentes²³. A discrepância dos resultados entre esses três autores provavelmente está relacionada ao emprego de metodologias diferentes, pois o terceiro autor avaliou os retropreparos com auxílio de microscópio operatório cirúrgico. Assim, justifica-se o uso de uma ponta ultrassônica diamantada, no presente trabalho, pela instabilidade e consistência do material obturador do conduto radicular, que se encontrava com falhas e amolecido.

Existe um consenso, entre a maioria dos autores, da importância do MTA como material retrobturador pelas suas propriedades físicas e biológicas. Em estudo comparativo, empregando o cimento de óxido de zinco e eugenol de presa rápida e o MTA como materiais retrobturadores, os autores encontraram uma maior taxa de sucesso para MTA (84% após 12 meses, 92% após 24 meses) em comparação com IRM (76% após 12 meses, 87% após 24 meses)²⁴. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos^{25, 26} utilizando radiografias periapicais seguindo os critérios estabelecidos previamente^{27, 28}.

No presente estudo, pode-se constatar um aumento significativo na taxa de sucesso dos procedimentos cirúrgicos paraendodônticos com a introdução de novas tecnologias e

de novos materiais retrobturadores. Além disso, a avaliação foi realizada tanto pela radiografia periapical, seguindo os critérios descritos previamente^{23, 24}, quanto pela TCFC, seguindo os critérios PENN, as quais, aliadas à avaliação clínica, permitiram classificar o caso clínico em questão como sucesso²⁹.

A indicação cirúrgica de um dente portador de lesão periapical relacionada a uma trinca depende de um criterioso diagnóstico, correlacionando os achados clínicos com a imagem tomográfica, pois na maioria das vezes a extensão da trinca é delimitada pelo contorno da lesão ao longo da raiz. Nesse caso em especial, esse contorno restringia-se ao terço apical.

CONCLUSÃO |

As fraturas radiculares verticais são um desafio para o cirurgião-dentista quanto à sua detecção precoce e conduta clínica a ser seguida. O relato apresentado neste trabalho, assim como os descritos na literatura, sugere o tratamento cirúrgico como uma alternativa viável para dentes portadores de trincas verticais restritas ao terço apical radicular, associadas a lesões periapicais persistentes pós-tratamento endodôntico convencional.

REFERÊNCIAS |

1. Bramante CM, Berbert A. *Cirurgia Paraendodôntica*. 1ª. ed. São Paulo: Santos; 2000.
2. Del Río CE. *Manual de Cirurgia Paraendodôntica*. 1ª. ed. São Paulo: Santos; 1996.
3. Rosa RA et al. Apicetomia associada à obturação retrógrada utilizando agregado trióxido mineral (MTA) – relato de caso clínico. *Revista Dentística online*. 2007; 85-92.
4. Ribeiro FC, Consolaro A, Pinheiro TN. Bacterial distribution in teeth with pulp necrosis and apical granuloma. *International Journal of Experimental Dental Science*. 2013; 2(2):86-91.
5. Ricucci D et al. Epithelium and bacteria in periapical lesions. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*. 2006; 101(2):239-49.
6. Vidigal BCL et al. Uso da tomografia cone beam na avaliação de fraturas radiculares. *Revista Brasileira de Odontologia*. 2014; 71(2):152-5.
7. Adorno CG et al. The effect of endodontic procedures on apical crack initiation and propagation ex vivo. *International Endodontic Journal*. 2013; 46(8):763-8.
8. Oliveira BP et al. Micro-computed tomographic analysis of apical microcracks before and after root canal preparation by hand, rotary, and reciprocating instruments at different working lengths. *Journal of Endodontics*, 2017; 43(7):1143-7.
9. Burklein S, Tsotsis P, Schafer E. Incidence of dentinal defects after root canal preparation: reciprocating versus rotary instrumentation. *Journal of Endodontics*. 2013; 39(4):501-4.
10. Schloss T et al. A comparison of 2-and 3-dimensional healing assessment after endodontic surgery using cone-beam computed tomographic volumes or periapical radiographs. *Journal of Endodontics*. 2017; 43(7):1072-9.
11. Prada I, Micó-Muñoz P, Giner-Lluesma T, Micó-Martínez P, Collado-Castellano N, Manzano-Saiz A. Influence of microbiology on endodontic failure. Literature review. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal*. 2019;24(3):364-372.
12. Endo MS, Ferraz CCR, Zaia AA, Almeida JFA, Gomes BPF. Quantitative and qualitative analysis of microorganisms in root-filled teeth with persistent infection: Monitoring of the endodontic retreatment. *European Journal of Dentistry*. 2013 Jul; 7(3):302-309.
13. Rôças IN, Siqueira JF Jr. Characterization of microbiota of root canal-treated teeth with posttreatment disease. *Journal of Clinical Microbiology*. 2012 May; 50(5):1721-4
14. Alghamdi F, Shakir M. The Influence of Enterococcus faecalis as a Dental Root Canal Pathogen on Endodontic Treatment: A Systematic Review. *Cureus*. 2020;12(3):e7257.

15. Tabassum S, Khan FR. Failure of endodontic treatment: The usual suspects. *European Journal of Dentistry*. 2016;10(1):144-147.
16. Adorno CG, Yoshioka T, Suda H. The effect of working length and root canal preparation technique on crack development in the apical root canal wall. *International Endodontic Journal*. 2010; 43(4): 321-7.
17. Liu R et al. Incidence of apical root cracks and apical dentinal detachments after canal preparation with hand and rotary files at different instrumentation lengths. *Journal of Endodontics*. 2013; 39(1):129-32.
18. Dias DR et al. Accuracy of High-resolution Small-volume Cone-Beam Computed Tomography in the Diagnosis of Vertical Root Fracture: An In Vivo Analysis. *Journal of Endodontics*. 2020;46(8):1059-1066.
19. Makeeva IM et al. Detection of artificially induced vertical root fractures of different widths by cone beam computed tomography in vitro and in vivo. *International Endodontic Journal*. 2015; 49(10):980-89.
20. Saunders WP. A prospective clinical study of periradicular surgery using mineral trioxide aggregate as a root-end filling. *Journal of Endodontics*. 2008; 34(6):660-5.
21. Liu Z et al. Evaluation of root-end preparation with a new ultrasonic tip. *Journal of Endodontics*. 2013; 39(6):820-3.
22. Peters CI, Peters OA, Barbakow, F. An in vitro study comparing root-end cavities prepared by diamond-coated and stainless steel ultrasonic retrotips. *International Endodontic Journal*. 2001; 34(2):142-8.
23. Tawil PZ. Periapical microsurgery: can ultrasonic root-end preparations clinically create or propagate dentinal defects? *Journal of Endodontics*. 2016; 42(10): 472-5.
24. Chong BS, Pitt Ford TR, Hudson MB. A prospective clinical study of Mineral Trioxide Aggregate and IRM when used as root-end filling materials in endodontic surgery. *International Endodontic Journal*. 2003; 36(8):520-6.
25. Von Arx T et al. Five-year longitudinal assessment of the prognosis of apical microsurgery. *Journal of Endodontics*. 2012; 38(5):570-79.
26. Von Arx T, Hanni S, Jensen SS. 5-year results comparing mineral trioxide aggregate and adhesive resin composite for root-end sealing in apical surgery. *Journal of Endodontics*. 2014; 40(8):1077-81.
27. Rud J, Andreasen JO, Jensen JEM. Radiographic criteria for the assessment of healing after endodontic surgery. *International Journal of Oral Surgery*. 1972; 1(4):195-214.
28. Molven O, Halse A, Grung B. Observer strategy and the radiographic classification of healing after endodontic surgery. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 1987; 16(4):432-9.
29. Zuolo ML, Ferreira MOF, Gutmann JL. Prognosis in periradicular surgery: a clinical prospective study. *International Endodontic Journal*. 2000; 33 (2):91-8.

Correspondência para/Reprint request to:

Francisco Carlos Ribeiro

Av. Marechal Campos, 1468,

Maruípe, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29047-105

E-mail: francisco.c.ribeiro@ufes.br

Recebido em: 18/08/2019

Aceito em: 21/09/2020

Brunna Lauret da Silva¹
Arlete Estephanio dos Santos¹
Otávio Caliar Lima¹
Karllian Kerlen Simonelli¹
Romildo Luiz Monteiro Andrade²
Thiago Nascimento do Prado¹
Márcia Valéria de Souza Almeida¹

**Epidemiological
characterization of syphilis in
pregnant and newborn in a
Brazilian university hospital**

| Caracterização epidemiológica da sífilis em gestantes e recém-nascidos em um hospital universitário

ABSTRACT | Introduction: *Gestational and congenital syphilis are preventable diseases, but has a high incidence in Brazil. Objective: To characterize the epidemiological situation of syphilis cases in pregnant women and congenital syphilis reported in the University Hospital in 2015 to 2017. Methods: This is a study of a series of cases, using secondary data made available by the SINAN Notification System. The study population included the reported cases of gestational syphilis and congenital syphilis at the University Hospital Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) from 2015 to 2017. Results: In the study period, 49 cases of GS and 56 cases of CS were reported. It was observed that mothers whose children had CS outcome, 44.6% were considered inadequate during prenatal care and 60% of the partners did not receive treatment. Among the concepts, one was stillborn, one evolved to death associated with syphilis and one died from other causes. Conclusion: The epidemiological profile showed a predominance of young, brown and low-educated women, and most of the mothers did not undergo treatment or were inadequately performed, in addition to a large number of untreated partners, factors that may have contributed to the outcome of congenital syphilis in newborns and shows difficulties in reaching the goal of elimination of CS established by the World Health Organization (0.5 or less cases/1000 live births). The data presented point out the need to include differentiated clinical management for this population.*

Keywords | *Congenital syphilis; Pregnant women; Prenatal care.*

RESUMO | Introdução: A sífilis gestacional e a congênita, apesar de apresentarem diagnóstico e tratamento de fácil manejo, ainda permanecem com elevadas incidências no Brasil. **Objetivo:** Caracterizar a situação epidemiológica dos casos de sífilis em gestantes (SG) e sífilis congênita (SC) notificados em um Hospital Universitário. **Métodos:** Estudo de série de casos, com utilização de dados secundários disponibilizados pelo SINAN, cuja população do estudo incluiu os casos de SG e SC no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), em Vitória-ES, no período de 2015 a 2017. **Resultados:** No período estudado, foram notificados 49 casos de SG e 56 casos de SC. Observou-se que, das mães cujos filhos tiveram desfecho de SC, 44,6% obtiveram tratamento considerado inadequado durante o pré-natal, e 60% dos parceiros não receberam o tratamento. Dentre os conceitos, 01 foi natimorto, 01 evoluiu para óbito associado à sífilis e 01 óbito por outras causas. **Conclusão:** As características epidemiológicas analisadas apontaram uma predominância de mulheres jovens, pardas e com baixa escolaridade, além de um considerável número de mães e parceiros que não realizaram tratamento adequadamente, fatores que podem ter contribuído para o desfecho em sífilis congênita nos recém-nascidos e evidencia dificuldades no alcance da meta de eliminação da SC estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (0,5 ou menos casos / 1.000 nascidos vivos). Os dados apresentados apontam a necessidade de incluir manejos clínicos diferenciados para essa população.

Palavras-chave | Sífilis congênita; Gestantes; Cuidado pré-natal.

¹Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

²Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A Sífilis é uma infecção bacteriana causada pelo *Treponema pallidum*, bactéria gram-negativa, do grupo das espiroquetas, de alta patogenicidade e transmissibilidade. Sua transmissão pode ocorrer pela via sexual ou vertical, ocasionando a forma adquirida ou congênita¹. A doença apresenta extrema importância durante o ciclo gravídico-puerperal, e quando as gestantes e suas parcerias apresentam diagnóstico sorológico positivo para a sífilis e não realizam o tratamento adequado tanto a mulher quanto o feto são colocados em risco, provocando danos a esse binômio em qualquer fase da gestação².

O Ministério da Saúde (MS) estima um aumento de cerca de três vezes nas taxas de detecção de sífilis gestacional (SG) e congênita (SC) nos últimos 5 anos no Brasil³. No país, em 2017, o coeficiente de incidência da sífilis congênita foi de 8,6 casos/100.000 nascidos vivos, acometendo gestantes com incidência de 17,2 casos/1.000 nascidos vivos⁴. Assim como no Brasil, países que apresentam desigualdades sociais e econômicas semelhantes mostraram que os casos de SC vêm aumentando consideravelmente no decorrer dos anos^{5,6,7}. Desse modo, a sífilis consiste em um problema de saúde pública global, e a eliminação da SC foi colocada em foco internacional nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) até 2015. O Brasil não obteve sucesso no alcance das metas, sendo a doença considerada um fator persistente no país^{8,9}. As novas estratégias para controle das infecções sexualmente transmissíveis, estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde, exigirão um comprometimento global para o alcance no controle desses agravos até 2021¹⁰.

As formas de controle da sífilis em gestantes bem como a prevenção da SC, recomendadas pelo MS, estão baseadas na triagem sorológica (testes treponêmico e não treponêmico) das gestantes, uso de preservativos durante as relações sexuais, bem como o tratamento adequado das gestantes e suas parcerias sexuais¹¹. Estudos demonstram que mulheres com menor escolaridade, jovens, negras ou mestiças, com baixa renda familiar, e que realizam assistência pré-natal na rede pública possuem maior prevalência de sífilis na gravidez^{11,12,13,14}. Tais evidências demonstram a necessidade de conhecer os fatores epidemiológicos associados aos casos de sífilis gestacional e congênita, de forma a garantir uma assistência direcionada para a população estudada.

Considerando a transcendência da doença e suas repercussões sociais e individuais, o presente estudo tem como objetivo caracterizar a situação epidemiológica dos casos notificados de sífilis em gestantes e sífilis congênita no Hospital Universitário da Universidade Federal do Espírito Santo, localizado em Vitória – ES, no período de 2015 a 2017.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo de série de casos do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – HUCAM – UFES, notificados pelo Serviço de Epidemiologia Hospitalar – SEH-HUCAM, com o intuito de caracterizar a situação epidemiológica dos casos de sífilis gestacional e congênita no período de 2015 a 2017.

Foram incluídos no estudo os casos de crianças diagnosticadas com SC segundo os critérios de classificação estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), compreendendo:

Todo recém-nascido, aborto ou natimorto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada;

Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma evidência sorológica;

Toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto⁴.

E os casos de SG, diagnosticado nas seguintes situações:

Mulher assintomática para sífilis, que durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério apresente pelo menos um teste reagente - treponêmico ou não treponêmico com qualquer titulação – e sem registro de tratamento prévio;

Mulher sintomática para sífilis, que durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério e apresente pelo menos um teste reagente - treponêmico OU não treponêmico com qualquer titulação;

Mulher que durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério apresente teste não treponêmico reagente com qualquer

titulação E teste treponêmico reagente, independente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio⁴.

O Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – HUCAM dispõe de ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis e uma maternidade de referência para gestação de alto risco referenciada ao município de Vitória, onde são realizados, em média, 85 partos a cada mês. Localizado na capital do Espírito Santo, Vitória, todavia também fornece atendimento aos demais municípios da Região Metropolitana (Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana e Vila Velha)¹⁵.

A sífilis é uma doença de notificação compulsória, tendo sua inclusão fundamentada mediante a portaria nº204 de 17/02/2016, devendo ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em até 7 dias após a confirmação do caso³. Os dados utilizados para a análise provieram das bases de dados do SINAN para sífilis em gestantes e sífilis congênita, disponibilizados pelo Serviço de Epidemiologia Hospitalar do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – HUCAM. Os dados foram coletados no período de 01 de outubro a 01 de dezembro de 2018.

As variáveis maternas estudadas foram: faixa etária, raça/cor, escolaridade, procedência, município de realização do pré-natal, frequência de realização de pré-natal, trimestre gestacional, diagnóstico de sífilis durante a gravidez, classificação clínica, esquema de tratamento, resultados do teste treponêmico e não treponêmico no parto e tratamento do parceiro.

As variáveis referentes aos recém-nascidos, destaca-se a: idade, tratamento, condições de nascimento, desfecho, diagnóstico clínico, manifestações clínicas (icterícia, anemia, esplenomegalia, hepatomegalia e osteocondrite), teste não treponêmico em sangue periférico, teste não treponêmico em líquido, alteração no exame dos ossos longos, alteração líquórica, pré-natal durante a gestação, diagnóstico de sífilis materna, VDRL no momento do parto, FTA-abs no momento do parto, tratamento durante o pré-natal e tratamento do parceiro.

A variável Título VDRL foi classificada como ≤ 8 e > 8 , pois quando o VDRL possui resultado $< 1:8$, é orientada a investigação adicional para SC³.

Os dados foram armazenados no programa *Microsoft Office Excel*, versão 13, e posteriormente analisados pelo *STATA* 14.0 para cálculos de frequência absoluta e relativa.

A relação entre os dois bancos de dados (sífilis gestacional e sífilis congênita) foi feita, de forma sistemática, pela variável “nome da gestante” e, como variáveis chave de ligação, “nome da mãe” e “município de residência”. Sendo encontrados 21 pares de casos de sífilis gestacional com desfecho de sífilis congênita.

O estudo foi previamente autorizado pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob o registro CAAE 07538919.5.0000.5060, conforme Resolução nº 466/2012.

RESULTADOS |

No período de 2015 a 2017 foram identificados 49 casos de sífilis gestacional (SG) e 56 casos de sífilis congênita (SC) a partir de 3.095 nascidos vivos no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. Nesse mesmo período, a taxa de detecção de sífilis gestacional e taxa de incidência de sífilis congênita foram de 15 casos/1.000 nascidos vivos e 18 casos/ 1.000 nascidos vivos, respectivamente.

Dentre as características sociodemográficas das gestantes, destaca-se que 26 (53%) apresentavam idade compreendida entre 20 e 29 anos, e 11 (22,5%) eram adolescentes, com faixa etária entre 10 e 19 anos. Em relação à raça, percebeu-se que 34 (69%) das gestantes classificaram-se como pardas, e já em relação à escolaridade, observa-se que 24 (49%) das gestantes apresentam mais de 8 anos de estudo, o que corresponde ao ensino médio completo ou incompleto (Tabela 1).

Realizaram VDRL no pré-natal 46 (93%) das gestantes, e 37 (75%) das gestantes foram notificadas no terceiro trimestre gestacional. O tratamento recebido durante o pré-natal com Penicilina G Benzatina foi de 38 (77%) entre as gestantes, e 10 (20%) gestantes não receberam nenhum tratamento durante o pré-natal (Tabela 2).

