

Vol.23 (supl. 1) 2021
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 Daniela Izoton de Sadovsky, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil.

Angélica Espinosa Barbosa Miranda, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil. Secretaria de vigilância em saúde (Departamento de condições crônicas e IST), Ministério da saúde, Brasília, Brasil.

Claudio Piras, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil.

Erick Freitas Curi, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil.

José Geraldo Mill, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil.

Karina Demoner de Abreu, Emescam, Vitória, Brasil.

Luciana Lofego Gonçalves, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil.

Marcos Rosa Júnior, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil.

Ricardo Mello, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil.

EDITORES-CIENTÍFICOS NACIONAIS |

Ana Claudia Trocoli 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

EDIFORAÇÃO 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 | Produção científica dos programas de residência em Saúde do Hucam**
Scientific production of Health Residency Programs of Hucam
José Geraldo Mill, Carolina Fiorin Anboque

ARTIGOS ORIGINAIS | ORIGINAL ARTICLES

- 6 | Prevalência de alterações citológicas cervicais em indígenas do município de Aracruz/ES: um estudo preliminar**
Prevalence of cervical cytological alterations in indigenous women from the city of Aracruz/ES: a preliminary study
Thays Moreira Campos Lovatti, Neide Aparecida Tosato Boldrini, Angélica Espinosa Barbosa Miranda, José Geraldo Mill, Izabella Cardoso Lara, Izadora Novaes Bobier, Talissa Lima Tavares, Vanessa Afonso Eleutério
- 13 | Abortamento previsto em lei em hospital universitário entre março de 2018 a setembro de 2020**
Granted abortion law in a university hospital between March 2018 to September 2020
João Victor Jacomele Caldas, Lúcia Carla Polaco Covre, Luana Pelicioni Rangel Braga, Hans Alberto Toledo da Fonseca, Helena Lúcia Barroso dos Reis, Neide Aparecida Tosato Boldrini

RELATOS DE CASO | CASE REPORTS

- 23 | Granuloma Reparativo de Células Gigantes, um raro tumor ósseo benigno em criança: relato de caso**
Giant Cell Reparative Granuloma, a rare benign bone tumor in a child: case report
Felipe Cypreste de Oliveira, Ana Daniela Izoton De Sadovskiy, Heitor Filipe Surlo, Isadora Tavares Nascimento, Kamilla Ramos Folli, Letícia Rangel Furtado, Mariana Fernandes Campanharo, Ritielly Pacheco Gonçalves
- 27 | Whipple's disease and risk factor in three case reports**
Doença de Whipple e fator de risco em três relatos de caso
Mateus Andre Rueda-Dantas, Beatriz Zago Gomes Rueda, Rovena Campana Tardin, Mariana Brasileiro Vieira Puppo, Paula Morette de Oliveira, Danielle Cristina Filgueira Alves Batista, Kethleen Gomes Wandekoken, Layni Storck, Lucas Zouain Figueredo, Ludmilla Ventura Lirio, Caroline Alcure Pinto, Thiago Torezani, Letícia Goulart Campos, Luciana Lofego Gonçalves, Izabelle Venturini Signorelli, Maria da Penha Zago-Gomes
- 33 | Himen imperfurado com hematócolpos e CA 125 e CA 19-9 aumentados**
Imperforated hymen with hematocolpos with CA 125 and CA 19-9 increased
Felipe Cypreste de Oliveira, Flávia Araújo, Letícia A. Vervloet
- 37 | Gardner's Syndrome: a variant of familial adenomatous polyposis: a case report**
Síndrome de Gardner: uma variante da polipose adenomatosa familiar: um relato de caso
Ludmilla Ventura Lirio, Maria Carmen Lopes Ferreira Silva Santos, Maria da Penha Zago-Gomes
- 41 | Carcinoma basocelular linear na axila e na fossa poplíteia: apresentação e localizações raras**
Rare presentation of linear basal cell carcinoma in the axilla and poplitea fossa
Valentina Lourenço Lacerda de Oliveira, Lucia Martins Diniz, Emily Neves Souza, Luana Amaral de Moura
- 45 | Low-grade endometrial stromal sarcoma: case report**
Sarcoma do estroma endometrial de baixo grau: relato de caso
Carolina Azevedo Feltz, Carolina Loyola Prest Ferrugini, Neide Aparecida Tosato Boldrini

RELATOS DE EXPERIÊNCIA | EXPERIENCE REPORTS

- 52 | Residência multiprofissional construindo caminhos para a promoção de práticas inteprofissionais e colaborativas**
The multiprofessional residency building up paths for the promotion of interprofessional and collaborative practices

Winnie Lorena Novais Monteiro, Merielli Campi Partelli, Alexandra Iglesias

- 62 | A violência e o cuidado a crianças e adolescentes: relato de experiência da Residência Multiprofissional em Saúde no Programa Saúde na Escola**

Violence and care for children and adolescents: experience report of the Multiprofessional Residency in Health in the Health Program at School

Merielli Campi Partelli, Winnie Lorena Novais Monteiro, Alexandra Iglesias

Produção científica dos programas de residência em Saúde do Hucam

Scientific production of Health Residency Programs of Hucam

José Geraldo Mill^{1,2}
Carolina Fiorin Anhoque^{1,2}

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

²Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. Vitória/ES, Brasil.

A residência médica constitui etapa fundamental na formação médica, possibilitando a formação de profissionais tanto na atenção primária como nos níveis mais altos de complexidade. Instituída em 1977 pelo Decreto 80.281 e constitui uma forma de capacitação profissional já consolidada no Brasil. É um programa vinculado ao Ministério da Educação (MEC) e tem organização e acompanhamento (credenciamento, avaliação e recredenciamento) centralizados na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Em 2019 estavam matriculados mais de 50 mil médicos residentes em quase 5 mil programas existentes em cerca de 800 instituições de saúde¹. A Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), por meio do Centro de Ciências da Saúde (CCS), possui Residência Médica já consolidada com oferta de cerca de 75 vagas anuais em 28 especialidades. Em 2021 contava com 174 médicos residentes.

Em vista da experiência adquirida na área médica, o MEC decidiu em 2005² criar a Residência Multiprofissional em Saúde para treinamento em serviço de profissionais de saúde não médicos. Apesar de ser mais recente, a Residência Multiprofissional em Saúde também está consolidada em nosso país. A Ufes também oferece este curso de pós-graduação para a comunidade por meio do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e Adolescente, que tem duração de com anos com ingresso anual de 18 profissionais com graduação em 9 diferentes áreas da saúde.

As residências constituem uma modalidade de ensino-aprendizagem baseada na inserção do profissional em formação em serviços de saúde (hospitais) que prestam serviços para o SUS. No caso da Ufes, o Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (Hucam) constitui o campo de prática mais abrangente, tanto para a Residência Médica como para a Multiprofissional. Manter condições adequadas para atuação destes residentes constitui desafio permanente para a Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do Hucam, um dos 40 hospitais universitários vinculados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

Importante ressaltar que, além da formação prática em serviço, há necessidade também de se cuidar da formação acadêmica e científica do residente. A atuação na área da saúde exige, cada vez mais, formação continuada do profissional. O exemplo recente da pandemia da Covid-19 mostra de maneira didática essa necessidade, não só por ser doença nova,

mas porque quebrou diversos paradigmas tradicionais na área da saúde que tiveram que ser redimensionados face à nova realidade trazida pela pandemia. As novas informações que vão capacitar o profissional de saúde a atuar neste campo são encontradas em revistas científicas. A absorção do conhecimento trazido em artigos originais, revisões, metanálises, entre outros, exigem do profissional de saúde domínio básico de como a ciência de se desenvolve visando solucionar novos e velhos problemas.

Um dos instrumentos mais importantes para este aprendizado é a inserção do residente em projetos de pesquisa que, ainda que simples, possam mostrar como as ideias são concebidas e testadas na esfera científica. Para esta finalidade, o trabalho de conclusão de curso (TCC) constitui ferramenta de grande valia. Com este foco, a GEP vem incentivando os residentes a proporem projetos onde todas as etapas da construção do conhecimento possam ser percorridas, desde a ideia principal e passando pela formulação do projeto, submissão a um comitê de ética em pesquisa com seres humanos (CEP), planejamento, execução da coleta e análise de dados e, finalmente, a redação do documento para apresentação pública, em que o conhecimento adquirido poderá ser aplicado para além do espaço onde foi desenvolvido.

É neste sentido que a gestão de ensino e pesquisa do Hucam, integrada à *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde* (RBPS) apresenta a edição de um número especial com artigos dedicados à divulgação dos trabalhos científicos elaborados por residentes em atuação no Hucam. O processo de seleção dos artigos seguiu os mesmos trâmites dos trabalhos submetidos à editoria científica da revista para publicação em números regulares. O sucesso alcançado neste processo mostra a boa adesão dos residentes e seus orientadores à transformação dos tradicionais TCC's, em que a extensão do texto não é problema, em artigos científicos que se enquadrem dentro do contexto da literatura atual, seguido pela RBPS: textos concisos e precisos que facilitem a divulgação de novas ideias e conhecimentos para os seus leitores.

Boa leitura!

REFERÊNCIAS |

1. Revisamed.com.br/residencia-medica/vagas. Acesso em: em 20 de dezembro de 2021.
2. Ministério da Educação. [on line] Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>. Acesso em: 21 de dezembro de 2021.

Thays Moreira Campos Lovatti¹
Neide Aparecida Tosato Boldrini¹
Angélica Espinosa Barbosa Miranda²
José Geraldo Mill¹
Izabella Cardoso Lara¹
Izadora Novaes Bohier¹
Talissa Lima Tavares¹
Vanessa Afonso Eleutério¹

**Prevalence of cervical
cytological alterations in
indigenous women from the
city of Aracruz/ES:
a preliminary study**

**| Prevalência de alterações citológicas
cervicais em indígenas do município
de Aracruz/ES: um estudo preliminar**

ABSTRACT | Introduction: *The morbidity and mortality profile of indigenous peoples in Brazil has changed from infectious and parasitic diseases to chronic degenerative diseases, including cervical cancer. Studies with behavioral analysis and cancer screening are needed to guide the public health system. Objective:* *To analyze the prevalence of cervical cytological alterations resulting from HPV (Human papillomavirus) infection by tracking indigenous women from the Aracruz/ES community. Methods:* *Cross-sectional, a prospective study carried out in Vitória – ES with the application of a standard questionnaire for clinical data collection followed by cervical cytology collection during medical consultation. Results:* *95% (N = 190) of the patients had results without cytological alterations - Within normal limits. Of the others, 9 had atypia of indeterminate significance, possibly non-neoplastic (ASCUS), and only 1 had glandular atypia of indeterminate significance, possibly non-neoplastic (AGC). No other cervical cytological changes or invasive cancer were found. Conclusion:* *Cervical cancer is the 4th most prevalent globally. Therefore, the indigenous population has been considered vulnerable to screening and diagnosis of this disease due to its high prevalence. However, the screening carried out in the indigenous peoples of the Community of Aracruz / ES shows a different and favorable scenario, with a low prevalence of cervical cytological alterations.*

Keywords | *Women's health; Health of Indigenous Populations; Cervical neoplasms; Tracking programs.*

RESUMO | Introdução: O perfil de morbidade e mortalidade dos povos indígenas no Brasil tem mudado de doenças infecto - parasitárias para doenças crônicas degenerativas, dentre elas o câncer de colo uterino. São necessários estudos com análise comportamental e rastreamento de neoplasias para nortear o sistema de saúde pública. **Objetivo:** Analisar a prevalência de alterações citológicas cervicais decorrente de infecção por HPV (papiloma vírus Humano) através do rastreamento de mulheres indígenas da comunidade de Aracruz/ES. **Métodos:** Estudo de corte transversal, prospectivo realizado em Vitória – ES com aplicação de um questionário padrão para levantamento de dados clínicos seguido de coleta de citologia cervical durante consulta médica. **Resultados:** 95% (N = 190) das pacientes obtiveram resultados sem alterações citológicas - Dentro dos limites da normalidade. Das demais, 9 apresentaram atípias de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASCUS) e apenas 1 apresentou atipia de significado indeterminado glandular, possivelmente não neoplásica (AGC). Não foram encontradas outras alterações citológicas cervicais ou câncer invasor. **Conclusão:** A neoplasia de colo uterino é a 4ª mais prevalente no mundo e a população indígena tem sido considerada vulnerável ao rastreamento e diagnóstico dessa doença por alta prevalência de casos. Entretanto, o rastreamento realizado nas indígenas da Comunidade de Aracruz / ES mostra um cenário diferente e favorável, com baixa prevalência de alterações citológicas cervicais.

Palavras-chave | Saúde da mulher; Saúde de Populações Indígenas; Neoplasias de colo uterino; Programas de rastreamento.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. Vitória/ES, Brasil.

²Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Brasília/DF, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Segundo Dodd *et al.*⁵, em seu artigo publicado na Revista The Lancet, A Organização Mundial da Saúde (OMS), lançou desde novembro de 2020 o plano estratégico de eliminação global do Câncer de colo de útero (CCU) através da vacinação, do rastreamento e o tratamento. A população indígena, em qualquer parte do mundo, apresenta um baixo índice de rastreamento da doença. Isso se dá as dificuldades de acesso as mesmas e aos medos e tabus a coleta do exame⁵.

Segundo o último Censo do IBGE de 2010, haviam 817.000 indígenas na população brasileira, com predomínio na região Nordeste, correspondendo a 37,4% do total. Cerca de 12% deste estão contidos na região Sudeste, sendo a segunda região com menor população indígena, perdendo para o Sul do país com 9,2%. Do total de indígenas do Sudeste, 7,9% estão distribuídos no Estado do Espírito Santo².

Historicamente, no perfil de morbidade e mortalidade dos povos indígenas no Brasil predominavam as doenças infecciosas e parasitárias. Entretanto a incorporação de novos hábitos culturais e urbanização contribuíram para o aumento da incidência das doenças crônicas degenerativas como o câncer^{3,4}.

O CCU é o 4º mais prevalente na população brasileira, correspondendo a 7,4% dos casos tendo como predomínio as regiões norte e nordeste do País. No Brasil, foram notificados 16.590 novos casos de CCU, sendo 240 (11,65%) deles no Estado do Espírito Santos com 30 (13,69) dos casos na capital¹.

Apesar de a saúde indígena ser identificada como prioridade pela Organização Mundial da Saúde, os dados epidemiológicos dos povos indígenas também são pouco conhecidos no Brasil, em virtude da exiguidade de investigações, da ausência de inquéritos regulares, e da precariedade dos sistemas de registro de informações sobre morbidade e mortalidade nesses grupos étnicos⁶.

Destaca-se ainda que estudos internacionais apontam o câncer do colo do útero como um importante problema de saúde pública entre as populações indígenas⁹.

MÉTODOS |

Esse artigo foi desenvolvido a partir de um estudo de corte transversal, prospectivo, com dados preliminares, realizado no Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes em Vitória – ES, através da aplicação de questionário padrão e coleta de material citológico cervical durante consulta médica em ginecologia, cujo objetivo foi rastrear, descrever e analisar as alterações citológicas cervicais e a prevalência de CCU em mulheres indígenas do município de Aracruz / ES.

O Município de Aracruz / ES situa-se no litoral norte do estado do Espírito Santo, distando 80 KM da capital Vitória/ES. Segundo o último Censo do IBGE, em 2010, a população indígena desse município, é composta por 3040 indígenas, dívidas em duas etnias. Cerca de 90 % são de etnia tupiniquim e os demais de etnia Guarani¹⁰.

Esse projeto de pesquisa e extensão foi desenvolvido e realizado através da Universidade Federal do Espírito Santo com atendimento no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - HUCAM tendo aprovação do comitê de ética por essa instituição e após consentimento dos caciques das tribos indígenas.

As pacientes entre 18 e 75 anos, com coitarca presente, foram inicialmente abordadas em suas comunidades pela equipe de estratégia da saúde da família e orientadas sobre a importância do rastreamento e diagnóstico de lesões cervicais e câncer de colo uterino. As que manifestaram interesse de participação ao projeto e realização dos exames foram agendadas para consulta médica ginecológica no HUCAM – Vitória/ES.

Durante os meses de abril a agosto/2021 foram atendidas no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - HUCAM, Vitória/ES, 200 mulheres indígenas de etnias Tupiniquim e Guarani.

Em consulta médica, foi aplicado um questionário padrão para levantamento de dados clínicos. Esse questionário contém perguntas que buscam vincular fatores de risco para doenças cervicais. Foram levantados dados como: idade, etnia, estado civil, escolaridade, história patológica pregressa, história ginecológica-obstétrica, questionamentos sobre a vida sexual, número de parceiros, uso de preservativos ou métodos contraceptivos e presença

ou tratamento de lesões prévias por HPV. O questionário na íntegra está contido no Anexo 1.

Ao término do questionário, as pacientes foram conduzidas para realização do exame ginecológico. Prosseguido coleta de citológica cervical em meio líquido com amostras enviadas ao serviço de patológica do HUCAM. Os resultados foram liberados e entregue as pacientes em suas comunidades com cerca de 20 dias após a coleta. As pacientes com alterações no exame foram reagendadas para nova consulta esclarecendo o resultado do exame e mantida em seguimento no serviço.

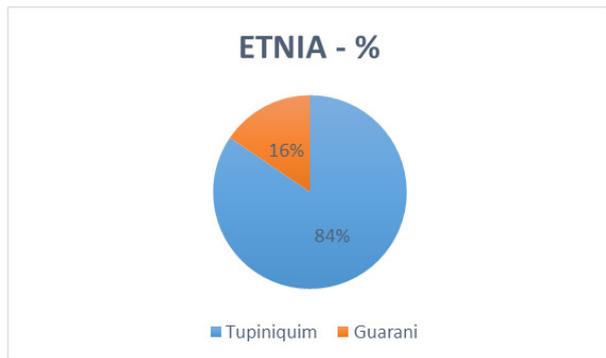
RESULTADOS |

A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é a doença sexualmente transmissível mais comum no mundo e responsável por cerca de 11% da incidência global de câncer em mulheres¹¹.

São levantados padrões comportamentais determinantes desse problema, sendo considerados fatores de risco para o câncer: início de relações sexuais em idade precoce, ocorrência de múltiplos parceiros sexuais ao longo da vida, histórico de doenças sexualmente transmissíveis (DST), parceiros sexuais promíscuos, imunodeficiências, e condição socioeconômica desfavorável¹³.

O questionário aplicado buscou identificar e analisar se existem padrões comportamentais que favoreçam a circulação e doença cervical pelo HPV. 200 Mulheres Indígenas foram consultadas e examinadas com coleta de citologia cervical.

Figura 1 - Porcentagem de etnia tupiniquim e Guarani

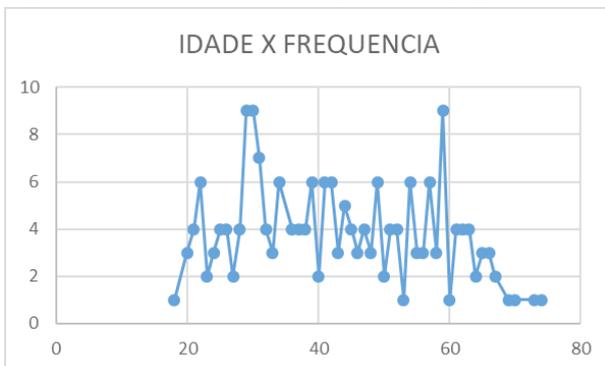


Fonte: Os autores.

Em sua maioria da etnia tupiniquim. Isso se deu pela maior prevalência populacional dessa etnia associado à maior facilidade de acesso territorial das equipes de saúde local.

A média das mulheres estudadas foi de 42,8, sendo a mais jovem com 18 anos e a mais velha com 74 anos, distribuídas conforme o gráfico abaixo.

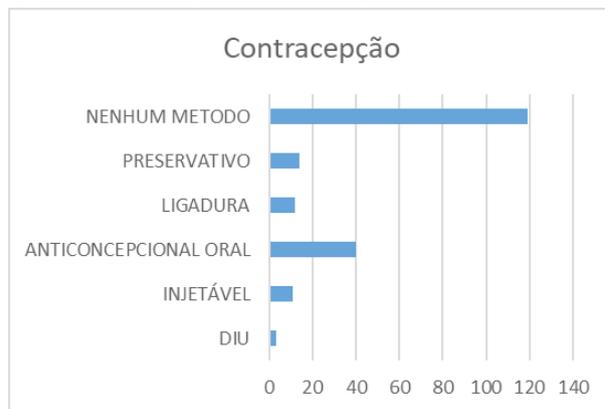
Figura 2 - Distribuição de idade das pacientes em frequência



Fonte: Os autores.

Análise dos dados mostrou um início precoce da vida sexual, sendo a mais jovem aos 11 anos, trazendo uma média de 16 anos a coitarca. O não uso de método contraceptivo, incluindo método de barreira como o condon, predominou entre as mulheres indígenas com prevalência de 119 casos.

Figura 3 - Contraceção por número de pacientes



Fonte: Os autores.

Com isso, o índice de gestação chegou a 3,5 filhos por indígenas, sendo as mais velhas com prole de N maior, o que pode refletir uma mudança de hábito sobre a natalidade das mulheres estudadas frente a sociedade atual.

Entretanto, podendo estar contribuindo para proteção de infecções sexualmente transmissíveis incluindo a infecção pelo HPV, a maioria se mostrou monogâmica com relacionamentos de longa duração e apenas um parceiro sexual.

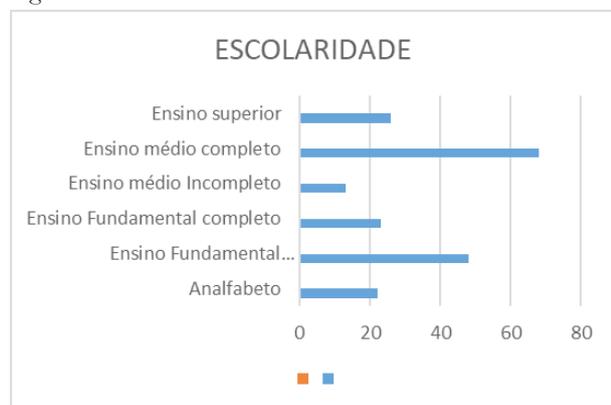
Figura 4 - Estado civil



Fonte: Os autores.

Outro fator encontrado diz respeito ao nível de escolaridade das indígenas. Apenas 22 indígenas, correspondendo a 11% do total, sem disseram analfabetas. As demais, apresentaram algum nível de escolaridade com predomínio do Ensino médio completo. Isso retrata um acesso educacional favorável à esta população indígena quanto comparada a outras comunidades.

Figura 5 - Nível de Escolaridade

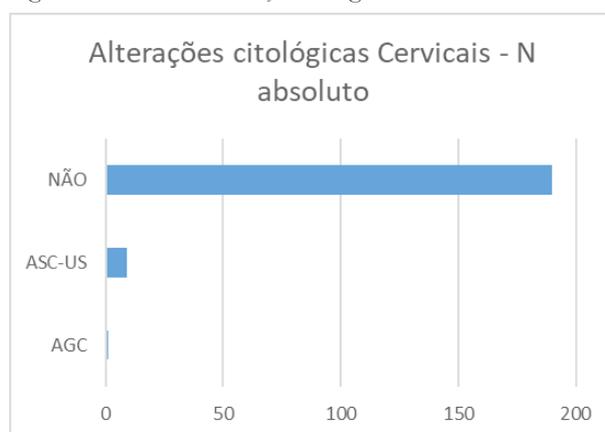


Fonte: Os autores.

O material cervical coletado foi analisado pelo serviço de patologia do HUCAM com objetivo de avaliar a presença de alterações citológicas do material cervical coletado.

Dos resultados citológicos segundo a nomenclatura para laudos citopatológicos cervicais (INCA, 2012), 95% (N = 190) das pacientes obtiveram resultados sem alterações citológicas, (Dentro dos limites da normalidade, no material examinado ou alterações celulares benignas (ativas ou reparativas). Das demais, 9 apresentam atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASCUS) e apenas 1 apresentou atipia de significado indeterminado glandular, possivelmente não neoplásica (AGC). Não foram encontradas outras alterações citológicas cervicais ou câncer invasor.

Figura 6 - Número de alterações citológica cervicais



Fonte: Os autores.

DISCUSSÃO |

Estudos trazem a saúde da mulher indígena como um ponto de vulnerabilidade a saúde pública, que associado a fatores de risco para infecção por HPV, por sua vez, levam a um elevado número de doenças cervicais, muitas vezes com diagnóstico tardio e dano irreparável.

Após análises dos dados clínicos e dos exames citopatológicos, viu-se que as mulheres indígenas da comunidade de Aracruz/ES, até então estudadas, apresentam uma baixa incidência de alterações cervicais contrapondo os dados epidemiológicos descritos em outras comunidades.

Um exemplo foi o estudo descritivo transversal realizado no estado do Para, em indígenas atendidos no Hospital Ophir Loyola. Do total de 47 indígenas atendidos, 32 (68,09%) eram do sexo feminino e o câncer de colo uterino

foi o tipo de câncer mais encontrado, acometendo 76,69% das índias adultas investigadas⁷.

Outro estudo publicado previamente realizado com índias da tribo Parakanã, no Pará, mostrou que 23,2% dos esfregaços citológicos apresentaram alterações morfológicas compatíveis com infecção por HPV.

Dessas alterações encontradas, 1,4% apresentaram neoplasia intra-epitelial cervical de grau 1 e 2 (NIC 1 e 2) e carcinoma cervical⁸.

Os fatores comportamentais foram investigados através do questionário, mostrando que as índias do município de Aracruz/ES quebram os padrões descritos na literatura. Dentre eles, pode-se citar nível educacional, levando a hipótese de maior censo crítico quando a necessidade do autocuidado através do rastreamento por meio do exame, deixando paradigmas e tabus.

Nascimento *et al.*⁷, em seu estudo, confirmou a relação entre a baixa escolaridade da população indígena e o intervalo de tempo maior entre o diagnóstico do câncer e o início do tratamento oncológico.

Outro fator que pode estar contribuindo para tal desfecho seria a facilidade de acesso a saúde por parte dessas comunidades indígenas decorrente da sua localização e expansão urbano local.

Segundo Sarcinelli¹⁶ em sua dissertação de mestrado, as aldeias Indígenas do Município de Aracruz – Espírito Santo (ES) fazem parte dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), um Subsistema de saúde indígena brasileiro, que visa garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral a Saúde desde 1999¹⁶ diferindo da realidade de outras comunidades indígenas do Brasil.

Jardim da Fonseca *et al.*⁹ pesquisou a prevalência de alterações citológicas cervicais em populações indígenas do extremo norte da Amazônia Brasileira, os distritos sanitários do Leste e os Yanomamis. Este último, por sua vez, tem como características o isolamento territorial e social com grandes dificuldades de acesso a comunidade. Foram estudadas N de 2016 mulheres, com 30 % delas apresentando citologia cervical alterada, sendo 2,8 % de lesões sugestivas de câncer invasor com predomínio de lesões nos Yanomamis⁹.

Ainda segundo Nascimento *et al.*⁷ em seu estudo, o tempo médio entre o diagnóstico de câncer cervical e o tratamento é de 113 dias (mais de 03 meses), sendo acima de 60 dias em mais de 60% dos casos. Isso retrata uma realidade diferente do preconizado pelo Ministério da Saúde no Brasil, trazendo à tona a dificuldade de acesso desse grupo populacional⁷.

A triagem e o tratamento de precursoros e doenças em estágio inicial podem prevenir o desenvolvimento de câncer cervical invasivo e reduzir a mortalidade por câncer cervical¹⁴.

Para esse fim, o esfregaço citológico cérvico-vaginal, conhecido como Papanicolaou, tem sido advogado como instrumento eficiente para programas de rastreamento¹³. O rastreamento de CCU é um desafio do subsistema de Atenção primária a saúde indígena¹⁵.

Dodd *et al.*, refere que eles têm usado de pessoas da comunidade local e influenciadores para difundir informação sobre a importância e necessidade de coleta do exame para tentar mudar tal realidade⁵.

Tal estratégia utilizada pelo sistema de saúde local, através da atenção primária a saúde, por meio de agentes comunitários, corrobora com o desfecho favorável encontrado nas mulheres indígenas do município de Aracruz/ES uma vez que 95% das mulheres até agora estudadas não apresentaram alterações citológicas cervicais. Das alterações citológicas encontradas, não houve nenhum diagnóstico de neoplasia de colo uterino.

A urbanização, localização das comunidades indígenas de Aracruz e o acesso ao serviço de saúde aplicado a esta população pode estar favorecendo o rastreio, diagnóstico e tratamento de alterações citológicas cervicais nesta população indo de encontro aos dados epidemiológicos das demais populações indígenas brasileiras.

CONCLUSÃO |

As mulheres indígenas do município de Aracruz/ES, não apresentaram alterações citológicas cervicais em 95% das amostras analisadas, desfecho diferente do remetido pelos estudos em populações indígenas pelo Brasil.

Vários foram os fatores apontados para que esse desfecho fosse diferente. Dentre os ditos comportamentais, pode-se destacar os relacionamentos monogâmicos duradouros contribuindo para uma menor incidência de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a infecção por HPV.

O nível educacional encontrado favorece a facilidade de abordagem do tema e a percepção crítica da necessidade de realização do rastreamento citológico cervical pelo método de Papanicolau.

O processo de urbanização e a facilidade de acesso a saúde vem contribuindo para diagnósticos e tratamentos precoces.

Esses fatores, quando somados, superam os fatores comportamentais que poderiam levar a um desfecho

contrário como início precoce da vida sexual e ausência de métodos de barreira nas relações sexuais.

Esse estudo ainda é preliminar, com um número limitado de dados sobre essa população indígena. Porém, essa análise já nos permite aventar a hipótese de que a saúde da mulher indígena nas comunidades de Aracruz/ES tem sido desenvolvida proporcionando resultados favoráveis. Entretanto, esse estudo apresenta uma limitação territorial, fazendo com que tal hipótese não possa ser aventada para as demais comunidades do Brasil uma vez que os dados vão de encontro ao descrito na literatura atual.

A comunidade segue em estudo e, no futuro, poderá ser utilizada como parâmetro para melhoria da assistência à saúde nessa população específica.

Anexo 1 - Instrumento de pesquisa: formulário para entrevista

DADOS GERAIS
Data: ___ / ___ / ___ Comunidade: _____
Nome: _____
Prontuário: Idade: _____ (anos)
Escolaridade (em anos) : _____
Etnia: _____
Situação Conjugal: (1) solteira (2) união estável (3) viúva (9) Não sabe
Há quanto tempo é casada: _____ anos OU _____ meses
Número de filhos: _____ (vivos)
Número de gravidezes: _____ GPA
Idade do filho mais velho: _____
Idade do filho mais novo: _____
Está grávida: (1) sim (2) não (9) não sabe
Você utiliza algum método contraceptivo? 1. Pilula 2. Preservativo 3. DIU 4. Muco cervical/billing 5. Temperatura 6. Tabela 7. Diafragma 8. Pilula do dia seguinte 9. Preservativo feminino 10. Não
Você e seu parceiro(a) utilizam preservativos ? 1. Sim 2. Não
Se sim, com que frequência vocês fazem uso do preservativo? 1. sempre 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca
DUM =
HISTÓRIA SEXUAL E REPRODUTIVA
Qual era sua idade quando você teve a primeira relação sexual? __ __ anos
Você utiliza algum medicamento do tipo? 1. Para ansiedade e stress 2. Antidepressivos 3. Não 6. TARV Se sim, qual? _____
Quantas vezes já fez o preventivo na vida: _____ vezes (9) não sabe
Fez o preventivo nos últimos 3 anos: (1) sim (2) não (9) não sabe
Já teve diagnóstico de infecção por HPV ou NIC: (1) sim (2) não (9) não sabe
Possui alguma queixa ginecológica: (1) dor (2) corrimento (3) sangramento (4) lesão genital (5) outro _____ (6) não (9) não sabe.
Caso de câncer na família?

Fonte: Os autores.

