

Vol.18 | n.2 | 2016
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

ORGANIZADORES

EDITOR-CHEFE |

Edson Theodoro dos Santos Neto, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

EDITORA-EXECUTIVA |

Luciane Bresciani Salaroli, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

EDITORAS-CIENTÍFICAS |

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

Maria Christina Thomé Pacheco, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

CONSELHO EDITORIAL

EDITORES ASSOCIADOS | 2016 |

Aline Guio Cavaca, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Beatriz Cardoso Lobato, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba - MG

Daniel Ferreira Moreira Lobato, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba - MG

Carolina Dutra Degli Esposti, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

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

Chiara Samele, University of London, Institute of Psychiatry, Reino Unido

Crispim Cerutti Junior, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Daniela Feu Rosa Kroeff de Souza Laignier, Universidade Vila Velha - ES

Diogo Henrique Constantino Coledam, Instituto Federal de São Paulo - SP

Dulcian Medeiros de Azevedo, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Caicó - RN

Elaine Cristina Vargas Dadalto, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Fabiana Vargas Ferreira, Universidade Luterana do Brasil, Canoas - RS

Fabírcia Ferreira Suaid, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Flavia Batista Portugal, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Flavia Imbroisi Valle Errera, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - ES

Gabriela Maria Cavalcante Costa, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande - PB

Gustavo Rocha Leite, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Josemberg da Silva Baptista, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Lea Tenenholz Grinberg, University of California, San Francisco, Estados Unidos da América

Luciane Peter Grillo, Universidade do Vale do Itajaí - SC

Maria del Pilar Montero López, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, Espanha

Mauro Niskier Sanchez, Universidade de Brasília - DF

Mírian Carmo Rodrigues Barbosa, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Neimar Sartori, University of Southern California, Los Angeles, Estados Unidos da América

Renata Junqueira Pereira, Universidade Federal do Tocantins, Palmas - TO

Rodrigo Cappato de Araújo, Universidade de Pernambuco, Petrolina - PE

Rodrigo Pratte Santos, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Sonia Hernandez Plaza, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal

Renata Junqueira Pereira, Universidade Federal do Tocantins, Palmas - TO

Rodrigo Cappato de Araújo, Universidade de Pernambuco, Petrolina - PE

Rodrigo Pratte Santos, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Sonia Hernandez Plaza, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal

Rodrigo Cappato de Araújo, Universidade de Pernambuco, Petrolina - PE

Rodrigo Pratte Santos, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Sonia Hernandez Plaza, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal

CORPO TÉCNICO | 2016 |

BIBLIOTECÁRIO | Francisco Felipe Coelho

ESTAGIÁRIOS | Camila Costa Rocha | Douglas Peres | Nágila Motte | Yuri Demuner

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | João Carlos Furlani

REVISÃO DE LÍNGUA PORTUGUESA | José Carlos de Araújo | Reescritas

REVISÃO DE LÍNGUA INGLESA | Tito Cunha

Revisores *ad hoc* especialistas em diferentes áreas de conhecimento

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - UFES

REITOR | Reinaldo Centoducatte

VICE-REITORA | Ethel Leonor Noia Maciel

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETORA | Gláucia Rodrigues Abreu

VICE-DIRETOR | Alfredo Rodrigues Feitosa

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde / Instituto de Odontologia. -

R454 v. 1, n.1 (jan/jun. 1999) - .- Vitória : O Instituto, 1999-

v. : il.

Trimestral

ISSN 2175-3946 (Impresso)

ISSN: 2446-5410 (Online)

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

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

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) 3335-7225

E-mail: rbps.ccs@ufes.br

Site: www.periodicos.ufes.br/RBPS

Sumário

EDITORIAL | EDITORIAL

4 | **Direito à saúde da mulher e da criança no Brasil**

Right to health of women and children in Brazil

Fábio Solon Tajra, Ricardo José Soares Pontes e Francisco Herlânio Costa Carvalho

ARTIGOS ORIGINAIS | ORIGINAL ARTICLES

8 | **Caracterização fitoquímica e atividade antimicrobiana de extratos de *Solanum subinerme* (Solanaceae)**

Phytochemical characterization and antimicrobial activity of *Solanum subinerme* (Solanaceae) extracts

Ana Paula Pereira Gonçalves, Gabriel de Deus Vieira, Priscila Naiara Araújo Cunha, Thaís Vanessa Leite Kissler, Anselmo Enrique Ferrer Hernández e Carolina Bioni Garcia Teles

17 | **Profissionais da segurança pública e suas atitudes frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista**

Health behaviors of freshmen and senior undergraduate students of a health-related fields

Luciane Campos, Daniela Cristine Isensee, Tanise Cumiotto Rucker e Elisabete Rabaldo Bottan

26 | **Conhecimento da gestante sobre o HIV e a transmissão vertical em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil**

Awareness of pregnant women about HIV and vertical transmission in São José do Rio Preto, São Paulo, Brazil

Bruna Amato Jordão, Gabriela Martins Espolador, Ana Maria Neves Finochio Sabino e Beatriz Barco Tavares

35 | **Perfil epidemiológico de pacientes internados por doença falciforme no estado do Espírito Santo, Brasil (2001-2010)**

Epidemiological profile of patients admitted with sickle cell anaemia in the state of Espírito Santo, Brazil (2001-2010)

Mayara Ferreira Sabino e Débora Barreto Teresa Gradella

42 | **Acessibilidade e acolhimento: estratégias potenciais para qualificação da assistência à saúde do idoso**

Accessibility and health care delivery: potential strategies for improving health care for the elderly

Maria Izabel Penha de Oliveira Santos, Thaís Garcia Raymond, Emanuele Cordeiro Chaves e Mayara Cristina Pojo da Silva

58 | **O risco ocupacional para profissionais da Estratégia Saúde da Família**

Occupational risks for professionals of the Family Health Strategy Program

Luís Carlos de Paula e Silva e Carmen Maria Casquel Monti Juliani

60 | **Adesão ao uso do preservativo masculino por adolescentes escolares**

Use of male condoms among teenage students

Camila Pessoa Santos, Elisandra Cristina de Souza Barboza, Natalia Oliveira de Freitas, Joyceane Correia Almeida, Andressa Cordasso Dias e Ednaldo Cavalcanti Araújo

71 | **O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e a formação em Odontologia: a percepção de alunos de graduação**

An undergraduate student Research Program on Health (PET-Health) and Dentistry education: students' perceptions

Marcos Antônio Albuquerque Senna, Mônica Villela Gouvêa e Luiz Carlos Hubner Moreira

79 | Descrição das internações por aborto no estado do Espírito Santo, Brasil

Description of hospitalizations due to abortions in the state of Espírito Santo, Brazil

Renata Queiroz Batista, Daniely Fontoura Koch, Aline Márcia de Souza Bispo, Thaís Verly Luciano e Ana Paula Costa Velten

87 | Violência doméstica contra mulheres: produção de sentidos pela mídia televisiva no sudoeste de Mato Grosso, Brasil

Domestic violence against women: production of meanings by TV newscasts in Mato Grosso, Brazil

Taiana Aparecida Duarte Grein, Vagner Ferreira do Nascimento, Angélica Pereira Borges, Érica Baggio, Michele de Melo Mariano, Rafael Fernandes Demarchi, Raimundo Nonato Cunha de França, Alisséia Guimarães Lemes, Valéria Ferreira do Nascimento e Rulio Glécias Marçal da Silva

96 | Dificuldades enfrentadas pelos profissionais na utilização da caderneta de saúde da criança

Challenges in the use of the personal child health record

Fabiane Blanco e Silva e Maria Aparecida Munhoz Gaíva

104 | Impacto da autopercepção de qualidade do sono e alterações respiratórias na qualidade de vida de indivíduos fumantes

Sleep quality, respiratory disorders, and quality of life: perceptions of smokers

Karoline Weber dos Santos, Rafaela Soares Rech e Deisi Cristina Gollo Marques Vidor

112 | Acolhimento com classificação de risco: análise dos atendimentos não urgentes em um hospital regional

Patient risk assessment: analysis of low urgency calls in a regional hospital

Camila Ferreira Cruz Coelbo e Airton Tetelbom Steirn

121 | Violência infantil e promoção de saúde com pré-escolares

Violence against child and health promotion with preschoolers

Cléa Adas Saliba Garbin, Rafael Santos Rocha, Gabriella Barreto Soares e Renato Moreira Arcieri

RELATOS DE CASO | CASE REPORTS

129 | A dispensação como oportunidade para a identificação e prevenção de problemas relacionados a medicamentos

The dispensing of medicines as an opportunity to identify and prevent drug-related problems

Carolina Maia Martins Sales, Thaissa Costa Cardoso, Tatyana Xavier Almeida Mattencui Ferreira, Luciana Resende Prudente, Flávio Marques Lopes e Nathalie de Loudes Souza Dewulf

136 | Manifestações bucais da anemia de células falciformes em gêmeos heterozigóticos

Oral manifestations of sickle cell anemia in heterozygous twins

Ana Paula Martins Gomes, Helena Carla Gomes Ferreira, Renata de Oliveira Guaré e Ana Maria Martins Gomes

ARTIGO DE REVISÃO | REVIEW ARTICLE

146 | Inserção da biotecnologia e temas da área da saúde na mídia brasileira

Coverage of biotechnology and health issues in the Brazilian media

Taiana Aparecida Duarte Grein, Vagner Ferreira do Nascimento, Thalise Yuri Hattori, Alisséia Guimarães Lemes, Ana Cláudia Pereira Terças, Rulio Glécias Marçal da Silva, Érica Baggio e Ledinéia Benedito Silva

155 | INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Direito à saúde da mulher e da criança no Brasil

Right to health of women and children in Brazil

Fábio Solon Tajra¹

Ricardo José Soares Pontes²

Francisco Herlânio Costa Carvalho²

¹Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI, Brasil.

²Universidade Federal do Ceará, Fortaleza/CE, Brasil.

O direito à saúde constitui um dos aspectos para o exercício da cidadania e tratar de um debate acerca dessa temática é refletir sobre as bases regulamentadoras das relações sociais. Ao longo da história, podemos perceber um processo intenso de lutas pela efetivação desse direito que se relaciona com a necessidade de transformação da nossa sociedade de tal forma que possibilite elaborar respostas às expressões das diversas questões sociais¹.

Potencializamos essa discussão quando relacionamos grupos específicos, por exemplo, mulheres e crianças. Ao pensar nisso, elaboramos um questionamento: como tem se efetivado o direito à saúde de mulheres e crianças no Brasil?

Inicialmente, vale mencionar que a saúde nem sempre recebeu proteção legal. A saúde esteve relacionada ao direito à vida até o início do século XX e só passou a ser protegida pelos ordenamentos jurídicos legais na passagem do Estado Liberal para o Estado do Bem-Estar. Em termos internacionais, a saúde passou a ser, assim, tratada com o fim da Segunda Guerra Mundial, quando os direitos humanos passaram a ser devidamente reconhecidos.

No Brasil, a saúde como direito fundamental só foi mencionada a partir da Constituição Federal de 1934. Naquela ocasião, estava associada à saúde do trabalhador. Na Carta de 1937, houve uma preocupação isolada com a saúde da criança. Contudo, não foi possível avançar nesta temática ao longo dos anos.

Somente a partir do movimento de reforma sanitária da década de 1980, a saúde ganhou destaque como direito fundamental. Na Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser compreendida como direito social e prestada por um sistema regionalizado e hierarquizado.

Ao longo da história, no que diz respeito à saúde da mulher e da criança, podemos mencionar vários movimentos a partir de um panorama mundial: Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); Declaração dos Direitos da Criança (1959); Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) de 1979; Convenção sobre os Direitos da Criança (1989); Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994; Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher (1995); e, Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD+5), Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1999). Em geral, cada um deles agregou um ponto relevante diante da temática de direito à saúde. Nessa oportunidade, foram mencionados tópicos acerca da atenção aos determinantes sociais, redução das taxas de mortalidade materna e infantil, além da garantia do acesso aos serviços de saúde.

Todas as discussões promovidas por esse movimento internacional foram importantes para que, no ano 2000, fossem desenhados macro-objetivos a serem cumpridos no novo milênio. Nesse entendimento, foi elaborada a Declaração do Milênio das Nações Unidas que contava com oito desafios, a saber: redução da pobreza; alcance do ensino básico universal; igualdade entre os sexos e autonomia das mulheres; redução da mortalidade na infância; melhoria da saúde materna; combate do HIV/Aids, a malária e outras doenças; garantia da sustentabilidade ambiental; e, estabelecimento de uma parceria mundial para o desenvolvimento. Essa proposta foi elaborada com a intencionalidade de se conquistar esses objetivos até o ano de 2015 e trouxe à tona o desafio de garantir o direito à saúde das mulheres e crianças de forma bastante enfática.

No que diz respeito à tentativa de redução da mortalidade materna, a meta era reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a Razão de Mortalidade Materna (RMM). Quanto à redução da mortalidade na infância, a intenção era de reduzir em dois terços, a morte de crianças com menos de 5 anos de idade. Nessa ocasião, o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento desses objetivos, em especial, relacionados à saúde materna e infantil, foi: reduzir em três quartos a taxa de mortalidade materna e reduzir a mortalidade infantil para 17,9 óbitos por mil (ONU/PNUD, 2000).

Na perspectiva de reduzir expressões da questão social, como a mortalidade materna e infantil, além de garantir o acesso e o direito à saúde da mulher e da criança, foram elaboradas estratégias diferentes ao longo da história de saúde pública no país, tanto em nível nacional como também em níveis estadual e municipal². A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, por exemplo, refletiu o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuíssem para a garantia dos direitos humanos das mulheres e para diminuição da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis³. Segundo esse documento, o Estado deveria garantir o direito a informações de qualidade acerca da saúde sexual e reprodutiva para mulheres e homens, bem como a acessibilidade aos contraceptivos, considerando-se a contracepção de emergência. Essas ações seriam realizadas no âmbito do SUS, na perspectiva da integralidade da atenção, como preconizado pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) há mais de duas décadas.

O Programa de Humanização do Parto (PHP), por sua vez, fez parte da Política Nacional de Humanização/PNH, que faz referência a uma proposta ética-estética-política pautada pela noção de equidade, com garantia de acesso aos serviços de saúde, de forma humanizada e com qualidade, atendendo assim os ideais de cidadania, base para uma sociedade democrática. Em primeiro lugar, o PHP buscou evitar intervenções desnecessárias, preservar a privacidade e autonomia da mulher e ainda defendeu estratégias e ações que viabilizassem o máximo de conforto e segurança à gestante, parturiente e bebê. Aqui, além do destaque aos aspectos humanitários, percebemos a tentativa de erradicação da quantidade de cesáreas a pedido, feitas no país, sem verdadeiramente necessidade clínica para isso. Em geral, esse Programa esteve voltado para a qualificação da atenção, de modo a promover o respeito e a promoção dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos⁴.

Ao longo do tempo, foram discutidos assuntos que tratavam da autonomia do paciente e sua participação na tomada de decisões. Isso incluiu o cuidado ao ciclo gravídico-puerperal que compreende o conjunto de serviços destinados ao atendimento da gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido. De acordo com Busanello⁵, a qualidade da atenção em saúde envolveria atitudes e comportamentos que pudessem contribuir para reforçar o caráter de atenção em saúde como um direito, assim como o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando

sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida. Todavia, estudos que abordam a atenção à saúde da mulher durante este ciclo, revelam que a autonomia das mulheres para definir, analisar e atuar sobre o seu próprio corpo vem sendo violada. A perspectiva de superação desse problema está relacionada com a incorporação de um modelo de atenção humanizada em que a mulher é considerada o sujeito de todas as ações relacionadas à sua saúde⁶.

No que diz respeito à tomadas de decisão sobre o parto, é fundamental acolher a mulher na sua singularidade, dando-lhe autonomia para a condução do processo e criando condições para a imersão na sua subjetividade. Em relação a esse assunto, a perspectiva atual é a de superar o modelo de parto tecnocrático, em que as soluções são meramente técnicas, são desprezados os aspectos humanos e sociais e se concebe o corpo feminino como uma máquina incompleta, que necessita de intervenções. Aqui, a mulher é colocada em uma posição passiva e temerosa, prevalecendo a visão de que é o profissional de saúde quem “faz o parto”^{4,6}.

O direito de ter um acompanhante na hora do parto também faz parte deste rol de possibilidades. Publicada em 2008, a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 da ANVISA dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e prevê a presença de um acompanhante, de livre escolha da mulher, no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato mesmo em hospitais particulares. Apesar disso já fazer parte de bases normativas importantes no país, há um grande desconhecimento em relação a esse assunto^{4,6}.

Desde 2011, está sendo desenvolvida no Brasil uma proposta assistencial que busca articular e integrar os diversos pontos de atenção à saúde em redes na perspectiva de ampliação e organização do cuidado e garantia do acesso às ações e serviços de saúde. Essa proposta de Redes de Atenção à Saúde vem sendo intitulada, no caso específico da saúde materna e infantil, como Rede Cegonha (RC)⁷.

De fato, a RC está inserida numa discussão maior que se propõe a atender à regionalização proposta desde a Constituição de 1988 e a promover a integração das ações e serviços de saúde para possibilitar uma atenção eficiente e de qualidade em todos os pontos de atenção, com foco na satisfação dos usuários e na melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil⁸. Nesse sentido, o termo ‘integrar’ constituiria o alicerce desta política que viria a fortalecer aquilo que já estava sendo proposto, mas que ainda não havia sido suficiente para garantir o cuidado à saúde materna e infantil.

É bem verdade que, quanto à implantação da Rede Cegonha nas diversas regiões de saúde, algumas importantes fragilidades precisam ser superadas como o financiamento, a atuação dos profissionais de saúde e o processo regulador. Com base nisso, pretende-se garantir, cada vez mais, qualidade do cuidado à saúde materna e infantil em uma lógica solidária, articulada, cooperativa e interdependente. É importante mencionar, ainda, que é preciso reunir esforços e agregar recursos para atender às necessidades da saúde da mulher e da criança na perspectiva de garantir o acesso e integralidade aos serviços e, assim, materializar o direito à saúde dessa população.

REFERÊNCIAS |

1. Brito-Silva K, Bezerra AFB, Tanaka OY. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(40): 249-60.
2. Cardoso LM, Souza MMCF, Guimarães RUC. Morte materna: uma expressão da “questão social”. *Serv Soc Soc*. 2010; (102):244-268.
3. Santos VC, Anjos KF, Souza R, Eugênio BG. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. *Rev Bioét*. 2013; 21(3):494-508.
4. Pinheiro BC, Bittar CML. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. *Fractal Rev Psi*. 2013; 25(3):585-602.

5. Busanello J, Lunardi Filho WD, Kerber NPC, Lunardi VL, Santos SS. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(4):807-14.
6. Sodré TM, Bonadio IC, Jesus MCP, Merighi MAB. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. *Texto Contexto Enferm.* 2010; 19(3):452-60.
7. Cavalcanti PCS, Gurgel Junior GD, Vaconcelos ALR, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis.* 2013; 23(4):1297-316.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Correspondência para/Reprint request to:

Fábio Solon Tajra

Rua Regina Lopes, 1655, Condomínio Asa Branca, apt 301,

Ininga, Teresina/PI, Brasil

CEP: 64049695

Tel.: (86) 99988-7591

E-mail: fabioludus@gmail.com

Ana Paula Pereira Gonçalves¹
Gabriel de Deus Vieira¹
Priscila Naiara Araújo Cunha¹
Thaís Vanessa Leite Kissler¹
Anselmo Enrique Ferrer Hernández¹
Carolina Bioni Garcia Teles²

Phytochemical characterization and antimicrobial activity of *Solanum subinerme* (Solanaceae) extracts

| Caracterização fitoquímica e atividade antimicrobiana de extratos de *Solanum subinerme* (Solanaceae)

ABSTRACT | Introduction: *Solanum L.* is a diverse genus of flowering plants, including weed species. Several studies have described this group as potential sources of natural active ingredients with larvicidal and pupicidal activities, and antibacterial properties. **Objective:** The aim of this study was to evaluate the antibacterial activity and perform phytochemical analysis of the ethanolic extract of *Solanum subinerme* Jacq. **Methods:** The fruits, leaves, stems and roots of this plant were collected between February 2010 and 2011, and in April 2011, in the municipality of Candeias do Jamari - RO, located in a rural area (8°47'32.33"S and 63°42'57.93"O; 8°47'50.80"S and 63°42'56.42"O). Phytochemical screening was obtained from ethanol extracts for analysis of the chemical constituents present in the organs studied. The antimicrobial activity was determined by disk diffusion. **Results:** The analysis of the extracts indicated the presence of alkaloids, cardiac glycosides, coumarins, flavonoids, tannins, saponins and triterpenes. The extracts of fruits, leaves, stems and roots of *Solanum subinerme* were found to be satisfactory for *Staphylococcus aureus* strains (ATCC 25923) presenting inhibition zones ranging 7 to 17.7 mm. However, the extracts showed no activity against the strains of *Pseudomonas aeruginosa* (ATCC 27853), *Escherichia coli* (ATCC 25922), *Proteus mirabilis* (ATCC 25933) and *Klebsiella pneumoniae* (ATCC 13883). **Conclusion:** This is the first study to find that ethanol extracts of *S. subinerme* may be a potential source of antimicrobial agents capable of inhibiting the growth of *S. aureus*.

Keywords | *Solanum subinerme*; Ethanolic Extracts; *Staphylococcus aureus*.

RESUMO | Introdução: *Solanum L.* é um gênero diversificado de plantas com flores, que inclui espécies infestantes, embora diversos estudos têm descrito esse grupo como potenciais fontes de princípios ativos naturais com diversos efeitos aplicados. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar a atividade antibacteriana e realizar a análise fitoquímica do extrato etanólico de *Solanum subinerme* Jacq. **Métodos:** Os frutos, folhas, talos e raízes dessa planta foram coletados nos meses de fevereiro de 2010 e 2011 e em abril de 2011, no município de Candeias do Jamari/RO, localizado em área rural (8°47'32.33"S e 63°42'57.93"O; 8°47'50.80"S e 63°42'56.42"O). A prospecção fitoquímica foi obtida a partir dos extratos etanólicos para análise dos constituintes químicos existentes nos órgãos estudados. A atividade antimicrobiana foi determinada pelo método de difusão em disco. **Resultados:** As análises dos extratos indicaram a presença de alcaloides, glicosídeos cardiotônicos, cumarinas, flavonoides, taninos, saponinas e triterpenos. Os extratos dos frutos, folhas, talos e raízes de *Solanum subinerme* foram satisfatórios para a cepa de *Staphylococcus aureus* (ATCC 25923), apresentando halos de inibição que variaram de 7 mm. a 17,7 mm. Entretanto, na metodologia aplicada, os extratos não demonstraram atividade contra as linhagens de *Pseudomonas aeruginosa* (ATCC 27853), *Escherichia coli* (ATCC 25922), *Proteus mirabilis* (ATCC 25933) e *Klebsiella pneumoniae* (ATCC 13883). **Conclusão:** Este é o primeiro estudo relacionando os extratos etanólicos de *S. subinerme* como potencial fonte de agentes antimicrobianos capazes de inibir o crescimento de *S. aureus*.

Palavras-chave | *Solanum subinerme*; Extrato alcoólico; *Staphylococcus aureus*.

¹Departamento de Microbiologia, Centro Universitário São Lucas, Porto Velho/RO, Brasil.

²Fundação Oswaldo Cruz, Porto Velho/RO, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O gênero *Solanum* L., pertencente à família Solanaceae, é um dos gêneros mais amplos desta família, tendo cerca de 1.250 espécies habitando regiões tropicais e subtropicais do mundo e tendo a América do Sul como centro de diversidade e distribuição^{1,2}. Nesse gênero foi encontrada uma grande ocorrência de flavonas, flavonóis e glicosídeos³. Vários *Solanum* destacam-se pela capacidade de biossintetizar esteroides e alcaloides livres ou na forma de heterosídeos. Esses compostos, em geral, são de interesse terapêutico, visto que apresentam um grande leque de atividades farmacológicas, além de atividade citotóxica, anticancerígena, anti-inflamatória, antiulcerogênica e moluscicida. Além disso, são também responsáveis pela resistência natural das espécies em seu ecossistema⁴.

A espécie *Solanum subinerme* Jacq. é muito comum na porção norte da América do Sul e no Brasil, sendo abundante nos estados do Amapá, do Amazonas, de Goiás, do Maranhão, do Pará, de Rondônia e de Roraima. Em muitas dessas localidades é uma espécie considerada ruderal, ou seja, capaz de colonizar com facilidade áreas degradadas¹. *S. subinerme* é um arbusto capaz de atingir cerca de 3 m de altura, possuindo ramos alongados geralmente arqueados, pilosos e aculeado. Suas folhas pilosas são simples, com

ápice agudo às vezes com acúleos retos na nervura central e apresenta grande variação na forma e no tamanho. Sua inflorescência é do tipo cimeiro escorpioide com flores violáceas de anteras de cor amarela. O fruto é do tipo baga, globosa, glabra, com 1 cm de diâmetro, cálice persistente e caracterizada pela cor esverdeada quando imatura⁵ (Figura 1).

Muitas espécies do gênero *Solanum* L. já foram caracterizadas com potencial antimicrobiano⁶⁻⁸, no entanto, há poucos relatos sobre atividade antimicrobiana e perfil fitoquímico da *Solanum subinerme*. Ordaz et al.⁸ descrevem que, apesar de essa planta arbustiva ser considerada um matagal, seu óleo essencial é rico em diterpenoides e fonte de metabólitos com de atividade biológica.

Pesquisas nas áreas de fitoquímica e etnofarmacologia são cada vez mais importantes para ampliar os conhecimentos do uso popular de extratos pela comunidade, comprovar cientificamente a atividade antimicrobiana dos componentes naturais, além de ajudar na busca de princípios ativos contra diversas enfermidades.

A resistência a drogas de patógenos humanos e animais é um dos casos mais bem documentados de evolução biológica e um sério problema econômico e social, tanto

Figura 1 - *Solanum subinerme* Jacq. coletada em Porto Velho, Rondônia



Fonte: Gonçalves A. P.

em países desenvolvidos como em desenvolvimento⁹⁻¹¹. O *screening* de extratos vegetais, identificação e isolamento de substâncias ativas representam ferramentas fundamentais para o alcance de novas alternativas terapêuticas.

Diante das evidências dos poucos estudos referentes à caracterização fitoquímica e à atividade antimicrobiana de compostos de *Solanum subinerme*, o trabalho teve como objetivo realizar testes fitoquímicos preliminares dos extratos etanólicos dos frutos, folhas, talos e raízes dessa espécie e avaliar o potencial antimicrobiano desses extratos diante de cepas de bactérias gram positivas e gram negativas causadoras de patologias humanas.

MÉTODOS

Os órgãos de *Solanum subinerme* Jacq. foram coletados em estações distintas, de acordo com o período de frutificação e floração da planta. As coletas foram realizadas nos meses de fevereiro de 2010 e 2011 e em abril de 2011, no município de Candeias do Jamari (RO), localizado em área rural entre 8°47'32.33"S e 63°42'57.93"O; e 8°47'50.80"S e 63°42'56.42"O.

A identificação botânica foi realizada na Universidade Federal da Paraíba, e as exsicatas estão depositadas no Herbário Ary Tupinambá Penna Pinheiro da Faculdade São Lucas, com o registro de nº 5660.

Os materiais vegetais foram separados de acordo com seus órgãos e submetidos à secagem em estufa elétrica a 50 °C por um período de três dias e, posteriormente foram triturados até obtenção de um pó fino e homogêneo para

aumentar a superfície de contato com o solvente. O peso do material após a trituração está apresentado na Tabela 1. Diante de estudos que relatam evidências de que o tipo de extração influencia a eficácia antibacteriana das soluções^{12,13}, vários métodos de extração foram realizados para extrair metabólitos com diferentes características químicas. Os métodos de extração utilizados foram: macerado, decocção e por aparelho de soxhlet para os diferentes órgãos de *S. subinerme* (Tabela 1).

A maceração foi realizada com solução de etanol a 95% em temperatura de 26 e 32 °C com posterior incubação por sete dias.

Para o método de decocção, foi realizado o procedimento de maceração e, com intuito de aumentar a concentração do extrato, ao término dos sete dias, o material foi filtrado em papel de filtro e concentrado em destilador simples, o procedimento foi repetido até se esgotar o etanol, ficando o concentrado do extrato etanólico.

Já para a técnica de Soxhlet, método de extração sólido-líquido contínuo, o material vegetal foi colocado em cartucho feito com papel toalha de peso conhecido e foi extraído em temperatura de 50 °C por 72h até esgotamento total dos componentes químicos. Ao término da extração, foi realizada a destilação simples para concentrar o extrato etanólico.

Os extratos foram submetidos à triagem fitoquímica preliminar para detecção das principais classes de metabólitos secundários por meio de reações químicas que resultam no desenvolvimento de coloração e/ou precipitado, característico para cada classe de substâncias.

Tabela 1 - Descrição do material vegetal, método de extração, peso, volume do solvente, tempo de extração e temperatura

Órgão vegetal	Método de extração	Massa do material vegetal (g)	Volume do solvente (mL)	Tempo de extração	Temperatura (°C)
Folha	Maceração	141,18	700	7 dias	25 a 32
Frutos	Macerado	200	700	7 dias	25 a 32
Frutos	Soxhlet	115,49	500	72 h	60
Raízes	Macerado	46,48	300	7 dias	25 a 32
Raízes	Decocção	46,48	300	12 h	100
Talos	Soxhlet	23,00	300	72 h	60
Talos	Macerado	40,00	300	7 dias	25 a 32

A avaliação da atividade antimicrobiana dos extratos obtidos foi realizada pelo método de Kirby Bauer de difusão em placa¹⁴. Foram utilizadas cinco culturas padrão, sendo uma Gram-positiva, a *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) (ATCC 25923) e quatro Gram-negativas, *Pseudomonas aeruginosa* (ATCC 27853), *Escherichia coli* (ATCC 25922), *Proteus mirabilis* (ATCC 25933) e *Klebsiella pneumoniae* (ATCC 13883). Foi utilizado como controle positivo para bactérias o antibiótico Cefotaxima (10 mg) e como controle negativo o solvente etanol puro (equivalente à maior concentração do extrato utilizado) e na concentração de 50% (correspondente à concentração intermediária da diluição seriada com os extratos). As linhagens que se apresentaram sensíveis aos extratos nas concentrações apresentadas na Tabela 2 foram avaliadas em outras concentrações a partir de uma diluição seriada.

Tabela 2 - Extratos de *Solanum subinerme* realizados no presente estudo: órgãos da planta, método de extração e concentração obtida

Órgão da planta	Método de extração	Concentração (mg/ mL)
Folhas	Macerado	360
Talo	Macerado	30
Talo	Soxhlet	510
Fruto	Macerado	280
Fruto	Soxhlet	810
Raiz	Maceração	100
Raiz	Decocção	240

Antes da realização dos testes antimicrobianos, as cepas bacterianas foram ativadas em meio Brain Heart Infusion Broth (BHI) durante 24h a 35 ± 2 °C. Após esse subcultivo, procedeu-se à padronização do inóculo, que consistiu na preparação de uma suspensão bacteriana em solução salina, cuja turvação foi comparada com o tubo 0,5 da Escala McFarland (1×10^8 UFC.mL⁻¹). Após o inóculo, discos de papel de filtro esterilizados (0,6 mm de diâmetro) foram impregnados com as concentrações previamente estabelecidas dos extratos e foram colocados sobre a superfície do ágar inoculado (National Committee for Clinical Laboratory Standards - NCCLS). Antes de incubar na estufa a 35 °C por 24h, deixou-se a placa a 4 °C por 15min. para garantir a difusão dos compostos no ágar. Após a incubação por 24h foram observados os halos de inibição das amostras bacterianas. Os testes foram realizados

em triplicata. Os resultados obtidos foram submetidos à análise estatística, média \pm erro padrão empregando-se o teste ANOVA (fatorial).

Os extratos obtidos de *Solanum subinerme* Jacq foram submetidos à triagem fitoquímica preliminar para detecção das principais classes de metabólitos secundários por meio de reações colorimétricas e gravimétricas, características para cada classe de substâncias, como alcaloides (Mayer, Wagner e Dragendorff), glicosídeos cardiotônicos (Salkowski, Kedde, Keller-Killiani e Liebermann Burchard), cumarinas voláteis (observação sob a luz ultravioleta), flavonoides, taninos condensados e hidrolisáveis (acetato de chumbo e cloreto de ferro III), saponinas (formação de espuma), triterpenos (Liebermann-Burchard e Salkowski) e derivados antracênicos livres (Börntraeger)¹⁵.

RESULTADOS |

Os resultados obtidos para averiguação dos constituintes químicos presentes nos extratos etanólicos das raízes, talos, folhas e frutos de *Solanum subinerme* Jacq encontram-se listados na Tabela 3. Por meios da análise fitoquímica preliminar dos extratos, foi possível identificar classes de metabólitos secundários de interesse farmacológico, tais como alcaloides (presente em todos os extratos), flavonoides, taninos, cumarinas, saponinas, triterpenos, esteroides e glicosídeos cardiotônicos. Somente os derivados antracênicos livres não foram detectados pelos testes ensaiados.

Os glicosídeos, saponinas e triterpenos foram encontrados em todos os órgãos. As classes de taninos não foram identificadas nas raízes. As cumarinas não foram identificadas nos extratos dos frutos, enquanto os flavonoides estavam presentes somente nos talos e folhas. As folhas e frutos foram os órgãos que apresentaram 87% dos metabólitos analisados com ausência somente dos derivados antracênicos livres.

Os resultados obtidos no estudo da atividade antimicrobiana foram satisfatórios somente para a cepa *Staphylococcus aureus* diante dos extratos dos frutos (extraídos por soxhlet), folhas e talos obtidos por maceração e raízes (maceração e decocção). Os halos de inibição variaram de 7 mm a 17 mm como está descrito na Tabela 4. O resultado mais expressivo foi o do extrato dos frutos obtido por extração

Tabela 3 - Classes de metabólitos secundários identificados nos extratos bruto de *Solanum subinerme* Jacq de acordo com órgãos e métodos de extração

Solanum subinerme Jacq.							
Classes	Talos		Frutos		Raízes		Folhas
	Soxhlet	Macerado	Soxhlet	Macerado	Macerado	Decocção	Macerado
Alcalóides	+	+	+	+	+	+	+
Glicosídeos Cardiotônicos	-	+	-	+	+	+	+
Cumarinas voláteis	+	-	-	-	+	+	+
Flavonóides	+	-	-	-	-	-	+
Taninos	+	+	+	+	-	-	+
Saponinas	+	+	+	-	+	-	+
Triterpenos e/ou esteróides	-	+	+	+	+	+	+
Derivados antracênicos livres	-	-	-	-	-	-	-

+ (presente); - (ausente).

Tabela 4 - Atividade antimicrobiana dos extratos etanólicos de *Solanum subinerme* Jacq.

Métodos de Extração/ Órgão	Concentração (mg/ mL)	Diâmetro dos halos de inibição de <i>S. aureus</i> (mm)
Extrato macerado dos frutos	280	ND
	210	ND
	140	ND
	70	ND
Extrato soxhlet dos frutos	810	17,66 ± 1,15 ^(a)
	607,5	16,66 ± 1,15 ^(b)
	405	16 ± 0 ^(b)
	202,5	15 ± 0 ^(c)
Extrato macerado dos talos	30	14 ± 1,00 ^(a)
	22,5	13 ± 1,15 ^(b)
	15	12 ± 0,57 ^(c)
	7,5	11 ± 1,15 ^(d)
Extrato soxhlet dos talos	510	ND
	382,5	ND
	255	ND
	127,5	ND
Extrato macerado raízes	100	12 ± 0,57 ^(a)
	75	12 ± 0 ^(a)
	50	9,33 ± 0,57 ^(b)
	25	8 ± 0 ^(c)
Extrato decocção raízes	240	12 ± 0 ^(a)
	180	ND ^(b)
	120	ND ^(b)
	60	ND ^(b)
Extrato macerado das folhas	360	11,33 ± 0,57 ^(a)
	270	11,33 ± 0,57 ^(a)
	180	8 ± 0 ^(b)
	90	7,3 ± 0,57 ^(c)

ND= Halo de inibição não foi detectável. ANOVA de um fator foi utilizada para comparar as diferentes concentrações de um mesmo extrato. Letras diferentes entre parênteses indicam diferenças significativas (p-valor<0,05) entre as concentrações.

soxhlet na concentração 810 mg/ mL que apresentou média dos halos de 17,66 mm e, na concentração mínima testada (202,5 mg/ mL), a média dos halos foi de 15 mm. O extrato obtido por maceração desse mesmo órgão não apresentou atividade antimicrobiana contra a cepa *S. aureus* em nenhuma das concentrações testadas (70-280 mg/ mL).

Essa diferença no potencial antimicrobiano dos extratos, de acordo com métodos de extração empregados (maceração ou soxhlet), também foi observada nos extratos dos talos. O extrato etanólico do talo obtido por soxhlet na concentração máxima de 510 mg/ mL não foi eficaz, enquanto os talos por maceração com 30 mg/ mL conseguiram resultados satisfatórios (média de halo inibitório de 14 mm). O extrato obtido por maceração das raízes nas concentrações de 50-100 mg/ mL apresentou halos de inibição que variaram de 9 mm a 12 mm, enquanto que o extrato obtido por decocção nesse mesmo intervalo de concentração não foi eficaz (Tabela 4). Não foi observado halo de inibição em relação ao controle negativo utilizando o solvente etanol puro e a 50% diante dos microrganismos testados.

A prospecção fitoquímica da *S. subinerme* revelou que essa planta é fonte de várias classes de compostos químicos ativos e que, apesar de os extratos não demonstrarem atividades contra as cepas de bactérias gram negativas *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* e *Klebsiella pneumoniae*, os extratos obtidos de todos os órgãos foram satisfatórios para a cepa de *Staphylococcus aureus* (ATCC 25923) por meio do método de difusão em disco.

DISCUSSÃO |

Por meio da análise qualitativa das variedades de metabólitos secundários por extrato analisado, os alcaloides estão presentes em todos os extratos de *S. subinerme* corroborando com a literatura descrita para o gênero *Solanum*, conhecido pela presença de altas concentrações de alcaloides¹⁶.

Os alcaloides esteroidais são de amplo interesse, tanto na área de saúde humana como na ecologia¹⁷, considerados componentes importantes para o armamento químico da planta contra herbívoros e outras pragas¹⁸. As saponinas esteroidais, triterpenos e flavonoides, encontrados nos extratos deste estudo, também são caracterizados como metabólitos importantes na defesa natural dessas plantas^{19,4}.

Entre os extratos que apresentaram ação antimicrobiana dose dependente contra *S. aureus*, tiveram em sua análise fitoquímica a presença de metabólitos comuns: alcaloides, saponinas e triterpenos. Os extratos obtidos por soxhlet dos frutos e maceração dos talos tiveram maior atividade contra a bactéria gram-positiva e ambos apresentaram quatro classes de metabólitos secundários em comum: os alcaloides, taninos, saponinas e triterpenos (Tabelas 3 e 4). Os testes fitoquímicos realizados neste estudo foram qualitativos e sugerem que a presença desses metabólitos em conjunto possa atuar de forma sinérgica na ação contra a bactéria gram-positiva, no entanto, a análise quantitativa desses extratos poderia fornecer dados mais específicos quanto ao metabólito mais prevalente e com maior potencial antimicrobiano em cada órgão estudado.

Entre os testes microbiológicos utilizados, o extrato da raiz obtido por decocção obteve ação somente na concentração de 240 mg/ mL (100%) e observa-se que nele não foram identificados as saponinas e os taninos quando comparado com os demais extratos com ação contra *S. aureus*. Esse diferencial pode ser justificado pela ausência desses metabólitos, pois as saponinas têm o comportamento anfílico e a capacidade de formar complexos com esteroides, proteínas e fosfolípidios de membranas, alterando a sua permeabilidade, ou causando sua destruição. Já os taninos têm sido investigados quanto a sua atividade farmacológica de inibição de enzimas de bactérias e fungos e/ou complexação dos substratos dessas enzimas e íons metálicos, capaz de diminuir a disponibilidade desses elementos essenciais para o metabolismo dos microrganismos²⁰.

Embora o *S. aureus* possa ser suscetível à ação de várias drogas ativas contra bactérias gram-positivas, tais como penicilinas, tetraciclina, clorafenicol, entre outros, é também conhecido pela sua elevada capacidade de desenvolver resistência a diversas delas^{21,22}. Nesse contexto, os testes realizados são de grande relevância, pois os extratos de *S. subinerme* testados evidenciaram halos de até 17 mm indicando, assim, resultados que podem contribuir para novas investigações de compostos antimicrobianos no tratamento de infecções bacterianas.

Chah et al.²³ relataram a atividade antimicrobiana do extrato metanólico dos frutos de *Solanum torvum* Swartz contra cepas de bactérias piogênicas e a presença de alcaloides, saponinas, taninos e glicosídeos no extrato ensaiado. Enquanto que Lopes et al.²⁴ observaram atividade

antimicrobiana do extrato etanólico dos frutos de *Physalis angulata* L. (Solanaceae) diante da cepa ATCC de *S. aureus* com halo de inibição de 11,7 mm, corroborando os resultados obtidos no presente estudo.

Houve divergência no estudo fitoquímico e na atividade antimicrobiana nos extratos do talo de *S. subinerme* realizados por maceração (30 mg/ mL) e Soxlet (510 mg/ mL), e o extrato obtido por esse último método não mostrou atividade antimicrobiana sobre o agente *S. aureus*. Nos testes microbiológicos com o solvente etanol utilizado para a dissolução dos extratos não foi observado halo de inibição, dessa maneira, foi descartada a possibilidade desse solvente como agente inibidor nos testes envolvendo as concentrações dos extratos. As variações químicas encontradas nos extratos podem ser atribuídas às diferenças entre as datas de coleta dos materiais vegetais ou na diferença do método de extração utilizado, pois cada método extrai classes de metabólitos diferentes. Essas discordâncias entre os valores das concentrações inibitórias talvez estejam relacionadas com uma série de fatores que podem influenciar a concentração dos metabólitos secundários de plantas medicinais, tais como sazonalidade, temperatura, disponibilidade hídrica, radiação ultravioleta, altitude, disponibilidade de nutrientes, exposição aos patógenos, entre outros²⁵. O maior problema relacionado com pesquisas sobre atividade antimicrobiana de plantas é a falta de uniformidade nos critérios, frequentemente acarretando em relevantes contradições entre os resultados obtidos por diferentes grupos e até para o mesmo autor estudando a mesma amostra com diferentes métodos²⁶. Coutinho¹² realizou uma avaliação comparativa do perfil químico e do potencial biológico de extratos de *S. paludosum* obtidos por maceração e extração supercrítica. Ambos os métodos são adequados para obter extratos com diferentes atividades biológicas de acordo com o seu padrão de compostos ativos. Segundo Wiest et al.¹³, há evidências de que o tipo de extração influencia a eficácia antibacteriana das soluções.

CONCLUSÃO |

As diferentes preparações de extratos de *Solanum subinerme* foram capazes de impedir o crescimento de *Staphylococcus aureus*. Um efeito dose dependente foi observado nos extratos preparados por extração em Soxhlet a partir dos frutos e por maceração de talos, folhas e raízes. Além disso, a análise da composição química dos extratos etanólicos

demonstrou que essa planta é uma potencial fonte de agentes antimicrobianos, o que motiva novas investigações farmacológicas de isolamento e identificação de princípios biologicamente ativos.

Apesar dos vários estudos na área de microbiologia e compostos antimicrobianos da família Solanaceae, este é o primeiro estudo relacionando à caracterização fitoquímica da espécie *S. subinerme* com ação antimicrobiana contra *S. aureus*.

Os resultados obtidos reforçam relatos anteriores quanto à atividade antimicrobiana de espécies do gênero Solanum, como *S. americanum* Mill e *S. aculeotessimum* Jacq, utilizadas contra processos infecciosos como furúnculos²⁷.

AGRADECIMENTOS |

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Faculdade São Lucas, Porto Velho/RO, Brasil.