Tabela 1 - Características dos casos de sífilis em gestantes notificados no HUCAM, entre 2015 e 2017, de acordo com as variáveis sócio demográficas

Características (n*)	Gestantes n (%)
Faixa etária (49)	
10-14	1 (2)
15-19	10 (20,5)
20-29	26 (53)
30-39	11 (22,5)
> 40	1 (2)
Raça/cor (49)	
Branca	5 (10,2)
Preta	9 (18,4)
Parda	34 (69,4)
Ignorado	1 (2)
Grau de escolaridade (49)	
Analfabeto	2 (4,1)
1-4	2 (4,1)
5-8	15 (30,6)
>8	24 (49)
Ens. Superior	2 (4,1)
Ignorado	4 (8,1)
Área de residência (49)	
Urbana	48 (98)
Rural	1 (2)
Município de realização do pré-natal (45)	
Cariacica	5 (11,2)
Serra	2 (4,4)
Vitória	32 (71,2)
Outros	6 (13,2)

Símbolos: (n*) número total. Abreviaturas: SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Fonte: SINAN, adaptado e analisado pelo sautores.

Sobre a análise da assistência pré-natal das mães, cujos filhos tiveram desfecho de sífilis congênita, 48 (86%) das mulheres frequentaram o pré-natal, e o diagnóstico de sífilis foi realizado em 40 (72%) dos casos. O esquema de tratamento foi considerado adequado em 6 (11%), inadequado em 25 (45%) e não realizado em 24 (43%). Além disso, apenas 12 (21%) dos parceiros foram tratados concomitantemente com a gestante, durante o pré-natal (Tabela 3).

Quanto aos dados relativos à assistência neonatal das crianças diagnosticadas com sífilis congênita, o VDRL do sangue periférico foi reagente para 44 (78%) dos recém-nascidos. A evolução do caso teve como desfecho o RN

Tabela 2 - Distribuição das gestantes de acordo com as variáveis obstétricas e variáveis relacionadas à assistência pré-natal

Características (n*)	Gestantes n (%)
Trimestre gestacional (49)	
1º trimestre	2 (4,1)
2º trimestre	10 (20,4)
3º trimestre	37 (75,5)
Classificação clínica (48)	
Primária	3 (6,2)
Secundária	2 (4,2)
Terciária	1 (2,1)
Latente	42 (87,5)
VDRL no pré-natal (49)	
Reagente	45 (92)
Não reagente	1 (2)
Não realizado	2 (4)
Ignorado	1 (2)
FTA-abs no pré-natal (49)	
Reagente	33 (67,5)
Não reagente	1 (2)
Não realizado	14 (28,5)
Ignorado	1 (2)
Tratamento no pré-natal (49)	
Penicilina G	38 (77,6)
Não realizado	10 (20,4)
Ignorado	1 (2)

Símbolos: (n*) número total. Abreviaturas: SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação; VDRL (sigla de Venereal Disease Research Laboratory). Fonte: SINAN, adaptado e analisado pelos autores.

vivo em 52 (92%) casos, houve 2 (4%) natimortos, 1 (2%) óbito por sífilis congênita e 1 (2%) óbito por outras causas. Dentre os RN vivos, 11 (20%) apresentaram-se sintomáticos para a doença (Tabela 4).

Em relação às características clínicas e laboratoriais dos dados do relacionamento das bases de sífilis em gestantes e sífilis congênita, foram identificados 21 casos de SG que tiveram desfecho para SC. Destes, 15 (71%) tiveram VDRL reagente no momento do parto e em 6 (28%) não foi realizado. Quanto ao tratamento materno, em apenas 5 (24%) o tratamento foi considerado adequado, inadequado em 8 (38%) e em 8 (38%) o tratamento não foi realizado. Além disso, 13 (61%) dos parceiros não foram tratados. Quanto ao desfecho dos casos, 18 (85%) nasceram vivos, houve 1 (4%) de óbito por sífilis congênita, 1 (4%) óbito por outras causas e 1 (4%) natimorto (Tabela 5).

*continuação.

Tabela 3 - Análise da assistência pré-natal das mães, cujos filhos tiveram sífilis congênita, e dados relativos ao parto/curetagem

Características (n*)	Mãe n (%)
Pré-natal na gestação (56)	
Não	8 (14,3)
Sim	48 (85,7)
Diagnóstico de sífilis materna (55)	
Durante o pré-natal	40 (72,7)
No momento do parto/curetagem	10 (18,2)
Após o parto	4 (7,3)
Não realizado	1 (1,8)
VDRL no momento do parto (56)	
Reagente	43 (76,8)
Não reagente	1 (1,8)
Não realizado	11 (19,6)
Ignorado	1 (1,8)
FTA-abs no momento do parto (56)	
Reagente	46 (82,1)
Não realizado	9 (16,1)
Ignorado	1 (1,8)
Tratamento durante o pré-natal (56)	
Adequado	6 (10,7)
Inadequado	25 (44,6)
Não realizado	24 (42,9)
Ignorado	1 (1,8)
Tratamento do parceiro (56)	
Não	34 (60,7)
Sim	12 (21,4)
Ignorado	10 (17,9)

Símbolos: (n*) número total. Abreviaturas: SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação; VDRL (sigla de Venereal Disease Research Laboratory). Fonte: SINAN, adaptado e analisado pelos autores.

Tabela 4 - Dados relativos ao nascimento e a assistência neonatal dos recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita no HUCAM-ES, entre 2015 a 2017

Características (n*)	Criança n (%)
Idade (56)	
Até 24 horas de vida	25 (44,6)
1-7 dias	30 (53,6)
6 meses	1 (1,8)
Tratamento (56)	
Penicilina G	38 (67,9)
Outro tratamento	13 (23,1)
Não realizado	5 (9)
Desfecho do caso (56)	
Vivo	52 (92,9)
Óbito por sífilis congênita	1 (1,8)
Óbito por outras causas	1 (1,8)
Natimorto	2 (3,6)

*continua.

Diagnóstico final (56)	
Sífilis congênita recente	50 (89,3)
Natimorto	2 (3,6)
Descartado	4 (7,1)
Diagnóstico clínico (56)	
Assintomático	43 (76,8)
Sintomático	11 (19,6)
Não se aplica	2 (3,6)
VDRL do sangue periférico (56)	
Reagente	44 (78,6)
Não reagente	8 (14,3)
Não realizado	4 (7,1)
VDRL líquido (56)	
Reagente	1 (1,8)
Não reagente	34 (60,7)
Não realizado	20 (35,7)
Ignorado	1 (1,8)
Alteração liquórica (56)	
Reagente	1 (1,8)
Não reagente	35 (62,5)
Não realizado	19 (33,9)
Ignorado	1 (1,8)
Alteração no exame dos ossos longos (56)	
Sim	3 (5,4)
Não	42 (75)
Ignorado	11 (19,6)
Icterícia (56)	
Sim	7 (12,5)
Não	47 (83,9)
Não se aplica	2 (3,6)
Anemia (56)	
Sim	1 (1,8)
Não	53 (94,6)
Não se aplica	2 (3,6)
Esplenomegalia (56)	
Sim	2 (3,6)
Não	52 (92,8)
Não se aplica	2 (3,6)
Hepatomegalia (56)	
Sim	3 (5,4)
Não	51 (91)
Não se aplica	2 (3,6)
Osteocondrite (56)	
Sim	1 (1,8)
Não	50 (89,2)
Não se aplica	2 (3,6)
Ignorado	3 (5,4)

Símbolos: (n*) número total. Abreviaturas: SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação; VDRL (sigla de Venereal Disease Research Laboratory). Fonte: SINAN, adaptado e analisado pelos autores.

Tabela 5 - Características clínicas, laboratoriais e desfecho dos casos de sífilis gestacional e congênita no HUCAM-ES, entre 2015 a 2017

Características (n*)	n (%)
VDRL no parto (21)	
Reagente	15 (71,4)
Não realizado	6 (28,6)
Título VDRL (15)	
≤ 8	6 (40)
>8	9 (60)
Tratamento no pré-natal (21)	
Adequado	5 (24)
Inadequado	8 (38)
Não realizado	8 (38)
Tratamento parceiro (21)	
Não	13 (61,9)
Sim	7 (33,3)
Ignorado	1 (4,8)
Desfecho do caso (21)	
Vivo	18 (85,6)
Óbito por sífilis congênita	1 (4,8)
Óbito por outras causas	1 (4,8)
Natimorto	1 (4,8)

Símbolos: (n*) número total. Abreviaturas: SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação; VDRL (sigla de Venereal Disease Research Laboratory). Fonte: SINAN, adaptado e analisado pelos autores.

DISCUSSÃO |

A transmissão da sífilis de mãe para o filho continua a ser um importante problema de saúde pública global, e a eliminação da sífilis congênita é uma das metas prioritárias da Organização Mundial de Saúde. Uma das atividades preconizadas para o alcance dessas metas é a realização do tratamento adequado durante o pré-natal³. Todavia, os dados analisados revelaram que apenas 55% das gestantes receberam o tratamento adequado de sífilis durante o pré-natal, e apenas 21% das parcerias realizaram o tratamento concomitantemente à gestante. Tais dados refletem o não cumprimento das ações estratégicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, apontando para um elevado risco da transmissão vertical da sífilis (TV)^{2,3}.

Este estudo teve algumas limitações. Primeiro, o fato de serem utilizados dados secundários, que dificulta a análise devido ao preenchimento incompleto das fichas de notificação. Outra limitação está relacionada ao tamanho

de amostras reduzido, em um curto período de tempo, fato que não permite análises estatísticas pela falta de poder do estudo. Todavia, o estudo possui informações suficientes para entender algumas peculiaridades da prevalência de sífilis gestacional e congênita em uma parte da população atendida no Hospital Universitário.

Em relação às características sociodemográficas, observa-se que a maioria das gestantes se classificaram como pardas, jovens e possuíam baixa escolaridade, semelhantes aos dados encontrados em outros estudos^{16,17,18}. Os resultados apurados demonstraram uma frequência de 22,5% de adolescentes portadoras de SG, destacando a importância de direcionar a atenção para o rastreamento da doença nos segmentos mais jovens da população, promovendo atividades de educação em saúde com vista à prevenção e realização de testes rápidos para a sífilis^{4,19}.

Neste estudo foi observado que o grau de escolaridade de 30% da amostra estava entre 5 e 8 anos de estudos, o que corresponde ao ensino fundamental completo ou incompleto. Alguns autores afirmam haver associação entre a escolaridade materna como um fator de risco para maior prevalência da sífilis e a baixa adesão ao tratamento^{20,21,22}. Cabe ressaltar que a baixa escolaridade pode estar relacionada ao acesso restrito aos serviços de saúde, conhecimento limitado acerca do processo saúde-doença, bem como no manejo de prevenção e fatores de risco, evidenciando uma maior exposição às infecções sexualmente transmissíveis^{23,24}.

Para o controle da sífilis na gestação, bem como a prevenção do desfecho em sífilis congênita, é necessário um atendimento pré-natal de qualidade com foco no diagnóstico e tratamento oportuno, acesso aos exames laboratoriais, educação em saúde e busca ativa dos casos, evidenciando o papel da Atenção Primária à Saúde (APS)^{25,19}. Os dados apontaram que, mesmo em seguimento do pré-natal, 75% das gestantes não realizaram o VDRL no tempo oportuno, conforme preconizado, sendo diagnosticadas no terceiro trimestre gestacional. Das mulheres que realizaram o tratamento durante o pré-natal, a maior parte foi considerada com esquema inadequado. Tal dado pode indicar falhas no acesso aos exames laboratoriais no tempo oportuno, dificultando no diagnóstico, ou até mesmo resistência dos profissionais quanto ao manejo adequado do esquema de tratamento, fato confirmado por alguns estudos^{26,27}.

No que diz respeito ao tratamento da parceria sexual, em 60% dos casos não foi realizado tratamento, o que nos mostra um dos problemas relacionados ao cuidado pré-natal em gestantes com sífilis confirmada, e em alguns estudos foram encontrados resultados semelhantes^{2,16,23,27}. Quando não há tratamento do parceiro, o papel da APS se torna ainda mais importante, uma vez que deve estar atenta às possíveis reinfecções que retardam o processo de cura, e da realização de educação em saúde com o intuito de abolir a resistência para a adesão ao tratamento e reafirmando sua importância^{12,16,19}.

A assistência da APS é fundamental no desenvolvimento de atividades de promoção à saúde e prevenção de riscos à gestante e ao concepto. Dentre as principais atividades, estão incluídas as ações de diagnóstico e tratamento. A não realização do tratamento adequado das gestantes, bem como das parcerias sexuais, pode ter como desfecho abortamentos, natimortalidade e prematuridade^{1,3,8}. Um estudo qualitativo apontou as barreiras que interferem no tratamento das parcerias sexuais das gestantes com sífilis, e foram relatadas: grau de escolaridade, conhecimento limitado acerca da doença, administração do medicamento, dentre outras²⁸. Além disso, alguns estudos relatam a dificuldade da participação do pai durante o pré-natal, e isso evidencia a persistência da baixa adesão ao tratamento das parcerias^{28,29}.

Dos recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita, foi observado que grande número dos casos se apresentaram assintomáticos para a doença. Dados que reforçam as afirmações de que as manifestações clínicas precoces podem surgir em menores de dois anos, ou mesmo manifestações tardias após essa idade, trazendo inúmeras consequências para a criança ao longo da vida³⁰. Diante disso, é importante enfatizar que, a despeito da ausência de sintomas ao nascimento, é indispensável seguir intensivamente os protocolos para tratamento da sífilis congênita, uma vez que, quando as crianças são diagnosticadas e tratadas precocemente, melhor será seu prognóstico³⁰.

É importante ressaltar que a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em algumas áreas no Espírito Santo encontra-se em crescimento, mas ainda se apresenta insuficiente, sendo fundamental a continuidade da expansão para gerar uma efetiva resposta ao problema de sífilis no Estado³¹. É necessário que haja uma maior atenção às medidas de controle da doença, bem como a diminuição da

subnotificação desse agravo, para que se possam direcionar os planejamentos em saúde e assim despertar ainda mais a atenção dos profissionais e da população acerca da sífilis.

CONCLUSÃO |

O perfil epidemiológico apontou predominância de mulheres jovens, pardas e com baixa escolaridade, além de um considerável número de mães e parceiros que não realizaram tratamento adequadamente, fatores que podem ter contribuído para o desfecho em sífilis congênita nos recém-nascidos e evidencia dificuldades no alcance da meta de eliminação da SC estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (0,5 ou menos casos / 1.000 nascidos vivos).

Os dados apresentados apontam a necessidade de incluir manejos clínicos diferenciados para essa população, bem como melhorias na assistência pré-natal, quanto às medidas preventivas, educação em saúde, diagnóstico e tratamento oportuno. Estudos adicionais nas populações afetadas por SG e SC no Espírito Santo podem contribuir para o desenvolvimento de políticas visando à prevenção desses agravos.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Guia de vigilância em saúde. Brasília: MS; 2017.
2. Reis GJ, Barcellos C, Pedrosa MM, Xavier DR. Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Caderno de Saúde Public. 2018; 34(9).
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil. Brasília: MS; 2017.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Boletim Epidemiológico. Sífilis 2018. Brasília: MS; 2018.

5. Yajie Wang MPH et al. Risk Factors for Congenital Syphilis Transmitted from Mother to Infant – Suzhou, China, 2011-2014. *MMWR*. 2019; 68(10). 2017 Jun 7; cited 2019 May 20]. Available from: <http://www2.ebserh.gov.br/>.
6. WHO. World Health Organization. Global Health Observatory data repository. Antenatal care attendees who were positive for syphilis Data by country. Geneva: WHO; 2017. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1359STI?lang=en>. Accessed 24 Aug 2019.
7. Kojima, Noah; Klausner Jeffrey D. An Update on the Global Epidemiology of Syphilis. *Curr Epidemiol Rep*. 2018, 5(1): 24-38.
8. Cooper JM et al. Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil – Mais avanços são necessários! *Revista Paulista de Pediatria*. 2016; 34(3): 251-253.
9. Bezerra MLMB et al. Congenital Syphilis as a Measure of Maternal and Child Healthcare, Brazil. *Emerging Infectious Diseases*. 2019, 8(25).
10. WHO. World Health Organization. Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections 2016-2021. Geneva: WHO; 2016.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da sífilis. Brasília: MS; 2016.
12. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Junior PRBS, Leal MC. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. *Revista de Saúde Pública*. 2014; 4(5): 766-774.
13. Silva MAM, Mesquita ALM, Martins KMC, Naka AAR, Vasoncelos MN, Junior DGA. Profile of pregnant women diagnosed with syphilis. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2017;29(2): 54-58.
14. Gonçalves J, Primo CC, Rabbi GMS, Castro DS. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita de um Hospital Universitário – 2004 a 2008. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2011;13(2): 49-55.
15. EBSEH. gov [homepage on the Internet]. Hucam é referência no SUS para gravidez de alto risco. [updated 2017 Jun 7; cited 2019 May 20]. Available from: <http://www2.ebserh.gov.br/>.
16. Cardoso ARP et al. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciência & Saude Coletiva*. 2018; 23(2): 563-574.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Brasília: MS, 2018.
18. Neto SES, Silva SSBE, Sartori AMC. Syphilis in pregnancy, congenital syphilis, and factors associated with mother-to-child transmission in Itapeva, São Paulo, 2010 to 2014. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2018; 51(6): 819-826.
19. Albornoz M, Lazarte S. Prevalencia de sífilis en puerperas sin control serologico em el ultimo mes de getacion y estudio de su relacion com factores de riesgo. *Rev Argent Salud Publica*. 2018; 9(35): 25-32.
20. Cunha ARC, Merchán-Hamann E. Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. *Revista Panamericana de Saúde Publica*. 2015; 38(6): 479-86.
21. Silva IMD et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita. *Revista de Enfermagem*. 2019; 13(3): 604-13.
22. Vasconcelos MIO et al. Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da Atenção Básica para o tratamento simultâneo do casal. *Revista Brasileira de Promoção à Saúde*. 2016; (29): 85-92.
23. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis Gestacional e Congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*. 2017; 26(2):255-264.
24. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010 a 2013. *Epidemiologia dos serviços de saúde*. 2015; 24(4): 681-94.
25. Lafetá, KRG, Júnior HM, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2016; 19(1): 63-74.

26. Guanabara MAO et al. Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. *Revista de saúde pública*. 2017, 19(1): 73-78.
27. Toldo MKS, Menegazzo LS, Souto AS. A Recrudescência da Sífilis Congênita. *Arq Catarin Med*. 2018, 47(1): 02-10.
28. Figueiredo MSN et al. Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. *Rev Rene*. 2015 maio-jun; 16(3):345-54.
29. Holanda SM et al. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. *Texto Contexto Enferm*, 2018; 27(2):e3800016
30. Feliz MC et al. Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2016, 19(4): 727-739.
31. SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Governo do Estado do Espírito Santo. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Vitória-ES, 2016.