REFERÊNCIAS |

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Controle do câncer de colo de útero. Rio de Janeiro: INCA, 2021.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010: Características Gerais dos Indígenas – Resultado do Universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
3. Confalonieri, U.E.C. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. *Cad. De Saúde Pública*. Dez 1989. 5(4): 441-450
4. A incidência de câncer na população indígena no Brasil e a subnotificação dos casos [editorial]. *Revista brasileira de oncologia clínica*. 2015; 11 (39):10-11
5. Dodd. R.H, Whopb, L.J, Smithc M.A. Facilitating uptake of cervical screening among Indigenous women to achieve equitable and timely elimination of cervical câncer. *The Lancet Regional Health - Western Pacific* Julho 2021; 13
6. Pla M.A.S, Corrêa F.M, Claro I.B, Silva M.A.F, Dias M.B.K, Bortolon P.C. Análise Descritiva do Perfil dos Exames Citopatológicos do Colo do Útero Realizados em Mulheres Indígenas e Não Indígenas no Brasil, 2008-2011. *Rev. Bras. Cancerol*. Set 2012; 58(3):461-9.
7. Nascimento E.R, Wenderley A.V, Pacheco F.C, Junior R.C.A, Costa D.F, Pereira L.N.G et al. Perfil clínico e epidemiológico do câncer entre os índios do estado do Pará, Brasil. *Revista brasileira de oncologia clínica* Abril/2015; 11 (39): 12-18
8. Brito E.B, Menezes R.C, Martins S.I, Bastos M.G, Souza A. Estudo preliminar para detecção de cérvicovaginites e lesões precursoras do câncer de colo uterino, em índias da tribo Parakanã. *Rev Ass Med Brasil*, 1996;42:11- 15.
9. Jardim da Fonseca A, da Costa Amorim LD, Saron Wanderley Murari R, Cabus Arcoverde L, de Lima Ferreira LC. Prevalência de Alterações Citológicas Cervicais em Indígenas do Extremo Norte da Amazônia Brasileira. *Rev. Bras. Cancerol* junho/2014.60(2):101-8.
10. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação Regional Espírito Santo. Equipe de Saúde Indígena (ESAI). Cadastro da população indígena aldeada do Espírito Santo no SIASI 2008. Vitória, 2008.
11. Sanclemente G, Gill D.K. Human papillomavirus molecular biology and pathogenesis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. Maio/2002;16(3):231-40.
12. Palefsky J.M, Hirsch Martin S, Bloom A. Human papillomavirus infections: Epidemiology and disease associations. Up to date Agosto/2021.
13. Speck, N. M. de Góis; Pinheiro, J. S; Pereira, E; Rodrigues D; Focchi, G. R.A; Ribalta, Lascasas, J.C. Rastreamento do câncer de colo uterino em jovens e idosas do Parque Indígena do Xingu: avaliação quanto à faixa etária preconizada no Brasil. *Einstein* mar 2015; São Paulo, v. 13, n. 1, p. 52-57, mar. 2015.
14. Frumovitz, Michael, Goff, B, Dizon S.D, Chakrabarti A. Câncer invasivo do colo do útero: epidemiologia, fatores de risco, manifestações clínicas e diagnóstico. Disponível em Up To Date Agosto/2021.
15. Rodrigues, D. A. Prevalência de atipias citológicas e infecção pelo papilomavírus humano de alto risco em mulheres indígenas do Panará, povo indígena do Brasil Central. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 30, p. 2587-2593, dez. 2014.
16. Sarcinelli, A. A política de saúde indígena no Brasil na década de 1990 e o Sistema Único de Saúde: o caso das aldeias do Espírito Santo. Vitória. Dissertação de mestrado Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo; 2009.
17. Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. *BMJ*. 1999 Apr 3;318(7188):904-8.

Correspondência para/ Reprint request to:

Thays Moreira Campos Lovatti

Av. Mal. Campos, 1355,

Santos Dumont, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29041-295

E- mail: Thayscampos35@botmail.com

Recebido em: 09/04/2021

Aceito em: 31/05/2021

João Victor Jacomele Caldas^{1,3}
Lúcia Carla Polaco Covre^{1,3}
Luana Pelicioni Rangel Braga^{1,3}
Hans Alberto Toledo da Fonseca²
Helena Lúcia Barroso dos Reis³
Neide Aparecida Tosato Boldrini^{1,3}

Granted abortion law in a university hospital between March 2018 to September 2020

| Abortamento previsto em lei em hospital universitário entre março de 2018 a setembro de 2020

ABSTRACT | Introduction: *Although abortion in Brazil is not considered a crime in cases of risk to maternal life, rape, and anencephalic fetuses, many women encounter barriers in the legal and assistance system to perform an abortion. Objective: To describe the clinical and sociodemographic profile of women who underwent a legal abortion, between March 2018 and September 2020. Methods: A retrospective cohort study with the inclusion of all patients who had interrupted pregnancy for legal reasons. Patients who suffered spontaneous abortion and patients who carried out full-term pregnancies were excluded. Results: 39 patients were found. The average gestational age was 16 weeks and six days. Eighteen patients were primiparous. The average age was 24.5 years, with three being 14 years old. Six patients had complications. Two rapid positive syphilis tests were found. Conclusion: The results are consistent with the literature when detailing a vulnerable population. It was found in this study to be a young population, primiparous, single, with low education. Having a detailed profile of these pregnant women is of paramount importance for public policy planning to properly and humanely guide patients who present this demand.*

Keywords | *Abortion; Anencephaly; Rape; Legislation; Sex offenses.*

RESUMO | Introdução: Apesar do aborto no Brasil não ser considerado crime nos casos de risco de vida materno, estupro e de fetos anencéfalos muitas mulheres encontram barreiras no sistema jurídico e assistencial para realização do aborto. **Objetivo:** Descrever o perfil clínico e sociodemográfico das mulheres submetidas ao abortamento legal, entre março de 2018 a setembro de 2020. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectiva com inclusão de todas as pacientes que tiveram interrupção da gravidez por razões legais. Foram excluídas pacientes que sofreram aborto espontâneo e pacientes que levaram gestação a termo. **Resultados:** Foram encontradas 39 pacientes. A média de idade gestacional foi de 16 semanas e seis dias. Dezoito pacientes eram primíparas. A média de idade foi 24.5 anos, sendo que três tinham 14 anos. Seis pacientes apresentaram intercorrências. Foram encontrados dois testes rápidos de sífilis positivos. **Conclusão:** Os resultados condizem com a literatura ao detalhar uma população vulnerável. Constatou-se nesse estudo tratar-se de uma população jovem, de primíparas, de solteiras, e com baixa escolaridade. Ter um perfil detalhado dessas gestantes é de suma importância para planejamentos de políticas públicas para conduzir adequadamente e de forma humanizada as pacientes que apresentam essa demanda.

Palavras-chave | Aborto legal; Anencefalia; Estupro; Legislação; Delitos sexuais.

¹Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. Vitória/ES, Brasil.

²Universidade do Estado da Bahia. Salvador/BA, Brasil.

³Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O abortamento ilegal e feito de forma insegura representa um grave problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de mortalidade materna no mundo, inclusive no Brasil¹. A Mortalidade materna é um dos marcadores mais importantes que mostra qualidade do cuidado a saúde. Serve como base para desenvolvimento de prioridades e ações e tem ação sociopolítica e econômica importantes².

Estima-se que ocorram apenas no Brasil, mais de um milhão de abortamentos induzidos ao ano, sendo uma das principais causas de morte materna no País¹. Em municípios da região metropolitana de Recife, entre 1994 e 1996, o aborto já ocupou, respectivamente o primeiro e segundo lugar nas causas de morte materna, decrescendo nos anos seguintes e a curetagem pós-abortamento representou o terceiro procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde¹. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), metade das gestações é indesejada e uma em cada nove mulheres recorrem ao abortamento legal para interrompê-las¹.

Estimativas do aborto induzido eram imprecisas até o início de 1990. Variavam de 300mil e 3.3milhões de abortos clandestinos. Em 2000 foi estimado 22,3 abortos induzidos por 1.000 mulheres no Brasil. De 1999 a 2012 as estimativas da razão a abortos induzidos na população de mulheres entre 15 e 49 anos, calculada por 100 nascidos vivos, diminuíram 11% no Nordeste, 13 no Sudeste, 5% no Centro-Oeste. Aumento importante na região norte 13% e Sul 41%.

Em nível populacional o Brasil tem passado por profundas mudanças no planejamento familiar, no uso de métodos anticoncepcionais, na igualdade de gênero e no enfrentamento a misoginia². A fecundidade do Brasil vem decrescendo desde a década de 1960, quando as mulheres tinham em média seis filhos e com grande dificuldade ao acesso a contracepção adequada, muitas recorriam à laqueadura ou ao aborto². Em 1986, 44% das brasileiras em idade fértil eram laqueadas. No início dos anos 90, no Nordeste, alcançaram 63%. Em 1986, antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), 57% das mulheres usavam anticoncepcionais e em duas décadas esse número subiu para 80,6%².

Sabe-se que o aborto ainda é amplamente utilizado no Brasil. Em 2010 em inquérito em área urbana, 22% das mulheres

entre 35 a 39 anos já haviam feito um aborto induzido². Esse inquérito foi repetido em 2016, confirmando alta ocorrência de abortamentos, especialmente nas regiões nordeste, centro-oeste e norte².

O aborto previsto em lei varia ao redor do mundo, no decorrer do tempo e momento histórico de cada sociedade. Em 1985, por exemplo, quatro países não permitiam o aborto em nenhuma hipótese e 2013 esse número subiu para cinco.

A legislação brasileira prevê essencialmente três formas de aborto descriminalizado, duas delas previstas no artigo 128 e incisos do Código Penal e outra em um julgamento de arguição de descumprimento de preceito fundamental, a ADPF 54^{10,11}. A Interrupção da gestação de fetos anencéfalos, permitida no país desde que o Supremo Tribunal Federal (STF) julgou procedente a ADPF 54, de forma a declarar inconstitucional a interpretação segundo a qual a interrupção dessas gestações fosse considerada crime nos artigos 124 e 126 do Código Penal Brasileiro.

O Hospital Perola Byington, em São Paulo foi um dos primeiros serviços de saúde brasileiros a oferecer atendimento para mulheres em situação de violência e assistência a abortamento seguros e iniciou as atividades em agosto de 1994⁴. Em 1998 surge no estado do Espírito Santo o programa de Atendimento às vítimas de violência Sexual (PAVIVIS) que acolhe crianças, adolescentes e adultas expostas a crimes sexuais, dando suporte médico, psicológico e assistencial às vítimas, e caso necessário, também suporte a interrupção da gestação oriunda do delito sexual⁶. Nos doze primeiros anos de funcionamento, mais de 4.000 vítimas foram atendidas⁶.

Dessa forma, objetiva-se descrever o perfil clínico, social e epidemiológico das mulheres adolescentes e adultas submetidas à interrupção legal da gestação em hospital universitário, em Vitória-ES entre o período de março de 2018 a setembro de 2020.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo no setor de obstetrícia em hospital universitário. Foram incluídos nesse estudo dados de todas as pacientes, que tiveram a interrupção da gestação com embasamento previsto

na legislação brasileira vigente no período de março de 2018 a setembro de 2020. Foram excluídas as pacientes que sofreram aborto espontâneo, óbitos fetais intraútero, natimortos e neomortos que tiveram assistência obstétrica no Hospital Universitário no período desse estudo. Também foram excluídas as pacientes que sofreram violência sexual e optaram por levar a gestação e também gestantes com fetos com anencefalia que aguardaram o parto a termo para resolução da gestação.

As pacientes submetidas ao aborto legal foram localizadas nos registros de abortamentos, óbitos fetais e natimortos da maternidade, no qual estão catalogadas todas as pacientes que tiveram assistência ao abortamento ou parto de natimortos.

Os dados das pacientes incluídas nesse estudo foram extraídos de prontuários médicos entre julho a setembro de 2020 e inseridos em planilha do *Microsoft Office Excel* 2016. As variáveis foram: Motivo do abortamento, dias de internação hospitalar, idade da paciente, comorbidades, escolaridade, cor, estado civil, naturalidade, município de residência atual, paridade, idade gestacional no momento da interrupção da gestação, tipagem sanguínea, resultado dos testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite B, hepatite C, necessidade de esvaziamento uterino e intercorrências durante o processo de interrupção da gestação. A caracterização dos dados foi apresentada na forma de frequência observada, porcentagens, valores mínimos, máximos e médias. Os resultados foram calculados pelo próprio programa e expostos através de gráficos e tabelas.

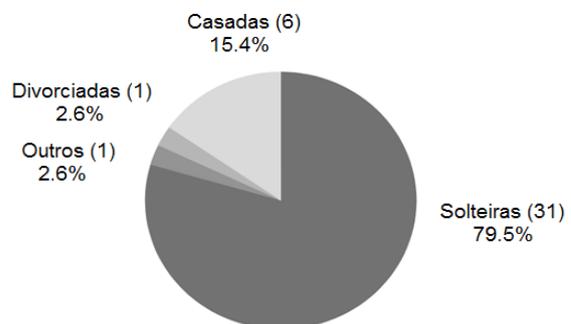
RESULTADOS |

Entre março de 2018 a setembro de 2020 foram realizadas 39 interrupções legais de gestações. Também foram realizados dois partos a termo de fetos com anencefalia nesse período. Uma paciente que optou por levar a gestação naturalmente e procurou a maternidade em trabalho de parto espontâneo. A outra gestante procurou o hospital com 42 semanas de gestação para indução do parto. A mesma tinha ciência da malformação fetal, contudo desconhecia a legislação vigente e o direito em interromper a gestação de forma segura e descriminalizada. Ela realizou pré-natal na rede pública municipal em município da grande Vitória e relatou que em nenhum momento lhe foi orientado acerca da possibilidade de interrupção da gravidez.

Das 39 pacientes, 22 gestações (56.4%) foram interrompidas por serem fruto de violência sexual e 17 (43.6%) interrompidas por fetos com anencefalia. A média de internação foi de 2.8 dias, sendo que uma paciente evadiu após a expulsão fetal e não recebeu alta médica. Duas pacientes receberam alta médica, mas retornaram para nova internação devido a complicações relacionadas ao abortamento. Tanto a evasão quanto as duas pacientes que retornaram para uma segunda curetagem uterina foram do grupo das pacientes que abortaram por gestação fruto de violência sexual. O mínimo de dias de internação para cinco pacientes foi de um dia e o máximo foi sete dias para uma paciente. Esta passava pela interrupção legal na primeira gestação fruto de violência sexual e estava com 18 semanas e 5 dias no momento da internação. Passou por vários ciclos de Misoprostol conforme o protocolo da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) de 2017⁹, mas sem resposta adequada.

Onze pacientes eram naturais de Vitória, quinze eram provenientes de outro município da região metropolitana de Vitória, sete pacientes eram naturais do interior do estado do Espírito Santo, cinco eram naturais de outros estados e uma paciente era natural de outro país, Angola, na África. Trinta e uma gestantes eram solteiras, seis pacientes eram casadas, uma divorciada, e uma paciente estavam em outro tipo de relacionamento.

Gráfico 1 - Estado civil das pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020

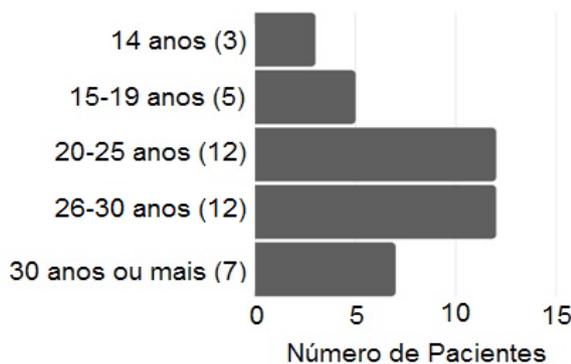


Fonte: Os autores.

Dezoito pacientes estavam passando pelo abortamento legal na primeira gestação, cinco pacientes tiveram um abortamento prévio antes, não declarado se espontâneo ou provocado. Dezesete pacientes tiveram um parto anterior à interrupção da gestação no momento da internação, sendo

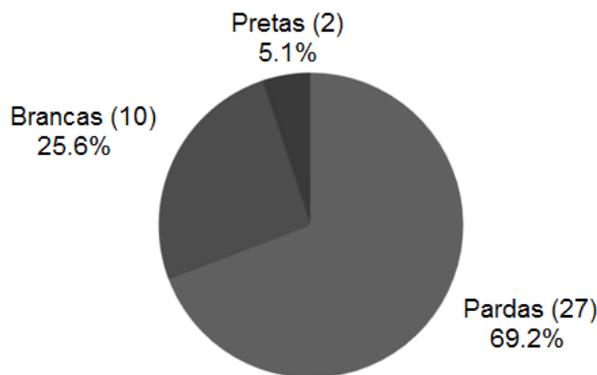
nove destas por cesariana. A média de idade foi de 24,5 anos, sendo que três pacientes tinham 14 anos completos e outras cinco entre 15 e 19 anos. Doze pacientes possuíam idade entre 20 e 25 anos, doze pacientes com idade entre 26 a 30 anos e outras sete pacientes estavam com 31 anos ou mais no momento da interrupção da gestação. Vinte e sete das 39 pacientes se autodeclararam pardas, 10 como brancas e duas pretas.

Gráfico 2 - Idade das pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020



Fonte: Os autores.

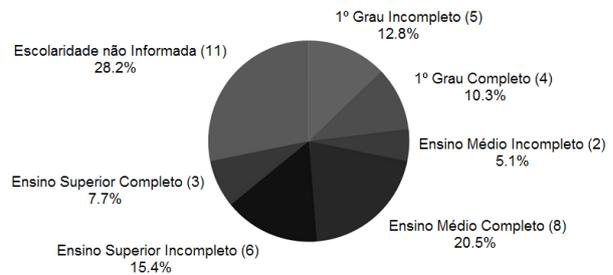
Gráfico 3 - Cor autodeclarada das pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020



Fonte: Os autores.

Cinco pacientes possuíam primeiro grau incompleto, quatro concluíram o primeiro grau, duas tinham o ensino médio incompleto, oito concluíram o ensino médio, seis tinham ensino superior incompleto ou ainda estavam na graduação, três tinham ensino superior completo e onze não declararam a escolaridade. Cabe salientar que das nove pacientes que chegaram ao ensino superior, cinco foram vítimas de estupro.

Gráfico 4 - Escolaridade das pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020



Fonte: Os autores.

Cinco pacientes tinham algum tipo de comorbidade já diagnosticada no momento da internação para a interrupção da gestação. As comorbidades encontradas foram: asma, diabetes mellitus tipo 2, hipotireoidismo, fibromialgia e outra paciente estava em seguimento após cirurgia bariátrica. Tanto a paciente após cirurgia bariátrica quanto a paciente diabética interromperam a gestação devido à anencefalia fetal, ambas comorbidades consideradas fatores de risco para defeitos de tubo neural fetal.

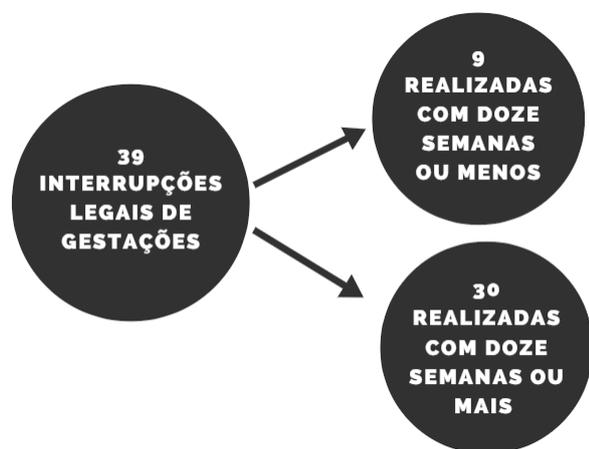
Nove pacientes interromperam a gestação com 12 semanas completas ou menos e 30 estavam com mais de 12 semanas ou mais no momento da interrupção. A média de todas as pacientes foi de 16 semanas e seis dias no momento do abortamento, 19 semanas e um dia no grupo das 17 pacientes que induziram por anencefalia e 13 semanas e um dia no grupo das 22 pacientes que interromperam a gestação por violência sexual. No grupo das pacientes que interromperam a gestação por fetos com anencefalia a idade gestacional mínima foi de 13 semanas e três dias e o máximo de 27 semanas e três dias. Já no grupo de pacientes vítimas de violência sexual a idade gestacional mínima foi de oito semanas e três dias e a idade gestacional máxima no momento da interrupção foi de 18 semanas e cinco dias.

Todas as pacientes foram submetidas a teste rápido de HIV, sífilis, hepatites B e C na internação. Uma paciente cujo feto era anencéfalo recebeu o diagnóstico de sífilis no durante a internação para o abortamento e outra, também para interrupção por anencefalia, já havia realizado tratamento prévio para sífilis, sendo os dois testes rápidos positivos. O restante dos testes rápidos apresentou resultados negativos.

Vinte e nove pacientes necessitaram de Aspiração Manual intrauterina (AMIU) e/ou curetagem uterina durante a

internação para a interrupção da gestação, 18 das 22 no grupo de pacientes violentadas sexualmente e 11 das 17 pacientes no grupo cujos fetos eram anencéfalos. Três pacientes apresentaram tipagem sanguínea com fator Rh negativo e foi aplicado imunoglobulina 300mcg anti-D após o abortamento.

Figura 1 - Relação entre as pacientes que realizaram interrupção legal da gestação antes e após 12 semanas completas entre março de 2018 a setembro de 2020

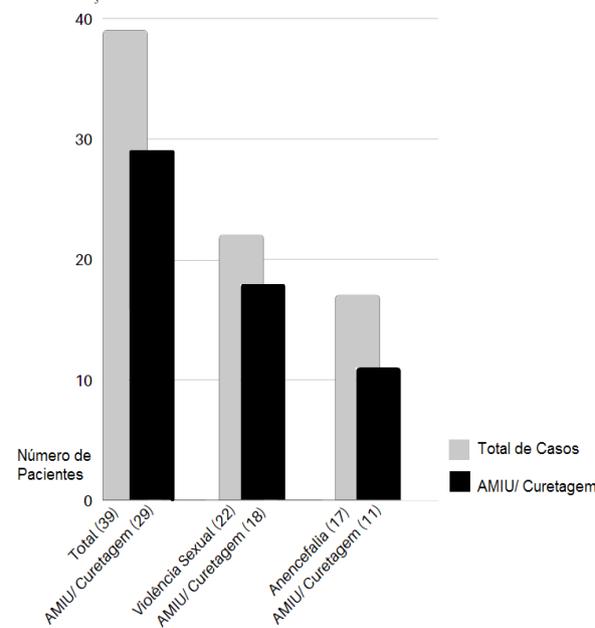


Fonte: Os autores.

Uma paciente apresentou hemorragia nas primeiras horas após abortamento sendo tratada com ocitocina venosa e Misoprostol via retal e duas pacientes apresentaram hemorragia após a alta médica sendo necessária nova internação e nova curetagem uterina. As duas pacientes foram submetidas a curetagem durante a primeira internação.

Cabe destacar que uma paciente estava sendo submetida pela segunda interrupção legal por violência sexual, sendo a primeira realizada em 2014 e outra paciente cuja interrupção da gestação ocorreu em abril de 2018 teve nova gestação e parto em 2019 no HUCAM. Nenhuma interrupção da gestação foi realizada via alvará judicial ou justificada por risco de vida materno iminente. A Tabela 1 mostra as principais características dos casos de aborto legal entre março de 2018 a setembro de 2020.

Gráfico 5 - Casos que foram realizados AMIU/Curetagem nas pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020



Fonte: Os autores.

Tabela 1 - Características dos casos de aborto legal no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020

	Total de interrupções	Anencefalia	Violência sexual
Interrupções	39	17	22
Média de dias de internação	2.8 dias	2.7 dias	2.8 dias
Média de Idade	24.5 anos	24.5 anos	24.3 anos
Média de Idade gestacional	16 semanas e 6 dias	19 semanas e 1 dia	13 semanas e 1 dia
Curetagem/AMIU	29	11	18
Intercorrências	6	2	4
Uso de Imunoglobulina anti-D	3	1	2
Teste Rápido de Sífilis positivo na internação	2	2	0

Fonte: Os autores.

DISCUSSÃO |

O aborto é considerado crime pelo Código Penal Brasileiro de 1940¹⁰, mas a legislação brasileira prevê essencialmente três formas de aborto descriminalizado, duas delas previstas no artigo 128 e incisos do Código Penal⁴ e outra em um julgamento de arguição de descumprimento de preceito fundamental, a ADPF 54¹¹.

Muitas vezes é imposto que a gestação seja vista e sentida através de sintomas positivos e idealizados⁵. Causa estranheza e aversão a muitos imaginar que uma mulher não tenha uma experiência agradável com a gestação. Infelizmente, as gestações indesejadas são frequentes entre as brasileiras e a vida de uma mulher que se vê na situação de gravidez não planejada, não consentida ou mesmo planejada, mas com o feto apresentando malformações graves pode ser de grande sofrimento materno⁵. Nada faz com que a gestação seja anulada ou inexistente⁵. A mulher se vê sozinha ao não poder compartilhar seu negativismo em relação à gestação. Via de regra mulher alguma interrompe

uma gestação por satisfação ou deleite, portanto é natural a relação com sofrimento¹².

De maneira geral, estamos diante de uma população de grande vulnerabilidade. Conforme a casuística do estudo, podemos observar que se trata de uma população predominantemente jovem, de primíparas, solteiras e com baixa escolaridade. No trabalho de Major *et al.*¹³, no qual avaliou-se a satisfação das mulheres após abortamento, a maioria das mulheres eram jovens e sem relacionamento estável¹³, dados semelhantes encontrados nas pacientes do presente estudo. Essas mulheres possuem diversas possibilidades no que diz respeito à vida reprodutiva e compartilham entre si vários fatores de risco para infecções sexualmente transmissíveis¹³. A grande maioria das mulheres que tiveram um aborto induzido deseja ter filhos posteriormente¹³. Muitas foram violentadas sexualmente e não realizaram profilaxia após exposição nem anticoncepção de emergência: apenas 9,2% das crianças, 35% das adolescentes e 44% das adultas conforme o estudo de Cerqueira e Coelho, observado na Tabela 1¹⁵.

Tabela 1 - Procedimentos médicos realizados nas vítimas de violência sexual

	Profilaxia DST			Profilaxia HIV		
	Crianças	Adolescentes	Adultos	Crianças	Adolescentes	Adultos
Sim	21,4	46,1	63,8	18,4	44,5	61,5
Não	68,7	44,4	28,3	71,5	46,0	63,5
Não se aplica	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Ignorado	9,5	9,0	7,9	10,0	9,4	8,0
	Coleta de sangue			Coleta de sêmen		
	Crianças	Adolescentes	Adultos	Crianças	Adolescentes	Adultos
Sim	33,7	53,1	60,1	3,7	10,7	13,0
Não	56,4	37,5	30,7	84,3	76,6	73,4
Não se aplica	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Ignorado	9,8	9,4	9,2	11,9	12,7	13,6
	Contracepção de emergência			Aborto previsto em lei		
	Crianças	Adolescentes	Adultos	Crianças	Adolescentes	Adultos
Sim	9,2	35,0	44,0	0,6	1,7	2,4
Não	62,0	49,0	43,2	38,4	79,8	80,9
Não se aplica	19,9	6,8	2,7	55,9	7,2	2,8
Ignorado	8,9	9,2	10,1	5,1	11,4	13,9
	Profilaxia hepatite B			Coleta de secreção vaginal		
	Crianças	Adolescentes	Adultos	Crianças	Adolescentes	Adultos
Sim	14,4	33,7	49,6	11,0	21,2	22,7
Não	74,9	55,6	40,6	59,8	61,2	61,7
Não se aplica	0,1	0,0	0,0	19,8	6,9	2,7
Ignorado	10,6	10,6	9,8	9,3	10,7	12,9

Fonte: Adaptado de Cerqueira e Coelho¹⁵.

Chama a atenção que os dois casos de sífilis, um já tratado e outro sem tratamento no momento do abortamento foram no grupo das pacientes cujos fetos eram anencéfalos, ou seja, sem exposição à violência sexual. Isso reflete o quanto a infecção por sífilis tem sido presente e o quanto o rastreamento, principalmente em gestantes é de suma importância para se reduzir novos casos de sífilis e de transmissão vertical. Grandes desafios na realidade perinatal brasileira. No estudo de Chen *et al.*, de 2007, foram encontrados cinco resultados positivos para sífilis em 503 pacientes que procuraram um serviço de abortamento legal¹⁶. Nessa casuística foram encontrados dois em 39 casos, ou seja, proporcionalmente um resultado superior ao encontrado no estudo chinês. A profilaxia para infecção no trato genital superior por clamídia após induzidos no primeiro trimestre não é descrita nos manuais de interrupção legal da gestação brasileiros, apesar de serem recomendados em estudos internacionais²¹.

Um dos grandes fatores que atrasa a busca por atendimento para a realização de profilaxia contra as infecções sexualmente transmissíveis (IST) e contracepção de emergência nos casos de violência sexual é o fato de o agressor ser conhecido ou próximo da vítima. Além de constrangimento e humilhação experimentada pela vítima, o medo de retaliação por parte do agressor que possa facilmente reencontrar, pesa mais que o medo de gravidez e infecções. A presença de trauma não genital e denúncia a polícia foram fatores determinantes para que a vítima chegue em tempo hábil para a realização adequada de profilaxias tanto para infecções sexualmente transmissíveis quanto para a anticoncepção de emergência¹⁷. As pacientes violentadas sexualmente podem estar cronicamente expostas e vulneráveis a esse mal e sob-risco de nova gestação não planejada¹⁷. Uma paciente do presente estudo estava na sua segunda interrupção legal da gestação fruto de estupro. A proposta de se utilizar métodos contraceptivos de longa duração podem evitar a recorrência de abortamentos induzidos¹⁸. O dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Tcu380A) inserido após coito desprotegido é o método para a anticoncepção de emergência mais eficaz¹⁸. Estudos recentes sugerem que o endoceptivo hormonal com levonorgestrel também pode ser utilizado como anticoncepção de emergência e sem inferioridade aos outros métodos já estabelecidos¹⁹. Em países da Europa e Estados Unidos esse método chegou a ser escolhido por 11% das pacientes que procuraram algum tipo de anticoncepção de Emergência²⁰. Tal método

é pouco utilizado como método de anticoncepção nos serviços de saúde brasileiros.

Uma pesquisa feita na Serra, município da Grande Vitória, analisou um grupo de 21 mulheres que fizeram aborto induzido clandestinamente e verificou-se que 47% dos casos houve incentivos ou intimidação de alguém; 38% foi o companheiro e em 23% o pai da gestante²². Em um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, o IPEA, por Cerqueira & Coelho, em 2014, mostrou que 70% dos estupros são cometidos por parentes, namorado, amigos ou conhecidos, mostrando que o agressor pode estar próximo da vítima e os abusos podem ser recorrentes¹⁵. O fato de o agressor ser um desconhecido da vítima diminui as chances da mulher recorrer ao aborto, enquanto se é um conhecido há maior probabilidade que ela recorra a interrupção, podendo haver casos de chantagem e coerção¹⁵. A chance de a mulher fazer o aborto legal quando é estuprada por um parente é 2,3 vezes maior comparadas a aquelas vítimas que foram agredidas por desconhecidos¹⁵.

A permissão de abortamento sem necessidade de boletim de ocorrência ou qualquer forma de comunicação às autoridades jurídicas ou segurança, com taxativa orientação para médicos e outros profissionais não comunicarem o fato a polícia ou outra autoridade²³ pode configurar uma brecha na perpetuação do ciclo de abortos nessas pacientes. Em contrapartida, a não obrigatoriedade do boletim de ocorrência pode tornar a vítima de violência sexual menos exposta e vulnerável, torna o processo de abortamento menos burocrático e mais acessível a aquelas que desejarem a interrupção legal da gestação da vítima de estupro¹.

Mesmo após tantos anos da lei que garante o aborto seguro e descriminalizado nos casos de estupro e mais recentemente nos casos de fetos anencéfalos ainda existe desinformação, inclusive nos profissionais da saúde e no meio jurídico acerca dos direitos das pacientes ao aborto. Além disso, nota-se que se trata de um número relativamente pequeno de interrupções de gestações provenientes de violência sexual em relação ao número elevado de crimes sexuais que ocorrem diariamente em nosso meio, mesmo em uma região metropolitana brasileira e em um serviço de referência, o que mostra que há subnotificações e barreiras que impedem que essas pacientes cheguem ao atendimento inicial após exposição sexual em tempo hábil, anticoncepção

de emergência, profilaxia de IST e ao abortamento, mesmo previsto em lei¹⁵.

Algumas recomendações, todas com nível A de evidência são citadas para melhor abordagem de pacientes que passarão pelo abortamento ou como forma de reduzir que abortos sejam realizados, entre elas: Prevenir gestações indesejadas e abortos inseguros, sempre orientar sobre fertilidade e anticoncepção nos serviços de saúde, orientar sobre cuidados pré-concepcionais, participação de homens no planejamento anticoncepcional e melhora na abordagem psicológica aos serviços de abortamento⁶.