REFERÊNCIAS |

1. Nee M. Flora da Reserva Ducke, Amazonas, Brasil: Solanaceae. Rodriguésia. 2007; 58(3):695-702.
2. Agra MF. New species of *Solanum* subgenus *Leptostemonum* (Solanaceae) from Chapada da Diamantina, Bahia, Brazil. Novon. 1999; 9(3):292-5.
3. Silva TMS, Braz-Filho R, Carvalho MG, Agra MF. Ocorrência de flavonas, flavonóis e seus glicosídeos em espécies do gênero *Solanum* (SOLANACEAE). Quím Nova. 2003; 26(4):517-22.
4. Pinto FCL, Uchoa DEA, Silveira ER, Pessoa ODL, Braz-Filho R, Silva FM, et al. Glicoalcaloides antifúngicos, flavonoides e outros constituintes químicos de *Solanum asperum*. Quím Nova. 2011; 34(2):284-8.
5. Martins FC, Figueiredo N. Solanáceas (*Solanaceae* Juss.) do Estado do Maranhão. Monografia [Graduação em Biologia]. – Universidade Federal do Maranhão. São Luís; 1998.

6. Silva MTG, Simas SM, Batista TGFM, Cardarelli P, Tomassini TCB. Studies on antimicrobial activity, in vitro, of *Physalis angulata* L. (Solanaceae) fraction and physalin B bringing out the importance of assay determination. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2005; 100(7):779-82.
7. Morea G, Tshikalangea TE, Lall N, Bothab F, Meyera JJM. Antimicrobial activity of medicinal plants against oral microorganisms. J Ethnopharmacol. 2008; 119(3):473-7.
8. Ordaz G, D'Armas H, Yáñez D, Moreno S. Composición química de los aceites esenciales de las hojas de *Helicteres guazumifolia* (Sterculiaceae), *Piper tuberculatum* (Piperaceae), *Scoparia dulcis* (Arecaceae) y *Solanum subinerme* (Solanaceae), recolectadas en Sucre, Venezuela. Rev Biol Trop. 2011; 59(2):585-95.
9. Yoneyama H, Katsumata R. Antibiotic resistance in bacteria and its future for novel antibiotic development. Biosci Biotechnol Biochem. 2006; 70(5):1060-75.
10. Duarte MCT. Atividade antimicrobiana de plantas medicinais e aromáticas utilizadas no Brasil. Construindo a história dos Produtos Naturais. Rev MultiCiência. 2006; (7):1-16.
11. Grillo VTRS, Gonçalves TG, Campos Júnior J, Paniágua NC, Teles CBG. Incidência bacteriana e perfil de resistência a antimicrobianos em pacientes pediátricos de um hospital público de Rondônia, Brasil. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2013; 34(1):117-23.
12. Coutinho, EMO. Estudo fitoquímico e atividade biológica de espécies de *Solanum*. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Ciências Farmacêuticas]. – Universidade Federal de Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2009.
13. Wiest JM, Carvalho HHC, Avancini CAM, Gonçalves AR. Inibição e inativação de *Escherichia coli* por extratos de plantas com indicativo etnográfico medicinal ou condimentar. Ciên Tecnol Aliment. 2009; 29(3):474-80.
14. Lima ÉR, Moreira LS, Facundo VA, Silva-Jardim I, Teles CBG. Avaliação da bioatividade do extrato etanólico e triterpeno lupano obtidos de *Combretum leprosum* contra microorganismos. RESC. 2011; 3(1):53-69.
15. Hernandez-Terrones MG, Radi PA. Isolamento e identificação de produtos naturais obtidos de plantas com potencial atividade herbicida. Hor Ci. 2005; 2(5):141-5.
16. Miranda MA. Avaliação do potencial antiparasitário do extrato alcaloídico e de alcalóides esteroidais dos frutos de *Solanum lycocarpum* A. St.-Hill. Ribeirão Preto. Dissertação [Mestrado em Ciências Farmacêuticas]. – Universidade de São Paulo; 2010.
17. Vaz NP. Constituintes químicos de *Solanum caavurana* Vell: Isolamento, Mapeamento Fitoquímico por IES-EM/EM e sua aplicação no tratamento da Hanseníase. Tese [Doutorado em Química]. – Universidade Federal do Paraná; 2010.
18. Fukuhara K, Shimizu K, Kubo I. Arudonine, an allelopathic steroidal glycoalkaloid from the root bark of *Solanum arundo* Mattei. Phytochemistry. 2004; 65(9):1283-6.
19. Cheng F, Li X, Wang JZ. A new alkaloid from *Solanum cathayanum*. Chinese Chem Lett. 2008; 19(1):68-70.
20. Simões CMO, Schenkel EP, Gosmann G, Mello JCP, Mentz LA, Petrovick PR. Farmacognosia da planta ao medicamento. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.
21. Lencastre H, Oliveira D, Tomasz A. Antibiotic resistant *Staphylococcus aureus*: a paradigm of adaptive power. Curr Opin Microbiol. 2007; 10(5):428-35.
22. Doshi RK, Patel G, Mackay R, Wallach F. Healthcare-associated Infections: Epidemiology, Prevention, and Therapy. Mt Sinai J Med. 2009; 76(1):84-94.
23. Chah KF, Muko KN, Oboegbulem SI. Antimicrobial activity of methanolic extract of *Solanum torvum* fruit. Fitoterapia. 2000; 71(2):187-9.
24. Lopes DCP, Freitas ZMF, Santos EP, Tomassini TCB. Atividades antimicrobiana e fototóxica de extratos de frutos e raízes de *Physalis angulata* L. Rev bras farmacogn. 2006; 16(2):206-10.
25. Gobbo-Neto L, Lopes NP. Plantas medicinais: fatores de influência no conteúdo de metabólitos secundários. Quím Nova. 2007; 30(2):374-81.
26. Rios JL, Recio MC. Medicinal plants and antimicrobial activity. J Ethnopharmacol. 2005; 100(1-2):80-4.

27. Rodrigues VEG, Carvalho DA. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais no domínio dos cerrados na região do Alto Rio Grande-Minas Gerais. Ciênc agrotec. 2001; 25(1):102-23.

Correspondência para/Reprint request to:

Carolina Bioni Garcia Teles

Rua Alexandre Guimarães, 1927, Areal,

Porto Velho/RO - Brasil

CEP: 76804373

Tel.: (69) 3211-8046

E-mail: carbioni2004@yahoo.com.br

Submetido em: 13/04/2014

Aceito em: 03/10/2014

Health behaviors of freshmen and senior undergraduate students of a health-related fields

ABSTRACT | Introduction: *Life style is an important health determinant. Several studies have found increased risk behavior in undergraduate students*
Objective: *To determine the differences in health behavior between first and last year undergraduate students of health-related fields.* **Methods:** *For data collection, we used the Youth Risk Behavior Surveillance-YRBS, an instrument adopted by the Centers for Disease Control and Prevention - CDC. The target population was composed of 550 students, enrolled in the second semester of 2011, and attending ten different health courses at a university in Southern Brazil. For statistical analysis, we adopted the chi-square test.* **Results:** *The sample was comprised of 499 students (323 freshmen and 176 senior undergraduate students). There were no significant differences for health behaviors concerning weight, use of seat belt and use of any of these drugs: ecstasy, heroin, crack, Lysergssäurediäthylamid (LSD), Peace Pill (PCP) and amphetamines. Behaviors like driving under influence or riding in a vehicle driven by a student who has consumed alcohol (5.57% vs 13.07%), alcohol consumption (56.96% vs 75%), tobacco (14.86% vs 26.14%), marijuana (11.76% vs 21.59%), inhalants / pills / drugs (2.48% vs 6.25%), cocaine (1.55 vs 5.68%) and the practice of sexual intercourse (78.02% vs 92.61%) were more frequent among students at the end of the course, with statistically significant differences.* **Conclusion:** *The results indicate that increased risk behaviors are more common among senior students. Therefore, it is necessary to implement strategies to raise students' awareness with a view to the adoption of healthier behaviors.*

Keywords | *Life style; Health behavior; Risk factors.*

Conduas de saúde de universitários ingressantes e concluintes de cursos da área da saúde

RESUMO | Introdução: O estilo de vida é um importante determinante de saúde. Pesquisas revelam que, entre universitários, existem cada vez mais comportamentos de risco. **Objetivo:** Determinar condutas de saúde de universitários dos primeiros e últimos períodos da área da saúde. **Métodos:** Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento adotado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), denominado *Youth Risk Behavior Surveillance* (YRBS). A população-alvo foi composta por 550 acadêmicos procedentes de dez cursos de uma universidade do sul do Brasil, matriculados no segundo semestre letivo de 2011. Para análise estatística, adotou-se o teste qui-quadrado. **Resultados:** Participaram do estudo 499 universitários, sendo 323 ingressantes e 176 concluintes. Não apresentaram diferenças significativas as condutas relacionadas ao peso, ao uso do cinto de segurança e ao consumo de ecstasy, heroína, crack, Lysergssäurediäthylamid (LSD), Peace Pill (PCP) e anfetamina. Condutas como dirigir ou andar num veículo conduzido por motorista que consumiu álcool (5,57% vs 13,07%), consumo de álcool (56,96% vs 75%), tabaco (14,86% vs 26,14%), maconha (11,76% vs 21,59%), inalantes/pílulas/esteróides (2,48% vs 6,25%), cocaína (1,55 vs 5,68%) e a prática de relação sexual (78,02% vs 92,61%) foram mais frequentes entre estudantes do final do curso, com diferenças estatisticamente significativas. **Conclusão:** Os resultados indicam uma tendência de que comportamentos de risco à saúde são mais frequentes entre os universitários dos últimos períodos. Portanto é necessário implementar estratégias para a conscientização dos universitários com vista à adoção de condutas saudáveis.

Palavras-chave | Estilo de vida; Condutas de saúde; Fatores de risco.

¹Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí/SC, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição; habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde.

Os comportamentos de saúde podem ser influenciados por atitudes, hábitos, valores, sentimentos, crenças e, até mesmo, por modas, que caracterizam e definem o estilo de vida de cada pessoa, o qual é, em grande parte, responsável pelo sentimento de bem-estar biopsicossocial do indivíduo¹. O estilo de vida passou a ser considerado fundamental na promoção da saúde, como indicador de qualidade de vida e na redução da morbi-mortalidade.

Estilo de vida é definido por Nahas² como o conjunto de ações habituais que refletem os valores, as atitudes e oportunidades em nossa vida. A opção por uma vida saudável é mediada por fatores culturais, sociais, religiosos, socioeconômicos, ambientais e educacionais. Nesta perspectiva, deve-se valorizar os elementos que contribuem para o bem-estar pessoal, entre eles: o controle do estresse, a nutrição equilibrada e adequada, a atividade física habitual, os comportamentos preventivos às doenças e o cultivo de relacionamentos sociais.

Os componentes do estilo de vida são influenciados pela idade e pela experiência de vida das pessoas³. O ambiente universitário geralmente é o lugar onde os jovens têm pela primeira vez total independência da supervisão dos seus pais. É nesse período que os estudantes podem mudar seu estilo de vida e passar a adotar condutas positivas ou negativas para a saúde⁴.

Pesquisas comportamentais revelam que, entre os estudantes universitários, existem cada vez mais comportamentos considerados de risco. As modificações quanto aos padrões alimentares, prática de atividade física, consumo de álcool e cigarros, somadas às situações próprias da adolescência, como intensas alterações biológicas, instabilidade psicossocial e falta de comportamento preventivo, poderiam tornar os adolescentes universitários um grupo vulnerável a riscos significativos com relação à sua saúde⁵.

Acredita-se que o monitoramento das condutas de saúde dos universitários é importante para que estratégias preventivas e/ou intercepativas sejam traçadas. Os estudantes, em especial

da área da saúde, devem ser prioridade no monitoramento das condutas de saúde, pois além de poderem perpetuar as condutas saudáveis para si, podem influenciar positivamente a população por meio de sua futura atividade profissional⁶.

Tendo em vista essas considerações, desenvolveu-se esta investigação com o objetivo de identificar as condutas de saúde de acadêmicos dos primeiros e últimos períodos de cursos da área da saúde de uma universidade do sul do Brasil, buscando conhecer a realidade desta população de modo a subsidiar o planejamento de ações e estratégias de motivação para a adoção de hábitos e de um estilo de vida mais saudável entre universitários.

MÉTODOS |

Esta investigação se caracterizou como um estudo descritivo, mediante levantamento de dados primários.

A população-alvo da pesquisa compunha-se de 550 acadêmicos matriculados, no segundo semestre letivo de 2011, sendo 349 do primeiro período (ingressantes) e 201 do último período (concluintes) de dez cursos da área da saúde em uma universidade do sul do Brasil, a saber: Biomedicina, Educação Física (Bacharelado e Licenciatura), Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia.

A amostra não probabilística foi obtida por conveniência, isto é, composta por todos os acadêmicos que, voluntariamente, aceitaram participar da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada em sala de aula, em horário e local definidos com a coordenação de cada curso, tendo sido planejada e executada em duas etapas. Na primeira quinzena de novembro de 2011, o instrumento foi aplicado aos ingressantes e, na segunda quinzena, aos concluintes. Todo este procedimento foi executado por duas pesquisadoras que foram treinadas quanto aos cuidados éticos, quando da abordagem dos pesquisados, e em relação à coleta das informações para que não exercessem qualquer interferência na resposta do pesquisado.

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de um instrumento adotado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), denominado *Youth Risk Behavior Surveillance* (YRBS)⁷. Este instrumento aborda informações

sociodemográficas e seis categorias de comportamentos de risco à saúde, tidas como prioritárias para grupos de jovens e adultos jovens. São elas: 1) comportamentos que contribuem para lesões não intencionais e violência; 2) o uso de tabaco; 3) álcool e outras drogas; 4) comportamentos sexuais que contribuem para a gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), incluindo o vírus da imunodeficiência humana (HIV); 5) comportamentos alimentares pouco saudáveis; e 6) a inatividade física. Adicionalmente, o instrumento monitora a prevalência da obesidade e da asma. Para este estudo, foram utilizadas as informações referentes à segurança no trânsito; ao uso de tabaco, de álcool e de outras drogas; a comportamentos sexuais e à percepção do peso corpóreo.

O instrumento foi respondido de forma individual e anônima. Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tendo recebido parecer de aprovação nº 94/11. Durante todo o procedimento da investigação, foram respeitados os preceitos éticos da pesquisa com humanos, tendo sido, previamente, obtido o aceite e a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram tabulados com o auxílio do programa Microsoft Office Excel, versão 2007, tendo sido calculadas as frequências relativas para cada item.

A análise foi efetuada pela observação da distribuição da frequência relativa das variáveis estudadas. Para se identificar

a associação entre período de matrícula (ingressantes e concluintes) e as respostas emitidas para cada item do instrumento, foi aplicado o teste não paramétrico do qui-quadrado, tendo sido consideradas como diferenças significativas aquelas definidas por um p-valor crítico igual ou menor que 0,05.

RESULTADOS |

Participaram do estudo 499 universitários, o que correspondeu a 90,72% da população-alvo. O total de ingressantes foi de 323 (92,5% da população total de calouros) e 176 concluintes (87,6% do total de formandos). A idade variou de 16 a 51 anos. O gênero feminino totalizou 64,36% da amostra, e o masculino, 35,64%.

A análise das respostas ocorreu segundo os quatro conjuntos de itens avaliados, a saber: Segurança no Trânsito; Consumo de Substâncias (Lícitas e Ilícitas); Experiência Sexual; e Percepção sobre Peso Corpóreo.

Com relação às condutas sobre Violência e segurança no trânsito, encontrou-se diferença significativa, apenas para o item: *Dirigir ou andar num veículo conduzido por motorista que consumiu álcool*. Observou-se, também, que há uma tendência de os comportamentos menos adequados serem mais frequentes entre os concluintes (Tabela 1).

Tabela 1 - Condutas de estudantes universitários em relação à segurança no trânsito

Violência e segurança no trânsito	Semestre				p-valor
	Primeiro		Último		
	N	%	N	%	
Uso do cinto no banco da frente do carro					
Nunca/ Raramente	53	16,41	36	20,45	0,26
A maioria das vezes/sempre	270	83,59	140	79,55	
Uso do cinto no banco traseiro do carro					
Nunca/ Raramente	246	76,16	147	83,52	0,06
A maioria das vezes/sempre	77	23,84	29	16,48	
Dirigir ou andar num veículo dirigido por motorista que consumiu álcool					
Nunca/Raramente	305	94,43	153	86,93	0,004*
A maioria das vezes/sempre	18	5,57	23	13,07	
Total	323	100,0	176	100,0	

*Valores que indicam diferença significativa pelo teste do qui-quadrado.

Quanto ao Consumo de Substância (lícitas e ilícitas), identificou-se associação positiva para as seguintes categorias: tabaco, álcool, maconha, cocaína, inalantes/pílulas/esteroides. Destaca-se que, excetuando-se o álcool, para as demais substâncias listadas, a maioria dos universitários, em ambos os grupos, informou não fazer uso. Entre os que afirmaram consumi-las, a tendência é de que os concluintes sejam os que mais façam uso dessas substâncias (Tabela 2).

No tema condutas sobre Experiência Sexual, houve diferença estatisticamente significativa para o item ter experiência sexual (Tabela 3), indicando que esta conduta é mais frequente entre os concluintes.

Referente às condutas sobre a Percepção do Peso Corpóreo, não se obteve associação positiva para nenhum dos quesitos; suas frequências de respostas ficaram muito próxima entre os dois grupos (Tabela 4).

Tabela 2 - Condutas de estudantes universitários em relação a consumo de tabaco, álcool, maconha e outras drogas ilícitas

Consumo substâncias	Semestre				p-valor
	Primeiro		Último		
	N	%	N	%	
Tabaco					
Sim	48	14,86	46	26,14	0,002*
Não	275	85,14	130	73,86	
Álcool					
Sim	184	56,96	132	75,00	0,000*
Não	139	43,04	44	25,00	
Maconha					
Sim	38	11,76	38	21,59	0,003*
Não	285	88,24	138	78,41	
Cocaína					
Sim	5	1,55	10	5,68	0,009*
Não	318	98,45	166	94,32	
Inalantes/pílulas/esteróide					
Sim	9	2,48	14	6,25	0,008*
Não	314	97,52	162	93,75	
Ecstasy, Heroína, Crack					
Sim	9	2,79	10	5,68	0,106
Não	314	97,21	166	94,32	
Lysergsäurediäthylamid (LSD), Peace Pill (PCP), anfetamina					
Sim	8	2,48	10	6,82	0,066
Não	315	97,52	166	93,18	
Total	323	100,0	176	100,0	

*Valores que indicam diferença significativa pelo teste do qui-quadrado.

Tabela 3 - Conduas de comportamento sexual de estudantes universitários

Comportamento Sexual	Semestre				p-valor
	Primeiro		Último		
	N	%	N	%	
Experiência na vida					
Sim	252	78,02	163	92,61	0,00*
Não	71	21,98	13	7,39	
Uso do preservativo no mês anterior					
Nunca/Raramente	183	56,66	106	60,23	0,44
Maioria das vezes/sempre	140	43,34	70	39,77	
Total	323	100,0	176	100,0	

*Valores que indicam diferença significativa pelo teste do qui-quadrado.

Tabela 4 - Conduas sobrepeso corpóreo, alimentação e atividade física

Percepção do peso corpóreo	Semestre				p-valor
	Primeiro		Último		
	N	%	N	%	
Dieta para perder ou manter o peso					
Sim	149	46,13	80	45,45	0,88
Não	174	53,87	96	54,55	
Exercício para perder ou manter o peso					
Sim	175	54,18	91	51,70	0,59
Não	148	45,82	85	48,30	
Autoavaliação do peso					
Abaixo do peso normal	29	8,98	13	7,38	0,70
No peso certo	190	58,82	101	57,39	
Acima do peso normal	104	32,20	62	35,23	
Atitude em relação a seu peso					
Perder peso	140	43,35	77	43,75	0,22
Ganhar peso	44	13,62	15	8,52	
Manter peso	139	43,03	84	47,73	
Total	323	100,0	176	100,0	

DISCUSSÃO |

Os resultados encontrados neste estudo indicam que há uma tendência de que os comportamentos de risco à saúde sejam mais frequentes entre os universitários concluintes, quando comparados aos ingressantes. No entanto, o esperado seria que condutas saudáveis fossem mais prevalentes entre acadêmicos de final de cursos da área da saúde, uma vez que estes sujeitos, ao longo da estrutura curricular, recebem uma ampla gama de informações sobre cuidados para a manutenção da saúde. Além do mais, estes futuros profissionais estão sendo preparados para atuarem com as diferentes populações no sentido da promoção da saúde^{4,10}.

Portanto, há uma dissonância entre o conteúdo veiculado por meio da matriz curricular dos cursos da área da saúde e as condutas manifestadas pelo grupo de acadêmicos em final de curso. Infelizmente, como reportado em diversos estudos^{4,6,8-15}, muitos jovens, ao se engajarem na universidade, passam a adotar comportamentos de risco que podem afetar a sua saúde.

Desse modo, como destacado por Rechenchosky *et al.*¹², estar no meio universitário, mesmo para sujeitos de cursos da área da saúde, nem sempre favorece a formação de um estilo de vida saudável. Logo, estar na universidade causa impacto de modo distinto em cada sujeito. Este é um espaço que tanto pode favorecer vivências promotoras como não promotoras de estilos de vida saudável¹⁰.

O ingresso na universidade, geralmente, é tido como a primeira oportunidade para o jovem integrar um grupo social sem a supervisão direta de seus familiares, o que os torna mais vulneráveis a experiências previamente proibidas e algumas vezes ilícitas³, as quais podem se estender ao longo de sua vida. No entanto, simultaneamente, este período da formação profissional também se caracteriza como um momento para aquisição de hábitos saudáveis.

Por conseguinte, este estudo, que teve por objetivo determinar as condutas de saúde de alunos de cursos de graduação da área da saúde, reveste-se de significativa importância no sentido de alertar esta comunidade acadêmica para a necessidade de melhor se conhecer comportamentos relacionados ao estilo de vida desses sujeitos.

Entre as condutas relacionadas à segurança no trânsito, evidencia-se a expressiva frequência, para os dois grupos,

quanto ao uso do cinto de segurança no banco dianteiro. O uso desse dispositivo também foi destacado por universitários no estudo de Faria *et al.*¹⁶. Essa conduta já está bastante disseminada na população em geral, entretanto o uso do cinto no banco traseiro ainda é pouco frequente, o que também foi relatado por Malta *et al.*¹⁷.

Com relação ao hábito de dirigir alcoolizado ou andar em veículo conduzido por motorista que tenha consumido álcool, verificou-se que este comportamento é mais prevalente em estudantes concluintes com diferença estatisticamente significativa. Acredita-se que este dado esteja relacionado ao consumo de álcool entre os concluintes, que foi expressivo entre esses sujeitos, corroborando com o relatado em outros estudos^{3,6,8-15}.

Questiona-se, a exemplo de outros pesquisadores^{4,6,17,18}, se condutas como o uso de cinto de segurança em veículos automotores e não dirigir alcoolizado (ou andar em veículo conduzido por motorista que tenha consumido álcool) expressam uma tomada de consciência quanto à necessidade de preservação da integridade física do indivíduo ou estão relacionados a medidas punitivas impostas pelo Código de Trânsito Brasileiro.

Quanto ao consumo de drogas lícitas e ilícitas, observou-se entre os universitários deste estudo que a maioria não costuma fazer uso dessas substâncias. Entre elas, constatou-se que o consumo de álcool foi significativo, ratificando o relatado por inúmeras pesquisas^{3-5,8,9,11,12,14-19}.

O álcool é a droga de uso mais frequente entre os estudantes e o seu excessivo consumo é responsável por diversas consequências negativas. O crescente consumo de álcool por jovens vem recebendo a atenção dos pesquisadores, não somente pelos problemas de ordem biológica decorrentes desse hábito como também pelos prejuízos de ordem social^{3-5,7-11,16-19}. O consumo abusivo do álcool tem sido associado a acidentes de trabalho, episódios de violência, acidentes de trânsito, muitas vezes fatais, baixo desempenho acadêmico, uso de drogas ilícitas, entre outros^{17,18}.

A utilização de drogas (lícitas e ilícitas), possivelmente, está associada à aprovação social e à facilidade de acesso a essas substâncias. A frequente oferta de eventos sociais à comunidade acadêmica pode favorecer o aumento do consumo dessas substâncias, portanto, essa forma de socialização pode ser determinante para aquisição de comportamentos nocivos^{4,8,9,14,16}.

No que se refere à experiência sexual, identificou-se maior frequência entre os universitários concluintes, no entanto, o uso do preservativo foi menos citado. O esperado seria que o aumento da frequência da experiência sexual levasse também a um aumento do uso de preservativo, o que não ocorreu. Essa conduta também foi observada em outras investigações^{4,6,20}. Acredita-se que isso se deva a um possível aumento de relacionamento estável entre jovens do final da graduação. Esse dado é preocupante, uma vez que os jovens se tornam mais expostos às doenças sexualmente transmissíveis por não usarem preservativos.

As atitudes relacionadas à percepção do peso foram semelhantes para os estudantes universitários de início e final do curso o que também foi observado por Laus²¹. A autoavaliação e as atitudes relacionadas ao peso corpóreo reportaram que um número expressivo de universitários (ingressantes e concluintes) manifestou o desejo de perder ou manter peso, corroborando os achados relatados por pesquisas efetivadas com universitários de diferentes regiões do Brasil²¹⁻²⁶.

A influência de padrões de imagem corporal, atualmente, vem recebendo especial atenção dos pesquisadores de diferentes partes do mundo. A cultura do corpo magro está desencadeando uma distorção da imagem corporal e colaborando para o crescimento dos transtornos de comportamento alimentar. A associação entre beleza, sucesso e felicidade com um corpo mais magro tem levado à prática de dietas abusivas e de outras formas não saudáveis de regular o peso^{21,23,26}. Portanto, é importante aprofundar o conhecimento sobre comportamentos e problemas relacionados à distorção da percepção da imagem corporal e suas interfaces com os transtornos de comportamento alimentar, em especial entre estudantes da área da saúde²³.

Em relação à prática de exercício físico com o objetivo de perder ou manter o peso corpóreo, embora as frequências entre os grupos tenham sido muito próximas, observou-se uma diminuição do percentual dessa prática entre os estudantes concluintes de maneira semelhante ao observado por Antes²⁷.

A complexidade da vida acadêmica, geralmente, faz com que os estudantes modifiquem seus hábitos, implicando, muitas vezes, em redução de atividades físicas. Tal condição acarreta prejuízos à qualidade de vida desses universitários, podendo resultar em doenças e agravos não transmissíveis, em consequência de sobrepeso, aumento do nível de

estresse, elevação da taxa de gordura corporal, entre outros^{28,29}.

Em contrapartida, a efetivação regular de atividades físicas pode contribuir para a incorporação de outros comportamentos saudáveis, como a redução do tabagismo, hábitos alimentares adequados e diminuição do estresse. Assim, o incentivo à participação em atividades físicas é uma estratégia que as universidades podem dispor para que os alunos tenham estilo de vida mais adequado²⁹.

Os resultados deste estudo evidenciam a necessidade do desenvolvimento de estratégias que favoreçam a conscientização dos universitários para a adoção de condutas saudáveis, não só para seu próprio benefício, mas também porque eles se tornarão profissionais para atuarem com distintas populações com objetivos de promover a saúde e prevenir doenças. Esses sujeitos, quando na condição de profissionais, têm um papel significativo, podendo exercer influências positivas, motivando seus pacientes para a adoção de hábitos e comportamentos favoráveis à saúde.

CONCLUSÃO |

Com base nos dados obtidos e analisados, pode-se afirmar que as condutas nocivas foram mais frequentes entre os estudantes de fim de curso. Este comportamento suscita a questão sobre o que leva estes acadêmicos a adotarem tais condutas, quando o esperado seria exatamente o inverso, uma vez que estes sujeitos devem ter acumulado, ao longo de sua formação, uma série de conhecimentos sobre condutas de risco.

REFERÊNCIAS |

1. Pereira ÉF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação [Internet]. Rev bras Educ Fís Esporte. 2012 [acesso em 04 mar 2016]; 26(2):241-50. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf>>.
2. Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 5.ed. Londrina: Midiograf; 2010.

3. Pedrosa AAS, Camacho LAB, Passos SRL, Oliveira RVC. Consumo de álcool entre estudantes universitários [Internet]. *Cad Saúde Pública*. 2011 [acesso em 04 de mar 2016]; 8(27):1611-21. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n8/16.pdf>>.
4. Franca C, Colares V. Estudo comparativo de condutas de saúde entre universitários no início e no final do curso. *Rev saúde pública*. 2008; 42(3):420-7.
5. Joia LC. Perfil do estilo de vida individual entre estudantes universitários [Internet]. *Movimenta*. 2010 [acesso em 23 jun 2011]; 3(1):16-23. Disponível em: URL: <<http://www.nee.ueg.br/seer/index.php/movimenta/article/view/277/27>>.
6. Franca C, Colares V. Condutas de saúde entre estudantes de odontologia. *Neurobiologia*. 2009; 72(2):71-82.
7. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin SL, Ross J, Hawkins J, et al. Youth risk behavior surveillance - United States, 2009 [Internet]. *MMWR Surveill Summ*. 2010 [acesso em 10 out 2010]; 59(SS-5):1-142. Disponível em: URL: <<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss5905.pdf>>.
8. Balda-Cabello N, Silva EC. Opinión de universitarios Bolivianos sobre el uso de alcohol en el contexto universitario [Internet]. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011 [acesso em 04 mar 2016]; 19(spe):699-706. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/06.pdf>>.
9. Gasparotto GS, Gasparotto LPR, Rossi LM, Moreira NB, Bontorin MS, Campos W. Associação entre o período de graduação e fatores de risco cardiovascular em universitários [Internet]. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013 [acesso em 04 mar 2016]; 21(3):687-94. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0687.pdf>.
10. Paro CA, Bittencourt ZZLC. Qualidade de vida de graduandos da área da saúde [Internet]. *Rev Bras Educ Méd*. 2013 [acesso em 04 mar 2016]; 37(3):365-75. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n3/09.pdf>>.
11. Ramis TR, Mielke GI, Habeyche EC, Oliz MM, Azevedo MR, Hallal PC. Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados [Internet]. *Rev Bras Epidemiol*. 2012; [acesso em 04 mar 2016]; 15(2):376-85. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n2/15.pdf>>.
12. Rechenchosky L, Paiva TA, Melo JG, Inês LL, Souza LA. Estilo de vida de universitários calouros e formandos de educação física de uma universidade pública do centro-oeste brasileiro [Internet]. *Coleç Pesqui Educ Fís*. 2012 [acesso em 04 mar 2016]; 11(5):47-54. Disponível em: URL: <<http://www.fontouraeditora.com.br/periodico/vol-11/Vol11n5-2012/Vol11n5-2012-pag-47a54/Vol11n5-2012-pag-47a54.pdf>>.
13. Rosa MI, Caciatori JFF, Panatto APR, Silva BR, Pandini J C, Freitas LBS et al. Uso de tabaco e fatores associados entre alunos de uma universidade de Criciúma (SC) [Internet]. *Cad Saúde Colet*. 2014 [acesso em 04 mar 2016]; 22(1):25-31. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00025.pdf>>.
14. Morales BN, Plazas M, Sanchez R, Ventura CAA. Factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería [Internet]. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011 [acesso em 04 mar 2016]; 19(spe):673-83. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/03.pdf>>.
15. Portugal FB, Souza RS, Buaziz V, Siqueira MM. Uso de drogas por estudantes de farmácia da Universidade Federal do Espírito Santo. *J. Bras Psiquiatr*. 2008; 57(2):127-32.
16. Faria YO, Gandolfi L, Moura LBA. Prevalência de comportamentos de risco em adulto jovem e universitário [Internet]. *Acta Paul Enferm*. 2014 [acesso em 04 mar 2016]; 27(6):591-5. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0591.pdf>.
17. Malta DC, Medeiros MMD, Bernal RTI, Silva MMA, Pereira CA, Minayo MCS, et al. Análise das ocorrências das lesões no trânsito e fatores relacionados segundo resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Brasil, 2008 [Internet]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011 [acesso em 04 mar 2016]; 16(9):3679-87. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a05v16n9.pdf>>.
18. Malta DC, Bernal RTI, Silva MMA, Claro RM, Silva Júnior JB. Consumo de bebidas alcoólicas e direção de veículos, balanço da lei seca, Brasil 2007 a 2013 [Internet].

Rev Saúde Pública. 2014 [acesso em 04 mar 2016]; 48(4):692-6. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0692.pdf>.

19. Hvidtfeldt UA, Tolstrup JS, Jakobsen MU, Heitmann BL, Gronbaek M, O'Reilly E, et al. Alcohol intake and risk of coronary heart disease in younger, middle-aged, and older adults [Internet]. *Circulation*. 2010; [acesso em 04 mar 2016]; 121(14):1589-97. Disponível em: URL: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3104851/pdf/nihms293546.pdf>>.

20. Borges ALV, Fujimori E, Hoga LAK, Contin MV. Práticas contraceptivas entre jovens universitários: o uso da anticoncepção de emergência [Internet]. *Cad Saúde Pública*. 2010 [acesso em 16 ago 2011]; 26(4):816-26. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/23.pdf>>.

21. Laus MF, Moreira RCM, Costa TMB. Diferenças na percepção da imagem corporal, no comportamento alimentar e no estado nutricional de universitárias das áreas de saúde e humanas [Internet]. *Rev Psiquiatr RS*. 2009 [acesso em 26 nov 2011]; 31(3):192-6. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3/a09v31n3.pdf>>.

22. Coqueiro RDS, Petroski EL, Pelegrini A, Barbosa A. Insatisfação com a imagem corporal: avaliação comparativa da associação com estado nutricional em universitários [Internet]. *Rev Psiquiatr RS*. 2008 [acesso em 26 nov 2011]; 30(1):31-168. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n1/v30n1a09.pdf>>.

23. Bosi MLM, Nogueira JAD, Uchimura KY, Luiz RR, Godoy MGC. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de medicina [Internet]. *Rev Bras Educ Méd*. 2014 [acesso em 04 mar 2016]; 38(2):243-52. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n2/a11v38n2.pdf>>.

24. Legnani RFS, Legnani E, Pereira EF, Gasparotto GS, Vieira LF, Campos W. Transtornos alimentares e imagem corporal em acadêmicos de Educação Física [Internet]. *Motriz*. 2012 [acesso em 04 mar 2016]; 18(1):84-91. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/motriz/v18n1/v18n1a09.pdf>>.

25. Pereira LNG, Trevisol FS, Quevedo J, Jornada LK. Eating disorders among health science students at a university in

southern Brazil. *Rev Psiquiatr RS*. [Internet]. 2011 [acesso em 04 mar 2016]; 33(1):14-9. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v33n1/1222.pdf>.

26. Garcia L, Milagres OG, Mourão L, Assis M, Palma A. Auto-percepção da imagem corporal em estudantes de Educação Física e Medicina [Internet]. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2011 [acesso em 04 mar 2016]; 16(1):25-30. Disponível em: URL: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/552/550>>.

27. Antes DL, Bidinoto PP, Katzer JI, Corazza ST. O jovem universitário e a busca pela saúde através do exercício físico [Internet]. *Arq. ciências saúde UNIPAR*. 2009 [acesso em 04 mar 2016]; 13(1):29-32. Disponível em: URL: <<http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/2793/2079>>.

28. Moretti GS, Muniz PT, Tavares CM, Brunken GS, Farias Júnior JC, Farias ES. Prevalence of and factors associated with overweight among university students from Rio Branco, Acre – Brazil [Internet]. *RBCDH*. 2014 [acesso em 04 mar 2016]; 16(4):406-18. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcdh/v16n4/1980-0037-rbcdh-16-04-00406.pdf>>.

29. Silva DAS, Petroski EL. Fatores associados ao nível de participação em atividades físicas em estudantes de uma universidade pública no sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [acesso em 04 mar 2016]; 16(10):4087-94. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n10/a14v16n10.pdf>>.

Correspondência para/ Reprint request to:

Luciane Campos

Rua Uruguai, 458, Caixa Postal 360, Bloco 14, Sala 202

Campus da UNIVALI, Itajaí/SC, Brasil

CEP: 88302-901

Tel.: (47) 3341-7564

E-mail: lucampos@univali.br

Submetido em: 05/08/2014

Aceito em: 13/04/2016

Awareness of pregnant women about HIV and vertical transmission in São José do Rio Preto, São Paulo, Brazil

Conhecimento da gestante sobre o HIV e a transmissão vertical em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil

ABSTRACT | Introduction: Vertical transmission (VT) constitutes the main route for child infection by the HIV-1 virus (human immune deficiency virus). It is during pregnancy (and even prior to this) that preventive measures should be taken. **Objective:** To identify the awareness of pregnant women about vertical transmission and HIV. **Methods:** This is a descriptive and exploratory study using a quantitative approach. A total of 120 pregnant women undergoing prenatal care at the health units in São José do Rio Preto were included in the study. Data were collected from both a prenatal portfolio and a questionnaire on the awareness of these women about HIV infection. For correlation analysis, Spearman test with a statistical significance lower than 5% ($p < 0.05$) was used. **Results:** Mean age was 24 years ($SD = 5.82$); 89.2% had a partner; average schooling was 10.07 years; 75.8% earned two to three minimum wages; 40.8% were in the first pregnancy; 89.2% agreed that the use of condoms is the best way to prevent the transmission of HIV; 90.7% stated transmission can occur by sharing razor blades, needles and cuticle pliers; 76.7% believed that HIV positive pregnant woman is at risk of transmitting the virus to her baby during pregnancy; 58.3% at delivery and 50.0% by breastfeeding. **Conclusion:** Pregnant women have a lack of knowledge regarding the vertical transmission of HIV. This strengthens the importance of early awareness-raising, which should be maintained throughout prenatal education according to the women's understanding level.

Keywords | Human Immunodeficiency Virus; Sexually Transmitted Diseases; Obstetric Nursing; Prevention of diseases.

RESUMO | Introdução: A Transmissão vertical (TV) é uma das principais vias de contágio do vírus da imunodeficiência humana (HIV). É durante a gestação, e mesmo até antes dela, que ações de prevenção devem ser desenvolvidas. **Objetivo:** Identificar o conhecimento das gestantes sobre transmissão vertical e HIV. **Métodos:** Estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. Participaram 120 gestantes do pré-natal das Unidades de Saúde de São José do Rio Preto (SP). Os dados da pesquisa foram coletados da carteira do pré-natal e de questionário sobre o conhecimento das gestantes acerca da infecção pelo HIV. O teste de Spearman foi utilizado para análise de correlação ($p < 0,05$). **Resultados:** A faixa etária média foi 24 anos ($DP=5,82$); 89,2% tinham companheiro; a média de escolaridade foi 10,07 anos; 75,8% com renda de dois a três salários mínimos; 40,8% eram primigestas; 89,2% concordaram que a melhor maneira de evitar a transmissão do HIV é por meio da utilização de preservativo; 90,7% que a transmissão pode ser feita por intermédio do compartilhamento de lâminas de barbear, seringas e alicates para cutícula; 76,7% acreditam que a gestante portadora do HIV corre o risco de transmiti-lo para o seu bebê durante a gravidez, 58,3%, no parto, e apenas 50,0%, durante a amamentação. **Conclusão:** As gestantes possuem déficit de conhecimento no que diz respeito à transmissão vertical do HIV, o que ressalta a importância da educação precoce e contínua no pré-natal, orquestrada ao nível de compreensão das mulheres.

Palavras-chave | Vírus da imunodeficiência humana; Doenças sexualmente transmissíveis; Enfermagem obstétrica; Prevenção de doenças.

¹Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um grave problema de saúde pública, caracterizado como uma pandemia, que se destaca pelas alterações e consequências causadas na vida do portador e pelo número de pessoas infectadas que continua aumentando¹.

A transmissão heterossexual tornou-se a principal via de contágio do HIV desde o início dos anos 90², o qual tem prevalência de 0,61% na população brasileira entre 15 e 49 anos de idade e, em mulheres, de 0,41%, que equivale a 251.584 mulheres infectadas³. Entre as mulheres, a via mais comum de transmissão do HIV é a sexual⁴. O crescimento da transmissão heterossexual trouxe como consequência, o aumento da taxa de transmissão vertical (TV) do HIV, que se refere à transmissão do vírus da mãe para o seu filho em qualquer momento da gestação (25%), no parto e pós-parto (75%) e durante a amamentação (30%), que por si só representa riscos adicionais de transmissão que se renovam a cada exposição da criança ao peito.³ Por esse motivo, o aleitamento materno e o aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra mulher) estão contraindicados⁵.

Para contribuir para mudanças saudáveis nas atitudes das mulheres, o profissional, durante sua consulta no pré-natal, deve acolher e desenvolver ações educativas individuais ou em grupos, fundamentais para a adesão ao tratamento e ao cuidado durante o ciclo gravídico puerperal para evitar a TV³.

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil indica que, aproximadamente, 84% dos casos de AIDS pediátrica em crianças com até 13 anos de idade são decorrentes de TV, devido à falta de conhecimento das mulheres de como evitar a transmissão do HIV para o seu filho⁶.

A assistência adequada, no pré-natal, no parto e no puerpério, reduz a TV do HIV para cerca de 1% a 2%. Recomenda-se: i) o uso de antirretrovirais a partir da 14ª semana de gestação; ii) a utilização de AZT (Zidovudina) injetável durante o trabalho de parto; e iii) a realização de parto cesáreo^{3,4}. Para a prevenção, é essencial a identificação dos fatores psicológicos, culturais e sociais que interferem na aceitação e na aplicação dessa assistência^{7,8}.

É frequente a detecção tardia da infecção pelo HIV em gestantes. Elas vêm ao pré-natal no final da gravidez sem

diagnóstico prévio, ou chegam ao hospital em trabalho de parto e são diagnosticadas com teste rápido³.

Diante do exposto, e com a finalidade de proporcionar uma melhor assistência à mulher no ciclo grávido puerperal, o objetivo do presente estudo foi identificar o conhecimento das gestantes sobre o HIV e a transmissão vertical.

MÉTODOS |

Tratou-se de um estudo quantitativo, descritivo exploratório, transversal, desenvolvido no município de São José do Rio Preto, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. O município tem 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS) subdivididas em cinco distritos. A área de abrangência foi o Distrito de Saúde IV, que é cenário de ensino do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – Autarquia Estadual (FAMERP), composto por quatro Unidades Básicas de Saúde. A área possuía 13.807 mulheres na fase reprodutiva (10 a 49 anos) que tiveram 496 nascidos vivos, dessas, 406 realizaram pelo menos sete consultas de pré-natal em 2012⁹.

A amostra da população foi composta por 120 mulheres que compareceram nessas unidades no período de setembro a dezembro de 2013 e que atenderam aos seguintes critérios: a) ser gestante; b) ter o cartão do pré-natal; e c) aceitar por escrito a sua participação na pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. O critério de exclusão seria ser analfabeta.

A coleta de dados foi realizada com um instrumento específico, composto por duas partes: a primeira, com os dados sócios demográficos, os obstétricos e ginecológicos coletados do cartão de pré-natal, e a segunda, com os dados sobre o conhecimento do HIV e transmissão vertical entregue para a gestante responder e recolhido em seguida.

Após a coleta, os dados foram transcritos para uma planilha elaborada na versão Excel 2010. Na análise estatística, foi utilizado o programa *Graphpad Instat* 3.0 e *Prisma* 6.01. Foi realizada análise estatística descritiva. Os cálculos de frequência, a média e o desvio padrão foram feitos de acordo com a variável em questão. Nas variáveis sobre o conhecimento do HIV e da TV, aplicou-se a correlação de *Spearman* (dados não paramétricos). Nas análises de correlação entre as variáveis, considerou-se significativa

quando o valor de *p* foi menor do que 0,05. Os valores de *r* indicam a força da análise de correlação: *r*= 0,10 até 0,30 (fraco); *r*= 0,40 até 0,60 (moderado); *r*= 0,70 até 1 (forte)¹⁰.

Este estudo seguiu as normas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP, sob o parecer de nº 350.287.

RESULTADOS |

Nas características socioeconômicas, destacou-se que 20,0% das participantes eram adolescentes, com média da idade de 24 anos (DP=5,82). Entre as mulheres, 89,2% tinham companheiro. Tempo de escolaridade menor ou igual a 11 anos correspondeu a 75,0% das gestantes, com média de escolaridade de 10,07 anos (DP=2,27). Exerciam atividade remunerada, 50,8%; seguido por 28,3% das mulheres que se declararam “Do lar”. Uma renda familiar de dois a três salários mínimos foi declarada por 75,8% das gestantes.