Correspondência para/ Reprint request to:

Brunna Lauret da Silva

Rua Acioli Firme, 44,

Cariacica Sede, Cariacica/ES, Brasil

CEP: 29156-045

E-mail: enf.brunnalauret@gmail.com

Recebido em: 10/12/2019

Aceito em: 01/10/2020

Giuliana Tustler Nogueira¹
Juliana Machado Barroso Xavier¹
Claudia Mendonça Reis¹
Leonardo Luiz Moreira Guimarães¹
Iandara de Lima Scardini²
Francisco Carlos Ribeiro¹

Manejo cirúrgico de incisivo central superior com retentor intraradicular e periodontite apical crônica: 12 meses de acompanhamento

| Surgical management of maxillary central incisor with intraradicular retainer and chronic periapical lesion: a 12-month follow-up

RESUMO | Introdução:

A cirurgia periapical é uma das opções de tratamento utilizadas em casos de falha da terapia endodôntica, principalmente nos casos associados a bactérias localizadas em áreas inacessíveis ao sistema imunológico.

Objetivo: *Este relato de caso apresenta o manejo cirúrgico de um paciente do sexo masculino, 17 anos, com uma lesão periapical envolvendo os ápices radiculares dos elementos 21 e 22, com histórico de trauma.*

Métodos: *O elemento 21 apresentava tratamento endodôntico e restauração com retentor intraradicular, enquanto o elemento 22 respondeu positivamente ao teste de sensibilidade pulpar. Exames clínico, radiográfico e tomográfico foram utilizados para a elaboração do plano de tratamento.*

O tratamento cirúrgico foi realizado no elemento 21, com apicectomia, realização do retropreparo e retrobturação com Agregado Trióxido Mineral (MTA). Resultados:

Os exames histopatológicos indicaram cisto periodontal apical. As avaliações radiográficas e tomográficas pós-operatórias demonstraram reparo tecidual na área acometida, enquanto o exame clínico não mostrou sinais e sintomas de insucesso. Além disso, os testes evidenciaram a preservação da sensibilidade pulpar do dente 22. Conclusão: O estabelecimento de diagnóstico e planejamento adequados são fatores importantes para o sucesso do tratamento cirúrgico.

Palavras-chave | Diagnóstico:

Endodontia; Cirurgia Oral; Cisto radicular; Apice radicular

ABSTRACT | Introduction: Periapical surgery is one of the options used to treat root canal therapy failure cases mostly associated with residual bacteria located in areas inaccessible to the immune system. **Objective:** This case report presents the surgical management of a 17-year-old male patient with periapical lesion involving root apices of teeth #9 and #10, with history of trauma. **Methods:** Tooth #9 was subjected to endodontic treatment and restoration with intraradicular retainer, whereas tooth #10 has positively responded to pulp sensitivity test. Clinical, radiographic and tomographic exams were used to determine treatment plan. **Results:** Thus, surgical management applied to the lesion was associated with apicoectomy, retro-end cavity and retro-end filling, as well as with Mineral Trioxide Aggregate (MTA) of tooth #9. Histopathological examinations have shown apical periodontal cyst. Postoperative radiographic and tomographic evaluations have shown tissue repair in the injured area, whereas clinical examination did not show any signs and symptoms of failure, although it showed pulp vitality preservation in tooth #10. **Conclusion:** Therefore, it is possible concluding that establishing proper diagnosis and planning are major factors enabling successful surgical therapy.

Keywords | Diagnosis; Endodontics; Oral Surgery; Radicular Cyst; Tooth Apex.

¹Federal University of Espírito Santo. Vitória/ES, Brazil.

²University of São Paulo. São Paulo/SP, Brazil.

INTRODUCTION |

Periapical surgery comprises a set of procedures aimed at overcoming complications resulting from root canal treatments or from their failure¹. Intra- and extraradicular biofilm associated with anatomical complexities and morphological changes caused by inflammatory dental resorption, as well as by iatrogenic and dental traumas, can lead to root canal therapy failure²⁻⁴. Among the reasons for periapical surgery prescriptions, one finds: persistent symptomatology, conventional retreatment contraindication, anatomical complications, iatrogenic issues, failure in previous treatments and referral to biopsy¹.

Apical cyst is a pathological cavity fully surrounded by non-keratinized stratified squamous epithelium of different thickness in a 3-dimensional structure in apical periodontitis lesion⁵. According to the World Health Organization, apical cysts (true or pocket) are classified as inflammatory and non-neoplastic lesions⁶. They are mostly asymptomatic; thus, they are often discovered through routine radiographic examinations. They present slow growth rate and, once they reach larger dimensions, they expand the external cortical bone and lead to hard and painless swelling, except at palpation time^{4,5}. The prevalence of cysts, abscesses and granulomas reaches 15%, 35% and 50%, respectively⁷. Sixty-one percent (61%) of cysts are true apical cysts, whereas 39% of them are apical pocket cysts⁷. Some authors have suggested that pocket cysts may heal after root channel therapy; however, true cyst healing is less likely to happen^{4,7}.

On the other hand, histopathological examination is the only way the diagnosis process can be concluded, since these pathologies have similar radiographic features, although larger lesions tend to present increased incidence of cysts⁸. Cone beam computed tomography (CBCT) presents significantly higher diagnostic accuracy in periapicopathy cases than periapical radiography⁹. CBCT images enable better periapical lesion evaluation and healing than periapical radiographs; therefore, CBCT using is recommended as valuable tool for endodontic microsurgeries¹⁰.

The present case report describes a surgical therapy applied to Apical Periodontal Cyst associated with root apices of teeth #9 and #10, with the aid of imaging and histological exams.

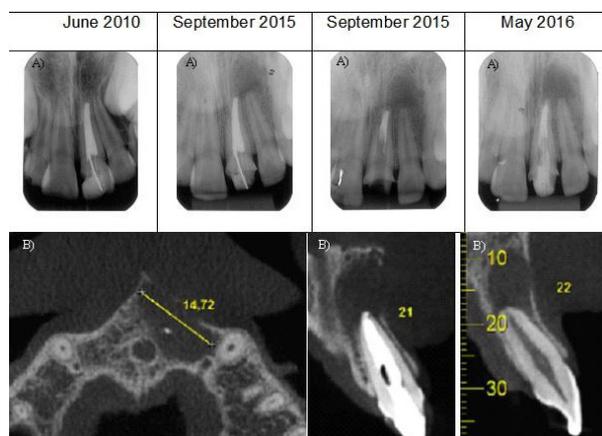
CASE REPORT |

This case report was approved by the Ethics Committee of Federal University of Espírito Santo (UFES) (protocol number 61901916.8.0000.5060). A 17-year-old male patient sought the Endodontics Department at UFES, Espírito Santo State, Brazil, after he was referred by his dentist for CBCT evaluation; CBCT image suggested Apical Periodontal Cyst extending between the roots of teeth #9 and #10. The patient reported traumatic accident at the age of 9, when he fractured the incisal portion of tooth #8 and half the crown of tooth #9 (involving buccal, mesial, palatal and incisal surfaces), although there was no bleeding, pain or any other symptom type. Tooth #9 was subjected to endodontic treatment and restored with composite resin (Figure 1A).

Clinical examinations did not show changes. Pulp sensitivity test was performed and tooth #10 has positively responded to it; similar response was observed for the other teeth. Tomographic report has described well-delimited hypodense image depicting rounded and expansive shape and causing cortical bone discontinuity. Such a shape was associated with the roots of teeth #9 and #10, which compromised the apical region of tooth #10, and suggested large cyst-like periapical lesion and / odontogenic tumor (Figure 1B).

Based on clinical, radiographic and tomographic findings, treatment plan included surgical management of tooth #9

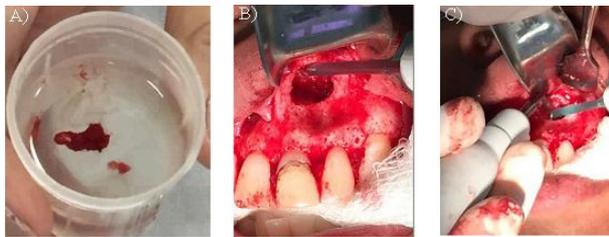
Figure 1 - A) radiographic images of tooth #9, which was subjected to endodontic treatment due to dental trauma; B) CBCT images showing hypodense area surrounding root apices of teeth #9 and #10 with discontinuity of buccal cortical bone



and evaluation of tooth #10, *in-situ*. Patient's legal guardian has signed an informed consent form before treatment.

Surgery was performed based on the anterior superior alveolar (both sides) and nasopalatine anesthetic techniques; triangular incision was performed from tooth #8 to #11. Tissue divulsion was performed and the periradicular region was accessed through bone window. A 1016 diamond spherical bur (KG Sorensen, Cotia, São Paulo, Brazil) was used under high rotation and constant jet of sterile serum. The lesion was removed with the aid of Serrated Lucas #86 Bone Curette (Quinelato, Rio Claro, São Paulo, Brazil). After specimen enucleation was complete, it was placed in 10% formalin solution and sent to pathology laboratory for histopathological diagnosis (Figure 2A).

Figure 2 - A) Inflammatory tissue removed from the surgical area; B) Apicoectomized element 9; and in C) Root-end preparation



Apicoectomy was performed with 28-mm Zekrya drill (Dentsply Maillefer Ballaigues, Switzerland) at high rotation speed under abundant irrigation - 3mm of root apex was cut at angle of approximately 45° in relation to its long axis (Figure 2B). Root-end cavity was performed by using diamond-coated ultrasonic tip (Gnatus, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil) at approximately 3mm (in depth); the cavity was filled with Mineral Trioxide Aggregate - MTA (Angelus) (Figure 2C). Flap was repositioned and sutured

with nylon 5.0 (Ethicon, Johnson & Johnson, Somerville, New Jersey, USA). The surgery was performed by an experienced endodontist.

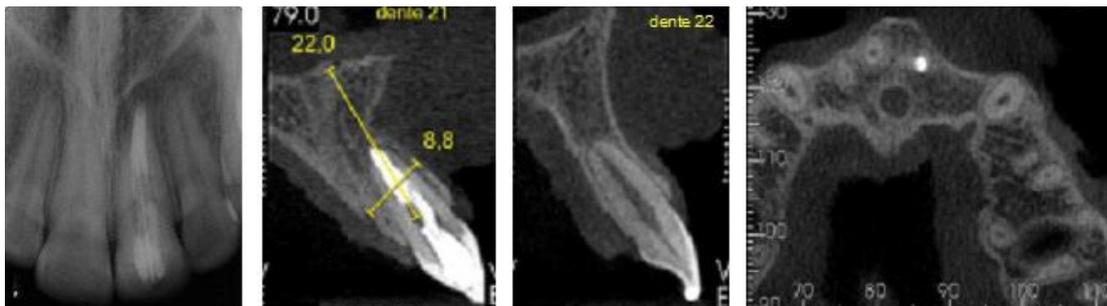
Histopathological examination was performed at the Oral Diagnosis Center – (ODC / Federal University of Espírito Santo) and it showed connective capsular tissue presenting deep inflammatory mononuclear and polymorphonuclear infiltrate, which was sometimes focal subepithelial, epithelial or diffuse. Hyperplastic stratified epithelium, disorganized in some places, was observed on the surface of some fragments. The patient was diagnosed with chronic inflammatory process compatible to Apical Periodontal Cyst.

The follow-up period lasted 6 to 12 months (Figure 3). Clinical and radiographic examinations were performed at 6 months. Results have shown signs of repair, as well as pulp vitality preservation in tooth #10. One year after surgery, the patient returned for reevaluation. New exams were requested, including CBCT (i - CAT, Cone Beam 3D imaging, KaVo, USA). Intraoral examinations did not show changes, tooth mobility was normal and there was no sensitivity to palpation and percussion. Tooth #10 presented preserved pulp vitality. Based on CBCT evaluation, it was possible seeing that the area previously damaged by bone neoformation was repaired, which suggested lack of infectious process (Figure 3).

DISCUSSION |

According to the World Health Organization, apical periodontal cyst is an inflammatory lesion⁶, whose main etiology lies on bacterial infection in the root canal

Figure 3 - Radiographic and tomographic examinations showing recovery in the area previously injured by bone neoformation. This image suggests infectious process remission, 12 months after surgical procedures



system, which is inaccessible to the immune system^{4,5,8}. Consequently, the conventional treatment applied to teeth with pulp necrosis and chronic periapical infections remains a challenge to dental surgeons. The present case report describes the surgical therapy applied to Apical Periodontal Cyst in tooth with intraradicular retainer.

Bacterial leakage is the main etiopathogenic factor, since bacteria can reach the entire root canal system, either in planktonic form or organized in biofilms, as well as colonize resorption areas on the external root surface³. These resorption areas on the apical root surface are often seen in approximately 72.5% of teeth with chronic periapical lesions². These findings support the technical limitation in solving certain cases through conventional endodontic therapy.

CBCT plays a key role in diagnosis and clinical-surgical planning processes; however, it is worth emphasizing that it is a complementary tool and, therefore, an aid in diagnosis. Subjective and objective semiology are mandatory, despite all technological advances. In this particular case, pulp sensibility test was essential to help preserving pulp vitality in tooth #10, although tomographic images have strongly suggested that the tooth was compromised. According to a previous study, CBCT has shown larger number of images than panoramic radiographs indicating intraosseous lesions¹¹. However, CBCT images present low diagnostic accuracy in comparison to histopathological examinations^{9,12}.

Surgical treatment is an option in cases where conventional endodontic treatment has failed and endodontic retreatment is impracticable¹. With respect to surgical technique, it is consensus among researchers that the apex cut should be 3mm in size at 90° angle in order to reduce the exposure of dentinal tubules and, consequently, to prevent bacterial leakage and colonization^{1,13}. According to Pereira *et al.*¹⁴, ultrasonic tips used in root-end filling preparation are a major advance in periapical surgeries, since they produce cavities with centralized parallel walls, with at least 2.5mm (in depth) in comparison to spherical diamond burs.

Periapical surgery procedures have reached significantly successful rates in the last two decades after MTA was introduced as retro-filling material, due to its unquestionable biological properties. Studies have shown high prevalence (92.5%) of successful periapical surgeries based on MTA using¹⁵ in comparison to cases where composite resin was used with retro-filling material¹⁶. New formulations of

tricalcium silicate-based materials with better physical, chemical, and biological properties have been introduced in the market. These material do not require long setting time and have better handling properties than MTA^{17,18}, which makes this treatment option feasible and easier to be performed. A previous study has shown that Endosequence Bioceramic Root Repair Material (92.6%) using in retro-fillings presented better results than MTA (75.0%)¹⁹. This preliminary study has shown perspectives towards bioceramics using as retro-filling material alternative to MTA. Thus, bioceramics may be the material of choice in these cases, although further clinical studies should be conducted to confirm such an assumption.

The follow-up in case of surgical procedures can last from 16 weeks to five years. Despite the short preservation period (1 year) observed in the current study, it was possible seeing evidence of healing in the injured area, according to previously established criteria^{10,20,21}. This outcome enables suggesting that well-indicated periapical surgeries present high predictability rate of success. The period of follow-up is a limitation of the present study and the patient remains under monitoring.

CONCLUSION |

Despite the short preservation period, the current case report suggested that periapical surgery is a feasible alternative to treat teeth affected by persistent inflammatory periapical lesions after conventional endodontic therapy. Therefore, it is essential performing careful diagnosis and adequate planning to enable successful surgical therapy.

REFERENCES |

1. Lieblich SE. Current Concepts of Periapical Surgery. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2015;27(3):383-92.
2. Vier-Pelisser FV, de Figueiredo JA, Reis So MV, *et al.* Apical resorption in teeth with periapical lesions: correlation between radiographic diagnosis and SEM examination. *Aust Endod J.* 2013;39(1):2-7.
3. Ribeiro FC, Consolaro A, Pinheiro TN. Bacterial distribution in teeth with pulp necrosis and apical

- granuloma. *International Journal of Experimental Dental Science*. 2013;2(2):86-91.
4. Karamifar K, Tondari A, Saghiri MA. Endodontic Periapical Lesion: An Overview on the Etiology, Diagnosis and Current Treatment Modalities. *Eur Endod J*. 2020;5(2):54-67.
 5. Lin LM, Ricucci D, Lin J, et al. Nonsurgical root canal therapy of large cyst-like inflammatory periapical lesions and inflammatory apical cysts. *J Endod*. 2009;35(5):607-15.
 6. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. *Histological typing of odontogenic tumours*. 2 ed. Germany: Springer-Verlag; 1992.
 7. Ramachandran Nair PN, Pajarola G, Schroeder HE. Types and incidence of human periapical lesions obtained with extracted teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1996;81(1):93-102.
 8. Tsesis I, Krepel G, Koren T, et al. Accuracy for diagnosis of periapical cystic lesions. *Sci Rep*. 2020;10(1):14155.
 9. Kanagasingam S, Lim CX, Yong CP, et al. Diagnostic accuracy of periapical radiography and cone beam computed tomography in detecting apical periodontitis using histopathological findings as a reference standard. *Int Endod J*. 2017;50(5):417-26.
 10. Schloss T, Sonntag D, Kohli MR, et al. A Comparison of 2- and 3-dimensional Healing Assessment after Endodontic Surgery Using Cone-beam Computed Tomographic Volumes or Periapical Radiographs. *J Endod*. 2017;43(7):1072-9.
 11. Mao WY, Lei J, Lim LZ, et al. Comparison of radiographical characteristics and diagnostic accuracy of intraosseous jaw lesions on panoramic radiographs and CBCT. *Dentomaxillofac Radiol*. 2020:20200165.
 12. Rosenberg PA, Frisbie J, Lee J, et al. Evaluation of pathologists (histopathology) and radiologists (cone beam computed tomography) differentiating radicular cysts from granulomas. *J Endod*. 2010;36(3):423-8.
 13. Lin S, Platner O, Metzger Z, et al. Residual bacteria in root apices removed by a diagonal root-end resection: a histopathological evaluation. *Int Endod J*. 2008;41(6):469-75.
 14. Pereira TP, Ribeiro FC, Peçanha M, et al. Estudo comparativo dos retropreparos realizados com brocas esféricas diamantadas em alta rotação e pontas ultrassônicas. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2010;12(1):19-25.
 15. Torabinejad M, Moazzami SM, Moaddel H, et al. Effect of MTA particle size on periapical healing. *Int Endod J*. 2017;50 Suppl 2:e3-e8.
 16. von Arx T, Hanni S, Jensen SS. 5-year results comparing mineral trioxide aggregate and adhesive resin composite for root-end sealing in apical surgery. *J Endod*. 2014;40(8):1077-81.
 17. Alqedairi A. Non-Invasive management of invasive cervical resorption associated with periodontal pocket: A case report. *World J Clin Cases*. 2019;7(7):863-71.
 18. Kaup M, Schafer E, Dammaschke T. An in vitro study of different material properties of Biodentine compared to ProRoot MTA. *Head Face Med*. 2015;11:16.
 19. Chen I, Karabucak B, Wang C, et al. Healing after root-end microsurgery by using mineral trioxide aggregate and a new calcium silicate-based bioceramic material as root-end filling materials in dogs. *J Endod*. 2015;41(3):389-99.
 20. Safi C. *A Multivariate Analysis of the Outcome of Endodontic Microsurgery Using MTA or ERRM as Root-End Filling Material: A Randomized Clinical Trial With Cone-Beam Computed Tomography Evaluation*. Pennsylvania: University of Pennsylvania; 2015.
 21. Zuolo ML, Ferreira MO, Gutmann JL. Prognosis in periradicular surgery: a clinical prospective study. *Int Endod J*. 2000;33(2):91-8.