Ha um crescente movimento de empoderar a mulher para realizar a própria indução do abortamento²⁴. Tem sido implementado com sucesso em diversos países ensinando a mulher a usar o Misoprostol e com isso não recorrem à instrumentação, manipulação uterina e assim a mortalidade materna cai²⁴. Sempre que há leis restritivas que podem favorecer abortos clandestinos²⁵. As implicações legais para médicos e pacientes ainda não são claras e há grandes limitações de logística, éticas e legais para essa estratégia prosseguir, mas geralmente as pacientes são guiadas por informações *online*, são garantidas medicações confiáveis, e é providenciada uma rede de cuidado hospitalar próxima para finalizar o esvaziamento uterino seguro, se necessário²⁴. No cenário atual brasileiro, essa metodologia pode soar absurda, mas em alguns países é útil na lacuna entre o consenso nacional sobre direito ao aborto e as pacientes que ficam à margem da sociedade que recorrem a esse método. Desde 2011, pesquisas nas plataformas de busca com termos “como ter um abortamento” ou semelhantes aumentaram em mais de 100%²⁴.

Cabe salientar também acerca dos resultados de sífilis no presente estudo: Os casos foram localizados no grupo de gestantes com fetos anencéfalos e isso mostra o quanto a sífilis está presente em nosso meio e em pacientes que não apresentavam os fatores de risco clássicos e estigmatizados de IST²⁶. Temos vivido um aumento expressivo dos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita e o rastreamento adequado no pré-natal, tratamento adequado de pacientes e parceiros sexuais, a vigilância adequada do sucesso do tratamento e principalmente conscientização e educação sexual são as principais ferramentas para reverter essa situação²⁶.

A principal limitação do estudo se dá ao fato da coleta dos dados ter sido feita em apenas um serviço, podendo

apresentar vieses de seleção e não possuir validade externa ou a nível populacional.

CONCLUSÃO |

O abortamento legal é um tema de relevância uma vez que a tendência mundial tem sido a favor da flexibilização da lei e do rigor quanto ao abortamento²⁵. O Brasil tem seguido essa tendência ao legalizar o aborto em caso de anencefalia e descriminalizar em caso de malformações fetais graves através de mandados judiciais. Conhecer as repercussões a curto e longo prazo do possível aumento de abortamentos induzidos e ter um perfil detalhado dessas gestantes são de suma importância para planejamento futuro de políticas públicas e protocolos assistenciais em como conduzir de forma humanizada e adequada as pacientes que apresentam essa demanda. Esse estudo objetivou conhecer as principais características demográficas, sociais, clínicas e comportamentais de pacientes que passaram pela interrupção da gestação em serviço de referência no Sistema Único de Saúde no Espírito Santo.

Cada vez mais as pacientes, familiares e amigos buscarem informações sobre os casos nos quais o abortamento previsto em lei é permitido e é de suma importância que o profissional de saúde tenha conhecimento atualizado e principalmente sensibilidade ao lidar com esses casos.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
2. Volkov VG, Granatovich NN, Survillo EV, Pichugina LV, Achilgova ZS. Abortion in the Structure of Causes of Maternal Mortality. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018 Jun;40(6):309-312. doi: 10.1055/s-0038-1657765. Epub 2018 Jun 12. PubMed PMID: 29895089.
3. Leal MDC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, et al. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the

30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cien Saude Colet.* 2018;23(6):1915-1928. doi:10.1590/1413-81232018236.03942018.

4. Monteiro, Mario & Adesse, Leila & Drezett, Jefferson. (2015). Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013. *Reprodução & Climatério.* 30. 1-8. 10.1016/j.recli.2015.05.003.

5. Zugaib M, Francisco RPV, Cançado SJB. Zugaib obstetrícia. 4ª Edição. Barueri-SP: Editora Manole, 2020.

6. Universidade Federal do Espírito Santo. *Revista Guará, Vitória, v.I, 2012.* Disponível em: periodicos.ufes.br/guara/article/view/10091/6880.

7. Santos, Jetro & Drezett, Jefferson & Alves, Alan. (2015). Características sociodemográficas de migrantes bolivianas com gestação decorrente de violência sexual atendidas em serviço público de referência para abortamento legal, São Paulo, Brasil, 2002-2014. *Reprodução & Climatério.* 17. 10.1016/j.recli.2015.05.004.

8. Drezett, Jefferson & Pedroso, Daniela & Meirelles, Alcina & Gebrim, Luiz. (2012). A clínica em situações de abuso sexual: aspectos conceituais e atuação interdisciplinar. *O mundo da saúde.* 36. 346. 10.15343/0104-78092012362346350.

9. Morris JL, Winikoff B, Dabash R, et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *Int J Gynaecol Obstet.* 2017;138(3):363-366. doi:10.1002/ijgo.12181.

10. Brasil. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

11. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. Anencefalia. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54 ajuizada pela Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde. Brasília-DF, j.11/04/2012a. Informativo do STF n. 661. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo661.htm#ADPF%20>

[e%20interrup%C3%A7%C3%A3o%20de%20gravidez%20de%20feto%20anenc%C3%A9falo%20-%2026](#).

12. Souza, Flavia & Drezett, Jefferson & Meirelles, Alcina & Ramos, Denise. (2012). Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. *Reproducao & Climaterio.* 27. 98–103. 10.1016/j.recli.2013.03.002.

13. Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, et al. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57(8):777-784. doi:10.1001/archpsyc.57.8.777.

14. Zafran N, Musa M, Suarez-Easton S, Garmi G, Romano S, Salim R. Risk of preterm birth and low birthweight following consecutive surgical and medical abortions. *Arch Gynecol Obstet.* 2017;296(4):763-769. doi:10.1007/s00404-017-4474-x

15. Cerqueira D, Coelho DSC. Nota Técnica - Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar) Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA; março de 2014.

16. Chen S, Li J, van den Hoek A. Universal screening or prophylactic treatment for Chlamydia trachomatis infection among women seeking induced abortions: which strategy is more cost-effective?. *Sex Transm Dis.* 2007;34(4):230-236. doi:10.1097/01.olq.0000233739.22747.12

17. Vertamatti MAF, Abreu LC, Drezett, J, Valenti VE, Barbosa CP. Tempo decorrido entre agressão sexual e a chegada aos serviços de saúde no Brasil. *Journal of Human Growth and Development, v. 23, n. 1, p. 46-51, 2013.*

18. Cheng L, Gülmezoglu AM, Piaggio G, Ezcurra E, Van Look PF. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(2):CD001324. Published 2008 Apr 16. doi:10.1002/14651858.CD001324

19. Turok DK, Gero A, Simmons RG, et al. Levonorgestrel vs. Copper Intrauterine Devices for Emergency Contraception. *N Engl J Med.* 2021;384(4):335-344. doi:10.1056/NEJMoa2022141.

20. Wu S, Godfrey EM, Wojdyla D, et al. Copper T380A intra-uterine device for emergency contraception: a prospective, multicentre, cohort clinical trial. *BJOG.* 2010;117(10):1205-1210. doi:10.1111/j.14710528.2010.02652.x.

21. Low N, Mueller M, Van Vliet HA, Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;2012(3):CD005217. Published 2012 Mar 14. doi:10.1002/14651858.CD005217.pub2.

22. Nader PRA, Blandino VRP, Maciel ELN. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do Município da Serra - ES. *Rev. bras. epidemiol.* 2007 Dec. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2007000400019>.

23. Código de Ética Médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

24. Tasset J, Harris LH. Harm Reduction for Abortion in the United States. *Obstet Gynecol.* 2018;131(4):621-624. doi:10.1097/AOG.0000000000002491.

25. Latt SM, Milner A, Kavanagh A. Abortion laws reform may reduce maternal mortality: an ecological study in 162 countries. *BMC Womens Health.* 2019;19(1):1. Published 2019 Jan 5. doi:10.1186/s12905-018-0705-y.

26. Oliveira D, Rosa LD, Perez Serrão BB, et al. Rollet's mixed chancre in Brazilian pregnant women: An unusual case report. *Int J Infect Dis.* 2020;91:57-59. doi:10.1016/j.ijid.2019.11.011.

Correspondência para/Reprint request to:

João Victor Jacomele Caldas

Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes,

Avenida Marechal Campos, 1468,

Maruípe, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29043-260

E-mail: joaovictorcaldas@hotmail.com

Recebido em: 18/03/2021

Aceito em: 29/05/2021

Felipe Cypreste de Oliveira^{1,2}
Ana Daniela Izoton De Sadosky^{1,2}
Heitor Filipe Surlo¹
Isadora Tavares Nascimento¹
Kamilla Ramos Folli¹
Letícia Rangel Furtado¹
Mariana Fernandes Campanharo¹
Ritielly Pacheco Gonçalves¹

Giant Cell Reparative Granuloma, a rare benign bone tumor in a child: case report

| Granuloma Reparativo de Células Gigantes, um raro tumor ósseo benigno em criança: relato de caso

ABSTRACT | Introduction: *Giant Cell Reconstructive Granuloma (GCRG) is a rare and benign intraosseous tumor. It is unilateral and affects the mandible in the vast majority of cases, with variable clinical presentation resulting from tumor expansion. It has a good prognosis and there are no reports of metastatic lesions.*

Case report: *A case study of a 6-year-old male, without comorbidities, with a rapidly growing bilateral tumor in the mandible (SIC). Hardened, painless lesion, without phlogistic signs, with bulging of the cheek mucosa and protuberances on the gingiva. He denied fever, weight loss, other symptoms or local trauma. Laboratory tests, serology, CT scans of the cervical, chest, abdomen and pelvis without alterations. Face tomography: expansive lesion remodeling the mandible with areas of continuity solution in the cortical bone, suggestive of fibrous dysplasia. Biopsy was performed showing GCRG. The GCRG corresponds to 7% of mandibular and maxillary tumors, of not yet fully defined etiology, usually observed after trauma and local inflammation, described as a reparative process resulting from possible intraosseous hemorrhage. More frequent in children and young adults, the clinic comes from intraosseous tumor expansion: compressive effects, facial asymmetry and dental deformities. Differential diagnoses include: giant cell tumor (GCT), aneurysmal bone cyst, fibrous dysplasia and the brown tumor. Its main differential diagnosis is GCT, a malignant tumor. **Conclusion:** Imaging exams help in the initial approach and the definitive diagnosis is through anatomic/histological study. The treatment of choice is surgical with low recurrence, usually attributed to incomplete resection.*

Keywords | *Giant Cell Granuloma; Jaw; Maxillomandibular neoplasms.*

RESUMO | Introdução: O Granuloma Reparativo de Células Gigantes (GRCG) é um tumor intraósseo raro e benigno. É unilateral e acomete a mandíbula na grande maioria dos casos, com clínica variável decorrente da expansão tumoral. Tem bom prognóstico e não há relatos de lesões metastáticas. **Relato de caso:** Estudo de caso criança de 6 anos, masculino, sem comorbidades, apresentando tumoração bilateral na mandíbula, de crescimento rápido (SIC). Lesão endurecida, indolor, sem sinais flogísticos com abaulamento na mucosa jugal e protuberâncias na gengiva. Negou febre, perda de peso, outros sintomas ou trauma local. Exames laboratoriais, sorologias, tomografias da região cervical, tórax, abdome e pelve sem alterações. Tomografia de face: lesão expansiva remodelando a mandíbula com áreas de solução de continuidade na cortical, sugestivo de displasia fibrosa. Realizada biópsia evidenciando GRCG. O GRCG corresponde a 7% dos tumores mandibulares e maxilares, de etiologia ainda não totalmente definida, geralmente observado após traumas e inflamações locais, descrito como um processo reparativo decorrente de possível hemorragia intraóssea. Mais frequente em crianças e adultos jovens, a clínica advém da expansão tumoral intraóssea: efeitos compressivos, assimetria facial e deformidades dentárias. Os diagnósticos diferenciais incluem: tumor de células gigantes (TCG), cisto ósseo aneurismático, displasia fibrosa e o tumor marrom. Seu principal diagnóstico diferencial é o TCG, um tumor maligno. **Conclusão:** Exames de imagem auxiliam na abordagem inicial e o diagnóstico definitivo é por meio do estudo anátomo/histológico. O tratamento de escolha é cirúrgico com baixa recorrência, geralmente atribuída à ressecção incompleta.

Palavras-chave | Granuloma de Células Gigantes; Mandíbula; Neoplasias maxilomandibulares.

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

²Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O Granuloma Reparativo de Células Gigantes (GRCG) ou Granuloma Central de Células Gigantes, é um tumor intraósseo raro, benigno e de etiologia ainda não totalmente elucidada. Geralmente é observado após lesões traumáticas ou inflamações locais, correspondendo a aproximadamente 7% dos tumores mandibulares e maxilares. Caracteriza-se por destruição óssea com conseqüente perda da simetria facial e deformidade nos dentes¹⁻²⁻³. Em 1953, Jaffe o descreveu pela primeira vez e propôs o termo “Granuloma Reparativo de Células Gigantes”, reconhecendo esta doença como um tumor benigno, decorrente de um processo de reparação após uma lesão prévia, diferenciando-o do Tumor de Células Gigantes (TCG), o principal diagnóstico diferencial, que seria uma neoplasia verdadeira, com potencial de metastatização, principalmente para o pulmão²⁻³⁻⁶.

RELATO DE CASO |

Paciente de 6 anos, masculino, sem comorbidades, com tumoração bilateral em mandíbula de crescimento rápido, endurecida, indolor a palpação e associada a abaulamento em mucosa jugal e protuberâncias gengivais. Negou trauma local, febre ou perda de peso. Exames laboratoriais sem

alterações. Tomografia de face demonstrou lesão expansiva remodelando a mandíbula com áreas de solução de continuidade na cortical, sugerindo displasia fibrosa. Biópsia da lesão confirmou diagnóstico de GRCG (Figura 1).

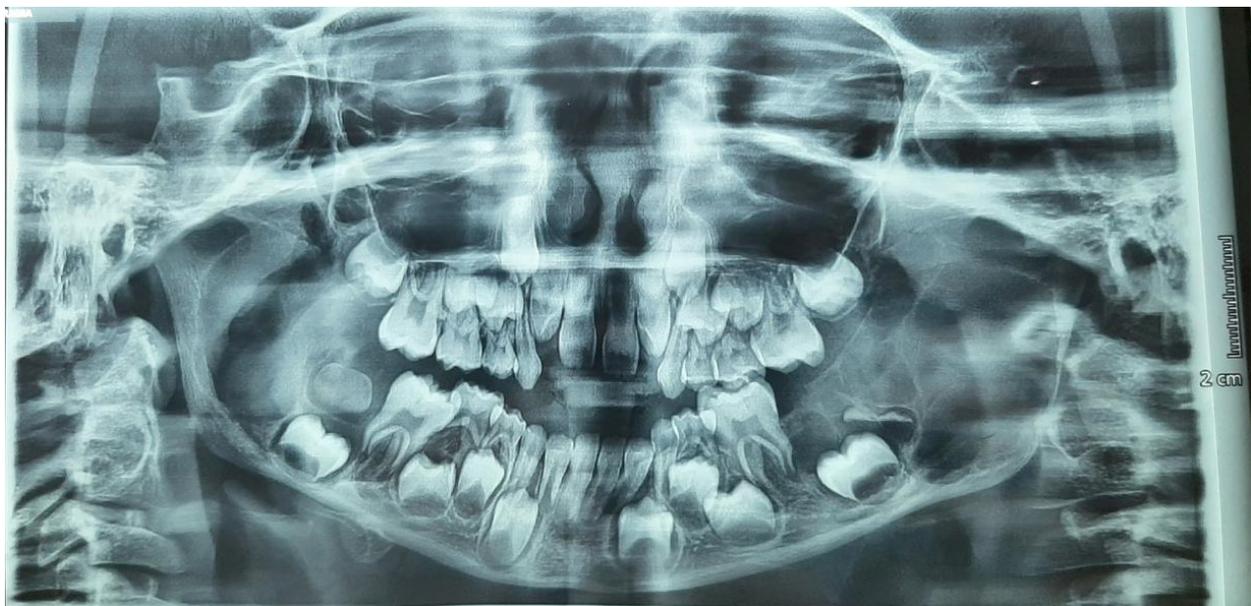
DISCUSSÃO |

O GRCG tem maior prevalência em crianças e adultos jovens, principalmente mulheres. Apresenta-se como uma lesão unilateral acometendo principalmente a mandíbula (aproximadamente 2/3 dos casos). Sendo outros locais acometidos: maxila, seios paranasais, mãos ou pés. Lesões bilaterais raramente são diagnosticadas¹⁻²⁻³⁻⁷.

A etiologia e o mecanismo de desenvolvimento das lesões ósseas ainda permanecem incertos. Muitos artigos classificam o GRCG como uma resposta a uma hemorragia intraóssea secundária a causas locais, como o trauma e insultos vasculares, e algumas vezes em associação a doenças sistêmicas como a neurofibromatose I, a síndrome de Noonan e distúrbios hormonais³⁻⁴.

Apesar de ser uma lesão benigna, o GRCG apresenta um comportamento local agressivo, já que a expansão tumoral pode acarretar efeitos compressivos a depender do local de aparecimento. Pode apresentar-se com dor ou desconforto

Figura 1 - Tomografia de face



Fonte: Os autores.

local, sendo pouco frequente a dor de forte intensidade. Os sintomas variam de acordo com a agressividade e a localização do tumor. O tempo de evolução pode ser de poucas semanas ou até mesmo anos^{2,3}.

Exames de imagem são importantes para a investigação da lesão e sua caracterização inicial, além de definirem melhor a localização e extensão da lesão, bem como sua repercussão sobre as estruturas adjacentes.

A radiografia é o primeiro exame a ser realizado, permitindo identificar a lesão e suas principais características, embora os achados radiográficos sejam inespecíficos^{4,5}.

Encontram-se lesões radiotransparentes, de bordos bem definidos, podendo ser uni ou multiloculadas em seu interior. A tomografia permite uma melhor avaliação da medular e da cortical óssea, buscando identificar características benignas ou de agressividade da lesão, normalmente apresenta-se como uma lesão expansiva com limites bem definidos e aspecto heterogêneo, podendo conter áreas de calcificação e áreas com densidade de partes moles. A cortical óssea encontra-se geralmente afilada, mas intacta. Suas características radiológicas são semelhantes as do TCG, enquanto em relação a outras doenças como o cisto, o fibroma e o mixoma odontogênicos e o ameloblastoma o CRGC tem aspecto radiográfico indistinguível ao das mesmas^{1,2,5-7}.

O tumor deve ser submetido a biópsia com estudo anátomo/histopatológico para diagnóstico definitivo. Nas últimas décadas a análise imunocitoquímica em aspirado por agulha tem sido utilizada como outro possível método diagnóstico².

Na histologia observam-se células gigantes multinucleadas, rodeadas por um estroma colagenoso, associadas a áreas hemorrágicas de permeio, contendo numerosos fibroblastos. Autores creem que as células gigantes representam, na verdade, osteoclastos. E por isso não se tratando de um granuloma verdadeiro. São achados histológicos típicos: (i) presença de tecido celular fibroso associado a focos hemorrágicos e agregados de células gigantes multinucleadas; (ii) Ocorrência de depósitos esparsos de hemossiderina; (iii) presença no estroma de tecido conjuntivo de numerosos fibroblastos alongados e em fusão, e algumas formações císticas. Não se trata de um granuloma verdadeiro, pois não há célula epitelióide verdadeira. Entretanto, a designação de Jaffê é atraente

e amplamente utilizada, já que evidências histológicas sugerem de reparo tissular, na qual a hemorragia intraóssea pós-trauma levaria à inflamação localizada e ao subsequente desenvolvimento do tumor em indivíduos predispostos².

Os diagnósticos diferenciais a partir da apresentação clínica do GRGC incluem doenças com padrão histológico semelhante ao GRGC, como os tumores de células gigantes, cisto ósseo aneurismático, a displasia fibrosa, o tumor marrom do hiperparatireoidismo e querubismo^{1-2,5}. O GRGC deve ser principalmente diferenciado do tumor de células gigantes (TCG ou osteoclastoma) visto que o segundo tem comportamento maligno e com metástases. Apresentam algumas semelhanças clínicas e histopatológicas, porém se diferenciam nos achados específicos. O TCG é comum nas terceiras e quartas décadas de vida, é incomum na mandíbula, além disso, no estudo histológico as células gigantes são regulares e uniformemente distribuídas com uma maior atividade mitótica em relação ao GRGC. O TCG possui recorrência elevada após tratamento. Já o GRGC é mais comum em jovens, sendo a mandíbula seu principal local de acometimento. Na histologia as células gigantes são agrupadas e distribuídas em áreas separadas mais concentradas ao redor dos focos hemorrágicos. O GRGC possui baixa recorrência após tratamento. Mesmo assim, algumas vezes a diferenciação histopatológica entre eles pode ser difícil e por isso dados clínicos como idade, localização e resposta ao tratamento serão de grande importância para o diagnóstico correto^{2,3,5}.

Ainda temos outros diagnósticos diferenciais como o cisto ósseo aneurismático, o tumor marrom e a displasia fibrosa. O cisto ósseo aneurismático tem aspecto de lesões císticas preenchidas com conteúdo hemorrágico sendo revestidas por células gigantes e tecido fibroso. Os tumores marrons são semelhantes na histologia e em exames radiográficos e, por isso, melhor diferenciados pela história clínica e achados laboratoriais de hiperparatireoidismo. Já a displasia fibrosa possui em sua histologia trabéculas de osso imaturo dentro de um estroma fibroblástico proliferativo^{3,4}.

CONCLUSÃO |

O GRGC pode ser tratado de forma conservadora ou de forma radical, a depender de suas características, como local de acometimento e agressividade local. A maioria dos autores refere o tratamento cirúrgico como sendo o de escolha,

exceto em casos inoperáveis ou recidivantes (4 a 12%, e geralmente atribuída à ressecção incompleta)¹⁻². Exemplos de intervenções conservadoras são: corticosteroide intralesional (inibem a reabsorção lacunar por osteoclastos) sendo uma alternativa viável à cirurgia pela facilidade de uso; administração de calcitonina (alteraria o metabolismo osteoclástico das células) sendo utilizada via injeções subcutâneas por períodos mais curtos ou até mesmo em forma de spray nasal; interferon alfa (suprime a produção de fatores de crescimento fibroblásticos, diminuindo a angiogênese), sendo tratamento alternativo com resultados promissores; imatinib (sugere-se que possa ter um efeito anti-osteolítico), poderia ser utilizado em conjunto com o Interferon, principalmente após falha inicial do tratamento com outro medicamento¹. As intervenções cirúrgicas (tratamento radical), como já mencionado, são o tratamento de escolha. Deve-se minimizar a remoção de tecido ósseo sem a presença do tumor, principalmente em crianças. É realizado por ressecção em bloco ou curetagem¹⁻².

O prognóstico normalmente é bom sem relatos de lesões metastáticas. A recidiva da lesão é variável e dependente de sua clínica. Lesões mais agressivas, com sinais e sintomas evidentes apresentam maior índice de recorrência (aproximadamente 26%). A recorrência pós-operatória é de 4 a 12% e geralmente atribuída à ressecção incompleta do tumor¹.

REFERÊNCIAS |

1. Orzechowski PR et al. Granuloma Central de Células Gigantes: Relato de Caso Clínico. Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac., Camaragibe, v.12, n.4, p. 61-68, out./dez. 2012. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rctbmf/v12n4/a11v12n4.pdf>. Acesso em junho/2021.
2. Gaspar-Sobrinho F et al. Granuloma reparativo de células gigantes dos seios etmoidal e maxilar. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, São Paulo, vol.70, n.4, p. 555-60, jul./ago. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992004000400019>. Acesso em junho/2021.
3. Dutta S et al. Giant cell reparative granuloma of the nasal cavity: a rare site of presentation with review of literature. Autopsy Case Reports, v. 10, n. 2, e2020158, dez/2020. Disponível em: <https://www.autopsyandcasereports.org/article/doi/10.4322/acr.2020.158>. Acesso em: junho/2021
4. Manzini M et al. Granuloma reparativo de células gigantes da mandíbula. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, São Paulo, vol.75, n.4, p.616, jul./ago. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjorl/a/S3LgbJZrtLSR7CmXGFsRXms/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: junho/2021.
5. De corso E et al. Advanced giant cell reparative granuloma of the mandible: radiological features and surgical treatment. ACTA Otorhinolaryngologica Italica, Itália, v. 26, n. 3, p. 168 - 172, jun/2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2639959/>. Acesso em junho/2021.
6. Jaffe HL. Giant cell reparative granuloma, traumatic bone cyst, and fibrous (fibrousseous) dysplasia of the jawbones. Oral Surg 1953; 6:159-175.
7. Mark D. Murphey, George C. Nomikos, Donald J. Flemming, Francis H. Gannon, H. Thomas Temple, and Mark J. Kransdorf. Imaging of Giant Cell Tumor and Giant Cell Reparative Granuloma of Bone: Radiologic-Pathologic Correlation. RadioGraphics 2001 21:5, 1283-1309.

Correspondência para/Reprint request to:

Felipe Cypreste de Oliveira

Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes,

Avenida Marechal Campos, 1468,

Maruípe, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29043-260

E-mail: felipe.cypreste@gmail.com

Recebido em: 15/05/2021

Aceito em: 19/07/2021

Mateus Andre Rueda-Dantas¹, Beatriz Zago Gomes Rueda¹,
Rovena Campana Tardin¹, Mariana Brasileiro Vieira Puppo¹,
Paula Morette de Oliveira¹, Danielle Cristina Filgueira Alves Batista¹,
Kethleen Gomes Wandekoken¹, Layni Storch¹, Lucas Zouain Figueredo¹,
Ludmilla Ventura Lirio¹, Caroline Alcure Pinto¹, Thiago Torezani¹,
Leticia Goulart Campos¹, Luciana Lofego Gonçalves¹,
Izabelle Venturini Signorelli¹ e Maria da Penha Zago-Gomes¹

Doença de Whipple e fator de risco em três relatos de caso

| Whipple's disease and risk factor in three case reports

RESUMO | Introdução:

*A Doença de Whipple é uma doença infecciosa crônica causada pela bactéria *Tropheryma whippelii* e é caracterizada por diarreia, artralgia, perda de peso e distúrbios neurológicos. A infecção ocorre mais frequentemente em pacientes imunossuprimidos. Relato de caso: A doença de Whipple foi diagnosticada em três homens caucasianos. Dois com histórico de dependência de álcool, um deles com cirrose hepática e outro era funcionário da drenagem de esgoto. O terceiro paciente foi que não apresentava fator de risco óbvio. Identificar fatores imunossupressores e o contato repetitivo de fezes podem ajudar no diagnóstico. Conclusão: A Doença de Whipple, por ser rara e com sintomatologia variável, necessita de suspeição médica para o diagnóstico precoce proporcionar tratamento reduzindo morbimortalidade e sequelas neurológicas.*

Palavras-chave | *Tropheryma whippelii*; Doença de Whipple; Diarréia; Troferima.

ABSTRACT | Introduction: Whipple's Disease is a chronic infection disease caused by the bacterium *Tropheryma whippelii* and is characterized by diarrhea, arthralgia, weight loss and neurological disorders. The infection occurs more frequently in immunosuppressed patients. **Case report:** Whipple's Disease was diagnosed in three Caucasian mans. Two with alcohol dependence history, one of them with hepatic cirrhosis and another was a sewage drainage worker. The third patient was who have no obvious risk factor Identify immunosuppressive factors and repetitive stools contact can help in the diagnosis. **Conclusion:** Whipple's Disease, being rare and with variable symptomatology, needs medical suspicion to diagnose early provide treatment reducing morbimortality and neurological sequelae.

Keywords | *Tropheryma whippelii*; Whipple Disease; Diarrhea; Tropheryma.

¹Cassiano Antônio de Moraes University Hospital. Federal University of Espirito Santo. Brazil.

INTRODUCTION |

Whipple's Disease (WD) is a chronic infection disease caused by the bacterium *Tropheryma whipplei* and is characterized by diarrhea, arthralgia, weight loss, neurological disorders, fever, anaemia and adenopathy^{1,3}. The first case was described in an autopsy in 1907 by George Whipple. In 2003 was made a review using tissues obtained from the 1907 autopsy and *Tropheryma whipplei* could still be detected². Between 1907 and 1987 were reported 696 cases of Whipple's Disease and after 1980 the incidence is about 30 cases/year worldwide¹. Indirect evidence indicates the prevalence in 1/1.000.000 persons³. A few cases were reported in Brazil and, as it is not a compulsory reported disease, it is difficult to estimate the prevalence and incidence. This shows how extremely rare this disease is. Table 1 shows the case reports found when the words "Brasil" or "Brazil" and "Doença de Whipple" or "Whipple disease" are searched in Scielo, Pubmed and Google academic platform.

Tropheryma whipplei was already identified in land, water and seawater sediments. Its detection is about 0,2% in healthy people. This disease has several clinical presentations. Auto limited acute infections can occurs on respiratory tract or gastrointestinal. In counterpart, chronic infection (Whipple's Disease) needs genetic predisposition (HLA DRB1*13 e DQB1*6)^{3,13}. Classical symptoms are diarrhea,

arthralgia and weight loss but they can show up with neurological disorders, fever, anaemia and adenopathy³. Whipple's Disease develops over years or decades after the infection by *Tropheryma whipplei* due to its insidious replication. This disease characteristically affects Caucasians men (male-to-female ratio is about 8:1) with mean age at onset 50 years^{1,3}.

This report has the objective to present three cases of Whipple's Disease diagnosed in Cassiano Antônio Moraes University Hospital of the Federal University of Espírito Santo. The objective is to expand the knowledge of this disease and alert health professionals about the possibility of this diagnosis in Brazil, to carry out early diagnoses and treatments to contain possible complications and reduce morbidity and mortality.

METHODS |

This is a case series of 3 patients with WD who was hospitalized in the gastroenterology ward of Cassiano Antônio Moraes University Hospital of the Federal University of Espírito Santo. The following information was obtained: demographic characteristics, symptoms, physical examination, medical history, medications prescribed (including dose and duration), indication for endoscopy,

Table 1 - Case reports of Whipple's Disease by Brazilian authors

Author	Year	State	Sex	Age	Immunosuppressive factor
Ferrari et al. ⁴	2001	SP	M	59	ND
Ferrari et al. ⁴	2001	SP	M	20	ND
Ferrari et al. ⁴	2001	SP	F	41	ND
Ferrari et al. ⁴	2001	SP	M	52	ND
Cabral et al. ⁵	2003	SP	M	50	Absent
França et al. ¹⁶	2004	SP	M	62	ND
Renon et al. ⁷	2012	SP	M	61	Absent
Costa et al. ⁸	2014	MG	F	57	Absent
Brandes et al. ⁹	2015	SC	M	57	Diabetes
Rocha et al. ¹⁰	2015	MG	M	60	Absent
Silva et al. ¹¹	2017	MG	M	45	Absent
Vaz et al. ¹²	2017	SP	M	ND	ND
Vaz et al. ¹²	2017	SP	M	ND	ND
Vaz et al. ¹²	2017	SP	M	ND	ND
Vaz et al. ¹²	2017	SP	M	ND	ND

ND= Not Described. Source: Authors.

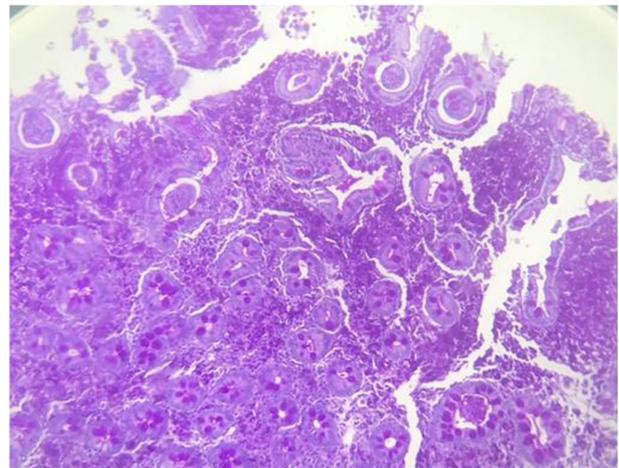
endoscopic findings, endoscopic photographs of some lesions, histopathology reports, photomicrographs of some lesions, and the results of laboratory and radiographic tests. The diagnosis of WD was based upon histological demonstration of the infection using hematoxylin and eosin (HE) and periodic acid-Schiff (PAS) stains. A minimum of six biopsy specimens were taken from the duodenum on endoscopy. The study was approved for the Ethics Committee (CAAE: 31580620.2.0000.5071).