O início da vida sexual na adolescência foi a realidade de 93,3% das mulheres. Para 45,8%, ocorreu antes dos 15 anos de idade; 73,3% tiveram relação sexual com mais de um parceiro; 81,7% das gestantes definiram que seus parceiros usavam preservativo masculino “às vezes ou nunca” (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das gestantes segundo os dados ginecológicos, São José do Rio Preto, 2014

Variáveis	N	%
Idade da 1ª relação sexual		
≤ 15 anos	55	45,8
16-19 anos	57	47,5
20 ou +	8	6,7
Nº de Parceiros		
1 parceiro	32	26,7
Mais que 1 parceiro	88	73,3
Uso de preservativo*		
Sempre	22	18,3
Às vezes	56	46,7
Nunca	42	35,0
Total	120	100,0

*Preservativo masculino; N: número de gestantes.

Identificou-se que 40,8% eram primigestas e 4,2% não havia realizado o pré-natal anteriormente. A média do número de consultas de pré-natal até o momento da entrevista foi de 5,24 (DP=8,4) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das gestantes segundo os dados obstétricos, São José do Rio Preto, 2014

Variáveis	N*	%
Início do Pré-natal		
1º Trimestre	98	81,7
2º Trimestre	21	17,5
3º Trimestre	1	0,8
Nº de Gestações		
1 gestação	49	40,8
2 gestações	40	33,3
3 gestações	16	13,3
4 gestações ou +	15	12,6
Nº de Consultas		Média: 5,24 - DP**:8,4
1-3 consultas	31	25,8
4-6 consultas	59	49,2
7 ou +	30	25,0
Total	120	100

*N: número de gestantes; DP: Desvio padrão.

Em relação às DSTs, 5,0% das mulheres já haviam adquirido uma doença ao longo da vida. Foram citadas as seguintes patologias prévias: condiloma, infecção pelo vírus da Hepatite C, papiloma vírus humano (HPV), sífilis e gonorréia. Neste pré-natal, todas as gestantes efetuaram o exame anti-HIV com resultado negativo.

Em relação ao conhecimento das gestantes, observou-se que, nas questões de 1 a 6 sobre a transmissão do HIV, elas demonstraram ter conhecimento, com um acerto de 62,5%, 91,7%, 91,7%, 75,0%, 89,2% e 60,0%, respectivamente. Ao relacionar as questões de 7 a 12 sobre transmissão vertical do HIV, os percentuais de acerto diminuíram para 76,7%, 58,3%, 50,0%, 47,5%, 41,7% e 36,7%, respectivamente (Tabela 3).

Foi observada associação estatisticamente significativa em relação ao conhecimento da transmissão vertical do HIV para as variáveis idade (*p*=0,0088) e união conjugal (*p*=0,0422), e quanto maior a idade e para a presença do parceiro fixo, o nível de conhecimento das gestantes aumentou.

Tabela 3 - Distribuição das gestantes segundo as respostas sobre o HIV e suas formas de prevenção, São José do Rio Preto, 2014

QUESTÃO	RESPOSTA	NÚMERO DE GESTANTES	%
1. O risco de transmissão do vírus da AIDS, o HIV, é menor quando se tem relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado, ou seja, que não tem HIV.	Concordam	75	62,5
	Discordam	35	29,2
	Não sabem	10	8,3
2. Uma pessoa de aparência saudável, aquela que não parece que está doente, pode estar infectada pelo vírus da AIDS, o HIV.	Concordam	110	91,7
	Discordam	6	5,0
	Não sabem	4	3,3
3. Usar preservativo, a camisinha é a melhor maneira de evitar que o vírus da AIDS, o HIV, seja transmitido durante a relação sexual.	Concordam	110	91,7
	Discordam	7	5,8
	Não sabem	3	2,5
4. Uma pessoa pode ser contaminada com o vírus da AIDS usando talheres, copos ou refeições de outras pessoas que possuem o vírus.	Concordam	18	15,0
	Discordam	90	75,0
	Não sabem	12	10,0
5. Uma pessoa pode adquirir o vírus da AIDS, o HIV, através do uso de materiais pessoais como lâminas de barbear, seringas e até mesmo com o uso de alicates, palitos e lixas de unha em manicures.	Concordam	107	89,2
	Discordam	6	5,0
	Não sabem	7	5,8
6. Uma pessoa pode adquirir o vírus da AIDS, o HIV, através de um beijo ou pelo suor.	Concordam	28	23,3
	Discordam	72	60,0
	Não sabem	20	16,7
7. Uma mulher grávida que tenha o vírus da AIDS, o HIV, corre o risco de transmiti-lo á seu bebê durante a gravidez.	Concordam	92	76,7
	Discordam	12	10,0
	Não sabem	16	13,3
8. Uma mulher grávida que tenha o vírus da AIDS, o HIV, corre o risco de transmiti-lo á seu bebê durante o parto.	Concordam	70	58,3
	Discordam	10	8,3
	Não sabem	40	33,4
9. Uma mulher grávida que tenha o vírus da AIDS, o HIV, corre o risco de transmiti-lo á seu bebê durante a amamentação.	Concordam	60	50,0
	Discordam	22	18,3
	Não sabem	38	31,7
10. Existe uma medicação que pode evitar a transmissão do vírus da AIDS, o HIV, da gestante infectada para seu bebê.	Concordam	57	47,5
	Discordam	8	6,7
	Não sabem	55	45,8
11. Ao nascer, o filho de mulheres que tenha o vírus da AIDS, o HIV, devem receber medicação, mesmo que suas mães portadoras do vírus tenham recebido medicação durante a gestação.	Concordam	50	41,7
	Discordam	5	4,2
	Não sabem	65	54,1
12. Ao nascer, o filho de mulheres que tenha o vírus da AIDS, o HIV, devem receber medicação, mesmo que suas mães portadoras do vírus tenham recebido medicação durante o parto.	Concordam	44	36,7
	Discordam	6	5,0
	Não sabem	70	58,3
TOTAL		120	100

Tabela 4 - Correlações significativas das variáveis com o conhecimento e o não conhecimento sobre a transmissão vertical do HIV, São José do Rio Preto, 2014

Variáveis	Conhecimento		Não conhecimento	
	r	p-valor	r	p-valor
Idade	-0,2381	0,0088	-0,2132	0,0184
União conjugal	-0,1858	0,0422	-	-
Escolaridade	-	-	-0,2889	0,0012
Idade 1ª relação	-	-	-0,136	0,0326

r: força da análise de correlação; p-valor: nível de significância

A falta de conhecimento associou-se com as variáveis idade ($p=0,0184$), escolaridade ($p=0,0012$) e idade da primeira relação sexual ($p=0,0326$). As mulheres com menor idade (≤ 19 anos), com menor escolaridade, que tiveram a primeira relação sexual com idade inferior a 15 anos apresentaram menor conhecimento da transmissão vertical do HIV (Tabela 4).

Quanto aos valores de r (coeficiente de correlação), os resultados apresentaram força negativa de relação entre as variáveis, uma vez que a correlação foi considerada fraca. Em relação ao conhecimento da transmissão vertical, a idade e a união conjugal, a correlação foi considerada significativamente fraca, com valores correspondentes a $r=-0,2381$ e $r=-0,1858$, respectivamente. Também foi considerada uma correlação fraca quando relacionado o não conhecimento da transmissão vertical com a idade ($r=-0,2132$), escolaridade ($r=-0,2889$) e idade da primeira relação sexual ($r=-0,136$).

DISCUSSÃO |

A gravidez na adolescência é um grave problema de saúde pública em todo o mundo, que acarreta complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicossociais e econômicos¹¹.

Embora essas gestações tenham diminuído na última década, ainda é necessária a promoção de programas que respeitem os direitos sexuais e reprodutivos das adolescentes, contribuindo dessa forma, para a redução da incidência de abortamento e a reincidência da gravidez nessa faixa etária¹².

No que diz respeito à presença de companheiro fixo, pressupõe-se certa segurança e confiança no relacionamento, mas, na realidade, o número de casos de HIV em casais heterossexuais vem crescendo nos últimos anos¹³. Em um estudo na Bahia, foi demonstrada maior proporção de soropositividade entre as casadas ou com união estável¹⁴. Os casais com cinco a 10 anos de união conjugal enfatizam os aspectos afetivos, que ultrapassam a visão biológica, a problemática e o conhecimento científico sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). As mulheres reconhecem a possibilidade de transmissão pela via sexual, contudo, essa transmissão está associada à

traição do parceiro, causando mais desespero e sofrimento que a doença em si¹⁵.

A ocupação das mulheres foi semelhante em estudo conduzido no Rio de Janeiro, que mostrou predominância de mulheres “Do lar”. Relacionando este fato a baixa escolaridade, pode-se concluir que as gestantes não exercem atividade remunerada ou trabalham em setores terciários, como no ramo doméstico¹⁰. A escolaridade contribui para a assimilação das informações. A baixa escolaridade dificulta os saberes e a adesão às práticas comportamentais seguras, aumentando o risco obstétrico¹³.

O início da vida sexual na adolescência é uma prática que afirma a autonomia, quando passam a vivenciar a sua sexualidade de maneira mais liberal. Na cidade de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, a idade média da primeira relação sexual é 14 anos para o sexo masculino e 15 para o feminino¹⁶. Um estudo na população brasileira, com um total de 2.485 jovens de 15 a 24 anos, revelou que 35,0% iniciaram atividade sexual antes dos 15 anos de idade, e 77,6% tinham vida sexual¹⁷.

Para evitar os desfechos negativos relacionados à iniciação sexual precoce, são necessárias estratégias educacionais¹⁸, incentivando o uso de preservativo, uma vez que não vai interferir no prazer das relações e que essa segurança dos adolescentes quando estão com parceiro fixo é ilusória. De acordo com o MS, apenas 30% dos jovens de 15 a 24 anos usam regularmente preservativo com parceiro fixo¹⁶.

A aquisição de doenças sexualmente transmissíveis muitas vezes decorre da ignorância sobre o assunto¹⁸. Na América Latina, o sexo desprotegido é o principal modo de transmissão do HIV para as mulheres²⁰. A atividade sexual desprotegida pode causar impacto na vida reprodutiva das jovens, com susceptibilidades à contaminação do HIV e os problemas advindos da transmissão vertical¹⁴. De acordo com o inquérito domiciliar no Brasil, 61,0% da população sexualmente ativa de 15 a 24 anos usaram preservativo na primeira relação sexual; 55,0% na última relação sexual, independentemente da parceria, e apenas 35,0% utilizaram regularmente o preservativo, independentemente da parceria¹⁷.

O comportamento das mulheres no consumo de álcool é preocupante, principalmente quando acontece em sua idade reprodutiva ou ainda durante a gestação²¹. Em

estudo realizado no Rio de Janeiro/RJ, foi observado que 40,6% das parturientes consumiram álcool durante algum período da gestação e que 10,1% fizeram uso do álcool frequentemente durante toda a gravidez²².

Quando a mulher engravida pela primeira vez, é necessário que, na assistência pré-natal, ela adquira conhecimentos sobre a gestação, o crescimento e o desenvolvimento do feto, além da preparação para o processo do nascimento, a fim de sanar dúvidas, complicações e ansiedade desses e de outros assuntos sem sofrimento¹⁹.

A cobertura adequada ao pré-natal de qualidade oferece a oportunidade do esclarecimento de vários assuntos, entre eles o conhecimento sobre o HIV e sua forma de transmissão, que envolve desde as formas de contágio às atitudes diante de situações de risco¹³.

A gravidez é um período de maior risco de exposição a DSTs/HIV, devido à ocorrência de modificações no sistema imunológico que predispõem a gestante a essas doenças infecciosas, tornando-se um dos problemas do período gestacional²⁴.

Embora as DSTs/HIV sejam um assunto muito discutido, ainda é grande a proporção de pessoas que não têm acesso a essas informações, seja por sua condição social, seja mesmo por falhas no sistema de saúde²⁵.

Todas as mulheres desta pesquisa realizaram e receberam o resultado negativo do teste anti-HIV durante essa gestação, cenário mais favorável do que o encontrado na cidade do Rio de Janeiro/RJ, no qual apenas 2/3 das mulheres realizaram o teste e tiveram acesso a ele na gestação²⁶. Em estudo realizado em Canoas/RS, o principal motivo que levou 55,5% das mulheres a procurarem o atendimento nos centros especializados para a realização do teste anti-HIV foi terem vivenciado alguma situação de risco²⁷.

Na assistência pré-natal, o exame anti-HIV deve ser realizado com o consentimento da gestante e após aconselhamento pré-teste, o resultado é entregue após aconselhamento pós-teste. O exame é preconizado na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre, e na sala de parto²⁸.

Observou-se no presente estudo que enquanto algumas gestantes expressaram conhecimento sobre a transmissão vertical do HIV, outra parcela significativa se revelou desinformada acerca desse tipo de transmissão, e foi

constatado que, no pré-natal, o aconselhamento nem sempre acontece²⁹.

Segundo o Sistema do Monitoramento de Indicadores de DST/AIDS, do Ministério da Saúde, foram encontrados indicadores de conhecimentos, atitudes e práticas relacionados à infecção pelo HIV, e 96,6% da população brasileira concordaram que o uso de preservativos é a melhor maneira de evitar a infecção pelo HIV; 92,0%, que uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV; e 91,2% sabiam que poderiam ser infectados pelo HIV ao compartilhar seringas¹⁷.

De acordo com a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP), realizada com jovens na faixa etária entre 15 e 24 anos, apenas 51,7% demonstraram conhecimento correto das formas de transmissão do HIV, e 97,0% sabiam que podem ser infectados nas relações sexuais sem uso de preservativo¹⁷.

Os indicadores de conhecimento apresentaram declínio quando se diz respeito à transmissão vertical, por exemplo, o desconhecimento sobre a existência de uma medicação que possa evitar a passagem do HIV da mãe infectada para o seu filho e também o fato de não terem o conhecimento de que o HIV pode ser transmitido da gestante ao filho no momento da amamentação. Estudos constataram que as gestantes não consideravam a amamentação como forma de transmissão vertical do HIV.^{18,30}

A significativa associação entre o conhecimento da TV e a idade e a união conjugal comprovou que as mulheres com mais idade e com parceiro fixo apresentaram um melhor conhecimento em relação às informações questionadas. Do mesmo modo em que a relação encontrada entre o não conhecimento, idade, escolaridade e idade da primeira relação sexual é coerente, o fator idade mantém relação direta com o desenvolvimento cognitivo e comportamental dos indivíduos; além de poder interferir na demanda em saúde, dos programas de prevenção, educação, controle e assistência. A falta da escolaridade pode comprometer a construção de conhecimento acerca do HIV/AIDS e dos riscos de contaminação e com a atividade sexual feminina iniciando-se cada vez mais cedo, coloca as mulheres numa condição de vulnerabilidade à infecção, justificando o processo de feminização da epidemia de AIDS²⁹.

CONCLUSÃO |

Concluiu-se que as gestantes possuem *déficit* de conhecimento no que diz respeito à transmissão vertical do HIV, ressaltando a importância da educação contínua no pré-natal, orquestrada ao nível de compreensão das mulheres, conscientizando-as do seu direito de escolha do cuidado com o seu corpo e evitando o contágio dessas e de outras doenças.

Essas oportunidades perdidas para realizar as intervenções no pré-natal mostram a deficiência no processo do controle da transmissão do HIV, o que nos distancia das normas, direitos e medidas preconizadas pelo MS. Recomenda-se que as equipes de saúde recebam educação permanente sobre os avanços dessa epidemia na população feminina e as intervenções eficazes na redução dessa transmissão.

REFERÊNCIAS |

1. Silva JVF, Nascimento Júnior FJM, Rodrigues APRA. Fatores de não adesão ao tratamento antirretroviral: desafio de saúde pública [internet]. *Cad Grad-Ciênc Biol Saúde-FITS*. 2014 [acesso em 19 mai 2014]; 2(1):165-75. Disponível em: URL: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/1193/772>.
2. Santos RCS, Souza MJA. HIV na gestação [internet]. *Estação Cient-UNIFAP*. 2012 [acesso em 19 mai 2014]. 2(2):11-24. Disponível em: URL: <https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/535/santosv2n2.pdf>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 15 abr 2014];316 p. Disponível em: URL: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf.
4. Rodrigues STC, Vaz MJR, Barros SMO. Transmissão vertical do HIV em população atendida no serviço de referência [internet]. *Acta Paul Enferm*. 2013 [acesso em 26 fev 2014]. 26(2):158-64. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a09.pdf>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Recomendações da profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 22 mar 2013]; 172 p. Disponível em: URL: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_gestantes_2010_vf.pdf.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 13 mai 2014]. 2:(1)64p. Disponível em: URL: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf.
7. Rosenthal RM, Stoffel PC, Alves LAGB, Silveira MF. Análise do perfil das gestantes portadoras de HIV na cidade de pelotas, RS [internet]. 2º Congresso de Iniciação Científica. Mostra Científica da UFPEL. Pelotas: UFPEL; 2011 [acesso em 12 fev 2013]. Disponível em: URL: http://www.ufpel.edu.br/cic/2011/anais/pdf/CS/CS_01200.pdf.
8. Carvalho IA, Santos VEP, Teixeira DS, Tavares VS, Santos RAA. Perfil de gestantes atendidas em consulta de enfermagem em uma estratégia de saúde da família rural [internet]. *J Nurs UFPE On Line*. 2010 [acesso em 07 abr 2014]; 4(4):1622-30. Disponível em: URL: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/1036/1563>.
9. São José do Rio Preto. Prefeitura de São José do Rio Preto. Painel de monitoramento 2013 [Internet]. 2012 [acesso em 10 abr 2013]; 32 p. Disponível em: URL: http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/painmoni/painel_monitoramento_2013/.
10. Dancy C, Reidy J. Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows. Porto Alegre: Artmed; 2006.
11. Alves CN, Ressel LB, Sanfelice C, Bisognin P, Wilhelm LA, Zanini RR. Perfil de gestantes assistidas no pré-natal de enfermagem de uma Unidade Básica de Saúde [internet]. *J Res Fundam Care Online*. 2013 [acesso em 09 abr 2014]; 5(3):132-41. Disponível em: URL: <http://www>.

seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2052/pdf_831>.

12. Rodrigues, RM. Gravidez na adolescência [internet]. *Nascer Crescer*. 2010 [acesso em 26 mai 2014]; 19(3):S201. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/nas/v19n3/v19n3a21.pdf>>.

13. Costa ACPJ, Lins AG, Araújo MFM, Araújo TM, Gubert FA, Vieira NFC. Vulnerabilidade de adolescentes escolares à DST/HIV, em Imperatriz - Maranhão [internet]. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013 [acesso em 22 mar 2014]; 34(3):179-86. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a23v34n3.pdf>>.

14. Pereira BS, Costa MCO, Amaral MTR, Costa HS, Silva CAL, Sampaio VS. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil [internet]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014 [acesso em 24 mai 2014]; 19(3):747-58. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00747.pdf>>.

15. Rodrigues LSA, Paiva MS, Oliveira JF, Nóbrega SM. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/AIDS: estudo de representações sociais [internet]. *Rev Esc Enferm USP*. 2012 [acesso em 26 mai 2014]; 46(2):349-55. Disponível em: URL: <<http://www.revistas.usp.br/reusp/article/download/40955/44468>>.

16. Hugo TDO, Maier VT, Jansen K, Rodrigues CEG, Cruzeiro ALS, Ores LC, et al. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional [internet]. *Cad Saúde Pública*. 2011 [acesso em 05 mar 2014]. 27(11):2207-14. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n11/14.pdf>>.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Recomendações para a atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 26 mai 2014]; 116 p. Disponível em: URL: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/52844/adolescentes_07032013_web_pdf_20485.pdf>.

18. Fonte VRF, Spindola T, Martins ERC, Francisco MTR, Clos AC, Pinto RC. Conhecimento de gestantes de um

hospital universitário relacionado à prevenção de DST/AIDS [internet]. *Rev Enferm UERJ*. 2012 [acesso em 26 fev 2014]; 20(4):493-9. Disponível em: URL: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/enfermagemuerj/article/view/5224/3828>>.

19. Carvalho IA, Santos VEP, Teixeira DS, Carvalho JA. Perfil ginecológico-obstétrico de gestantes atendidas em consulta de enfermagem [internet]. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2011 [acesso em 10 abr 2014]; 3(2):1973-82. Disponível em: URL: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1428/pdf_396>.

20. Mundo de Hoy. La vulnerabilidad femenina frente al VIH en América Latina [Internet]. 2014 [acesso em 26 mai 2014]; Disponível em: URL: <<http://www.mundodehoy.com/index.php/noticias/nacional/15050.html>>.

21. Jeronymo DVZ, Nicolau JF, Botti ML, Soares LG. Repercussões do consumo de álcool na gestação - estudo dos efeitos no feto [internet]. *Braz J Surg Clin Res*. 2014 [acesso em 12 mai 2014]; 6(3):40-6. Disponível em: URL: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140501_181135.pdf>.

22. Rocha RS, Bezerra SC, Lima JWO, Costa FS. Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos [internet]. *Rev Gaúcha Enferm* [internet]. 2013 [acesso em 20 mai 2014]; 34(2): [cerca de 8p]. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a05.pdf>>.

23. Veloso LUP, Monteiro CFS. Prevalência e fatores associados ao uso de álcool em adolescentes grávidas [internet]. *Rev Latinoam Enferm*. 2013 [acesso em 20 mai 2014]; 21(1):9 telas. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a20.pdf>.

24. Kupek E, Oliveira JF. Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de maior incidência de AIDS no Brasil: um estudo populacional no período de 2002 a 2007 [internet]. *Rev Bras Epidemiol*. 2012 [acesso em 15 abr 2014]; 15(3):478-87. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n3/04.pdf>>.

25. Souza SMB, Andrade J. Soroprevalência de HIV em gestantes acompanhadas pelo programa saúde da família [internet]. *Rev Baiana Saúde Públ*. 2014 [acesso em 19 mar 2014]; 27(1-2):28-37. Disponível em: URL: <<http://inseer>

ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1068/pdf_357>.

26. Soares ML, Oliveira MIC, Fonseca VM, Brito AS, Silva KS. Preditores do desconhecimento do status sorológico de HIV entre puérperas submetidas ao teste rápido anti-HIV na internação para o parto [internet]. Ciênc Saúde Coletiva. 2013 [acesso em 7 abr 2014]; 18(5):1313-20. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n5/16.pdf>>.

27. Maciel ML, Bizani D. Perfil das mulheres que solicitam teste anti-hiv no centro de testagem e aconselhamento de canoas, RS [internet]. Rev Mus Arq Hist La Salle. 2014 [acesso em 26 mai 2014]; 17:113-126. Disponível em: URL: <<http://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Mouseion/article/view/1528/1062>>.

28. Costa MS, Patrício CL, Bispo GMB, Rodrigues EMD, Araújo DB. Exame Anti-hiv: saberes, significados e vivências de gestantes [internet]. J Res Fundam Care Online. 2013 [acesso em 14 abr 2014]; 5(3):10-7. Disponível em: URL: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2068/pdf_806>.

29. Matos SD, Baptista RS, França ISX, Medeiros FAL, Brito VRS. Conhecimento das gestantes atendidas nos serviços de pré-natal acerca do teste anti-HIV [internet]. Rev Rene. 2009 [acesso em 26 fev 2014]; 10(2):122-30. Disponível em: URL: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/499/pdf>>.

30. Praça NS, Freitas P, Kimura AF. Knowledge about HIV/AIDS on women's health: a descriptive study with undergraduates [internet]. Online Braz J Nurs Online. 2013 [acesso em 15 abr 2014]; 12(2):359-76. Disponível em: URL: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3831/pdf>>.

Correspondência para/ Reprint request to:

Bruna Amato Jordão

Rua Duarte Pacheco, 1400, Casa 148,
Higienópolis, São José do Rio Preto/SP, Brasil
CEP: 15085-140
E-mail: bjordao17@hotmail.com

Submetido em: 15/08/2014

Aceito em: 04/12/2014

Epidemiological profile of patients admitted with sickle cell anaemia in the state of Espírito Santo, Brazil (2001-2010)

| Perfil epidemiológico de pacientes internados por doença falciforme no estado do Espírito Santo, Brasil (2001-2010)

ABSTRACT | Introduction: *Sickle cell disease (SCD) is a common genetic illness in Brazil, characterized by the presence of hemoglobin S (HbS). In some situations, HbS molecules may undergo polymerization, causing the sickling of red blood cells, which in turn may lead to shortening of the average lifetime of red blood cells, vaso-occlusive phenomena and episodes of pain and organ damage.*

Objective: *To analyze the profile of hospital admissions of patients with SCD in Espírito Santo state, Brazil.*

Methods: *Data were collected from The National Hospital Information System database (SIH/SUS), from 2001 to 2010.*

Results: *1,637 admissions caused by SCD were found in the state of Espírito Santo. Most patients were male (55.3%), aged 0 to 4 years (29.7%) and 73.7% dwelled in the micro region of Vitória. The length of in-hospital stay was higher than four days (50.4%) and hospital deaths was highest (37.5%) in the 20-29 age group.*

Conclusion: *The SCD inpatients came from the most densely populated region of the state, with children accounting for the largest number of admissions, while mortality was highest among young adults. Neonatal screening is essential for early diagnosis, allowing the initiation specific care.*

Keywords | *Sickle cell disease; Epidemiology; Hospital information systems.*

RESUMO | Introdução: A doença falciforme (DF) é uma enfermidade genética frequente no Brasil, caracterizada pela presença da hemoglobina S (HbS). Em certas situações, as moléculas de HbS podem sofrer polimerização, provocando a falcização das hemácias, o que ocasiona encurtamento da vida média das hemácias, fenômenos de vaso-oclusão, episódios de dor e lesão de órgãos. **Objetivo:** Analisar o perfil das internações de pacientes com DF no Estado do Espírito Santo, Brasil. **Métodos:** Os dados foram coletados do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS), versão reduzida no período de 2001 a 2010. **Resultados:** Foram encontradas 1.637 internações por DF no Estado do Espírito Santo, sendo a maioria de homens (55,3%), faixa etária até 4 anos (29,7%) e 73,3% da microrregião de Vitória. O tempo de permanência hospitalar foi acima de quatro (50,4%), e a maioria dos óbitos (37,5%) na faixa etária de 20 a 29 anos. **Conclusão:** A maior parte das hospitalizações ocorreu na região mais populosa do estado, envolvendo crianças, e os óbitos prevalentes em adultos jovens. A triagem neonatal é essencial para o diagnóstico precoce, possibilitando o início de cuidados específicos.

Palavras-chave | Doença falciforme; Epidemiologia; Sistemas de informação hospitalar.

² Universidade Federal do Espírito Santo, São Mateus/ES, Brasil

INTRODUÇÃO |

A Doença Falciforme (DF) é um dos distúrbios genéticos mais frequentes no Brasil e abrange um grupo de alterações genéticas cuja principal característica é a herança do gene que produz um tipo alterado de hemoglobina no sangue, a hemoglobina S (Hb S). Assim, o doente falciforme possui a variante Hb S, em vez da hemoglobina A (Hb A) normal no adulto¹.

A denominação anemia falciforme é reservada para a forma da doença que ocorre em homozigose para o gene da HbS (SS). Além disso, o gene da HbS pode combinar-se com outras anormalidades hereditárias das hemoglobinas, como hemoglobina C (HbC), hemoglobina D (HbD), beta-talassemia, entre outros, gerando combinações que também são sintomáticas, denominadas, respectivamente, hemoglobinopatia SC, hemoblobinopatia SD, S/beta-talassemia. No conjunto, todas essas formas sintomáticas do gene da HbS, em homozigose ou em combinação, são conhecidas como DF².

Pacientes com DF exibem uma anemia hemolítica caracterizada pela tendência das hemácias a tomar uma forma bastante anormal sob condições de baixa tensão de oxigênio³. Em determinadas situações, as moléculas de HbS podem sofrer polimerização, provocando a falcização das hemácias, ocasionando encurtamento da vida média das hemácias, fenômenos de vaso-oclusão e episódios de dor e lesão de órgãos². Os heterozigotos, que são ditos como traço falcêmico, são clinicamente normais, mas suas hemácias afoiçam-se quando submetidas à pressão de oxigênio muito baixa *in vitro*, entretanto, o grau de desoxigenação resultante da passagem do sangue por meio da microcirculação não leva à falcização significativa *in vivo*³.

Segundo o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), do Ministério da Saúde, nascem no Brasil 3.500 crianças por ano com DF e 200.000 com traço falciforme, e estima-se que 7.200.000 pessoas sejam portadoras do traço falcêmico (HbAS) e entre 25.000 e 30.000 com DF. A maior incidência de nascidos vivos com DF no Brasil ocorre no estado da Bahia, com 1:650, seguido do Rio de Janeiro (1:1.200), de Pernambuco, do Maranhão, de Minas Gerais e de Goiás (1:1400 cada). No Espírito Santo a incidência é de 1:1.800⁴.

O diagnóstico precoce, realizado na primeira semana de vida, realizado pelos Serviços de Referência em Triagem

Neonatal nos estados da Federação, é essencial para a identificação, quantificação e acompanhamento dos casos. Esse diagnóstico foi implantado no Brasil por meio da Portaria nº 822, do Ministério da Saúde, de 06/06/2001 e constitui medida positiva na redução da morbimortalidade da doença⁵.

O paciente falcêmico apresenta anemia hemolítica severa e contínua, que pode começar dentro de semanas após o nascimento à medida que a HbS substitui a hemoglobina fetal (HbF)⁶. As manifestações clínicas decorrentes das DF são extremamente variáveis entre as pessoas e na mesma pessoa ao longo de sua vida⁴. Crise dolorosa vaso-oclusiva é o problema clínico mais comum, com outras intercorrências de relevância clínica, como infecções bacterianas, levam a frequentes internações hospitalares⁷⁻⁹. Em estudo realizado por Alves¹⁰, foi demonstrado que 78,6% dos óbitos devidos à DF ocorreram até os 29 anos de idade, e 37,5% entre os menores de 9 anos. Fernandes et al.¹¹, em estudo realizado no estado de Minas Gerais, relatam que a probabilidade de óbito aos 5 anos em crianças SS foi maior que a mortalidade geral de crianças na mesma idade. No entanto, o diagnóstico precoce propicia medidas preventivas eficazes para diminuir a morbidade e mortalidade da doença⁷.

A literatura científica no Brasil fornece pouca informação sobre os diversos aspectos da DF no que se refere ao estado do Espírito Santo, além de poucos trabalhos que envolvem a análise dos registros do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Assim, considera-se importante analisar o perfil das internações de pacientes com DF no Estado do Espírito Santo por meio de dados obtidos no Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS).

MÉTODOS |

O presente estudo foi realizado a partir do levantamento de dados obtidos de pacientes internados em hospitais públicos e privados do Estado do Espírito Santo com diagnósticos de DF durante o período de 2001 a 2010.

Os dados foram levantados na base de dados anuais do SIH/SUS, na versão reduzida. Todo o acervo de informações e valores dos sistemas de assistência médico hospitalar, a partir de 1991, passou a compor a base do SIH/SUS. Esse sistema dispõe de informações, tais como: recursos

destinados a cada hospital que integra a rede do SUS, as principais causas de internações no Brasil, a relação dos procedimentos mais frequentes realizados mensalmente em cada hospital, município e estado, a quantidade de leitos existentes para cada especialidade, o tempo médio de permanência do paciente no hospital¹².

Utilizando dados do acervo disponível no SIH/SUS, os casos foram selecionados pela morbidade, de acordo com a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Para a seleção dos casos, foram escolhidos os códigos da CID referentes à doença falciforme, informados no campo “diagnóstico principal” ou “diagnóstico secundário”: D57.0 (anemia falciforme com crise), D57.1 (anemia falciforme sem crise), D57.2 (transtornos falciformes heterozigotos duplos) e D57.8 (outros transtornos falciformes). A análise estatística realizada foi frequência absoluta e relativa de casos de acordo com sexo, faixa etária, tempo de permanência e microrregiões de saúde no estado e o número de óbitos.

RESULTADOS |

Após análise dos dados registrados no SIH/ SUS, no DATASUS, foram encontradas, no período entre 2001 e 2010, 1.637 internações por DF nas microrregiões de saúde do Estado do Espírito Santo. Desses, 731 (44,7%) casos foram do sexo feminino e 906 (55,3%) do sexo masculino.

A Figura 1 representa a frequência dos casos de internação durante o período estudado, de acordo com o sexo.

Dos 1.637 casos de internações por DF no estado do Espírito Santo no período estudado, 1.200 (73,3%) foram encontrados na microrregião de Vitória; 161 (9,8%), de São Mateus; 112, de Cachoeiro de Itapemirim (6,8%); 53, de Linhares e Vila Velha (3,2% em cada); 28, de Guaçuí (1,7%); 22 casos de Colatina (1,3%) e 8, de Serra/Santa Tereza (0,4%).

Quanto à faixa etária (Figura 2), os resultados encontrados demonstram que houve maior frequência de casos de internação na faixa etária até 4 anos (29,7%), seguida pela faixa etária de 5 a 9 anos (22,0%). As menores proporções foram encontradas de 30 a 39 anos (3,2%) e acima de 40 anos (3,4%).

Em relação aos óbitos hospitalares, foram encontrados 16 óbitos no período estudado. Desses, o maior número de óbitos ocorreu na faixa etária de 20 a 29 anos (n=6, 37,5%), seguido da faixa etária até 4 anos (n=4, 25%) e acima de 40 anos (n=4, 25%). Entre 5 a 9 anos e 15 a 19 anos, um óbito (6,25%) ocorreu para cada faixa etária.

Quando são estratificados os casos de óbitos por microrregião do Estado, a maioria dos casos é proveniente de Vitória (n=9, 56,25%), provavelmente devido ao maior número de internações. Em São Mateus, ocorreram 4 casos de morte (25%), enquanto que em Linhares, Vila Velha e Cachoeiro do Itapemirim ocorreram 1 caso de morte em cada (6,25%).

Figura 1 - Casos de internação por DF no estado do Espírito Santo em relação ao sexo, no período entre 2001 e 2010

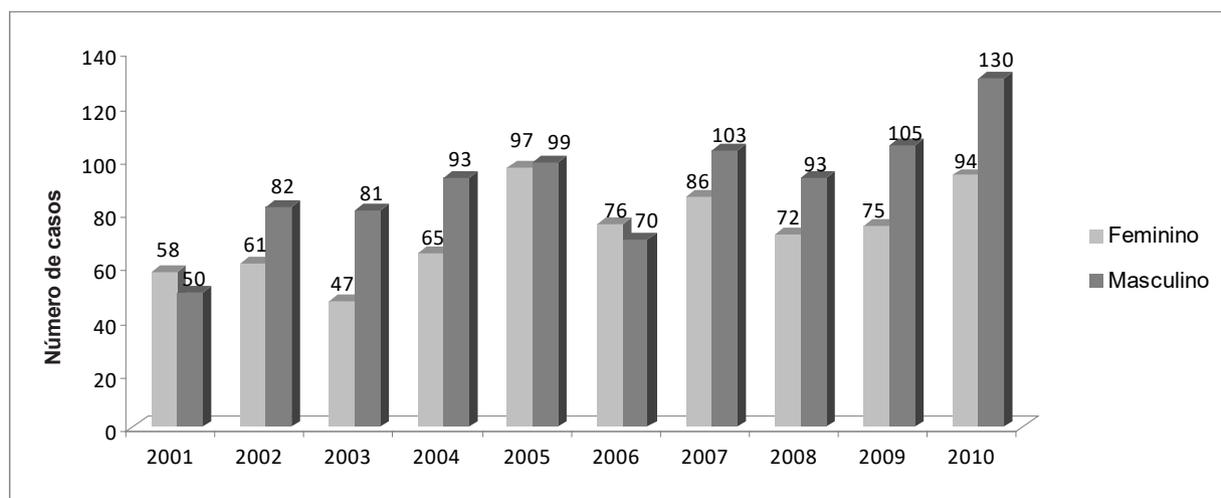


Figura 2 - Frequência dos casos de internação por DF de acordo com faixa etária no estado do Espírito Santo

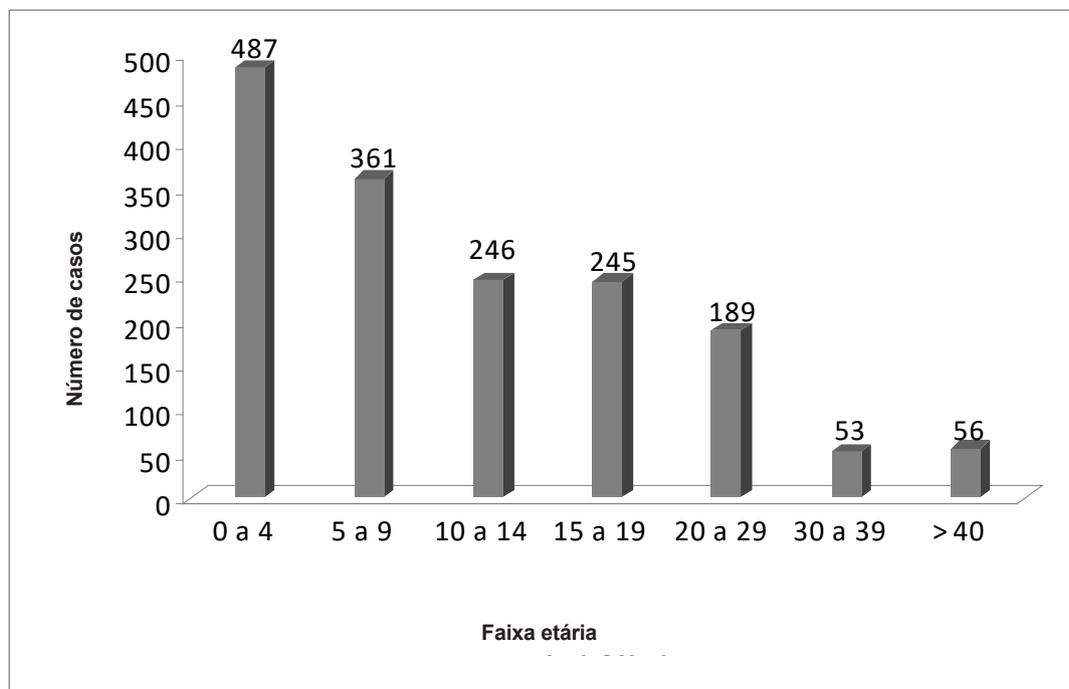


Tabela 1 - Frequência do tempo de permanência hospitalar das internações por DF de acordo com a faixa etária, durante o período de 2001 a 2010

Idade (anos)	Até 4 dias		Acima de 4 dias		Total
	n	(%)	n	(%)	
0 a 4	260	53,4	227	46,6	487
5 a 9	189	52,4	172	47,6	361
10 a 14	123	50,0	123	50,0	246
15 a 19	103	42,0	142	58,0	245
20 a 29	92	48,7	97	51,3	189
30 a 39	22	41,5	31	58,5	53
> 40	23	41,1	33	58,9	56
Total	812	49,6	825	50,4	1637

Para o tempo de permanência hospitalar, verificou-se que em 50,4% (n=825) dos casos permaneceram internados num período acima de 4 dias, e 49,6% (n=812) por menos de 4 dias. Na faixa etária até 9 anos houve ligeiro predomínio no tempo de internação de até 4 dias e na faixa etária acima de 15 anos houve frequência maior do tempo de permanência hospitalar acima de 4 dias (Tabela 1).

DISCUSSÃO |

Segundo dados registrados no SIH/ SUS do site DATASUS durante o período de 2001 a 2010, foram encontrados 1.637 casos de interação por DF no estado do Espírito Santo, sendo 731 (44,7%) casos do sexo feminino e 906 (55,3%) do sexo masculino. No estudo de Loureiro e Rozenfeld¹³, a frequência de casos de

internação por doença falciforme em homens foi de 50,5% no estado da Bahia; 50,3% no Rio de Janeiro e 49,8% em São Paulo. Martins et al.⁷, em estudo realizado em Uberaba (MG), encontraram uma proporção de 52,4% para o sexo feminino. Segundo Felix et al.¹⁴, foram encontrados uma proporção de 49% entre os homens. Por se tratar de uma doença genética não ligada ao sexo, existem poucas publicações abordando gênero na DF¹⁴.

Em relação à faixa etária, os resultados do presente estudo demonstraram maior frequência de casos de internação na faixa etária até 4 anos, seguida pela faixa etária de 5 a 9 anos. As menores proporções foram encontradas de 30 a 39 anos e acima de 40 anos. Em estudo realizado por Loureiro e Rozenfeld¹³, foram encontrados cerca de 70% dos casos de internação na faixa etária até 19 anos. Já Felix et al.¹⁴, em estudo realizado com portadores de DF com idade acima de 18 anos, relatam que 57,4% dos pacientes pertenciam à faixa etária entre 18 e 30 anos.

Martins et al.⁷ encontraram uma frequência de 60,2% na idade entre até 19 anos em pacientes portadores de DF atendidos no Hemocentro e em um hospital no município de Uberaba. No presente estudo, foram encontrados 81,8% de casos de internação na faixa etária até 19 anos.

Em estudo realizado por Martins et al.⁷, o predomínio de pacientes com DF na faixa etária até 29 anos e o pequeno contingente de maiores de 40 anos, apesar da falta de estudos sobre a expectativa de vida, sugere que o doente falciforme no Brasil falece precocemente. As infecções são as complicações mais frequentes nos indivíduos com anemia falciforme¹⁵.

A hemoglobina HbS provoca uma anemia hemolítica crônica grave que se manifesta pela primeira vez prematuramente na infância e é frequentemente fatal antes dos 30 anos de idade. Com os cuidados médicos modernos, no entanto, muitos pacientes apresentam maior sobrevida¹⁶.

Estudos sobre doença falciforme reconhecem a importância da relação entre a idade e a mortalidade. No presente estudo, foram encontrados 16 óbitos no período estudado. Desses, o maior número de óbitos ocorreu na faixa etária de 20 a 29 anos, seguido da faixa etária de até 4 anos e acima de 40 anos. Considerando crianças e adolescentes, estudos demonstram que há maior incidência de morte na faixa etária inferior a 3 anos^{9,11,17,18}. Trabalhos mostram que infecção e sequestro esplênico

estão entre as principais causas de óbitos em crianças portadoras de DF^{9,11,17}.

No estudo de Loureiro e Rozenfeld¹³, na faixa etária de 20 a 29 anos ocorreram 50%, 21,7% e 16,9% dos óbitos nos estados da Bahia, do Rio de Janeiro e de São Paulo, respectivamente. No entanto, 38,3% e 33,9% dos óbitos ocorreram na faixa etária acima de 40 anos nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, respectivamente.

No trabalho de Martins et al.⁷, que analisaram prontuários de pacientes portadores de DF atendidos no Hemocentro e um hospital de Minas Gerais, das 910 intercorrências e 589 internações no período estudado, foram encontrados 11 óbitos, com média de idade foi 33,5 anos, sendo apenas 1 criança (6 anos), e a principal causa relatada foi falência de múltiplos órgãos e sistemas. Lobo et al.¹⁹ encontraram uma taxa de mortalidade de 16,5% nas crianças com idade até 12 anos, 6,3% na faixa de 45 a 60 anos e apenas 1,5% com idade acima de 60 anos.

Alguns fatores têm contribuído para a redução da mortalidade das crianças nos primeiros cinco anos de vida, entre eles o diagnóstico neonatal, a pronta instituição do tratamento com vacinas e penicilina profilática e a orientação do reconhecimento precoce do sequestro esplênico²⁰.

Embora o presente trabalho tenha analisado apenas óbitos obtidos nos registros hospitalares, óbitos domiciliares também ocorrem. Fernandes et al.¹¹ encontraram em seu estudo que 25% dos óbitos ocorridos de pacientes com DF foram em domicílio ou em trânsito para uma unidade de saúde. Mostraram que residência em área rural, dificuldade de transporte até a unidade de saúde e dificuldade da família na identificação de situações de risco para o paciente podem ser fatores que contribuíram para esse cenário.

Para o tempo de permanência hospitalar, verificou-se que, em 50,4% (n=825) dos casos, os pacientes permaneceram internados num período acima de 4 dias, e 49,6% (n=812) por menos de 4 dias. Segundo Loureiro e Rozenfeld¹³, o tempo médio de permanência foi semelhante na comparação entre crianças e adolescentes com os adultos nos estados da Bahia e de São Paulo. Entretanto, no Rio de Janeiro, foi observado que, na faixa etária inferior a 19 anos, o tempo médio de permanência foi de 4 dias e de 8 dias para os pacientes com idade igual ou maior de 20 anos.