Reprint request to/Correspondência para:

Iandara de Lima Scardini

Avenida Braúna, 264,

Colina de Laranjeiras, Serra/ES, Brazil

CEP: 29167-124

e-mail: iandara.scardini@gmail.com

Submitted: 06/01/2020

Accepted: 21/10/2020

**Judicialization of medicines:
a systematic review of the
literature in Brazil between
the years 2015 and 2019**

**| Judicialização de medicamentos: uma
revisão sistemática da literatura no
Brasil entre os anos de 2015 e 2019**

ABSTRACT | Introduction:

*The judicialization of health, especially regarding the requisition of medicines, has become popular throughout the country, in which those who feel denied the right to access health, seek justice through the guarantee of access. However, sometimes judicialization for individual purposes starts to reverse the logic of the principles of the Unified Health System when it privileges only one individual and not the need for the collective. This context reflects weak points in public policies, which call for solutions that facilitate access to pharmaceutical assistance and minimize costs arising from judicialization. **Objective:***

To identify studies about the judicialization of health, with a focus on medicines supply.

Methods: *This is a systematic review study based on Methodi Ordinatio, carried out in Scopus, Scielo and Science Direct databases, considering the years 2015 to 2019.*

Results: *Of the total of 706 articles 16 were selected originating four categories: authors profile, characteristics of the causes, cost of medication judicialization and issues that permeate medication judicialization. Mostly Brazilian studies, with lawsuits filed by different age groups requesting low and high-cost drugs, predominantly for chronic diseases. **Conclusion:** The interference of the judiciary in the access to medicines aims to guarantee the right to health, but it interferes principles of the health system. The judicialization of medicines has been growing in the country, establishing the conflict between right to health guaranteed by the Federal Constitution and structuring of services for its effectiveness.*

Keywords | *Judicialization of health;
Judicialization of access to medicines;
Righttohealth.*

RESUMO | Introdução: A judicialização da saúde, principalmente quanto à requisição de medicamentos, tem se tornado popular em todo o país, em que aqueles que se sentem com o direito de acesso à saúde negado buscam por meio da justiça a garantia do acesso. No entanto, por vezes a judicialização com fins individuais passa a inverter a lógica dos princípios do Sistema Único de Saúde quando privilegia apenas um indivíduo, e não a necessidade do coletivo. Esse contexto reflete pontos frágeis das políticas públicas, que pedem por soluções que facilitem o acesso à assistência farmacêutica e minimizem os custos provenientes da judicialização. **Objetivo:** Identificar estudos acerca da judicialização da saúde, com enfoque no fornecimento de medicamentos. **Métodos:** Trata-se de uma revisão sistemática a partir do Methodi Ordinatio, realizado nas bases Scopus, Scielo e Science Direct, considerando os anos de 2015 a 2019. **Resultados:** Do total de 706 artigos, 16 foram selecionados, dando origem a quatro categorias: perfil dos autores, características das ações, custo da judicialização de medicamentos e questões que permeiam a judicialização de medicamentos. Estudos majoritariamente brasileiros, com ações impetradas por diferentes faixas-etárias solicitando medicamentos de baixo a alto custo, predominantemente para doenças crônicas. **Conclusão:** A interferência do judiciário no acesso a medicamentos visa garantir o direito à saúde, mas fere princípios do sistema de saúde. A judicialização de medicamentos vem crescendo no país, estabelecendo o conflito entre o direito à saúde garantido pela Constituição Federal e a estruturação dos serviços para sua efetivação.

Palavras-chave | Judicialização da saúde; Judicialização do acesso a medicamentos; Direito à saúde.

¹Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa/PR, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A Constituição Cidadã promulgada no ano de 1988 consagrou a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantindo legalmente por meio de políticas sociais e econômicas o acesso igualitário às ações e serviços e à redução do risco de doença, entre outros agravos¹. Com efeito, a garantia constitucional abrange o direito do cidadão ao recebimento de medicamentos, inclusive de forma gratuita, desde que prescritos por médico à pessoa portadora de doença e desprovida de recursos financeiros para custear o tratamento¹.

Para Camargo Junior², medicamentos estão no rol de tecnologias consideradas essenciais mais utilizadas e requisitadas no setor da saúde, sendo também importantes indicadores sanitários, trazendo contribuições valorosas nesse setor. Paralelamente a esse panorama, recente revisão sistemática aponta que o acesso a medicamentos de baixo a alto custo formam a maioria dos processos envolvendo a judicialização da saúde³.

A garantia do direito à assistência farmacêutica no ordenamento jurídico brasileiro, a partir da Constituição de 1988, deu vazão a um aumento das demandas judiciais para efetivação desse direito em meados dos anos 1990, em busca do tratamento com terapia antirretroviral aos portadores do vírus do HIV⁴. Esse fenômeno vem sendo chamado de judicialização da assistência farmacêutica, e tem se tornado um desafio para todos os entes federativos, considerando que as ações judiciais, muitas vezes, são movidas em face da União, Estado e Municípios, e vem crescendo ao longo dos anos⁵.

Nesse contexto, o crescimento das demandas judiciais inerentes à saúde tem imposto gastos inesperados aos orçamentos nas esferas municipais, estaduais e federais, gerando por vezes grande impacto à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)⁶. A crítica que se apresenta na interferência do Poder Judiciário é que este põe em xeque a própria existência e efetividade da política pública de saúde, desorganizando a atividade administrativa e impedindo a alocação racional dos escassos recursos públicos⁷.

Macedo et al.⁸ apontam que a judicialização não deveria se apresentar como uma via de acesso a medicamentos, entretanto torna-se compreensível que o trâmite judicial ocorra quando o fornecimento previsto nas políticas públicas não está sendo devidamente garantido. A trajetória

percorrida pelo cidadão para a obtenção de medicamento nas esferas administrativas e judicial é deveras sinuosa, muitas vezes permeada pela lentidão, resultando em longo período de espera do usuário até o efetivo recebimento do medicamento pleiteado.

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo identificar estudos acerca da judicialização da saúde, com enfoque no fornecimento de medicamentos no lapso temporal entre 2015 e 2019.

MÉTODOS |

Estudo de revisão sistemática, que, segundo Sampaio e Mancini⁹, trata-se de uma investigação científica pautada por critérios rigorosos preestabelecidos utilizados para selecionar, comparar e sintetizar as evidências sobre o assunto de interesse.

Para tanto, essa revisão sistemática foi realizada a partir da metodologia *Methodi Ordinatio*, que busca indicar a direção da linha de pesquisa, considerando a relevância científica das publicações diante do número de citações, fator de impacto e ano de publicação dos estudos¹⁰.

Seguiram-se as etapas do *Methodi Ordinatio*, iniciando-se pela etapa do estabelecimento da intenção de pesquisa, resultando na seguinte pergunta: do que tratam os artigos disponíveis na literatura acerca da judicialização de medicamentos?

Posteriormente, definiram-se as combinações de palavras-chave, bases de dados e periodicidade dos artigos, a partir de buscas preliminares preconizadas pelo método na segunda etapa. As bases de dados eletrônicas utilizadas para consulta foram Scopus, Scielo e Science Direct. O período determinado para a publicação dos artigos investigado foi entre 2015 e 2019, buscando-se por atualização de estudos.

O descritor empregado para busca nas bases de dados foi selecionado a partir de descritores do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português e inglês. Inicialmente, a busca foi realizada utilizando-se 1) “Judicialização da saúde” e 2) “Health’s Judicialization”, filtrando-se os anos de interesse de 2015 a 2019. A pesquisa definitiva, definida na etapa 4 do método, foi realizada em 15 de agosto de 2019. Os resultados da busca são mostrados na Tabela 1.

Tabela 1 - Resultado da pesquisa do descritor selecionado conforme base de dados entre os anos 2015 e 2019, Brasil

Descritor	Scielo	Scopus	Science Direct	Total
Judicialização da saúde	127	32	0	159
Health's Judicialization	109	129	309	547
Total	236	161	309	706

Fonte: Autores (2019).

Para a etapa 5, de filtragem dos artigos, a busca gerada contendo 706 artigos foi importada para o programa gerenciador de referências Mendeley, aplicando-se primeiramente a eliminação de arquivos duplicados, restando 521 publicações. Na sequência, foram aplicados os critérios de inclusão: abarcar o assunto “judicialização de medicamentos” no título, palavras-chave ou no resumo dos artigos; e exclusão: capítulos de livros, editoriais, artigos e resumos publicados em anais de congressos, bem como teses e dissertações. Nessa etapa, restaram 16 estudos que estavam de acordo com os critérios estabelecidos conforme resumo da Figura 1.

Na etapa 6, as informações referentes ao artigo quanto a autores, título, ano de publicação e revista publicada foram distribuídas em planilha da *Microsoft Office Excel*®, acrescidas das colunas “Fator de Impacto” (FI) e “número de citações” (Ci). O FI teve como referências JCR (três artigos) e CiteScore (nove artigos), sendo que o FI de quatro artigos não foi encontrado em nenhuma das métricas definidas pelo método. O número de citações resultou de pesquisa manual realizada no Google Scholar a partir do nome de cada artigo selecionado. Os valores de FI e citações foram digitados manualmente em tabela conforme as colunas.

Posteriormente foi realizada a etapa 7, na qual foi aplicada a fórmula $InOrdinatio = (Fi/1000) + (\alpha * (10 - (AnoPesq - AnoPub))) + (Ci)$, com o objetivo de identificar o índice de ordenação¹⁰, em que: Fi = fator de impacto; $\alpha = 10$; AnoPesq = 2019; AnoPub = ano de publicação do

artigo; Ci = total de citações que o artigo possui. O peso 10, atribuído ao alfa, justifica-se pelo objetivo da busca por estudos atualizados sobre o tema, portanto o ano da publicação é de grande relevância.

A fórmula foi aplicada em nova coluna na planilha, permitindo ordenar os artigos selecionados por grau de relevância no estudo. Foram ordenados de 1 a 16, conforme o Quadro 1.

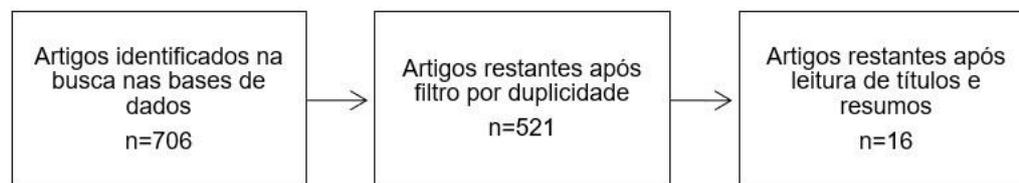
Na etapa 8, buscaram-se na íntegra os artigos para leitura e análise sistemática (etapa 9). Não foram excluídos artigos após aplicação do critério InOrdinatio, tendo em vista o número já reduzido de artigos selecionados, e, nesse sentido, optou-se pela leitura na íntegra dos 16 estudos.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Os artigos encontrados de acordo com a metodologia proposta estão dispostos no Quadro 1.

No que se refere ao ano de publicação dos artigos selecionados, observa-se homogeneidade entre os anos de 2016 (n=5), 2017 (n=4) e 2018 (n=4). O ano de 2019 teve duas publicações, e o ano de 2015 apenas uma publicação. No entanto, há que se destacar que a busca por artigos de 2019 não contemplou o total de estudos desse ano, uma vez que a busca nas bases de dados foi realizada no mês de agosto.

Figura 1 - Seleção dos artigos de acordo com os critérios metodológicos



Fonte: Autores (2019).

Quadro 1 - Identificação dos artigos selecionados sobre judicialização de medicamentos classificados conforme InOrdinatio, Brasil, 2015-2019

Nº	Autores	Título	Ano	Revista	FI métrica	Ci	InOrd
1	Biehl et al.	The judicialization of health and the quest for state accountability: Evidence from 1,262 lawsuits for access to medicines in southern Brazil	2016	Health and Human Rights	1,407 JCR	55	125,00
2	Biehl e Petryna	Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde	2016	História, Ciências, Saúde-Manguinhos	0,270 CiteScore	32	102,00
3	Marques et al.	Judicialização da saúde e medicalização: uma análise das orientações do Conselho Nacional de Justiça	2019	Estudos Avançados	0,310 CiteScore	1	101,00
4	Lopes et al.	Integralidade e universalidade da assistência farmacêutica em tempos de judicialização da saúde	2019	Saúde e Sociedade	0,500 CiteScore	0	100,00
5	Santos et al.	Judicialização da saúde: acesso ao tratamento de usuários com diabetes mellitus	2018	Texto & Contexto – Enfermagem	0,680 CiteScore	2	92,00
6	Souza et al.	Ações judiciais e incorporação de medicamentos ao SUS: a atuação da Conitec	2018	Saúde em Debate	Sem FI	2	92,00
7	Andrade et al.	Processos judiciais para aquisição de bomba de insulina em Ribeirão Preto	2018	Revista Bioética	Sem FI	1	91,00
8	Araújo e Quintal	The Judicialization of access to medication in Belo Horizonte: An equity issue	2018	Revista Brasileira de Políticas Públicas	0,340 CiteScore	0	90,00
9	Paim et al.	Qual é o custo da prescrição pelo nome de marca na judicialização do acesso aos medicamentos?	2017	Cadernos Saúde Coletiva	Sem FI	10	90,00
10	Catanheide et al.	Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática	2016	Physis: Revista de Saúde Coletiva	0,330 CiteScore	18	88,00
11	Lisboa e Souza	Por que as pessoas recorrem ao Judiciário para obter o acesso aos medicamentos? O caso das insulinas análogas na Bahia	2017	Ciência & Saúde Coletiva	0,960 CiteScore	6	86,00
12	Aleman e Galan	Impact of health technology assessment in litigation concerning access to high-cost drugs	2017	International Journal of Technology Assessment in Health Care	1,418 JCR	5	85,00
13	Campos Neto et al.	A judicialização da Saúde na percepção de médicos prescritores	2017	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	0,610 CiteScore	4	84,00
14	Zago et al.	Aspectos Bioéticos da Judicialização da Saúde por Medicamentos em 13 Municípios no Meio-Oeste de Santa Catarina, Brasil	2016	Acta bioethica	0,191 JCR	7	77,00
15	Aquino e Piscopo	Conflitos entre gestores públicos, Ministério Público e usuários na dispensação de medicamentos de alto custo: Judicialização do Sistema Único de Saúde Brasileiro	2016	Espacios	0,190 CiteScore	2	72,00
16	Pinto e Osorio-De-Castro	Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul	2015	Saúde em Debate	Sem FI	11	71,00

Fonte: Autores (2019).

A distribuição geográfica dos estudos selecionados mostrou que 93,7% (n=15) tinham como local de estudo o Brasil, enquanto um artigo era relacionado ao Uruguai. Deste modo, 100% dos estudos tinham como local a América do Sul. Os estudos brasileiros, por sua vez, que restringiram seu local de estudo para estados, corresponderam a 73,3% (n=11) dos estudos realizados no Brasil. Entre os estados estiveram: Rio Grande do Sul (n=3), Minas Gerais (n=3), São Paulo (n=2), Bahia (n=1), Mato Grosso do Sul (n=1) e Santa Catarina (n=1). Nesse sentido, 81,8% dos estudos realizados no país tiveram como local de estudo as regiões Sul e Sudeste.

Além disso, cinco estudos ainda foram afunilados para municípios brasileiros como local de estudo, havendo dois estudos realizados em Ribeirão Preto (SP), um em Belo Horizonte (MG), um em Antônio Prado (RS) e um em treze municípios catarinenses de pequeno porte, a saber: Água Doce, Capinzal, Catanduvas, Erval Velho, Herval D'Oeste, Ibicaré, Joaçaba, Lacerdópolis, Luzerna, Ouro, Tangará, Treze Tílias e Vargem Bonita.

Quanto ao conteúdo dos artigos, com base na leitura foram criados quatro temas que dizem respeito ao perfil dos autores, características das ações, custo da judicialização de medicamentos e questões que permeiam a judicialização de medicamentos, sendo discutidos a seguir.

O perfil dos autores das ações foi descrito por quatro estudos^{11,17-18,20} em diferentes motivações para a judicialização de medicamentos e sob diferentes aspectos. Os estudos de Biehl *et al.*¹¹ e Araújo e Quintal¹⁸ mostram que os autores das ações eram predominantemente do sexo feminino, equivalendo a 54% (n=685) e 62% (n=116) das amostras, respectivamente. Ambos os estudos consideraram as ações demandadas em razão de medicamentos de modo geral, sem especificações.

Os estudos divergem quanto à faixa etária predominante dos autores das ações; Araújo e Quintal¹⁸ encontraram 52,7% de autores idosos, e Biehl *et al.*¹¹ destacam prevalência de 61% de adultos. Quando especificadas ações judiciais relacionadas a diabetes mellitus, como no estudo de Andrade *et al.*¹⁷, a faixa etária predomina entre 11 e 20 anos com 35,9% (n=14), alterando inclusive para predominância masculina em 72% (n=28) dos autores.

Biehl *et al.*¹¹ exploram o perfil em outros aspectos, destacando que no estado do Rio Grande do Sul, 92%

(n=1160) dos autores residiam fora da capital do Estado, 40% (n=510) eram casados, 32% estavam aposentados e 21% desempregados. Quanto ao status socioeconômico, Biehl *et al.*¹¹ evidenciaram nível predominantemente baixo, enquanto Catanheide *et al.*²⁰, em revisão sistemática, afirmam que grande parte dos estudos sobre o tema exibem benefícios da judicialização a indivíduos com boas condições socioeconômicas, mas reconhecem a existência de resultados contraditórios.