CASE REPORTS |

In case 1, we have a 48 years old man, baker, Caucasian, Brazilian, From Espírito Santo, Brazil, reporting a 4-month diarrhea liquid and paste (10 times/day) with intermittent blood and hyporexia, nausea, vomiting and weight loss of 20kg. He began to feel pain in small joints of his hands over 06 years ago. There were no neurological changes. He has an alcohol dependence (480g of ethanol/day) and is abstaining for 8 months. On admission the patient was emaciated and pale. The laboratory exams showed iron deficiency anaemia (Hemoglobin: 7,2g/dL, ferritin: 62ng/mL, transferrin saturation: 6% and serum iron: 12ug/dL), hypovitaminosis D [11,7 ng/dL – standard value (SV): greater than 20ng/dL], folate deficiency (2,3 ng/mL; SV= 4 to 20) and hypoalbuminemia (2,8g/dL; SV = 6,4 to 8,3), Anti-HIV, Anti-HCV, HBsAg, antinuclear antibodies and rheumatoid factor negatives. Abdominal ultrasonography showed chronic liver disease, portal hypertension signs, splenomegaly and mild ascites. The esophagogastroduodenoscopy (EGD) detects the presence of esophageal varices and edematous duodenal mucosa with focal erythema and small lymphangiectasias (Figure 1). Duodenal biopsy specimens revealed chronic

duodenitis and intracytoplasmic structures in macrophages staining with PAS, suggesting Whipple's Disease (Figure 2). The patient had 2g/day of ceftriaxone, for 14 days, and in 3 days there was an improvement of the diarrhea and arthralgia, and he had more appetite. The patient was discharged prescribed with peroral trimethoprim-sulfamethoxazole (960mg twice daily) for one year. After 7 months of treatment, the patient was asymptomatic, maintaining chronic liver disease at ultrasonography and gained weight (33kg), waiting for a 1-year EGD.

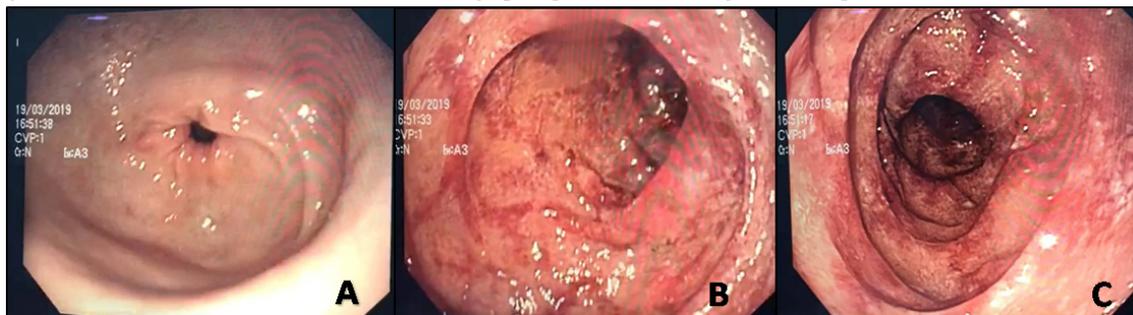
Figure 2 - Whipple's disease: chronic duodenitis and intracytoplasmic structures in macrophages staining with PAS



Source: Authors.

In case 2, we have a 33 years old man, sewage drainage worker, Caucasian, Brazilian, From Espírito Santo, Brazil. Reporting a 2 years diarrhea liquid and paste and weight loss of 20 kg. He has a history of alcohol dependence. On admission the patient was emaciated and with peripheral edema. There were no neurological and rheumatological changes on physical examination. The laboratory exams

Figure 1 - Macroscopic appearance in EGD of the Whipple's Disease patient: A: normal gastric antrum; B: duodenal bulb; C: second portion of the duodenum; B and C - edema and enanthema, lymphangiectasias and white-yellowish ring-like structures



Source: Authors.

showed leukocytosis (16,600 per mm³; SV = 4,000 – 11,000 per mm³), and hypoalbuminemia (2,6g/dL; SV = 6,4 to 8,3), Anti-HIV, Anti-HCV, HBsAg, HTLV, VDRL and antinuclear antibodies negatives.

Cystoisospora belli oocysts was found in his fecal parasitology. Enlargement mesenteric lymph nodes at abdominal computed tomography. EGD shows enanthematous pangastritis, edematous and wall thickening of the duodenal mucosa. Colonoscopy with nodularity of the terminal ileum mucosa. Duodenal and ileal biopsies specimens revealed chronic inflammation and intracytoplasmic structures in macrophages staining with PAS, suggesting Whipple's Disease. The patient had 2g/day of ceftriaxone, for 14 days with concomitant treatment of the *Cystoisospora belli* with peroral trimethoprim-sulfamethoxazole (960mg twice daily). The patient was discharged prescribed with peroral trimethoprim-sulfamethoxazole and will follow up on ambulatory care.

In case 3, we have a 43 years old man, cleaner, Caucasian, Brazilian, resident of London. Reporting a 4-month abdominal pain, nausea, diarrhea, hematochezia, weight loss, headache, myalgia and right ankle joint pain. Hepatitis B carrier. He did not show any neurological signs. The laboratory exams showed microcytic hypochromic anemia, Anti-HIV, Anti-HCV, VDRL, HTLV negatives, non-reactive PPD test. HBsAg and anti-HBc positive, Anti-HBs negative. *Strongyloides stercoralis* in his fecal parasitology. Enlargement retroperitoneal and mesenteric lymph nodes at abdominal computed tomography. EGD shows edematous duodenal mucosa and white plaques. Colonoscopy was normal. The duodenal and ileal biopsies specimens revealed chronic duodenitis and intracytoplasmic structures in macrophages staining with PAS, suggesting Whipple's Disease. The patient had 2g/day of ceftriaxone, for 14 days. He had an improvement on the diarrhea and hematochezia. The patient was discharged prescribed with peroral trimethoprim-sulfamethoxazole (960mg twice daily) for one year. The patient returned to London and did not come back to our gastroenterology service.

DISCUSSION |

Whipple's Disease is a chronic infection caused by the bacterium *Tropheryma whipplei*. Human beings are the only known hosts. Saliva and feces from infected patients

contain *Tropheryma whipplei*, which contaminate land, clean water, and seawater. Chronic infection occurs when the individual has a genetic predisposition in mutations of HLA alleles, which interfere with the correct presentation of antigens, making *Tropheryma whipplei* remains within the macrophage for years and even decades^{3,14}.

Despite Whipple's Disease be a rare condition, the infection by *Tropheryma whipplei* seems not to be⁷. PCR of the bacterium are found in 1-11% of healthy individuals, with a higher prevalence in workers who carry out their activities with a higher risk of contamination by pathogens in the stool, such as sewage drainage workers (12 to 26%) and in family members of patients infected with *Tropheryma whipplei* the prevalence was 77% higher than in that of the general population^{15,16}.

The first symptom of Whipple's Disease in general is arthralgia, characterized by non-destructive migratory extremity arthropathy, which started approximately 6-7 years before the diagnosis, causing an erroneous diagnosis of rheumatological disease. Sometimes, due to confusion, corticotherapy or biological therapy is proposed, which can worsen the disease, progressing to a more severe condition^{3,17}.

Tropheryma whipplei infection occurs from macrophages, which provides systemic compromise, by the invasion or absorption of bacteria throughout the intestinal epithelium, capillaries, lymph endothelium, liver, brain, heart, lung, synovium, kidneys, marrowbone and skin. The clinical picture can be accompanied by ascites, peripheral edema, steatorrhea, abdominal lymphadenopathy, anaemia, low fever, heart failure, pleural effusion, pulmonary infiltration, lymphomas, and central nervous system impairment, characterized by two pathognomonic neurological signs: oculomasticatory and oculofacioskeletal myorhythmia³.

The diagnosis of Whipple's Disease is made by finding *Tropheryma whipplei*. Histology of anatomopathological samples of the second duodenal portion, stained by PAS present foamy macrophages with a strong reaction to PAS. It can also be seen, villous atrophy, lymphangiectasis, and large lipid droplets in the lamina propria of the intestinal villi¹. *Tropheryma whipplei* can also be evidenced by fluid polymerase chain reaction (PCR) or solid tissue immunohistochemistry. Certain diagnosis is considered when two tests are positive¹⁸. Figure 2 shows the histology of the biopsy of the second duodenal portion, with PAS staining.

EGD of Whipple's Disease patient shows mainly macroscopic changes in the mucosa of the duodenal region, with edema and enanthema from mild to severe, small, and large lymphangiectasias and increased villi, white-yellowish ring-like structures inside of the villi, and milky exudates¹⁹. Figure 1 shows images taken during EGD.

Several treatments have already been tested. It is currently recommended to start intravenous antibiotic therapy for 14 days with Ceftriaxone 2g / day or Meropenem 1g for 8/8 hours, followed by sulfamethoxazole 800mg + trimethoprim 160mg, orally, twice a day, and duration of at least one year. This treatment may change due to the resistance levels to sulfamethoxazole and the inefficiency of trimethoprim³. Fenollar, *et al.*, in 2014, reported in France, resistance of *Tropheryma whipplei* of 25.9% to Sulfadiazine in vitro and a good action of doxycycline and hydroxychloroquine, for 12 weeks, in the treatment of the bacteria¹⁴.

Whipple's Disease has high morbidity and mortality and when left untreated has a fatal course. The involvement of the central nervous system can leave the patient with severe impairment due to sequelae or lead to death in 04 years. After treatment with antibiotic therapy, fever and diarrhea improve in a few days and, in weeks, arthralgia improves^{3,7}.

Follow-up should be performed with a duodenal biopsy at 06 months and 01 year after the start of treatment. If PAS and PCR staining are negative, it is possible to choose to stop antibiotic therapy^{3,7}. Some authors recommend keeping a follow-up, with evaluation of PCR in stool and saliva every 2 years¹³. The risk of recurrence in 05 years can reach 33%, with the central nervous system being the main organ affected²⁰, but is most commonly in the first years, it can occur even after 30 years in patients who are in remission and without treatment^{3,15}.

CONCLUSION |

The diagnosis of Whipple's Disease remains difficult due to little suspicion of the medical doctors and the disease presents with several nonspecific symptoms. It can take years from the first symptoms to the classic clinical picture. Having knowledge of cases reports helps the doctor to think about the diagnostic probability. In conclusion, starting early treatment on confirmed cases reduces its morbidity and mortality and neurological sequelae.

REFERENCES |

1. Bureš J, Kopáčková M, Douda T, Bártová J, Tomš J, Rejchrt S, *et al.* Whipple's disease: Our own experience and review of the literature. *Gastroenterol Res Pract.* 2013;2013.
2. Dumler JS, Baisden BL, Yardley JH, Raoult D. Immunodetection of *Tropheryma whipplei* in intestinal tissues from Dr. Whipple's 1907 patient [8]. *N Engl J Med.* 2003;348(14):1411–2.
3. Marth T, Moos V, Müller C, Biagi F, Schneider T. *Tropheryma whipplei* infection and Whipple's disease. *Lancet Infect Dis.* 2016;16(3):e13–22.
4. Ferrari M.L.A, Vilela E.G; Faria L.C; Couto C.A, Salgado C.J, Leite V.R, Brasileiro Filho G, Bambirra E.A, Mendes C.M.C, Carvalho S.C, Oliveira C.A, Cunha A.S. Whipple's disease. Report of five cases with different clinical features. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo,* 43(1):45-50, 2001.
5. Cabral VLR, Knecht D, Pego RC, Figueiredo Silva NC. Symptomatic Myocardial Bridging or Cardiac Whipple's Disease. *Arq Bras Cardiol,* volume 80 (n° 3), 332-4, 2003.
6. França Jr MC, Castro R, Balthazar MLF, Malveira GLS, Pirani Jr C, Deus-Silva L, Paz AR, Queiroz LS, Damasceno BP. Whipple's Disease with neurological manifestations case report *Arq Neuropsiquiatr* 2004;62(2-A):342-346.
7. Renon VP, Appel-da-Silva MC, D'Inca RB, Lul RM, Kirschnick LS, Galperim B. Whipple's Disease: rare disorder and late diagnosis. *Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo* 54(5):293-297, September-October, 2012.
8. Costa JHSM, Maciel AB, Godinho MNG, Paula RB, Gotardelo DR. Tumoural form of Whipple's Disease simulating carcinomatosis. *J Infect Dis.*2014;18(3):346–349.
9. Brandes S, Dal Bello F, Silva FSP, Cicogna LFSL. Whipple's Disease: a rare cause of intestinal malabsorption. *Arq. Catarin Med.* 2015 jul-set; 44(3): 109-113.
10. Rocha HC, Martins WRM, Carvalho MR, Amaral LM. Manifestações clínicas e diagnóstico da Doença de Whipple: relato de caso. *Rev Med Minas Gerais* 2015; 25(2): 296-300.
11. Silva GAR, Pires Neto JS. Case report Whipple's Disease manifested as difficult-to-diagnose polyarthralgia:

a case report and literature review. *Rev Bras Reumatol.* 2017;57(5):483–486.

12. Vaz NF; Corrêa BR; Lourenço MS; Sampaio DP; Ferreira GF; Cunha VNR; Araújo PS; Nagasako CK. Doença de Whipple: variabilidade clínica, desafio diagnóstico e terapêutico. *Pôster Digital Gastroenterologia / » - Estômago/Duodeno. ABCDE Express.* 2017;1(2):871.

13. Lagier JC, Fenollar F, Lepidi H, Giorgi R, Million M, Raoult D. Treatment of classic Whipple's disease: From In vitro results to clinical outcome. *J Antimicrob Chemother.* 2014;69(1):219–27.

14. Fenollar F, Lagier JC, Raoult D. *Tropheryma whippeli* and Whipple's disease. *J Infect [Internet].* 2014;69(2):103–12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jinf.2014.05.008>

15. Schöniger-Hekele M, Petermann D, Weber B, Müller C. *Tropheryma whippeli* in the environment: Survey of sewage plant influxes and sewage plant workers. *Appl Environ Microbiol.* 2007;73(6):2033–5.

16. Fenollar F, Keita AK, Buffet S, Raoult D. Intrafamilial circulation of *tropheryma whippeli*, France. *Emerg Infect Dis.* 2012;18(6):949–55.

17. Lagier JC, Lepidi H, Raoult D, Fenollar F. Systemic *tropheryma whippeli*: Clinical presentation of 142 patients with infections diagnosed or confirmed in a reference center. *Medicine (Baltimore).* 2010;89(5):337–45

18. Günther U, Moos V, Offenmüller G, Oelkers G, Heise W, Moter A, et al. Gastrointestinal diagnosis of classical whipple disease: Clinical, endoscopic, and histopathologic features in 191 patients. *Med (United States).* 2015;94(15):1–9.

19. Mönkemüller K, Fry LC, Von Arnim U, Neumann H, Evert M, Malfertheiner P. Whipple's disease: An endoscopic and histologic study. *Digestion.* 2008;77(3–4):161–5.

20. Fenollar F, Puéchal X, Raoult D. Whipple's disease. *New England Journal of Medicine.* 2007; 356:55-66.

Reprint request to/Correspondência para:

Maria da Penha Zago-Gomes

Desembargador Augusto Botelho Street, 46, Apt. 201A, Praia da Costa, Vila Velha/ES, Brazil

CEP: 29101-110

E-mail: penhazago@gmail.com

Recebido em: 11/06/2021

Aceito em: 22/08/2021

Imperforated hymen with hematocolpos with CA 125 and CA 19-9 increased

| Hímen imperfurado com hematocolpos e CA 125 e CA 19-9 aumentados

ABSTRACT | Introduction: *Imperforate hymen (HI) is the most common obstructive anomaly of the female genital tract. When present in adolescents, it generates a progressive accumulation of blood in the vaginal cavity, and with it, symptoms such as: abdominal and pelvic pain, often cyclical, low back pain and urinary retention, which can progress to anuria and hydronephrosis.*

Case report: *A 13-year-old girl was referred to our service with a 12-day history of progressive abdominal pain, an abdominal-pelvic mass and acute urinary retention. She had elevated CA125 and CA19.9 and had an initial ultrasound diagnosis of an ovarian mass. She did not have dysuria, vomiting or fever and reported menarche for 2 months, in small amounts, without new episodes of menstruation. The diagnosis of HI was made by the presence of hematocolpos on a new ultrasound, confirmed by physical examination. Subsequently, she underwent hymenotomy with emptying of the hematocolpos. The patient evolved with total improvement of pain and spontaneous urination. CA 125 and CA 19.9 are markers widely used for screening for ovarian and pancreatic cancer, among others, but they also increase in benign conditions.*

Conclusion: *Most publications related to HI are descriptions of clinical presentations, complications and treatment. This case is one of the few in the literature that demonstrates HI associated with increased levels of CA 19.9 and CA 125. The mechanism that leads to this increase may be inflammation of the epithelial tissues (peritoneal, vaginal and uterine), generated by obstruction of the desquamation of tissue. Late discovery of an imperforate hymen can cause pain, infection, hydronephrosis, endometriosis, and infertility.*

Keywords | *Hematocolpia; Menstrual disorders; Urinary retention; Biomarkers.*

RESUMO | Introdução: Hímen imperfurado (HI) é a anomalia obstrutiva mais comum do trato genital feminino. Quando presente em adolescentes, gera um acúmulo progressivo de sangue na cavidade vaginal, e com ele, sintomas como: dor abdominal e pélvica, muitas vezes de caráter cíclico, dor lombar e retenção urinária, podendo evoluir para-anúria e hidronefrose. **Relato de caso:** Adolescente de 13 anos foi encaminhada ao nosso serviço com história de dor abdominal progressiva há 12 dias, massa abdominal-pélvica e retenção urinária aguda. Apresentava CA125 e CA19.9 elevados e teve um diagnóstico inicial na ultrassonografia de massa ovariana. Não apresentava disúria, vômitos ou febre e referia menarca há 2 meses, em pouca quantidade, sem novos episódios de menstruação. O diagnóstico de HI foi feito pela presença de hematocolpo em nova ultrassonografia, confirmado pelo exame físico. Posteriormente foi submetida a himenotomia com esvaziamento do hematocolpo. A paciente evoluiu com melhora total da dor e micção espontânea. O CA 125 e o CA 19.9 são marcadores amplamente utilizados para triagem de câncer de ovário, pâncreas dentre outros, porém também elevam-se em condições benignas. **Conclusão:** A maioria das publicações relacionadas ao HI, são descrições de apresentações clínicas, complicações e tratamento. Este caso é um dos poucos da literatura, que demonstra HI associado ao aumento dos níveis de CA 19.9 e CA 125. O mecanismo que leva à essa elevação pode ser a inflamação dos tecidos epiteliais (peritoneais, vaginais e uterinos), gerada pela obstrução da saída do tecido descamado. A descoberta tardia do hímen imperfurado pode causar dor, infecção, hidronefrose, endometriose e infertilidade.

Palavras-chave | Hematocolpia; Distúrbios menstruais; Retenção urinária, Biomarcadores.

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

²Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Hímen imperfurado (HI) é a anomalia obstrutiva mais comum do trato genital feminino, atingindo cerca de 1:1000 – 1:10.000 meninas⁵. A membrana himenal separa o lúmen vaginal do seio urogenital, e habitualmente se rompe antes do nascimento, por meio de um processo degenerativo das células centrais. O remanescente desta membrana, constituída por um tecido conjuntivo fibroso, pode se organizar de diferentes formas: hímen anular, cribiforme, septado, complacente ou imperfurado¹.

A identificação de HI deve ser feita ao nascimento, caso não diagnosticado, o recém-nascido poderá ter mucocolpo, devido a uma estimulação do estradiol circulante oriundo da mãe, que será reabsorvido e a criança permanecerá assintomática até a puberdade. Após a menarca, que muitas vezes não será identificada, haverá o acúmulo progressivo de sangue na cavidade vaginal, e com ele o aparecimento dos sintomas mais comuns: dor abdominal e pélvica, muitas vezes de caráter cíclico, dor lombar e retenção urinária, podendo evoluir para anúria e hidronefrose⁶.

O exame ginecológico pode ser suficiente para o diagnóstico, sem a necessidade de exames de imagem. Este evidenciará um abaulamento da membrana himenal de tom azulado, devido ao sangue retido³.

Diagnóstico tardio implica numa série de riscos, como comprometimento futuro da fertilidade, abdome agudo hemorrágico e perda de função renal, caso ocorra retenção urinária⁴. Este relato de caso possui o intuito de alertar ao médico quanto a importância de uma anamnese detalhada, exame físico cuidadoso, frente a uma criança ou adolescente previamente hígida, com amenorreia primária e dor abdominal inespecífica.

RELATO DE CASO |

POC, feminina, 13 anos, iniciou em 18/04/2020 dor em região abdominal baixa (pior à esquerda) com piora progressiva, associada a dificuldade de micção, abaulamento e massa palpável em FIE. Procurou unidade de pronto atendimento (PA), onde foram feitos analgesia e diagnóstico de ITU.

No dia 30/04/2020 retornou ao PA devido a presença de dor abdominal e retenção urinária aguda. Foi colocado sonda vesical de alívio e posteriormente de demora (SVD) e solicitada internação para investigação diagnóstica. Na história não apresentava comorbidades prévias, cirurgias, alergias ou intercorrências peri ou pós-natais. Negava início de atividade sexual e referia menarca há 2 meses em pouca quantidade, sem novos episódios de menstruação.

Durante a hospitalização, realizou ultrassom (US) de abdome e pelve que evidenciou massa ovariana (provável cisto) a esquerda com compressão e abaulamento de assoalho vesical. Devido a hipótese de cisto ovariano foram solicitados marcadores tumorais (CA125, CA19.9 e CEA) além de novo US abdominal e pélvico. CA125 e CA19.9 tiveram níveis elevados (>1200 U/ml e 531,6 U/ml respectivamente) e novo US evidenciou líquido espesso de aproximadamente 500ml presente em cavidades uterina e vaginal sugestivo de hematocolpia. Durante o exame ginecológico, foi evidenciado a presença de HI. Em 05/05/2020 foi realizada a abordagem cirúrgica, himenotomia com esvaziamento do hematocolpos (retirada de aproximadamente 300 ml de líquido sanguinolento). Após o procedimento, a paciente evoluiu com melhora da dor com o desaparecimento do abaulamento em FIE e com micção espontânea após a retirada de SVD. Realizou novo US em 1º pós-operatório (PO) que não mais apresentou as alterações, tendo alta hospitalar no 2º PO, sem nenhuma queixa, para seguir em acompanhamento em ambulatório de ginecologia infantopuberal.

DISCUSSÃO |

Grande parte dos casos de HI são esporádicos, entretanto existem relatos de casos familiares, com possível transmissão autossômica recessiva e pode estar associado a outras malformações urogenitais ou anorretais^{1,7,8}.

As manifestações clínicas variam de acordo com a idade do diagnóstico. No recém-nascido pode ser observado o introito vaginal proeminente por acúmulo de muco secretado pelos hormônios maternos (mucocolpo), que será reabsorvido e raramente evolui para complicações. Já na adolescente, haverá o acúmulo de sangue na vagina e útero, também denominados de hematocolpos e hematometro respectivamente, manifestando-se com dor abdominal, dor lombar e dor ao evacuar. O efeito de massa

do hematocolpos na uretra e bexiga leva também a queixas frequentes de disúria e retenção urinária^{2,4,8}.

HI é facilmente identificado em um exame ginecológico adequado. É visualizada uma membrana himenal protuberante e azulada, devido ao sangue ali retido. Durante a manobra de valsava, ocorre aumento da convexidade dessa membrana^{2,3,4}. Outro recurso auxiliar no diagnóstico é a ecografia, que permite confirma o diagnóstico e identifica possíveis complicações. A presença do hematocolpos, por exemplo, demonstra alto grau de suspeição^{4,8,14}. Vale lembrar que, por se tratar de um método examinador dependente, falhas podem existir, o que reforça a importância do exame físico e da anamnese. Estudos demonstram que até 50% dos casos de HI recebem outros diagnósticos inicialmente, como infecção do trato urinário, nefrolitíase, apendicite e tumor abdominal ou anexial. Postergando o diagnóstico correto em até 15 dias^{3,6,13}.

O tratamento consiste na himenotomia com esvaziamento do hematocolpos, sob anestesia, com incisão em cruz. Este procedimento relativamente simples libera o tecido obstrutivo, preservando o anel himenal intacto. Os casos de HI têm bom prognóstico, entretanto, podem existir complicações decorrentes de um diagnóstico tardio, como endometriose^{4,5,7,8,14}.

No atual cenário da medicina, poucos marcadores sorológicos demonstram eficácia para o rastreamento e diagnóstico de neoplasias malignas. O CA-125 é usado especialmente no diagnóstico e acompanhamento do câncer de ovário. Seus parâmetros de sensibilidade e especificidade na detecção do câncer de ovário variam na dependência de diversos fatores. Devido a isso, uso do ensaio sérico CA-125 como uma única ferramenta de rastreamento e diagnóstico de patologias malignas não é recomendado^{9,10}. Em adultos, O CA-125 é encontrado em estruturas derivadas do epitélio celômico (células mesoteliais da pleura, pericárdio e peritônio), nas células tubárias e nos epitélios endometrial e endocervical^{10,11}. Quando as células mesoteliais da pleura, peritônio, pericárdio, túnica vaginal testicular ou trompa de Falópio são estimuladas anormalmente, elas podem aumentar a produção de CA-125 e o nível sérico aumenta^{10,11}. Contudo, também eleva-se em muitas condições benignas e fisiológicas, como: gravidez, menstruação, endometriose, adenomiose, doença inflamatória pélvica, pós-menopausa e até mesmo na pancreatite e na cirrose. Estes resultados demonstram que o CA 125 é um marcador de condições

peritoneais não específicas e não somente ocorre em condições malignas^{9,10,11}.

O CA19.9 também não se configura como um marcador ideal para diagnóstico de patologias malignas, uma vez que também se eleva em diversas situações benignas, comprometendo sua sensibilidade e especificidade^{9,10}. É muito utilizado como marcador tumoral para câncer de pâncreas, estômago, cólon, ducto colangial, ovários, endométrio e pulmão (adenocarcinoma). No entanto, assim como o CA 125, eleva-se, também na pancreatite, cistos pancreáticos, colangite, estenose do ducto pancreáticos, cálculos biliares, hepatite crônica, glomerulonefrite crônica, possivelmente hemodiálise e diálise peritoneal, cistos brônquicos, bronquiectasia, cistos ovarianos, endometriose e gravidez. Muitas vezes estas condições resultam até mesmo em um alto nível de CA 19-9 chegando a ser superior a 1.000 U / ml^{9,12}.

O mecanismo que leva ao CA19.9 elevado pode ser a inflamação do tecido epitelial gerado pela obstrução da saída do tecido descamado, o nível elevado de CA 125 pode ser explicado pela inflamação ao tecidos epiteliais vaginais e uterinos gerada pelo acúmulo de sangue nessas cavidade^{9,10,13}. Isso nos leva a interpretar que o HI pode ser uma causa benigna que eleva estes marcadores. Mas salientamos que mais estudos de casos são necessários para poder confirmar tal hipótese.

CONCLUSÃO |

A maioria das publicações relacionadas ao imperfurado hímen, relatam apresentações clínicas, complicações e estratégias de tratamento. Este caso é um dos poucos casos na literatura que demonstra um HI cursando com aumento de níveis de CA 19-9 e CA 125. Destes casos, a maioria demonstra que os marcadores elevados sugerem, em primeiras avaliações, que possa ser um caso de um tumor maligno, porém com o aprofundamento da história clínica e exame físico consegue-se comprovar o diagnóstico benigno, inclusive evoluindo diminuições dos níveis dos marcadores após a intervenção cirúrgica¹³. Tal fato demonstra a importância de se excluir diagnósticos de tumores malignos frente a estes marcadores tumorais elevados, além da necessidade de uma história clínica e exame físicos minuciosos.

REFERÊNCIAS |

1. Sousa H, Fonseca H, Sampaio L. Dor abdominal e retenção urinária aguda em adolescente. Apresentação clínica de hematocolpo e revisão da literatura. *Revista Nascer e Crescer*. 2010. Vol XIX, n.3: 152-155
2. Pinto M, Monteiro J, Gomes L, Ferreira H, Gameiro M, Costa M. Hímen imperfurado como causa de retenção urinária: a importância do exame físico. *Revista Nascer e Crescer*. 2011. Vol XX, n.4: 283-285.
3. Prata PHL, Fraga MO, Xavier VS, Soares RM, Ordones MB, Souza VF, et al. Abdome agudo secundário a Hímen Imperfurado: relato de caso. *Revista Med Minas Gerais*. 2010, 20 (Supl 1): 87-90.
4. Guedes-Martins L, Leite D, Saraiva D, Candoso B. Polaquíúria e hímen imperfurado com hematoclopometra. *Acta Urológica Portuguesa*. 2014;31(1-2):45-48
5. Basaran M, Usal D, Aydemir C. Hymen sparing surgery for imperforate hymen: case reports and review of literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2009 Aug;22(4):e61-4. doi: 10.1016/j.jpog.2008.03.009. PMID: 19646660.
6. Posner JC, Spandorfer PR. Early detection of imperforate hymen prevents morbidity from delays in diagnosis. *Pediatrics*. 2005 Apr;115(4):1008-12. doi: 10.1542/peds.2004-0183. PMID: 15805378.
7. Lee KH, Hong JS, Jung HJ, et al. Imperforate Hymen: A Comprehensive Systematic Review. *J Clin Med*. 2019;8(1):56. Published 2019 Jan 7. doi:10.3390/jcm8010056
8. Egbe TO, Kobenge FM, Wankie EM. Virginitis-sparing management of hematocolpos with imperforate hymen: case report and literature review. *SAGE Open Med Case Rep*. 2019;7:2050313X19846765. Published 2019 May 2. doi:10.1177/2050313X19846765
9. Sak ME, Evsen MS, Soydinc HE, Sak S, Yalinkaya A. Imperforate hymen with elevated serum CA 125 and CA 19-9 levels. *J Reprod Med*. 2013;58(1-2):47-50.
10. Kalmantis K, Koumpis C, Daskalakis G, Papantoniou N, Mesogitis S, Antsaklis A. Imperforate hymen with hematoclopometra combined with elevated Ca125. *Bratisl Lek Listy*. 2009;110(2):120-122.
11. Meden H, Fattahi-Meibodi A. CA 125 in benign gynecological conditions. *Int J Biol Markers*. 1998 Oct-Dec;13(4):231-7. PMID: 10228907.
12. Ito S, Gejyo F. Elevation of serum CA19-9 levels in benign diseases. *Intern Med*. 1999 Nov;38(11):840-1. doi: 10.2169/internalmedicine.38.840. PMID: 10563741.
13. Mimics of malignancy caused by concurrent imperforate hymen and transverse vaginal septum: an instructive case and review of the literature. Wang YF, Kuo SM, Lin YC, Fang HH, Chu CH, Lin CM. *J Int Med Res*. 2021 May;49(5):3000605211014797. doi: 10.1177/03000605211014797. PMID: 33983059 Free PMC article. Review.
14. Congenital anomalies causing hemato/hydrocolpos: imaging findings, treatments, and outcomes. Tanitame K, Tanitame N, Urayama S, Ohtsu K. *Jpn J Radiol*. 2021 Aug;39(8):733-740. doi: 10.1007/s11604-021-01115-7. Epub 2021 Apr 11. PMID: 33840015 Free PMC article. Review.

Correspondência para/Reprint request to:

Letícia Alves Vervloet

*Av. Mal. Campos, 1468,
Maruípe, Vitória/ES, Brasil
CEP: 29047-105*

E-mail: lvervloet@uol.com.br

Recebido em: 26/01/2021

Aceito em: 24/06/2021

**Síndrome de Gardner,
uma variante da polipose
adenomatosa familiar:
um relato de caso**

**| Gardner's Syndrome, a variant of
familial adenomatous polyposis:
a case report**

RESUMO | Introdução:

*A síndrome de Gardner é uma doença rara, autossômica dominante, associada à mutação do gene *Adenomatous polyposis coli* (APC), caracterizada por polipose colônica com histopatologia compatível com adenoma, associada a tumores mesenquimais, como do tipo desmóide, osteomas e alterações dentárias. As manifestações extraintestinais podem ser os primeiros achados, sendo importante o conhecimento e divulgação do quadro clínico, permitindo diagnóstico precoce, manejo adequado e investigação familiar.*

Relato de caso: O objetivo deste relato de caso é descrever o caso clínico de polipose adenomatosa familiar, com variante compatível com Síndrome de Gardner, em paciente com manifestações extraintestinais com tumor desmóide, dentes supra numéricos e osteomas, em acompanhamento na Unidade do Sistema Digestivo do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, da Universidade Federal do Espírito Santo, além de revisão de literatura nas bases de dados do Pubmed, para alertar a comunidade de atenção à saúde, principalmente médicos, sobre o fenótipo apresentado na Síndrome de Gardner, possibilitando o diagnóstico precoce.

Palavras-chave | Síndrome de Gardner; Polipose Adenomatosa Familiar; Desmóide; Osteoma.