De acordo com os resultados de Martins et al.⁷, o tempo médio de internação por crise dolorosa foi de 3,7 e 6,1 dias para crises afebris e febris, respectivamente, e de 10 dias para infecções. No presente estudo, a falta de dados clínicos não permitiu maiores análises dos motivos que influenciaram o tempo de permanência dos pacientes.

CONCLUSÃO |

De acordo com os resultados encontrados na base de dados do SIH/SUS pertencente ao DATASUS, durante o período de 2001 a 2010, pode-se constatar que ocorreram 1.637 internações por DF nas microrregiões de saúde do Estado do Espírito Santo. Das internações, 53,3% dos casos foram do sexo masculino e 29,7% encontra-se na faixa etária até 4 anos de idade. A maior frequência de internações e óbitos ocorreu na microrregião de Vitória, seguida de São Mateus. A faixa etária que apresentou maior frequência de óbitos foi entre 20 e 29 anos, e o tempo de permanência hospitalar de até 4 dias foi mais frequente entre crianças até 9 anos e superior a 4 dias para a faixa etária acima de 15 anos.

Buscando a melhoria na qualidade de vida do paciente com DF, a realização de teste de triagem neonatal é essencial para o diagnóstico precoce, possibilitando o início de cuidados específicos. Assim, ressalta-se a importância da melhoria sempre constante da capacitação de profissionais da saúde no atendimento ao paciente com DF e sua família, possibilitando oportunidade de um melhor conhecimento da patologia e diminuindo a morbidade e mortalidade causadas pela doença.

AGRADECIMENTOS |

Agradecemos a Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo apoio financeiro concedido ao projeto.

REFERÊNCIAS |

1. Centro de Educação e Apoio para Hemoglobinopatias [internet]. Educação: hemoglobinopatias/doença

falciforme. [citado 2015 abr 10]. Disponível em: URL: <<http://www.cehmob.org.br>>.

2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de diagnóstico e tratamento de doenças falciformes. Brasília: ANVISA; 2002. p.10-12.

3. Thompson JS, Mcnnes RK, Nussbaum RL, Thompson MW, Willard, HF. Thompson & Thompson: genética médica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de educação em saúde: linha de cuidado em doença falciforme. 2 v. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença falciforme, condutas básicas para tratamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

6. Rapaport SI. Hematologia: introdução. 2. ed. São Paulo: Roca; 1990.

7. Martins PRJ, Moraes-Souza H, Silveira TB. Morbimortalidade em doença falciforme. Rev Bras Hematol Hemoter. 2010; 32(5):378-83.

8. Vichinsky EP, Neumayr LD, Earles NA, Williams R, Lennette ET, Dean D, et al. Causes and outcomes of the acute chest syndrome in sickle cell disease. N Engl J Med. 2000; 342(25):1855-65.

9. Gill FM, Sleeper LA, Weiner SJ, Brown AK, Bellevue R, Grover E, et al. Clinical events in the first decade in a cohort of infants with sickle cell disease. Blood. 1995; 86(2):776-83.

10. Alves AL. Estudo da mortalidade por anemia falciforme. Inf Epidemiol SUS. 1996; 5(4):45-53.

11. Fernandes ANPC, Januário JN, Cangussu CB, Macedo DL, Viana MB. Mortality of children with sickle cell disease: a population study. J Pediatr. 2010; 86(4):279-84.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Acidentes, violência e saúde: informações estratégicas. [acesso em 23 nov 2012]. Disponível em: URL: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/violencia_acidentes/sistemas_infor.php>.

13. Loureiro MM, Rozenfeld S. Epidemiologia de internações por doença falciforme. Rev Saúde Pública. 2005; 39(6):943-9.
14. Felix AA, Souza HM, Ribeiro SBF. Aspectos epidemiológicos e sociais da doença falciforme. Rev Bras Hematol Hemoter. 2010; 32(3):203-8.
15. Gómez-Chiari M, Puigbert JT, Aramburu JO. Drepanocitosis: experiência de um centro. An Pediatr. 2003; 58(2):95-9.
16. Henry J. Diagnósticos clínicos e tratamento por métodos laboratoriais. 20. ed. São Paulo: Manole; 2008.
17. Leikin SL, Gallagher D, Kinney TR, Sloane, D, Klug P, Rida W. Mortality in children and adolescents with sickle cell diseases: the cooperate study of sickle cell diseases. Pediatrics. 1989; 84(3):500-8.
18. Thomas AN, Pattison C, Serjeant GR. Causes of death in sickle-cell disease in Jamaica. Br Med J. 1982; 285(6342):633-5.
19. Lobo CLC, Bueno LM, Moura P. Triagem neonatal para hemoglobinopatias no Rio de Janeiro. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2003; 13(2/3):154-9.
20. Cançado RD, Jesus JA. A doença falciforme no Brasil. Rev Bras Hematol Hemoter. 2007; 29(3):203-6.

Correspondência para/Reprint request to:

Débora Barreto Teresa Gradella

*Departamento de Ciências da Saúde, Centro Universitário Norte do Espírito Santo, Universidade Federal do Espírito Santo, Rodovia BR 101 Norte, Km 60, São Mateus/ES, Brasil
CEP: 29932-540*

Tel.: (27) 3312-1552

Email: teresadb14@gmail.com

Submetido em: 17/06/2015

Aceito em: 12/04/2016

Accessibility and health care delivery: potential strategies for improving health care for the elderly

| Acessibilidade e acolhimento: estratégias potenciais para qualificação da assistência à saúde do idoso

ABSTRACT | Introduction:

*Accessibility and hospitality are two aspects of quality of care in health care, and as the population ages, they have become important tools in delivering an improved service to the elderly. **Objective:** To evaluate the accessibility and health care delivery to a group of elderly in a healthcare facility.*

Methods: *This is an observational, cross-sectional, descriptive study, conducted with a group of elderly (n = 100) enrolled in two health units in the city of Belém - PA. To analyze the data, we used the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 18.0, and applied the chi-square test of Pearson, with significance level set at $\alpha = 0.05$ (5%) and p -value $\leq 0,05$. **Results:***

*62% of participants reported that they felt immediately welcomed upon entering the health unit, while 53% and 71% were referred respectively to the reception and the doctor's office, 62% had their doubts clarified, 44% rated the care received in the lobby and reception positively, while 71% acknowledged a good interaction between professionals and users, Nurses were found to be the most sought after professionals (39%). Most elderly (84%) reported that they had been well received and cared. **Conclusion:** The positive findings concerning accessibility and humanized health care delivery, as reported by the elderly, demonstrate that despite the so many environmental, structural and economic adversities pervading public health in Brazil, the health care provided for elderly may be said to be highly satisfactory*

Keywords | *Health services accessibility; Health care delivery; Elderly; Geriatric nursing.*

RESUMO | Introdução: Acessibilidade e acolhimento são dois aspectos relacionados com a qualidade da assistência no processo de atenção à saúde e que, diante do processo de envelhecimento populacional, constituem ferramentas importantes para viabilizar o atendimento e torná-lo satisfatório. **Objetivo:** Avaliar a acessibilidade e acolhimento de um grupo de usuários idosos no âmbito de uma unidade de saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo, realizado com um grupo de idosos (n=100) atendidos em duas Unidades de Saúde do município de Belém (PA). Para a análise dos dados, utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 18.0, por meio da aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson, admitindo-se nível $\alpha=0,05$ (5%) e valor de p -valor $\leq 0,05$. **Resultados:** 62% dos participantes relataram ser acolhidos na porta de entrada da Unidade de Saúde, 53% e 71% foram encaminhados respectivamente à recepção e ao consultório, 62% tiveram suas dúvidas esclarecidas, 44% classificaram o atendimento recebido na portaria e recepção como bom, 71% declararam haver interação entre profissional e usuário, os enfermeiros foram os profissionais mais procurados (39%), a maioria dos idosos (84%) declararam ter sido bem acolhidos e recepcionados. **Conclusão:** A acessibilidade dos idosos ao serviço de saúde, assim como o acolhimento, apontaram em direção a uma assistência que preza pela qualidade, mesmo diante de tantas adversidades ambientais, estruturais e econômicas pelo qual perpassa a saúde pública no Brasil.

Palavras-chave | Acesso aos serviços de saúde; Acolhimento; Idoso; Enfermagem geriátrica.

¹Universidade do Estado do Pará, Belém/PA, Brasil

INTRODUÇÃO |

Acessibilidade e acolhimento são dois aspectos intimamente relacionados com a qualidade da assistência no processo de atenção à saúde. O primeiro refere-se a locais, produtos, serviços ou informações disponíveis ao maior número e variedade possível de pessoas, independentemente de suas capacidades físico-motoras e perceptivas culturais e sociais¹. Em contrapartida, o acolhimento, como diretriz operacional da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), é uma ferramenta que possibilita acesso humanizado e resolubilidade às demandas de saúde dos usuários e das comunidades no Brasil, principalmente na perspectiva da atenção primária à saúde².

Quando se refere ao grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidado, os termos acesso e acessibilidade são utilizados como sinônimos³, contudo no presente estudo optou-se pela utilização do termo acessibilidade aos serviços de saúde e conseqüentemente ao cuidado.

No Brasil, o SUS apresenta a atenção primária como porta de entrada. É neste nível em que aproximadamente 80% das necessidades de saúde de uma comunidade devem ser atendidas de maneira resolutiva, incluindo o cuidado aos idosos, o que implica ofertar serviços cuja estrutura apresente características que possibilitem a acessibilidade e o acolhimento de maneira adequada⁴.

Nesse seguimento, o processo de envelhecimento ocorre a passos largos no Brasil, com alterações claras, inequívocas e irreversíveis na dinâmica populacional⁵. Em se tratando desse novo perfil populacional e de novas demandas a serem atendidas nos serviços de saúde, é importante salientar que a qualidade da assistência requerida por esse grupo etário ultrapassa a noção de cuidado restrito ao quadro clínico da doença; diferentemente, pode ser construída a partir de ferramentas, como acessibilidade e acolhimento, à medida que visam fortalecer a relação entre o usuário, o profissional de saúde e o próprio sistema de saúde, contribuindo para viabilizar o atendimento e torná-lo satisfatório⁴.

Dessa maneira, para que a inclusão das pessoas idosas na sociedade se concretize é necessário que essas disponham de garantias de atendimento prioritário e de condições de utilizar de forma plena os ambientes, objetos e serviços necessários à sua existência, com autonomia, independência e segurança⁶. Nos Estados Unidos, por exemplo, embora

haja cuidados de saúde de elevada qualidade, todos os dias idosos americanos morrem por doenças evitáveis em virtude de problemas ligados à acessibilidade ao cuidado de saúde⁷.

O objetivo deste artigo é, portanto, avaliar a acessibilidade e acolhimento de um grupo de usuários idosos no âmbito de uma unidade de saúde.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo, realizado com um grupo de idosos atendidos em duas Unidades de Saúde do município de Belém (PA), a primeira delas vinculada à Universidade do Estado do Pará e a segunda à Secretaria Municipal de Saúde. Ressaltando-se que as duas Unidades de Saúde selecionadas para o estudo, embora ofereçam assistência à população idosa não possuíam no momento da coleta de dados o Programa de Saúde do Idoso implementado, conforme o recomendado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006)⁸.

Incluíram-se no estudo usuários do SUS com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, que procuraram atendimento nas Unidades de Saúde selecionadas no período compreendido entre outubro e novembro de 2013 e que aceitaram participar espontaneamente da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos os idosos que possuíam algum tipo de alteração cognitiva, como desorientação que pudesse dificultar a compreensão para responder às perguntas, assim como os que se recusaram a participar da pesquisa. Dessa forma, a amostra foi por conveniência conforme os idosos frequentassem as Unidades de Saúde no período estabelecido para a coleta de dados e estimada em (150) idosos, contudo houve uma perda de (50) em atendimento aos critérios de exclusão preestabelecidos, resultando em uma amostra final de (100) idosos.

Para a obtenção dos dados, utilizou-se instrumento elaborado por Assis, Nascimento, Franco e Jorge⁹ com adaptações para a realidade do cenário de pesquisa. Foram contempladas as seguintes variáveis (perfil sociodemográfico, acessibilidade ao serviço/cuidado e acolhimento quanto aos aspectos: recepção na

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos idosos da amostra que participaram do estudo, por sexo, Belém/PA, Brasil, 2013

Variáveis	Feminino		Masculino		p-valor*
	N	%	N	%	
Sexo	68	68,0	32	32,0	
Faixa de Idade					0,350
60- 69	40	63,5	23	36,5	
70- 79	17	70,8	7	29,2	
80- 89	11	84,6	2	15,4	
Escolaridade					0,781
Analfabeto	11	64,7	6	35,3	
Fundamental	37	71,2	15	28,8	
Médio a superior	20	64,5	11	35,5	
Ocupação					0,308
Trabalha	16	57,1	12	42,9	
Aposentado	37	68,5	17	31,5	
Pensionista	14	82,4	3	17,6	
Sem ocupação/renda	1	100,0	0	0,0	
Renda familiar**					0,300
Sem renda	1	100,00	0	0,0	
<1 salário mínimo	12	80,0	3	20,0	
1 a 2 salários mínimos	28	71,8	11	28,2	
3 a 5 salários mínimos	16	53,3	14	46,7	
>5 salários mínimos	11	73,3	4	26,7	
Tempo que frequenta a unidade					0,353
<1 ano	16	64,0	9	36,0	
De 2 a 3 anos	5	50,0	5	50,0	
De 4 a 5 anos	12	63,2	7	36,8	
>5 anos	35	76,1	11	23,9	

*p-valor ≤0,05. Teste Qui-quadrado de Pearson; **Salário Mínimo em vigor no Brasil (2013) = R\$678,00 (reais).

porta de entrada do serviço, acolhimento segundo à responsabilização e vínculo dos profissionais, e acessibilidade e acolhimento de acordo ambiente do cuidado) o qual foi aplicado pelas pesquisadoras (enfermeiras e acadêmicas de enfermagem) previamente treinadas pela gerontóloga responsável pela pesquisa.

Para a análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva com o apoio do programa eletrônico SPSS (versão 18.0), utilizando-se o teste de Qui-quadrado, de Pearson, admitindo-se nível $\alpha=0,05$ (5%) e valor de $P \leq 0,05$.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará Campus IV, por meio de Parecer nº 410.229. Durante toda a realização da pesquisa, os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e sua operacionalização e atenderam a todos os aspectos éticos relacionados à pesquisa que envolve seres humanos, como preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹⁰.

RESULTADOS |

Observou-se maior proporção do sexo feminino. Não houve diferença estatística por sexo quanto: à faixa etária, ao nível de escolaridade, à ocupação, à renda familiar e ao tempo que frequentavam as Unidades de Saúde (Tabela 1).

A maioria dos idosos recebia orientação quanto ao local para onde se dirigir quando chegavam às Unidades de Saúde, aguardavam por atendimento médico, possuíam consulta pré-agendada, contudo haviam aguardado por mais de uma semana para serem atendidos; foram encaminhados à recepção e ao consultório (Tabela 2).

A maioria dos idosos tiveram suas dúvidas esclarecidas ao chegarem às Unidades de Saúde, classificaram o atendimento oferecido na recepção e portaria como bom. O tempo de espera para ser atendido na maioria dos casos variou de 30 a 60 minutos até o dia todo (Tabela 3).

Tabela 2 - Avaliação da acessibilidade desde a porta de entrada do serviço de saúde dos idosos que participaram do estudo, Belém/PA, 2013

Variáveis	N	%
Orientação ao local para onde se dirigir		
Sim	62	62,0
Não	38	38,0
Atendimento desejado		
Consulta médica/enfermagem	78	78,0
Atendimento do Hiperdia	14	14,0
Marcação de exame e consulta	5	5,0
Consulta odontológica	2	2,0
Vacinação	1	1,0
Como conseguiu o atendimento		
Pré-agendado	70	70,0
Esperou em fila*	18	18,0
Não precisou agendar**	12	12,0
Tempo de espera entre a marcação e o atendimento		
No mesmo dia	29	29,0
Até 3 dias	17	17,0
4 a 7 dias	8	8,0
>1 semana	46	46,0
Encaminhado para a recepção		
Sim	53	53,0
Não	47	47,0
Encaminhado para o cuidado		
Sim	71	71,0
Não	29	29,0

*No caso de atendimento da demanda espontânea (intercorrências); **Apenas para realização de procedimentos (vacinação e curativo).

Tabela 3 - Avaliação do acolhimento segundo a porta de entrada do serviço de saúde dos idosos que participaram do estudo, Belém/PA, 2013

Variáveis	N	%
Esclarecimento de dúvidas		
Sim	62	62,0
Não	38	38,0
Classificação do atendimento*		
Muito bom	17	17,0
Bom	44	44,0
Razoável	34	34,0
Ruim	5	5,0
Tempo de espera para ser atendido**		
<10 minutos	1	1,0
10 a 30 minutos	15	15,0
30 a 60 minutos	23	23,0
1 a 2 horas	19	19,0
>2 horas	18	18,0
Manhã ou a tarde inteira	20	20,0
Dia todo	4	4,0

*Atendimento realizado na recepção e portaria; **Da entrada na unidade ao ambiente do cuidado.

Ao chegar à unidade, existe interação entre os trabalhadores e os idosos. Os enfermeiros são os profissionais mais procurados, a maioria dos idosos sentem-se acolhidos e satisfeitos com o atendimento, são tratados pelo nome, sentem necessidade de falar sobre seus problemas e quem está atendendo demonstra responsabilização e vínculo no processo de atenção à saúde do idoso. A consulta teve, em média, duração de 10 a 20 minutos (Tabela 4).

Os idosos, em sua maioria, consideraram a recepção da unidade, os corredores, os banheiros para os usuários, a sala de consulta e a sinalização da unidade como adequadas, situação diferente da encontrada na sala de espera, tida como inadequada por grande parte dos idosos (Tabela 5).

Tabela 4 - Avaliação do acolhimento segundo a responsabilização e vínculo dos profissionais aos idosos que participaram do estudo, Belém/PA, 2013

Responsabilização e vínculo	f	%
Ao chegar ao ambiente do cuidado		
Há interação profissional-usuário	71	71,0
Não há interação profissional-usuário	24	24,0
Não souberam informar	5	5,0
Responsabilização e vínculo profissional		
Enfermeiro	39	39,0
Médico	20	20,0
Odontólogo	4	4,0
Técnico de enfermagem	8	8,0
ACS	7	7,0
Recepcionista/Porteiro	20	20,0
Outros	2	2,0
Percepção do idoso quanto ao atendimento		
Acolhido/satisfeito	84	84,0
Não acolhido/insatisfeito	9	9,0
Não classifica	7	7,0
Conhece os profissionais que o atenderam*		
Sim	76	81,7
Não	17	18,3
Na consulta de retorno é atendido pelo mesmo profissional*		
Sim	77	82,8
Não	16	17,2
Idoso refere necessidade de falar sobre seus problemas*		
Sim	67	72,0
Às vezes	20	21,5
Não	6	6,5
Duração do atendimento*		
Entre 10 e 30 minutos	56	60,3
Menos de 10 minutos	27	29,0
Mais de 30 minutos	10	10,7
Os profissionais identificam o idoso nominalmente*		
Sim	86	92,5
Não	7	7,5
Durante o atendimento os profissionais de saúde procuram saber as necessidades de cuidado do idoso*		
Sim	83	89,2
Não	10	10,8

*Foram excluídos os pacientes que frequentaram a unidade pela primeira vez.

Tabela 5 - Avaliação da acessibilidade e acolhimento de acordo com o ambiente dos serviços ofertados aos idosos que participaram do estudo, Belém/PA, 2013

Variáveis	f	%
Recepção		
Adequada (aguarda sentado/ possui contato direto com profissional)	62	62,0
Inadequada (aguarda em pé/não possui contato indireto com profissional) *	38	38,0
Sala de espera		
Adequada (clima agradável/cadeiras confortáveis/ambiente tranquilo)	34	34,0
Inadequada (clima quente/cadeiras desconfortáveis/ambiente agitado)	66	66,0
Corredores		
Adequados (largos/sinalizados)	68	68,0
Inadequados (estreitos/sem sinalização)	32	32,0
Banheiro para usuários		
Adequado (higienizados/separados por sexo/com barras de apoio)	35	35,0
Inadequado (não higienizado/ambos os sexos/sem barras de apoio)	34	34,0
Nunca frequentaram	31	31,0
Sala de consulta		
Adequada (climatizada/confortável)	83	83,0
Inadequada (não climatizada/desconfortável)	17	17,0
Sinalização da unidade		
Sim	81	81,0
Não	19	19,0

*Existe um vidro (barreira ambiental) entre profissional e usuário.

DISCUSSÃO |

No presente estudo, a maioria dos participantes pertenciam ao sexo feminino, concernente ao que tem sido evidenciado em outras pesquisas envolvendo idosos atendidos na atenção básica de saúde, tanto no âmbito local¹¹ quanto em outras regiões do País¹²⁻¹⁴. Esse processo tem sido denominado de “feminização” do envelhecimento populacional, que pode ser explicado pelos diferenciais de mortalidade entre homens e mulheres, com tendência de ampliação nos grupos etários mais avançados¹⁵.

Quanto ao perfil etário houve predominância dos idosos jovens, com idade de 60 a 69 anos, em ambos os sexos, como tem sido evidenciado em estudos semelhantes^{11,16}. Em relação à escolaridade, predominou o ensino fundamental, o que tem sido observado em outros estudos brasileiros identificados na literatura^{11,14}. Além disso, o último censo brasileiro, na Região Norte, constatou que a maioria da população com 60 anos de idade ou mais não possuía instrução e tinha menos de um ano de estudo, assim como identificado nas Regiões do Nordeste e Centro-Oeste,

diferentemente do verificado no Sul e Sudeste do País, em que houve predomínio dos idosos com quatro a oito anos de estudo¹⁷.

Nesse contexto, é importante se fazer menção que a baixa escolaridade predominante entre os idosos pode influenciar a acessibilidade aos serviços de saúde, em maiores oportunidades de participação social e no entendimento acerca do seu autocuidado e outros¹¹. Constituindo-se, portanto, um desafio para o setor saúde, tendo em vista a alta complexidade de esquemas terapêuticos atuais e do cuidado¹³.

A maioria dos idosos eram aposentados, situação também identificada em outros estudos^{11,13-14}, com renda variando de 1 a 2 salários mínimos para o sexo feminino e de 3 a 5 salários mínimos para o masculino. Essa desigualdade de renda coloca em desvantagem as idosas com histórico de escassa participação no mercado de trabalho, as quais recebem benefícios mínimos de aposentadoria e são inteiramente dependentes do sistema público de saúde¹⁶.

Quanto ao tempo que frequentam a unidade de saúde, predominou o período superior há cinco anos, o que evidencia a existência de certo vínculo entre o serviço de saúde e o usuário. Tal situação pode ser considerada como um resultado positivo, pois quando existe a identificação do usuário com a atenção básica é indicativo de que realmente ela está cumprindo seu papel como porta de entrada do sistema de saúde¹⁸.

Em relação às ferramentas de acessibilidade desde a porta de entrada, a maioria dos idosos recebeu orientação dos funcionários das Unidades de Saúde quanto ao local aonde se dirigir, foram encaminhados à recepção e ao cuidado desejado, ou seja, foi facilitada aos idosos a acessibilidade aos serviços para os quais desejavam ser atendidos. Reforça-se nesse aspecto a importância de oferecer orientações claras, objetivas, compassadas em voz alta e olhando nos olhos, para facilitar a comunicação, já que o idoso pode apresentar dificuldades de interpretação das informações¹⁹.

Observa-se também que, pelos resultados encontrados neste estudo, entre os tipos de atendimentos mais desejados pelos idosos destacaram-se a consulta médica e a de enfermagem, como identificado em estudo semelhante realizado na Região Nordeste¹⁸. Esse fato também pode ser justificado, pois na maioria dos serviços de saúde ofertados à comunidade e, nos seus diversos cenários, entre profissionais da equipe de saúde esses são os que existem em maior quantitativo de recursos humanos.

A maioria dos idosos relatou que seu atendimento foi pré-agendado, com tempo decorrente entre o agendamento e realização da consulta superior a uma semana, contrapondo-se ao identificado em pesquisa realizada em São Luís (MA), que avaliou acessibilidade e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família, em que a facilidade na consecução de consultas foi considerada insatisfatória, assim como sua expectativa sobre a possibilidade de conseguir consulta em 24 horas³.

Ainda sobre a acessibilidade aos serviços de saúde, esse aspecto, deve ser visto com cautela, pois a predominância de atendimentos realizados por meio de agendamento prévio com período longo entre marcação e consulta pode demonstrar assistência a uma demanda programada aos grupos e programas específicos¹⁸, e não necessariamente problemas na acessibilidade ao serviço de saúde. Neste estudo, os resultados demonstram que percentual considerável dos idosos conseguiram atendimento para o

mesmo o dia, situações em que provavelmente eram casos de intercorrências.

Quanto ao acolhimento desde a porta de entrada, a maioria dos idosos tiveram suas dúvidas esclarecidas na recepção ou portaria, evidenciando que suas necessidades foram satisfeitas, já que classificaram tal atendimento como sendo bom.

Em relação ao tempo de espera entre a chegada às Unidades de Saúde e o tempo para receber atendimento, predominou o período entre 30 e 60 minutos. Contudo, destaca-se também a frequência elevada de idosos que esperam um turno (manhã ou tarde) ou até mesmo precisaram aguardar o dia todo pelo atendimento.

A legislação claramente assegura às pessoas idosas o atendimento antes de qualquer outra, logo após a conclusão do atendimento que estiver em andamento em estabelecimentos públicos e privados e prestadores de serviço à população, contudo para que isso ocorra são necessários profissionais capacitados para trabalhar nesse atendimento⁶.

Quanto à avaliação do acolhimento, segundo a responsabilização e vínculo dos profissionais, observa-se que a maioria dos idosos referiu que existe interação entre profissional e usuário, com o estabelecimento de vínculo, tanto que o cliente sente a necessidade de conversar com o profissional sobre seus problemas.

O estabelecimento de diálogo é uma das perspectivas do acolhimento, o qual deve ser tratado como um espaço de encontro entre trabalhador e usuário, que se abre para um momento de escuta dos problemas, troca de informações, mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e tomadas de decisão²⁰.

A confiança no trabalho acolhedor, associada ao conhecimento científico do profissional durante a consulta, facilita o seguimento adequado das prescrições de saúde pelo usuário²¹. Essa estratégia também foi identificada no presente estudo, em que a maioria dos idosos referiu se sentir acolhido e satisfeito com o atendimento recebido, o qual teve duração de 10 a 20 minutos, em média.

O estudo evidencia que em todo processo de cuidado o enfermeiro foi o profissional mais referido quanto à

postura de responsabilização e vínculo no atendimento. A explicação para esse resultado encontra respaldo na literatura, tendo em vista que o enfermeiro está envolvido na promoção e participação do bem-estar do idoso e da sua família, buscando o cuidado humanizado²².

No que tange ao ambiente como facilitador do acolhimento nos serviços de saúde em que se realizou o estudo, evidenciou-se que a organização da recepção foi considerada como adequada, principalmente devido ao fato de aguardarem sentados e por terem o contato direto com o recepcionista.

Os fatores relacionados ao ambiente e ao conteúdo do trabalho favorecem a satisfação dos trabalhadores de saúde e, conseqüentemente, propiciam melhor atendimento aos clientes. Além disso, o ambiente agradável pode interferir na saúde do usuário que, por diversas vezes, procura a unidade de saúde para reduzir o estresse presente em seu ambiente social ou familiar²³.

Quanto às condições da sala de espera, a maioria dos idosos referiu como sendo inadequada, principalmente devido ao clima quente, cadeiras desconfortáveis e ambiente agitado, situação também evidenciada em estudo semelhante¹⁸.

As unidades de saúde possuíam sinalização e corredores largos, sendo dessa forma considerados adequados. Em relação aos banheiros para usuários, verificou-se que a maioria dos que já utilizaram o local os considerou como adequados.

Em relação ao ambiente, destaca-se que a presença de degraus, a falta de corrimões, rampas, banheiros adaptados para pessoas com deficiência e idosos, salas de espera inadequadas, instalações sem identificação para portadores de limitações visuais ou auditivas constituem barreiras no acesso aos serviços de saúde e na continuidade do cuidado²⁴.

A sala de consulta foi considerada como adequada, devido ser um ambiente climatizado e confortável, tendo em vista que este é um local de troca e compartilhamento de experiências. Além disso, os profissionais precisam de condições de trabalho e instalações adequadas para efetuar um acolher digno e de qualidade¹².

CONCLUSÃO |

Os resultados do estudo demonstraram que os idosos têm suas necessidades, tanto de acessibilidade como de acolhimento, atendidas no processo de atenção à sua saúde nos serviços de saúde com os quais mantém vínculo, mesmo na existência de algumas adversidades ambientais, estruturais e econômicas, que permeiam a saúde pública no Brasil.

Embora o tempo de espera pelo atendimento para uma proporção dos entrevistados tenha sido muito longo, este não impactou negativamente a percepção dos idosos quanto à acessibilidade e acolhimento.

A ambientação como fator que contribui para um acolhimento desejável dos idosos nas unidades de saúde, mostrou-se adequada tanto que os próprios idosos se sentiram acolhidos e satisfeitos, contudo há necessidade de adequação principalmente da estrutura física da unidade, de forma a ofertar salas de espera e banheiros adaptados às pessoas que envelhecem ou que já tenham algum grau de incapacidade.

A qualidade da assistência prestada correspondeu ao índice de satisfação dos participantes da pesquisa, a qual foi tida como satisfatória, uma vez que eles se sentiram bem acolhidos, sobretudo com os atendimentos realizados pelo profissional enfermeiro.

As limitações da pesquisa estão relacionadas ao tipo de estudo que, por ser transversal, não permite generalizações e recusa dos idosos em participarem, o que gerou uma perda de 33,0% da amostra estimada. Contudo, acredita-se que os resultados deste estudo contribuirão para despertar interesse em que novas pesquisas na área da acessibilidade e acolhimento possam ser estratégias de cuidado na enfermagem gerontológica.

REFERÊNCIAS |

1. Reis JB, Santos SMA. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúch Enferm.* 2011; 32(2):378-84.

2. Mitre SM, Andrade ALG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(8):2071-85.
3. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC, et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(11):3321-31.
4. Cruz MJG, Murai HC. Acessibilidade dos idosos na rede básica de atenção. *Rev Enferm UNISA*. 2009; 10(1):48-52.
5. Küchemann BD. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc Estado*. 2012; 27(1):165-80.
6. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Universidade aberta da terceira Idade. Cartilha do Idoso: acessibilidade e atendimento prioritário à pessoa Idosa. Rio de Janeiro: UERJ; [s.d].
7. Horton S, Johnson RJ. Improving access to health care for uninsured elderly patients. *Public Health Nurs*. 2010; 27(4):362-70.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006 [acesso em 20 abr 2015]. [acesso em 20 abr 2015]. Disponível em: URL: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>>.
9. Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB, organizadores. Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA; 2010.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 13 de junho de 2013 [acesso em 15 mar 2015]. Seção 1. Disponível em: URL: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.
11. Santos MIPO, Griep RH. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(3):753-61.
12. Medeiros FA, Souza GCA, Barbosa AAA, Costa ICC. Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev Salud Pública*. 2010; 12(3):402-13.
13. Goulart LS, Carvalho AC, Lima JC, Pedrosa JM, Lemos PL, Oliveira RBO. Consumo de medicamentos por idosos de uma unidade básica de saúde de Rondonópolis/MT. *Estud Interdiscipl Envelhec*. 2010; 19(1):79-94.
14. Almeida RT, Ciosak SI. Communication between the elderly person and Family Health Team: is there integrity? *Rev Latino-am Enfermagem*. 2013; 21(4):884-90.
15. Soares C. Envelhecimento populacional e as condições de rendimento das idosas do Brasil. *Gênero*. 2012; 12(2):167-85.
16. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(1):123-33.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. 317 p.
18. Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMASM, Souza WV. Qualidade no atendimento das unidades de saúde da família no município de Recife: a percepção dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(1):35-44.
19. Clares JWB, Freitas MC, Almeida PC, Galiza FT, Queiros TA. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. *Rev Rene*. 2011; 12(n. esp.):988-94.
20. Neves M, Pretto SM, Ely HC. Percepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento em uma unidade de saúde em Porto Alegre-RS, Brasil. *Rev Odontol UNESP*. 2013; 42(5):364-71.
21. Soares JL, Araújo LFS, Bellato R, Corrêa GHLST. Considerações sobre o vínculo em saúde na trajetória de busca por cuidado de idoso e família. *J Res Fundam Care*. 2013; 5(4):583-90.
22. Silva KM, Santos MA, Souza AIJ. Reflexões sobre a necessidade do cuidado humanizado ao idoso e família. *Sau & Transf Soc*. 2014; 5(3):20-4.

23. Coelho MO, Jorge MSB, Araújo ME. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2009; 33(3):440-52.

24. Martins AB, D'Avilla OP, Hilgert JB, Hugo FN. Atenção Primária à Saúde voltada às necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(8):3403-16.

Correspondência para/ Reprint request to:

Maria Izabel Penha de Oliveira Santos

Rua Municipalidade, 1080/902,

Belém/PA, Brasil

CEP: 66050-350

Tel.: (91) 3222-1281

E-mail: princesa50@hotmail.com

Submetido em: 22/06/2015

Aceito em: 07/03/2016

Occupational risks for professionals of the Family Health Strategy Program

O risco ocupacional para profissionais da Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT | **Introduction:** *Health work requires individual and collective skills. Objective:* Health professionals working for the Family Health Strategy Program were studied to identify their level of awareness of and compliance with exposure to biological materials under the regulations set out by the Standard NR-32. **Methods:** *This is a quantitative research, carried out in a city in the countryside of the state of São Paulo, Brazil, through a structured questionnaire, involving nursing assistants and technicians, nurses, dentists and physicians. The variables addressed aspects related to sociodemographic data, awareness of biosafety, biological risk and standard precaution and adherence to protection methods during work. Results:* 90 professionals participated in the study; biosafety awareness was greater in those who have been working in the profession for a shorter time (95.8%). Concerning biological risk, awareness is highest among those who have been working for longer in their careers (95.6%), who are also more likely to comply with standard precautions (68.8%). As to individual protection behavior, adhesion reached 100% for gloves, mask and cap wearing among dentists. **Conclusion:** *Awareness of standard regulations among health professionals in general remains lacking, with adherence to the safety rules being rather uncommon and exposure to biological material still posing risks for these professionals.*

Keywords | *Health Workers; Occupational risks; Exposure to biological agents; Standard precautions; Family Health.*

RESUMO | **Introdução:** A atual organização do trabalho na área da saúde exige o fortalecimento das competências individuais e coletivas. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento e adesão à Norma Regulamentadora 32 e a exposição aos agentes biológicos dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Métodos:** Pesquisa quantitativa, que ocorreu, no ano de 2012, em um município do interior do estado de São Paulo, por meio de um questionário estruturado, realizado com auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, dentistas e médicos. As variáveis abordaram aspectos relacionados aos dados sociodemográficos, ao conhecimento sobre biossegurança, ao risco biológico e à precaução padrão e à adesão aos métodos de proteção durante o trabalho. **Resultados:** Participaram do estudo 90 profissionais, sendo possível identificar que o conhecimento sobre biossegurança foi maior naqueles que atuam há menos tempo na profissão, com (95,8%), em relação ao risco biológico esse conhecimento é maior nos que trabalham há mais tempo, com (95,6%), e, na precaução padrão, o fato de trabalhar há mais tempo também contribuiu para maior conhecimento com (68,8%). No comportamento de proteção individual, o dentista foi o profissional que mais aderiu ao uso de luvas, máscara e gorro, com (100%). **Conclusão:** O conhecimento dos profissionais com relação à norma mostrou-se insuficiente, as adesões às regras de segurança não são comuns a todos e a exposição ao material biológico é constante para esses profissionais.

Palavras-chave | Saúde do trabalhador; Riscos ocupacionais; Exposição a agentes biológicos; Precaução; Saúde da família.

¹Faculdade de Medicina de Marília, Marília/SP, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A atual organização do trabalho na área da saúde exige o fortalecimento das competências individuais e coletivas, no sentido de ampliar o acesso e a satisfação do usuário. Este contexto tem contribuído para que haja melhoria na produção dos serviços, mas também vem acarretando danos à saúde dos trabalhadores¹.

Os dados estatísticos dos perfis de adoecimento e morte dos trabalhadores não diferem dos da população em geral, de acordo com a idade, gênero, grupo social ou inserção em um grupo específico de risco. Porém, esses números podem sofrer modificações pelo trabalho, em razão das atividades que os trabalhadores exercem ou exerceram ou pelas condições em que sua atividade laboral é ou foi desenvolvida. Portanto, as condições de adoecer e morrer do trabalhador será a soma desses fatores².

Já nas duas últimas décadas, no Brasil, a incidência de acidentes apresentou redução nos índices, porém um dado preocupante é que a subnotificação possa justificar os índices em decréscimo. Outro fator que talvez possa justificar esse dado é que houve uma significativa expansão da mecanização da mão de obra, bem como a introdução da tecnologia nos processos de trabalho³.

Atualmente, um dos grandes desafios para os profissionais da saúde está relacionado ao risco com acidentes biológicos, potencialmente contaminados, em razão da exposição frequente a fluídos corporais, bem como de materiais contaminados. Vários estudos ao longo dos anos vêm mostrando que esse tipo de acidente tem aumentado, sendo mais comuns os ferimentos com agulhas e material perfurocortantes, que são potencialmente capazes de provocar vários tipos de doenças, principalmente à causada pelo vírus da imunodeficiência humana e o da hepatite B e C⁴⁻¹⁰.

Portanto, a Biossegurança deve ser entendida como um campo complexo, que envolve todas as áreas do saber, que requer recursos humanos específicos, com experiência e capacidade crítica para lidar com os procedimentos de avaliação, gestão e comunicação de risco, antecipar cenários futuros, e ainda compreender a Biossegurança como uma área essencial para a pesquisa e o desenvolvimento sustentável da moderna biotecnologia brasileira¹¹.

Os profissionais da saúde, em todos os níveis, precisam ter acesso a capacitações em Biossegurança, porém

essas precisam ser pensadas de forma a capacitá-los para as realidades impostas pelo mercado de trabalho e principalmente com foco nas adversidades que esse tipo de trabalho impõe¹².

Nesse sentido, com a preocupação de proteger o trabalhador da saúde, foi Constituída pela Portaria N°. 485/05, publicada pelo Ministério do Trabalho e Emprego em dezembro de 2005 –, a Norma Regulamentadora 32 (NR-32). Essa norma tem como diretriz básica a implementação de medidas de proteção à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daquele que exercem atividades de promoção e de assistência à saúde em geral¹³.

A Estratégia Saúde da Família hoje é considerada uma política de Estado e uma das colunas de sustentação do SUS. Conta com 238 mil agentes comunitários, 31 mil equipes de Saúde da Família e 19 mil equipes de Saúde Bucal. A sua principal conquista foi a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde e contribuiu ainda para promoção da equidade e melhoria de indicadores de saúde¹⁴.

Então, partindo disso, objetivou avaliar como o profissional, na vivência do exercício de sua profissão, se expõe a risco por não aderir às práticas de proteção regulamentadas em lei. Com isso, surge o questionamento: os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família conhecem e aderem às normas estabelecidas pela NR-32 e estão expostos a riscos biológicos?

Este estudo pautou-se na hipótese de que os profissionais que atuam na rede de atenção à saúde desenvolvem atividades com exposições a agentes biológicos e, isso, os torna vulneráveis a inúmeras doenças e, muitas vezes, o ambiente de trabalho não proporciona uma condição segura no exercício do seu labor.

Assim, o objetivo proposto foi descrever o conhecimento e a adesão à Norma Regulamentadora (NR-32) dos profissionais da rede de atenção à saúde, bem como a exposição aos agentes biológicos.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo quantitativo e transversal¹⁵, com foco no campo da saúde do trabalhador da saúde, realizado nas unidades de Saúde da Família de um município de médio

porte do interior do estado de São Paulo, no período de junho a dezembro de 2012. A população do estudo foi composta por 215 profissionais, sendo 99 auxiliares e técnicos de enfermagem, 40 dentistas, 38 enfermeiros e 38 médicos que atuam em 33 Unidades no modelo Estratégia Saúde da Família. A amostra foi constituída por 90 profissionais, distribuídos geograficamente, de forma aleatória, nas quatro regiões (leste, oeste, norte e sul) do município. Para a coleta dos dados, utilizou-se de um questionário com questões que abordavam os aspectos relativos ao conhecimento e à adesão à NR-32 e à exposição aos agentes biológicos.

O questionário foi elaborado com base nas diretrizes da NR-32, em seguida aplicado em oito profissionais da área da saúde como pré-teste para os ajustes necessários e, após, avaliado por quatro pesquisadores para a validação final, antes de ser aplicado nos participantes do estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 94.586).

As variáveis investigadas foram: os dados sociodemográficos, o tempo de atuação na profissão, o comportamento na adesão ao uso das barreiras de proteção e a exposição às doenças no cotidiano do trabalho.

Os critérios para participação no estudo basearam-se em ser profissional da saúde (Dentista, Enfermeiro, Médico, e Auxiliar/Técnico de Enfermagem) do quadro de trabalhadores da Saúde da Família, das 33 unidades do Município.

Os resultados foram analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Para as variáveis categóricas, foram obtidas as percentagens e, para as numéricas, as médias \pm desvio padrão e os valores mínimos e máximos. A análise para comparação entre dois grupos das variáveis categóricas ocorreu por meio dos testes qui-quadrado e, quando necessário, foi utilizado o teste exato de Fisher. Para comparação de médias, foi usado o teste *t*-student para amostras independentes e de dois grupos, e, para a comparação das medianas o teste de Kruskal Wallis, quando mais de dois grupos. O *p*-valor $\leq 0,05$ foi considerado uma diferença significativa em todas as análises estatísticas.

RESULTADOS |

Dos 90 profissionais participantes do estudo (90%) eram do sexo feminino, (37,8%), Auxiliares e Técnicos de

Enfermagem, (24,4%), enfermeiros, (22,2%), dentistas, e (15,6%) médicos. A maioria (67,8%) formou-se em instituições privadas. A jornada de trabalho de 40 horas semanais e o tempo médio de atuação na profissão era de 10 anos.

Para avaliar o conhecimento dos profissionais sobre a NR-32, o estudo obteve como resposta que (100%) admitiram conhecer a norma, mas, ao responderem sobre o risco biológico (95,6%), disseram saber o que é; com relação ao que é biossegurança (93,3%) relatam saber o significado dessa palavra e (6,7%) têm dúvida. Para o conhecimento sobre precaução padrão, foi identificado que (75,6%) conhecem e (20%) têm dúvida.

Com relação à categoria, ao ser comparado o conhecimento sobre precaução padrão, entre elas observa-se que (85,3%) dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem conhecem. Dos enfermeiros, (81,8%) admitem conhecer. Já os dentistas, (65%) sabem o que é, e os médicos (57,1%) conhecem.

O conhecimento sobre risco biológico entre as diferentes categorias profissionais não apresentou diferenças, uma vez que a maioria dos profissionais afirma ter conhecimento sobre risco biológico.

Para verificar se o tempo de atuação dos profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) interfere no conhecimento sobre biossegurança, risco biológico e precaução padrão estabeleceu-se dois períodos, sendo aqueles que atuam na área há menos de dez anos comparando com os que atuam há mais de dez anos, conforme apresentado na tabela 1.

Os profissionais que atuam na ESF há menos de 10 anos (95,8%) conhecem biossegurança. Já com relação ao risco biológico os profissionais com mais de 10 anos (95,6%) conhecem mais sobre o assunto. O conhecimento sobre precaução padrão foi maior naqueles que trabalham há mais de 10 anos com (68,8%).