Os estudos analisados também exploram questões sobre as características das ações no que diz respeito à quantidade de ações, ao número de deferimentos, ao tipo de representação jurídica, à origem da prescrição médica e a principais medicamentos solicitados.

O tipo de representação judicial dos autores foi descrito por quatro estudos, englobando representações públicas e particulares. A representação pública esteve predominante em três estudos: em 68,5% (n=436)¹⁵, 69% (n=129)¹⁸ e 66% (n=843)¹¹ dos casos. Atrelado a isso, Lisboa e Souza²¹ identificaram que 78,5% (n=117) das ações foram motivadas pela hipossuficiência financeira do autor. A representação particular predominou apenas no estudo de Paim *et al.*¹⁹, com 81,2% (n=151) das representações realizadas por advogados oriundos de escritórios particulares.

Quanto ao número de ações incluídas nos estudos, Biehl *et al.*¹¹ avaliaram um total de 1.262 processos solicitando medicamentos no estado do Rio Grande do Sul em 2008, enquanto Lisboa e Souza²¹ encontraram, no estado da Bahia, 149 ações solicitando apenas insulinas análogas entre os anos de 2010 e 2013.

Dos deferimentos, dois estudos trouxeram essa informação. Entre os anos de 2004 e 2015 no município de Antônio Prado (RS), foi deferido um total de 186 ações contra o poder público. Essas ações determinaram o fornecimento de 781 medicamentos, sendo que 508 tratamentos foram por meio de 125 ações deferidas contra o Estado; outros 28 tratamentos foram determinados pelas quatro ações movidas contra o município e 245 tratamentos representaram as 57 ações demandadas contra estado e município¹⁹. Lopes *et al.*¹⁴ avaliaram 10.051 medicamentos deferidos através das ações contra a Secretaria Estadual da Saúde de Minas Gerais entre 1999 e 2009.

Outra revisão sistemática observou que, dentre 18 estudos que calcularam a concessão da medida liminar, 90% tiveram

deferimento. Apenas em cinco estudos havia documentos adicionais inseridos no processo além da prescrição médica. Assim, evidenciou-se que a concessão de liminar é regra, e a prova de que o autor precisa é da prescrição do médico²⁰.

Quanto ao pedido de antecipação de tutela, o estudo de Araújo e Quintal¹⁸ encontrou que dos 187 pedidos de antecipação de tutela, 80,7% foram deferidos, mesmo que parcialmente. Os autores ainda ressaltam que todos os pedidos de tutela antecipada negados não citaram a Constituição Federal de 1988.

No que concerne às prescrições médicas, dois estudos elucidaram o tema revelando proporção elevada de prescrições provenientes de consultórios particulares. Santos et al.¹⁵ mostraram que 71,9% (n=457) das prescrições de insulina glargina eram de consultórios particulares, 12,6%

(n=80) de hospital universitário, convênios 7,7% (n=49), instituições municipais 6,4% (n=41), Fundações/Santas Casas 1,1% (n=7) e médicos conveniados ao SUS 0,3% (n=2). Enquanto Andrade et al.¹⁷ mostraram que 100% (n=40) das prescrições das demandas judiciais solicitando insulinas análogas eram provenientes de consultórios médicos particulares.

Em relação aos medicamentos e doenças, oito autores citaram em seus estudos os medicamentos mais solicitados por demanda judicial e indicaram as doenças mais prevalentes nos estudos (Quadro 2).

Com relação às demandas por medicamentos mais frequentes, de acordo com ação referente ao Grupo Anatômico Principal, foram identificados: sistema cardiovascular, que esteve em todos os estudos entre os

Quadro 2 - Caracterização dos artigos selecionados sobre judicialização de medicamentos, Brasil, 2015-2019

Autores/ano	Período	Medicamento	Principais doenças	Principais resultados
Andrade et al./2018	2007 a 2013	Insulinas análogas	Diabetes Mellitus	Foram abertas 636 ações para aquisição de medicamentos e insumos para Diabetes Mellitus
Aquino e Piscopo/2016	2012 a 2014	Antineoplásicos	Neoplasias	Demonstrou falhas de gestão entre as três esferas administrativas governamentais, motivando a judicialização, devido à falta de medicamentos antineoplásicos
Biehl e Petryna/2016	???	Terapia de reposição enzimática	Mucopolissacaridose	Discorreu sobre a história de 7 crianças que necessitam da judicialização para realização da terapia de reposição enzimática, deferidas para curto período.
Biehl et al./2016	2008	Medicamentos diversos	Doenças do sistema respiratório, nervoso, cardiovascular, infecções sistêmicas e músculo esquelético	Avaliaram 1.262 demandas judiciais de medicamentos em geral
Lisboa e Souza/2017	2010 a 2013	Insulinas análogas	Diabetes Mellitus	Foram abertas 325 ações para aquisição de medicamentos e para Diabetes Mellitus
Paim et al./2017	2004 a 2015	Medicamentos diversos	Doenças cardiovasculares, respiratórias e do sistema nervoso central	186 ações judiciais deferidas para o fornecimento de 781 medicamentos
Pinto e Osório-De-Castro/2015	2008 a 2011	Medicamentos diversos	Sistema cardiovascular e o sistema gastrointestinal	6.100 ações judiciais (82%) julgadas favoráveis
Santos et al./2018	2004 a 2013	Insulina Glargina	Diabetes Mellitus	Foram abertas 636 ações para aquisição de medicamentos e insumos para Diabetes Mellitus
Zago et al./2016	2007 a 2012	Insulina Glargina, Pepragalina, Fumarato de Formoterol	Aparelho digestivo, Sistema nervoso, Aparelho cardiovascular e respiratório	175 ações judiciais deferidas

Fonte: Autores (2019).

06 sistemas mais descritos^{11,19,24,26}, chegando a 25% no estudo de Pinto e Osório-de-Castro²⁶; sistemas nervoso e respiratório, que apareceram ambos em 03 estudos^{11,18,24}, chegando a 34,7% relacionados ao sistema nervoso no estudo de Paim et al.¹⁹, e 11,6% no respiratório descrito por Zago et al.²⁴.

Outros medicamentos classificados por sistemas foram encontrados em menor proporção, como: agentes antineoplásicos em 10,8% e 1,4%^{19,24}; medicamentos relacionados ao sangue e órgãos hematopoiéticos em 5,8% e 6,8%^{19,24}; anti-infecciosos sistêmicos em 3,3%, 2,4% e 1%^{11,19,24}; relacionados ao sistema músculo- esquelético representaram 4,2%, 3,7% e 1,1%^{11,19,24}.

Além disso, estudos pesquisaram medicamentos relacionados a doenças específicas, como Aquino e Piscopo²⁵ que descrevem as demandas referentes aos antineoplásicos, enquanto Andrade et al.¹⁷, Santos et al.¹⁵ e Lisboa e Souza²¹ citam a judicialização por insulinas análogas como principal discussão dos estudos, e Biehl e Petryna¹² descrevem a busca pela terapia de reposição enzimática para mucopolissacaridose.

Ainda sobre medicamentos, os mais solicitados nas ações são nominalmente citados por 05 artigos. Andrade et al.¹⁷, considerando apenas demandas relacionadas a diabetes mellitus, encontraram demandas judiciais para a insulina Aspart 43% (n=17), insulina Lispro 28% (n=11), insulina Detemir 8% (n=3), insulina Glulisina 8% (n=3), insulina Lantus 3% (n=1) e Aspart + Protamina 3% (n=1). Enquanto Santos et al.¹⁵. (2018), dos 636 processos, 51,1% (n=325) requeriam a insulina Glargina.

Por fim, Aquino e Piscopo²⁵ descrevem medicamentos utilizados para o tratamento de neoplasias solicitados por meio de judicialização: Cloridrato de Erlotinib (Tarceva®), Bortezomibe (Velcade®), Cetuximabe (Erbix®), Rituximab (Mabthera®), Temozolomida (Temodal®), Bevacizumabe (Avastin®), Tosilato de Sorafenibe (Nexavar®), Malato de Sunitinibe (Sutent®), Trastuzumab (Herceptin®) e Lenalidomida (Revlimid®).

Por sua vez, Zago et al.²⁴ encontraram 175 ações requerendo medicamentos, sendo para Insulina Glargina 9,7% (n=17), Prepagalina 4,6% (n=8) e Fumarato de Formoterol 2,8% (n=5). Biehl et al.¹¹ descrevem os seguintes medicamentos mais solicitados nas ações avaliadas: Formoterol 3,1% (n=107), Budesonida 3% (n=105), Risperidona 1,8%

(n=63), Sinvastatina 1,5% (n=52), Ácido Acetilsalicílico 1,5% (n=51), Hidroclorotiazida 1,4% (n=48), Brometo de Tiotrópio 1,3% (n=44), Clonazepam 1,2% (n=43), Citalopram 1,2% (n=42), Peginterferon alfa-2a 1,2% (n=40), Ribavirina 1,2% (n=40), Glucosamina 1,1% (n=39) e Fluoxetina 1% (n=36).

Em relação ao investimento financeiro dos entes federativos frente às demandas judiciais, apenas três artigos realizaram essa análise. Zago et al.²⁴ mostraram que entre os anos de 2007 e 2012 as demandas judiciais aumentaram quase dez vezes, beneficiando 175 pacientes dos 129.497 habitantes de municípios de pequeno porte no estado de Santa Catarina, com um custo total de R\$ 1.484.389,92.

Pinto e Osório-de-Castro²⁶ avaliaram os gastos de seis municípios localizados no estado do Mato Grosso do Sul com medicamentos por demanda judicial, variando entre R\$ 8.277,00 até R\$ 363.030,48 entre os municípios a respeito das demandas nos anos de 2008 a 2011.

Os gastos dos entes federativos com a judicialização de medicamentos são discutidos por Araújo e Quintal¹⁸, que tratam do valor disponível ao município de Belo Horizonte (MG) por meio da Lei Orçamentária Anual no ano de 2017 referentes à Assistência Farmacêutica, que foi de 81 milhões de reais. Quando comparado ao gasto referente à judicialização, mostra valor equivalente a 54,9% do valor previsto a Assistência Farmacêutica, equivalendo a R\$3.709.725,88 de gastos no mesmo ano.

De acordo com Biehl et al.¹¹, o custo médio mensal dos tratamentos solicitados por demandas judiciais foi de US\$185,00 (variando entre US\$ 10,00 a US\$ 89.172,00) no estado do Rio Grande do Sul. No geral, a maioria dos medicamentos solicitados são de baixo custo. No entanto, aqueles de alto custo raramente solicitados são responsáveis por grande parte do valor gasto com a judicialização de medicamentos.

Extrapolando as fronteiras brasileiras, Aleman e Galan²² relatam situação semelhante no Uruguai, em que os medicamentos de alto custo predominam nos gastos referentes à judicialização de medicamentos. Destacam que, apesar dos esforços do Estado em implementar estratégias que controlem essa situação, continuam crescentes as demandas por medicamentos não inclusos na relação nacional disponível.

Diante desse panorama de elevados custos, Paim et al.¹⁹ realizaram uma análise comparativa dos gastos com compra de medicamentos deferidos no Brasil, supondo sua compra por marca prescrita, genérico e medicamento de menor valor. O valor economizado de compra do medicamento genérico comparado ao da marca prescrita seria de 13,44% (R\$1.1019.365,39), enquanto o medicamento prescrito comparado ao medicamento de menor valor, a economia seria de 17,94% (R\$ 1.235,626,76).

A respeito da judicialização da saúde, Andrade et al.¹⁷ destacam que a Constituição promulgada em 1988 garante a saúde como direito igualitário e dever do Estado. Todavia, os usuários do Sistema Único de Saúde, necessitam recorrer à propositura de ação judicial a fim de garantir seus direitos.

As demandas judiciais têm sido favorecidas em razão da impossibilidade do judiciário em negar os pedidos de medicamentos, vez que estão pautados em uma prescrição médica com a presunção de veracidade²⁴. O poder judiciário tem partido da premissa de que a saúde, enquanto constitucionalmente garantida, deve ser assegurada a qualquer custo, de modo que, sob essa ótica, coloca em segundo plano a escassez de recursos financeiros perpetrada¹⁵.

Sendo assim, o poder judiciário acaba por interferir demasiadamente nas políticas públicas, influenciando diretamente na incorporação de novas tecnologias no SUS¹⁶. Além disso, ao assegurarem o direito à assistência farmacêutica a alguns indivíduos, quando em demasia, comprometem o acesso da população geral, haja vista a violação da questão orçamentária, que reflete na redução da oferta de medicamentos, invertendo a lógica dos princípios do SUS¹⁹. Visivelmente, as demandas judiciais impactam financeiramente sobre a gestão da Assistência Farmacêutica, provocando a desestruturação do serviço²⁶. O Poder Judiciário decide, sem a percepção de que está diante de recursos finitos, a necessidade de cumprir o papel constitucional, evitando o enfraquecimento de políticas públicas¹⁸.

Aleman e Galan²², diante de situação semelhante no Uruguai, destacam que a judicialização do direito à saúde desafia, além das prioridades definidas pelo Estado de alocar recursos finitos para a saúde, também o acesso preferencial à população de status socioeconômico mais elevado, por possuírem maiores condições de bancar os custos da judicialização. Essa situação permite aumentar as

desigualdades no acesso a medicamentos de alto custo para a população geral^{12,22}.

Outra questão discutida por alguns autores trata do poder da prescrição médica sobre decisão favorável da ação. Lisboa e Souza²¹ indicam que a prescrição e o laudo médico devem ser elementos basilares para a tomada de decisão dos juízes. Entretanto, é muito comum se deparar com decisões favoráveis baseadas somente em receituário médico.

Sob esse vértice, fica evidente a necessidade de conhecimento prévio pelos magistrados das políticas de saúde vigentes. Considerando esse contexto, Campos Neto et al.²³ entrevistaram prescritores e puderam concluir que o aumento das ações judiciais ocorre, também, por deficiência da política pública e desconhecimento do prescritor.

Possível intervenção para essa situação foi descrita por Marques et al.¹³, em que desde 2010 o Conselho Nacional de Justiça dedicou-se a estabelecer uma política pública judiciária para a saúde. Nesse sentido, estimulou que os tribunais celebrem convênios a fim de obterem apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos para auxiliar os juízes na apreciação das ações, visando extrapolar a decisão pautada apenas na prescrição médica, isenta de análise de questões clínicas envolvidas.

Além disso, em 2011 foram instituídos critérios de acesso à assistência farmacêutica pelo Decreto nº 7.508, citado no estudo de Lopes et al.¹⁴, em que são empregados esses critérios em ações deferidas anteriores à implementação do Decreto. O estudo encontrou que entre 68,8% e 85,7% dos medicamentos judicializados em Minas Gerais, no período de 1999 a 2009, teriam sido indeferidos se aplicados os critérios referentes a 3 parâmetros: (1) usuário assistido por ações e serviços do SUS; (2) medicamento prescrito por profissional de saúde atuante no SUS e; (3) prescrição em conformidade com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e/ou Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Lopes et al.¹⁴ ainda concluem que racionalizar a judicialização não significa automaticamente aproximar o Estado na efetivação do direito à saúde nos ditames da Constituição Federal. Deve-se refletir sobre os impactos da atuação do poder judiciário nesse sentido.

Aleman e Galan²² afirmam a judicialização da saúde como um problema crescente no contexto latino-americano,

tornando essencial a busca por soluções. O direito à saúde é desafio enfrentado por toda a sociedade, por isso as soluções devem incluir um amplo debate sobre os problemas com todas as partes interessadas, para que se construa um entendimento mútuo sobre a acessibilidade do sistema de saúde.

Como limitação do estudo tem-se a variedade de metodologias utilizadas pelos artigos selecionados, impedindo maior abrangência de comparação entre os estudos e maiores afirmações quanto às características que envolvem as ações judiciais.

Fica evidente a necessidade da realização de novos estudos sobre a judicialização de medicamentos, para que se explicita a realidade nas mais diversas regiões do país e exterior, bem como diferenciadas vivências e experiências acerca da temática.

Tendo em vista o aumento da busca pela via judicial para o acesso à saúde no país, especificamente no que concerne ao acesso a medicamentos, permite contribuir em traçar o panorama atual das ações impetradas, para que sejam (re) pensadas estratégias a fim de garantir o direito à saúde da população a partir dos princípios do SUS.

CONCLUSÃO |

Diante desse panorama, as principais solicitações de medicamentos relatadas estão relacionadas às doenças crônicas, podendo citar diabetes, doenças gastrointestinais, cardiovasculares, respiratórias e do sistema nervoso central. Por fazerem parte de programas específicos do SUS, a dificuldade de acesso a esses fármacos e consequente judicialização da saúde demonstrou a fragilidade das políticas públicas existentes.

A via judicial tem se tornado um caminho possível para a população, de modo a não poder, inclusive, se traçar um perfil característico dos autores das ações. A divergência do perfil reflete que o cidadão está em busca de seu direito de acesso a medicamentos, independentemente das características sociodemográficas.

Percebe-se um conflito entre o direito à saúde constitucionalmente garantido e a estruturação dos serviços para sua efetivação. Nesse contexto, tem-se delegado

ao Poder judiciário o papel de árbitro para a garantia do acesso ao medicamento, gerando um desvio no ingresso dos usuários ao sistema público de saúde.

É visível que a via judicial gera distorções no fluxo dos sistemas públicos, uma vez que os gastos são altos. Além disso, existe o fornecimento de medicamentos pelo SUS que também exige investimento financeiro, e ambos os gastos provêm do orçamento público destinado à assistência farmacêutica.

Apesar dos conflitos e distorções gerados no contexto da judicialização de medicamentos, há que se ter em mente que o caminho percorrido pelo cidadão em busca de direito que lhe é garantido em âmbito geral só é buscado quando este não lhe foi concedido. A judicialização de medicamentos reflete falhas estruturais e logísticas da Assistência Farmacêutica, seja pela falta de informação dos profissionais prescritores sobre os medicamentos disponíveis, pela não inclusão do medicamento nas listas oficiais, seja por falha na compra e fornecimento dos medicamentos inclusos na estratégia farmacêutica.