ABSTRACT | Introduction: Gardner's syndrome is a rare, autosomal dominant disease associated with the mutation of the *Adenomatous polyposis coli* (APC) gene, characterized by colonic polyposis with a histopathology compatible with adenoma, associated with mesenchymal tumor, such as desmoid type, osteomas and dental alterations. Extraintestinal manifestations may be the first findings, being important knowledge and disclosure of the clinical condition, allowing early diagnosis, adequate management and family investigation. **Case report:** This case report aims to describe the clinical case of familial adenomatous polyposis with a variant compatible with Gardner's Syndrome, in a patient with extra intestinal manifestations with desmoid tumor, supernumerary teeth and osteomas, ongoing at the Digestive System Unit of the Cassiano Antônio Moraes University Hospital, Federal University of Espírito Santo – Brazil, in addition to a literature review in the *Pubmed databases* to alert the health care community, especially doctors, about the phenotype presented in Gardner's Syndrome, enabling early diagnosis.

Keywords | Gardner Syndrome; Familial adenomatous polyposis; Desmoid; Osteoma.

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

²Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. Vitória/ES, Brasil.

INTRODUCTION |

Gardner's Syndrome is a variant of Familial Adenomatous Polyposis (FAP), described in 1950s by Gardner and Plenk¹. The prevalence of Gardner's Syndrome cannot be separated from FAP and general prevalence is 2.29 to 3.2 per 100.000 people in the world³. It has autosomal dominant inheritance and is characterized by colonic polyposis (more than 100 colon polyps), multiple osteomas and mesenchymal tumors. It relates to the mutation in the *Adenomatous polyposis coli* (APC) tumor suppressor gene, located on the long arm of chromosome 5 (5q21-q22), the mutation site of which determines the phenotype of the disease⁴. Most cases are due to family inheritance, but in one third of cases there is "de novo" mutation⁴. The formation of polyps begins at puberty, but the diagnosis usually occurs in the third decade of life and almost 100% will develop colorectal cancer by age 40⁵. Clinical findings include anemia, abdominal pain, diarrhea, abdominal mass, dental abnormalities and desmoid mesenchymal tumors⁴.

We present the case of a 30 years old woman with colonic polyposis, cervical desmoid tumors, face osteomas and dental modifications. This case report was approved by the Research Ethics Committee with the ruling number 4.002.507.

CASE REPORT |

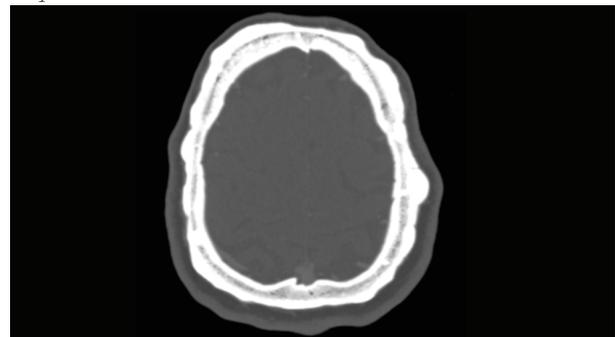
Thirty years old woman, single, childless and without previous gastrointestinal symptoms. She was referred to the gastroenterology department after a colonoscopy, which identified colonic and rectal adenomatous polyps with low grade epithelial dysplasia and tubular pattern. Examination was requested by a dental surgeon after finding supranumerary teeth during a routine orthodontic assessment.

She has a previous history of multiple exeresis of desmoid fibroids in the cervical region with local recurrences and report a family history of intestinal polyposis (mother and maternal uncles). During physical examination, was observed a hardened tumor in the frontal region and supranumerary teeth through oroscopy.

Based on the findings of the colonoscopy and physical examination, the hypothesis of Gardner's Syndrome was proposed and was oriented screening of siblings. She was referred to geneticist and her heredrogram is compatible with autosomal dominant inheritance, phenotype 175100 in the Online Mendelian Inheritance in Man (OMIM).

Skull tomography showed multiple dense bone lesions in the skull and jaw, consistent with osteomas (Figure 1) and the presence of supranumerary dental components inside the maxillary bone; thyroid ultrasound without lesions and upper digestive endoscopy with sessile polyps in the gastric fundus and multiple sessile polyps in the second duodenal portion, measuring 2 to 4 mm, with histopathological analysis compatible with polyps of fundal glands and tubular adenomas with low-grade dysplasia, respectively, compatible with Stage II of the Spigelman Classification (Table 1)⁶.

Figure 1 - Dense bone lesions scattered through the skullcap compatible with osteomas



Source: Authors.

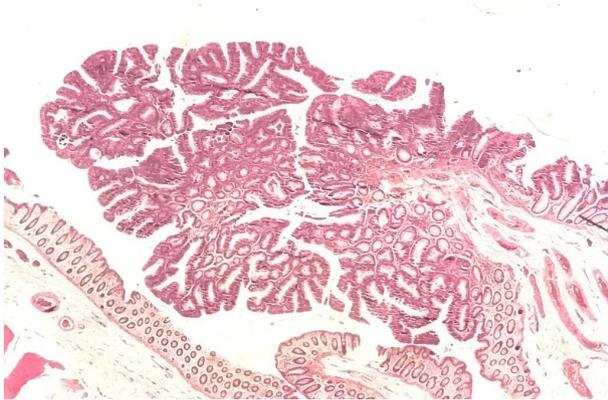
Table 1 - Spigelman Classification

	1 point	2 points	3 points
Number of polyps	< 4	5-20	>20
Polyp size	0-4 mm	5-10mm	>10mm
Histology	Tubular	Tubulovillous	Villous
Dysplasia	Low grade	Moderate grade	High grade

Stage 0: 0 points - Surveillance every 4 years; Stage I: 1-4 points - Surveillance every 2-3 years; Stage II: 5-6 points - Surveillance every 1-3 years; Stage III: 7-8 points - Surveillance every 6-12 months; Stage IV: 9-12 points - Surveillance every 3-6 months and surgery evaluation. (Spigelman AD, Williams CB, Talbot IC, Domizio P, Phillips RK. Upper gastrointestinal cancer in patients with familial adenomatous polyposis. Lancet 1989; 2(8666):783-5.)

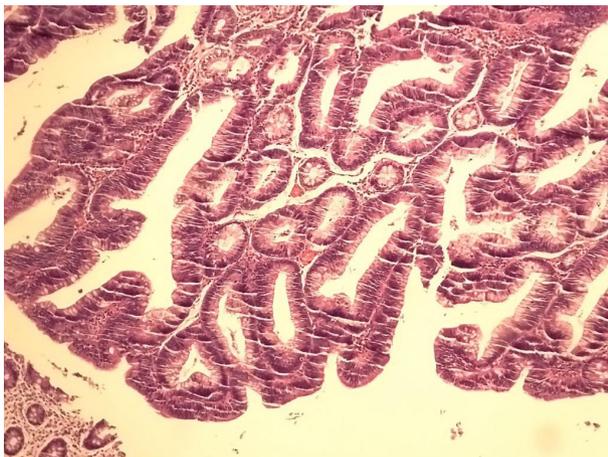
Submitted to total colectomy with ileorectal anastomosis, with no complications. The surgical specimen, 81 cm long and 3.5 to 5 cm in diameter, had brown and pleated mucosa with multiple tiny polyps, the largest measuring 0.7 x 0.6 cm. Histopathological analysis showed large intestine with tubular adenomas with atypical low-grade epithelium (Figure 2 and 3) and mesocolic fibromatosis and 50 lymph nodes with simple reactive state.

Figure 2 - Pediculated polyp protruding into large bowel lumen – adenomatous polyp. H&E; 20X



Source: Authors.

Figure 3 - Adenomatous polyp with low-grade epithelial dysplasia and tubular pattern– H&E; 100X



Source: Authors.

The patient maintains ambulatory follow-up, with periodic endoscopic evaluation of the remaining rectum, upper digestive endoscopy and thyroid ultrasound.

DISCUSSION |

Gardner's syndrome is a multisystemic disease and the diagnosis usually occurs at the age of 30⁷. Polyp formation begins at puberty, and, in addition to colonic involvement, gastrointestinal manifestations include gastric polyps of the fundic glands and adenomatous polyps of the duodenum and periampullar region⁵. Spigelman Classification (Table 1) is used for duodenal polyps and is based on the number, size, histology and degree of dysplasia of polyps and defines the interval of performing upper digestive endoscopy for follow-up and the need for intervention. Gastrointestinal symptoms are nonspecific and may include constipation or diarrhea, abdominal pain, palpable abdominal masses and weight loss⁴.

In general, bone abnormalities and skin manifestations appear 10 years before polyposis. Osteomas occur in half of the patients and are located mainly in the skull, predominantly the jaw and maxilla, and is often the reason for dental consultation. The most common skin lesions are desmoid cysts, sebaceous cysts, fibroids and lipomas⁷.

Desmoid tumors occur in up to 7.5 -10% of patients and are benign lesions, but their progressive growth can lead to compression of gastrointestinal and urinary tract structures or nervous and vascular structures. There is possibly the development in the mesentery, retroperitoneum, abdominal wall or places of previous surgical approach⁴. Treatment is based on the size, symptoms and behavior of tumor growth. Treatment can be chemotherapy, radiotherapy and surgery, with up to 80% recurrence⁷.

Other manifestations include hypertrophy of the pigmented epithelium of the retina present in 90% of patients with FAP and characterized by hyperpigmented oval areas at the fundoscopic examination and dental changes, such as supranumerical teeth, odontomas and impacted teeth, observed in 70% of patients⁷.

Colorectal Carcinoma (CRC) occurs in almost 100% of patients who have not undergone prophylactic colectomy until age 40. The second most common cause of death in this patients, after CCR, is duodenal/periampullary carcinoma, occurring in approximately 5-6% of the patients. Other neoplasms are pancreatic adenocarcinoma (2%), papillary thyroid cancer (2%), gastric adenocarcinoma (0.5%) and hepatoblastoma in children younger than five (1.6%)⁴.

The diagnosis of Gardner's syndrome is based on the colonoscopy finding of colonic polyposis, in addition to clinical findings and positive family history⁴. Whenever possible, the clinical diagnosis should be confirmed by genetic testing. After the diagnosis of Gardner's Syndrome, as well as other variants of FAP, patients should follow up with an annual colonoscopy, upper digestive endoscopy between ages 20 to 25 and afterwards with a frequency established according to the Spigelman Classification⁷ and annual thyroid ultrasound starting between age 15 and 20⁸. Desmoid tumors should be investigated with imaging tests, if palpable mass or symptoms occur⁸.

For the prevention of CRC, for all patients with FAP, regardless of subtype, prophylactic colectomy is indicated, usually between age 15 and 25. Surgical options are colectomy with ileorectal anastomosis, total proctocolectomy with ileostomy and proctocolectomy with or without mucosectomy with ileal pouch anal anastomosis⁴. The definition of the type of surgery depends on the amount of colonic polyps, the amount of rectal polyps, the degree of dysplasia and the presence of CRC. In case of surgery with the remaining rectum, annual evaluation is indicated for removal of adenomas that may recur⁵.

For chemoprevention, studies show benefits with the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs, such as Sulindac and Celecoxib, aimed reduction in the number and size of polyps during the period of their administration⁷.

CONCLUSION |

We present the case of a patient with the common age for FAP diagnosis, a phenotype compatible with Gardner's Syndrome, presenting desmoid tumors, osteomas and supranumerical teeth, with positive family inheritance, submitted to total colectomy with ileorectal anastomosis, with annual monitoring with rectoscopy and thyroid ultrasound and upper digestive endoscopy every 1 to 3 years, as defined by the Spigelman Classification.

REFERENCES |

1. Gardner EJ, Plenk HP. Hereditary pattern for multiple osteomas in a family group. *Am J Hum Genet* 1952;4(1):31-36.

2. Seehra J, Patel S, Bryant C. Gardner's Syndrome revisited: a clinical case and overview of the literature. *J Orthod* 2016;43(1):59-64.

3. Uptodate [homepage na internet]. Gardner Syndrome. [acesso em 12 mar 2020]. Disponível em: www.uptodate.com.

4. Half E, Bercovich D, Rozen P. Familial adenomatous polyposis. *Orphanet J Rare Dis*. 2009 4:22.

5. The American Society of Colon and Rectal Surgeons. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Inherited Polyposis Syndromes. *Dis Colon Rectum* 2017;60(9):881-894.

6. Spigelman AD, Williams CB, Talbot IC, Domizio P, Phillips RK. Upper gastrointestinal cancer in patients with familial adenomatous polyposis. *Lancet* 1989; 2(8666):783-5.

7. Fotiadis C, Tsekouras D-K, Antonakis P, Sfininiadakis J, Genetzakis M, Zografos G-C. Gardner's syndrome: A Case Report and Review of Literature. *World J Gastroenterol* 2005 ;11(34): 5408-5411.

8. Dinarvand P, Davaro EP, Doan JV, Ising ME, Evans NR, Phillips NJ, et al. Familial Adenomatous Polyposis Syndrome – An Update and Review of Extraintestinal Manifestations. *Arch Pathol Lab Med* 2019 ;143(11): 1382-1398.

Correspondência para/Reprint request to:

Ludmilla Ventura Lirio

*Rua Dr. Dido Fontes, 815, apt. 207,
Jardim da Penha, Vitória/ES, Brasil
CEP: 29060-280*

E-mail: ludmilla.vent@gmail.com

Recebido em: 05/03/2021

Aceito em: 11/06/2021

Rare presentation of linear basal cell carcinoma in the axilla and poplitea fossa

| Carcinoma basocelular linear na axila e na fossa poplíteia: apresentação e localizações raras

ABSTRACT | Introduction: *Basal cell carcinoma is the most common skin cancer. It typically appears on regions of high sun exposure, such as head and neck (85%). Unusual injuries can develop in body areas with little or no sun exposure (10 – 15%). The axilla represents an extremely rare site for this cutaneous neoplasm, considering its anatomic sun protected localization. Popliteal fossa basal cell carcinoma is extremely rare and only one report is available in the literature. Case report: We report an uncommon case of axillary basal cell carcinoma and popliteal fossa with linear variant and its distinct morphological and histological characteristics.*

Keywords | *Basal cell carcinoma; Skin neoplasms; Dermatology.*

RESUMO | Introdução: Carcinoma basocelular é o câncer de pele mais frequente. Os locais mais acometidos são cabeça e pescoço, sendo 10-15% presentes nas áreas não expostas ao sol. A axila é uma das áreas mais protegidas da radiação solar, sendo raramente sítio desta neoplasia cutânea. O acometimento da fossa poplíteia pode ser mais raro, com apenas um relato de caso descrito na literatura. **Relato de caso:** Descreve-se caso incomum de carcinoma basocelular axilar e de fossa poplíteia com variante linear e suas características morfológicas e histológicas distintas.

Palavras-chave | Carcinoma basocelular; Neoplasias cutâneas; Dermatologia.

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

²Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. Vitória/ES, Brasil

INTRODUÇÃO |

Carcinoma basocelular (CBC) é o câncer de pele mais frequente¹⁻³. Os locais mais acometidos são cabeça e pescoço, sendo 10-15% presentes nas áreas não expostas ao sol¹. A axila é uma das áreas mais protegidas da radiação solar, sendo raramente sítio de CBC^{1,2,4}. O primeiro caso foi relatado em 1917⁴, e poucos novos trabalhos foram publicados desde então. Atualmente, a prevalência de CBC axilar é 0,17%². O acometimento da fossa poplíteica pode ser mais raro, com apenas um relato de caso descrito na literatura⁵. A paciente descrita neste documento também apresenta outra característica única do CBC: a variante linear incomum com suas características morfológicas e histológicas distintas. Esta variante foi inicialmente descrita por Lewis em 1985⁶.

RELATO DE CASO |

Relata-se caso de mulher, 81 anos, apresentando lesão assintomática na axila direita de cinco anos de evolução. Sem história de traumas, lesões prévias, imunossupressão e exposição à radiação artificial. Exame dermatológico evidenciou placa linear eritemato-acastanhada, lisa, comprimento maior que a largura, com áreas de brilho perláceo, localizada na axila direita (Figuras 1a).

Dermatoscopia com visualização de telangiectasias arboriformes, crostas e crisálidas (Figuras 2a), além de ninhos ovóides e glóbulos cinza-azulados (Figura 2b).

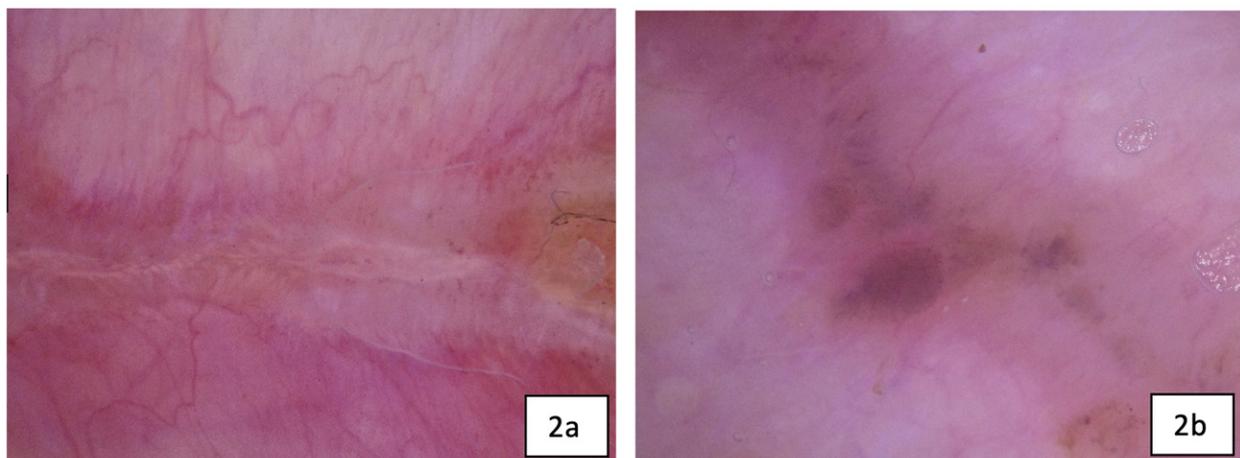
Figura 1 - (a) Lesão pigmentada de conformação linear na axila direita. (b) Lesão de conformação linear com bordas translúcidas e infiltradas na fossa poplíteica



Fonte: Os autores.

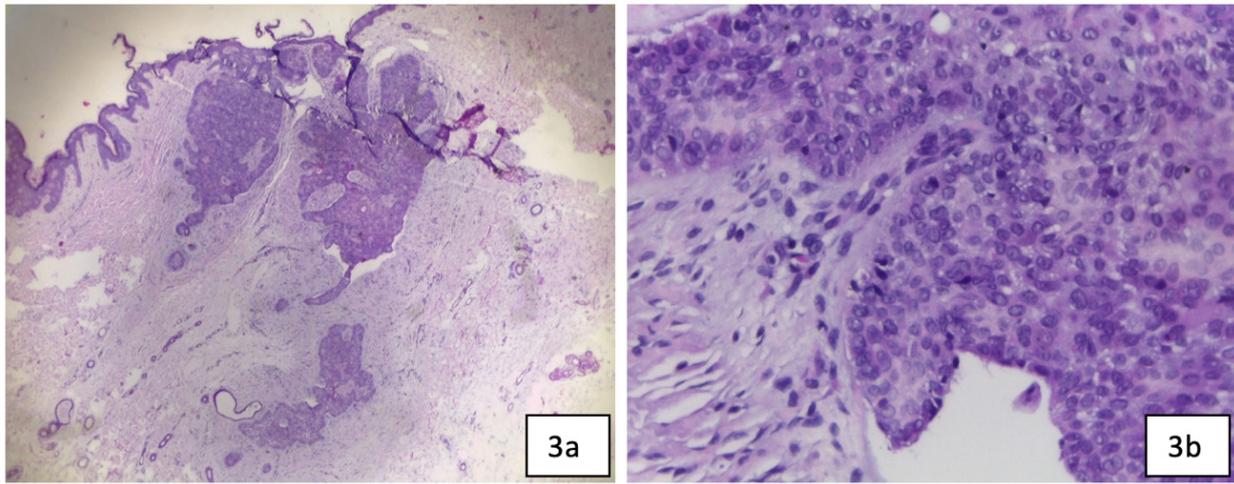
Também foi identificada lesão linear de bordas translúcidas infiltradas e brilho perláceo, algumas áreas de exulceração e pigmentação acastanhada, na fossa poplíteica esquerda (Figura 1b). À dermatoscopia, eritema perilesional, sem estruturas específicas. O estudo anatomopatológico das lesões descreveu proliferação epitelial de conformação cordonal basaloide atípica, mantendo continuidade com a epiderme e o infundíbulo piloso, paliçada na periferia, pigmento castanho; estroma hiper celular com pouco citoplasma, núcleos hiper cromáticos, algumas figuras de mitose e fenda separando-o da derme (Figuras 3a e 3b), consistente com CBC linear. As lesões foram excisadas, sem recorrência no seguimento de seis meses.

Figura 2 - Dermatoscopia da lesão axilar com telangiectasias arboriformes, crosta e crisálida (2a), ninhos ovóides e glóbulos cinza-azulados (2b)



Fonte: Os autores.

Figura 3 - (a) Anatomopatológico evidenciando proliferação epitelial de conformação cordonal basaloide atípica. (b) Estroma hiper celular com pouco citoplasma, núcleos hiper cromáticos, algumas figuras de mitose e fenda separando-o da derme adjacente



Fonte: Os autores.

CONCLUSÃO |

O carcinoma basocelular linear apresenta-se como lesão de bordas relativamente retas, bem definidas, comprimento maior que largura (relação 3:1)³, seguindo padrão morfológico característico, favorecendo a extensão em uma direção⁶. A região periocular é mais afetada, seguida por pescoço, tronco, parte inferior da face, axila, região inguinal e escroto^{3,6}. Entre 1985 e 2019, foram relatados 67 casos de CBC linear na literatura internacional⁶. Em nossa busca, encontramos apenas 3 casos de CBC linear axilar, todos japoneses, comprovando raridade dessa apresentação⁷.

Exposição à radiação ultravioleta é o principal fator de risco. Outros fatores: exposição ambiental (arsênio, hidrocarbonetos, pesticidas), predisposição genética, imunossupressão, traumas, queimaduras, exposição à radiação ionizante, sexo masculino, nevo sebáceo, idade avançada². No presente relato, não foram evidenciados fatores de risco. A literatura sugere que as interações da matriz celular, resultando em alterações texturais da pele, podem servir como cofator para desenvolvimento de CBC em áreas de baixa exposição ultravioleta, além da vigilância imunológica diminuída nestes locais².

Para explicar a linearidade da lesão, especula-se que na derme reticular existem partes das linhas de tensão da pele que adquirem orientação paralela e endireitamento de finos feixes de colágeno e fibras elásticas. Esses feixes paralelos

ficam perpendiculares à direção da contração muscular, que restringe o crescimento em uma direção⁶.

Em busca no PubMed usando os termos CBC e axila, encontramos menos de 70 casos com tal localização publicados desde 1985², sendo nenhum deles publicado no Brasil. Ao apresentar este caso atípico de CBC linear axilar e de fossa poplíteica, reforçamos que é essencial que o dermatologista esteja atento para localizações e apresentações incomuns de neoplasias cutâneas, para que não haja atrasos diagnósticos destas patologias. A avaliação conjunta clínica e dermatoscópica completa da pele da paciente permitiu a identificação das lesões suspeitas, seguida de exérese e confirmação histopatológica. Até o presente momento, não foi identificada recidiva da neoplasia nem surgimento de novas lesões.

REFERÊNCIAS |

1. Wani GM, Ahmad SM, Qayoom S, Khursheed B. Neglected basal cell carcinoma in axilla. J IMA. 2012; 44:9224.
2. Cohen PR. Basal Cell Carcinoma of the Axilla: Review of the world literature. Am J Clin Dermatol. 2014;15:95–100.

3. Mavrikakis I, Malhotra R, Selva D, Huilgol SC, Barlow R. Linear basal cell carcinoma: A distinct clinical entity. *Plast Reconstr Surg.* 2006;59:419–23.
4. LeSueur BW, DiCaudo DJ, Connolly SM. Axillary Basal Cell Carcinoma. *Dermatol Surg.* 2003;29:1105-8.
5. Robertson L, Sauder MB. Basal Cell Carcinoma in Type 2 Segmental Darier's Disease. *J Skin Cancer.* 2012;2012:839561
6. Ward JM, Russell M. Recurrence of Linear Basal Cell Carcinoma. *Cutis,* 2019; 104:114-6.
7. Ichinokawa Y, Ohtuki A, Hattori M, Sadamasa H, Hiruma M, Matumoto T. Linear Basal cell carcinoma: a case report. *Case Rep Dermatol.* 2011;3(2):142-146.

Correspondência para/Reprint request to:

Valentina Lourenço Lacerda de Oliveira

Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes

Av Marechal Campos, 1355,

Ambulatório de Dermatologia (casa 7),

Maruípe, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29041-295

E-mail: valentinalloliveira@gmail.com

Recebido em: 09/04/2021

Aceito em: 31/05/2021

**Sarcoma do estroma
endometrial de baixo grau:
relato de caso**

**| Low-grade endometrial stromal
sarcoma: case report**

RESUMO | Introdução:

O sarcoma estromal endometrial é um tumor raro que corresponde a aproximadamente 1% dos tumores uterinos. Seu diagnóstico é desafiador devido à semelhança com tumores benignos tanto nas características da lesão nos exames de imagem quanto nos sintomas, o que só é obtido a partir da análise histopatológica.

Relato de caso: *No caso relatado, para a obtenção do diagnóstico foram necessárias várias tentativas e métodos, e a paciente encontrava-se em estágio avançado, com metástase à distância, prejudicando seu prognóstico. Este artigo discute formas de diagnóstico, estadiamento, prognóstico e manejo dessa rara neoplasia.*

Palavras-chave | *Hemorragia Uterina; Neoplasias; Sarcoma.*

ABSTRACT | Introduction: Endometrial stromal sarcoma is a rare tumor that corresponds to approximately 1% of uterine tumors. Its diagnosis is challenging to make due to the similarity with benign tumors both in the characteristics of the lesion in imaging exams and about the symptoms, which is only obtained from the histopathological analysis. **Case report:** In the case reported, to obtain the diagnosis was necessary several attempts and methods, and the patient was in an advanced stage, with distant metastasis, impairing her prognosis. This article discusses ways to diagnose, staging, prognosis, and management of this rare neoplasm.

Keywords | Uterine Hemorrhage; Neoplasms; Sarcoma.

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

²Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. Vitória/ES, Brasil.

INTRODUCTION |

Uterine sarcomas are rare mesenchymal neoplasms, corresponding to 3-5% of malignant neoplasms of the uterine body¹. These tumors are divided into two groups: homologous and heterologous tumors. The homologous sarcomas are those formed by tissues normally found in uterine tissues, and this group include endometrial stromal sarcoma and leiomyosarcomas. Heterologous tumours are those compounds of histological elements that are not themselves the uterus; for example, skeletal muscle and adipose tissue, being included in this group of tumors, the rhabdomyosarcoma, and uterine liposarcoma.

Clinically, uterine sarcomas manifest with abnormal uterine bleeding, post- menopausal bleeding, pelvic pain or abdominal pain, or patients could be asymptomatics².

The focus of this article will be endometrial stromal sarcoma, which represents only about 0.2% of all uterine tumors, and, considering only uterine sarcomas, the prevalence is 7-25%³. These tumors, in turn, are classified, according to the World Health Organization (WHO), into five categories: endometrial stromal nodule, low-grade endometrial stromal sarcoma, high-grade endometrial stromal sarcoma, undifferentiated uterine sarcoma, and uterine tumor resembling ovarian sex cord tumor⁴. The difference between these subtypes is on degree of cell differentiation and degree of invasion to the myometrium. The nodule of the endometrial stroma is a well-defined benign tumor, and the others are malignant tumors.

This article aims to alert the possibility of malignancy in patients with abnormal uterine bleeding at menacme, discussing differential diagnoses, including endometrial stromal sarcoma. In addition, this report emphasizes the importance of valuing the patient's complaint and carrying out an adequate diagnostic investigation on time to ensure a good prognosis.

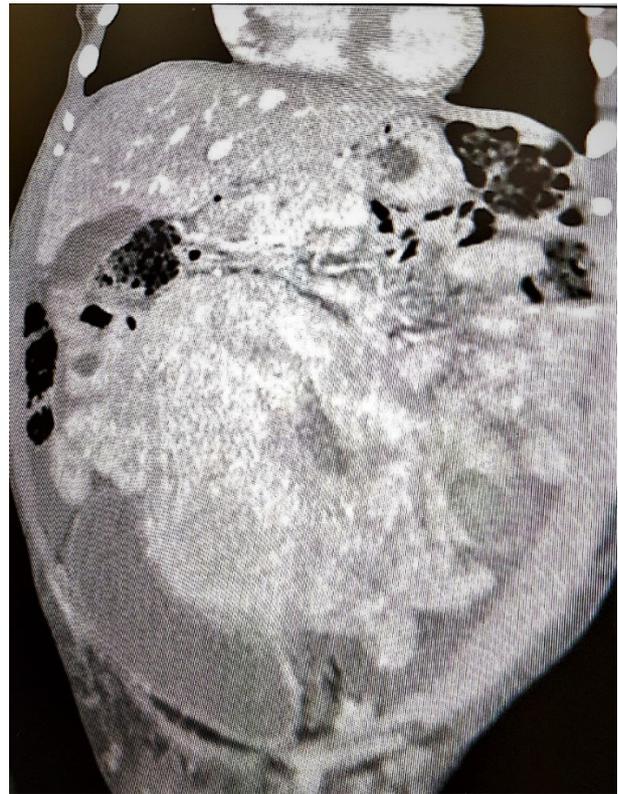
CASE REPORT |

Patient female, 49 years old, G4P3(3C)A1, hypertensive in irregular use of captopril with abnormal uterine bleeding history and abdominal mass with progressive growth. The patient does not know how long it takes for symptoms to evolve. In April / 2020, there was a worsening of the

bleeding condition when she was admitted to a hospital in the municipality of origin, being subjected to transfusion of 07 red blood cell concentrates and drug therapy without bleeding control.

Patient was transferred to University Hospital Cassiano Antonio Moraes (HUCAM) on 04.26.2020, which was subjected to the tomography of the abdomen and pelvis, which showed an increased volume of the uterus (1569 cm³) with multiple nodules myometrial poorly defined, thick endometrium, and heterogeneous (Figure 1), in addition to a large thrombus extending from the inferior vena cava to the right atrium and another thrombus in the left external iliac vein (Figure 2).

Figure 1 - Tomography of the abdomen and pelvis with an enlarged and irregular uterus



Source: Authors.

Subsequently, also held magnetic resonance of the abdomen and pelvis that could better define the uterine lesions and the largest with intermediate signal intensity on T2 and restriction on diffusion, hinting and filling almost for complete the uterine cavity, which is presented extended without cleavage planes with your component myometrial previous body, probable neoplastic nature. Ovaries of

increased dimensions were observed with intermediate signal intensity, which may be secondary neoplastic involvement. In the chest resonance was described a sparse nodular lesions in bilateral pulmonary parenchyma irregular outline, probably secondary injuries.

Figure 2 - Chest tomography showing thrombus in the vena cava



Source: Authors.

Adding the high surgical risk due to the presence of extensive thrombus and large bleeding without control, it was decided the holding Novak curette in April 28 to obtain a sample of the endometrium and tentative of diagnosis. However, anatomopathological was inconclusive, obtaining only necrotic tissue and blood clots.