Na avaliação do comportamento dos profissionais que atuam nas ESFs, em relação à adesão às determinações de uso de barreiras que podem evitar exposições a agentes biológicos, conforme previsto na Norma Regulamentadora – 32, foram apresentadas algumas situações cotidianas e que podem expor os trabalhadores da saúde a riscos conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 1 - Tempo de atuação dos profissionais das ESF relacionado ao conhecimento sobre biossegurança, risco biológico e precaução padrão, 2014

Biossegurança/Risco biológico/Precaução padrão			
Tempo de profissão	Sim (%)	Não (%)	Total (%)
Biossegurança			
< 10 anos	46 (95,8)	2 (4,2)	48 (100)
> 10 anos	38 (90,5)	4 (9,5)	42 (100)
Total	84 (93,3)	6 (6,7)	90 (100)
Risco biológico			
< 10 anos	45 (93,8)	3 (6,2)	48 (100)
> 10 anos	41 (95,6)	1 (4,4)	42 (100)
Total	86 (95,6)	4 (4,4)	90 (100)
Precaução padrão			
< 10 anos	33 (68,8)	15 (31,2)	48 (100)
> 10 anos	35 (83,3)	7 (16,7)	42 (100)
Total	68 (75,6)	22 (24,4)	90 (100)

Tabela 2 - O comportamento dos profissionais das Unidades de Saúde da Família na utilização das barreiras de proteção e adornos durante o atendimento, 2014

Comportamento	Frequência/Profissões			
	Auxiliar/Técnico de Enfermagem	Médico	Dentista	Enfermeiro
Uso de luvas	85,3	92,9	100	68,2
Uso de Mascara	44,1	50	95	27,3
Uso de óculos	50	50	90	36,4
Recapar agulhas	0	7,1	30	4,5
Usar Jaleco	2,9	7,1	0	4,5
Usar adornos	2,9	14,3	0	4,5

Ao avaliar a frequência da adesão ao uso de luvas, os dentistas e os médicos são os que mais aderem a essa ação. O uso de máscara e óculos foi maior entre os dentistas, porém estes recapam mais agulhas. Já com relação ao uso de jaleco e adorno, os médicos são os que aderem menos a essa prática no ambiente de trabalho.

Os profissionais foram abordados sobre o quanto se sentem expostos a doenças em seu local de trabalho, considerando que o ambiente pode ser um precursor para os riscos ocupacionais e para a exposição a agentes biológicos.

Os dados demonstram que (92,22%) se sentem expostos a doenças no seu ambiente de trabalho. Dos participantes deste estudo, (38,89%) já sofreram algum tipo de acidente em que houve exposição a material biológico. Quando abordados sobre conhecer algum colega de trabalho que

tenha sofrido algum acidente com exposição a material biológico, (68,89%) informaram conhecer profissionais que já sofreram esse tipo de acidente.

DISCUSSÃO |

Os profissionais relatam que conhecem a NR-32, mas quanto aos conceitos que norteiam essa norma que são apresentados como: precaução padrão, biossegurança e risco biológico a pesquisa mostrou um déficit no conhecimento, principalmente, no que se refere à precaução padrão.

A maneira mais eficaz de impedir um acidente, no desempenho das atividades laborais, é conhecer todas as formas de riscos existentes no ambiente de trabalho.

Para tanto, o trabalhador precisa entender o mundo real do trabalho, a sua variabilidade e as estratégias para resolver os problemas, superar as dificuldades e manter o funcionamento do sistema¹⁶.

Embora os dados demonstrem que algumas profissões apresentam um conhecimento maior sobre precaução padrão, mas não obstante a isso, há uma preocupação, pois os profissionais que não conhecem as formas de se proteger apresentam-se mais vulneráveis aos acidentes com material biológico.

A precaução padrão é o tipo de proteção que o profissional da saúde deve adotar na execução de qualquer atividade que envolva risco de contato com fluídos orgânicos, independentemente do estado de saúde do paciente, ou seja, fazer uso sempre de luvas descartáveis, máscara, avental e óculos de segurança¹⁷.

Este estudo mostrou que, embora os profissionais de saúde conheçam os riscos de infecção em seu cotidiano de trabalho, sendo representando como baixo na atenção básica, não adotam às precauções padrão, mesmo considerando que a aplicação dessas medidas são indicadas em todos os procedimentos¹⁸.

As precauções padrão são ações adotadas nas situações em que todos os pacientes são infectados e em que as práticas de proteção são adotadas. Isso tem impactado de forma efetiva na redução da exposição ocupacional. Devendo ser considerado ainda que os profissionais de saúde nos países em desenvolvimento são menos propensos a aderir às precauções padrão por inúmeras razões¹⁹.

Ao analisar o conhecimento sobre biossegurança entre as profissões, observou-se que os auxiliares/técnicos de enfermagem são os que mais conhecem quando comparado com as demais profissões.

As ações de biossegurança em saúde são primordiais para a promoção e manutenção do bem-estar e proteção à vida e são asseguradas por atitudes seguras que garantem a prevenção de doenças e a proteção de todos os trabalhadores²⁰.

A dificuldade em praticar a biossegurança está relacionada a diversas características, entre as quais se destacam a idade, a cultura, a responsabilidade, a cobrança, a cidadania e, principalmente, a educação²¹.

Um estudo realizado com a equipe de enfermagem mostrou que os profissionais reconhecem que a profissão apresenta alto risco de acidentes, mas que os riscos se tornam menor à medida que sejam observadas normas de biossegurança e autocuidado na prestação da assistência²².

O risco biológico, no cotidiano do trabalho, apresenta uma necessidade constante de comportamentos seguros para evitar o risco de infecção nos profissionais da saúde e também nos pacientes. Esse se define como a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos em razão da presença desses no ambiente de trabalho²³.

Os trabalhadores conhecem os riscos à sua saúde, de uma forma genérica, e que isso é resultado das suas vivências no trabalho. Mesmo assim não se pode esperar que esse conhecimento se transforme em ação segura de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais²⁴.

Os dados não foram estatisticamente significativos quando comparado o conhecimento dos profissionais sobre biossegurança, risco biológico e precaução padrão com o tempo de atuação na profissão.

Este estudo mostrou que as categorias cirurgiões-dentistas, médicos e técnicos de laboratório conhecem as normas de biossegurança, mas o fato de conhecer não reduziu o número de acidentes nesses profissionais, exceto os médicos que sofreram menos acidentes²⁵. O que reforça a importância do conhecimento acompanhado pela adesão efetiva a essas normas.

Os profissionais, com relação à utilização das barreiras de proteção, não aderem ao uso dos equipamentos de proteção individual. Foi possível identificar que o profissional que mais adere aos equipamentos de proteção individual é o dentista.

A adesão às normas de biossegurança e precaução padrão são reconhecidamente uma forma eficaz de redução do risco ocupacional e de transmissão de micro-organismos nas unidades de saúde²⁶.

Estudo com trabalhadores que haviam sofrido acidentes com material biológico mostrou que 40 % deles não usavam luva de procedimento, mesmo conhecendo a importância desse uso, alegaram esquecimento²⁷.

A exposição aos agentes biológicos exige dos profissionais a adoção de técnicas que possibilitem a execução do

trabalho sem o contato direto com os fluídos corporais ou materiais contaminados.

Os profissionais que se acidentam com material biológico, em sua maioria, estão utilizando as barreiras de proteção, mas existem alguns que relatam não fazerem uso por não querer²⁸. Estudo com trabalhadores acidentados com material biológico apontou que a inadequação de materiais e equipamentos, a pressa e a sobrecarga de trabalho foram fatores que também influenciaram a ocorrência do acidente, e não apenas a falta de atenção ou descuido do trabalhador²⁹.

CONCLUSÃO |

Observou-se que os profissionais indicam conhecer o teor desta norma, mas quando são comparadas as inúmeras situações as quais estão expostos cotidianamente, esses conhecimentos se revelam insuficientes.

Com relação à adesão, o estudo mostrou que os dentistas e os enfermeiros são os profissionais que mais aderem à utilização das barreiras de proteção durante as atividades, principalmente de luvas. Porém, essa adesão é sublimada na adesão aos demais itens necessários à proteção do trabalhador da saúde.

Quando o critério de avaliação foi à exposição, o estudo mostrou que os profissionais estão expostos aos agentes biológicos e, conseqüentemente, têm maior possibilidade de adoecer em razão do trabalho que executam na saúde da família.

A relevância deste estudo está pautada na capacidade de comparar diferentes profissões, com características de trabalho análogas em um mesmo cenário, sendo possível pensar em estratégias de proteção contra os agentes biológicos, de forma coletiva e individual para esses profissionais.

Outro fator importante refere-se à necessidade de uma mudança de comportamento em relação à cultura das pessoas em não se proteger nas situações de exposição iminente de riscos, pois pode ocorrer uma negação do risco ou uma utópica “naturalização” do comportamento de risco, que leva o profissional a pensar que “nunca acontecerá nada” e parece ser nessa situação é que geralmente os acidentes ocorrem.

Cabe ressaltar ainda que esta pesquisa poderá ser replicada em outros cenários, considerando que a exposição desses trabalhadores é semelhante em unidades de saúde da família em todo o País.

Esta pesquisa teve como limitação a dificuldade na participação dos profissionais, o que provocou atraso na coleta dos dados.

Novos estudos podem ser elaborados na busca por entender os fatores que interferem na adesão dos profissionais ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual.

REFERÊNCIAS |

1. Navarro VL, Alessi NP, Lima MG. A violência do trabalhador no contexto da reestruturação produtiva no Brasil. In: Silva JF, Lima RB, Dal Rosso S, organizadores. Violência e trabalho no Brasil. Goiânia: UFG; 2001. p. 229-45.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da Saúde da Família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. Veiga A. Tempos modernos. *Veja*. 2000; 33(14):122-9.
4. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39-53.
5. Monteiro ALC, Ruiz EAC, Paz RB. Recomendações e condutas após exposição ocupacional de profissionais de saúde. *Bol Epidemiol*. 1999; 17(1):3-23.
6. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology. APIC position paper: prevention of device mediated blood borne infections to health care workers. *Am J Infect Control*. 1998; 26(6):578-80.
7. Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D, et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *N Engl J Med*. 1997; 337(21):1485-90.

8. Bell DM. Occupational risk of human immunodeficiency virus infection in healthcare workers: an overview. *Am J Med.* 1997; 102(Suppl 5B):9-15.
9. Henry K, Campbell S. Needlestick/sharps injuries and HIV exposure among health care workers: national estimates based on a survey of U.S. hospitals. *Minn Med.* 1995; 78(11):41-4.
10. Canini SRMS, Gir E, Hayashida M, Machado AA. Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista. *Rev Latino-am Enferm.* 2002; 10(2):172-8.
11. Goldim JR. Conferência de Asilomar [internet]. 1997 [acesso em(Data incompleta)]. Disponível em: URL: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/asilomar.htm>>.
12. Mastroeni MF. A difícil tarefa de praticar a biossegurança [Internet]. *Cienc Cult.* 2008 [acesso em 10 nov 2013]; 60(2):4-5. Disponível em: URL: <<http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v60n2/a02v60n2.pdf>>.
13. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a norma regulamentadora n. 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). *Diário Oficial da União.* Brasília; 16 nov 2005. Seção 1.
14. Garner JS, Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for isolation precautions in hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1996; 17(1):53-80.
15. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: principles and methods.* 7. ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
16. Rasmussen J. Risk management in a dynamic society: a modeling problem. *Saf Sci.* 1997; 27(2-3):183-213.
17. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings [Internet]. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention; 2007 [acesso em 22 mar 2014]. Disponível em: URL: <<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/Isolation/Isolation2007.pdf>>.
18. Souza MCMR, Freitas MIF. Representações de profissionais da atenção primária sobre risco ocupacional de infecção pelo HIV. *Rev Latino-am Enferm.* 2010; 18(4):748-54.
19. Lee R. Occupational transmission of bloodborne diseases to healthcare workers in development countries: meeting the challenges. *J Hosp Infect.* 2009; 72(4):285-91.
20. Telles JL. Bioética, biotecnologias e biossegurança: desafios para o século XXI. In: Valle S, Telles JL, organizadores. *Bioética e biorrisco: abordagem transdisciplinar.* Rio de Janeiro: Interciência; 2003. p. 171-201.
21. Mastroeni MF. A difícil tarefa de praticar a biossegurança [Internet]. *Cienc Cult.* 2008 [acesso em 10 nov 2013]; 60(2):4-5. Disponível em: URL: <<http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v60n2/a02v60n2.pdf>>.
22. Alves SSM, Passos JP, Tocantins FR. Acidentes com perfurocortantes em trabalhadores de enfermagem: uma questão de biossegurança. *Rev Enferm UERJ.* 2009; 17(3):373-7.
23. Oliveira BRG, Murofuse NT. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. *Rev Latino-am Enferm.* 2001; 9(1):109-15.
24. Caixeta RB, Barbosa-Branco A. Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(3):737-46. PAREI AQUI
25. Peixoto ITA, Ferreira AA, Pereira MML, Monteiro JSC. Importância da biossegurança em odontologia [Internet]. *Revista Científica da UNIRB.* 2012 [acesso em 20 jan 2014]; 3(4):37-43. Disponível em: URL: <http://old.unirb.edu.br/periodicos/pdf/Revista_Cientifica_V3_n004.pdf>.
26. Sarquis LMM. O monitoramento do trabalhador da saúde após exposição a fluídos biológicos Tese [Doutorado em Enfermagem]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007. 190 p.
27. Kohn WG, Collins AS, Cleveland JL, Harte JA, Eklund KJ, Malvitz DM. Guidelines for Infection Control in Dental health - Care Setting – 2003 [Internet]. *MMWR.*

2003 Dec [acesso em 19 nov 2013]; 52(RR-17):1-61.
Disponível em: URL: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5217a1.htm>>.

28. Gusmão GS, Oliveira AC, Gama CS. Acidente de trabalho com material biológico: análise da ocorrência e do registro. *Cogitare Enferm.* 2013; 18(3):558-64.

29. Souza M. Assistência de enfermagem em infectologia. São Paulo: Atheneu; 2006.

Correspondência para/Reprint request to:

Luís Carlos de Paula e Silva

Rua Tupinambás, 219,

Aeroporto, Marília, SP, Brasil

CEP: 17514-100.

Tel.: (14) 99754-5113 / (14) 3453-2546 / (14) 3402-8806

E-mail: luis@famema.br

Submetido em: 09/07/2015

Aceito em: 05/04/2016

Camila Pessôa Santos¹
Elisandra Cristina de Souza Barboza¹
Natalia Oliveira de Freitas¹
Joyceane Correia Almeida¹
Andressa Cordasso Dias¹
Ednaldo Cavalcanti Araújo¹

Use of male condoms among teenage students

Adesão ao uso do preservativo masculino por adolescentes escolares

ABSTRACT | Introduction: *The condom use shows records throughout humanity evolution. Objective:* To investigate adherence to male condom use among adolescent students. **Methods:** *This is a descriptive, quantitative study using which originated from a research project ("Promoting education on sexual health of adolescents: research on the use and acceptance of condoms") database. The sample comprised of 79 male adolescents from the 7th and 8th grade of elementary school, aged 13 to 16 years. The data collection instrument consisted of a questionnaire with multiple choices questions. Data analysis was carried out with the help of the Statistical Package Program for Social Sciences (SPSS) in September 2014. Results:* 38.4% of young people reported that they do not use condom as opposed to 41.54% who reported making regular use of this preventive measure. The reasons for not using condom at the time of the sexual intercourse were as follows: not having condoms with them at the time of the intercourse (20.3% (n = 16), decreased pleasure in sexual intercourse (19% (n = 15) and trust in the partner 6.3% (n = 5), while 54.4% (n = 43) did not answer this question. **Conclusion:** Young people are most at risk of infection by sexually transmitted diseases due to misguided behaviors that leave them highly vulnerable. These attitudes are objectified in performing unprotected sex and based on the social.

Keywords | *Adolescents; Students; Condom use; Male.*

RESUMO | Introdução: O uso de preservativo apresenta registros no decorrer da evolução da humanidade. **Objetivo:** Investigar a adesão ao uso do preservativo masculino entre adolescentes escolares. **Métodos:** Estudo descritivo e exploratório de abordagem quantitativa originado a partir de um banco de dados do projeto de iniciação científica "Promovendo a educação em saúde sexual de adolescentes: investigação sobre o uso e aceitação dos preservativos". Amostra compreendida por 79 adolescentes da 7ª e 8ª série do ensino fundamental, com faixa etária de 13 a 16 anos. O instrumento de coleta de dados consistiu em questionário com assertivas de múltiplas escolhas. A análise dos dados ocorreu pelo Programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* em setembro de 2014. **Resultados:** Sobre a utilização do preservativo nas práticas sexuais, 38,4% dos jovens não fazem uso dele, em oposição a 41,54% que fazem o emprego deste meio preventivo. Dos motivos da não utilização, foram explanados, não portabilidade no momento do ato sexual 20,3% (n=16); diminuição do prazer nas relações 19% (n=15); confiança no parceiro 6,3% (n=5) e não responderam a esta indagação 54,4% (n=43). **Conclusão:** Os jovens estão mais expostos ao risco de infecção pelas doenças sexualmente transmissíveis por apresentarem, muitas vezes, comportamentos que os deixam vulneráveis. Essas atitudes estão objetivadas na realização de práticas sexuais sem preservativo e fundamentadas no social.

Palavras-chave | Adolescentes; Estudantes; Preservativo; Masculino.

¹Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O preservativo originou-se anterior a Cristo e apresenta registros no decorrer da evolução da humanidade. No século XVII, tratava-se de um envoltório a base de linho, conhecido como condom, confeccionado, comercializado e utilizado como meio preventivo. No ano de 1843, a borracha passou a ser a matéria-prima do preservativo, porém considerada pouco aderente, de preço elevado e anti-higiênica devido à reutilização. Apenas na década de 1990 surgiu o látex, com sua textura maleável, maior aderência, confortável e descartável, sendo o mesmo material utilizado na atualidade, inovado apenas por um processamento, acrescido no início dos anos 2000, no qual é realizada a inclusão de substâncias químicas, que visam diminuir resíduos que possam causar alergias¹.

Dois modelos de preservativos foram desenvolvidos e passaram pelo mesmo tipo de processamento químico, o preservativo masculino e o feminino; porém, esse último não tem a mesma divulgação que o primeiro. Apesar da inegável liberdade ofertada à mulher para que tenha autonomia em optar pelo sexo seguro, o preservativo feminino possui pouca aceitação pela população, em geral, sexualmente ativa, devido aos tabus e receios envolvidos em seu uso, como vergonha, falta de conhecimento da existência ou forma de utilização e aparência².

O preservativo masculino, assim como na antiguidade, permanece o meio preventivo de escolha nas relações sexuais. Trata-se de um dispositivo utilizado como envoltório físico para evitar Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), gravidez indesejada e/ou inoportuna e é uma das medidas preventivas mais divulgadas e incentivadas no Brasil. Mesmo com a elevada adesão a este método contraceptivo, uma parcela da população, os adolescentes, ainda possui uma postura evasiva ante a sua aceitação, justificando-se, entre outros fatores, pela falta de acreditação na eficácia do preservativo¹.

A adolescência, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), compreende o período entre os 10 e os 20 anos de idade³, caracterizada por modificações físicas e psicossociais, no qual os jovens vivenciam com intensidade as novas descobertas e início das práticas sexuais⁴. No Brasil, os adolescentes principiam o contato íntimo de forma precoce (as meninas, dos 12 aos 15 anos de idade, e, os meninos, aos 16 anos), muitas vezes, sem uso do preservativo, acarretando em sexo desprotegido,

umentando o risco de gravidezes indesejadas e/ou inoportunas, ISTs e HIV/AIDS⁵.

A idade precoce das atividades sexuais, o uso inadequado de preservativos, a opção por múltiplos parceiros e o consumo de drogas são fatores que podem estar relacionados à vulnerabilidade à infecção⁶. A proporção relativa ao início sexual é inversa aos danos causados à saúde, assim como o índice de consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas ilícitas⁷. O adolescente possui conhecimento quanto à importância da prevenção, porém, por influência do meio, a não portabilidade do preservativo, a vergonha e outros fatores, opta por não fazer uso dele e dá continuidade à relação, baseando-se na crença de que “uma vez não haverá problema”⁸.

Entre os anos de 1980 e 2015 foram registrados 519.183 (65,0%) casos de AIDS em homens e, 278.960 (35,0%), em mulheres, notificados no Brasil. No período entre 1980 e 2013, houve uma prevalência maior de infecções em mulheres, e, entre 2004 e 2008, surgiu uma equivalência em relação ao sexo no qual, para cada 15 casos de homens infectados, tinha-se 10 casos em mulheres, no entanto, em 2009, houve uma redução no número de caso de mulheres e um aumento no sexo masculino numa razão de 19 casos de AIDS em homens para cada 10 casos em mulheres em 2014⁹.

Em relação à faixa etária dos jovens entre 13 e 19 anos, foi observada uma maior incidência de infecção por HIV/AIDS nos homens, com 16 casos de infecção masculina para cada 10 casos de infecção feminina, uma frequência de 60% a mais neste gênero em 2014. Nos indivíduos com 20 anos ou mais de idade, observa-se uma inversão nos sexos, pois há uma elevação significativa no número de casos de infecção em mulheres em relação aos casos em homens nas faixas etárias de maior idade. No ano de 2014, para os indivíduos nas faixas etárias de 20 a 29 e de 30 a 39 anos, a proporção foi de 20 casos em homens para 12 casos em mulheres. É importante ressaltar que entre jovens na faixa etária dos 15 aos 19 anos, no período de 2005 a 2014, os casos mais que triplicaram, de 2,1 para 6,7 casos/100 mil habitantes, e, na faixa etária entre 20 e 24 anos, quase dobraram, de 16,0 para 30,3 casos/100 mil habitantes⁹.

Na sociedade, o contexto histórico, as crenças e os valores estão arraigados, e, por isso, a comunicação sobre sexualidade é dificultosa ou quase inexistente no

âmbito familiar. Isso desfavorece o conhecimento efetivo sobre o exercício da sexualidade responsável, provoca o aparecimento do sentimento negativo como o medo, estimula a procura tardia pelos serviços de saúde e induz os adolescentes a buscar informações com os colegas que, na maioria das vezes, as fornecem de maneira incorreta ou equivocada⁸.

Devido à resistência por parte dos jovens em buscar orientação no âmbito familiar, outros ambientes com seus envolvidos diretos servem de veículos de informações, esclarecimento de dúvidas e questionamentos, como no campo escolar por meio dos educadores, psicólogos escolares e orientadores, em que estes indivíduos recebem informações e as repassam em suas relações intersociais⁸. Desde a década de 1920, a abordagem sobre sexualidade nas escolas passou a compor a reforma do sistema educacional, porém, apenas com o auge da epidemiologia da AIDS na década de 1990 é que o tema em questão se tornou imprescindível para a discussão, objetivando a prevenção pela promoção de sexo seguro¹⁰.

As questões socioeconômicas e culturais influenciam diretamente a inadequação ao uso dos métodos contraceptivos, o aumento da frequência absoluta e relativa de jovens escolares gestantes com ISTs/ HIV/AIDS¹¹. Alguns fatores podem justificar a opção dos jovens de não utilizarem o preservativo, entre eles estão: a confiança na invulnerabilidade, pois acreditam estarem expostos ao risco, porém não o suficiente para uma efetiva infecção; atitudes contestadoras as quais são características fortes nesta faixa etária; o medo de exclusão do grupo social por realizarem o que é preconizado⁶⁻¹². Portanto, para se vivenciar o sexo de forma saudável e segura, é necessário que haja informações sobre os métodos contraceptivos e riscos envolvidos em práticas sexuais sem proteção, entre outras temáticas têm-se a responsabilidade, afeto, respeito e amor¹³.

Diante do exposto, este estudo foi conduzido pela seguinte questão de pesquisa: qual a adesão dos adolescentes escolares ao uso e à aceitabilidade do preservativo masculino? Para responder o seguinte questionamento, esta pesquisa teve por objetivo investigar a adesão ao uso do preservativo masculino entre adolescentes escolares, considerando a demanda de adesão, a consciência quanto à importância e os locais de aquisição do preservativo, com um levantamento do quantitativo de jovens que optam pela prática de sexo seguro mediante prevenção.

MÉTODOS |

Estudo descritivo e exploratório de abordagem quantitativa, originado de um banco de dados do projeto de iniciação científica “Promovendo a educação em saúde sexual de adolescentes: investigação sobre o uso e a aceitação dos preservativos”, realizado no mês de novembro de 2013, no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

O trabalho de campo ocorreu em uma escola pública da cidade do Recife (PE), localizada no bairro da Várzea, com funcionamento nos turnos manhã, tarde e noite; sendo realizado por dois pesquisadores, uma mestrandia em enfermagem e uma graduanda em enfermagem, alunas da UFPE. As turmas escolhidas foram as do ensino fundamental, mais especificamente da 7ª e 8ª séries.

Os pesquisadores estabeleceram contato inicial com a direção da instituição onde se sucedeu a apresentação do projeto envolvido. Mediante consentimento da direção e de parte do corpo docente, que acompanhou os entrevistadores em sala de aula, ocorreu o convite presencial e oral para os estudantes, esclarecendo-se dúvidas e critérios para a participação destes na pesquisa.

A amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: adolescentes na faixa etária dos 13 aos 16 anos; que aceitaram participar do estudo; que estivessem autorizados pelos pais e/ou responsáveis por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com a resolução 196-96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Do total de 328 adolescentes de ambos os sexos, matriculados nas 7ª e 8ª séries do ensino fundamental no horário diurno, período de realização da pesquisa, apenas 79 foram selecionados, por eles atenderem aos critérios estabelecidos, não havendo recusas.

O instrumento de coleta de dados consistiu em um questionário estruturado, que foi aplicado em sala de aula com a presença de um docente responsável. O questionário abrange variáveis independentes, como: idade, sexo, estado civil, orientação sexual; e variáveis subjetivas, como: comportamento sexual de risco para o HIV e a AIDS; conhecimentos e atitudes com relação ao uso do preservativo. Foi realizado um teste-piloto com um grupo de adolescentes matriculados na mesma escola, no período de agosto de 2013, com o objetivo de avaliar se o instrumento necessitaria de modificações a fim de

responder aos objetivos da pesquisa. Ressalta-se que após o teste-piloto não houve alterações no instrumento de coleta.

Para análise das informações, foi construído um banco de dados no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 22.0, no período de setembro de 2014, para o agrupamento, análise e processamento das informações coletadas. Estas, foram consolidadas em tabelas e gráficos com frequência absoluta e relativa, discutidas, relacionadas e embasadas pela literatura¹⁴.

Este estudo está em consonância com o estabelecido na Resolução de 196/2010, revogada na Resolução de 466/2012, do Conselho Nacional em Saúde, aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco CEP/CCS/UFPE, sob o protocolo de número 191/10, CAAE 0191.0.172.000-10.

RESULTADOS |

O estudo avaliou uma amostra de 79 alunos com idades entre 13 anos 22,8% (n=18) e 16 anos 10,1% (n=8), de ambos os sexos, cursando as séries 7ª (29,1%) e 8ª (70,9%) do ensino fundamental de uma escola localizada no bairro da Várzea, no Recife (PE) (Tabela 1).

Dos adolescentes entrevistados, 88,6% (n=70) declararam-se solteiros e 5,1% (n=4), casados. Quanto à variável orientação sexual, 2,6% (n=2) identificaram-se como homossexual ou bissexual, enquanto que 88,6% (n=70) afirmaram serem heterossexuais (Tabela 1).

Com relação ao comportamento sexual, 38,4% (n=25) declararam não utilizar nenhum método para prevenir possíveis contaminações, entretanto, 41,54% (n=27) afirmaram fazer uso do preservativo masculino nas relações sexuais (Tabela 2).

Dos fatores que justificam a não adesão ao preservativo, 20,3% (n=16) dos adolescentes indicaram a não portabilidade do preservativo no momento do ato sexual, enquanto que 19% (n=15) alegaram a diminuição do prazer nas relações e 6,3% (n=5) declararam que não utilizariam o preservativo por confiar no parceiro. No total, 16,5% (n=13) dos adolescentes declararam que não praticam sexo seguro desde o início do relacionamento (Tabela 2).

Tabela 1 - Perfil dos adolescentes segundo a idade, sexo, estado civil, série e orientação sexual, Recife/PE, 2015

Variáveis	Total (n=79)	(%)
Idade		
14 anos	28	35,4
15 anos	24	30,4
13 anos	18	22,8
16 anos	8	10,1
Sexo		
Feminino	49	62,0
Masculino	30	38,0
Estado civil		
Solteiro	70	88,6
Casado	4	5,1
Vive junto	3	3,8
Série		
8ª série	56	70,9
7ª série	23	29,1
Orientação sexual		
Heterossexual	70	88,6
Homossexual	1	1,3
Bissexual	1	1,3

Quanto aos locais de obtenção do preservativo masculino, a farmácia foi apontada como principal meio de acesso com 54,4% (n=43), enquanto que 30,4% (n=26) dos adolescentes não informaram onde conseguem o preservativo. Quanto à assertiva, quem leva a camisinha masculina, 53,2% (n=42) recusaram-se a responder à questão e 51,9% (n=41) optaram por não informar como procederiam se o parceiro não levasse o preservativo (Tabela 2).

Ao serem indagados quanto ao uso do preservativo nas relações sexuais com parceiros fixos/namorados, 7,5% (n=6) afirmaram que não fazem uso do preservativo masculino com o namorado, enquanto que 22,7% (n=18) dos adolescentes informaram sempre utilizá-lo nas práticas sexuais com os parceiros fixos (Tabela 3). Entre os que possuem relação ocasional, 6,3% (n=5) optam por não fazer uso do preservativo na relação sexual (Tabela 3).

Tabela 2 - Distribuição da frequência informada pelos adolescentes segundo local que adquirem o preservativo masculino, motivo de não uso e o posicionamento quanto à prevenção de DSTs, Recife/PE, 2015

Variáveis	Total (n=79)	(%)
Local no qual adquirem o preservativo masculino		
Farmácia	43	54,4
Posto de saúde	5	6,3
Amigo	2	2,5
Não sabe	2	2,5
Supermercado/sex-shop /hotel	1	1,3
Motivo que levaria ao não uso do preservativo masculino		
Não ter no momento da relação sexual	16	20,3
Diminuição do prazer sexual	15	19,0
Confiança no parceiro	5	6,3
Ausente	43	54,4
Como você usa o preservativo com o seu parceiro ocasional?		
Uso sempre a camisinha	36	45,6
Não usa desde o início do relacionamento	13	16,5
Usa a camisinha até os 6 meses de relacionamento	3	3,8
Usa a camisinha até 3 meses de relacionamento	2	2,5
Quem deve levar a camisinha masculina?		
Ambos	19	24,1
Parceiro sexual	14	17,7
Entrevistado (a)	4	5,1
Ausente	42	53,2
Se o seu namorado/parceiro ocasional não leva o preservativo, o que você faz?		
Insiste com o parceiro para que ele compre o preservativo e recusa ter relação sexual sem a camisinha	21	26,6
Não sugere o uso e aceita sem problemas ter relação sexual sem o preservativo	13	16,5
Sente-se inseguro (a) em sugerir o uso por medo	4	5,1
Ausente	41	51,9
O que você está fazendo para prevenir DSTs nas relações sexuais?		
Camisinha masculina é usada	27	41,5
Camisinha feminina é usada	2	3,0
Ambas são usadas	11	16,9
Nada	25	38,4

Tabela 3 - Frequência de utilização do preservativo na prática sexual com namorado ou parceiro ocasional, Recife/PE, 2015

Variáveis	Total (n=79)	(%)
Quando você usa o preservativo masculino com o seu namorado?		
Sempre	18	22,7
Às vezes	7	8,8
Nunca	6	7,5
Não se aplica	48	60,7
Quando você usa o preservativo masculino com o seu parceiro ocasional?		
Sempre	14	17,7
Às vezes	7	8,8
Nunca	5	6,3
Não se aplica	53	67,2

Entre os adolescentes entrevistados, 24% (n=19) utilizam o preservativo nas práticas de sexo vaginal. Em torno de 22,7% (n=18) dos adolescentes, declaram fazer uso de proteção na relação sexual com parceiro ocasional.

Nota-se que este percentual é maior que o somatório dos que não se previnem, 7,59% (n=6), com os que eventualmente utilizam o preservativo, 7,59% (n=6), totalizando 15,18% (n= 12) de exposição a riscos e mostrando proximidade entre os índices obtidos, ou seja, entre a prevenção e a possível contaminação (Tabela 4).

Por se tratar de práticas incomuns e ainda pouco aceitas socialmente, os dados obtidos quanto ao sexo oral e anal são compatíveis com os resultados esperados para a pesquisa. Assim, a maioria afirmou não praticar sexo anal com parceiro casual 77,2% (n=61) e com o parceiro fixo 73,4% (n=58). Quanto ao sexo oral, registrou abstenção de 69,6% (n=55) com parceiro ocasional e 64,4% (n=51) com o parceiro fixo (Tabela 5).

Tabela 4 - Utilização do preservativo na prática de sexo vaginal, Recife/PE, 2015

Variáveis	Total (n=79)	(%)
Você usa preservativo para fazer sexo vaginal com o seu namorado?		
Sempre	19	24,0
Às vezes	6	7,5
Nunca	7	8,8
Não faz	47	59,4
Você usa preservativo para fazer sexo vaginal com o seu parceiro ocasional?		
Sempre	18	22,7
Às vezes	6	7,5
Nunca	6	7,5
Não faz	49	62,0

Tabela 5 - Distribuição quanto ao uso de preservativo na prática sexual anal e oral, Recife/PE, 2015

Variáveis	Total (n=79)	(%)
Sexo oral com o namorado		
Sempre	9	11,4
Às vezes	3	3,8
Não faz	51	64,4
Sexo oral com o parceiro ocasional		
Sempre	8	10,1
Às vezes	3	3,8
Não faz	55	69,6
Sexo anal com o namorado		
Sempre	12	15,2
Às vezes	2	2,5
Não faz	58	73,4
Sexo anal com o parceiro ocasional		
Sempre	11	13,9
Às vezes	1	1,3
Não faz	61	77,2

DISCUSSÃO |

Em 1960, no Brasil, com surgimento das pílulas anticoncepcionais, os preservativos caíram em desuso, sendo retomados 20 anos depois com a epidemia da AIDS¹⁵. No ano de 2010, o número de pessoas infectadas com o vírus HIV atingiu cerca da metade do esperado no Brasil devido às ações de cunho assistencial e preventivas adotadas em todo o território brasileiro¹⁶.

O preservativo, método contraceptivo mais divulgado e conhecido, deveria ser bem aceito pela população sexualmente ativa, até os jovens, o que não ocorre, pois os adolescentes acreditam que o uso ainda permanece cercado de mitos e equívocos quanto à efetividade da proteção¹⁷⁻¹⁸, corroborando alta taxa de incidência de ISTs nesse público. Das infecções sexuais, 25% são detectadas em jovens com menos de 25 anos¹⁷. No presente estudo foi identificada a prática de sexo inseguro baseado em justificativas, como diminuição do prazer e a não portabilidade do preservativo no momento do ato sexual.

Devido aos impulsos frequentes na adolescência, o acesso à informação correta quanto ao uso do preservativo não garante a realização de práticas sexuais seguras, por estarem os jovens envolvidos a atitudes, na maioria das vezes impensadas, que secundarizam o perigo iminente de infecção por ISTs/AIDS¹⁹.

A adolescência é uma etapa da vida marcada por descobertas e formação da personalidade, é nessa fase que predomina o início da vida sexual e a associação entre a imaturidade e o descobrimento da sexualidade, que resulta na exposição a maiores riscos de infecção por ISTs/AIDS. Esse contingente populacional requer vigilância preventiva em nível social e das políticas públicas de saúde²⁰.

Grande parte dos adolescentes sexualmente ativos utilizam o preservativo de forma descontínua e alternada, demonstram despreocupação com riscos e reportam suas atenções às gestações indesejadas e/ou inoportunas sobre as possíveis doenças adquiridas. Esse comportamento considerado de risco pode estar associado à atração por fortes emoções, excitação e distanciamento dos pensamentos negativos. Percebe-se que a imaturidade influencia na distorção da realidade, fazendo com que os adolescentes não se julguem vulneráveis e consequentemente exerçam uma postura errônea²¹.

Estudo global realizado pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS)²² avaliou que o público jovem está entre a parcela da população com maior acesso à informação e a preservativos gratuitos, nas unidades de saúde, assim como na escola que frequentam²³. Mediante tais dados, é possível supor que o risco à infecção por ISTs do público em questão vai além das orientações que eles recebem e têm acesso.

Nem mesmo as iniciativas por parte dos governos e suas políticas de direitos sexuais e reprodutivos parecem estimular os jovens a repensar e refletir. O governo dispõe de campanhas sobre planejamento familiar e inclui os jovens nesses eventos a fim de conscientizar e precaver atitudes instintivas futuras²⁴⁻²⁵.

Apesar disso, constata-se que intervenções não garantem que o jovem tenha acesso de forma simplória ao preservativo, pois o ato de pegar a proteção no serviço de saúde implica assumir vida sexual ativa, causando vergonha, principalmente em se tratando do sexo feminino. A mulher é mais criticada na sociedade sobre o assunto sexo, pois ela é julgada quando não exige uso de proteção ao parceiro, como também quando busca se precaver portando o preservativo²⁶. Ou seja, são feitos repertórios estereotipados para o papel do homem e da mulher na conscientização²⁷.

Assim é mais fácil buscar informações em âmbito comum sob influência do meio e de seus determinantes, funcionando como indicadores importantes dessa faixa etária. No caso dos adolescentes da pesquisa, pôde-se associar a eventual cobrança dos amigos com a pressão coletiva e contextual para a iniciação sexual²³. O estudo mostra que mais da metade da amostra preferiu se abster da resposta sobre o que faria se o parceiro não levasse o preservativo, o que ratifica a assertiva de que a atitude dos adolescentes é dar continuidade ao ato sexual apesar de possuírem o conhecimento quanto ao risco a que se expõem.

A fonte de maior destaque para consulta e troca de experiências dos adolescentes escolares é o meio cibernético. Considerando que na atualidade, os critérios para a criação de um *website* contendo explicações e ensinamentos sobre demasiados assuntos são deficitários e não requerem qualificação ou especialização nesses assuntos, portanto, pode-se afirmar que os adolescentes, em sua grande maioria, têm acesso a informações muitas

vezes sem evidências, apenas, supostas ilusões, fantasias ou relatos de experiência²⁸.

A *internet* torna-se uma ferramenta de interação e de consulta virtual e, neste vasto meio tecnológico, destacam-se os *blogs* e as redes sociais. Por meio dos *blogs*, os jovens têm acesso a experiências de outros jovens, numa linguagem liberal e compatível com o seu âmbito social, sem pudor, tabus e julgamentos, deixando-os mais confiantes e à vontade para discutir sobre dúvidas quanto à relação sexual e ao uso de preservativos. O que deveria ser somado às discussões no âmbito familiar, com os responsáveis, para enriquecer a consulta prévia e amenizar os medos existentes²⁸.

A participação efetiva dos pais mediante diálogos específicos na vida dos adolescentes representaria uma influência direta nos índices de contaminação nesse público-alvo, porém, alguns pais e/ou responsáveis ainda apresentam postura conservadora e optam por não iniciar uma conversa subjetiva sobre sexualidade com seus filhos, muitas vezes por receio que sua iniciativa desencadeie vida sexual ativa precoce ou distanciamento dos jovens por vergonha em debater a temática da sexualidade.

Quanto aos pais com postura considerada liberal e mais dispostos a ultrapassar a barreira do constrangimento em discutir sobre sexualidade, seja por parte do jovem, seja pelos próprios pais, os principais impasses se dão pelo método de abordagem, muitas vezes errôneo, a falta de preparação quanto a conhecimento sobre o assunto e a forma de repasse das informações e orientações²⁹.

Contudo, para aqueles pais que traçam um plano de abordagem, considerando a personalidade de seu filho, o meio de influência no qual este se inclui, a atualização nas informações é o melhor método de iniciar a conversa, com a postura prestativa ao escutar as dúvidas e possíveis medos. Eles representam a melhor e mais indicada classe de instrutores e orientadores responsáveis pelas alterações nos índices de infecção por ISTs nos jovens²³.

Por meio da pesquisa, é possível estabelecer um novo critério para embasar os dados apresentados, o da metacontingência, que relaciona as práticas comportamentais com o ambiente envolvido²¹. Assim, para promover alterações efetivas no que diz respeito ao uso do preservativo e o comportamento dos jovens, faz-se necessário uma estruturação e planejamento de metacontingências que contenham todo o desenvolver das atitudes dos adolescentes desde os atos esperados até

as conseqüências diretas para futura implementação de políticas públicas com base na promoção da saúde e da prevenção de doenças³⁰.

Aspectos referentes aos contextos sociais, culturais, religiosos, éticos e morais influenciam a conduta sexual dos jovens e sua suscetibilidade quanto ao uso de preservativo para o exercício do sexo seguro, porém a participação dos profissionais da saúde é de extrema importância na construção e consolidação de novas ações visando incidir na realidade existente quanto à valorização da promoção à saúde entre os jovens adolescentes¹⁷.

CONCLUSÃO |

O conhecimento sobre o preservativo, os métodos de utilização corretos e a sua importância ainda são de difícil acesso aos jovens, e os riscos envolvidos na prática de sexo inseguro muitas vezes são ignorados. Os adolescentes tendem a não se precaver a possíveis conseqüências de seus atos, devido à ausência de informações adequadas.

O estudo observou que os jovens, considerando seu estilo de vida, encontram-se cada vez mais expostos a riscos de contaminação por ISTs e às variáveis que determinam a utilização errônea do preservativo, tais como o uso indiscriminado com parceiros casuais e a continuidade do ato apesar da não portabilidade do método contraceptivo.

Os grupos envolvidos direta e/ou indiretamente com o universo dos adolescentes, como a família, a equipe escolar e também os profissionais de saúde, têm o dever de promover orientações adequadas aos adolescentes, proporcionando um suporte emocional/mental para a compreensão e apreensão das práticas sexuais seguras, visando estimular o uso do preservativo e conseqüente redução do risco de contaminação e a interrupção da transmissibilidade das ISTs.

Os achados demonstram a fragilidade da abordagem por meio da rede social desse contingente populacional, deixando-os vulneráveis a riscos iminentes e emergentes. Dessa forma, a temática da sexualidade no público adolescente tem importância significativa na promoção da saúde e prevenção de doenças para esta parcela da população e é importante que novos estudos sejam realizados e que possam responder às necessidades do público adolescente.

Espera-se com essa pesquisa auxiliar na formulação de técnicas de abordagem sobre sexualidade com o público-alvo, contribuir para a Teoria do Comportamento Planejado e suas explicações sobre posicionamento social no âmbito da saúde e somar os índices coletados aos bancos de dados de adesão aos preservativos e quesitos para determinação de dados epidemiológicos.

REFERÊNCIAS |

1. Dantas GCS. Origem Camisinha [Internet]. Brasil Escola. 2014 [acesso em 12 out 2014]. Disponível em: URL: <<http://www.brasilecola.com/sexualidade/origem-camisinha.htm>>.
2. Costa I JES, Silva II CD, Gomes VLO, Fonseca AD; Ferreira DC. Preservativo feminino: dificuldades de adaptação e estratégias para facilitar o uso rotineiro. Rev Enferm UERJ. 2014; 22(2):163-8. Disponível em: URL: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13547>>.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Problemas de la salud de la adolescência: informe de un comité de expertos de la O.M.S [Internet]. Ginebra. 1965 [acesso em 10 out 2014]. Disponível em: URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38485/1/WHO_TRS_308_spa.pdf>.
4. Schoen-Ferreira TH; Aznar-Farias M; Silva EFM. Adolescência através dos séculos [Internet]. Psicol Teor e Pesqui. 2010 [acesso em 10 out 2014]; 26(2):227-34. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a04v26n2.pdf>>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012 [Internet]. Rio de Janeiro: 2013 [acesso em 10 out 2014]. Disponível em: URL: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv64436.pdf>>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais [Internet]. 2015 [acesso em 04 nov 2014]; p. 11-23. Disponível em: URL: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_atencao_integral_hiv.pdf>.
7. Gonçalves H, Machado EC, Soares AL, Figueira FAC, Seering LM, Mesemburg MA, et al. Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde [Internet]. Rev Bras Epidemiol. 2015 [acesso em 04 nov 2014]; 18(1):1-18. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n1/1415-790X-rbepid-18-01-00025.pdf>>.
8. Mendes SS, Moreira RMF, Martins CBG, Souza SPS, Matos KF. Saberes e atitudes dos adolescentes frente à contracepção [Internet]. Rev Paul Pediatr. 2011 [acesso em 08 out 2014]; 29(3):385-91. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n3/a13v29n3.pdf>>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. Boletim Epidemiológico - Aids e DST [Internet]. 2015 [acesso em 14 fev 2016]; 4(1). Disponível em: URL: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2015>>.
10. Russo K, Arreguy ME. Projeto “saúde e prevenção nas escolas”: percepções de professores e alunos sobre a distribuição de preservativos masculinos no ambiente escolar [Internet]. Physis. 2015 [acesso em 10 out 2014]; 25(2):501-23. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00501.pdf>>.
11. Reis CB, Santos NR. Relações desiguais de gênero no discurso de adolescentes [Internet]. Ciênc Saúde Coletiva. 2011 [acesso em 10 out 2014]; 16(10):3979-84. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n10/a02v16n10.pdf>>.
12. Bié APA, Diógenes MAR, Moura ERF. Planejamento familiar: O que os adolescentes sabem sobre este assunto? [Internet]. RBPS. 2006 [acesso em 19 mai 2016]; 19(3):125-30. Disponível em: URL: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40819302>>.
13. Brêtas JRS, Ohara CVS, Jardim DP, Muroya RL. Conhecimentos de adolescentes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis: subsídios para prevenção [Internet]. Acta Paul Enferm. 2009 [acesso em 15 out 2014]; 22(6): 786-92. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n6/a10v22n6.pdf>>.
14. Nie NH, Hull CH, Bent DH. Statistical Package for the Social Sciences. New York: McGraw Hill; 1968.