REFERÊNCIAS |

1. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Camargo Junior KR. A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2005; 15 (suppl): 177-201, 2005.
3. Freitas BC, Fonseca EP, Queluz DP. A Judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: uma revisão sistemática. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24: e190345.
4. Oliveira MRM, Delduque MC, Sousa MF, Mendonça VM. Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas?. *Saúde em Debate*. 2015; 39(105): 525-35.
5. Wang DWL, Vasconcelos NP, Oliveira VE, Terrazas FV. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. *Revista de Administração Pública*. 2014; 48(5):1191-206.
7. Barroso LR. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de

- medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Jurisprudência Mineira*. 2009; 60(188): 29-60.
6. Fleury S. Judicialização pode salvar o SUS. *Saúde em Debate*. 2012; 36(93): 159-62.
8. Macedo EI, Lopes LC, Barberato Filho S. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. *Revista de Saúde Pública*. 2011; 45(4): 706-713.
9. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev. bras. fisiot.* 2007; 11(1): 83-9.
10. Pagani RN, Kowaleski JL, Resende LMM. Avanços na composição da Methodi Ordinatio para revisão sistemática de literatura. *Ciência da Informação*. 2017; 46(2): 161-87.
11. Biehl J, Social MP, Amon JJ. The judicialization of health and the quest for state accountability: evidence from 1,262 lawsuits for access to medicines in southern Brazil 2016. *Health and Human Rights Journal*. 2016; 18(1): 209-220.
12. Biehl J, Petryna A. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. *A História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2016; 23(1): 173-92.
13. Marques A, Rocha C, Asensi F, Monnerat DM. Judicialização da saúde e medicalização: uma análise das orientações do Conselho Nacional de Justiça. *Estudos Avançados*. 2019; 33(95): 217-34.
14. Lopes LMN, Coelho TL, Diniz SD, Andrade EIG. Integralidade e universalidade da assistência farmacêutica em tempos de judicialização da saúde. *Saúde e Sociedade*. 2019; 28(2): 124-31.
15. Santos ECB, Teixeira CRS, Zanetti ML, Istilli PT, Pereira LHTR, Torquato MTCG. Judicialização da saúde: acesso ao tratamento de usuários com diabetes mellitus. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2018; 27(1): e0800016.
16. Souza KAO, Souza LEPF, Lisboa ES. Ações judiciais e incorporação de medicamentos ao SUS: a atuação da Conitec. *Saúde em Debate*. 2018; 42(119): 837-48.
17. Andrade RGS, Santos ECB, Teixeira CRS, Batista JMF, Arrelias CCA, Otero LM et al. Processos judiciais para aquisição de bomba de insulina em Ribeirão Preto. *Revista Bioética*. 2018; 26(1): 102-8.
18. Araújo KEG, Quintal CMM. A judicialização do acesso aos medicamentos em Belo Horizonte: uma questão sobre equidade. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*. 2018; 8(3): 213-35.
19. Paim LFNA, Batt CR, Saccani G, Guerreiro ICK. Qual é o custo da prescrição pelo nome de marca na judicialização do acesso aos medicamentos?. *Cadernos de Saúde Coletiva*. 2017; 25(2): 201-209.
20. Catanheide ID, Lisboa ES, Souza LEPF. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2016; 26(4): 1335-56.
21. Lisboa ES, Souza LEPF. Por que as pessoas recorrem ao Judiciário para obter o acesso aos medicamentos? O caso das insulinas análogas na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(6): 1857-64.
22. Aleman A, Galan AP. Impact of health technology assessment in litigation concerning access to high-cost drugs. *Int J Technol Assess Health Care*. 2017; 33(4): 411-4.
23. Campos Neto OH, Gonçalves LAO; Andrade ELG. A judicialização da Saúde na percepção de médicos prescritores. *Interface (Botucatu)*. 2017; 22(64):165-76.
24. Zago B, Swiech LM, Bonamigo EL, Schlemper Junior BR. Aspectos Bioéticos da Judicialização da Saúde por Medicamentos em 13 Municípios no Meio-Oeste de Santa Catarina, Brasil. *Acta bioethica*. 2016; 22(2): 293-302.
25. Aquino S, Piscopo MR. Conflitos entre gestores públicos, Ministério Público e usuários na dispensação de medicamentos de alto custo: judicialização do Sistema Único de Saúde Brasileiro. *Revista Espacios*. 2016; 37(23): 28.
26. Pinto CBS, Osorio-de-Castro CGSO. Gestão da assistência farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul. *Saúde em Debate*. 2015; 39(1): 171-83.

Correspondência para/Reprint request to:

Mirian Cristina Ribas

R. Valério Ronchi, 160,

Unaranas, Ponta Grossa/PR, Brasil

CEP: 84030-320

Email: ribas.mi@hotmail.com

Recebido em: 08/09/2020

Aceito em: 12/11/2020

Laerson da Silva de Andrade¹
Larissa Bezerra de Oliveira¹
Geovane Borges Fontana¹
Gabriela Dell' Antonio Guimarães¹
Flávia Batista Portugal¹
Marluce Mechelli de Siqueira¹

Women and alcoholism: an integrative literature review

Mulheres e alcoolismo: uma revisão integrativa da literatura

ABSTRACT | Introduction: *Alcoholism is a public health problem and also one of the main health risk factors. Female alcoholism has peculiarities, since the repercussions are intense, precocious and potentiate female social vulnerability.*
Objective: *To identify the scientific evidence about female alcoholism in Brazil.*
Methods: *An integrative literature review was carried out. The inclusion criteria were articles published between 2006-2016, in Portuguese, English or Spanish and related to primary studies. The survey of scientific articles was carried out in November 2018, at digital libraries Scielo, Lilacs and Medline. The following descriptors were used: Alcohol, Alcoholism, Alcohol Abstinence, Alcohol Abstinence, Alcohol Dependence Syndrome and Disorders Related to Alcohol Use and Women. From the sample selection, a database was structured with the following information: year of the publication, authors, title, study design, objectives, results and level of evidence.*
Results: *Were selected 31 articles and the themes identified: protection factors; risk factors; alcohol use in pregnancy; treatment; social role and its relationship with alcoholism and vulnerabilities.*
Conclusion: *The analysis of the literature revealed alcohol as a risk factor for several diseases, such as: domestic violence, family abandonment, family conflicts and psychosocial comorbidities. Brazilian scientific production on the impact of alcoholism on women's health is essential to structure the approaches on female alcoholism and health services, addressing social vulnerabilities and promoting protection factors.*

Keywords | *Women; Alcoholism; Mental Health.*

RESUMO | Introdução: O alcoolismo é um problema de saúde pública e também um dos principais fatores de risco à saúde. O alcoolismo feminino possui peculiaridades, uma vez que as repercussões são intensas, precoces e potencializam a vulnerabilidade social feminina. **Objetivo:** Identificar as evidências científicas acerca do alcoolismo feminino no Brasil. **Métodos:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Os critérios de inclusão foram artigos publicados entre 2006 e 2016, nos idiomas português, inglês ou espanhol e relativos a estudos primários. O levantamento dos artigos científicos foi realizado em novembro de 2018, nas bibliotecas digitais Scielo, Lilacs e Medline. Foram utilizados os seguintes descritores: Álcool, Alcoolismo, Abstinência de Álcool, Abstinência Alcoólica, Síndrome da Dependência Alcoólica e Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool e Mulheres. A partir da seleção da amostra, foi estruturado um banco de dados com as seguintes informações: ano de publicação, autores, título do artigo, delineamento do estudo, objetivos, resultados e nível de evidência. **Resultados:** Foram selecionados 31 artigos e identificados os seguintes temas: fatores de proteção; fatores de risco; uso de álcool na gravidez; tratamento; papel social e sua relação com o alcoolismo e vulnerabilidades. **Conclusão:** A análise da literatura revelou o álcool como fator de risco para diversos agravos, como: violência doméstica, abandono familiar, conflitos familiares e comorbidades psicossociais. A produção científica brasileira sobre o impacto do alcoolismo na saúde feminina é essencial para estruturar as abordagens sobre o alcoolismo feminino, serviços de saúde, enfrentamento às vulnerabilidades sociais e promoção dos fatores de proteção.

Palavras-chave | Mulheres; Alcoolismo; Saúde Mental.

¹Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O alcoolismo é um problema de saúde pública e também um dos principais fatores de risco à saúde, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. O uso de álcool, em 2012, causou 3,3 milhões de mortes mundialmente, ou seja, 5,9% de todas as mortes. Além disso, 5,1% dos anos de vida perdidos devido à doença, invalidez ou morte prematura são atribuíveis ao álcool¹.

Apesar de o consumo de álcool ser disseminado na população, existem diferenças relacionadas ao gênero. Segundo o Relatório Global sobre Álcool e Saúde, a prevalência do consumo Beber Pesado Episódico (BPE), ou seja, o consumo de 4 ou 5 doses de bebida alcoólica (ou 60 gramas de álcool), entre os homens é de 21,5%, enquanto entre as mulheres a prevalência foi de 5,7%¹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que em 2014 no Brasil 30% das mulheres encontravam-se abstinências. De acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, houve aumento do consumo de álcool na população feminina, entre 2006 e 2012, de 36% para 49%². Em um estudo realizado na cidade de São Paulo, mostrou-se que 22% dos entrevistados eram abstêmios, sendo 32% mulheres e 9% homens³.

O uso de álcool pelas mulheres gera grande preocupação, uma vez que as repercussões em sua saúde são mais intensas e precoces. Segundo o *Center for Disease Control and Prevention* (2017), de 2000 a 2015, as taxas de mortalidade por doença hepática crônica e cirrose nos Estados Unidos aumentaram 31% (de 20,1 por 100.000 para 26,4). Entre pessoas com idade entre 45-64 anos, as taxas aumentaram 21% para os homens (de 29,8 por 100.000 para 36,2) e 57% para as mulheres (de 10,8 por 100.000 para 17,0). Entre as pessoas de 25 a 44 anos, a taxa de mortalidade para homens diminuiu 10% (de 6,1% para 5,5) e na população feminina aumentou 18% (de 2,8 para 3,3)⁴.

Além dos efeitos físicos e biológicos, o alcoolismo feminino gera uma série de efeitos psicossociais de igual importância, principalmente quando levada em questão a pressão social à qual a mulher é submetida. O uso de álcool por mulheres é um fator de risco bem documentado para trauma, violência e abandono familiar⁵.

A vulnerabilidade da mulher frente ao consumo nocivo do álcool se dá pelo fato de que são metabolicamente menos tolerantes ao álcool do que os homens⁶. Geralmente, possuem peso corporal menor, maior porcentagem de gordura corporal e menor quantidade de água corporal, além de possuírem menor quantidade de enzimas que metabolizam o álcool⁷. Assim, estão mais suscetíveis à intoxicação pelo álcool, de forma que o uso da metade da quantidade usada pelo homem já leva a essa condição⁸.

Do ponto de vista social, a mulher alcoolista lida com diversos problemas decorrentes de sua dependência. Ela tem de lidar frequentemente com a censura moral⁸, a estigmatização⁹⁻¹¹ e marginalização¹², o que interfere no desempenho de seu papel social e pode trazer maior sofrimento¹³⁻²⁰.

Diante disso, acredita-se que as mais diversas metodologias de pesquisa e intervenção empregadas na abordagem ao público feminino apontam resultados que auxiliam no manejo clínico do alcoolismo feminino. Frente ao exposto, o presente artigo tem o objetivo de identificar as evidências científicas acerca do alcoolismo feminino no Brasil.

MÉTODOS |

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que foi realizada em seis etapas, de acordo com o método estabelecido por Mendes, Silveira e Galvão²¹: 1) identificação do tema a ser estudado e seleção da hipótese a ser questionada; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados (categorização dos estudos); 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão (síntese do conhecimento).

Para a elaboração da pergunta norteadora, utilizou-se a estratégia PICO²². PICO é um acrônimo para os elementos da questão clínica: população de pacientes ou problema (P – alcoolismo feminino), intervenção ou questão de interesse; (I – quaisquer intervenções aplicadas), intervenção de comparação ou questão de interesse; (C – quaisquer comparações com grupos de controle), resultado(s) de interesse; (O – resultados observados no público feminino). Assim, estabeleceu-se a seguinte

questão de revisão: Quais as evidências científicas acerca do alcoolismo feminino no Brasil?

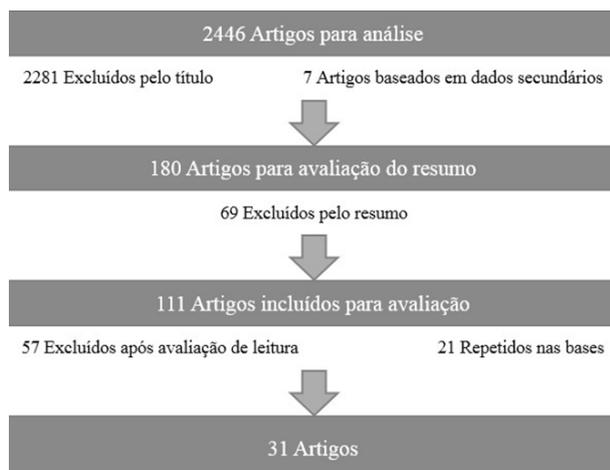
O levantamento dos artigos científicos foi realizado em novembro de 2018, nas seguintes bases de dados: na biblioteca digital *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline).

Para o levantamento, foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Álcool, Alcoolismo, Abstinência de Álcool (ou Abstinência Alcoólica), Síndrome da Dependência Alcoólica e Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool e Mulheres.

Em seguida, utilizando o operador booleano “AND”, foi realizada a busca de artigos nos sítios eletrônicos das bases de dados, com as seguintes estratégias: “Álcool AND Mulheres”; “Alcoolismo AND Mulheres”; “Abstinência de Álcool AND Mulheres”; “Abstinência Alcoólica AND Mulheres”; “Síndrome da Dependência Alcoólica AND Mulheres” e “Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool AND Mulheres”.

A despeito dos critérios de inclusão, foram utilizados artigos oriundos de estudos primários publicados no período de 2006 a 2016, nos idiomas português, inglês ou espanhol e que respondessem à questão de revisão. Em uma fase posterior, foram excluídos artigos repetidos, teses, dissertações, livros, capítulos de livros, artigos de revisão, reflexão, relatos de experiência e carta ao editor (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma da pesquisa e seleção dos estudos para revisão da literatura



Fonte: Elaboração própria.

O período de 2006 a 2016 foi escolhido porque em 2006 foi instituído o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), o qual prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de álcool e drogas, bem como ressalta a importância de promover estudos e avaliação dos resultados das políticas sobre drogas e sua integração com as instâncias assistenciais de saúde, assistência social e de justiça²³.

A partir da seleção da amostra, foi estruturado um banco de dados no *software Microsoft Office Excel 2010*, o qual permitiu armazenar as seguintes informações dos estudos selecionados: ano de publicação, autores, título do artigo, delineamento do estudo, objetivos, principais resultados e nível de evidência, de acordo com o estabelecido por Melnyk e Fineout-Overholt²². Nível 1: as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2) evidências derivadas de ensaio clínico randomizado controlado; nível 3) evidências obtidas de ensaios clínicos sem randomização; nível 4) evidências provenientes de estudos de coorte e de caso controle bem delineados; nível 5) evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6) evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (Figura 1).

RESULTADOS |

Após a busca realizada com os descritores nas bases de dados, obtivemos no total 2.466 artigos, dos quais 2.281 foram excluídos pela análise do título (temas não pertinentes ou fora do escopo da pesquisa), 7 por serem provenientes de estudos de dados secundários, 69 pela análise do resumo (que não responderam à questão de revisão) e 21 repetidos na base de dados. Após análise completa do conteúdo, 57 artigos foram excluídos (temas não pertinentes, fora do escopo da pesquisa ou que não responderam à questão de revisão), restando, assim, 31 artigos (Figura 1).

No que se diz respeito aos periódicos de origem dos artigos selecionados para o presente estudo, destaca-se que os trabalhos são oriundos de periódicos de áreas do conhecimento diversas. Periódicos de enfermagem são 7 entre 21 (Tabela 1).

O Quadro 1 expõe a síntese dos artigos selecionados para análise, e destacam-se como principais características os estudos qualitativos, qualitativos, transversais e de nível 6, segundo a escala desenvolvida por Melnyk e Fineout-Overholt²².

Em relação ao local de pesquisa, destacam-se serviços especializados em saúde mental^{27,29,31,34,39,46,51}, bem como serviços de assistência materno-infantil^{14,20,33,36,43}.

Tabela 1 - Distribuição dos estudos incluídos na amostra, referentes ao nome do periódico

Nome do periódico	N
Saúde Debate	3
Rev Gaúcha de Enfermagem	2
Revista de Saúde Pública	2
Texto Contexto Enferm	2
Rev Bras Enfermagem	1
Revista Baiana de Enfermagem	1
Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog	3
Aletheia	1
J. res.: fundam. care.	1
Esc Anna Nery Rev Enferm	2
Rev. Ter. Ocup. Univ.	1
Arq. Catarin Med.	1
J Bras Psiquiatr.	3
Cad. Saúde Pública	1
Comunicação Saúde	1
Rev Latino-am Enfermagem	1
Rev. Bras. Ginecol. Obstet	1
Rev Paul Pediatr	1
Rev Bras Epidemiol	1
BMC Womens Health.	1
Addict Behav	1
Total	31

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 1 - Síntese dos artigos segundo autor (ano), delineamento do estudo, nível de evidência, público-alvo, objetivo e resultados dos estudos selecionados

Base de dados	Autor/ano	Delineamento do estudo	Nível de evidência	Público alvo	Objetivo	Resultados
Scielo	Souza, Lima e Santos (2008) ⁴⁹	Qualitativa (Transversal)	6	30 mulheres originárias de ambulatórios, Alcoólicos Anônimos e presídios.	Analisar as consequências do uso abusivo de bebida alcoólica e discutir a assistência de saúde de que precisa e de que dispõe.	As consequências do consumo abusivo são problemas de saúde; privações; maus tratos; dificuldades de relacionamento familiar e conjugal; problemas físicos; psicológicos; tentativa de suicídio; abandono de filhos e marido.
Scielo	Oliveira (2012) ⁴⁵	Qualitativa (Transversal)	6	823 Mulheres atendidas em um pronto atendimento geral.	Caracterizar as mulheres atendidas em um Hospital de Ensino do Noroeste do Paraná, por abuso de álcool, nos anos de 1999 a 2008, segundo variáveis sociodemográficas e dados da intoxicação.	Os destilados foram a principal bebida utilizada, e a ingestão foi mais prevalente no período noturno. Cerca de 156 (18,96%) mulheres necessitaram de internamento hospitalar. Evasão hospitalar foi observada em 8,5% dos casos. Conclui-se que a população feminina representa um subgrupo da população suscetível ao abuso do álcool.

*continua.

*continuação.