The patient maintained heavy bleeding, unresponsive to medication, with the need for transfusion of more 03 red blood cell concentrates. Therefore, it was decided in conjunction with the vascular surgery team for embolization of uterine arteries to control bleeding and

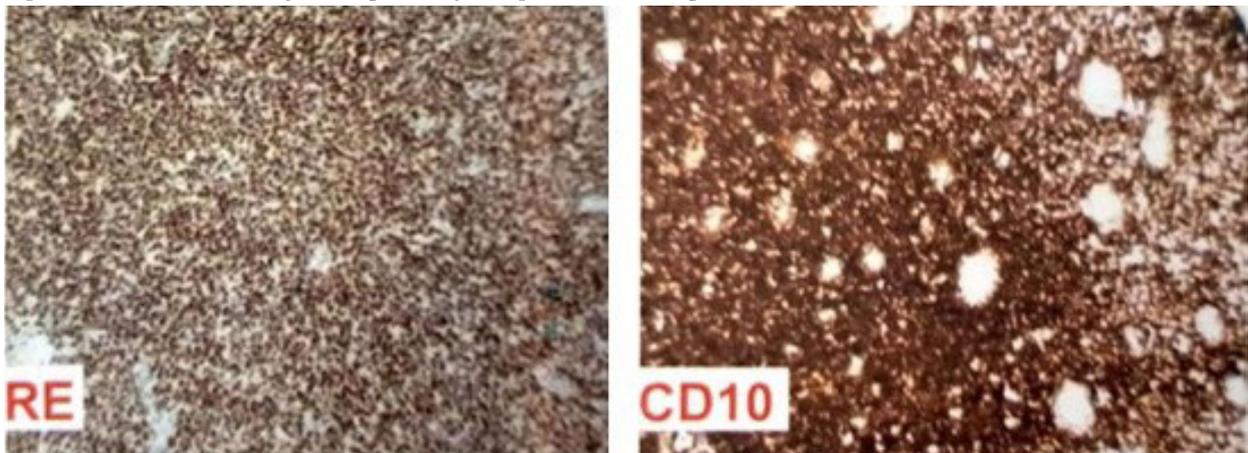
clinical stabilization of the patient. Procedure performed on May 06, with embolization of the left uterine artery with microspheres. Upon angiographic study of the right internal iliac artery, no arterial branch was observed in the usual uterine topography, and the right side was not embolized.

After the embolization procedure, the patient stopped vaginal bleeding, and a second attempt was made to collect the endometrium sample using semiotic uterine curettage on May 12. During the procedure, the patient returns with significant bleeding. Histopathology was inconclusive again, obtained only material with necro-hemorrhagic fibrin.

On May 21, she was then submitted to diagnostic hysteroscopy, which showed an endometrium with no changes and masses of myometrial origin in the anterior wall of the uterus, bulging the endometrium and deforming the entire uterine cavity. A deep biopsy of the lesion was performed, and a histopathological study diagnosed low-grade endometrial stromal sarcoma. In immunohistochemical was the expression of CD10 and estrogen receptors, confirming the diagnosis (Figure 3).

Patient with advanced disease, with distant metastasis and high surgical risk due to extensive thrombus in the vena cava, being opted for palliative treatment. She was forwarded to a clinical oncologist and opted for hormone therapy with megestrol acetate 160 mg/day. The patient remains clinically stable, without further episodes of vaginal bleeding.

Figure 3 - Immunohistochemistry with expression of estrogen and CD10 receptors



Source: Authors.

DISCUSSION |

Uterine sarcoma is a rare malignant tumor and usually affects young women between 42 and 58 years old, and in 10 to 25% of the time, it affects pre-menopausal women⁵. The most common clinical manifestations are pelvic pain and abnormal uterine bleeding, which are also the same symptoms as leiomyomas, the most common benign tumors in the uterus².

Low-grade endometrial stromal sarcoma can manifest as intramural or submucosal tumors with undefined margins. They may also have a polypoid shape or growing and deforming the uterine cavity⁶.

In imaging studies, sarcomas are also similar to leiomyomas. Both are focal nodules in the uterus. Furthermore, although some ultrasound signals such as echogenicity mixed, central necrosis, irregular distribution of vessels, and the Doppler peak systolic velocity high, may be suggestive of sarcomas, none of that are pathognomonic, could also being found in fibroids⁷. Therefore, the diagnosis is not easy to perform, is based on the histological analysis of the tumor.

The histopathological study of the lesion can be done by obtaining a sample of endometrial tissue or after a hysterectomy or myomectomy of a mass that presumably was a leiomyoma. In patients with uterine sarcoma, the diagnosis is obtained from an endometrial sample in 33 to 68% of cases. There is no difference in the sensitivity of the diagnosis between the different techniques for obtaining an endometrial sample: curettage or direct biopsy of the endometrium using hysteroscopy⁸.

In the case exposed, the patient is in the most prevalent age group of the disease and presented the most common clinical manifestation of abnormal uterine bleeding. The diagnostic difficulty is evident from the delay in seeking care, being diagnosed at an advanced stage of the disease, and the need for numerous surgical approaches and methods of investigation to obtain a satisfactory sample for histological study and diagnostic definition.

Histologically, low-grade endometrial sarcoma is characterized by densely uniform stromal cells with minimal cellular pleomorphism, mild nuclear atypia, and variable mitotic figures⁹. Generally, myometrial invasion and blood and lymph vessels are observed. The number of mitoses is variable, but it is usually low⁶.

For a better diagnostic definition and differentiation between the subtypes of endometrial stromal sarcomas, an immunohistochemical study and analysis of molecular pathology are generally used, and this analysis is also important for adjuvant therapeutic definition. Most tumors express CD10 and WT1 receptors¹⁰. Tumors may also have gonadotropin-releasing hormone (GnRH), estrogen, and progesterone receptor expression, as observed in the case-patient. Cyclin D1 has heterogeneous and variable nuclear expression in less than 10% of tumor cells, being important in the distinction between these lesions and high-grade endometrial stromal sarcomas^{6,10}.

The staging of endometrial stromal sarcoma is the same as leiomyosarcoma and follows the FIGO and TNM classification (Table 1), and is the main prognostic factor of low-grade tumors¹⁰. Tumor lesions can develop in places other than the uterus, such as ovaries, pelvis, abdominal cavity, and also vulva and vagina¹¹.

Table 1 - FIGO / TNM stage for leiomyosarcomas and low-grade endometrial stromal sarcoma

TNN stage	FIGO stage	Definition
T1	I	Tumor limited to the uterus
T1a	IA	Tumor 5 cm or less in the larger diameter
T1b	IB	Tumor more than 5 cm
T2	II	Tumor extends beyond the uterus, within the pelvis
T2a	IIA	Tumor involves adnexa
T2b	IIB	Tumor involves other pelvic tissues
T3	III	Tumor infiltrates abdominal tissues
T3a	IIIA	One site
T3b	IIIB	More than one site
N1	IIIC	Regional lymph node metastasis
T4	IVA	Tumor invades bladder or rectum
M1	IVB	Distant metastasis

Source: Authors.

In patients diagnosed with endometrial stromal sarcoma, chest, abdomen, and pelvic imaging exams are recommended for the stage and diagnosis of metastases. The most common site of metastasis is the ovaries¹².

The stagings FIGO I and II are the most prevalent in diagnosis in 65% of cases. Patients with these stagings have a 5-year survival of more than 90%; however, the patient

in whom the diagnosis is stage FIGO III or stage IV have a survival by 50% at 05 years³.

Wu *et al.* proposes the creation of a nomogram in which he uses the combination of independent variables to estimate patient survival. The variables used were age, tumor size, marital status, radiotherapy, chemotherapy, lymphadenectomy and FIGO tumor staging. Scores are applied depending on the importance of each factor, and the sum of this score will determine whether the patient is at low risk (<325), medium risk (325-359) and high risk (≥ 360). The article concludes that the nomogram have increased accuracy, good clinical utility, and more need prognosis prediction compared with conventional staging system¹³.

The case-patient already had metastasis to ovaries and lungs, she was already classified as stage IV and have a reserved prognosis.

The treatment of choice is total hysterectomy with bilateral annexectomy^{10,14}. The ovaries are removed since most tumors have many steroid receptors and because most metastases are from the uterus to the ovary³. If extrauterine tumors are diagnosed on imaging or intraoperative exams, the resection of metastatic implants should be evaluated¹⁴. If the diagnosis of endometrial stromal sarcoma was made following hysterectomy for a presumed benign condition, it could be reoperated to perform bilateral salpingoophorectomy, particularly if positive tumor to ovarian hormone receptors¹⁴. The involvement of pelvic and para-aortic lymph nodes does not influence the prognosis; therefore, lymphadenectomy is not routinely recommended³. Shah *et al.* Found that there were no statistically significant differences in the 5-year survival rate between node positive and node-negative (86% vs. 95%)¹⁵. It is indicated only in case of lymph node involvement in imaging exams or lymphadenopathy seen during the surgery¹⁶. The recent literature reports that the lymph node metastasis rate is between the 7% and 9.9%, more frequent locally within the pelvis¹⁷.

There is no consistent data to prove that adjuvant chemotherapy has benefits. In a large observational study conducted by the National Cancer Database, patients with low-grade endometrial stromal sarcoma who underwent adjuvant chemotherapy did not experience increased survival, only those with the high-grade variant¹⁸.

The expression of estrogen, progesterone, and aromatase receptors suggests that adjuvant therapy with progestogens, GnRH analogs, or aromatase inhibitors may be effective, but the studies have not been conclusive. For tumors that have not been safely removed, adjuvant hormone therapy is a therapeutic possibility. In the study by Dahhan *et al.*, a remission rate of 82% was demonstrated in 10 years¹⁴.

In patients on stage 1, the guideline of the National Comprehensive Cancer Network (NCCN), considered ideal for surgical treatment and monitoring without adjuvant therapy. The endocrine therapy should be indicated from stage II, associated with radiotherapy, which reduces local recurrence risk¹⁴. The drugs available for hormone therapy are medroxyprogesterone acetate or megestrol acetate or aromatase inhibitors, such as letrozole or anastrozole¹⁰. There is also no consensus regarding the duration of endocrine therapy, but there is a preference to remain for 05 years¹⁴.

Follow-up will include physical examination every three months for the first 02 years and, subsequently, every 6 to 12 months. It should also take imaging, prefers abdomen and pelvis tomography every 6 to 12 months in the first 05 years of the disease. Also, lifestyle changes should be guided, with weight loss in obese individuals, encouraging physical activity, nutritional monitoring, and smoking cessation¹⁴.

The recurrence risk in low-grade endometrial sarcoma corresponds to about 10-20%, being common in this disease appearance onset of the late, in more than 10-30 years²⁰. Despite this, follow-up with imaging tests is not recommended for more than 05 years due to the increased risk of exposure to radiation¹⁴. The sites more commonly affected are vagina and lower pelvis but could have distant metastases to the lung and abdominal wall²⁰.

In patients with metastasis naive of treatment should consider hormone therapy as the primary treatment. However, patients previously submitted to treatment presenting recurrence should perform second-line chemotherapy-associated hormone therapy, and the doxorubicin is the drug of choice. The surgical treatment should always be considered, and mainly in case of a single tumor mass¹⁴. Only complete resection surgery of tumors presents a cure rate of excellent and prolonged survival²¹.

CONCLUSION |

The endometrial stromal sarcoma are rare malignant tumors, that manifest with abnormal uterine bleeding, pelvic mass, and pelvic pain and must be listed as the differential diagnosis in patients who have those signals and symptoms.

Diagnosis is challenging once initial disease is difficult to differentiate in imaging tests of leiomyomas, benign condition, and more prevalent. Thus, it is essential that if differentiated findings are observed on ultrasound, or if the patient has an atypical clinical evolution, with exacerbated symptoms or evolve in unexpected ways, be done complement research action with magnetic resonance and study of the endometrium.

Clinical suspicion, adequate investigation, and early diagnosis are fundamental for this neoplasia to be discovered early, thus guaranteeing a better prognosis and survival for the patient.

REFERENCES |

1. Tropé CG, Abeler VM, Kristensen GB. Diagnosis and treatment of sarcoma of the uterus. A review. *Acta Oncol* 2012 Jul;51(6):694-705.
2. Nordal RR, Thoresen SO. Uterine sarcomas in Norway 1956-1992: incidence, survival and mortality. *Eur J Cancer* 1997 May;33(6):907-11
3. Thiel FC, Halmen S. Low-Grade Endometrial Stromal Sarcoma - a Review. *Oncol Res Treat* 2018;41(11):687-692.
4. Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington S, Young RH. World Health Organization Classification of Tumours of the Female Reproductive Organs. 4.ed. Lyon: IARC; 2014.
5. Tavassoli FA, Deville P. Pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs.3.ed. Lyon: IARC; 2003.
6. Ali RH, Rouzbahman M. Endometrial stromal tumours revisited: an update based on the 2014 WHO classification. *J Clin Pathol* 2015 May;68(5):325-32.
7. Amant F, Coosemans A, Debiec-Rychter M, Timmerman D, Vergote I. Clinical management of uterine sarcomas. *Lancet Oncol* 2009 Dec;10(12):1188-98.
8. Sagae S, Yamashita K, Ishioka S, Nishioka Y, Terasawa K, Mori M, Yamashiro K, Kanemoto T, Kudo R. Preoperative diagnosis and treatment results in 106 patients with uterine sarcoma in Hokkaido, Japan. *Oncology* 2004;67(1):33-9.
9. Oliva E, Zaloudek CJ, Soslow RA. Tumours of the uterine corpus: Mesenchymal tumors. In: Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, Young RH. World Health Organization Classification of Tumours of Female Reproductive Organs. 4.ed. Lyon: IARC; 2014. p.136
10. Denschlag D, Thiel FC, Ackermann S, Harter P, Juhasz-Boess I, Mallmann P, et al. Sarcoma of the Uterus. Guideline of the DGGG (S2k-Level, AWMF Registry No. 015/074, August 2015). *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2015 Oct;75(10):1028-1042.
11. Hoang L, Chiang S, Lee CH. Endometrial stromal sarcomas and related neoplasms: new developments and diagnostic considerations. *Pathology* 2018 Feb;50(2):162-177.
12. Lee CH, Mariño-Enriquez A, Ou W, Zhu M, Ali RH, Chiang S, et al. The clinicopathologic features of YWHAE-FAM22 endometrial stromal sarcomas: a histologically high-grade and clinically aggressive tumor. *Am J Surg Pathol* 2012 May;36(5):641-53.
13. Wu J, Zhang H, Li L, Hu M, Chen L, Xu B, Song, Q. A nomogram for predicting overall survival in patients with low-grade endometrial stromal sarcoma: A population-based analysis. *Cancer Communications*, 2020; 40(7), 301-312.
14. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Uterine Neoplasms. Version 1.2021. [Access 05 dez 2020]. Disponível em: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/uterine.pdf.
15. Shah JP, Bryant CS, Kumar S, Ali-Fehmi R, Malone JM, Morris RT. Lymphadenectomy and ovarian preservation in low-grade endometrial stromal sarcoma. *Obstet Gynecol* 2008; 112 (5): 1102–1108.

16. Leath CA 3rd, Huh WK, Hyde J Jr, Cohn DE, Resnick KE, Taylor NP, et al. A multi-institutional review of outcomes of endometrial stromal sarcoma. *Gynecol Oncol* 2007 Jun;105(3):630-4.
17. Capozzi, V. A., Monfardini, L., Ceni, V., Cianciolo, A., Butera, D., Gaiano, M., & Berretta, R. Endometrial stromal sarcoma: A review of rare mesenchymal uterine neoplasm. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 2020; 46(11), 2221–2236.
18. Seagle BL, Sobecki-Rausch J, Strohl AE, Shilpi A, Grace A, Shahabi S. Prognosis and treatment of uterine leiomyosarcoma: A National Cancer Database study. *Gynecol Oncol* 2017; 145 (1):61-70.
19. Dahhan T, Fons G, Buist MR, Ten Kate FJ, van der Velden J. The efficacy of hormonal treatment for residual or recurrent low-grade endometrial stromal sarcoma. A retrospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009 May;144(1):80-4.
20. Bai H, Yang J, Cao D, Huang H, Xiang Y, Wu M, Cui Q, Chen J, Lang J, Shen K. Ovary and uterus-sparing procedures for low-grade endometrial stromal sarcoma: a retrospective study of 153 cases. *Gynecol Oncol* 2014 Mar;132(3):654-60.
21. Nam JH. Surgical treatment of uterine sarcoma. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2011 Dec;25(6):751-60.

Reprint request to/Correspondência para:

Neide Aparecida Tosato Boldrini

Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes,

Av Marechal Campos, 1355,

Marniêpe, Vitória/ES, Brazil

CEP: 29041-295

E-mail: neideatb@terra.com.br

Recebido em: 22/03/2021

Aceito em: 08/05/2021

**The multiprofessional
residency building up
paths for the promotion
of interprofessional and
collaborative practices**

**| Residência multiprofissional
construindo caminhos para
a promoção de práticas
inteprofissionais e colaborativas**

ABSTRACT | Introduction:

*The training opportunity involving different professional categories greatly contributes to the realization of teamwork by these professionals, with integrated action, collaboration and interdependence of the areas. **Objective:** The objective was to produce an experience report based on the experience of multidisciplinary residents in the context of the School Health Program and highlight the promotion of interprofessional and collaborative practices. **Methods:** This is a qualitative study of a narrative and reflective nature of the experience report type. The experience took place in a Family Health Unit and a school in the Unit's territory, where residents worked in the School Health Program. Active methodologies were used to work with the students, in the form of playful activities such as games, which were produced by several professionals in the context of a Multiprofessional Residency Program. **Results:***

The report demonstrates that the residents' work took place in stages, with organization and planning of activities that would be developed in schools.

*It is evident in the experience, the presence of interprofessional skills and collaborative work in different stages of the work. The main competences highlighted were: Person-Centered Attention, Clarity of Roles, Conflict Resolution, Teamwork and Collaborative Leadership. **Conclusion:** The experience carried out demonstrates great potential for promoting integrated, interprofessional and collaborative practices, in addition to being relevant for discussions aimed at implementing such practices in order to achieve, through the Residency Programs, new profiles of health workers in the scope of the Unified Health System.*

*It is evident in the experience, the presence of interprofessional skills and collaborative work in different stages of the work. The main competences highlighted were: Person-Centered Attention, Clarity of Roles, Conflict Resolution, Teamwork and Collaborative Leadership. **Conclusion:** The experience carried out demonstrates great potential for promoting integrated, interprofessional and collaborative practices, in addition to being relevant for discussions aimed at implementing such practices in order to achieve, through the Residency Programs, new profiles of health workers in the scope of the Unified Health System.*

Keywords | *Multiprofessional Residency in Health; School Health Program; Primary Health Care; Interprofessional Education; Interdisciplinary Placement.*

RESUMO | Introdução: A oportunidade de formação englobando diversas categorias profissionais contribui sobremaneira para efetivação de trabalhos em equipe por esses profissionais, com atuação integrada, colaboração e interdependência das áreas. **Objetivo:** Objetivou-se realizar um relato de experiência a partir da vivência de residentes multiprofissionais no contexto do Programa Saúde na Escola e evidenciar a promoção de práticas interprofissionais e colaborativas.

Métodos: Trata-se de estudo qualitativo de caráter narrativo e reflexivo do tipo relato de experiência. A experiência se deu em uma Unidade de Saúde da Família e uma escola do território da Unidade, onde residentes atuaram no Programa Saúde na Escola. Foram utilizadas metodologias ativas para o trabalho com os escolares, em formato de atividades lúdicas como jogos, sendo estes produzidos por diversos profissionais no contexto de um Programa de Residência Multiprofissional.

Resultados: O relato demonstra que o trabalho dos residentes se deu em etapas, com organização e planejamento das atividades que seriam desenvolvidas nas escolas. Evidencia-se na experiência, o comparecimento de competências da inteprofissionalidade e do trabalho colaborativo em diversas etapas do trabalho. As principais competências evidenciadas foram: Atenção Centrada na Pessoa, Clareza de Papéis, Resolução de Conflitos, Trabalho em Equipe e Liderança Colaborativa.

Conclusão: A experiência realizada demonstra grande potencial de promoção de práticas integradas, interprofissionais e colaborativas, além de se mostrar relevante para discussões voltadas a efetivação de tais práticas no intuito de alcançar por meio dos Programas de Residência novos perfis de trabalhadores e trabalhadoras da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave | Residência Multiprofissional em Saúde; Programa Saúde na Escola; Atenção Básica; Educação Interprofissional; Práticas interdisciplinares.

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

²Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Proveniente de grandes reivindicações a partir do Movimento de Reforma Sanitária e com envolvimento da sociedade civil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é demarcado como uma conquista histórica no Brasil. Contemplado na constituição de 1988 e regulamentado em 1990, a partir da aprovação das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, o SUS se dá em uma política pública de dimensão nacional, com princípios e diretrizes comuns em todo o território brasileiro¹.

Evidências demonstram que o setor saúde encontra ainda grandes desafios no que se refere à forma de cuidado, devido a práticas ainda baseadas predominantemente em abordagens biologicistas, como o modelo biomédico centrado, nas quais se assegura uma concepção fragmentada do ser humano².

No sentido de contribuir para a efetivação de práticas que levem em consideração aspectos biopsicossociais, uma das responsabilidades previstas no bojo do SUS é a formação de profissionais capacitados a atuarem de maneira articulada com os determinantes da saúde, considerando tanto fatores externos do entorno social, quanto condições de vida, de trabalho, aspectos culturais e ambientais³

De acordo com Ceccim e Feuerwerker⁴ a formação no SUS deve ter como objetivo central a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho em busca da problematização dos processos de trabalho e potencialização do cuidado em saúde das pessoas, populações e coletivos.

Neste contexto de discussão, em 2005, por meio da promulgação da Lei 11.129⁵, são instituídas as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) nos âmbitos dos Ministérios da Saúde e da Educação, a fim de afirmar a formação em serviço, focada nas necessidades da população e no cuidado integral em saúde.

As RMS foram apresentadas como uma estratégia do Estado cujo objetivo se dá em uma formação específica, que possibilite a instituição de um arsenal de profissionais voltados à transformação das práticas em saúde e criação de novas formas de intervenção e de entendimento da saúde no âmbito da implantação do SUS, sendo estas práticas pautadas na concepção ampliada de saúde resultante das

diversas condições de vida das pessoas, como alimentação, trabalho, lazer, entre outros⁶.

Contudo, vale destacar, que a multiprofissionalidade, tipificação dessa pós-graduação, é vista como um primeiro nível de agrupamento de profissões, o que não implica na coexistência de articulações e trabalho cooperativo, o que pode favorecer a automatização e fragmentação do cuidado nesta configuração formativa. Os profissionais tendem a trabalhar de forma isolada e independente das demais profissões, principalmente, tendo em vista a história da saúde pública no Brasil, caracterizada por centralismos e verticalismos na tomada de diretrizes a respeito da saúde da população⁶.

Todavia, conforme afirmado por Peduzzi et al⁷ a oportunidade de formação englobando diversas categorias profissionais contribui sobremaneira para a efetivação de trabalhos em equipe por esses profissionais, com atuação integrada, na qual a colaboração e a interdependência das áreas predominam ao invés da competição e da fragmentação.

Assim, com vistas à consolidação desse modo articulado de produção de saúde, se afirma outra possibilidade de integração entre as profissões: a interprofissionalidade, a qual propõe que dois ou mais trabalhadores aprendam juntos, de modo interativo e complementar, com a finalidade de potencializar a qualidade da atenção à saúde com práticas colaborativas. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 2010 o Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, compreendendo a educação como mecanismo que viabiliza a transformação da prática profissional, o que resultaria em avanços nos serviços de saúde na direção da integralidade do cuidado⁸.

Entende-se como prática colaborativa na atenção à saúde, os serviços prestados por profissionais de saúde com base justamente, no conceito da integralidade, envolvendo os indivíduos, suas famílias, comunidades para a atenção à saúde com qualidade em todos os níveis de atenção, sejam eles primário, secundário ou terciário. De acordo com o documento da OMS, a prática colaborativa ocorre quando por meio da educação interprofissional, profissionais de duas ou mais categorias aprendem sobre os outros, com os outros e entre si, o que pode propiciar além da colaboração, melhorias nos serviços de saúde e nos resultados destes para a qualidade de vida da população⁹.

Para o alcance de práticas colaborativas é de suma importância a observação de competências relacionadas a essas práticas. O modelo canadense de Colaboração Interprofissional em Saúde descreve que seriam seis competências envolvidas na construção de tais práticas: comunicação interprofissional, cuidado centrado na família e comunidade, clareza dos papéis dos profissionais, dinâmica de equipe, resolução de conflitos e liderança colaborativa¹⁰.

A comunicação interprofissional se refere ao diálogo entre os diferentes saberes, capaz de instaurar reflexões cotidianas dos papéis e contribuições de cada membro da equipe¹¹. O cuidado centrado na família e comunidade, por sua vez, indica práticas de saúde que tem como foco a pessoa e suas necessidades singulares¹². O domínio seguinte: clareza dos papéis dos profissionais diz do conhecimento apropriado sobre as atribuições de cada membro da equipe, seu escopo de prática e responsabilidade¹³. Já dinâmica de equipe tem sido definido como aquele trabalho que “envolve diferentes profissionais, não apenas da saúde, que juntos compartilham o senso de pertencimento à equipe e trabalham juntos de maneira integrada e interdependente para atender às necessidades de saúde” da população¹². A resolução de conflitos na perspectiva da Interprofissionalidade é concebida enquanto espaço para expressão de diferentes entendimentos profissionais e consequente possibilidade de enfrentamento dos obstáculos à consolidação dos princípios do SUS. Por fim, a liderança colaborativa consiste em uma prática em que aprendizes e profissionais trabalham juntamente com todos os participantes, incluindo usuários e seus familiares, para formular, implementar e avaliar cuidados e serviços com vistas à promoção à saúde¹⁰. Tratam-se de competências que se interconectam e se potencializam em todos os níveis de atenção do SUS.

Destaca-se neste estudo a Atenção Básica, que a partir de seus princípios - universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo (equipe-usuário) e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. - tem potencialidade de fomentar todas essas competências na formação dos profissionais de saúde deste nível de atenção.

A Atenção Básica (AB), cenário este vivenciado pelos residentes, tem como uma de suas insígnias a articulação com o território e as escolas que estão inseridas na abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS), o que

também é a base do Programa Saúde na Escola (PSE), a qual se apresenta como uma estratégia de integração da saúde e da educação para o cuidado à saúde de crianças e adolescentes.

O PSE, conforme preconizado pelos Ministérios da Saúde e da Educação em 2007, tem como objetivo “contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica através de ações de prevenção de doenças e agravos, promoção e atenção à saúde”¹³. Para que haja o alcance de tal objetivo é necessário a articulação entre as equipes de saúde da família, os profissionais de saúde e a escola, a fim de qualificar e fortalecer a atenção à saúde dos estudantes. Porém, o trabalho intersetorial e colaborativo no PSE, mostra-se como um desafio a ser enfrentado para a promoção à saúde e a busca pelo cuidado integral, uma vez que esta forma de trabalho exige dos profissionais habilidades para lidar com conflitos, contradições e divergências¹⁴.

Considerado uma das principais políticas públicas, o PSE abarca o trabalho com crianças e adolescentes, sendo o ambiente escolar de extrema relevância para o desenvolvimento de ações voltadas a esse público, devido ao fato de ser um local que os reúnem em suas diferenças e singularidades, concebendo seus contextos de vida, demandas, interesses e realidades¹⁴.

A divisão do PSE é observada em três componentes, sendo o primeiro direcionado ao trabalho clínico e de avaliação em saúde, o segundo abrange o trabalho de prevenção de doenças e promoção à saúde, abordando temáticas relativas ao período da infância e da adolescência com incentivo à autonomia, participação dos estudantes e promoção da cultura de paz; e o componente três, visa a educação permanente dos profissionais, levando em consideração a prática escolar vinculada à saúde¹⁵.

Neste contexto de entendimento do PSE como um programa que convoca a integração de serviços e profissionais nele inserido, somado às potencialidades e desafios que perpassam os Programas de Residência Multiprofissional quanto ao alcance da integralidade, ressalta-se o desafio da formação interprofissional e do trabalho colaborativo entre esses trabalhadores inseridos no contexto da Atenção Básica e mais especificamente, da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva de ir além do agrupamento de profissões e possibilitar um caráter mais dinâmico, cooperativo e colaborativo.

Dessa forma, por meio da prática dos residentes no âmbito da Atenção Básica, especificamente no PSE, surgem diversas reflexões no que se refere às contribuições do trabalho realizado neste programa para a formação dos profissionais e da promoção de práticas interprofissionais e colaborativas, uma vez que a construção do trabalho no PSE tanto necessita como permite uma maior interação e colaboração entre as profissões.

Neste sentido, este artigo tem como objetivo relatar uma experiência de trabalho de residentes no PSE e evidenciar a promoção da educação interprofissional e de práticas colaborativas no contexto de um Programa de Residência Multiprofissional.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo qualitativo em que os objetivos foram alcançados por meio de um estudo descritivo de caráter narrativo e reflexivo, tipo relato de experiência, elaborado no contexto de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente.

Os estudos do tipo relato de experiência possuem caráter social, ou seja, fazem parte das experiências humanas e incluem tanto impressões observadas quanto conjecturadas. Deste modo, este tipo de estudo pode ser útil para a descrição de vivências particulares que suscitam reflexões sobre algum fenômeno ou atividade específica¹⁶.

O contexto deste relato de experiência se dá no trabalho da autora como Nutricionista residente em um Programa de Residência Multiprofissional inserido na Atenção Básica como um de seus campos de prática. Com uma equipe de 18 residentes de nove profissões distintas (psicologia, nutrição, serviço social, terapia ocupacional, odontologia, farmácia, enfermagem e fisioterapia), o programa busca a formação dos residentes nos três níveis de atenção. Dentre os campos de atuação, a Atenção Básica se inseria no projeto pedagógico da residência multiprofissional e neste contexto, foi propiciado que os residentes atuassem nas escolas por meio do Programa Saúde na Escola (PSE).

Nesse sentido, o relato de experiência foi escolhido por permitir expor e discutir a experiência vivenciada por uma equipe de residentes multiprofissionais, no âmbito da Atenção Básica à Saúde e no Programa Saúde na Escola.

O recorte dessa experiência se deu em atividades ocorridas em uma escola e uma Unidade de Saúde da Família de um município da Região Sudeste do país, no período compreendido entre maio de 2019 e dezembro de 2019.

A USF conta 4 equipes de Saúde da Família e também com uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), composto por psicóloga, terapeuta ocupacional, assistente social e farmacêutico. Além disso, há na USF em questão, 4 equipes de Saúde Bucal.

A experiência relatada neste trabalho se refere a atuação da equipe de residentes, composta por sete profissionais (nutricionista, psicóloga, terapeuta ocupacional, assistente social, farmacêutico e fonoaudióloga), responsável pelo PSE em uma das Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF) do território. Essa experiência acolheu as oito turmas do turno vespertino da escola, do 4º ao 8º ano, totalizando 179 estudantes.

Como uma forma de construir o delineamento e a análise da experiência dos residentes no PSE, o presente estudo categoriza as experiências em fases, onde na primeira fase ocorreu o planejamento e organização do trabalho em equipe, nesta fase os residentes se reuniam na Unidade de Saúde e discutiam sobre a temática que seria abordada com estudantes. Foram realizadas também reuniões para aproximações com a temática e elaborados materiais, além disso, nesta primeira etapa foram realizadas reuniões com outros atores envolvidos, como os alunos, preceptores e pedagogos.

A segunda etapa descrita no presente artigo, trata-se dos momentos em que os residentes estiveram na escola para a realização das atividades planejadas, neste sentido, foram realizados nove encontros, sendo um encontro para cada turma de acordo com o ano letivo e duração de aproximadamente duas horas. Nesta etapa os estudantes praticaram junto aos residentes as atividades propostas e após cada encontro era realizada reunião com preceptoras da Unidade de Saúde no intuito de explicar as atividades, produzir relatório e fazer repasse de casos.

A terceira etapa, denominada de fase de encerramento foi composta por uma ação cuja metodologia envolveu a realização de uma gincana com todas as turmas que já tinham sido abordadas anteriormente na fase dois. Foram realizadas também reuniões com representantes da Unidade de Saúde para debater sobre os resultados do trabalho, assim

como foi feita apresentação para o Programa de Residência Multiprofissional das ações desenvolvidas pela equipe.

O cenário de planejamento das atividades se deu no contexto da Unidade Básica de Saúde de referência da Escola, o grupo de residentes se reunia uma vez por semana, período este que era direcionado para a prática na Atenção Básica.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Como fase inicial, no intuito de planejar o trabalho dos residentes no PSE, houve a participação da equipe em uma reunião intersetorial, composta por representação dos equipamentos assistenciais e de saúde do território, sendo eles: Serviço de acolhimento, Centro de Referência em Assistência Social, Centro de Referência Especializado em Assistência Social, Centro de Convivência, Unidade de Saúde da Família (USF) e RMS, além das quatro escolas do território de cobertura da USF em questão, sendo duas Escolas Municipais de Ensino Fundamental e dois Centros Municipais de Educação Infantil. O objetivo da reunião foi realizar uma aproximação entre as demandas específicas de cada instituição envolvida e a proposta do PSE.

O contato com a rede a partir desta reunião de cunho intersetorial, pôde elucidar quais as necessidades que os equipamentos assistenciais e as escolas observavam em relação àquela comunidade. Na vivência dos residentes, este momento foi de suma importância e disparador para as propostas e organização da equipe. Além disso, esta aproximação pode demonstrar uma forma assertiva de promover o alcance de um trabalho de qualidade no contexto do PSE, uma vez que a integralidade, a territorialidade e a intersetorialidade são princípios que fundamentam o Programa¹³.