15. Dantas GCS. Origem Camisinha [Internet]. Brasil Escola. 2014 [acesso em 12 out 2014]. Disponível em: URL: <<http://www.brasilestela.com/sexualidade/origem-camisinha.htm>>.
16. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Boletim Epidemiológico, CRT-DST [Internet]. 2013 [acesso em 04 nov 2014]; 30(1):3-4. Disponível em: URL: <<http://www.saude.sp.gov.br/recursos/crt/vig.epidemiologica/boletim-epidemiologico-crt/boletim2013.pdf>>.
17. Almeida ACCH; Centa ML. A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem [Internet]. Acta Paul Enferm. 2009 [acesso em 15 out 2014]; 22(1):71-6. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a12v22n1.pdf>>.
18. Alfaro González M, Vázquez Fernández ME, Fierro Urturi A, Muñoz Moreno MF, Rodríguez Molinero L, González Hernando C, et al. Hábitos sexuais en los adolescentes de 13 a 18 años [internet]. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015 [acesso em 04 nov 2014]; 17(67):217-25. Disponível em: URL: <http://www.pap.es/files/1116-2000-pdf/67_Habitos_sexuales.pdf>.
19. Pinto ACS, Pinheiro PNC. Comportamentos de risco para as doenças sexualmente transmissíveis em homens adolescentes [Internet]. J Nurs UFPE on line. 2010; 4(4):1581-6.
20. Araújo TME, Monteiro CFS, Mesquita GVM, Alves ELM, Carvalho KM, Monteiro RMM. Fatores de risco para infecção por HIV em adolescentes [Internet]. Rev Enferm UERJ. 2012 [acesso em 10 out 2014]; 20(2):242-7. Disponível em: URL: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a17.pdf>>.
21. Chinazzo IR, Câmara SHG, Frantz DG. Comportamento sexual de risco em jovens: aspectos cognitivos e emocionais [Internet]. Psico USF. 2014 [acesso em 10 out 2014]; 19(1):1-12. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v19n1/a02v19n1.pdf>>.
22. World Health Organization (WHO). Library cataloguing-in-publication data. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic [Internet]. 2011 [acesso em 10 nov 2014]. Disponível em: URL: <http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.htm>.
23. Brum MM, Carrara K. História individual e práticas culturais: efeitos no uso de preservativos por adolescentes [Internet]. Estud Psicol. 2012 [acesso em 08 nov 2014]; 29(suppl 1):689-97 Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29s1/05.pdf>>.
24. Silva GS, Lourdes LA, Barroso KA, Guedes HM. Comportamento sexual de adolescentes escolares [Internet]. Rev Min Enferm. 2015 [acesso em 08 nov 2014]; 19(1):154-60. Disponível em: URL: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/993>>.
25. Bermúdez MP, Ramiro MT, Sierra y Gualberto Buela-Casal JC. Construcción de un índice de riesgo para la infección por el VIH y su relación con la doble moral y el poder diádico en adolescentes [Internet]. Anal Psicol. 2013 [acesso em 08 nov 2014]; 29(3):917-22. Disponível em: URL: <http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v29n3/psicologia_social2.pdf>.
26. Oliveira LFR, Nascimento EGC, Júnior JMP, Cavalcanti MAF, Miranda FAN, Alchieri JC. Adesão de adolescentes à camisinha masculina [internet]. J Res Fundam Care. 2015; 7(1):1765-73.
27. Vallm EMA, Dias FA, Simon CP, Almeida DV, Rodrigues MLP. Utilização de preservativo masculino entre adolescentes de escolas públicas de Uberaba (MG), Brasil: conhecimentos e atitudes [internet]. Cad Saúde Colet. 2015 [acesso em 17 out 2015]; 23(1):44-9. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n1/1414-462X-cadsc-23-01-00044.pdf>>.
28. Valli GP, Cogo ALP. Blogs escolares sobre sexualidade: estudo exploratório documental [Internet]. Rev Gaúcha Enferm. 2013 [acesso em 17 out 2015]; 34(3):31-7. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a04v34n3.pdf>>.
29. Nery IS, Feitosa JJM, Sousa AFL, Fernandes ACN. Abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e adolescentes [Internet]. Acta Paul Enferm. 2015 [acesso em 16 out 2015]; 28(3):287-92 Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n3/1982-0194-ape-28-03-0287.pdf>>.
30. Dias FLA, Silva KL, Vieira NFC, Pinheiro PNC, Maia CC. Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência [Internet]. Rev Enferm UERJ. 2010 [acesso

em 20 out 2014]; 18(3):456-61. Disponível em: URL:
<<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a21.pdf>>.

Correspondência para/Reprint request to:

Natalia Oliveira de Freitas

Rua Falcão de Lacerda, 233, casa 32,

Tejipió, Recife/PE, Brasil

CEP: 50930010

E-mail: natalia.freitas2009@botmail.com

Submetido em: 21/07/2015

Aceito em: 02/05/2016

**An undergraduate student
Research Program on Health
(PET-Health) and Dentistry
education: students'
perceptions**

**| O Programa de Educação pelo
Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)
e a formação em Odontologia: a
percepção de alunos de graduação**

ABSTRACT | Introduction:

Brazil implemented new training policies linked to the National Health System (SUS), in view of the need to change the training of health professionals.

Objective: *To analyze the perception of students of Dentistry of the PET-Saúde Program. **Methods:** A qualitative study was conducted through interviews with 15 subjects who participated in PET-Saúde at Universidade Federal Fluminense and the city of Niterói (RJ). Thematic content analysis was adopted. The results were systematized in two categories of analysis:*

Prospects of PET-Saúde in training in Dentistry; and the student-preceptor relationship in the PET-Health experience.

Results: *Our findings show the importance of PET-Saúde Program in providing students with fundamental knowledge and practices, particularly in areas not fully contemplated by the formal undergraduate Dentistry curriculum. A lack of a shared perspective of integrating reflection/action, involving different professionals and students from other courses, was also observed.*

Conclusion: *Participants recognized the potential of PET-Saúde for training in Dentistry*

Keywords | *Human Resource; Teaching-Service Integration; Health Integration; Dentistry education.*

RESUMO | Introdução:

O Brasil implementou políticas de formação vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), diante da necessidade de mudança na formação dos profissionais da área da saúde. **Objetivo:** Analisar a percepção de estudantes de Odontologia sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). **Métodos:** Foi realizada pesquisa qualitativa por meio de entrevistas realizadas com 15 sujeitos que participaram do PET-Saúde vinculado à Universidade Federal Fluminense e ao município de Niterói (RJ). Adotou-se a análise de conteúdo temática. Os resultados foram sistematizados em duas categorias de análise: Perspectivas do PET-Saúde na formação em odontologia; e a relação aluno-preceptor na experiência PET-Saúde. **Resultados:** O estudo evidenciou a importância da participação no PET-Saúde para a aprendizagem de saberes e práticas fundamentais, contemplados de forma insuficiente na formação curricular, em especial a perspectiva da reflexão/ação integrada envolvendo diferentes profissionais e estudantes de outros cursos. **Conclusão:** Os participantes reconheceram o potencial do PET-Saúde para a formação em Odontologia

Palavras-chave | Formação de Recursos Humanos; Integração Ensino e Serviço; Integralidade em Saúde; Educação em Odontologia.

¹Universidade Federal Fluminense, Niterói/RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O Brasil implementou políticas de formação vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), diante da necessidade de mudança na formação dos profissionais da área da saúde. Tais políticas têm como eixo estruturante a integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde por meio de ações que visam à mudança das práticas de formação, atenção e construção do conhecimento, a partir das necessidades dos serviços e seus usuários, recuperando a tarefa constitucional designada pela reforma sanitária brasileira^{1,2}.

A necessidade da mudança no perfil de formação dos profissionais de saúde se revestia de importância diante da abordagem hegemônica biologicista, medicalizante e procedimento-centrada das ações e serviços de saúde³. Da mesma forma, no campo do ensino se destacava a abordagem centrada em conteúdos dissociados e isolados da realidade e das necessidades da população³. Nesse contexto de mudanças, o conflito entre o novo e o velho é inerente à busca por novas maneiras de praticar, formar e produzir conhecimento em saúde⁴.

Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para cursos de graduação em saúde aprovadas, em sua maioria, entre 2001 e 2002 (exceto: Medicina Veterinária, Psicologia, Educação Física e Serviço Social), afirmam que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no País, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (formação de Biomédicos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Odontólogos e Terapeutas Ocupacionais)⁵.

Especificamente no caso da Odontologia, a discussão propiciada pelas DCNs promoveu revisão do perfil de formação e prática no Brasil, em especial no que se refere à abordagem cirúrgico-restauradora, individual e mutiladora que dominava os serviços odontológicos públicos brasileiros⁶.

Diante deste quadro, os Ministérios da Saúde e da Educação, consolidando a atribuição constitucional de ordenamento da formação em saúde pelo SUS, formalizaram ação articulada pela Portaria Interministerial nº 2.118, de 2005, que instituiu a cooperação técnica para a formação e o desenvolvimento de recursos humanos na saúde, envolvendo o nível técnico, a graduação e a pós-graduação⁷. Essa cooperação resultou em propostas e programas, entre

eles: VerSUS, AprenderSUS e EnsinaSUS de 2003 a 2005, o PRÓ-Saúde I e II, e o PET-Saúde⁸⁻¹⁵.

Este artigo aborda o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que foi regulamentado por portaria interministerial de 2010, tendo como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade e a indissociabilidade ensino, pesquisa e extensão. O Programa disponibiliza bolsas para estudantes de graduação da área da Saúde regularmente matriculadas em instituições de educação superior (IES) públicas e privadas sem fins lucrativos; professores dessas IES e profissionais de Saúde do SUS que integram os grupos tutoriais do programa. Os projetos são desenvolvidos por IES em parceria com secretarias de saúde. Além do desenvolvimento de atividades nos cenários de práticas da rede pública de serviços de saúde, todos os integrantes dos projetos PET-Saúde desenvolvem pesquisas em temas prioritários para o SUS^{9,10,13}.

Trata-se de proposta pedagógica que agrega alunos e professores dos cursos de graduação da área da Saúde a demandas sociais. Proporciona educação interprofissional, uma vez que reúne estudantes de diferentes formações e de diversos períodos, além de professores e profissionais dos serviços de variadas formações. Todos aprendem e interagem visando à melhoria da qualidade no cuidado à saúde das pessoas, famílias e comunidades e, nesse sentido, valoriza o trabalho em equipe e a integração, sem desconsiderar as especificidades de cada núcleo de competência profissional^{16,17}.

Inspirado no Programa de Educação Tutorial do Ministério da Educação, o PET-Saúde foi inicialmente criado como uma ação intersetorial direcionada não só para a formação de profissionais da saúde, como também para o fortalecimento da atenção básica em saúde, redirecionando as práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (PET-Saúde da Família)^{18,19}.

Posteriormente o Ministério da Saúde (MS) lançou um edital integrando o PET-Saúde a um outro programa que o antecedeu: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)^{9,10,12}. Nesse edital, o MS passou a incentivar a apresentação de propostas que contemplassem não apenas a atenção básica, mas também as políticas e prioridades do MS, tais como: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero

e Mama, Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis.

Assim, o PET-Saúde começou a envolver os demais níveis de complexidade do SUS e se apresentou como instrumento de qualificação em serviço dos profissionais; aprimoramento e promoção de redes de atenção; e de iniciação ao trabalho e formação dos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde. O Programa se propõe a cooperar de modo técnico-financeiro, para a integração do ensinar com o trabalhar para a resolutividade das ações e serviços e a resolubilidade do sistema de atenção à saúde^{18,19}.

Os acúmulos produzidos nos cursos da área de saúde da Universidade Federal Fluminense (UFF) permitiram a construção de propostas para todos esses editais envolvendo a Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Desde então têm adotado metodologias avaliativas visando acompanhar a operacionalização das ações e analisar o potencial dos projetos na indução de processos de mudança. Cabe destacar que a UFF participou do PET-Saúde com estudantes e docentes dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia, atuando nas Redes de Atenção às doenças crônicas, violência/ dependência química, saúde da mulher e da criança e vigilância em saúde.

O curso de Odontologia da UFF compõe esse grupo desde 2008 e, no segundo semestre de 2013, implementou sua primeira grande mudança curricular, uma vez que o Projeto Político Pedagógico anterior datava de 1986. Diante desse cenário, o estudo teve como objetivo analisar o PET-Saúde na perspectiva dos estudantes de graduação do curso de Odontologia da UFF.

MÉTODOS |

Trata-se de pesquisa qualitativa realizada com estudantes do curso de Odontologia vinculados ao PET-Saúde UFF/ Niterói, a partir do segundo semestre do ano de 2010.

Foram convidados todos os 30 estudantes de Odontologia egressos de grupos PET-Saúde. Adotou-se o critério de inclusão de permanência de no mínimo um ano como bolsista em qualquer dos grupos do Programa. Foram excluídos do estudo os estudantes que, por qualquer razão, foram desligados do Programa.

Aceitaram participar do estudo 15 (quinze) estudantes. Eles foram entrevistados no período de maio a agosto de 2014, sendo os depoimentos gravados e, posteriormente, transcritos. Os participantes foram identificados com códigos, em nome do anonimato. As seguintes questões nortearam as entrevistas: Como você avalia a sua experiência no PET-Saúde? Que ações desenvolvidas no PET-Saúde você considera estratégicas para a sua formação? Quais instrumentos e abordagens foram utilizados na experiência? Quais os fatores facilitadores e as principais dificuldades para o desenvolvimento do Programa?

Para a sistematização e análise dos dados resultantes das entrevistas, utilizou-se a técnica de análise temática inspirada nas orientações de Minayo²⁰ e Bardin²¹. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense, CAAE: 25021913.40000.5243. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme normas preconizadas pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Após o trabalho de pré-análise, exploração do material e análise temática^{20,21} surgiram duas categorias centrais: a) Perspectivas do PET-Saúde na formação em odontologia; e b) A relação aluno-preceptor na experiência PET-Saúde.

Um dos principais argumentos utilizados para justificar o interesse dos entrevistados no PET-Saúde foi a expectativa de que a experiência pudesse facilitar a compreensão prática do SUS, uma vez que o curso viabiliza, de forma exaustiva, apenas a discussão teórica. Nesse sentido, conforme outros estudos^{22,23}, os participantes relataram que a experiência no PET-Saúde teve um significado positivo e inspirador, parecendo se mostrar surpreendidos com o cenário revelado pelo Programa.

(Muito bom) para aprender (a aplicar) o conteúdo teórico de formação acadêmica dentro do Sistema de Saúde” (aluno C).

Estou muito satisfeito com a experiência vivida no PET-Saúde, pois reforça um conceito que eu já idealizava que, para melhorar a saúde no nosso País, temos que focar a fonte do problema antes que esses problemas venham a surgir (aluno A).

Quando se está de 'fora', o olhar crítico é imenso, só falhas são vistas, e não se imagina o envolvimento dos profissionais e a disponibilidade de recursos reais (aluno D).

Foi novo desenvolver um olhar mais positivo sob a ótica da promoção da saúde, do cuidado para com o usuário, saber das ações de planejamento e desenvolvimento que o sistema dispõe (aluno D).

Nesse sentido, Madruga et al.²⁶ estudaram a experiência no PET-Saúde de alunos de diferentes cursos, a partir de dados secundários. Os resultados apontaram para a importância do trabalho interprofissional e da integração ensino-serviço-comunidade. Os autores concluíram que o Programa contribuiu para aproximar o estudante da realidade social e sanitária da população e do processo de trabalho dos serviços de atenção, extrapolando os limites da teoria.

Na concepção dos estudantes entrevistados, a aprendizagem proporcionada pelo Programa foi diferenciada. Os participantes ressaltaram que a inserção no cotidiano dos serviços e a aproximação com as práticas dos trabalhadores de diferentes áreas permitiram maior compreensão sobre o SUS, seu valor e importância na formação de um profissional de saúde. Quando indagados sobre aprendizagens devidas exclusivamente à sua participação no PET-Saúde, os entrevistados citaram a participação em grupos de estudos e sessões de planejamento de atividades envolvendo profissionais e estudantes de outros cursos em grupos colaborativos; o desenvolvimento coletivo de atividades; a realização de conversas e entrevistas com usuários; o acompanhamento do cuidado às necessidades de saúde destes e a compreensão da rede municipal de atenção à saúde. Cabe ressaltar que atividades de planejamento proporcionam espaços coletivos de discussão, em que as propostas podem ser acompanhadas, avaliadas e, de certa forma, acabam motivando para um maior comprometimento dos atores envolvidos²⁴.

No entanto, a experiência foi considerada especialmente importante por ter viabilizado a integração com estudantes de outros cursos da área de saúde, situação considerada “impensável” nos espaços formais de práticas e estágios oferecidos pelo curso de Odontologia.

(O PET proporciona) a relação ativa entre os diferentes saberes da saúde e a junção do conhecimento de cada um, independentemente da sua base de formação, para uma ação de forma completa para a população (aluno F).

A vivência no projeto reforçou o objetivo inicial que tive ao me inscrever no processo seletivo: como aprender a trabalhar em uma equipe multidisciplinar, participar do conhecimento de outras áreas (aluno C).

O que com certeza eu vivenciei no PET e que ainda não tinha vivido na minha formação acadêmica foi o fato de que [...] nós tivemos que justamente desconstruir a ideia de (que), como aluno de determinado curso, eu deveria me limitar a atribuições pertinentes somente à profissão na qual estou me graduando (aluno B).

O que achei mais importante no Programa (para a minha formação), que foi a base de tudo, foi a relação interdisciplinar entre os profissionais... A questão da integração entre as demais áreas da saúde, essa experiência de fato é uma das mais importantes (aluno A).

Reeves²⁵ afirma que o trabalho interprofissional gera entusiasmo entre os estudantes. Cabe ressaltar que há Programas PET-Saúde que apresentam dificuldades na composição de grupos interprofissionais, como relatado no estudo de Madruga et al.²⁶, e isso interfere de forma negativa na motivação dos estudantes. Esses autores mostram que a dificuldade de conciliar os horários de estudantes de diferentes cursos com os de preceptores constitui uma barreira para a composição das equipes de forma interprofissional²⁶.

No caso do PET-Saúde UFF/Niterói, todos os grupos foram formados com estudantes de no mínimo dois cursos diferentes e foram poucos os entrevistados que relataram ter acompanhado atividades ligadas à assistência odontológica nas unidades em que realizaram o PET-Saúde. Nesse sentido, os entrevistados afirmaram que a experiência no PET-Saúde ampliou o respeito e a valorização por práticas e saberes relacionados a cada núcleo específico profissional que compõe uma equipe de saúde e possibilitou aprendizagem complementar daquela proporcionada pelo curso. Loch-Neckel²⁷ afirmam que a organização do trabalho em equipe pressupõe o reconhecimento dos limites de um único profissional em atender às necessidades de saúde do indivíduo e da comunidade, em todos os níveis de atenção à saúde.

Outro ponto ressaltado foi o relacionamento com a aproximação com os usuários. Tal proximidade, em especial no acompanhamento do trabalho na atenção básica, teria facilitado a compreensão sobre as necessidades de saúde e principais demandas para os serviços.

Conhecer a realidade da população distribuída nos setores, podendo auxiliá-la no processo saúde/doença, contribuindo para melhoria da qualidade de vida desses usuários (aluno C).

Um outro fator de grande importância é a aproximação que o médico de família possui dentro da comunidade. (Percebe-se) o grande valor que o profissional da saúde possui (aluno A).

O programa nos ensina a ter autonomia, a aprender a identificar e discutir os principais agravos de uma determinada população e traçar planos de intervenção sobre esses agravos (aluno G).

Cabe ressaltar que o Projeto Político Pedagógico do curso de Odontologia, implementado em 2013, foi influenciado pelo PET-Saúde na medida em que um dos eixos da matriz curricular está profundamente ancorado na interação ensino-serviço-comunidade. Os conteúdos de estudo e disciplinas relativos a esse eixo têm particular importância no estímulo à aproximação entre as atividades de ensino, pesquisa e extensão universitária e o cotidiano do SUS. Assim, entende-se que a articulação entre os atores sociais envolvidos com a produção do cuidado em saúde representa um instrumento capaz de relacionar a formação acadêmica (ensino) com a prática social.

Percebe-se que o PET-Saúde facilita o desenvolvimento de diversas metodologias de ensino-aprendizagem, as quais favorecem o encontro com a realidade, o diálogo e o trabalho interdisciplinar. A sua efetivação representa o cumprimento de um importante objetivo, estimulado, provavelmente, pela forma como está estruturado o PET-Saúde, a partir de grupos tutoriais compostos por professor, profissionais do serviço e acadêmicos de diversas áreas; mas, principalmente, pela perspectiva de interação e comunicação entre os participantes, com incentivo ao diálogo e à expressão livre de ideias.

Pôde-se verificar o peso atribuído à qualidade da relação entre o aluno e o profissional de saúde/preceptor que o acompanhou no Programa. Quanto à identificação de fatores facilitadores ou ações estratégicas para a sua formação, as respostas envolveram com frequência o preceptor e sua capacidade de provocar o aluno diante das situações vividas.

De forma inversa, os participantes relataram que nas ocasiões em que os preceptores não conseguiram se desvencilhar de suas atividades para acompanhar o

aluno, houve prejuízo à essência da proposta de atuação multidisciplinar e trabalho em equipe. Percebe-se que a dificuldade apontada reitera a importância dada a interação entre estudantes e entre estudantes e preceptor no cenário de aprendizagem, trabalho e pesquisa, conforme relato descrito por um dos estudantes participantes.

Percebo em alguns momentos um vácuo diante de algumas situações de campo em que precisaríamos de um maior suporte do preceptor, que nem sempre está ali para nos ajudar, principalmente quando não está relacionado diretamente à nossa área específica de formação (aluno A).

Os participantes ressaltaram também que o menor tempo de dedicação ao acompanhamento das ações e atividades do preceptor ou da unidade, comprometeu o estabelecimento do vínculo e a relação aluno-preceptor. Nesse sentido, a principal dificuldade identificada pelos entrevistados foi a de conciliar os horários de estudantes e preceptores.

[...] Gostaria de estar ainda mais envolvido dentro do PET, mas temos uma carga horária muito apertada no curso, isso me impediu de participar das reuniões de equipe [...] que tem dia fixo (aluno B).

De uma maneira geral, estudantes de cursos na área da saúde cumprem carga horária disciplinar elevada e têm pouca flexibilidade curricular, o que limita a participação deles em projetos de extensão e pesquisa que poderiam contribuir para a sustentabilidade das mudanças necessárias²⁸.

Essa dificuldade foi relatada por Lemos e Fonseca³⁰, que verificaram unanimidade entre profissionais de saúde que recebem estudantes no SUS com relação à elevada carga horária semanal na IES como limite para a dedicação a outras importantes atividades. Nesse estudo, os profissionais se referem a essa situação como um “massacre pedagógico”. Outro estudo de Fonseca aponta a questão da incompatibilidade de horários entre os atores do Programa como uma das principais limitações do PET-Saúde²².

Por sua vez, a concentração de estudantes nas unidades, quando ocorre de maneira desorganizada, pode sobrecarregar o trabalho dos profissionais. Nesse sentido, os participantes relataram que encontraram com certa frequência outros estudantes em atividades disciplinares durante suas atividades no PET-Saúde. Tal fato pode ser relacionado ao crescente movimento de aproximação curricular com o SUS, desencadeado após a publicação

das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde.

Visto que a relação dos estudantes se constituiu fundamentalmente com os preceptores, os professores/tutores foram pouco citados pelos entrevistados. Os tutores foram lembrados pelos encontros mensais de avaliação e pela cobrança dos relatórios. Pôde-se observar que, na opinião dos participantes, os tutores desempenharam papel fundamental nos casos em que o aluno vivenciou problemas na qualidade da relação com o preceptor ou com a unidade de saúde. Nessas situações, os tutores mais bem avaliados foram os que constituíram via direta de comunicação com os estudantes.

Os encontros produzidos em um espaço comum podem ser referenciados em Merhy³¹ quando este considera a dimensão tecnológica do trabalho em saúde e identifica a necessidade do investimento em tecnologias leves. Tal território, próprio da tecnologia das relações, visa produzir escutas e responsabilizações, e precisa ser cuidado não apenas no que diz respeito aos estudantes e preceptores como também nos encontros com os usuários. Compreende-se que o PET-Saúde, ao qualificar a aproximação ensino-serviço, representa uma iniciativa importante para que se materializem transformações efetivas na formação de recursos humanos no campo da saúde no Brasil, bem como para que a produção de conhecimento cause impacto significativo nos indicadores de saúde e na qualidade da atenção prestada no SUS³².

Cabe ressaltar que este trabalho parte da avaliação do PET-Saúde UFF Niterói em um determinado recorte de tempo. O Programa é desenvolvido em diversas outras universidades e, assim, pode sofrer inúmeras e variadas análises. Acredita-se que a presente pesquisa possa contribuir para discussões futuras e para melhorias nas estratégias de integração ensino-serviço e comunidade.

CONCLUSÃO |

Os resultados indicaram a importância do trabalho interprofissional e da integração ensino-serviço-comunidade, que contribui para aproximar o estudante da realidade social e sanitária da população e do processo de trabalho no SUS, para além dos limites da teoria.

O estudo mostrou a valorização pelos estudantes do trabalho integrado e em equipe no SUS, indicando que programas ou atividades curriculares similares ao PET-Saúde podem revelar importantes estratégias de mudanças na formação em Odontologia.

O contato com o cotidiano do SUS tem o potencial de expandir a visão do processo de saúde-doença dos estudantes e, nesse sentido, o PET-saúde fortalece as DCN e pode contribuir para a reestruturação da formação em saúde e o aperfeiçoamento do SUS.

Por fim, partindo-se da compreensão de que o contexto da formação no SUS exige esforços integrados dos diversos sujeitos e cenários, o fato de o PET-Saúde envolver reflexão e revisão, tanto de práticas acadêmicas quanto profissionais, associado à percepção positiva dos estudantes com relação à participação no Programa, facilitou a incorporação de seus princípios à proposta curricular do curso de Odontologia da UFF, em especial no que diz respeito à integração ensino-serviço-aprendizagem.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 20 de set 1990 [acesso em 28 jan 2014]. Disponível em: URL: <<http://www.editorasolucao.com.br/media/materialcomplementar/guidoconcurso/UNCISAL/09-leis-8080-8142+LC-141+9394.leg.pdf>>.
2. Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação. Brasília: Diário Oficial União; 23 de dez 1996 [acesso em: 13 jun 2014]. Disponível em: URL: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm>.
3. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saúde Pública. 2004; 20(5):1400-10.
4. Feuerwerker L, Sena R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. Interface (Botucatu). 2002; 6(10):37-50.

5. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília: Diário Oficial União; 04 mar 2002.Seção1.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria interministerial nº 2.118, de 03 de novembro de 2005. Brasília: Diário Oficial da União; 04 nov 2005.
7. Dias HS, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciênc Saúde Colet*. 2013; 18(6):1613-24.
8. Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-Saúde- para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília: Diário Oficial União; 04 nov 2005.
9. Brasil. Ministério da Educação e Saúde. Portaria interministerial nº 3.019 de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-Saúde– para os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Diário Oficial da União; 27 nov 2007.
10. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Brasília: Diário Oficial União.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 88 p.
12. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Brasília: Diário Oficial União; 04 mar 2010.
13. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial União; 31 dez 2010.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 44 p.
15. Aguilar-da-Silva RH, Scapin LT, Batista NA. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação (Campinas)*. 2011; 16(1):167-84.
16. Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Cad FNEPAS*. 2012; 2:25-8.
17. Haddad AE, Campos FE, Freitas MSBF, Brenelli SL, Passarella TM, Ribeiro TCV. Programa de Educação pelo trabalho para a saúde – PET-Saúde. *Cad ABEM*. 2009; 5:6-12.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Edital nº 14, de 08 de março de 2013. Edital para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/Redes de Atenção à Saúde (PET-Saúde/Redes). Brasília: Diário Oficial da União; 11 Mar 2013.
19. Gusmão RC, Ceccim RB, Drachler ML. Tematizar o impacto na educação pelo trabalho em saúde: abrir gavetas, enunciar perguntas, escrever. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(Supl 1):695-707
20. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2011.
21. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
22. Fonseca GS. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, da Universidade de São Paulo (Campus Capital): estudo avaliativo. Dissertação [Mestrado em Ciências Odontológicas]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
23. Leal JAL, Melo CMM, Veloso RBP, Juliano IA. Novos espaços de reorientação para formação em saúde: vivências de estudantes. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(53):361-71.

24. Schmidt SMS. O processo de formação dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia, nos serviços de atenção básica 2008. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.

25. Reeves S. Community-based interprofessional education for medical, nursing and dental students. *Health Soc Care Community*. 2000; 8(4):269-76.

26. Madruga LMS, Ribeiro KSQS, Freitas CHM, Pérez IAB, Pessoa TRRF, Brito GEG. The PET-Family Health and the education of health professionals: students' perspectives. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(Suppl 1):805-16

27. Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Colet*. 2009.14(Supl 1):1463-72.

28. Caldas JB, Lopes ACS, Mendonça RD, Figueiredo A, Lonts JGA, Ferreira EF, et al. A percepção de alunos quanto ao Programa de Educação Pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2012; 36 (1 Supl 2):33-41.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Relatório do II Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

30. Lemos CLS, Fonseca, SG. Saberes e práticas curriculares: um estudo de um curso superior na área da saúde. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(28):57-69.

31. Merhy EE, Magalhães Jr HM, Franco TB, Rimoli J, Bueno, WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.

32. Linhares MSC, Freitas CASL, Teixeira AKM, Dias RV, Flor SMC, Soares JSA, et al. Programa de educação para o trabalho e vigilância em saúde. *Trab Educ Saúde*. 2013; 11(3):679-92.

Correspondência para/Reprint request to:

Marcos Antônio Albuquerque de Senna

Travessa Washington Luís, 317,

Gradim, São Gonçalo/RJ, Brasil

CEP: 24431-130

Tel.: (21) 99764-7265 e (21) 2605-2554

E-mail: msenna@id.uff.br

Submetido em: 18/09/2015

Aceito em: 02/05/2016

Description of hospitalizations due to abortions in the state of Espírito Santo, Brazil

| Descrição das internações por aborto no estado do Espírito Santo, Brasil

ABSTRACT | Introduction: *Abortion is generally defined as the termination of a pregnancy up to 22 weeks or, if the gestational age is unknown and the product of conception weighs less than 500 grams or measures less than 16 cm. In Brazil, 31% of pregnancies end in abortion.*
Objective: *To describe hospitalizations due to miscarriage, abortion for medical reasons and other types of abortion from 2003 to 2012 in the state of Espírito Santo.*
Methods: *This descriptive study used secondary data from the Department of Information and Informatics of the National Health System (SUS), on hospital admissions for abortion, on the type of abortion, age group of women, mean length of stay and number of resulting deaths. A trend analysis of abortions was also carried out.*
Results: *During the study period, there were 38,323 hospitalizations for abortion. The average amount of annual hospitalization for abortion was 3,832.4 abortions. Over that period, six deaths were reported. There was a significantly decreasing trend for all abortions when counted together.*
Conclusion: *The issue of abortion remains a relevant topic due to its high prevalence and the health, social, psychological and religious implications. The study emphasizes the importance of encouraging further family planning strategies to prevent unwanted pregnancies.*

Keywords | *Abortion; Hospitalization; Embryo Loss; Pregnancy.*

RESUMO | Introdução: O abortamento é a interrupção de uma gravidez até 22 semanas ou quando a idade gestacional é desconhecida e o produto da concepção pesa menos de 500 gramas ou mede menos de 16 cm. No Brasil, 31% dos casos de gravidez terminam em abortamento. **Objetivo:** Descrever as internações por aborto espontâneo, aborto devido a razões médicas e outros tipos de aborto, no período de 2003 a 2012, no estado do Espírito Santo. **Métodos:** Estudo descritivo, que utilizou dados secundários do Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde sobre as internações por aborto quanto ao tipo de aborto, faixa etária das mulheres, média de dias de permanência e quantidade de óbitos resultantes. Realizou-se análise de tendência dos abortos no período estudado. **Resultados:** Durante o período estudado, ocorreram 38.323 internações por aborto. A quantidade média de internação por aborto anual foi de 3.832,4. Ao longo do período, foram registrados seis óbitos decorrentes dessas internações. Notou-se tendência significativamente decrescente para todos os abortos quando contabilizados juntos. **Conclusão:** A questão do aborto continua sendo um tema relevante pela sua alta prevalência e questões sanitárias, sociais, psicológicas e religiosas envolvidas. Ressalta-se a importância das práticas relacionadas ao planejamento familiar com vista à prevenção de gravidezes indesejadas.

Palavras-chave | Aborto; Hospitalização; Perda do embrião; Gravidez.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, São Mateus/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O abortamento é a interrupção de uma gravidez até 22 semanas ou quando a idade gestacional é desconhecida e o produto da concepção pesa menos de 500 gramas ou mede menos de 16 cm^{1,2}. No Brasil, 31% das gravidezes terminam em abortamento, ocorrendo anualmente 1,4 milhão de abortamentos espontâneos e inseguros, com uma taxa de 3,7 abortos para cada 100 mulheres em idades de 15 a 49 anos³. Como resultado desse cenário, a curetagem é o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde, sendo superado apenas pelos partos normais^{3,4}.

O abortamento espontâneo refere-se à perda de um feto decorrente de causas naturais, ou seja, não eletivo ou por meio de intervenção médica ou provocada por qualquer outra pessoa, até pela própria gestante. Cerca de 80% dos abortos espontâneos ocorrem no primeiro trimestre. Entre as causas, destacam-se as más formações embrionárias ou fetais, responsáveis por cerca de 60% ou mais dos abortos espontâneos. As causas maternas, como infecção aguda, disfunção endócrina, anomalias do desenvolvimento uterino, exposição a teratógenos, entre outros, respondem por cerca de 20%. Em cerca de 20% dos abortos espontâneos não é possível definir uma etiologia, configurando-se em causas desconhecidas^{1,2}.

O abortamento não espontâneo é considerado crime, salvo os casos em que a vida da gestante corre perigo ou a gravidez é decorrente de estupro ou incesto. A penalidade para quem faz uso dessa prática varia de um a dez anos de prisão, com a pena duplicada para aqueles que o praticam ou o auxiliam⁵. Entretanto, percebe-se que, apesar das restrições legais existentes no País, os casos de abortamentos induzidos levados a julgamentos são raros, ocasionando um aumento da incidência de abortamento inseguro⁶. Pesquisas mostram que entre 21,88% e 25,30% das mulheres internadas por aborto relataram tê-lo induzido^{7,8}.

O abortamento é responsável por 15% das mortes maternas, atingindo principalmente mulheres jovens, de estratos sociais desfavorecidos, de baixa escolaridade e residentes em áreas periféricas das cidades. São também mais acometidas as mulheres negras, que apresentam o dobro do risco de morrer por essa causa, quando comparadas às brancas^{9,10}.

Diante da alta prevalência, o aborto vem sendo incluído como importante questão de saúde pública. Os serviços

disponibilizados pelo Sistema único de Saúde têm sido aprimorados a fim de melhorar a qualidade da assistência e reduzir a mortalidade e morbidade decorrente do aborto².

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi descrever as internações por aborto espontâneo, aborto devido a razões médicas e outros tipos de aborto, no período de 2003 a 2012, no Espírito Santo.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo descritivo, de análise de dados secundários disponíveis no Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde, sobre o quantitativo e descrição das internações por aborto (aborto espontâneo, aborto devido a razões médicas e outros tipos de aborto), no estado do Espírito Santo. Devido ser um tema pouco explorado em nosso estado, foi que se resolveu realizar este estudo. Com intenção de estudar os últimos 10 anos, escolheu-se o último ano com dados disponíveis no sistema (que foi 2012) no momento da coleta (ocorrida em 2013 e nos nove anos anteriores. Assim, o período analisado foi de 2003 a 2012).

Foram pesquisadas as seguintes variáveis: quantidade de abortos, faixa etária das mulheres envolvidas, média de dias de permanência e quantidade de óbitos resultantes.

Para a análise, os dados foram descritos quanto à frequência absoluta e relativa. Para a análise de tendência, a variável dependente Y foi a quantidade de internações por aborto sobre todas as gestações por ano; e a variável independente X foi tempo em anos. Para o levantamento das gestações, para cada ano do estudo, utilizou-se o banco de dados do sítio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), também disponível no DATASUS.

A tendência foi calculada por regressão linear simples e a proporção da variância total explicável, pelo modelo linear, expressa em R². Em todos os testes estatísticos, o nível de significância adotado foi de 5%.

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de realização do estudo, por meio da Plataforma Brasil, e aprovada com o parecer número 324.109 de 28/06/2013.

RESULTADOS |

Durante o período estudado, ocorreram 38.323 internações por aborto, sendo 65% (24.985) destes espontâneos, 1% (314) devido a razões médicas e 34% (13.024) por outras gravidezes que terminaram em aborto. A quantidade média de internação por aborto anual foi de 3.832,4 abortos. Ao longo do período, foram registrados seis óbitos decorrentes dessas internações, um por aborto espontâneo e cinco por outras gravidezes que terminaram em aborto. A tabela 1 apresenta os dados referentes às internações por abortos espontâneos, a tabela 2 devido a razões médicas e a tabela 3 apresenta os dados sobre outras gravidezes que terminaram em aborto.

Em relação à tendência, houve tendência decrescente forte nas internações por todos os abortos contabilizados juntos ($R^2 = 0,854$) e nas internações por abortos espontâneos ($R^2 = 0,615$). Houve ainda tendência decrescente fraca nas internações dos abortos devido a razões médicas ($R^2 = 0,420$). A tendência das internações por outras gravidezes que terminam em aborto não foi significativa.

A tabela 4 apresenta os dados referentes à análise de tendência e o gráfico 1 a oscilação das internações durante os anos e as linhas de tendência.

DISCUSSÃO |

Assim como no Brasil, no estado do Espírito Santo, o abortamento tem ocorrido frequentemente, sendo registradas 38.323 internações por aborto entre 2003 e 2012, com uma quantidade média anual de 3.832,4 internações, ressaltando o aborto como problema de saúde pública. Entre os dados, chama a atenção que 34% dos abortos, um total de 13.024, não foram espontâneos ou devido à razão médica, os quais provavelmente tenham sido abortos provocados. Somando-se a hipótese de que 20% das mulheres que induzem aborto são hospitalizadas, nota-se que essa problemática é ainda maior¹¹.

No contexto da ilegalidade, o aborto realizado de forma insegura, resulta em consequências graves para a sociedade, afetando a saúde da mulher, com elevada morbidade e mortalidade. Por sua vez, sobrecarrega o sistema de saúde, implicando custos, e ainda traz repercussões familiares¹²⁻¹⁴.

No Brasil, o abortamento é uma das principais causas de mortalidade materna. Em muitos casos, os abortos inseguros resultam em complicações físicas, infecções, infertilidade e, até mesmo, em morte¹⁵.

É importante ressaltar que boa parte das internações por abortos induzidos e, conseqüentemente, dos óbitos devidos a esses abortos, poderiam ter sido evitados, caso o planejamento familiar e o uso correto de métodos contraceptivos fossem realizados de forma efetiva¹⁶. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) relatam que metade das gestações, em todo o mundo, é indesejada, e uma a cada nove mulheres recorrem ao aborto. A maioria (97%) ocorre nos países em desenvolvimento, onde o abortamento é ilegal. Estima-se que 80 milhões de gravidezes indesejadas ocorreram, em 2012, no mundo em desenvolvimento, devido à falta de acesso à informação, serviços e métodos de planejamento familiar, e 40 milhões delas provavelmente terminaram em aborto^{3,16}.

Destaca-se também a necessidade de orientação no pós-abortamento, acerca dos métodos contraceptivos para prevenir outra gravidez, já que há indícios de que muitas mulheres recorrerem ao aborto mais de uma vez e que ela estará fértil antes de sua próxima menstruação, podendo engravidar 15 dias após o abortamento^{17,18}. A atenção humanizada ao aborto tem por objetivo não só oferecer cuidado imediato às mulheres, mas também disponibilizar alternativas contraceptivas, evitando, assim, abortos repetidos^{9,19}.

Neste estudo, a faixa etária que mais apresentou internações por abortos espontâneos, abortos devido a razões médicas e outros abortos foi de 20 a 29 anos (cerca de 50% das internações, em todas as categorias, ocorreram nessa faixa etária), seguida pela faixa de 30 a 39 anos e de 10 a 19 anos, respectivamente.

Segundo o relatório “Aborto e saúde pública: 20 anos”¹¹, a faixa etária com maior concentração de abortos é de 20 a 29 anos, assim como no presente estudo, com percentuais variando de 51% a 82% do total de mulheres de todas as pesquisas. Corroborando também com os achados em outros estudos, realizados em Teresina (PI), com profissionais do sexo, e em um hospital universitário de Londrina (PR), onde a faixa etária foi a mesma^{6,20}.