Scielo	Silva e Lyra (2015) ⁵¹	Qualitativa (Transversal)	6	5 Mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPSad).	Conhecer o significado do beber entre mulheres que sofrem de alcoolismo e buscam tratamento através de um serviço especializado	As participantes revelam que o início do beber significa socialização e prazer, porém, com a dependência do álcool, ele acende o preconceito e afastamento das pessoas, gerando solidão devido à baixa tolerância social em relação ao hábito de mulheres beberem nocivamente.
Scielo	Moraes e Reichenheim (2007) ⁴³	Quantitativa (Transversal)	6	537 mulheres atendidas em maternidades gerais.	Avaliar a prevalência de casos suspeitos de uso inadequado de álcool durante a gestação entre mulheres atendidas na rede pública de saúde	Cerca de 40% das mulheres relataram fazer uso de algum tipo de bebida alcoólica durante a gestação, sendo a cerveja a bebida mais consumida (83,9%). Estimou-se que entre 7,3% e 26,1% das mulheres eram casos suspeitos de uso inadequado de álcool.
Scielo	Lima, Braga, Carvalho E Morais (2010) ³⁴	Qualitativa (Transversal)	6	20 sujeitos participantes do Alcoólicos Anônimos	Apreender do discurso de alcoolistas os significados do feminino e a interface destes com a saúde mental.	O beber feminino engloba um conjunto de fatores relacionados ao ser mulher no espaço social e ser mulher alcoolista, numa relação dialética entre o plano indenítários e os processos de subjetivação hegemônicos de gênero.
Scielo	Campos e Reis (2010) ²⁶	Qualitativa (Transversal)	6	3 mulheres atendidas num serviço especializado em ?????	Compreender as representações e os significados elaborados sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento no Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), localizado na cidade de São Paulo-Brasil.	As representações sobre o uso do álcool estão ligadas às relações familiares, profissionais e de gênero, que definem os modos de classificação do uso do álcool concebidos como socialmente aceito e como abusivo.
Scielo	Esper <i>et al.</i> (2013) ²⁹	Quantitativa (Transversal)	6	27 mulheres atendidas num serviço especializado em álcool e outras drogas.	Identificar características sociodemográficas e clínicas de mulheres em tratamento ambulatorial por abuso de álcool	Prejuízos físicos, sociais e emocionais mais frequentes foram: sintomas advindos da síndrome de abstinência alcoólica (66,7%), conflitos familiares (72%) e "tristeza" (79,2%). A violência familiar foi registrada em 11 prontuários (40,7%).
Scielo	Filzola <i>et al.</i> (2009) ²⁵	Qualitativa (Transversal)	6	6 mulheres que frequentavam o grupo de autoajuda Al-Anon.	Compreender a vivência de familiares que frequentam o grupo de apoio Al-Anon diante da experiência do alcoolismo.	3 categorias conceituais: 1) negando o alcoolismo e sofrendo suas consequências; 2) buscando ajuda, aprendendo com o grupo; e 3) esperando a cura, experimentando a sobriedade e enfrentando as recaídas.

*continua.

*continuação.

Scielo	Cesar (2006) ⁴⁶	Qualitativa (Transversal)	6	9 mulheres atendidas num serviço especializado em álcool e outras drogas.	Apresentar resultados parciais de um estudo qualitativo realizado com mulheres alcoólicas, discutir as peculiaridades do alcoolismo feminino e a importância do seu significado nos serviços especializados.	Observou-se comportamento particular de beber, violência doméstica e maior adesão ao tratamento quando eram participantes de um grupo composto somente por mulheres.
Lilacs	Monteiro <i>et al.</i> (2011) ³²	Qualitativa (Transversal)	6	10 mulheres em uso prejudicial de bebida alcoólica.	Descrever e analisar os relatos de mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas.	As mulheres relatam a aquisição de bebidas alcoólicas como prioridade, influenciando na rotina e desempenho profissional.
Lilacs	Elbreder <i>et al.</i> (2008) ³¹	Quantitativa (Transversal)	6	192 mulheres que procuraram pela primeira vez tratamento em um serviço especializado em álcool e outras drogas.	Caracterizar o perfil sociodemográfico de mulheres com abuso ou dependência do álcool, identificar o consumo alcoólico, as intervenções terapêuticas realizadas e alguns fatores que poderiam estar relacionados ao abandono precoce do tratamento nessa população.	O consumo diário de destilados foi significativamente maior no grupo abandono gradual. O grau de dependência grave foi significativamente maior nos dois grupos em relação aos graus.
Lilacs	Machado <i>et al.</i> (2013) ³⁵	Quantitativa (Transversal)	6	1170 mulheres da cidade de Belo Horizonte.	Analisar os fatores associados ao consumo de álcool entre mulheres adultas no Município de Belo Horizonte, por Inquérito Telefônico no ano de 2011.	O uso habitual de álcool foi mais prevalente entre as mulheres na faixa etária de 24 a 34 anos, enquanto o abuso esteve associado à idade mais jovem, alta escolaridade.
Lilacs	Soares <i>et al.</i> (2013) ³⁹	Quantitativa (Transversal)	6	21 mulheres atendidas num serviço especializado em álcool e outras drogas.	Descrever e analisar o impacto do uso de drogas nos papéis ocupacionais de mulheres que faziam uso abusivo de substâncias psicoativas.	Há perda do desempenho de papéis ocupacionais, de amigos, estudante, trabalhador e religioso.
Lilacs	Maria <i>et al.</i> (2015) ³⁸	Quantitativa (Transversal)	6	157 mulheres gestantes em atendimento pré-natal em um hospital geral.	Estimar perfil epidemiológico do consumo de álcool e tabaco durante a gravidez entre mulheres atendidas em maternidade de Santa Catarina.	A prática religiosa foi fator protetor para o álcool e tabaco. 41,1% apresentaram dependência leve, 29,4% moderada ou grave.
Lilacs	Bittar e Nakano (2011) ⁴¹	Qualitativa (Transversal)	6	10 mulheres que vivem em um contexto de álcool, drogas e violência.	Identificar os motivos que levam mulheres que vivem em contextos de álcool, drogas e violência à agressão de seus filhos.	Evidenciaram-se três categorias temáticas centrais: "Convivendo com perdas"; "Convivendo com alcoolismo, pobreza e violência em família"; "Convivendo com afetos e desafetos".

*continua.

*continuação.

Lilacs	Vargas <i>et al.</i> (2015) ²⁷	Quanti-qualitativa (Transversal)	6	412 mulheres atendidas num serviço especializado em álcool e outras drogas.	Caracterizar e compreender o contexto em que se dá o primeiro contato de mulheres com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas que procuraram atendimento em um serviço especializado em álcool e outras drogas.	A idade média de primeiro contato com as drogas foi aos 16 anos, e as substâncias mais usadas foram álcool, tabaco e maconha.
Lilacs	Oliveira e Simões (2007) ³³	Quantitativa (Transversal)	6	40 gestantes em acompanhamento de pré-natal em um hospital geral.	Discutir os motivos/fatores que levam as gestantes a consumirem bebidas alcoólicas.	10% das gestantes possuíam o hábito de consumir bebidas alcoólicas moderadamente, sendo o principal fator motivacional a presença em festas, além de se sentirem felizes e descontraídas.
Lilacs	Faria, David e Rocha (2011) ²⁴	Quantitativa (Transversal)	6	148 mulheres de grupos populacionais diversos.	Analisar o perfil religioso de 148 mulheres pesquisadas no estudo Drogas, Mulheres e Violência, avaliando a importância religiosa e sua relação com situações de violência e uso de drogas.	Os resultados reforçam o papel da religião como possibilidade de enfrentamento e fortalecimento, diante das condições históricas de dominação, seja na família ou nas relações sociais mais amplas.
Lilacs	Oliveira <i>et al.</i> (2016) ³⁷	Quantitativo (Transversal)	6	99 mulheres em idade fértil abordadas nas salas de aula, corredores e pátio de um campus universitário.	Identificar o conhecimento de mulheres sobre os efeitos da ingestão de álcool na gestação; propor ações educativas envolvendo esse tema para orientação em saúde da mulher no período preconcepção e gestacional.	A análise dos dados coletados permitiu identificar desconhecimento das mulheres sobre o assunto e reduzida participação do profissional de enfermagem na orientação dessas mulheres.
Lilacs	Ávila, Silva e Oliveira (2013) ²⁹	Quantitativa (Transversal)	6	88 mulheres atendidas em ambulatórios ou clínicas para dependência química.	Comparar diferenças e semelhanças nas crenças e expectativas do uso de álcool em mulheres com padrão de consumo de risco (MCR) e mulheres sem risco (MSR).	Os resultados evidenciaram que o grupo Mulheres Com Risco possui mais crenças positivas sobre o consumo do álcool do que o grupo Mulheres Sem Risco analisando o escore total do IECPA e comparando as suas médias. O grupo Mulheres Com Risco obteve um escore acima do ponto de corte do instrumento (121,82) caracterizando vulnerabilidade para dependência de álcool.

*continua.

*continuação.

Lilacs	Silva , Oliveira e Souza (2016) ³⁰	Qualitativa (Transversal)	6	56 mulheres tra- balhadoras.	Analisar a prevalên- cia do consumo de álcool e tabaco entre mulheres costureiras de Formiga – Minas Gerais, identificando possíveis relações com as características sociodemográficas.	55% utilizaram tal substância nos últimos três meses; 43% já consumiram álcool, sendo que 79% destas o fizeram nos últi- mos três meses.
Lilacs	Albu- querque e Nó- brega (2016) ⁴⁵	Qualitativa (Transversal)	6	44 mulheres atendidas em um Centro de Aten- ção Psicossocial em Álcool e Dro- gas (CAPSad).	Identificar barreiras e facilidades encontra- das por mulheres na busca de tratamento em dependência quí- mica.	As mulheres encontraram mo- tivação para tratamento nos filhos (38,7%), pais (27,2%), companheiros (20,4%), amigos (27,3%). No entanto, 29,5% das mulheres chegaram sozinhas ao tratamento. Os sentimentos: desejam melhorar as condições clínicas, ansiedade. Não relatam preocupação (72,2%), estão pouco otimistas (66,0%). .
Lilacs	Porto <i>et al.</i> (2015) ³⁶	Quantitativa (Transversal)	6	268 gestantes em acompanha- mento pré-natal em um hospital geral.	Verificar a associação entre as caracterís- ticas de acesso aos serviços de saúde e o envolvimento de gestantes com álcool e outras drogas.	Não foram observadas associa- ções estatisticamente significan- tes entre o envolvimento com álcool e outras drogas e as va- riáveis de acesso aos serviços de saúde, seja o envolvimento direto ou indireto.
Lilacs	Vieira (2014) ⁴⁸	Qualitativa (Transversal)	6	13 mulheres que realizaram a denúncia de violência do com- panheiro.	Analisar a interface entre o uso abusivo de álcool e outras drogas pelos com- panheiros e o vivido de mulheres que de- nunciavam situações de violência.	O uso abusivo de álcool e drogas do companheiro poten- cializou a violência vivida das mulheres entrevistadas
Medline	Schli- chting, Boog e Campos (2007) ⁹	Qualitativa (Transversal)	6	8 mulheres atendidas num serviço especiali- zado em álcool e outras drogas.	Estudar e discutir a experiência do almo- ço como terapêutico, explicitando pressu- postos teóricos, es- tratégias e resultados imediatos	Os resultados, divididos em ca- tegorias: ambiência, como facili- tadora; compartilhar o alimento; companheirismo; alimentos e seus significados; sexualidade; recaídas; depressão e motiva- ção.
SciELO	Santos e Silva (2010) ²⁶	Estudo de caso e Quali- tativo (Trans- versal)	6	Estudo desen- volvido com uma família consti- tuída de cinco pessoas: a mu- lher alcoolista de cinquenta e um anos; sua mãe; a filha, marido e o filho.	Investigar as práticas de cuidado à mulher alcoolista desenvolvi- das pela família	Os resultados mostram que os cuidados desenvolvidos pela família são centrados nas necessidades de alimentação, higiene, sono, repouso, en- caminhamento aos serviços especializados para a desintoxi- cação e que a mulher alcoolista interpreta esses esforços como sendo ações de controle sobre sua vida e punição pela sua condição de dependência.

*continua.

*continuação.

Medline	Souza, Santos e Oliveira (2013) ¹⁴	Quantitativa (Transversal)	6	493 mulheres puérperas atendidas em maternidade gerais.	Verificar em puérperas internadas em um hospital universitário da região Sudeste do Brasil o padrão de consumo alcoólico antes e durante a gravidez, e fatores de risco associados a esse uso	Durante a gravidez, o CAGE foi positivo para gestantes (13,1%). AUDIT identificou uso de baixo risco (14,8%), de risco (5,5%) e nocivo ou provável dependência em (2,8%). O consumo de álcool foi mais frequente entre gestantes com menor escolaridade.
Medline	Nascimento (2013) ⁴⁴	Quantitativa (Transversal)	6	157 mães lactantes atendidas em um hospital geral.	Verificar a frequência do consumo de bebidas alcoólicas e o grau de risco do hábito de etilismo em lactantes atendidas no Serviço de Puericultura do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.	Verificou-se consumo de bebidas alcoólicas em 12% das lactantes; dentre estas, 100% apresentaram baixo risco para transtornos causados pelo uso do álcool.
Medline	Oliveira <i>et al.</i> (2013) ⁵²	Quantitativa (Transversal)	6	1.216 mulheres da Região Metropolitana de São Paulo com 18 anos ou mais.	Estimar a prevalência de abuso sexual durante a vida entre as mulheres e investigar sua associação com o consumo de álcool	A taxa de resposta foi de 75,0%. A maioria das mulheres era casada (56,6%) e tinha menos de 12 anos de educação formal (59,0%), 46,2% tinham entre 25 e 44 anos e 44,4% tinham uma renda baixa. Das entrevistadas, 7,5% relataram ter sofrido abuso sexual durante a vida. O modelo de regressão logística múltipla mostrou associação entre abuso sexual e uso de álcool.
Medline	Silva <i>et al.</i> (2015) ⁷	Quantitativa (Transversal)	6	3.937 mulheres de grupos populacionais diversos.	Analisar a associação entre consumo de álcool, lesão relacionada com violência e concentração de álcool no sangue em mulheres que receberam tratamento ER em países em desenvolvimento e desenvolvidos.	Foram encontradas associações significativas entre violência e a frequência de consumo de álcool nos últimos 12 meses para os países em desenvolvimento e desenvolvidos, 27% e 12%, respectivamente.
Scielo	Fabri, Furta-do e Laprega (2007) ²⁰	Quantitativa (Transversal)	6	450 mulheres no terceiro trimestre de gestação, assistidas em maternidade no município de Ribeirão Preto, estado de São Paulo	Avaliar as características de desempenho da versão brasileira do questionário Tolerance, Annoyed, Cut down e Eye-opener (T-ACE), para rastreamento do consumo de álcool na gestação	100 gestantes (22,1%) foram consideradas positivas pelo T-ACE. Os índices kappa para concordância e confiabilidade foram 0,95, com 97% de respostas concordantes.

Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO |

O levantamento de dados permitiu a identificação das pesquisas realizadas no Brasil sobre o alcoolismo em mulheres, a maior parte delas realizadas entre gestantes, população em geral e mulheres atendidas em serviços especializados ou não em tratamento de abuso de álcool e outras drogas.

Por meio da revisão dos artigos, foi possível perceber fatores identificados como protetores ao uso do álcool. Entre eles, estão o ensino de práticas religiosas, que pode ser uma estratégia para o enfrentamento e o fortalecimento para as usuárias, uma vez que se identificou uma menor associação quanto ao consumo de drogas e sua prática nesse grupo²⁴. A religiosidade foi identificada não somente como fator protetor ao consumo de drogas, mas também a outras questões de saúde mental, equivalendo a uma importante proteção para situações de risco, como o suicídio, além de trazer satisfação conjugal²⁴.

Após a análise dos artigos, pode-se perceber a relevância dos grupos de ajuda mútua. Em apoio à população, existem grupos de suporte ao usuário de drogas, bem como às famílias, sendo eles pontos-chave de proteção também às mulheres, que são amparadas diante dos problemas decorrentes do alcoolismo. Por meio desses grupos, pôde-se notar não somente apoio, mas também mudança de atitudes e enfrentamento²⁵. Dentre as intervenções de ajuda, está a própria mobilização de grupos de profissionais. Juntas, pensam no desenvolvimento de companheirismo entre as usuárias, sendo a ambiência do trabalho também uma facilitadora às mulheres, para que exponham suas emoções e percepções²⁵.

A família foi colocada como grande contribuidora, tanto no começar, mas, principalmente, no parar de beber. Por mais que muitas mulheres tenham relatado terem iniciado o uso dentro do contexto familiar, grande parte conta com o apoio familiar para que cessem o hábito, quando percebem o uso prejudicial. O apoio familiar pode ser identificado como grande pilar na reconstrução de vida dessas mulheres²⁶.

Identificou-se a adolescência como o melhor momento de intervenção ao uso crescente de drogas, uma vez que essa população se encontra mais vulnerável por diversos fatores, a exemplo, a interação social²⁷.

Após análise da literatura estudada, foi observado que mulheres alcoolistas possuem baixa escolaridade. Essa realidade pode contribuir para que o consumo contínuo de álcool se torne uma doença, visto que a literatura sugere que mulheres com pouca escolaridade desconhecem as consequências atribuíveis ao consumo de álcool^{28,29,30}.

Outro fator importante no tratamento de pacientes alcoolistas é a influência da família, já que na literatura foi encontrado que o consumo de bebida alcoólica muitas vezes foi incentivado pelos pais ou pelo esposo. Mulheres alcoolistas são oriundas de lares nos quais familiares faziam uso constante de bebida alcoólica, sendo esse modelo familiar reproduzido na vida adulta^{31,32}.

Na presente revisão, verificou-se que problemas familiares, tais como morte de membros da família e marido, saída de filhos de casa ou surgimento de doenças, foram identificados como disparadores para o início do consumo de álcool ou seu uso abusivo^{29,33}. A exposição ao estresse gerado por conflitos na família pode contribuir para o aumento da frequência de consumo de álcool, assim como pode colaborar para maiores recaídas no caso em que a mulher está em tratamento, com longos períodos de abstinência. Portanto, considera-se o estresse um fator de risco para o uso e abuso de álcool^{33,34}.

Grande parte do consumo de álcool na gravidez se dá pela falta de qualidade da assistência materno-infantil. A literatura aponta que a dificuldade assistencial à mulher ocorre independentemente do envolvimento com o álcool e ou com outras drogas³⁴. No serviço de saúde, a gestante precisa ser escutada e bem acolhida, entretanto a falta de preparo dos profissionais compromete a qualidade do pré-natal, que por sua vez é essencial para uma gestação saudável e um parto seguro, fatos frequentemente relatados nos artigos analisados^{32,34,35}. Além disso, uma assistência não estruturada e completa leva ao subdiagnóstico do consumo de álcool na gravidez, o qual traz repercussões fetais dependentes da época gestacional, prejuízos às mulheres e não permite a repercussão em campanhas e medidas preventivas³⁶.