Após esta reunião e em comum acordo com as preceptoras da USF, ficou definido que a RMS seria responsável pelas atividades que abordassem a temática violência nas escolas de ensino fundamental e os profissionais da USF dariam prosseguimento a outras abordagens nos centros de ensino infantil, uma vez que as demandas nestes locais eram mais pontuais.

A partir da definição do tema e das escolas, houve um movimento da equipe de residentes para definição das

atividades a serem realizadas. Este movimento envolveu diversos momentos em que o grupo, com a participação de cada um dos profissionais, foi desenvolvendo dispositivos (jogos) que seriam posteriormente utilizados no trabalho com as crianças e adolescentes na escola. A partir disso, vale a reflexão sobre a diferença entre agrupamento e trabalho em equipe, pois, levando em consideração a multiplicidade de formações e trajetórias individuais dos profissionais residentes, naquele momento a necessidade de atingir um objetivo em comum se tornava a prioridade do trabalho de cada um e da equipe como um todo.

Diferente da idéia de agrupamento, na qual há uma pluralidade de profissões em que cada uma exerce seu papel individual sem, necessariamente, efetivar integração e cooperação entre os profissionais; o trabalho em equipe, conforme conceituado por Peduzzi, et al¹⁷ se dá como uma modalidade de trabalho coletivo, construído a partir da relação de interação, comunicação e cooperação entre profissionais de diversas áreas.

Na fase de construção e organização das atividades que seriam realizadas junto às crianças e aos adolescentes, havia uma transparência e o entendimento da equipe que a responsabilidade de alcançar o objetivo, no caso, trabalhar a educação em saúde com a temática da violência nas escolas, exigiria a comunicação e a troca de conhecimentos entre os residentes. Essa troca se deu também, nas reuniões de equipe, onde os residentes levantaram discussões sobre o tema, assim como sugestões de leituras e compartilhamento de experiências em relação à atividade.

Acrescido disso, vale ressaltar que o entendimento da equipe de residentes corrobora com a proposta de trabalho das equipes de saúde da família, no que se refere a posturas políticas que sejam marcadas pela presença do “eu e do outro”, iguais e diferentes, construindo uma comunicação que propicie a responsabilidade compartilhada, a identificação das necessidades sociais e a transformação da realidade do território adscrito¹⁸.

No que tange ao tema a ser abordado, no caso - violência, exigiu da equipe de residentes, em um primeiro momento, o levantamento e análise de qual envolvimento ou acúmulo os residentes tinham com a temática, uma vez que por se tratar de profissões e trajetórias distintas, alguns profissionais possuíam mais experiências com o tema e outros menos. Tal desafio pode ser considerado inerente ao trabalho em equipe, tendo em vista as diferentes perspectivas dos

profissionais em relação ao trabalho demandado, cabendo à equipe desbravar, construir e inventar modos de abordar a temática violência com as crianças e adolescentes.

Neste contexto, em conformidade com a competência: cuidado centrado na família e comunidade ou Atenção Centrada na Pessoa (ACP), trazido pelo modelo canadense de Colaboração Interprofissional em Saúde, ainda na primeira fase, quando a equipe buscava organizar e construir estratégias, os residentes entenderam que era necessário naquele momento conhecer preliminarmente as crianças e adolescentes que seriam o público alvo das ações. Desta forma, a equipe de residentes foi à escola, e por meio de roda de conversa com representantes de turmas, buscou entender para além da perspectiva que a equipe estava construindo, quais seriam as reais necessidades e de quais formas a temática faria sentido de ser trabalhada com aquele público.

O encontro com os escolares ainda na fase de planejamento foi de extrema relevância para uma primeira aproximação dos residentes com os alunos, uma vez que naquela momento os sujeitos foram envolvidos no processo, onde, um a um foram relatando de que forma gostariam de que a temática fosse abordada, neste sentido, os escolares relataram que estratégias como gincanas e jogos seriam mais convidativas e se aproximavam mais do interesse das turmas.

Deste modo, vale a reflexão que este movimento convocou os estudantes a fazerem parte do processo de construção do cuidado que com eles seria realizado. Tal fato, ratifica a noção de que a participação dos usuários, famílias ou comunidades é de suma importância na prática colaborativa, não se tratando de uma prática cerceada apenas pelas relações entre os profissionais¹².

Após essas primeiras aproximações, ainda na primeira fase, a equipe iniciou a construção das atividades/dispositivos que seriam utilizados com as crianças e adolescentes. Foram confeccionados jogos para cada faixa etária no intuito de abordar a temática em questão e que promovessem a participação dos alunos de forma ativa.

Como resultados desta produção, foram construídos jogos do tipo “tabuleiro humano”, onde os alunos eram divididos em equipes e avançavam casas conforme desafios colocados em cada espaço do tabuleiro montado no auditório; jogo

de palavra cruzada que possuía um caráter mais pedagógico com objetivo de apresentar e construir junto com os adolescentes, conceitos relacionados aos diferentes tipos de violência e também foram realizadas dinâmicas como o “varal” que consistia na exposição anônima de diferentes tipos de violência vivenciadas e posteriormente a reflexão sobre os relatos encontrados nesse varal. A criação destas atividades lúdicas, necessitou de vários encontros e demandou da equipe, conhecimento sobre tais atividades, assim como, criatividade e comunicação.

O caráter multiprofissional da equipe, assim como os valores e características individuais dos membros, se tornaram desafios na construção das atividades. Nesta etapa surgiram alguns conflitos devido ao posicionamento de cada profissional sobre como deveria ser cada atividade. Assim, surgiu o questionamento: como articular as características individuais em prol do trabalho coletivo?

A resposta para tal desafio se deu em duas competências de extrema relevância no trabalho interprofissional e colaborativo: a comunicação por meio do diálogo e a resolução de conflitos. Na intenção de superar as dificuldades encontradas naquele momento do trabalho, o objetivo principal da comunicação entre os residentes se dava em torno do público alvo e no respeito às pactuações e construções coletivas. Tal fato sugere que a comunicação entre os profissionais era potencialmente colaborativa, uma vez que por meio do pensamento voltado ao usuário, reforçava-se a competência do cuidado centrado na pessoa, além de potencializar a criação de certo consenso dentro da equipe e promover a sensação da realização coletiva de trabalho¹⁹.

A existência de conflitos ou ruídos no processo de trabalho, não se configura como um aspecto particular desta equipe em questão. Segundo Cecílio²⁰, o conflito constitui “característica intrínseca e inerradicável da vida organizacional”, em especial em instituições onde os processos de trabalho são mediados pela interação social, como no caso das instituições de saúde.

Apesar do conflito ser evidenciado como uma quebra de harmonia, sendo disfuncional para a ação coletiva, quando colocado em uma perspectiva positiva, demonstra ser natural e inevitável, configurando uma necessidade dentro da equipe, no sentido da transformação e melhora do desempenho do grupo²¹.

Na experiência dos residentes, as dificuldades referentes aos conflitos se davam principalmente pela pouca participação de algum integrante ou pela dificuldade dos sujeitos, por vezes, saírem da especificidade das profissões e enxergarem o caráter coletivo do trabalho.

Vale ressaltar que a equipe era composta por seis profissionais de categorias distintas, neste sentido, a equipe buscou nos encontros promover debates, descobrindo como cada profissional poderia atuar e se colocar de modo com que houvesse uma maior participação individual para um diálogo e pactuações coletivas.

Estes debates configuraram importantes momentos para que cada integrante participasse do trabalho da forma como poderia ou conseguiria, evidenciando-se, muitas vezes, baixa participação e falta de pertencimento de alguns profissionais nas decisões. Tal fato era colocado durante as reuniões dos residentes, na busca de alinhar as condutas e o objetivo do grupo.

A baixa participação pode enfraquecer o comprometimento no aspecto individual com o serviço e acentuar a alienação, sendo uma potente geradora de conflitos²¹. Por vezes, nesta equipe de residentes, foi possível visualizar alguns profissionais perdendo o sentido de pertencimento e adotando posturas passivas ou acomodadas, porém, os acordos coletivos eram priorizados para que não fosse prejudicado o objetivo central do trabalho. Além disso, ao se manter as reuniões e os diálogos e compreender o papel de cada profissional nas dinâmicas, foi possível melhorar a integração dos residentes entre si.

Após a fase de planejamento, a equipe de residentes iniciou a aplicação e o desenvolvimento das ações na escola. Foram realizadas nesta etapa nove encontros com oito turmas distintas, sendo, um desses encontros, uma atividade de encerramento. Em cada encontro, era proposto para a turma o jogo que foi previamente confeccionado para aquela faixa etária, conforme exposto anteriormente.

Nesta etapa, a equipe de residentes defrontou-se com turmas com grande quantitativo de estudantes que ficavam na maior parte do tempo apenas com os residentes, sem a presença do professor. Para a realização dos jogos, tendo em vista a grande quantidade de estudantes, a equipe de residentes necessitou previamente pactuar o que cada integrante deveria conduzir naqueles momentos.

Dessa forma, a clareza de papéis dentro da equipe foi de suma importância para o alcance do objetivo central desta fase, que era desenvolver as atividades de forma organizada, buscando a maior participação possível das crianças e adolescentes.

Assim como nas outras etapas, o entendimento era que, naquele momento, o papel profissional de cada integrante não estava representado pela categoria profissional a qual pertence, mas sim, por um anseio coletivo de profissionais da saúde de garantir um trabalho que alcançasse as necessidades daquelas crianças e adolescentes.

Tal anseio possibilitou que cada integrante do grupo de residentes, além de conhecer o seu papel enquanto profissional de saúde em cada dinâmica, reconhecesse também o papel do outro, promovendo a integração dos profissionais. Este fato corrobora com a efetivação da prática colaborativa, uma vez que para o alcance da mesma, há a necessidade de reconhecimento mútuo do trabalho dos integrantes das equipes⁷.

Outro aspecto significativo nesta etapa e que vai ao encontro das prerrogativas do trabalho interprofissional e colaborativo, é a forma como os residentes propuseram se colocar em relação ao público, no sentido de buscar a horizontalização da educação em saúde proposta. Desta forma, o objetivo da equipe era coordenar as atividades, porém, buscando integrar os escolares de maneira mais transversal, o que exigiu dos membros da equipe se colocarem também como sujeitos participantes das atividades. Isto se deu na prática com os residentes fazendo parte das dinâmicas, compondo os grupos, dialogando, construindo pensamentos e aprendizados junto aos grupos escolares.

A partir da intenção de realizar as atividades propostas no PSE de forma horizontalizada, cabe destacar a liderança colaborativa, vista como uma das competências que apoiam a interprofissionalidade. Entende-se por liderança colaborativa, a prática em que profissionais e aprendizes trabalham conjuntamente para darem respostas às demandas que se apresentam no cotidiano²². Neste conceito, se desconsidera a centralização do papel de líder individual. Assim, no caso aqui exposto, equipe de residentes, grupos escolares, Unidade Básica de Saúde e Escola, buscaram um processo educativo autêntico sobre a temática violência²³.

Durante as atividades realizadas com os alunos, compareceram através de relatos casos de violência contra

crianças e adolescentes, sendo estes: violência sexual, *bullying*, violência doméstica, racismo e violência física. Desta forma, a partir de discussões com a representação da USF, estes casos foram repassados para as preceptoras e por conseguinte, a Unidade de Saúde por meio de busca ativa, procedeu em relação ao acompanhamento desses casos dentro da rede de atenção, pois, a equipe, enquanto Programa de Residência Multiprofissional, não conseguiria dar continuidade a esses atendimentos por conta do tempo nos campos de prática. Os casos também foram apresentados para representantes da escola, porém, neste caso, não foi possível uma reunião de encerramento, como inicialmente planejada, com a participação de pais e responsáveis, uma vez que a escola apresentou dificuldade em relação ao calendário escolar.

Após as atividades realizadas com as turmas, a equipe de residentes organizou junto à escola uma ação de encerramento, que tinha como objetivo lembrar de forma lúdica e ativa os conceitos e aprendizados conquistados por meio dos jogos feitos anteriormente. Desta forma, a atividade de encerramento se deu por meio de uma gincana com a participação das oito turmas. Esta atividade necessitou novamente de um engajamento da equipe para a construção de uma rede de colaboração no intuito de atingir o objetivo comum. Assim, com o apoio da USF e da Escola foi possível um encerramento com grande participação dos estudantes e entrega de materiais consultivos e educativos sobre o tema.

Dentro do escopo dos conceitos fundamentais que abarcam as políticas públicas de saúde, destaca-se, nesta experiência a intersetorialidade, vista como a convocação de diferentes setores para a realização conjunta do cuidado, promovendo a saúde e a melhoria na qualidade de vida da população. Além disso, o conceito de intersetorialidade também provocou a análise da sua necessidade para o alcance da promoção à saúde como um processo de autonomia e aumento das possibilidades de sujeitos e comunidades alcançarem controle sobre sua qualidade de vida e saúde²⁴.

Neste sentido, a discussão sobre interprofissionalidade perpassa a noção de que tal prática esteja também atrelada a outros conceitos fundamentais dentro das políticas públicas de saúde, uma vez que congregam objetivos comuns, inclusive no que se refere a valorização da presença dos sujeitos num processo de construção da participação social na saúde²⁴.

Acrescido disso, vale destacar como desdobramento dessa experiência, certas mudanças em propostas dentro da RMS. Uma das atividades do Programa de Residência Multiprofissional, em questão, se refere a apresentação de Estudos de Casos como forma de discussão desta pluralidade e também como parte da avaliação dos residentes. Tais encontros, denominados de preceptorias multiprofissionais, contam com a participação de residentes, preceptores, docentes e algumas vezes discentes. Após a realização das atividades na escola, a equipe de residentes que neste trabalho é referenciada, vislumbrou a ideia de apresentar não um estudo de caso clínico, como de costume, mas sim de realizar a apresentação do trabalho desenvolvido na escola no contexto do PSE.

Tal ideia surgiu a partir das discussões da equipe de residentes, que notava a ausência de discussões e aprofundamentos da turma em relação a temas como: Atenção Básica à Saúde, Promoção à Saúde e Interprofissionalidade.

Neste sentido, a apresentação realizada provocou certos tensionamentos no Programa de RMS, na direção de questionar o paradigma ainda presente neste espaço de formação, pautado em discussões atravessadas muitas vezes pela fragmentação do cuidado a partir das especializações profissionais. Apesar das discussões dos casos abordarem aspectos sociais e psicológicos, era notável em diversos momentos dessas apresentações de casos clínicos, a individualização do cuidado, em detrimento de práticas integradas e colaborativas.

Neste contexto, a proposta de discutir o trabalho no PSE, pôde contribuir para uma nova orientação dos momentos de preceptoria multiprofissional, corroborando com as perspectivas do trabalho interprofissional.

Assim, a fase de encerramento das atividades como descrito anteriormente, envolveu diversos aspectos, cujo engajamento da equipe foi de suma importância para sua efetividade, inclusive no que se refere a qualificação do cuidado à criança e ao adolescente que vivencia situações de violência. Neste sentido, pode-se observar que em toda a etapa de encerramento, houve o comparecimento das competências relacionadas a interprofissionalidade, sendo evidenciado pelos direcionamentos das crianças e adolescentes a um cuidado na rede de atenção à saúde, interação de profissionais e setores, foco nas singularidades e necessidades dos indivíduos envolvidos e promoção da discussão do trabalho integrado.

CONCLUSÃO |

O presente artigo demonstra através do relato de experiência o comparecimento de diversas competências interprofissionais e colaborativas e, a partir da descrição e da análise da experiência citada, pode-se verificar uma ampla capacidade de promoção de práticas interprofissionais e colaborativas no contexto do Programa de Residência Multiprofissional. Além disso, a Atenção Básica coloca-se também como um cenário de grande potência para a formação e qualificação de profissionais no SUS.

Apesar da experiência relatada evidenciar uma grande potencialidade em relação a interprofissionalidade e trabalho colaborativo, vale destacar como limitação do trabalho que o pouco tempo dos residentes na Atenção Básica pode ter comprometido sobremaneira o alcance de maiores resultados das ações no PSE, visto que, como pontuado, o tempo de permanência da equipe de residentes neste nível de atenção se resumia a uma vez na semana, o que propiciou um caráter mais pontual da atividade com as crianças e adolescentes.

Coloca-se como perspectiva propositiva neste relato, a necessidade de promover formação e prática profissional pautada dentro dos princípios e diretrizes do SUS, o que torna de extrema relevância a discussão, estudo e efetivação de práticas colaborativas e interprofissionais nos Programas de Residência, sendo esta colocada possivelmente como uma diretriz, uma vez que um dos objetivos desta modalidade de ensino é alcançar novos perfis de trabalhadores e trabalhadoras de saúde.

Além disso, este trabalho pode servir como um exemplo de experiência no contexto das Residências Multiprofissionais no que tange ao alcance de práticas dinâmicas, inéditas, integradas, sustentadas por uma rede de colaboração, que pode levar à promoção da saúde e da qualidade de vida de indivíduos e comunidades.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990.
2. Malta, DC; Merhy, EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, Set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.
3. Dalmolin, BB et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. Escola Anna Nery [online]. 2011, v. 15, n. 2 [Acessado 9 Agosto 2021], pp. 389-394. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-814520110002>.
4. Ceccim, RB; Feuerwerker, LCM.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, Jun 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sc>.
5. Rosa. SD; Lopes, RE. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 479-498, Nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/sc>>.
6. Rosa. SD; Lopes, RE. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 479-498, Nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/sc>>.
7. Peduzzi, M et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, Ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.
8. Bones, AANS et al. Residência multiprofissional tecendo práticas interdisciplinares na prevenção da violência. Abcs Health Sciences, [s.l.], v. 40, n. 3, p.343-347, 21 dez. 2015. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abc>>.
9. World Health Organization (WHO). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Switzerland: World Health Organization Department of Human Resources for Health Geneva, 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream>.
10. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. Canadian Interprofessional Health Collaborative

[document on the internet]. Vancouver (BC): University of British Columbia; 2010 [cited 2016 Nov 7]. Availa.

11. Previatto, GF. A liderança colaborativa no processo de trabalho das equipes da atenção primária à saúde. Rdu Unicesumar, Brasil, 2004. Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/1892>. Acesso em: 10 Maio 2021.

12. Peduzzi, M; Agreli, HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, supl. 2, pág. 1525-1534, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>.

13. Brasil. Presidência da República. Decreto No 6286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências [Internet]. Brasília: Casa Civil; 2007 [citado 2014 Jun 10]. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivi>>.

14. Corrêa, H. Programa Saúde na Escola: potencialidades e desafios na construção de redes de cuidado. 2018. 4. 37-47. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/1835>> Acesso em: 10 maio. 2021.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno do Gestor do PSE. Brasília, 2015. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf>. Acesso em: 17 Dez 2019.

16. Lopes, MVO. Sobre estudos de casos e relatos de experiências Rev Rene 2012. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027983001>> Acesso em: 11. nov.2020

17. Peduzzi M; Leonello VM; Ciampone MHT. Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa. In: Paulina Kurcgant. (Org.). Gerenciamento em Enfermagem. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p. 103-114. TRABALHO EM EQUIPE E PRÁTICA COLABORATIVA

18. Vasconcelos M. Grillo MJC. Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <http://ares.unasu>.

19. Gocan, S, Laplante, M A, Woodend, K. 2014. Interprofessional Collaboration in Ontario's Family Health Teams: A Review of the Literature. Journal of Research in Interprofessional Practice and Education. Disponível em: <https://jripe.org/index.php/journal/a>.

20. Cecilio, LCO. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde?. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508-516, Abril. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01>.

21. Motta, PR. Desempenho em equipes de saúde: manual / Paulo Roberto Motta. Rio de Janeiro : Editora FGV, 2001. 144p. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pdrh_des.pdf> Acesso em: 10 Maio 2021.

22. Penedo, RM; Goncalo, CS; Queluz, DP. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 23, e170451, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>

23. Previatto, GF. A liderança colaborativa no processo de trabalho das equipes da atenção primária à saúde. Rdu Unicesumar, Brasil, 2004. Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/1892>. Acesso em: 10 Maio 2021.

24. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf Acesso em: 10 maio 2021.

Correspondência para/ Reprint request to:

Winnie Lorena Novais Monteiro
Rua Ceará, 155, apto. 402,
Praia da Costa, Vila Velha/ES, Brasil
CEP: 29101290.
E-mail: w.lorena94@gmail.com

Recebido em: 24/06/2021

Aceito em: 22/07/2021

Violence and care for children and adolescents: experience report of the Multiprofessional Residency in Health in the Health Program at School

| A violência e o cuidado a crianças e adolescentes: relato de experiência da residência multiprofissional em Saúde no Programa Saúde na Escola

ABSTRACT | Introduction: *Violence is a serious public health problem with historical, cultural, social and political roots, representing a violation of the rights established by the Child and Adolescent Statute. Objective:* *To report a pedagogical experience of caring for children and adolescents with regard to the theme of violence from the experience of the Multiprofessional Residency in Health in the Health Program at School (PSE). Methods:* *This is an experience-report-type study, built from the inclusion of a team of residents of the Multiprofessional Residency Program in Child and Adolescent Health in the PSE. By highlighting the theme of violence by the Municipal Health Department, to be worked on in the PSE, were held intersectorial meetings, meetings with the pedagogical team of the school involved and conversation circle with class leaders, to develop the care devices to be described in this report. Results:* *It emphasizes three pedagogical devices developed by the team that supported the work during its course. Of the total of 179 participants, 15 (12%) sought the team after the end of each meeting to share or ask questions about a potential situation of violence. Conclusion:* *It is perceived that the PSE is a powerful practice space for the promotion of health care for children and adolescents in relation to violence, as well as the potential of interactive pedagogical strategies in health education, not only to detect cases of violence, as well as to improve co-responsibility networks for care.*

Keywords | *Child Health; Adolescent Health; Violence.*

RESUMO | Introdução: A violência configura-se como sério problema de saúde pública com raízes históricas, culturais, sociais e políticas, representando violação dos direitos estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. **Objetivo:** Relatar uma experiência pedagógica de cuidado a crianças e adolescentes no que se refere à temática violência a partir da vivência da Residência Multiprofissional em Saúde no Programa Saúde na Escola (PSE). **Métodos:** Trata-se de estudo do tipo relato de experiência, construído a partir da inserção de uma equipe de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da criança e do adolescente no PSE. Mediante destaque do tema violência pela Secretaria Municipal de Saúde, a ser trabalhado no PSE, foram feitas reuniões intersetoriais, encontros com a equipe pedagógica da escola envolvida e roda de conversa com líderes de turma, para elaboração dos dispositivos de cuidado a serem descritos neste relato. **Resultados:** Enfatiza-se três dispositivos pedagógicos elaborados pela equipe que sustentaram o trabalho durante seu percurso. Do total de 179 participantes, 15 (12%) procuraram a equipe após término de cada encontro para compartilhar ou tirar dúvidas sobre uma potencial situação de violência. **Conclusão:** Percebe-se que o PSE é um espaço de práticas potente para a promoção do cuidado em saúde de crianças e adolescentes em relação à violência, bem como afirma-se o potencial de estratégias pedagógicas interativas na educação em saúde, não só para detectar casos de violência, assim como para aprimorar as redes de corresponsabilização do cuidado.

Palavras-chave | Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Violência.

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

²Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Com o advento da Constituição da República de 1988 e a partir da promulgação das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, institui-se o Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema público, descentralizado e integrado pelas três esferas do governo. Neste sentido, o SUS utiliza preceitos e programas de interesses coletivos e direitos de cidadania sob os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade, além das diretrizes organizacionais de regionalização, hierarquização, descentralização e participação social.

Neste contexto, o SUS propõe o aumento da cobertura dos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, com ênfase especial na Atenção Primária à Saúde (APS), que tem como principal estratégia a Saúde da Família, abrindo espaço para mudanças no modelo de atenção à saúde, na passagem de atendimento de demanda para o atendimento por responsabilidade sanitária¹.

Também é no bojo do SUS que nascem os programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), os quais buscam a superação do modelo biomédico, pautando-se no cuidado integral à saúde por meio do trabalho coletivo e multidisciplinar². Essas Residências se baseiam na parceria interministerial entre saúde e educação e na Política de Educação Permanente em Saúde, configurando-se como uma pós-graduação lato sensu, que tem como proposta a integração entre formação e serviço, com vistas à qualificação e à formação dos trabalhadores de todas as áreas da saúde, exceto medicina.

Dentre as RMS, destaca-se neste estudo o programa de RMS com ênfase em atenção à saúde da criança e do adolescente, que tem como instituição executora o Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) e como instituição formadora a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). O programa conta com uma proposta de participação de nove categorias profissionais diferentes e possui, até então, atuação nos três níveis de complexidade do SUS.

No primeiro ano, os residentes têm como um de seus campos a APS, sendo especificamente a atuação dada em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do território. Nesta USF são realizadas atividades de educação em saúde, dentre as quais enfatiza-se o Programa Saúde na Escola (PSE), que é uma das estratégias de competência da APS,

preconizada para atuação das equipes de Saúde da Família em seus territórios adstritos.

O PSE consiste em uma política intersetorial do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, instituída em 2007, por meio do decreto presidencial nº 6.286. Tem a “finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde”³. Dentre seus objetivos, busca a) promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação; b) fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; e c) promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes. Dessa forma, o PSE fomenta a interlocução entre profissionais da Saúde e da Educação, educandos e comunidade, no território onde convivem, para a gestão coletiva das ações de Saúde e Educação².

Assim, este estudo pretende demonstrar a experiência de trabalho de uma equipe multiprofissional, vinculada ao programa de RMS, com o PSE, destacando as possibilidades de cuidado a crianças e adolescentes no que tange a temática violência.

Entende-se que a violência contra a criança e o adolescente implica em “um lado, numa transgressão no poder/dever de proteção do adulto e da sociedade em geral; e de outro, numa coisificação da infância”⁴ (p. 92). Nega-se, assim, o direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e como pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento. Portanto, este fenômeno é um sério problema de saúde pública com raízes históricas, culturais, sociais e políticas e se configura como uma violação dos direitos estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁵.

Nesse contexto, os profissionais de saúde, mais especificamente aqueles da APS, possuem um lugar privilegiado de observação e acompanhamento desta população, o que faz necessário o investimento em possibilidades de cuidado em saúde específicos. Desta forma, a proposta deste estudo é pensar a produção de um cuidado em saúde que aborde o tema violência, preconizando uma abertura autêntica para estar com o outro ao considerar as vivências singulares de cada sujeito.

Acredita-se que o compartilhamento dessa experiência seja importante em função da escassez de relatos de atuação das RMS na APS, ainda mais no que se refere ao PSE. O objetivo desse estudo consiste em relatar uma experiência pedagógica de cuidado a crianças e adolescentes no que se refere à temática violência a partir da vivência da Residência Multiprofissional em Saúde no Programa Saúde na Escola (PSE).

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, construído a partir da inserção de uma equipe de residentes do Programa de RMS da criança e do adolescente – composta por uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, um farmacêutico, uma assistente social, uma nutricionista e uma fonoaudióloga – no cotidiano de uma USF por meio do PSE.

Essa USF se compõe de quatro equipes de Saúde da Família, com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, e equipes de saúde bucal - com dentistas e técnicos de higiene dental – além da equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), integrada por assistente social, farmacêutico, fonoaudiólogo, profissional de educação física e psicólogo.

Em relação ao PSE, ressalta-se que as estratégias para a implementação da promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos em cada território devem ser abordadas a partir dos temas destacados como prioritários pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), que se embasam em dados fornecidos por estudos de diagnóstico situacional sobre os territórios. No caso específico do território adstrito à USF em questão, foram escolhidas para o ano de 2019, dentre as possibilidades para o ensino fundamental e médio, as temáticas: educação ambiental e promoção da cultura de paz e de direitos humanos. Foi neste último tema que se encontrou espaço para a discussão sobre a violência contra crianças e adolescentes.

Vale destacar que em 2018, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrou, no Espírito Santo, que as notificações de violência sexual para a faixa etária de <1 a 19 anos correspondiam a aproximadamente 68% dos casos de violência sexual para todas as idades. Os

dados ficam ainda mais alarmantes no âmbito municipal. Em Vitória – ES, em 2018, registrou-se que os casos de violência sexual para a mesma faixa etária equivaliam a 71%. Os agressores são na maior parte os próprios familiares ou pessoas próximas às vítimas, o que justifica, desta forma, a importância em abordar tal temática no contexto do PSE.

Neste sentido, iniciou-se o planejamento das ações do PSE com essa temática a partir de uma reunião intersetorial, composta por representantes dos equipamentos assistenciais, da saúde e da educação, além da RMS.

A partir deste encontro foram elencados tópicos de maior interesse a serem abordados durante as intervenções, que se diferenciaram em seu conteúdo e natureza segundo o tipo de instituição. Enquanto as instituições de ensino fundamental apontaram importância na discussão de temáticas como violência e cultura de paz (incluindo bullying, agressões físicas, violência sexual e psicológica), sexualidade e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e saúde mental (ansiedade, depressão, automutilação, entre outros); as de ensino infantil trouxeram questões referentes ao autocuidado (pediculose, alterações de pele e higiene pessoal) e alterações no desenvolvimento neuropsicomotor infantil.

Após a realização de tal reunião e em acordo comum com a USF a qual se estava vinculado, entendeu-se que as demandas levantadas pelos CMEI eram pontuais e se direcionavam à atuação específica de alguns profissionais daquele serviço. Assim, a RMS se encarregou da abordagem sobre a temática violência com as Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF), enquanto a USF faria as abordagens necessárias com os Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI).

A partir de todas essas discussões, as escolas foram distribuídas entre as equipes da RMS, a fim de potencializar as ações, levando em conta as especificidades de cada escola. A experiência relatada neste estudo se refere a atuação da equipe de residentes responsável pelo PSE em uma das EMEF do território, que acolheu as demandas das oito turmas do turno vespertino desta escola, do 4º ao 8º ano, totalizando 179 estudantes.

Inicialmente, a equipe de residentes em questão realizou encontro com a equipe pedagógica desta escola, na qual também estavam presentes os profissionais da USF, para fazer um levantamento das demandas em relação

às situações de violência. Além disso, foi feita uma roda de conversa com líderes de turma de cada série a ser acompanhada para entender como a violência concernia não só a esse território, de modo geral, mas também a cada uma das turmas e suas respectivas faixas etárias. Tal reunião proporcionou à equipe de residentes orientação para pensar de que forma trabalhar e o que propor como dispositivo de intervenção para cada turma.

Em paralelo, realizou-se uma roda de conversa com o tema “Combate à exploração e violência sexual infantil”, que teve como público-alvo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais do NASF-AB e as enfermeiras responsáveis pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família. Participaram ainda, representantes das seguintes instituições: Serviço de Atendimento às pessoas em situação de Violência (SASVV), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Conselho Tutelar de Vitória – Região Maruípe. Tal roda teve o objetivo de discutir e compreender a temática supracitada, formas de abordagem do tema com o usuário e a comunidade, além de articulação do cuidado com as redes de atenção envolvidas, importantes para o trabalho que se iniciaria junto às escolas. Elaborou-se, então, um cronograma de trabalho a ser realizado com as oito turmas da escola, abordando a temática violência.

Os instrumentos utilizados para produção de dados foram: observação participante⁶ feita de forma livre e sem planejamento prévio, bem como análise documental de relatórios escritos pela equipe após cada intervenção realizada – que continham as identificações da equipe multiprofissional e de todos participantes, a descrição das atividades e materiais utilizados e as impressões da equipe – que organizaram o material primário produzido em campo. Vale pontuar que foram seguidos os procedimentos éticos para elaboração desse relato de experiência, garantindo sigiloso proteção da identidade dos participantes.

RELATO DE EXPERIÊNCIA |

O primeiro desafio se referiu à concepção da metodologia a ser utilizada durante as intervenções pela equipe multiprofissional. E isto se deve às próprias características específicas do que estava-se propondo a realizar. Apesar de muito importante, a discussão da temática violência ainda é delicada, pois direta ou indiretamente, a experiência de

violência era potencialmente vivida por parte daqueles estudantes. Como já exposto, no Brasil, crianças e adolescentes são vítimas de violência; a isso se soma a vivência da violência estrutural, que atinge particularmente aqueles indivíduos em situação de vulnerabilidade pessoal e social, ao sofrerem cotidianamente a violência das ruas, a falta de uma educação de qualidade e as precárias condições de moradia e de saúde⁷. Assim, frente a este cenário, o primeiro critério instaurado e irredutível desta metodologia era conter em si um lugar de escuta ativa e acolhimento do sujeito e que oportunizasse, portanto, a produção de cuidado ao avaliar o risco e a vulnerabilidade em que aqueles sujeitos se encontravam, sem desconsiderar suas percepções e as de seu campo social sobre seu próprio processo⁸.