Tabela 1 - Internações por aborto espontâneo no estado do Espírito Santo de 2003 a 2012

Variáveis	Ano																			
	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10 -14	25	0,91	29	1,05	38	1,26	44	1,66	37	1,45	26	1,21	35	1,42	32	1,58	31	1,36	43	1,82
15 - 19	517	18,82	481	17,35	580	19,21	446	16,80	470	18,47	358	16,68	415	16,88	352	17,42	404	17,78	421	17,89
20 - 29	1395	50,78	1463	52,77	1520	50,35	1362	51,30	1283	50,41	1100	51,26	1240	50,45	986	48,81	1098	48,35	1081	45,94
Faixa etária	648	23,59	621	22,40	709	23,48	627	23,61	598	23,50	533	24,84	644	26,20	550	27,23	609	26,82	669	28,43
40 - 49	147	5,35	168	6,06	161	5,33	164	6,18	153	6,01	123	5,73	124	5,04	98	4,85	128	5,64	138	5,86
50 - 59	15	0,55	10	0,36	11	0,36	12	0,45	4	0,16	5	0,23	-	-	1	0,05	1	0,04	1	0,04
60 - 69	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
70 - 79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,05	-	-	-	-
Média de dias de permanência	1,5		1,8		1,5		1,5		1,5		1,6		1,6		1,8		1,8		1,7	
Óbitos	0		0		0		0		0		0		0		1		0		0	
Total	2747		2772		3019		2655		2545		2145		2458		2020		2271		2353	

Tabela 2 - Internações de aborto devido a razões médicas no estado do Espírito Santo de 2003 a 2012

Variáveis	Ano																			
	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10-14	2	5,40	1	1,49	1	2,04	-	-	2	6,90	2	2,53	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 19	8	21,62	11	16,42	6	12,24	8	32	3	10,34	14	17,72	1	11,11	-	-	-	-	-	-
20 - 29	18	48,65	35	52,24	32	65,31	14	56	13	44,83	30	37,97	6	66,66	6	50	1	100	4	66,66
Faixa etária	9	24,32	16	23,88	8	16,33	2	8	8	27,59	25	31,64	2	22,22	4	33,33	-	-	2	33,33
40 - 49	-	-	2	2,98	2	4,08	1	4	3	10,34	8	10,12	-	-	2	16,66	-	-	-	-
50 - 59	-	-	2	2,98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Média de dias de permanência	1,5		1,6		1,9		2,4		1,6		1,7		1,6		2		1,5		3	
Óbitos	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
Total	37		67		49		25		29		79		9		12		1		6	

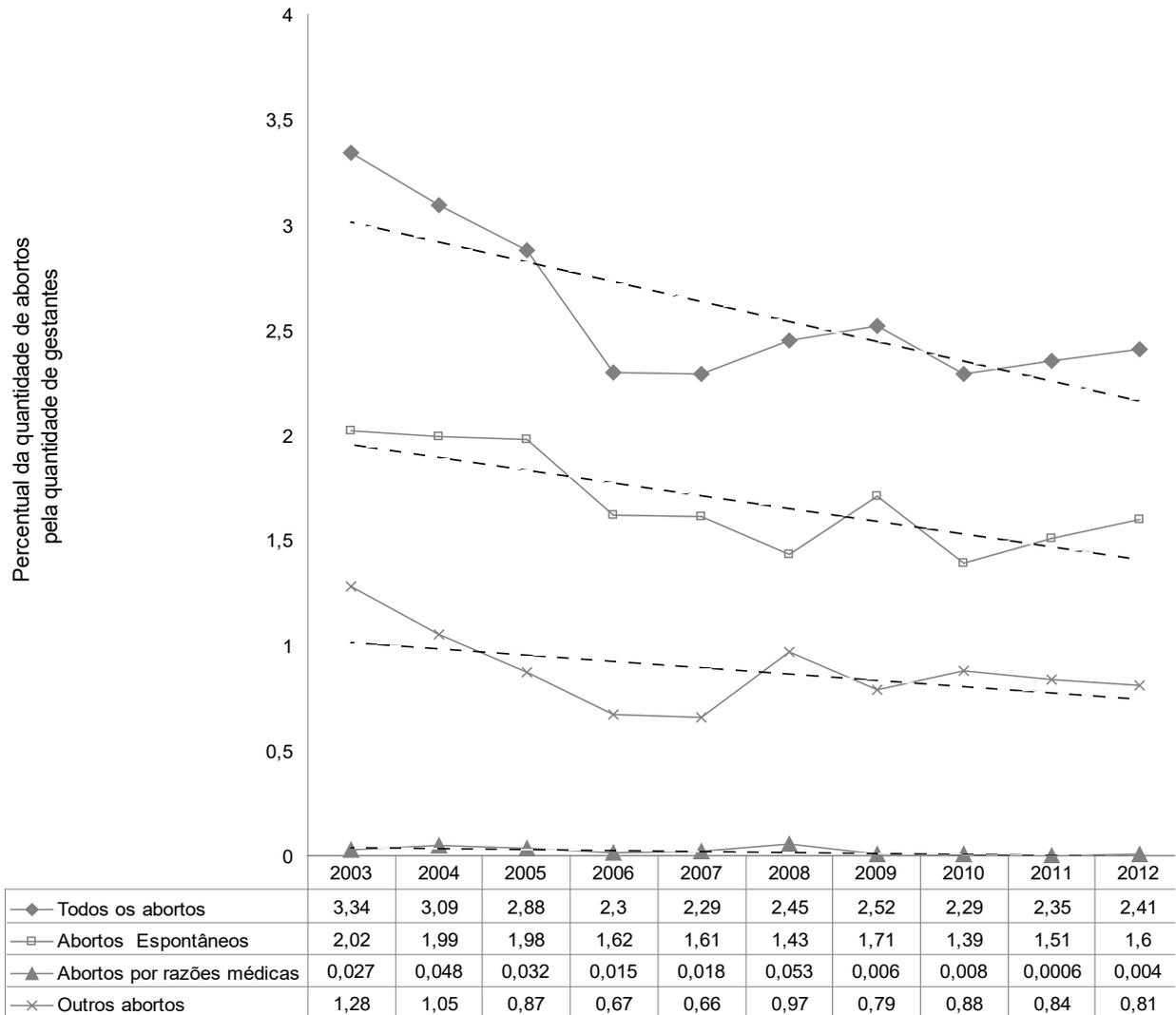
Tabela 3 - Internações por outras gravidezes que terminaram em aborto no estado do Espírito Santo de 2003 a 2012

Variáveis	Ano																			
	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10-14	16	0,91	12	0,82	8	0,80	13	1,19	12	1,14	15	1,02	14	1,23	15	1,17	12	0,94	15	1,26
15-19	274	15,67	264	11,26	221	16,63	175	15,98	166	15,75	223	15,25	166	14,56	203	15,86	177	13,95	182	15,29
20-29	895	51,20	746	51,20	652	49,06	519	47,40	562	53,32	720	49,25	544	47,72	613	47,89	588	46,33	544	45,71
30-39	463	26,49	372	25,53	357	26,86	315	28,77	257	24,38	401	27,43	331	29,03	363	28,36	403	31,76	386	32,44
40-49	93	5,32	59	4,05	88	6,62	72	6,57	51	4,84	98	6,70	75	6,58	75	5,86	80	6,30	62	5,21
50-59	7	0,40	3	0,20	1	0,07	1	0,09	6	0,57	2	0,14	8	0,70	7	0,55	6	0,47	1	0,08
60-69	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,14	2	0,17	2	0,16	1	0,08	-	-
70-79	-	-	-	-	2	0,15	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,07	2	0,16	-	-
Média de dias de permanência	2,2		2,1		2,2		1,9		1,8		1,8		2,3		1,9		1,9		1,9	
Óbitos	1		1		2		1		0		0		0		0		0		0	
Total	1748		1457		1329		1095		1054		1462		1140		1280		1269		1190	

Tabela 4 - Tendência das internações por aborto entre 2003 e 2012

Tipo de aborto	β_0 (constante)	β_1	R ²	p-valor	Tendência
Todos os abortos	3,115	-0,095	0,854	0,010	Decrescente
Abortos Espontâneos	2,019	-0,061	0,615	0,007	Decrescente
Abortos por razões médicas	0,043	-0,004	0,420	0,043	Decrescente
Outras gravidezes que terminam em aborto	1,048	-0,030	0,247	0,144	Não significante

Gráfico 1 - Oscilação das internações por todos os abortos, abortos espontâneos, abortos por razões médicas e outros abortos entre 2003 a 2012



Um estudo publicado a partir da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), cuja cobertura abrangeu mulheres entre 18 e 39 anos em todo o Brasil urbano, indicou que os abortos ocorrem, em geral, nas idades que compõem o centro do período fértil das mulheres, isto é, entre 18 e 29 anos, sendo o pico da incidência entre 20 e 24 anos. Verificou-se também que, ao final da vida reprodutiva, mais de uma em cada cinco mulheres já fez aborto¹⁷. As evidências indicam que o aborto não é feito apenas para retardar o início da vida reprodutiva, possibilitando a continuação de estudos ou trabalho, ou evitar filhos em idades avançadas, mas também pelo fato de as mulheres estarem separadas ou divorciadas ou de possuírem uma relação instável^{17,21}.

Em relação à análise de tendência, houve tendência decrescente forte nas internações por todos os abortos contabilizados juntos e nas internações por abortos espontâneos. Houve tendência decrescente fraca nas internações dos abortos devido a razões médicas e, apesar de uma diminuição ao longo do período, a tendência das internações por outras gravidezes que terminaram em aborto não foi significativa.

Uma tendência decrescente da internação de todos os abortos não foi um achado exclusivo desta pesquisa. Um estudo realizado no Brasil sobre internações por aborto mostrou que, entre 2000 e 2010, houve uma queda de 11%

no total de internações por aborto no País. Essa tendência também se confirmou em todas as regiões, exceto no Norte, onde houve aumento de 26,77%¹⁹.

Acredita-se que a tendência decrescente de internações por todos os abortos, na presente pesquisa, tenha se traduzido em diminuição dos três tipos analisados. Uma possível causa para a diminuição de abortos espontâneos pode ser uma melhora da assistência pré-natal, ao longo do período. No que diz respeito às causas maternas de abortamento espontâneo, como infecção aguda, tumores, má nutrição, exposição a teratogênicos, entre outros, um pré-natal de qualidade iniciado precocemente pode reverter o prognóstico da gestação.

Vale ressaltar que o planejamento familiar efetivo e o uso correto de contraceptivos são os principais métodos para a prevenção de gravidezes não desejadas e, conseqüentemente, de abortos, sendo de suma importância o acompanhamento no posto de saúde. Lembrando que o planejamento familiar é um direito sexual e reprodutivo assegurado na Constituição Federal e na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o planejamento familiar, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e financeiros para o exercício desse direito²².

CONCLUSÃO |

O tema do aborto continua sendo um tema relevante pela sua alta prevalência e questões sanitárias, sociais, psicológicas e religiosas envolvidas. O fato de decidir pela legalização ou não do aborto não resolverá a questão da alta prevalência, pois mesmo com uma tendência decrescente, a população ainda precisa ter um maior/melhor nível educacional e ter maior acesso ao planejamento familiar e a métodos contraceptivos para que a gravidez seja por escolha, e não por acaso.

Para a realização deste estudo, a principal limitação foi ter encontrado poucas publicações nacionais que pudessem ser usadas na discussão dos dados e assim enriquecê-lo com mais informações relevantes. Ainda há necessidade da realização de novos estudos científicos e mais investigações que possam levar à compreensão das diversas e divergentes realidades em relação ao aborto no País.

Esta pesquisa contribuiu para reflexão e discussão da problemática do abortamento no País, conhecimento de suas causas, tendência e importância do apoio a essas mulheres desde o conhecimento da gestação até a concepção, pois nota-se que grande parte se enquadra no aborto inseguro sem hospitalizações, dado preocupante devido ao risco de complicações.

REFERÊNCIAS |

1. Ricci SS. Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanização à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
3. Domingos SRF, Merighi MAB. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. Esc Anna Nery. 2010; 14(1):177-81.
4. Galli B, Gomes EC. Representações dos profissionais de saúde em relação ao aborto: entre direitos e deveres na atenção [Internet]. 2014 [acesso em 25 nov 2014]. Disponível em: URL: <<http://ssrn.com/abstract=2484267>>.
5. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848 de 7 dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União; 31 dez 1940. Seção 1.
6. Jardim JS, Carvalho MLO. Registros relativos à contracepção em prontuários de mulheres atendidas por abortamento no Hospital Universitário de Londrina - Paraná, de 2001 a 2005. Semina Cienc Biol Saúde. 2010; 31(2):113-24.
7. Nader PRA, Blandino VRP, Maciel ELN. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do Município da Serra – ES. Rev Bras Epidemiol. 2007; 10(4):615-24.
8. Botelho NM, Araújo SG, Souza DC. Aspectos clínico-epidemiológicos das mulheres pós- abortamento em hospital de referência. Rev para med. 2010; 24(1).

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Painel Temático: Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
10. Machado CJ, Lobato AC, Melo VH, Guimarães MD. Perdas fetais espontâneas e voluntárias no Brasil em 1999-2000: um estudo de fatores associados. *Rev Bras Epidemiol.* 2013; 16(1):18-29.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Aborto e saúde pública: 20 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
12. Mesce D, Sines E. Unsafe abortion: facts & figures. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2006.
13. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, Shah IH. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet.* 2007; 370(9595):1338-45.
14. Cecatti JG, Guerra GVQL, Sousa MH, Menezes GM. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010; 32(3):105-11.
15. Adesse L, Monteiro MFG. Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais. 2007 [acesso em 28 jul 2014]. Disponível em: URL: <http://www.ggnnoticias.com.br/sites/default/files/documentos/factsh_mag.pdf>.
16. Greene M, Joshi S, Robles O. Relatório sobre a situação mundial. Brasília: UNFPA; 2012.
17. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciênc Saúde Colet.* 2010; 15(Suppl 1):959-66.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
19. Conceição CB. Perfil epidemiológico das internações por aborto no Brasil: análise do período 2000 a 2010. Monografia [Graduação em Medicina]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.
20. Madeiro AP, Rufino AC. Aborto induzido entre prostitutas: um levantamento pela técnica de urna em Teresina – Piauí. *Ciênc Saúde Colet.* 2012; 17(7):1735-43.
21. Matsubara FC. Aborto: prevalência em um município do noroeste do Paraná. *Revista Saúde e Pesquisa.* 2010; 3(1):17-23.
22. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Correspondência para/Reprint request to:

Ana Paula Costa Velten

Rodovia BR 101 Norte, Km. 60,

Bairro Litorâneo, São Mateus/ES, Brasil

CEP: 29932-540

Tel.: (27) 3312-1543

E-mail: paulinbavelten@hotmail.com.

Submetido em: 22/09/2015

Aceito em: 17/02/2016

Taiana Aparecida Duarte Grein¹
Vagner Ferreira do Nascimento¹
Angélica Pereira Borges¹
Érica Baggio¹
Michele de Melo Mariano¹
Rafael Fernandes Demarchi¹
Raimundo Nonato Cunha de França¹
Alisséia Guimarães Lemes¹
Valéria Ferreira do Nascimento²
Rulio Glécias Marçal da Silva³

Domestic violence against women: production of meanings by TV newscasts in Mato Grosso, Brazil

| Violência doméstica contra mulheres: produção de sentidos pela mídia televisiva no sudoeste de Mato Grosso, Brasil

ABSTRACT | Introduction: *Domestic violence against women is a social problem of great magnitude and global ramifications. Objective: To investigate how domestic violence against women on television newscasts is portrayed in southwest Mato Grosso newscasts. Methods: This is a documentary study, using an exploratory and qualitative approach. Data was daily recorded from lunch time TV newscasts, and discourse analysis was used to assess the content. Results: Our findings show that TV newscasters underreport domestic violence against women and do not emphasize strategies for reducing it in this region. A pervasive carelessness in handling of information concerning victims was also perceived, as these cases were treated as mere routine, which contributes to naturalizing domestic violence against women. Conclusion: Our findings show that the way violence against women is portrayed in the TV newscasts in the southwestern region of Mato Grosso reinforces negative stereotypes through the attitudes and meaning making internalized in the discourse of TV newscasters.*

Keywords | *Women's Health; TV Newscast; Domestic violence.*

RESUMO | Introdução: a violência doméstica contra a mulher é um problema social, de transcendência mundial e grande magnitude. **Objetivo:** investigar como é retratado o fenômeno da violência doméstica contra mulheres reproduzida por mídia televisiva no sudoeste de Mato Grosso. **Métodos:** trata-se de estudo documental, exploratório e com abordagem qualitativa, em que se realizou a coleta de dados num telejornal do “horário do almoço”, por meio de gravação diária. Para a análise dos dados, utilizou-se a análise de discurso. **Resultados:** o estudo revelou que o telejornal escolhido não demonstra grande importância e estratégias para redução dos casos de violência doméstica ocorridos nessa região. Observou-se um descaso no tratamento das informações referentes às vítimas, levando-se ao entendimento que esses casos, por serem rotineiros, acabam sendo naturalizados por alguns segmentos da sociedade. **Conclusão:** O presente trabalho permitiu realizar uma análise prévia da mídia televisiva na região do sudoeste de Mato Grosso, referente à violência doméstica contra as mulheres. Os achados sinalizaram o comportamento jornalístico diante do tema e os significados construídos e internacionalizados nos discursos.

Palavras-chave | Saúde da mulher; Mídia audiovisual; Violência doméstica.

¹Universidade do Estado de Mato Grosso, Tangará da Serra/MT, Brasil

²Governo do Estado de Mato Grosso do Sul, Campo Grande/MS, Brasil.

³Faculdade Sequencial, São Paulo/SP, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O fenômeno da violência representa um problema histórico, social e de saúde, de grande magnitude e transcendência mundial¹. A violência contra a mulher atinge diferentes classes sociais, faixa etária, escolaridade, religião e se expressa de várias formas, com destaque para aquela que ocorre entre parceiros íntimos, denominada violência doméstica². Essa é considerada como qualquer conduta que seja usada para infligir danos, que causem sofrimentos físicos, sexuais, mentais e/ou econômicos, por meio de ameaças, enganos, coação, ou outros meios, direcionado a pessoas que habitem ou não no mesmo agregado doméstico privado que o agente da violência, seja cônjuge, seja companheiro marital, seja ex-cônjuge, seja ex-companheiro marital³.

Estudos demonstram que mulheres que vivem em situação de violência sofrem com as repercussões desse fenômeno, que se materializam em problemas de saúde complexos, que compreendem desde as lesões físicas como arranhões, cortes e fraturas, até as psicoemocionais, como a depressão e o suicídio⁶. Os reflexos da violência também são percebidos pelos custos econômicos com assistência médica, sistema judiciário e penal, além dos custos sociais decorrentes da queda de produtividade^{4,5}.

Geralmente as vítimas de violência doméstica e/ou sexual são mais queixosas e apresentam distúrbios, patologias físicas e mentais como um reflexo da situação vivenciada⁶. Nesse sentido, é importante que os profissionais de saúde reconheçam a violência doméstica como causa associada à busca da mulher pelo serviço de saúde e ao atendimento desse agravo, na intenção de articular ações e saberes para promover um cuidado integral⁷.

Nesse contexto de violência, é importante destacar os avanços das tecnologias de comunicação que ampliaram a veiculação de informações à sociedade⁸. A mídia televisiva brasileira retrata os casos de violência principalmente por meio de telejornais, noticiários e obras de ficção, como novelas, séries e filmes. Isso evidencia as diferentes formas de apresentação e divulgação desse fenômeno⁹.

Essa divulgação de informações nos permite refletir sobre o papel dos meios de comunicação, especialmente durante a condução de informações sobre a violência contra a mulher. O discurso da mídia diante dessa violência deixa à mostra incongruências quando desinstala a fonte de sua

competência como tal e, unicamente a submete ao jargão, ao clichê, ao estereótipo. Ouve-se um discurso oficial enquanto o das vítimas, muitas vezes, é sonogado. Seria nada menos que a seleção dos aspectos salientes de um acontecimento, ação ou personagem, que se obtém anulando os aspectos previstos e tudo o que não pareça ser suficientemente importante, novo e dramático. Configurando-se, então, num processo de fomento à violência ou ao estabelecimento de ideologias de segregação¹⁰.

Diante disso, pretendeu-se investigar como é retratado o fenômeno da violência doméstica contra mulheres reproduzida por mídia televisiva no sudoeste de Mato Grosso.

MÉTODOS |

Foi desenvolvido um estudo documental, exploratório e com abordagem qualitativa referente à violência doméstica contra a mulher, a partir de fontes primárias. A pesquisa buscou matérias na mídia televisiva de grande impacto para a microrregião de Tangará da Serra, pertencente à mesorregião Sudoeste Mato-grossense, durante o período de setembro de 2014 a fevereiro de 2015. A população desta região foi estimada em 2010 pelo IBGE¹¹ em 159.087 habitantes e está dividida em cinco municípios: Barra do Bugres, Denise, Nova Olímpia, Porto Estrela e Tangará da Serra, que juntos têm uma área total de 23.728,712 km². A delimitação dessa região para a realização do estudo justifica-se pela identificação do movimento conhecido como interiorização da violência, um processo que evidencia o deslocamento da violência letal dos municípios de grande porte para os de médio porte¹².

Para a coleta dos dados foram selecionados telejornais de emissoras com programação aberta, que se apresentassem acima de 24 meses na localidade, com programação de até 60 minutos de duração, com transmissão no horário do almoço. Excluíram-se aqueles com abrangência inferior a cinco municípios da região selecionada. Dessa forma, selecionou-se um telejornal da filial de uma grande emissora nacional, que teve seus episódios gravados diariamente para posterior análise.

Para análise dos dados dos telejornais, foi utilizada a Análise do Discurso (AD). O processo de análise discursiva tem a pretensão de interrogar os sentidos estabelecidos em suas

diversas formas de produção, que podem ser verbais e não verbais, bastando que sua materialidade produza sentidos para interpretação; podem ser entrecruzadas com séries textuais (orais ou escritas) ou imagens (fotografias) ou linguagem corporal (dança)¹³.

O discurso não é somente desenvolvido em função do seu locutor, mas também em função do tempo e da maneira com que se desenvolve, sendo apresentado com uma finalidade específica e dirigido a um público específico. No decorrer do desenvolvimento do discurso, ele pode seguir um caminho diferente do seu inicial e não transmitir sua real ideia ou objetivo^{14,15}.

Iniciou-se a análise dos dados com a visualização de todos os episódios do telejornal selecionado, realizando a seleção somente daqueles que possuíam reportagens com cenas e/ou cenários referentes à violência contra a mulher cometida no âmbito domiciliar. Após esta etapa, houve a transcrição das reportagens. Buscando preservar o anonimato dos participantes, as falas dos sujeitos envolvidos nas reportagens foram identificadas por siglas e ordem numérica, como exemplo: Jornalistas (J), Repórter (R), Testemunha (T), Policial (P) e representante do Conselho Tutelar (CT). Após essa fase procedeu-se uma leitura minuciosa e o estabelecimento dos sentidos produzidos.

Para realização deste estudo foram tomados todos os cuidados em relação aos procedimentos éticos e legais sob orientação da Lei Federal 9610/98 e da Resolução 466/12. Respeitando e garantindo o sigilo e anonimato das imagens utilizadas para pesquisa, livrando-os de quaisquer danos.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Inicialmente, trabalhou-se com a categorização dos sujeitos. O sujeito para AD não pode ser visto como aquele que decide sobre os sentidos e as possibilidades do próprio discurso, mas sim como aquele que ocupa um lugar social e a partir dele enuncia¹³. Com isso os interlocutores da reportagem ocupam um lugar social e dele enunciam influenciados por uma ideologia materializada em seu discurso.

Por meio de análise minuciosa de todo o material coletado, identificou-se um único caso caracterizado como violência doméstica contra a mulher, que foi cometido por parceiro

íntimo, em que, no mínimo, dois tipos de violências praticadas foram observadas. Para descrição dos envolvidos utilizou-se somente iniciais escolhidas aleatoriamente, garantindo o sigilo e anonimato.

Os protagonistas da história foram três sujeitos, um homem de 39 anos, sua ex-mulher, de 24 anos, e o filho dela, de 3 anos. O Sr. L. J., residente no maior município da região sudoeste de Mato Grosso, é tratado no decorrer da reportagem com os termos homicida, suicida, violento e ainda, em determinado momento, reportado como vítima.

Há de se considerar que a estratégia jornalística diante de fatos dessa natureza baseia-se em alarmar e chocar, que desencadeiam na população sentimentos de revolta, justiça, cidadania e humanidade¹⁰.

Já, a Sra. M. C., foi apresentada como sendo a vítima da violência doméstica. Ela é oriunda do Estado do Maranhão, sem familiares na região e encontrava-se separada do autor da violência. Durante o ato violento, seu filho, uma criança de 3 anos, por sua vez, observou tudo, sendo tratado pela jornalista, repórteres e testemunhas do ocorrido como a maior vítima da violência.

Há sinalização para a restrição do verdadeiro sentido da violência pela sociedade, por exemplo, se a criança não estivesse no ambiente do ocorrido talvez não houvesse repercussão significativa e tampouco o crime tivesse sido noticiado. Alguns discursos demonstram essa identidade social:

O pior de tudo é que o filho dela, de apenas 3 anos, presenciou (J1).

Fiquei mais abalada com a criançinha, né, três aninhos, puro sangue. Presenciou tudo... é lamentável (T1).

A maioria dos casos de violência doméstica acomete mulheres que vivem relacionamentos heteroafetivos, o que significa dizer que a mulher é vítima do seu próprio parceiro amoroso¹⁶. A violência que ocorre no lar está profundamente fixada na vida social, sendo percebida como evento trivial. O despreparo para trabalhar com a violência contra a mulher, o juízo de valor e a aceção de que a situação de violência se resume à questão privada são alguns dos fatores que fazem com que os profissionais de saúde não se interessem pelo problema, tornando-o cada vez mais invisível aos olhos da sociedade¹⁷.

Em relação ao local do crime, é descrito brevemente, sem muitos detalhes. O sensacionalismo é utilizado para destacar a forma violenta utilizada pelo agressor, como demonstrado nas mensagens:

Na área da casa onde L. J., de 39 anos, tentou matar a ex-mulher [...], ficaram as marcas de sangue na parede e chumaços de cabelo dela no chão (R1).

Relatos como esse demonstram a insegurança vivenciada no mundo moderno, que está cada vez mais ligada à ascensão da violência, promovendo o fortalecimento de um imaginário do medo. As questões de insegurança, violência e medo, vêm adquirindo realce nas discussões e produções atuais em virtude das consequências que originam e da aparente falta de controle de que se revelam¹⁸. Informações assim levam o público a estabelecer um mundo fantasioso sobre o ocorrido e estabelecer emoções negativas diante da crueldade e comportamento desumano do agressor.

Elementos como a proximidade, a subjetividade e o emocional não são apenas estratégias de divulgação da notícia, mas para o aporte psicanalítico, respondem a necessidades do leitor¹⁰.

Observou-se, que grande parte dos dados reportados pelas testemunhas durante a reportagem demonstram inconsistências, como é possível observar durante relatos, ao referir-se ao ato violento:

L. J. entrou na casa e fechou a porta [...] (T2).

Acredita-se que seria possível ouvir os pedidos de socorro da vítima caso houvesse, mas sem a possibilidade de afirmar o que aconteceu de fato dentro da casa. A testemunha ainda completa dizendo:

E deu vários golpes com facão na ex-mulher, depois abriu a porta (T2).

O agressor, após desferir os golpes contra a ex-mulher, feriu-se com o mesmo facão. Vê-se aqui, que o objetivo do ex-cônjuge era destruir ambas as vidas, sem preocupar-se com seu futuro e consequências dessa ação.

Esses fatos teriam maior veracidade caso a criança, única testemunha que compartilhou a cena do crime, pudesse resgatar suas memórias e apresentá-las. Porém, mesmo

sendo indagada, ela não soube explicar e tampouco entender o que aconteceu naquela circunstância.

Com esse ocorrido, pode-se abrir prerrogativa em relação à eventualidade dessa mulher e dessa criança já terem sofrido atos violentos em outros momentos dessa relação familiar, anteriores ao noticiado.

Normalmente, a violência contra a mulher ocorre em ciclos sucessivos, no primeiro momento, ocorre a fase de descontentamento do parceiro, que é marcada por algum conflito e se constitui de ameaças de diversas maneiras. Em um segundo momento, o parceiro não obtendo as respostas desejadas por meio das ameaças, parte para a agressão física contra a mulher, que se inicia com pequenos empurrões, e evolui para socos, chutes, utilizando-se de pedaços de pau, ferro, entre outros. Nesse momento, algumas mulheres pedem ajuda e abrigo na casa de uma amiga, da mãe ou de algum conhecido¹⁹.

A partir disso, tem início a fase da reconciliação, em que o homem pede perdão à mulher, é carinhoso, gentil, prestativo, faz parecer que se arrepende dos atos e promete que esses não vão se repetir. Então, a mulher o perdoad e volta para a casa, com a esperança de que tudo aquilo foi só um erro que seu parceiro cometeu. Mas, após alguns dias, todo o ciclo tende a se repetir¹⁹.

Antigamente, o matrimônio era considerado um comércio. Na Suméria, da Mesopotâmia, no ano de 2000 a.C., a esposa não tinha direito de escolha ao casar-se, se odiasse o marido e ousasse falar que ele não era seu esposo, era castigada, sendo lançada no rio com pés e mãos amarrados, ou jogada do alto de uma torre. Nesse momento da história, o matrimônio não tinha os valores atuais, e a mulher era considerada apenas uma mercadoria^{19,20}.

A partir do entendimento de que a mulher era propriedade do seu marido, o adultério até o início do século 19 era inaceitável. Os casos de infidelidade eram regulados pelas ordens Filipinas, onde o marido traído tinha o direito de matar a sua esposa e o rival (amante), desde que este não fosse de maior poder financeiro, nesses casos era necessária a intervenção da justiça²⁰.

Vemos que as décadas se passaram, a sociedade modificou-se, mas alguns valores tradicionais ainda permanecem vivos e ativos na cultura de algumas sociedades, como a desigualdade de gênero¹⁸.

Segundo a vizinha, o motivo do crime foi o término da relação e, por conseguinte, a troca de pares. A diferença entre os sexos, que continua presente na sociedade em pleno século XXI, leva à ocorrência da violência¹⁵. Nessa ocasião, o homem, por ver sua mulher como seu pertence, não aceita, tampouco compreende, sua substituição. Seu instinto e desejo em corrigir esse suposto dano social e brio abatidos, possivelmente pressionado pelo seu conceito de virilidade e masculinidade, leva-o a tentar pôr fim a vida da ex-mulher. E, vendo as consequências do seu ato, tenta suicídio na tentativa de livrar-se das responsabilidades jurídicas e bioéticas.

Uma testemunha relata que M. C. foi à residência com a finalidade de pegar seus pertences, como observado:

Querida pegar as coisas dela, e aí, não aceitando, fez isso com ela (T2).

A partir desse depoimento, ainda pode-se identificar indícios de outras formas de violência que podem ter antecedido a violência física, por exemplo, a violência patrimonial. Essa violência é entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades²⁰.

A palavra vítima, que foi constantemente utilizada na reportagem, se refere a toda pessoa que, individualmente ou coletivamente, tenha sofrido danos, físicos, mentais, emocionais, financeiros ou diminuição substancial de seus direitos fundamentais, como consequências de ações ou omissões que violem a legislação penal vigente. Existe também o significado de vitimização, que se origina da palavra vítima e significa ação ou efeito de alguém que venha a ser vítima de sua própria conduta ou da conduta de terceiro, ou fato da natureza²¹.

Esses termos são utilizados em determinado momento da reportagem, em que deixaram de se referir a L. J. como agressor, passando a chamá-lo de vítima, quando poderiam utilizar “vitimização”. Com isso, o entendimento do telespectador volta-se para a culpabilização da mulher sobre o ocorrido, dividindo a responsabilidade pela agressão.

Um fato importante relatado é referente à chegada das autoridades policiais ao local do crime depois do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), trazendo a

percepção de demora do atendimento, já que esse serviço só realiza seu atendimento após o registro policial *in loco*, este fato pode ter agravado a saúde das vítimas. No entanto, durante o atendimento, os policiais se preocuparam unicamente em coletar as informações, sem definir a tipologia da violência, mesmo sendo notória a violência doméstica.

Após uma investigação minuciosa é que se vai decidir realmente em que se vai enquadrá-lo, mas a priori é tentativa de homicídio (P1).

Conforme a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial²². Após esse momento que retrata o quadro policial, relatam o estado da mulher e do agressor:

O estado de saúde dela é estável (J1).

A situação dele é mais grave, ele foi transferido hoje pela manhã para uma UTI e ainda corre risco de morte (J1).

Além dos discursos anteriores, não houve informações adicionais oferecidas ao público. Em outro momento da reportagem, que trata da violência contra a criança, os próprios repórteres e as testemunhas relatam que foi o pior trauma de todo o ocorrido, redirecionando o olhar para a criança e classificando-a como principal vítima.

Nesse momento, uma representante do conselho tutelar faz abordagem sobre a guarda dessa criança, já que o único familiar no município é a mãe que sofreu a violência física e encontra-se hospitalizada. Durante essa entrevista, a representante do conselho tutelar é indagada: “E como é que ficou também o estado dessa criança, também estava em desespero, qual era a condição dessa criança no local?”, respondendo:

Não, ela não conseguia entender, o que parecia é que ela não sabia exatamente a gravidade do caso porque ela estava calma, tranquila, contava como se fosse uma história qualquer, estava até cantando, alegre, normal (CT1).

Após fornecidas as informações sobre o local de acolhimento dessa criança, a jornalista ressalta mais uma vez que a criança é a principal vítima desse ocorrido, reforçando a necessidade de apoio psicossocial.

E o psicológico dessa criança como será que fica a partir de agora, depois de ter presenciado toda esta briga (J1).

Cada indivíduo poderá assumir reações diferentes, mesmo experimentando formas idênticas de violência. Essa criança, por ter vivenciado momentos de violência, pode no futuro apresentar comportamentos diferentes com relação àqueles esperados por jovens da mesma faixa etária, desde uma retração no relacionamento interpessoal como potencialização de ânimos instintivos e nocivos para a sociedade^{23, 24}.

Atualmente, existem inúmeros direitos àqueles que cometem crimes, que a sociedade, na busca pela punição do culpado, desiste, em detrimento do embate dos direitos humanos e das leis pouco efetivas e em desacordo com o ideal vivido pelos cidadãos brasileiros²⁵.

Como uma única reportagem referente à violência doméstica foi reportada pelo telejornal em questão, levou-nos a levantar dados em fontes primárias referentes a casos de violência doméstica, para compreender a magnitude do problema. A delegacia dessa região em estudo informa que os casos instaurados referentes à violência doméstica chegaram a 315, apenas em 2014, sem considerar aqueles subnotificados, que normalmente não têm registros oficiais.

Quando pensamos no jornalismo e na transmissão de informações, devemos nos indagar sobre a verdade expressa por eles, levando-nos a pensar em como os seus discursos refletem e impactam a nossa vida cotidiana. Ao longo das últimas décadas, o jornalismo conquistou forças para descrever e interpretar discursos da realidade e transmitir informações para a população²⁶.

Franciscato²⁷, ao caracterizar o jornalismo, destaca três princípios que dão significância às suas práticas, sendo elas:

(I) adoção como pressuposto da existência de uma ideia de verdade do real que pode ser apreendida nos seus aspectos principais por meio de técnicas jornalísticas e transformada em relato; (II) compromisso normativo de cumprir esta tarefa de fidelidade ao real; (III) produção de conteúdo que ofereçam a uma coletividade modos específicos de vivenciar situações num tempo presente³¹.

Porém, para que as notícias sejam transmitidas aos telespectadores, devemos pensar nos critérios de noticiabilidade, que é todo e qualquer fator potencialmente capaz de agir no processo de produção das notícias, compreendendo: as características dos fatos, julgamentos pessoais dos jornalistas, cultura da categoria, condições que favoreçam a notícia ou ainda que limitem a empresa em questão, qualidade das imagens e/ou textos, relação com as fontes e com o público, questões éticas, a história em si, fatores relacionados com a sociedade, economia e políticas, entre outros. Esses fatores levaram os profissionais dessa área a elaborarem critérios de noticiabilidade²⁹, sendo eles:

[...] na origem dos fatos (seleção primária dos fatos / valores-notícia), considerando atributos próprios ou características típicas, que são reconhecidos por diferentes profissionais e veículos da imprensa; (II) no tratamento dos fatos, centrando-se na seleção hierárquica dos fatos e levando-se em conta, para além dos valores-notícia dos fatos escolhidos, fatores inseridos dentro da organização, como formato do produto, qualidade do material jornalístico apurado (texto e imagem), prazo de fechamento, infraestrutura, tecnologia, etc., como também fatores extraorganizacionais direta e intrinsecamente vinculados ao exercício da atividade jornalística, como relações do repórter com fontes e públicos; (III) na visão dos fatos, a partir de fundamentos éticos, filosóficos e epistemológicos do jornalismo, compreendendo conceitos de verdade, objetividade, interesse público, imparcialidade que orientam inclusive as ações e intenções das instâncias ou eixos anteriores²⁸.

Esses critérios não funcionam de modo isolado. Na produção das notícias, todos esses critérios atuam em conjunto permitindo a seleção e elaboração das informações que serão transmitidas à população²⁸.

Pensando nesses critérios de seleção para compor as reportagens, podemos nos questionar sobre o baixo índice de informações referentes à violência doméstica veiculadas nos telejornais locais, visto que se configura como um fenômeno crescente, apesar de haver subnotificações de casos, seja por vergonha, seja por medo de denunciar, devido aos tabus e às barreiras sociais expostos às mulheres^{29, 30}.

Dada as circunstâncias da violência cometida contra a mulher noticiada pelo telejornal local, o atendimento realizado foi o hospitalar. As repercussões da violência contra a mulher influenciam o processo saúde-doença, e as instituições de saúde caracterizam-se como locais privilegiados para identificação desses problemas³¹. Nesse

contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), considerando a violência como uma questão de saúde, desempenha um papel importante dentro da rede de apoio à mulher em situação de violência, uma vez que se configura como porta de entrada para esses casos e assume um espaço de acolhimento e de elaboração de projetos de apoio às mulheres vítimas de violência³².

No cenário do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda é possível verificar falhas no atendimento das vítimas de violência, principalmente nas estratégias de saúde da família (ESF), que assistem essa demanda. As equipes de ESF mostram-se tímidas e com poucas ou insuficientes estratégias para identificação e prevenção da violência doméstica no seu contexto, mesmo sendo um dos principais receptores dos casos de violência¹⁷.

Devido à magnitude do problema, a violência não deve ser tratada como algo corriqueiro, esta banalização é o que muitas vezes leva os profissionais a desconsiderarem a importância do fenômeno. Por vezes, na tentativa de conferir cuidado e ajuda às vítimas, eles se sentem frustrados devido aos limites de sua prática assistencial, que se esbarra em questões que não conseguem resolver e acabam por revitimizar a mulher, comprometendo a qualidade da assistência¹⁷.

CONCLUSÃO |

A midialização da violência doméstica contra mulheres, reportada pela mídia televisiva, permite compreender o comportamento jornalístico diante do tema por meio de ação e interação com os fatos, na região do Médio Norte de Mato Grosso, revelando que, em um determinado período de tempo, a mídia local pouco relatou sobre a ocorrência desses fatos, demonstrando certo desinteresse em relação ao tema ou pouca visibilidade, o que pode a ter distanciado das fontes.

Embora os entrevistados pelo programa jornalístico demonstrem entender o fato como um ato violento proferido a uma mulher, o contexto da reportagem não caracteriza a situação como violência doméstica e, portanto, não instiga uma discussão sobre a violência praticada contra o gênero feminino, proporcionando um reducionismo desse fenômeno.

A continuidade de estudos dessa área é necessária para emergir fragilidades existentes em algumas mídias, que escondem a realidade, justificando-se no seu perfil jornalístico e no seu público-alvo. Essas escolhas jornalísticas, baseadas na liberdade de expressão, podem deixar outros interesses sobressair sobre o papel original da mídia, que é informar a população sobre os fatos e educá-la.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
2. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Pacto Nacional pelo enfrentamento à violência contra mulheres. Brasília; 2011.
3. Costa JMB. Sexo, nexa e crime: teoria e investigação da delinquência sexual. Lisboa: Colibri; 2003. p.1-100.
4. Lucena KDT, Silva ATMC, Moraes RM, Silva CC, Bezerra IMP. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(6):1111-21.
5. Oliveira MT, Samico I, Ishigami ABM, Nascimento RMM. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(1):166-78.
6. Oliveira AFLO, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(4):1037-50.
7. Gomes NP, Erdmann AL. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da “Estratégia Saúde da Família”: problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014; 22(1)1-9.
8. Carvalho DW, Freire MT, Vilar G. Mídia e violência: um olhar sobre o Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(5):435-8.

9. Njaine K, Careli J, Vivarta V. Violência na mídia: excessos e avanços. Brasília: UNICEF; 2006.
10. Sólito MB. A violência social e o tom da mídia. *Antares*. 2012; 4(7):219-32.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Atlas do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
12. Carneiro AA, Fraga CK. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. *Serv Soc Soc*. 2012; (110):369-97.
13. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(4):679-84.
14. Maingueneau D. Análise de textos de comunicação. Souza MCP, Rocha D, tradutores. 6. ed. São Paulo: Cortez; 2013.
15. Cardoso, SHB. A questão da referência: das teorias clássicas à dispersão de discursos. Campinas: Autores Associados; 2003.
16. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Balanço 2014 ligue 180 Central de atendimento à mulher. Brasília; 2015.
17. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Mulher em situação de violência: limites da assistência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(1):249-58.
18. Silveira FL. A cultura do medo e sua contribuição para a proliferação da criminalidade [internet]. In: 2º Congresso Internacional de Direito e Contemporaneidade: mídias e direitos da sociedade em rede 2013. Anais. Santa Maria: UFSM; 2013 [acesso em 15 nov 2014]. Disponível em: URL: <<http://coral.ufsm.br/congressodireito/anais/2013/3-1.pdf>>.
19. Santiago RA, Coelhoii, MTAD. A violência contra a mulher: antecedentes históricos [internet]. UNIFACS. 2007; 11(1). [acesso em 28 nov 2014]. Disponível em: URL: <<http://www.revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/view/313/261>>.
20. Engel MG. Paixão e morte na virada do século [internet]. Observatório da imprensa 2005; 328. [acesso em 10 jan 2015]. Disponível em: URL: <<http://observatoriodaimprensa.com.br/marcha-do-tempo/paixao-e-morte-na-virada-do-seculo/>>.
21. Bezerra MR. Vitimologia: o caráter absoluto dos direitos humanos e o tratamento uniforme das vítimas [internet]. *Revista Jurídica Justa Pena* 2012; 1(1)75-81. [acesso em 25 jan 2015]. Disponível em: URL: <<http://www.faesfpi.com.br/justapena/pdf/art13.pdf>>.
22. Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil 2006 [internet]. [acesso em 02 fev 2015]. Disponível em: URL: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>.
23. Mendonça ET, Souza LV. A violência doméstica contra a mulher como questão de saúde pública. *Rev Enferm UFPE*. 2010; 4(2):874-81.
24. Maldonado, DPA, Williams, LCA. O comportamento agressivo de crianças do sexo masculino na escola e sua relação com a violência doméstica. *Psicol Estud*. 2005; 10(03):353-62.
25. Ramos PPOC. Dos direitos humanos da vítima de violência e a responsabilidade do Estado. *Revista da EMERJ*. 2010; 13(51)148-77.
26. Franzoni S, Ribeiro DB, Lisboa SSM. A verdade no jornalismo: relações entre prática e discurso. *Verso e Reverso*. 2011; 25(58):45-52.
27. Franciscato CE. A fabricação do presente: como o jornalismo reformulou a experiência do tempo nas sociedades ocidentais. São Cristóvão: Editora UFS; 2005
28. Silva G. Para pensar critérios de noticiabilidade. *Estudos em Jornalismo e Mídia*. 2005; 2(1): 95-107.
29. Organização Mundial de Saúde (OMS). ONU alerta para violência justificada pelo estilo de roupa feminina [internet]. Rádio ONU 2013. [Acesso em 01 jan 2015]. Disponível em: URL: <<http://www.unmultimedia.org/radio/portuguese/2013/11/onu-alerta-para-violencia-justificada-pelo-estilo-de-roupa-feminina/>>.

30. Teixeira DV. Desigualdade de gênero: sobre garantias e responsabilidades sociais de homens e mulheres. Revista direito GV. 2010; 6 (1): 253-274.

31. Vieira EM, Perdona GSC, Santos MA. Fatores associados a violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviço de saúde. Rev Saúde Pública. 2011;45(4):730-7.

32. Junior PCA, Moraes CL. The domestic violence against the elderly within the Family Health Program of Niterói (RJ, Brazil). Ciênc Saude Coletiva. 2010;15:2983-95.

Correspondência para/Reprint request to:

Taiana Aparecida Duarte Grein

Rua Arlindo Lopes da Silva, 488N,

Centro, Tangará da Serra/MT, Brasil

CEP: 78300-000

Tel.: (65) 3326-6026 / (65) 9950-9805

Email: taiana_grein@hotmail.com

Data de submissão: 06/10/2015

Data de aceite: 16/05/2016

Challenges in the use of the personal child health record

| Dificuldades enfrentadas pelos profissionais na utilização da caderneta de saúde da criança

ABSTRACT | Introduction: *The PCHR is the main record of a child's health and development. The parent/carer retains the PCHR, and health professionals should update the record each time the child is seen in a healthcare setting, and, as such, it is a fundamental tool for monitoring the child's health.*
Objective: *To identify the challenges faced by professionals in the primary health care regarding the proper use of the PCHR.*
Methods: *This descriptive, qualitative study involved 20 health professionals working in child care health units in Cuiabá, Mato Grosso. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed according to content analysis.*
Results: *Respondents revealed difficulties in the use of PCHR, such as some professionals failing to update it properly, high demand for child care, service bureaucracy, weaknesses in the communication process and teamwork, and the devaluation of PCHR by mothers.*
Conclusion: *There is a strong need for (re)organization of services and professional work.*

Keywords | *Child health; Public health surveillance; Child care; Health records, personal; Primary health care.*

RESUMO | Introdução: A caderneta de saúde da criança é instrumento fundamental para o acompanhamento e vigilância da saúde infantil. **Objetivo:** Identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da atenção básica de saúde para a utilização da caderneta de saúde da criança em sua prática assistencial. **Métodos:** Pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa. Participaram do estudo 20 profissionais de saúde que atuavam na assistência à criança em unidades básicas de Cuiabá, Mato Grosso. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados de acordo com a análise de conteúdo. **Resultados:** Os entrevistados revelaram dificuldades na utilização da caderneta, tais como o não preenchimento de dados por alguns profissionais, grande demanda de atendimento infantil, burocracia do serviço, fragilidades no processo de comunicação e no trabalho em equipe e desvalorização da caderneta pelas mães. **Conclusão:** Há necessidade da (re)organização do serviço e do processo de trabalho dos profissionais, bem como de atividades voltadas às famílias para favorecer a adesão e o comprometimento com a utilização da caderneta de saúde da criança.