As pesquisas apontam que a maioria das mulheres consumidoras de álcool durante a gestação fizeram isso no primeiro trimestre, quando ainda não sabiam da gravidez³⁷. Após o diagnóstico da gravidez, a maior parte das mulheres cooperou para a restrição do uso de álcool durante a

gestação³⁸. Para a reversão desse quadro, faz-se necessário o planejamento familiar, no qual para sua assistência é essencial o engajamento precoce, podendo, assim, prevenir uma gravidez indesejada e também controlar a fecundidade e o número de filhos desejados. Além disso, contribui para que essas gestações ocorram em contexto socioeconômico favorável tanto relacionado ao nascimento, quanto ao desenvolvimento infantil^{39,40}.

Por meio dos artigos analisados, foi possível notar que grande parte das mulheres não sabia sobre os prejuízos advindos do uso de bebidas alcoólicas. Além disso, observou-se grande enfoque na saúde e proteção do feto^{32,35,36,40}, estando o cuidado e a abordagem dos prejuízos às grávidas estritos ao gênero, ou seja, mulheres grávidas ou não. Diante do exposto, ainda se nota a visão da mulher, mãe, cuidadora do lar, contudo essa população necessita de um olhar exclusivo, sem imposição de papéis³⁵.

O número de publicações que discorrem sobre o tratamento das mulheres alcoolistas é relevante, principalmente em relação ao acesso a serviços^{29,30,34,40,41}. A estigmatização, o cuidado com os filhos, horários inflexíveis, culpa, vergonha, a falta de transporte direto para os serviços, o empobrecimento da rede de suporte social, a rede de serviço ineficaz e as atitudes negativas dos profissionais mostram-se como os mais importantes impedidores do acesso das mulheres alcoolistas aos serviços de saúde para tratamento do abuso/dependência do álcool⁴².

É comum que as mulheres cheguem aos serviços de saúde com queixas vagas, geralmente de ordem ginecológicas ou para consultas de pré-natal, e a questão do uso e abuso de álcool, sentimentos negativos e sintomas depressivos passem despercebidos pelo profissional de saúde^{29,32}. Dessa forma, é preciso que os profissionais de saúde estejam atentos às queixas, não desconsiderando um possível uso de substâncias psicoativas¹³. Acerca disso, em algumas situações específicas, é mais fácil a captação dessa mulher alcoolista para questões referentes ao diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento, especialmente durante o pré-natal, pois em nenhuma fase da vida a mulher utiliza tanto o serviço de saúde⁴².

Porém, para que isso ocorra, é necessário que os profissionais se interessem e conheçam essa temática, e que as questões relacionadas às diferenças de gênero sejam levadas em consideração durante a formação dos profissionais que atendem essa população^{43,44}. Essas questões vão muito

além do cunho biológico, pois o profissional precisa ter um olhar sensível para a mulher, de modo a auxiliá-la quanto ao enfrentamento dos mais diversos tipos de obstáculos^{45,46}.

O atendimento ao público feminino deve ser pautado no respeito e na empatia, favorecendo, assim, a entrada e a adesão da mulher ao tratamento^{29,30,33}. A promoção da atenção à saúde mental das mulheres que fazem uso de álcool é discutida no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) 2013-2015, tendo em vista a necessidade de inserção dessa temática no serviço de saúde⁴⁷. De acordo com o PNPM 2013-2015⁴⁷, o Ministério da Saúde e a Secretária de Políticas para as Mulheres devem subsidiar pesquisas sobre a relação entre gênero e uso de substâncias psicoativas, estabelecer estratégias que considerem a determinação de gênero no sofrimento mental e propiciar educação permanente aos profissionais da rede de atenção psicossocial, de forma que a questão da desigualdade de gênero seja abordada, a fim de garantir às mulheres acesso e continuidade à assistência a partir da atenção básica. Nesse contexto, estratégias devem ser adotadas para propiciar maior acesso aos serviços de saúde às mulheres alcoolistas.

Todas essas evidências mostram que uma possível alternativa seria a implantação de centros de tratamento especializados para as mulheres, nos quais elas teriam suas demandas específicas atendidas de forma mais integral e efetiva. Outras ações a serem realizadas são abordagens para trabalhar a autoestima, a valorização de si e o autocuidado, a violência, as comorbidades, o papel feminino na sociedade e até mesmo intervenções domiciliares, uma vez que se sabe que uso de álcool tem início no meio familiar, sempre levando em consideração a importância da escuta qualificada e da empatia²⁷.

O papel social da mulher é frequentemente citado nos trabalhos encontrados nesta revisão, e ele pode ser entendido como o papel social, cultural e histórico que é construído e esperado pela sociedade e que está diretamente ligado a determinado sexo²⁰. A mulher ainda é predominantemente vista como mãe, dona de casa e esposa, papéis ocupacionais que acarretam grande responsabilidades^{26,27}. Em virtude disso, o beber feminino tem características específicas, como o fato de as mulheres comumente beberem em ambientes privados, com vistas a preservar, assim, sua autoimagem e as posturas socialmente aceitas ao gênero feminino²⁸. A mulher que bebe perde as redes de apoio muito cedo, pois a culpabilização e a estigmatização que sofrem é muito maior por serem histórica e socialmente consideradas imorais e

inadequadas⁴¹. Diante de todas as responsabilidades que as mulheres carregam, acabam encontrando na bebida um apoio emocional²⁹.

Um elemento constante na trajetória da mulher alcoolista é o adoecimento por solidão, insegurança, desespero, instabilidade emocional, cansaço físico e emocional, sobrecarga de trabalho, obrigações, responsabilidades e outros tantos problemas^{33,40,41,44}, todos relacionados aos papéis sociais da mulher, o que evidencia a importância de se estudar mais profundamente essa temática, sem estigmas ou preconceitos.

Na literatura estudada, observou-se que o consumo de álcool tem importante influência nas relações familiares, o que torna a mulher mais susceptível a sofrer ou praticar a violência, que pode se manifestar sob diversas formas, sendo as mais comuns as do tipo física, psicológica e sexual^{48,49,50}.

Na mulher alcoolista, a violência física e psicológica são as mais comuns no ambiente familiar. As atitudes da mulher alcoolista podem resultar em perda do respeito dentro do lar, cujo sofrimento afeta profundamente a família e acarreta no adoecimento não apenas da mulher alcoolista, mas também daqueles que vivem ao seu redor²⁵.

Verifica-se, ainda, que a violência se torna mais grave quando a mulher associa o uso do álcool com outras drogas. O consumo abusivo dessas substâncias pela mulher alcoolista torna-a mais vulnerável aos contextos de violência conjugal^{48,49} e a convivência com o companheiro deixa de ser algo prazeroso e afetuoso e passa a se tornar incômodo e sofrido, o que, em certas ocasiões, desencadeia agressões, discussões e desentendimentos, que interferem negativamente na vida social e na saúde mental de casais que se encontram nessa situação⁵⁰.

Outra consequência que pode ocorrer entre pessoas sob efeito do uso de álcool é a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), uma vez que o uso de álcool associado ao comportamento sexual mostra ser um fator de risco para disseminação de doenças, entre elas HIV/AIDS⁵¹. Segundo a literatura encontrada, a prática de sexo sob efeito de álcool é mais comum em pessoas do sexo masculino, adolescentes, homens que fazem sexo com outros homens e profissionais do sexo. Mulheres também possuem esse comportamento sexual de risco, porém com menor frequência^{51,52}.

CONCLUSÃO |

Por mais que o alcoolismo se alastre por toda a população, algumas diferenças quanto ao gênero merecem destaque. O presente estudo possibilitou o levantamento dos temas mais relevantes sobre alcoolismo entre mulheres, os quais podem contribuir para o desenvolvimento de dispositivos de saúde comunitária e de serviços de suporte sociais voltadas à assistência a mulheres alcoolistas, os quais supram as necessidades específicas dessa população.

A relação estabelecida entre mulheres e o álcool no período de 2006 a 2016 permitiu identificar o álcool como fator de risco para diversos agravos de saúde da população feminina, bem como as abordagens na literatura sobre o uso do álcool na gravidez, o acesso aos serviços de saúde, as vulnerabilidades relacionadas ao álcool, os fatores de proteção e o papel social da mulher.

Estudos abordaram a ingestão continuada de bebida alcoólica pelo público de gestantes, as quais alegam que desconheciam as implicações do uso do álcool durante a gestação, o que revela a deficiência na atenção à saúde no pré-natal. A fragmentação da rede de serviços, as atitudes negativas dos profissionais e a estigmatização são os principais obstáculos para a atenção integral à saúde da mulher que sofre com os danos e agravos decorrentes do alcoolismo.

Sobre as mulheres, atualmente, incide uma série de demandas sociais e responsabilidades que propiciam a constituição de situações conflituosas e estressantes. Diante desses papéis sociais que a elas são imputados, o uso e o abuso do álcool são multifacetados e, assim, são necessários estudos que se proponham a descrever o alcoolismo e seus impactos na saúde da mulher, bem como propor intervenções assistenciais frente à singularidade feminina.

REFERÊNCIAS |

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Suíça; 2014.
2. Laranjeira R. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012. São Paulo; 2014.
3. Silveira CM, Siu ER, Wang YP, Viana MC, Andrade AG, Andrade LH. Gender differences in drinking patterns and

- alcohol-related problems in a community sample in São Paulo, Brazil. *Clinics* 2012; 67(3): 205-212.
4. QuickStats: Death Rates for Chronic Liver Disease and Cirrhosis, by Sex and Age Group – National Vital Statistics System, United States, 2000 and 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2017; 66:1031. DOI: <https://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6638a9External>.
 5. Stanesby O, Callinan S, Graham K, Wilson IM, Greenfield TK, Wilsnack SC, Hettige S, Hanh HTM, Siengsouhthone L, Waleewong O, Laslett AM (2018) Harm from Known Others' Drinking by Relationship Proximity to the Harmful Drinker and Gender: A Meta-Analysis Across 10 Countries. *Alcohol Clin. Exp. Res.* 42:1693-1703.
 6. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the future national survey results on drug use, 1975-2011. Volume 1. Secondary school Students. Michigan (USA): Institute for Social Research, The University of Michigan; 2013.
 7. Diehl A, Daniel C, Laranjeira R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Artmed Editora, 2018.
 8. Dantas R. O. (1985). Tempo de alcoolismo no desenvolvimento de doenças orgânicas em mulheres tratadas no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, SP, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 19(4), 304-310.
 9. Schlichting S, Boog MCF, Campos CJG. Almoço como momento terapêutico: uma abordagem de educação em saúde com mulheres alcoolistas. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007; 15(3).
 10. Nóbrega MPSS, Eleonora MO. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. *Revista de Saúde Pública*.2005; 39.5: 816-823.
 11. Pillon SC, Santos MAMF, Cafer JR, Ferreira PS, Pires SZA, Oliveira Marchini GP. Consequências do uso de álcool em mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2014; 16(2): 338-45.
 12. Freire K, Padilha PC, Saunders C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* .2009 . 2020; 31(7): 335-341
 13. Silva MDGBD. (2012). O pensar e o agir das mulheres assistidas em um centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas: alcoolismo feminino e o caminho para a recuperação (Tese; Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães).
 14. Souza LHRFD, Santos MCD, Oliveira LCMD. Padrão do consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário e fatores de risco associados. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2012; 34(7):296-303.
 15. O'connor MJ, Shannon EW. Brief intervention for alcohol use by pregnant women. *American journal of public health.* 2007; 97(2): 252-258.
 16. Fernandes, A. F. C., Cavalcanti, P. P., Bonfim, I. M., & Melo, E. M. (2005). Significado do grupo de auto-ajuda na reabilitação da mulher mastectomizada. *Revista Mineira de Enfermagem.* 2005; 9(1): 47-51.
 17. Santos Alessandro Marques dos, Silva Mara Regina Santos da. A experiência de cuidar da mulher alcoolista na família. *Rev. esc. enferm. USP.*2012 ;46(2): 364-371.
 18. Griffith E. O Tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2005.
 19. Cardoso LRD, Malbergier A, Figueiredo TFB. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DST's/HIV/AIDS. *Rev Psiq. Clín.* 2008; 35(1):70-75.
 20. Fabri CE, Furtado EF, Laprega MR. Consumo de álcool na gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(6):979-84.
 21. Mendes KS, Silveira RCCPP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto – Enferm.* 2008; 17(4): 758-764.
 22. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidencebased practice in nursing & healthcare. A guide to best practice.* Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins..2005:3-24.
 23. Brasil. Congresso Nacional. Lei n. 11.343 23 de agosto de 2006. *Diário Oficial.* Brasília 23 de agosto de 2006. [Internet]. 2006 [acesso em 4 out 2020]. Disponível em: URL: <https://>

www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2006/lei-11343-23-agosto-2006-545399-publicacaooriginal-57861-pl.html.

24. Faria MGA, David HMS, Rocha PR. Inserção e prática religiosa entre mulheres: Aspectos protetores ao uso de álcool e violência. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2011; 7(1): 32-37.

25. Filzola CLA, Tagliaferro P, Andrade AS, Pavarini SCI, Ferreira NMLA. Alcoolismo e família: a vivência de mulheres participantes do grupo de autoajuda Al-Anon. *J Bras Psiquiatr* 2009; 58(3):181-186.

26. Campos EA, Reis JG. Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo – Brasil. *Interface* 2010;14(34):539-550.

27. Vargas DSJ, Leon E, Pereira CF, Ponce TD. O primeiro contato com as drogas: análise do prontuário de mulheres atendidas em um serviço especializado. *Saúde Debate.* 2015; 39(106):782-791.

28. Ávila CA, Silva DC, Oliveira MS. Crenças, expectativas e padrão de consumo do álcool por mulheres. *Aletheia* 2013; 42:39-50.

29. Esper LH, Webster CMC, Carvalho AMP, Furtado EF. Mulheres em tratamento ambulatorial por abuso de álcool: Características sociodemográficas e clínicas. *Rev Gaúcha Enferm* 2013; 34(2):93-101.

30. Silva NA, Oliveira J L, Souza J. Consumo de álcool e tabaco entre mulheres costureiras da cidade de Formiga - Minas Gerais. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* 2016; 12(4):222-230.

31. Elbreder MF, Laranjeira R, Siqueira MM, Barbosa DA. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. *J. Bras de Psiquiatr.* 2008; 57(1): 9-15.

32. Monteiro CFS, Dourado GOL, Júnior Graça CAG, Freire AKN. Relatos de mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas. *Esc Anna Nery.* 2011; 15(3):567-572.

33. Pinheiro SN, Milton RL, Erikson FF. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública.* 2005; 39: 593-598.

34. Lima HP, Braga VAB, Carvalho LV, Moraes ACO. Significados do feminino no discurso de alcoolistas e a interface com a saúde mental. *Texto Contexto Enferm* 2010; 19(3):496-503.

35. Machado IE, Lana FCF, Mendes MSF, Malta DC. Factors associated with alcohol intake and alcohol abuse among women in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(7):1449-1459.

36. Porto PN, Oliveira JF, Campos ACP, Pires CGS. Acesso aos serviços de saúde: fatores associados ao envolvimento de gestantes com drogas. *Rev. baiana enferm.* 2015; 29(4): 350-360.

37. Oliveira AM, Santos AJRB, Alvarez FTLC, Enokibara MP, Medeiros MF. Estudo das percepções de mulheres em idade fértil sobre os efeitos da ingestão de bebidas alcoólicas durante a gravidez como proposta para sistematização de práticas de ensino pela enfermagem para a prevenção. *J. res.: fundam. Care.* 2016; 8(1):3860-3872.

38. Maria FN, Jornada LK, Sakae TM, Junior Cassol OJ; Sakae YD, Quevedo JL. Uso de álcool e tabaco por gestantes em maternidade do sul de Santa Catarina. *Arq. Catarin Med.* 2015; 44(1):41-61.

39. Soares LCO, Pereira AR, Pereira PE, Souza ACA, Andrade VS. Papéis ocupacionais de mulheres que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas. *Rev Ter Ocup Univ* 2013; 24(3):199-207.

41. Bittar DB, Nakano MAS. Violência intrafamiliar: análise da história de vida de mães agressoras e toxicod dependentes no contexto da família de origem. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(1):17-24.

42. Moura LNB, Gomes KRO. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014; 19(3):853-863.

43. Moraes CL, Reichenheim ME. Screening for alcohol use by pregnant women of public health care in Rio de Janeiro, Brazil. *Rev de Saúde Públ.* 2007; 41(5):695-703.

44. Nascimento AL, Souza AFO, Amorim ACR, Leitão MBS, Maio R, Burgos MGPA. Ingestão de bebidas alcoólicas em lactantes atendidas em Hospital Universitário. *Rev paulpediatr.* 2013; 31(2): 198-204.

45. Albuquerque CS, Nóbrega MPSS. Barreiras e facilidades encontradas por mulheres usuárias de substâncias psicoativas na busca por tratamento especializado. Rev. eletrônica saúde mental alcool drog. 2016; 12(1):22-29.

46. Palatnik ES. Debate sobre o artigo de Delma Pessanha Neves. Cadernos de Saúde Pública. 2004; 20: 21-22.

47. Brasil. Secretária De Políticas Para As Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília, 2013. [Internet]. 2013 [acesso em 4 out 2020]. Disponível em: URL: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNPM.pdf>.

48. Vieira LB, Cortes LF, Padoin SMM, Souza IEO, Paula CC, Terra MG. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. Rev. bras. Enferm. 2014;67(3):366-372.

49. Souza JGS, Lima JMB, Santos RS. Alcoolismo feminino: subsídios para a prática profissional da enfermagem. Esc. Anna Nery. 2008; 12(4):622-629.

50. Oliveira GC, Dellagnolo CM, Ballani TSL, Carvalho MDB, Peloso SM. Consumo abusivo de álcool em mulheres. Rev. Gaúcha Enferm. 2012; 33(2):60-68.

51. Silva MGB, Lyra TM. O beber feminino: socialização e solidão. Saúde Debate. 2015;39(106):772-781.

52. Oliveira JB, Kerr-corrêa F, Lima, MCP, Bertolote JM, Tucci. AM. Sexual abuse and alcohol use among women in metropolitan São Paulo, Brazil: a general population study. Rev. bras. Epidemiol. 2013; 16(4): 817-825.

Correspondência para/Reprint request to:

Laerson da Silva de Andrade

Av. Marechal Campos, 1468,

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,

Universidade Federal do Espírito Santo,

Campus Universitário de Maruípe, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29040-090

E-mail: cep.ad.ccs.ufes@gmail.com / laersonsilva1@gmail.com

Recebido em: 30.01.2019

Aceito em: 13/11/2020



Universidade Federal do Espírito Santo
Excelência em Ensino Superior desde 1961