A questão da faixa etária colocou-se como um segundo desafio, visto a necessidade de se trabalhar com faixas etárias diferentes (a saber, as idades variavam entre oito e 14 anos de idade, segundo suas respectivas classes escolares). Foi preciso entender qual o melhor dispositivo a ser usado para cada uma destas idades. Além disso, apesar de possuir um intuito pedagógico, enquanto uma prática formativa, necessitava-se que também atendessem às demandas além-escola, uma vez que a violência contra crianças e adolescentes se insere em um contexto atravessado por fatores sociais, políticos e econômicos.

Neste percurso, houve a aproximação com as metodologias participativas, pois estas consideram o ponto de vista e os saberes de cada sujeito e dos grupos envolvidos numa ação social ou institucional, estejam eles em um serviço de saúde, num movimento comunitário ou na família⁹. Apesar de serem muitas as definições e classificações das abordagens participativas, um dos aspectos que parece comum a todas elas é a ênfase no sujeito que é considerado coprodutor de conhecimento¹⁰, ou seja, valoriza-se os conhecimentos e experiências dos participantes, envolvendo-os na discussão, identificação e busca de soluções para problemas que emergem de suas vidas cotidianas. Desta forma, a utilização de metodologias participativas,

[...] além de propiciar uma melhor abordagem individual e coletiva das situações de violências, de permitir uma organização de serviços diferenciada e respaldada em vários saberes, incluindo o saber da experiência familiar, permite também um processo avaliativo permanente a partir de diferentes olhares para o aprimoramento das potencialidades dos serviços de saúde⁹.

Coube à equipe entender, por fim, quais os dispositivos que conseguiriam abordar as questões necessárias de serem trabalhadas, mas que ao mesmo tempo, abrissem espaço para que crianças e adolescentes pudessem participar com suas experiências e vivências. Assim, munidos das perspectivas levantadas e da necessidade singular nas diferenças colocadas por cada grupo escolar, propôs-se a confecção de alguns dispositivos a serem utilizados durante os encontros, os quais serão descritos a seguir, de forma aprofundada, os três considerados mais centrais.

A vantagem das aprendizagens alcançadas por meio do brincar é a preservação do bem-estar e descontração dos participantes durante todo o processo de ensino¹¹, que são importantes para estabelecer um espaço que, além de possibilitar o desenvolvimento de processos psíquicos por parte da criança, e servir como instrumento para conhecer o mundo físico (e seus usos sociais), também propicia o entendimento dos diferentes modos de comportamento humano (os papéis que desempenham, como se relacionam e os hábitos culturais)^{12,13}.

Os jogos e as brincadeiras são formas pelas quais a criança pode manejar experiências e criar situações para experimentar e dominar a realidade^{13,14}. Portanto, são poderosos instrumentos que auxiliam o sujeito no enfrentamento de conflitos ao ampliar as possibilidades de ação e compreensão do mundo.

Baseado nesses pressupostos, a equipe multiprofissional buscou desenvolver o primeiro dispositivo — elaborado para utilização com as turmas de 4º e 5º anos — denominado “Jogo do Tabuleiro”, que possuía o intuito de promover uma aproximação dos participantes com o tema e investigar, de uma forma geral, seus conhecimentos acerca do mesmo, por meio de discussão coletiva.

Para tanto, o Jogo consistiu na divisão das crianças em equipes aleatórias, nas quais cada uma determinou um representante para ser o “peão” no tabuleiro desenhado no chão do auditório da escola. A escolha pelo formato em escala aumentada se deu em decorrência do número de estudantes em cada turma. Usar um jogo de tabuleiro em tamanho normal poderia potencialmente prejudicar a participação dos estudantes, já que seria muito difícil fazer com que a maior parte se dispusesse a jogar em grupo e conseguisse manter um certo nível de interesse no decorrer da dinâmica.

Em cada casa do tabuleiro era proposto um de quatro tipos de desafios diferentes que poderiam ou não alterar o curso do jogo. Tais desafios foram pensados intencionalmente para que as experiências, sentimentos e conhecimentos acerca do tema pudessem aparecer de forma descontraída, fomentando discussões e compartilhamento das vivências entre os estudantes.

O primeiro desafio expunha os tipos de violência e continha um peso pedagógico importante, já que apresentava um conteúdo dentro da dinâmica do jogo. Para tanto, o jogador selecionava uma carta e lia em voz alta o tipo de violência descrito, dentre os quais estavam a psicológica, física, patrimonial, sexual, intrafamiliar e moral.

O segundo desafio consistia em cartas que apresentavam ações em relação à violência. Caso o representante selecionasse uma carta que continha uma situação positiva (por exemplo, “Você ajudou o colega em um momento difícil”), avançaria casas, caso fosse uma situação negativa (por exemplo, “Você arremessou uma bolinha de papel na professora”), deveria regredir algumas casas no jogo.

O terceiro desafio se referia aos sentimentos evocados em situações de violência. Neste, o representante ou alguém de sua equipe deveria relatar uma história que ouviu, viu ou viveu que o fez sentir uma das três possibilidades de sentimento — tristeza, raiva ou vergonha — e que acreditasse ter relação com o tema.

Por fim, o quarto e último desafio trazia a descrição de uma situação de violência potencialmente real, seguida de três opções sobre como proceder frente a ela, das quais duas seriam respostas entendidas como erradas e apenas uma opção correta. Por exemplo, para a situação “Meus colegas estão colocando apelidos maldosos em mim”, após a discussão entre a equipe, a única opção correta seria: “Colocar apelidos nos outros pode gerar vergonha ou constrangimento”, o que faria com que o representante avançasse casas.

A dinâmica proposta pelo “Jogo do Tabuleiro” possibilitou à equipe de residentes perceber a importância do trabalho sobre o tema violência com crianças e adolescentes. Por mais difícil que fosse discutir essa temática, ainda assim aqueles estudantes tinham muito a falar sobre violência e também muitas dúvidas. Com frequência, alguns estudantes abordavam a equipe de residentes com a indagação sobre se o que haviam experienciado poderia ou

não ser considerado como uma violência. Muitas vezes há uma dificuldade, por parte de crianças e adolescentes, de perceberem uma situação de violência, seja como vítima ou como agressor, pois possuem a concepção de que a mesma é algo maior ou mais grave e diferente do que comumente acontece em seu cotidiano¹⁵. Neste sentido, trata-se da violência de forma tão banalizada e naturalizada, que não é possível reconhecê-la como tal. Desta forma, ao poderem falar sobre si e seus próprios sentimentos, abre-se a oportunidade aos estudantes de validarem o que sentem, ao mesmo tempo em que os profissionais se aproximam de suas histórias, que são inclusive, muito mais cruéis do que se esperava encontrar.

Em certa rodada do jogo, uma estudante pôde falar sobre seu medo de ir à escola, pois havia sofrido uma série de abusos físicos, sexuais e psicológicos no transporte coletivo. Entretanto, precisava se colocar nessa situação diariamente, uma vez que era responsável por levar sua irmã mais nova para aquela mesma escola e tinha medo de que sua história se repetisse. Este é apenas um relato, mas tantos outros foram proferidos nesse mesmo sentido. A atitude da equipe frente a estes relatos se configurou, a seguir, como de extrema importância no cuidado para com estes sujeitos, uma vez que era necessário valorizar as informações trazidas pela criança ou adolescente, considerando o relato espontâneo como de alta credibilidade, tendo, entretanto, a sutileza na abordagem para evitar mais traumas ou revitimizações¹⁶.

O primeiro passo para o cuidado de crianças e adolescentes em situação de violência é o acolhimento¹⁶. Diante da exposição das diversas situações de violência em um ambiente grupal, foi necessário indicar a disponibilidade de qualquer um dos profissionais para uma conversa sobre o assunto após o jogo, respeitando os laços de vínculo formados no decorrer desses encontros. Apesar de nem sempre todos os participantes buscarem a equipe pós-jogo, aqueles que o fizeram puderam trazer mais detalhes e revelaram que o fato de estarem compartilhando aquela situação com os residentes já fazia com que se sentissem mais seguros.

O ponto-chave, portanto, foi compreender que, ao conhecer as vivências e o significado que as crianças e adolescentes dão à realidade vivida, é possível desenvolver estratégias de cuidado convergentes com as necessidades específicas e singulares que possuem¹⁷. Desta forma, levando em conta as informações compartilhadas, seus medos, dificuldades e angústias colocados em cada

relato, após a finalização de cada encontro, a equipe direcionou todas as demandas clínicas e assistenciais levantadas durante o processo às respectivas USF, que, além de realizar as notificações compulsórias de suspeita e de confirmação dos casos de violência, promoveram busca ativa para oferta de cuidado. Assim, promoveu-se consequente reforço ou reinserção das crianças e adolescentes, junto a suas famílias, nos equipamentos territoriais cabíveis a cada caso, como é preconizado pelo Ministério da Saúde¹⁸. A equipe de saúde nunca deve agir sozinha em caso de suspeita e confirmação de violência. A rede de cuidado e de proteção social no território “deve sempre ser acionada, a fim de apoiar as medidas tomadas pelo profissional de saúde na garantia de direitos e de proteção da criança e do adolescente”¹⁶ (p. 57-58).

Em conclusão, acredita-se que o “Jogo do Tabuleiro” foi um dispositivo efetivo não só para identificar casos de violência, ao criar um espaço propício para dar visibilidade aos mesmos, como também foi um potente instrumento colaborativo na produção de um cuidado em saúde para com esta população, em função de sua capacidade de aprimoramento das redes de corresponsabilização de cuidado.

A equipe de residentes decidiu por manter a abordagem lúdica, tendo em vista os efeitos positivos desencadeados pela aplicação do primeiro dispositivo, descrito acima. Entretanto, deve-se levar em consideração o fato de que o dispositivo 2 seria desenvolvido para uma classe escolar mais velha, a saber 6º ano, em relação ao dispositivo elaborado para as classes anteriores.

Neste caso, considerou-se que as crianças estariam na fase final de seu estágio operatório-concreto, sendo capazes, portanto, de organizar o mundo de forma lógica ou operatória, não se limitando exclusivamente a uma representação imediata das coisas, mas ainda dependendo do mundo concreto para desenvolver a abstração¹⁹. Isto significa dizer que já seria possível trabalhar conceitos relacionados à temática violência se tivessem uma vinculação ao concreto, de forma a visualizar tais concepções por meio de um determinado material palpável e tangível.

Neste sentido, propôs-se o jogo da “Palavra-Cruzada”, que possuía certo intuito pedagógico, posto que traria algumas definições dos tipos de violência (como doméstica, moral, bullying, psicológica, patrimonial e sexual), assim como alguns conceitos relacionados ao tema (como vítima e

agressor), dentro de uma dinâmica de jogo. Na brincadeira com fins pedagógicos para a criança, considera-se que ela aprende por meio do brincar de modo intuitivo e interativo, pois adquire noções de forma espontânea em virtude de envolver o ser humano de uma forma completa, ou seja, levando em consideração sua cognição, afetividade, corpo e interações sociais^{20,21}.

Neste jogo, com a turma dividida em equipes, buscou-se trabalhar os conceitos dos tipos de violência. Para tanto, em tamanho grande, escrito no chão, havia centralmente a palavra “violência”. Dava-se, então, uma descrição de um tipo de violência e, a partir desta, cada equipe deveria adivinhar a qual violência a descrição se referia, qual palavra expressava o conceito e se essa palavra se encaixava exatamente nos espaços disponíveis, interligados à palavra central. A partir daí, os estudantes utilizavam-se de cartas com letras confeccionadas anteriormente pelos residentes para a escrita das palavras que completavam a Palavra-Cruzada.

Para surpresa da equipe de residentes, na maioria das vezes, a dificuldade dos estudantes não se fixava necessariamente em como escrever as palavras corretamente ou até mesmo de conseguir conceber qual palavra se encaixava adequadamente nos espaços fornecidos. Na verdade, o que se colocava era uma inaptidão em aproximar o conceito exposto relacionado à violência com uma prática que de fato expressasse tal conceito, demonstrando uma desvinculação entre a ideia abstrata e sua concretude. Por exemplo, aqueles estudantes eram capazes de reconhecer que uma descrição se referia ao bullying, mas tinham dificuldade em apontar quais práticas em seu cotidiano poderiam ser consideradas como tal.

Entende-se que o pensar só tem sentido se tem sua fonte geradora na ação do humano sobre o mundo²², ou seja, mediatizada pela realidade. É apenas pela práxis, que implica não só na reflexão, mas também na ação sobre o mundo, que é possível o transformar²². Desta forma, quanto mais o homem reflete sobre a realidade, sobre sua atuação concreta, mais se torna comprometido com uma intervenção com o propósito de a mudar. Assim, inicialmente, se por um lado, o dispositivo proposto contemplava a necessidade de transmissão de informações àqueles participantes, por outro, de nada servia se não pudesse ajudá-los de fato no enfrentamento das violências.

A adaptabilidade da equipe durante a aplicação do jogo foi então crucial para tornar possível que seu objetivo de

mudança da realidade em relação à violência contra essas crianças fosse alcançado. Se fez necessária a criação e aplicação de novas estratégias no contexto do jogo, que trouxessem à tona as vivências relacionadas à temática proposta e que conseguissem, ao mesmo tempo, se vincular aos conceitos debatidos. Entretanto, não bastava que simplesmente os residentes trouxessem os exemplos de violência; qualquer ação dos profissionais para exemplificar os conceitos poderia também não ser de valor, caso estes exemplos ainda não fossem reconhecidos por aqueles participantes como uma violência dentro de suas vidas. Ou seja, os exemplos orientadores precisavam ter também uma relação contundente e indissociável com as experiências cotidianas de cada um deles, dando sentido a eles a partir da perspectiva do próprio jogador.

Com esta análise em mente, a equipe de residentes passou então a adotar a postura de conversar sobre a definição de violência dada com os participantes, buscando entender o que daquilo conseguiam compreender e o que conseguiam trazer de exemplos a partir de suas experiências. Quando não era possível, a própria equipe trazia um exemplo, como no caso a seguir.

Após a leitura da definição de violência patrimonial, apontou-se que “jogar rojão” no vaso sanitário da escola poderia ser considerado como tal. Logo uma estudante relatou que o mesmo havia acontecido há apenas uma semana no banheiro masculino e que, desde então, todos os meninos estavam tendo dificuldades para utilizar outro banheiro, pois este era destinado a outras classes de estudantes mais novos. Um outro estudante timidamente perguntou aos residentes o porquê aquilo era considerado como uma violência, visto que entendia o acontecido apenas como uma brincadeira “normal”.

Neste espaço de interesse, aberto após uma pergunta tímida, foi possível trazer não apenas a concepção de violência patrimonial. Neste caso, além da assunção óbvia de que há um dano ou prejuízo patrimonial de outrem, há também o fato de que outras pessoas, para além daquele que comete o ato, têm que assumir consequências importantes e que afetam seu cotidiano, sem ao menos terem uma oportunidade de escolha, ou seja, estavam obrigados a condições colocadas por uma situação externa. Interessante foi a reação coletiva da turma, que após uma breve explanação, tratou logo de denunciar os autores do pequeno delito, pois conseguiam agora entender que a ação do outro se dá no limite daquilo que

se permite ou não; e quando não se permite, isso pode ser considerado uma violência.

Na prática considerada problematizadora, os educandos, ao refletirem sobre si e sobre o mundo, aumentaram o campo de sua percepção e voltaram suas visões, que antes eram apenas “de fundo” e não eram percebidas em suas implicações mais profundas, sobre elas mesmas, fazendo com que se destaquem e assumam o caráter de problema²². Neste esforço permanente, o sujeito vai percebendo, criticamente, como está sendo no mundo com que e em que se acha, apreendendo oportunidades de intervenção em uma realidade que está em transformação, e não mais estática²².

Se avaliado superficialmente, o exemplo exposto que foi adotado pela equipe multiprofissional pode parecer simplório ou até mesmo ser uma abordagem “rasa”. Entretanto, quando se adentra nas possibilidades criadas a partir do dispositivo da “Palavra-Cruzada”, pode-se perceber que por meio dele deu-se condições para o trabalho do tema violência de uma forma assertiva e que conseguiu abordar sua complexidade e multicausalidade, ao mesmo tempo que permitiu que estes estudantes reconhecessem as práticas ditas violentas em seu cotidiano. Ainda mais, a própria dinâmica criada possibilitou que vieses da temática ainda fossem elaboradas junto a elas, como discussões relacionadas à violência de gênero, racial e também intrafamiliar, como será visto no exemplo a seguir.

Após uma das equipes de crianças acordar que a definição dada correspondia à violência doméstica, um dos residentes fez uma fala sobre como tal violência pode se aproximar da violência intrafamiliar, já que, como é sabido, na maioria das vezes é praticada por um membro da família ou por pessoas próximas ao núcleo familiar. A partir disto, uma das estudantes contou aos profissionais sobre sua relação com um de seus progenitores, marcada pelo uso abusivo de substâncias psicoativas e por situações de agressões verbais e psicológicas.

A partir deste relato e após a conversa com a estudante pós jogo, percebeu-se que ela carregava consigo marcas desta relação, denominada violenta por ela mesma. Tais marcas se expressavam por meio do baixo rendimento escolar, dificuldade de concentração durante as atividades escolares e timidez exacerbada, que impedia que conseguisse, segundo ela, se implicar nas relações de amizade no ambiente escolar. A literatura científica aponta que a violência contra a criança e adolescente pode causar repercussões negativas

em várias áreas da vida destes sujeitos e gerar problemas sociais, emocionais, psicológicos e cognitivos, que podem levar a comportamentos prejudiciais à saúde⁹. Infelizmente, vê-se que algumas das questões apresentadas pela criança se aproximam das várias consequências possíveis: ansiedade, transtornos depressivos, baixo desempenho escolar, alterações de memória, comportamento agressivo e tentativas de suicídio⁹.

Entende-se que as ações propiciadas pelo jogo da “Palavra-Cruzada”, de dar um nome aos tipos de violência e de lançar luz às formas que podem aparecer, além de despertar o conhecimento sobre o tema, pode fazer com que alguns participantes entendam como isto faz parte ou não de suas vivências.

Quando se fala em promoção à saúde no contexto do SUS, leva-se em consideração a valorização do envolvimento dos sujeitos na tomada de decisões acerca do processo saúde-doença, entendendo que saúde consiste justamente na capacidade de cada indivíduo ser protagonista de sua própria vida, mesmo que este seja uma criança ou um adolescente.

Nas ações de promoção da saúde que valorizam as escolhas dos sujeitos como afirmações de autonomia, predominam espaços de troca de saberes e de análise do cotidiano que se tornam potentes à coprodução de outros modos, outras posturas, outras formas de se fazer saúde, bem como outro nível de produção de sujeito²³.

Assim, acredita-se, por fim, que o dispositivo aqui apresentado foi potente para realizar a promoção à saúde, e, portanto, ofertar um cuidado em saúde qualificado e humanizado, na medida em que a própria atividade não se encerrou nela mesma e transpôs os portões da escola.

O último dispositivo elaborado pela equipe de residentes multiprofissionais foi constituído para utilização com as classes de 7º e 8º anos. Nesta faixa etária, os adolescentes são marcados pela ascensão do pensamento formal¹⁹, isto é, as operações lógicas começam a ser transpostas do plano da manipulação concreta para o das ideias, que são expressas por meio da linguagem. Assim, diferente do dispositivo exposto anteriormente, com estes sujeitos já seria possível desenvolver discussões no campo do abstrato que propusessem reflexões livres.

Assim, sugeriu-se a Dinâmica do Varal, construída a partir da adaptação de uma das atividades propostas em guia

voltado para o profissional envolvido com o PSE, com foco no tema violência, produzido pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação²⁴.

A dinâmica indicada possuiu o intuito de compreensão das diferentes violências que ocorrem no cotidiano e discutir como é possível lidar com essa situação na escola, na comunidade e em outros espaços. Para tanto, quatro varais foram colocados no auditório da escola e, em momentos distintos da atividade, foi pedido para que os estudantes escrevessem suas respostas para cada pergunta dada e, ao final, afixassem suas folhas de resposta no varal designado a cada pergunta. As perguntas foram: 1) Quais violências você já sofreu?; 2) Quais violências você já cometeu?; 3) O que você sente quando sofre uma violência?; e 4) O que você sente quando comete uma violência?.

A fim de minimizar a possibilidade de reconhecimento dos participantes por outros, as respostas dadas eram anônimas, ou seja, não havia identificação pessoal nas folhas e os papéis utilizados eram iguais. Ao final de tal processo, diferentemente da proposta do guia, foi dado um tempo aos estudantes para que pudessem olhar a exposição e, então, abriu-se um debate sobre as respostas. O debate foi guiado por perguntas orientadoras, como: “Quais os tipos de violência mais comuns podemos detectar?”; “Existe alguma violência pior do que outra?”, “Onde podemos procurar ajuda ao vivenciar ou observar alguma violência?”.

Logo após a apresentação da dinâmica e exposta a primeira pergunta a ser respondida, nota-se que um dos adolescentes se afasta do restante dos estudantes para se sentar sozinho. Em seu papel, discorre então sobre as violências sofridas, as quais serão expostas na íntegra:

Já bateram na minha mãe várias vezes, já colocaram apelidos em mim, como eu já tentei me matar. Minha mãe já me bateu por causa dos namorados dela. Já fui abusado por um cara da família e ele me ameaçou. Já tentei suicídio por causa da minha família. Eu tenho depressão. Minha vida é uma merda. Não gosto de mim mesmo! Meu pai já bateu na minha mãe. Já passei fome por causa da minha mãe. Minha vida é uma merda.

Apesar do desconforto que este relato pode trazer, se faz importante colocá-lo para ajudar a indagar: o que ele nos aponta? O relato escancara a imensa angústia e sofrimento daquele estudante. Apesar de ter sido uma dinâmica inicialmente rechaçada por uma parte da turma, algo tocou este adolescente e ele pôde ver ali uma possibilidade de se

abrir para receber ajuda. Cabe pensar então o porquê desta vivência ter permanecido abafada por um tempo, mesmo diante de um cenário tão alarmante.

Atualmente sabe-se que grande parte das dificuldades na atenção à saúde do adolescente está diretamente relacionada à falta de preparo das equipes em promover ações que atendam a esse público²⁵. Isso porque, em geral, os adolescentes são percebidos como sujeitos que não possuem autonomia ante os seus próprios desejos e vontades, estabelecendo-se valores dicotômicos em relação a eles. Espera-se²⁶ dos adolescentes que sejam responsáveis por seus atos, entretanto, parece não haver reconhecimento sobre a legitimidade dos seus direitos e as possibilidades decorrentes do exercício destes, principalmente quando se trata de assuntos que envolvem a saúde e o cuidado. Para promover, portanto, o cuidado em saúde do adolescente, é necessário valorizar sua subjetividade e criar espaços para discussão acerca das questões formuladas por ele.

Acredita-se que a estratégia de abordagem preconizada pelo dispositivo do Varal, que tem foco nas discussões em espaço grupal, pode fazer com que aquelas experiências fossem pensadas ao levar tais sujeitos a refletirem sobre o tema e os sentimentos gerados em decorrência. E apenas assim, puderam ser trazidos à tona para o conhecimento dos profissionais de saúde.

Como já colocado anteriormente, os casos de violência apontados durante as várias atividades promovidas durante o PSE são necessariamente realocados para a rede de cuidado em saúde do município, garantindo que estes adolescentes possam ser acompanhados por serviços especializados de uma forma mais sistemática após os encontros. Isso, por si só, já é de grande valor, uma vez que quebra com a invisibilidade que muitas vezes é dada às situações de violência, podendo levar a uma mudança de perspectiva para a vida destes jovens. Porém, mais do que isso, a Dinâmica do Varal também pode construir junto aos participantes o conhecimento sobre onde e como procurar ajuda, caso seja necessário. Notou-se, durante as atividades, que os adolescentes desconheciam a possibilidade de serem realizadas as denúncias de violação de direitos humanos (através do Disque 100) de forma anônima, além das opções de instituições possíveis de serem acessadas (como CRAS, CREAS, USF, escola etc.).

Em relação a isso, em certo momento, a equipe de residentes identificou que uma estudante estava bastante curiosa com

o funcionamento do Disque 100, fazendo perguntas sobre a necessidade de identificação de quem denuncia. Após isso, ela trouxe para o grupo sua angústia ao acompanhar uma amiga da escola, que constantemente se queixa de sua relação parental abusiva, mas que, até então, não sabia que poderia fazer algo para a ajudar.

Com este exemplo em mente, pode-se dizer que a utilização do dispositivo “Dinâmica do Varal” se afasta do conceito de Educação Bancária, uma vez que buscou superar a concepção de que educar se trata tão somente de depositar, transferir ou transmitir valores e conhecimentos. A educação dita bancária corrobora com a dimensão da “cultura do silêncio”, que aliena o educando e absolutiza sua ignorância, uma vez que “quanto mais se exercitem os educandos no arquivamento dos depósitos [...], tanto menos desenvolverão em si a consciência crítica de que resultaria sua inserção no mundo, como transformadores dele, como sujeitos” (p. 64)²².

Assim, ao contrário da educação bancária, a proposta desse dispositivo foi se aproximar da Educação Libertária ou Problematicadora²², que se refere à superação da dicotomia educador-educando e ao rompimento dos esquemas verticais de relacionamentos. No lugar de recipientes dóceis de depósitos, os adolescentes são agora investigadores críticos em diálogo com a realidade junto ao educador, também investigador crítico.

Desta forma, a prática problematizadora disparada por esse dispositivo promoveu o diálogo entre profissionais e estudantes, na construção de uma autonomia cidadã, assim como incentivou estes sujeitos a adotarem uma postura ativa em seus ambientes políticos e sociais.

Apesar deste estudo não ser um estudo quantitativo, ao término das atividades, foi possível recolher alguns dados que expressam a efetividade da elaboração de estratégias específicas para o trabalho da temática violência com crianças e adolescentes em seu território.

Do total de 179 participantes, o que inclui todos os estudantes das oito turmas do turno vespertino da EMEF em questão, do 4º ao 8º ano, 15 (12%) participantes procuraram a equipe após o término de cada encontro para compartilhar ou tirar dúvidas sobre uma potencial situação de violência, praticada contra ele próprio ou contra pessoas próximas. Destes, cinco relatos foram de violência sexual,

quatro de bullying, quatro de violência doméstica, dois de ideação suicida, um de violência física e um de racismo. Neste caso, é importante perceber que algumas vezes um relato apenas continha mais de um tipo de violência, o que indica que uma mesma criança ou adolescente pode ser vítima de mais de uma forma de violência.

Desta forma, a equipe buscou devolver à comunidade os importantes efeitos resultantes dos encontros, uma vez que se entende que os dispositivos elaborados contribuíram, por meio da detecção dos casos de violência, em seu enfrentamento efetivo, enquanto parte do SUS. Primeiramente, tanto os dados obtidos, como as próprias estratégias, foram compartilhadas com a equipe de saúde e socioassistencial do território por meio de apresentações de estudo de caso, realizadas no ano de 2019 e 2020, no HUCAM, para estudantes e profissionais de todas as áreas de interesse. Além disso, uma reunião de devolutiva foi marcada com a coordenação pedagógica da EMEF onde o trabalho se deu. Entretanto, por questões maiores colocadas no final do período letivo pela própria instituição, tal reunião não pôde ser realizada.

CONCLUSÃO |

A partir das discussões apresentadas nesse relato de experiência, pode-se perceber que o PSE é um espaço de práticas potente para a promoção do cuidado em saúde de crianças e adolescentes no que tange a temática violência. Vale salientar, entretanto, que apesar dos três dispositivos que foram utilizados durante os encontros estarem direcionados a uma parcela específica de crianças e adolescentes, em um determinado local e tempo, não há motivos para supor que não possam ser replicados ou reinventados, uma vez que sabe-se que tantos outros estudantes no Brasil podem ter realidades próximas a dos participantes deste estudo e que, como eles, ainda encontram barreiras para trazer a tona suas experiências.

Outro ponto importante é a aproximação entre saúde e educação, que propiciou uma troca de saberes na qual o estudante foi incentivado a refletir sobre os diversos aspectos relacionados à vida e à saúde, mesmo que o tema inicial fosse a violência. Mostra-se ainda, o potencial de estratégias interativas na educação em saúde, que saíram do escopo de palestras tradicionais e despertaram o interesse e a participação dos estudantes.

Por fim, é necessário apontar a problemática da inserção da RMS na USF. Apesar deste estudo ter gerado importantes contribuições sobre a necessidade de construção de estratégias para o trabalho da temática violência com crianças e adolescentes em seu território, não houve possibilidade de acompanhar os participantes de uma forma que não fosse necessariamente pontual. Isto se deu em decorrência da pequena carga horária de inserção dos residentes na APS – segundo a própria proposta do programa, que se demonstrou insuficiente para a participação na continuidade do cuidado com essas crianças e adolescentes. Acredita-se que tal continuidade poderia ser relevante não só para a formação dos profissionais envolvidos, mas também para os participantes, uma vez que houve o estabelecimento de vínculo o suficiente para que os relatos de uma experiência da violência pudessem aparecer. Portanto, esse aspecto se constituiu como uma grande limitação da vivência dos residentes do que de fato se considera como o trabalho da APS.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Ministério da Saúde. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília: MS; 2003.
2. Brasil. Lei nº 11.129 de 2005. Institui a residência multi e uniprofissional. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>.
3. Brasil. Presidência da República. Decreto Nº 6286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências [Internet]. Brasília: Casa Civil; 2007.
4. Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. Rev. Bras. Saúde Materno-infantil 2001; 1(2): 91-102.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: MS; 2010a.
6. Minayo MCS. Entrevista como técnica privilegiada de comunicação. In: Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes. Brasília: MS; 2002.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: MS; 2004.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências. Brasília: MS; 2011.
10. Almeida CAL, Tanaka OY. Avaliação em saúde por metodologia participativa e envolvimento de gestores municipais. Rev Saude Publica 2016;50:45.
11. Bomfim AMA et al. Recurso lúdico no processo de educação em saúde em crianças de escolas públicas de Alagoas: relato de experiência. Interfaces - Revista de Extensão 2015; 3(1): 117-121.
12. Teles MLS. Socorro! É proibido brincar! Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
13. Strapason, LPR, Bisogni E. Jogos Pedagógicos para o Ensino de Funções no Primeiro Ano do Ensino Médio. Bolema 2013; 27(46): 579-595.
14. Grube JM, Bez MR. Jogos educativos. Porto Alegre: Instituto de Ciências Exatas e Tecnológicas, 2006.
15. Carinhanha J, Penha LHG. Violência vivenciada pelas adolescentes acolhidas em instituição de abrigo. Texto contexto - enferm 2012; 21(1): 68-76.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: MS; 2010c.
17. Gabatz RIB et al. O significado de cuidado para crianças vítimas de violência intrafamiliar. Esc. Anna Nery 2010; 14(1): 135-142.
18. Brasil. Ministério da Saúde; Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil. Brasília: MS; 200

19. Piaget J. Seis estudos de psicologia. Tradução Maria Alice Magalhães D' Amorim e Paulo Sergio Lima Silva. 24 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
20. Kishimoto TM. O jogo, brinquedo, brincadeira e a educação. São Paulo: Cortez, 1996.
21. Cotonhoto LA, Rossetti CB, Missawa DDA. A importância do jogo e da brincadeira na prática pedagógica. *Constr. psicopedag* 2019; 27(28): 37-47.
22. Freire P. Educação "bancária" e educação libertadora. In: Pato MHS. Introdução à psicologia escolar. 3ª ed. Rev. Atual. São Paulo: Casa do psicólogo, 1997.
23. Iglesias A, Dalbello-Araújo M. As concepções de promoção da saúde e suas Implicações. *Cad. Saúde Colet* 2011; 19 (3): 291-8.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de sugestões de atividades: semana saúde na escola. Brasília: MS; 2014.
25. Henriques BD, Rocha. RL, Madeira AMF. O atendimento e o acompanhamento de adolescentes na atenção primária à saúde: uma revisão de literatura. *Rev. Min. Enfermagem* 2010; 14(2):251-256.
26. Oliveira AR, Lyra J. Direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e as políticas de saúde: desafios à atenção básica. In: Anais do 8º Fazendo Gênero: corpo, violência e poder; 2008: 25-28; Florianópolis, SC, Brasil [Internet].

Correspondência para/ Reprint request to:

Merielli Campi Partelli

Rua Mimosa, 86, apto. 102,

Maria Ortiz, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29070-302

E-mail: meriellicampi@gmail.com

Recebido em: 09/04/2021

Aceito em: 31/05/2021



Universidade Federal do Espírito Santo
Excelência em Ensino Superior desde 1961