Palavras-chave | Saúde da criança; Vigilância em saúde pública; Cuidado da criança; Registros de saúde pessoal; Atenção primária à saúde.

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

INTRODUÇÃO |

A caderneta de saúde da criança (CSC) é um instrumento fundamentado nas ações de vigilância, educação, comunicação e promoção da saúde por permitir que os profissionais que atuam em diferentes serviços de saúde possam acompanhar integralmente a saúde da criança, além de dialogar com os pais ou responsáveis sobre as informações encontradas¹⁻².

Esse instrumento foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2005 e não é exclusividade do Brasil. Outros países, como a Inglaterra, a França, a Austrália e o Japão, também fazem uso de instrumento similar à caderneta de saúde da criança para monitorar a saúde infantil³⁻⁴.

Embora a caderneta seja essencial para o acompanhamento da saúde infantil, sua utilização em nosso meio é preocupante, já que a ausência ou incompletude dos dados neste instrumento tem sido comum. Investigação desenvolvida em Belo Horizonte – Minas Gerais, que analisou o preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido na caderneta de saúde da criança, mostrou falhas no preenchimento do instrumento, indicando que os serviços precisam implementar medidas para que possam cumprir seu papel na promoção da saúde infantil⁵.

No que se refere à vigilância do crescimento e desenvolvimento, considerado o eixo norteador das ações básicas em saúde da criança, a situação não é diferente. Pesquisa realizada em Cuiabá, Mato Grosso, mostrou que 95,4% dos gráficos de desenvolvimento e 79,6% daqueles de crescimento estavam com preenchimento incompleto ou ausente⁶.

Revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e na biblioteca virtual *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), que analisou o conhecimento científico produzido sobre o Cartão da Criança/Caderneta de Saúde da Criança como instrumento de vigilância à saúde infantil, constatou que ainda são poucas as publicações que tratam do tema e a maioria delas dá ênfase ao seu preenchimento, sem deter o olhar na utilização desse instrumento na perspectiva dos profissionais⁷.

Como se pode ver, os resultados das pesquisas realizadas no Brasil revelam que a utilização plena da caderneta de saúde da criança ainda se constitui em grande desafio para os profissionais⁵⁻⁷. Diante desse contexto, indaga-se: quais os fatores que influenciam a utilização da caderneta de saúde da criança pelos profissionais?

Este estudo justifica-se pela lacuna de conhecimento sobre a utilização da caderneta na perspectiva dos profissionais de saúde, visto que este é um instrumento importante, do qual os profissionais devem lançar mão para realizar o acompanhamento integral da saúde da criança⁷.

Assim, considerando a importância desse instrumento para a efetivação das ações de vigilância à saúde infantil, pretende-se com este estudo identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da atenção básica de saúde para a utilização da caderneta de saúde da criança em sua prática assistencial.

MÉTODOS |

Trata-se de estudo descritivo, com análise qualitativa dos dados. A presente investigação foi desenvolvida em oito serviços de atenção primária à saúde, sendo quatro Unidades de Saúde da Família (USF) e quatro Centros de Saúde (CS), distribuídos nas quatro regionais de saúde do município de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

Participaram do estudo oito médicos, oito enfermeiros e quatro agentes comunitários de saúde (ACS) que atuavam na assistência à criança, no momento da coleta de dados da pesquisa, totalizando 20 profissionais. O número de participantes foi definido considerando-se o critério de saturação no conjunto das informações e o momento em que a análise dos depoimentos tivesse respondido ao objetivo do estudo⁸. O critério de inclusão para participar da pesquisa era atuar diretamente na atenção à criança e utilizar a caderneta de saúde da criança rotineiramente em seu trabalho. O critério de exclusão era estar afastado do trabalho no momento da coleta dos dados.

A escolha de profissionais com formações distintas se deve ao fato de que, a partir da implantação da estratégia de saúde da família, a atenção à saúde da criança passou a ter um enfoque integral e multiprofissional. Nesse sentido, a caderneta é utilizada por todos os profissionais

que assistem a criança. Contudo, os técnicos e auxiliares de enfermagem não foram incorporados como sujeitos neste estudo porque, na realidade estudada, eles utilizam a caderneta exclusivamente para preencher os dados de imunização da criança. Não houve recusas por parte dos profissionais em participar da pesquisa.

Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa, sendo orientados sobre o seu objetivo, o caráter voluntário da participação e a garantia de anonimato. A coleta de dados foi baseada em entrevistas gravadas e realizadas nos serviços de saúde incluídos no estudo, no período de fevereiro a março de 2013. Para a entrevista, foi utilizado um roteiro semiestruturado constituído de duas partes: uma voltada à caracterização dos participantes da pesquisa e outra com duas questões norteadoras: como você utiliza a caderneta na sua prática de atenção à criança e quais os fatores que influenciam a utilização da caderneta de saúde da criança em seu cotidiano de trabalho. Contudo, no presente artigo discutiremos os dados pertinentes à segunda questão.

Para preservar o anonimato dos participantes, eles foram identificados pela categoria profissional seguida do número da entrevista e da unidade de atuação, por exemplo: MED1-CS, ENF1-ESF, ACS1-CS, MED2-ESF e assim por diante.

Na análise dos dados, pautada na análise de conteúdo modalidade temática, foram percorridas as etapas de pré-análise (leitura do material empírico buscando mapear os relatos e significados atribuídos pelos sujeitos), análise dos sentidos (distribuição dos trechos e frases dos textos da classificação inicial, reagrupando as partes por temas e núcleos dos sentidos e significados), elaboração de temas (síntese do material empírico) e análise final (articulação do material estruturado das entrevistas com o referencial teórico)⁹. Esse processo possibilitou a definição da categoria temática do estudo: “Dificuldades enfrentadas pelos profissionais na utilização da caderneta”

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, sob o parecer nº 130.948, atendendo à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para todos os sujeitos participantes, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da realização das entrevistas.

RESULTADOS |

Dos 20 profissionais entrevistados, 19 eram mulheres. Quanto ao tempo de formação, 30% dos profissionais tinham até cinco anos de formados; 35%, de 6 a 10 anos; 15%, de 11 a 20 anos; e 20% eram formados há mais de 21 anos. Em relação à atuação na assistência à criança, 45% dos profissionais tinham até cinco anos de experiência no atendimento a essa população; 30% deles possuíam de 6 a 10 anos; 10%, de 16 a 20 anos; e 15%, mais de 21 anos de assistência a criança.

No que diz respeito à capacitação dos profissionais para a utilização da CSC, apenas 30% deles receberam o curso no ano de 2005 sobre esse instrumento de acompanhamento da saúde infantil.

Os profissionais revelaram algumas dificuldades para a utilização da caderneta nas práticas de atenção à saúde da criança. Entre essas, destacam-se o não preenchimento de dados por parte de alguns profissionais:

Geralmente, quando a caderneta vem da consulta do médico, muitas vezes vem sem a marcação, vem marcado no gráfico, mas não naquela parte escrita por extenso (ENF1 - USF).

Infelizmente a gente vê, assim, que nem todo profissional valoriza determinadas informações que têm que preencher, acha que é mais um papel, mais uma perda de tempo estar preenchendo alguns campos, e a gente percebe que a maioria das cadernetas vem com os campos todos em branco (ENF7-USF).

E tem o próprio profissional que às vezes não preenche, a criança veio naquela data, mas ele não preencheu porque estava muito atarefado e teve outras coisas para fazer aqui, ou muita gente para atender e então anotou em outro lugar [...] (MED3 - USF).

Os profissionais alegam ainda que a carência de profissionais nas unidades e a burocracia dos serviços também têm dificultado a utilização da caderneta em todos os momentos assistenciais.

Aqui há um déficit muito grande de profissionais, não há quem pese, quem meça, a gente só tem a menina [técnica de enfermagem] que marca na parte de vacina. [...]. Então, assim, ela [caderneta de saúde da criança] está sendo utilizada, mas de forma incompleta (MED4 - CS).

No PSF tem muito papel para preencher, principalmente a enfermagem, e isso atrapalha demais, porque tem que preencher prontuário, caderneta, SISVAN, AVELAN, Ficha D, Livro de crescimento e desenvolvimento (ENF3 - USF).

Há ainda fragilidades no processo de comunicação e no trabalho em equipe que comprometem a utilização da caderneta por todos os profissionais:

Eu costumo preencher os dados do perímetro cefálico, estatura, peso e jogo tudo na curva. As técnicas ficam na sala de vacina, e a enfermeira faz a consulta, não sei ao certo o que ela faz, mas sei que ela é bem exigente (MED3 - USF).

A gente [enfermagem] utiliza somente para a questão da vacinação, já o médico utiliza na consulta. Estou nessa unidade há pouco tempo, então não sei bem o que ele faz (ENF4 - CS).

Eu não tenho conversado com os outros profissionais sobre o que eles fazem, mas eu percebo que os técnicos de enfermagem orientam as mães se percebem que tem vacina atrasada [...] eu acho que é isso, porque as curvas de crescimento quem acompanha sou eu (MED6 - CS).

Apreende-se em alguns relatos que a desvalorização da caderneta por parte das mães dificulta a utilização desse instrumento:

Há mãe que perde a caderneta da criança, aí eu a aconselho a vir na unidade para tentar conseguir tudo de novo (ACS1 - USF).

Há mãe que muitas vezes esquece ou deixa a caderneta para a criança brincar, extravia, rasga, perde. Muitas vezes aqui a maioria está riscada, está faltando um pedaço, acha que é brincado, não dá importância nenhuma (ENF2 - CS).

Quando a mãe esquece a caderneta ou se ela perde a caderneta, acaba dificultando o nosso trabalho e também se a criança vem de outra unidade e não fez as vacinas com a gente, então fica difícil de acompanhar se elas tomaram ou não a vacina (ACS7 - USF).

[...] às vezes as mães esquecem. Isso é um dos problemas [...]. E a falta de cuidado com a caderneta, às vezes aparecem umas rasgadas e sujas (MED3 - USF).

DISCUSSÃO |

Constatou-se, pelas falas, que as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde para a utilização da caderneta de saúde da criança estão ligadas, sobretudo, ao não preenchimento de dados por parte de alguns profissionais, seja por desvalorização de algumas informações da própria caderneta, seja pela falta de tempo por sobrecarga de trabalho.

Pesquisas realizadas no País sobre a caderneta de saúde da criança evidenciam que os principais entraves para o seu emprego adequado pelos profissionais de saúde estão ligados à indisponibilidade do instrumento nas unidades de básicas de saúde, ausência de capacitação sobre o uso da caderneta, não utilização do instrumento por todos os membros da equipe e desconhecimento das mães/familiares^{2,10}.

Os primeiros registros na caderneta são sobre as condições do nascimento e recém-nascido e devem ser realizados pelos profissionais que assistiram o parto. Além do registro, cabe a esses orientar a família sobre a importância do documento, seus conteúdos e as condições de saúde do recém-nascido¹.

A assistência ao parto e nascimento é prestada pelas equipes médica e de enfermagem. Entretanto, não há definição de um profissional específico responsável pelo preenchimento dos dados do evento na caderneta. Apesar da importância dessas informações para o acompanhamento futuro da criança, o que se evidencia na prática é a negligência do preenchimento dessas informações¹¹.

A falta de registro na caderneta também ocorre, em maior frequência, nos serviços de atenção primária à saúde, local onde grande parte das informações sobre a saúde da criança é gerada^{6,12-15}.

O não preenchimento da caderneta pelos diferentes serviços de saúde, além de prejudicar o trabalho dos profissionais, dificulta a atenção integral e continuada à criança, já que o registro das informações de saúde da criança na caderneta é fundamental para que os profissionais conheçam melhor o seu processo saúde-doença. Além disso, facilita a identificação de riscos e agravos de saúde, favorece a socialização dos dados entre os diferentes profissionais e ainda possibilita o acompanhamento integral da saúde da criança. As informações, além de direcionar as condutas

assistenciais, auxiliam na orientação da família sobre as condições de saúde da criança¹⁶.

Além da incompletude dos registros na caderneta, os profissionais também relataram outros fatores que dificultam a sua utilização, tais como a carência de profissionais nas unidades de saúde, a burocracia do serviço e a fragilidade na comunicação e interação entre profissionais da mesma equipe de saúde. Ressalta-se que essas dificuldades já foram retratadas em outros estudos^{2,17}.

A carência de profissionais e a burocracia nas unidades básicas de saúde é um fator de âmbito político, enfrentado pela maioria dos serviços em nosso País. Especificamente no caso do enfermeiro, este assume várias atribuições, com vista a atender as demandas assistenciais e gerenciar a unidade e a equipe de enfermagem, o que, de certa forma, interfere no seu próprio processo de trabalho e também no trabalho da equipe como um todo¹¹.

Os discursos dos entrevistados apontam para um agir isolado dos profissionais, o que contraria os princípios do trabalho em equipe. O trabalho em equipe deve ser estruturado com base na conexão dos diferentes processos de trabalho, em que os profissionais tenham certo conhecimento do trabalho do outro e valorizem a participação de cada trabalhador na produção do cuidado, pois a diversidade de conhecimentos e habilidades dos profissionais que compõem a equipe se complementa e enriquece o trabalho em sua totalidade, contribuindo para que as metas sejam alcançadas¹⁸.

Na perspectiva do redirecionamento das práticas de saúde, o processo de trabalho na estratégia saúde da família deveria ser sustentado no trabalho interdisciplinar e em equipe e na valorização dos diversos saberes e práticas visando a uma abordagem integral e resolutive¹⁹.

Além disso, a interação e a comunicação entre os profissionais deve ser parte do cotidiano do trabalho, no qual os agentes operam a articulação das ações técnicas por meio da linguagem²⁰. Considerando que a caderneta é também um instrumento de comunicação, a falta de registro ou a incompletude de informações configura-se como falha na comunicação e prejudica o atendimento prestado à criança e sua família. Pode-se considerar que a comunicação entre os membros da equipe e entre os profissionais de diferentes serviços resulta na melhor avaliação do estado de saúde da criança e em condutas

mais adequadas. Assim, cabe a todos os profissionais que atuam nas unidades de saúde reconstruir suas práticas com relações de proximidade como forma de qualificar o atendimento prestado à população infantil.

A caderneta tem sido incorporada ao processo de trabalho do enfermeiro, conformando-se como um importante instrumento de apoio para a assistência à criança durante a consulta de enfermagem, tanto nas ações de vigilância e promoção da saúde, como na comunicação com os outros profissionais e nas atividades de educação em saúde e conexão com a família¹¹.

Embora a caderneta favoreça a aproximação entre profissional e família nas consultas infantis, os profissionais deste estudo revelaram que as mães desvalorizam a caderneta e que isso é um dos fatores que interfere na sua utilização, especialmente no desenvolvimento das ações de vigilância e promoção da saúde.

A produção de interações mais efetivas entre profissionais e mães tem sido orientada como um novo modo de encaminhar as práticas na estratégia saúde da família, na medida em que permite aos envolvidos, construções conjuntas e de inúmeras possibilidades de atuação, além de propiciar a produção do cuidado e a satisfação das necessidades de saúde¹⁸.

A falta de interesse das mães pela caderneta pode ser justificada pela forma como, tradicionalmente, as práticas de cuidado à criança têm sido desenvolvidas, ou seja, as ações de saúde sempre foram de responsabilidade exclusiva dos profissionais, com pouca ou nenhuma participação da família nesse processo²¹. Estudo que discutiu a humanização da assistência à criança na visão das mães, mostrou a não participação dessas na assistência ao filho como um dos elementos que geram insatisfação das usuárias quanto à atenção recebida²².

Nesse sentido, cabe aos profissionais de saúde, no momento das consultas de puericultura, trocar experiências e conhecimentos com a família, buscando estimular a sua autonomia para o cuidado da saúde da criança²³, além de orientar sobre o uso da caderneta, pois só assim este instrumento poderá ser mais bem utilizado e apropriado pelas famílias.

O registro de informações sobre a saúde da criança em outros países, como no Reino Unido, é feito no cartão

“Red book”, que é fornecido aos pais para ser usado como a principal fonte de registro do crescimento e desenvolvimento da criança. O instrumento tem o objetivo de melhorar a comunicação entre pais e profissionais, favorecer a continuidade dos cuidados pela família e facilitar a compreensão dos pais sobre a saúde e o desenvolvimento da criança. Além disso, sua utilização favorece o envolvimento dos pais nos cuidados de saúde dos filhos e promove a saúde da criança por conter em seu interior material de educação em saúde disponível para toda a família⁴.

Por sua vez, as enfermeiras da Nova Zelândia também têm usado, desde 1921, um instrumento semelhante à caderneta, chamado “Plunket book”. Ao longo dos anos, o livro passou por várias reformulações, uma gama de informações sobre promoção da saúde foi acrescentada ao instrumento e outros profissionais de saúde, além dos enfermeiros, passaram a usá-lo²¹.

Como se pode ver, independentemente do país, a caderneta é uma ferramenta que intermedeia o diálogo entre profissionais e famílias, permitindo o envolvimento e a participação dos pais nos cuidados com a saúde dos filhos. Mas, para que as mães/familiares possam valorizar e se apropriar da caderneta, se faz necessária a compreensão de sua função na vigilância e promoção da saúde infantil. Sendo assim, cabe aos profissionais de saúde sensibilizá-las para o uso adequado do instrumento, de modo que elas consigam perceber os benefícios e a importância de sua participação¹⁷.

É fundamental que os profissionais de saúde que assistem a criança se apropriem da caderneta, já que as informações de saúde nela registradas constituem um meio de comunicação utilizado por eles e por outros profissionais. Portanto, este registro necessita ser adequadamente executado, já que reflete de forma direta a qualidade da atenção prestada à população infantil²¹.

Para tanto, é preciso que os serviços de saúde direcionem suas ações pela integralidade da atenção, respeitando as suas quatro dimensões: primazia das ações de promoção e prevenção, atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias. O processo deve ser considerado pela coordenação da atenção, que pressupõe continuidade, seja

por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários, seja pelo reconhecimento de problemas abordados por outros serviços²⁴.

Este estudo tem as limitações intrínsecas à abordagem qualitativa, em que os resultados não podem ser reprodutíveis. Além disso, acredita-se que a abordagem da temática com maior número de profissionais e que atuem em outros espaços assistenciais de atenção à criança possa trazer contribuições para melhor utilização da caderneta de saúde da criança. Apesar dessa limitação, os resultados deste estudo poderão contribuir com o planejamento de ações e atividades na rede básica de saúde, visando à melhor utilização da caderneta de saúde da criança.

CONCLUSÃO |

Os profissionais revelam dificuldades na utilização da caderneta de saúde da criança. Entre essas, destacam-se o não preenchimento de dados por parte de alguns profissionais, carência de trabalhadores nas unidades, burocracia do serviço, fragilidades no processo de comunicação e no trabalho em equipe e desvalorização da caderneta por parte das mães.

Os dados encontrados na pesquisa indicam a necessidade de reflexão sobre a real importância da caderneta para os profissionais, de modo a se apropriarem do instrumento e estimularem a participação da família, por meio de trabalho educativo que favoreça sua adesão e comprometimento com a saúde dos filhos.

Considerando que a utilização adequada da caderneta é fundamental para vigilância e promoção da saúde integral infantil, espera-se que os profissionais de saúde assumam suas responsabilidades ante a esse instrumento de trabalho e se comprometam para sua efetiva implementação. Ademais, cabe aos gestores da saúde a proposição de estratégias para reorganização dos serviços de atenção primária, em especial do processo de trabalho dos profissionais, tendo em vista maior articulação das ações, comunicação e interação entre eles, de modo a proporcionar as condições necessárias para que a caderneta seja utilizada em todos os serviços e de forma adequada.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Caderno de atenção básica: série 33. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Abreu TGT, Viana LS, Cunha CLF. Desafios na utilização da caderneta de saúde da criança: entre o real e o ideal [internet]. *J Manag Prim Health Care*. 2012 [acesso em 15 jun 2013]; 3(2):80-3. Disponível em: URL: <<http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/download/142/144>>.
3. State Government Victorian. Centre for community child health. Murdoch childrens research institute. Child health record literature review [internet]. 2011 [acesso em 20 ago 2012]. Disponível em: URL: <https://www.eduweb.vic.gov.au/edulibrary/public/earlychildhood/mch/chr_lit_review.pdf>.
4. Walton S, Bedford H. Parent's use and views of the national standard personal child health record: a survey in two primary care trusts [internet]. *Child Care Health Dev*. 2007 [acesso em 02 abr 2014]; 33(6):744-8. Disponível em: URL: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2214.2007.00735.x/pdf>>.
5. Goulart LMHF, Alves CRL, Viana MRA, Moulin ZS, Carmo GAA, Costa JGD, et al. Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido [internet]. *Rev Paul Pediatr*. 2008 [acesso em 02 abr 2012]; 26(2):106-12. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n2/a02v26n2>>.
6. Abud SM, Gaíva MAM. Registro dos dados de crescimento e desenvolvimento na caderneta de saúde da criança. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(2):97-105.
7. Gaíva MAM, Silva FB. Caderneta de saúde da criança: revisão integrativa [internet]. *Rev enferm UFPE on line*. 2014;8(3):742-9.
8. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica [internet]. *Cad Saúde Pública*. 2011 [acesso em 04 mar 2012]; 27(2):389-94. Disponível em: URL: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n2/20.pdf>>.
9. Bardin L. *Análise do conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
10. Linhares AO, Gigante DP, Bender E, Cesar JA. Avaliação dos registros e opinião das mães sobre a caderneta de saúde da criança em unidades básicas de saúde, Pelotas, RS. *Rev AMRIGS*. 2012; 56(3):245-50.
11. Gaíva MAM, Abud SM, Silva FB. A caderneta de saúde da criança como instrumento de promoção e vigilância à saúde infantil. In: Gaíva MAM, Rodrigues E, Ribeiro, CA. *Programa de Atualização em Enfermagem Saúde da Criança e do Adolescente*. Porto Alegre: Artmed; 2015. p. 09-36.
12. Assis WD, Collet N, Reichert APS, Sá LD. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família [internet]. *Rev Bras Enferm*. 2011 [acesso em 08 ago 2012]; 64(1):38-46. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a06.pdf>>.
13. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLSM, Reis RS, Franceschini SCC. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeiras, Minas Gerais (MG, Brasil) [internet]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011 [acesso em 15 ago 2012]; 16(7):3229-40. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/22.pdf>>.
14. Abud SM, Gaíva MAM. Análise dos dados de imunização da caderneta de saúde da criança [internet]. *Rev Eletr Enf*. 2014 [acesso em 12 set 2014]; 16(1):61-7. Disponível em: URL: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a07.pdf>.
15. Palombo CNT, Duarte LS, Fujimori E, Toriyama ATM. Uso e preenchimento da caderneta de saúde da criança com o foco no crescimento e desenvolvimento [internet]. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(Esp):60-7 [acesso em 01 jan 2015]. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v48nspe/pt_0080-6234-reusp-48-esp-060.pdf>.
16. Lima SCD, Jesus ACP, Gubert FA, Araújo TS, Pinheiro PNC, Vieira NFC. Puericultura e o cuidado de enfermagem: percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família [internet]. *J Res Fundam Care Online*. 2013 [acesso em 04 mar 2014]; 5(3):194-202. Disponível em: URL: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2163/pdf_837>.

17. Andrade GN, Rezende TMRL, Madeira AMF. Caderneta de saúde da criança: experiências dos profissionais da atenção primária à saúde [internet]. Rev Esc Enferm USP. 2014 [acesso em 04 jan 2015]; 48(5):857-64. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-857.pdf>.

Correspondência para/Reprint request to:

Fabiane Blanco e Silva

Rua Estevão de Mendonça, 1134,

Quilombo, Cuiabá/MT, Brasil

CEP: 78043-405

E-mail: fabianeblanco25@gmail.com

18. Souza MG, Mandu ENT, Elias AN. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na estratégia saúde da família [internet]. Texto Contexto Enferm. 2013 [acesso em 21 dez 2015]; 22(3):772-9. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a25.pdf>>.

Submetido em: 27/11/2015

Aceito em: 29/05/2016

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica: série E: legislação em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

20. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia saúde da família [internet]. Ciênc Saúde Coletiva. 2007 [acesso em 12 nov 2013]; 12(2):455-64. Disponível em URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>>.

21. Clendon J, Dignam D. Child health and development record book: tool for relationship building between nurse and mother [internet]. J Adv Nurs. 2010 [acesso em 15 mar 2014]; 66(5):968-77. Disponível em: URL: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05285.x/pdf>>.

22. Lima KYN, Monteiro AI, Santos ADB, Teixeira GB. Visão de mães sobre a humanização no atendimento da criança na atenção primária à saúde [internet]. Cogitare Enferm. 2013 [acesso em 24 abr 2016]; 18(3):546-51. Disponível em: URL: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/33570/21068>>.

23. Vieira VCL, Fernandes CA, Demitto MO, Bercini LO, Scochi MJ, Marcon SS. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro [internet]. Cogitare enferm. 2012 [acesso em 16 jan 2015]; 17(1):119-25. Disponível em: URL: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26384/17577>>.

24. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família [internet]. Rev Bras Enferm. 2013 [acesso em 05 fev 2015]; 66(esp):158-64. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>.

Sleep quality, respiratory disorders, and quality of life: perceptions of smokers

| Impacto da autopercepção de qualidade do sono e alterações respiratórias na qualidade de vida de indivíduos fumantes

ABSTRACT | Introduction: *Smoking is associated with greater predisposition to diseases and disabilities with worsened health and quality of life. Objective:* To identify the self-perception of the impact of sleep quality and respiratory changes in the quality of life of smokers when compared to non-smokers. **Methods:** This descriptive and comparative study evaluated 24 smokers and 24 nonsmokers, matched by sex and age, who decided to participate after the research project was advertised. For data survey, the Whoqool-Brief questionnaire of quality of life was used, along with another one focusing on aspects of quality of sleep and respiratory disorders. The *t-Student* test was used to compare data between groups and the McNemar test for association of the data collected. **Results:** Smokers have significantly worse quality of life scores in all domains evaluated when compared to non-smokers, with the highest percentage being sleep quality and respiratory disorders compared to non-smokers. It was also found that the changed patterns of sleep were not directly related to poor quality of life of smokers, but lower scores in the aspects of overall quality of life and satisfaction with health were associated with the presence of respiratory disorders. **Conclusion:** Our findings show it is essential to understand the impact of organic changes associated with the worsened quality of life of smokers, since sleep disorders and respiratory diseases are more prevalent in this population and generate a general worsening in the self-perception of quality of life of these individuals.

Keywords | *Quality of Life; Sleep; Sleep Disorders; Respiration.*

RESUMO | Introdução: O tabagismo associa-se à maior predisposição para doenças e incapacidades, com piora da saúde e da qualidade de vida. **Objetivo:** verificar o impacto da autopercepção de qualidade do sono e alterações respiratórias na qualidade de vida de indivíduos fumantes comparado a não fumantes. **Métodos:** estudo descritivo e comparativo no qual se avaliou 24 indivíduos fumantes e 24 não fumantes, pareados por sexo e idade, que se voluntariaram para participar após divulgação da pesquisa. Utilizou-se o questionário Whoqool-Brief de qualidade de vida e criou-se outro a respeito dos aspectos de qualidade de sono e alterações respiratórias, para levantamentos dos dados. O teste *t-Student* foi utilizado para comparação dos dados entre os grupos, e o teste *McNemar*, para associação dos dados avaliados. **Resultados:** fumantes apresentaram significativamente piores escores de qualidade de vida em todos os domínios avaliados, maior percentual de afirmação de alterações da qualidade do sono e respiratórias em relação aos não fumantes. Verificou-se também que os aspectos alterados do sono não estão diretamente relacionados à piora na qualidade de vida dos fumantes, porém piores escores nos aspectos de qualidade de vida geral e satisfação com a saúde se relacionam com a presença de alterações respiratórias. **Conclusão:** os dados encontrados neste estudo mostram ser essencial o entendimento do impacto das alterações orgânicas associadas à piora da qualidade de vida da população fumante, uma vez que alterações do sono e doenças respiratórias são mais prevalentes nesta população e geram piora na autopercepção da qualidade de vida desses indivíduos.

Palavras-chave | Qualidade de Vida; Sono; Transtornos do sono; Respiração.

¹Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre/RS, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A qualidade de vida tem sido discutida em diversos âmbitos, vista como um ideal principalmente na atualidade. Apresenta-se em diversos contextos e, em sua maioria apresenta uma definição vazia ou genérica. Sabe-se que a qualidade de vida é um conhecimento egrégio humano, que se aproxima ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial¹. Esse conceito pressupõe a capacidade de executar um epítome cultural de todos os elementos, que certa sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar².

As ciências da saúde já aderiram o tema qualidade de vida à sua prática profissional e na pesquisa científica, utilizando o termo qualidade de vida em saúde. O termo refere-se, dentro do referencial clínico, à designação de situações de lesões físicas ou biológicas que ofereçam indicações técnicas de melhorias nas condições de vida dos pacientes³.

Com essa finalidade, surgiu-se a necessidade de um instrumento que medisse a qualidade de vida dentro de uma perspectiva legitimamente internacional. Assim, a Organização Mundial da Saúde organizou um projeto colaborativo multicêntrico, obtendo-se como resultado a elaboração do WHOQOL-100, um instrumento de avaliação de qualidade de vida composto por 100 itens. A partir dele surgiram adaptações, sendo o WHOQOL-BREF uma delas⁴.

Um fator determinante no prejuízo da qualidade de vida dos cidadãos é o uso de substâncias psicoativas. Apesar da diminuição progressiva de usuários de tabaco, estima-se que hoje no Brasil existam aproximadamente 11,3% de indivíduos dependentes⁵. Além das problemáticas psicossociais que associam o tabagismo à piora na qualidade de vida, torna-se importante que os agravos de saúde tabaco relacionados sejam avaliados no intuito de verificar o impacto direto dessas comorbidades na saúde dos indivíduos.

Dois aspectos acometidos pelo tabagismo e quem têm sido relacionados à qualidade de vida referem-se à qualidade do sono e distúrbios respiratórios. Sabe-se que os distúrbios do sono provocam consequências desfavoráveis na vida dos indivíduos por diminuir o funcionamento e a capacidade diária, aumentar a predisposição a distúrbios psiquiátricos, déficits cognitivos, surgimento e agravamento de problemas de saúde, riscos de acidentes automobilísticos e

absenteísmo no trabalho, aspectos já associados à piora na percepção de qualidade de vida⁶.

Não obstante, as alterações respiratórias acabam por resultar em prejuízos comportamentais, funcionais e físicos que ocasionam déficits nas atividades diárias, mal-estar, cansaço e inaptidão para diversas ocasiões. O cansaço provocado pela congestão nasal em pacientes alérgicos e a consequente respiração oral é fator primordial pelos escores mais baixos de qualidade de vida apresentados pelos pacientes⁷. A cronicidade dos casos é o mais preocupante, pois os indivíduos apresentam privação de qualidade de vida a longo prazo⁸.

Com bases nos dados descritos, o objetivo deste estudo é verificar a autopercepção da qualidade de vida, da qualidade do sono e alterações respiratórias em indivíduos tabagistas comparados a indivíduos que nunca fumaram. Além disso, propõe-se a verificar o impacto dessas alterações na qualidade de vida desses indivíduos.

MÉTODOS |

O presente estudo tem um delineamento transversal com análise descritiva e comparativa dos aspectos de qualidade de vida, qualidade do sono e alterações respiratórias em indivíduos tabagistas comparados a indivíduos que nunca fumaram, e associativa dos aspectos qualidade de vida aos demais objetos de estudo na população fumante.

Neste estudo foram avaliados quarenta e oito sujeitos: 24 atuais usuários de tabaco e 24 indivíduos que nunca utilizaram essa substância e não são considerados fumantes passivos, ou seja, que não convivem constantemente com outros fumantes⁵. A composição da amostra de ambos os grupos se deu por sujeitos que se propuseram a participar da pesquisa após divulgação na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCOMPA). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o parecer 3636/11 e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido após explanação dos objetivos e procedimentos do estudo.

Para composição da amostra, foi realizada estratificação dos voluntários utilizando o pareamento dos indivíduos dos grupos quanto ao sexo e faixa etária. Para critérios de distribuição, foram determinadas quatro faixas etárias:

dezoito a vinte e cinco, vinte e seis a quarenta, quarenta e um a sessenta e a partir de sessenta e um anos. Em cada faixa etária, foram avaliados seis indivíduos, sendo três do sexo feminino e três do sexo masculino em cada grupo de estudo. Foram incluídos nesta pesquisa sujeitos que estivessem dentro das faixas etárias estabelecidas, hígidos, sem diagnóstico de alterações neurodegenerativas ou sistêmicas, orofaciais anatômicas ou em uso de medicamento para as variáveis estudadas no momento da avaliação.

Este estudo foi composto pela avaliação de três aspectos: qualidade de vida, autopercepção de qualidade do sono e alterações respiratórias.

Para avaliação da qualidade de vida, utilizou-se o questionário WHOQOOL-BREF⁴, composto por 26 questões, que agrupadas avaliam este aspecto sobre quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Além desses aspectos, as primeiras duas questões do questionário, não contempladas nestes domínios, são relacionadas à percepção da qualidade de vida de forma geral e satisfação com a saúde, as quais são analisadas de forma individual. O questionário aplicado foi escolhido pelos pesquisadores por ser um instrumento internacionalmente validado e amplamente utilizado para avaliação de qualidade de vida em diversas áreas da saúde

Para preenchimento do questionário, os indivíduos o realizaram de forma independente, sem auxílio dos pesquisadores, consistindo na atribuição de valores, segundo respostas do tipo *Likert*, devendo ser circulado o item correspondente a sua percepção em uma escala de 1 a 5. Quanto maior o escore obtido, melhor o desempenho de qualidade de vida para o domínio avaliado.

Para avaliação dos demais objetos de estudo, os pesquisadores criaram um questionário a respeito dos aspectos de qualidade de sono e alterações respiratórias conhecidas pelos indivíduos, com base em questões cotidianamente averiguadas em anamneses clínicas. Os indivíduos foram instruídos a responder “sim” ou “não” para a os seguintes aspectos em relação ao sono: agitação, episódios de despertar, ingestão de água durante a noite e presença de ronco; e em relação aos aspectos respiratórios: presença de resfriados frequentes, asma, bronquite, pneumonia frequente e rinite.

Os dados coletados foram analisados por meio de estatísticas descritivas, inferencial e testes estatísticos.

Realizou-se o teste *Shapiro Wilk* para avaliação da distribuição da normalidade das variáveis estudadas, verificando-se distribuição normal dos dados. A análise dos dados do protocolo WHOQOOL-BREF seguiu as orientações de análise recomendadas pelo protocolo para agrupamento dos domínios⁴ e para comparação dos grupos de estudo utilizou-se o teste *t-Student* para amostras pareadas apresentando-se as variáveis por meio de média e desvio padrão. Para a comparação entre grupos quanto às características do sono e às alterações respiratórias, utilizou-se o teste *McNemar* apresentando-se os valores relativos de acordo com cada resposta obtida. Para correlação dos dados de qualidade de vida com característica do sono e alterações respiratórias que se mostraram significativamente superiores em indivíduos fumantes, utilizou-se o teste de Correlação de *Spearman*. Os resultados foram considerados significativos a um nível máximo de 5% e o *software* estatístico utilizado para análise dos dados foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.

RESULTADOS |

Em relação ao vício tabágico, verificou-se que o tempo médio de consumo de tabaco para os homens foi de 22,41 anos e para as mulheres 24,58. Sobre a quantidade de cigarros consumidos, os homens apresentaram uma média de 24,75 cigarros por dia e as mulheres 15,16.

Na tabela 1, é possível verificar a comparação entre os grupos quanto os resultados obtidos no questionário de qualidade de vida. Observa-se que indivíduos fumantes apresentaram significativamente piores escores de qualidade de vida em todos os domínios avaliados em relação ao grupo de não fumantes.

Já na tabela 2, pode-se verificar a comparação entre os grupos quanto aos aspectos de qualidade do sono e alterações respiratórias. Verificou-se que 70,8% da população fumante apresentam episódios de despertar e 41,7% referem-se à ingestão de água durante a noite, dados estatisticamente significativos em relação à população não fumante. Além disso, verificou-se que, entre os indivíduos fumantes, 29,2% referem-se a episódios de resfriados frequentes, 33,3% descrevem diagnóstico de bronquite e 41,7% descrevem pneumonias frequentes, dados significativamente superiores a não fumantes.

Tabela 1 - Comparação entre os grupos quanto aos resultados do questionário WHOQOOL-BREF

Domínios	Fumantes (n=24)		Não fumantes (n=24)		p
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
Qualidade de vida geral	3,25	0,79	3,88	0,79	0,009
Satisfação com a saúde	2,71	0,95	3,42	0,83	0,009
Físico	3,06	0,53	3,51	0,59	0,008
Psicológico	3,18	0,48	3,54	0,57	0,023
Relações sociais	3,10	0,68	3,60	0,68	0,015
Meio ambiente	2,95	0,57	3,51	0,60	0,002

p-valor < 0,05 (em negrito).

Tabela 2 - Comparação entre os grupos quanto aos resultados de qualidade do sono e alterações respiratórias

Área de avaliação	Aspecto avaliado	Resposta	Fumantes (n=24)	Não fumantes (n=24)	p
			%	%	
Qualidade do sono	Agitação	Não	58,3	79,2	0,136
		Sim	41,7	20,8	
	Episódios de despertar	Não	29,2	79,2	0,017
		Sim	70,8	20,8	
	Ingestão de água durante a noite	Não	58,35	91,7	0,004
		Sim	41,7	8,3	
Presença de ronco	Não	20,8	54,2	0,200	
	Sim	79,2	45,8		
Alterações respiratórias	Resfriados frequentes	Não	70,8	91,7	0,001
		Sim	29,2	8,3	
	Asma	Não	54,2	70,8	0,263
		Sim	45,8	29,2	
	Bronquite	Não	66,7	83,3	0,012
		Sim	33,3	16,7	
	Pneumonias frequentes	Não	58,3	83,3	0,031
		Sim	41,7	16,7	
	Rinite	Não	37,5	50	0,701
		Sim	62,5	50	

p-valor < 0,05 (em negrito).

Os aspectos de qualidade de vida relacionados às alterações avaliadas, realizando-se a comparação apenas com as variáveis significativamente superiores para indivíduos fumantes, apresentam-se na tabela 3. Verificou-se que os aspectos alterados do sono não estão diretamente relacionados ao pior desempenho na qualidade de vida

dos indivíduos fumantes. Apesar disso, observou-se que o histórico de resfriados frequentes se associa à piora na qualidade de vida geral, bronquite está associada à piora na satisfação com a saúde e pneumonias frequentes associam-se a ambas as percepções de piora na qualidade de vida.

Tabela 3 - Correlação dos domínios de qualidade de vida e alterações do sono e respiratórias em fumantes

	Qualidade de vida geral		Satisfação com a saúde		Físico		Psicológico		Relações sociais		Meio ambiente	
	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor
Episódios de despertar	-0,08	0,691	0,126	0,556	-0,027	0,901	-0,127	0,554	0,148	0,490	0,161	0,453
Ingestão de água durante a noite	0,007	0,976	0,058	0,787	-0,136	0,526	-0,18	0,932	-0,105	0,624	0,056	0,796
Resfriados frequentes	-0,435	0,034	-0,351	0,093	-0,168	0,434	0,027	0,901	-0,276	0,192	-0,255	0,230
Bronquite	-0,220	0,302	-0,420	0,041	-0,097	0,652	0,142	0,509	-0,214	0,315	-0,323	0,124
Pneumonias frequentes	-0,473	0,020	-0,472	0,020	0,68	0,752	-0,173	0,420	-0,279	0,186	-0,080	0,709

p-valor < 0,05 (em negrito).

DISCUSSÃO |

O tabagismo associa-se a maior predisposição para doenças e incapacidades, resultando em piora da saúde e da qualidade de vida da população em geral, sendo essas alterações patológicas, cancerígenas, podendo até mesmo causar alterações oromiofaciais^{9,10}. Assim, como demonstrado em estudo anterior, indivíduos fumantes apresentaram pior desempenho em todos os domínios de qualidade de vida¹¹.

Sabe-se que o ambiente sociocultural desses indivíduos pode estar associado ao início do uso do tabaco, tais como escolaridade, presença de alterações mentais na família, uso de outras substâncias psicoativas e convívio com outros fumantes^{9, 11}. Além disso, o estilo de vida adotado pelos indivíduos fumantes também é um fator que se associa ao uso da substância, como hábitos alimentares empobrecidos, sedentarismo e uso de álcool¹². Desta forma, verifica-se que a presença de aspectos multifatoriais está associada ao consumo do tabaco e que, conseqüentemente, impacta a qualidade de vida do indivíduo em todos os seus aspectos devido ao empobrecimento do ambiente ao qual o sujeito está exposto, denotando que o conceito de qualidade de vida permeia todos os aspectos de bem-estar social¹³.

Outro aspecto que deve ser sempre considerado no impacto do consumo de tabaco na qualidade de vida relaciona-se à gravidade de dependência do tabaco. Sabe-se que indivíduos com elevados índices de dependência de tabaco apresentam precocidade no consumo da substância, e conseqüentemente maior tempo de uso,

além de apresentarem consumo diário elevado comparado a indivíduos com índices de gravidade reduzidos. Além disso, a gravidade da dependência gera piores resultados de qualidade de vida, que são influenciados por sintomas de ansiedade e depressão, comumente encontrados em indivíduos tabagistas¹⁴.

Nesse sentido, verifica-se que a cronicidade da dependência é um fator que influencia de forma mais profunda os aspectos de qualidade de vida e também leva ao aparecimento de maior número de doenças em razão da associação de múltiplos aspectos afetados pelo consumo de tabaco¹⁵. Neste estudo, não se avaliou a gravidade da dependência, porém comparado a estudo anterior, a média de consumo diária apresentada pelos indivíduos desta amostra comporta-se como moderada à grave. Neste mesmo estudo, também se verificou escores de qualidade de vida inferiores a não fumantes, corroborando os dados desta amostra¹⁴.

Dentro do entendimento da multicausalidade e variabilidade de impactos relacionados ao tabaco, torna-se importante que os aspectos relativos ao sono e às condições respiratórias sejam avaliados, uma vez que podem causar déficits na saúde e qualidade de vida de indivíduos fumantes.

Neste estudo, verificou-se que um número significativamente superior de indivíduos fumantes apresentou episódios de despertar noturno e ingestão de água durante a noite em relação aos não fumantes. Poucos são os estudos que descrevem as características do sono de indivíduos fumantes ativos ou em cessação do tabagismo, porém

sabe-se que a dependência de nicotina é capaz de causar alterações, como insônia, diminuição do período REM (maior atividade cerebral durante o sono) e fragmentação do sono, aspecto também encontrado neste estudo¹⁶.

Acredita-se que as perturbações durante o sono sejam decorrentes da fissura pelo consumo de nicotina, uma vez que o decréscimo de 50% da nicotina habitual circulante é capaz de desencadear sintomas de abstinência¹⁷. Além disso, como discutido anteriormente, indivíduos tabagistas apresentam mais sintomas de ansiedade e depressão, aspectos estes que sabidamente geram alterações do sono, como sonolência diurna, que pode associar-se a despertares noturnos frequentes¹⁸.

Em relação ao achado sobre ingestão de água noturna, acredita-se que esteja associado à presença de alterações na função respiratória, comumente observados na população fumante, que tendem a ser compensadas pela respiração oral. Sabe-se que a respiração oral leva ao ressecamento oral devido à diminuição do fluxo salivar decorrente da constante passagem de ar pela cavidade oral¹⁹. Dessa forma, verifica-se que os episódios de despertar associados ao ressecamento oral podem levar ao aumento da ingestão de água noturna.

Apesar de os aspectos de agitação noturna e presença de ronco não terem se mostrado estatisticamente significativos para indivíduos fumantes, observa-se que um maior número de indivíduos fumantes apresenta estas queixas em relação aos não fumantes, os quais podem estar associados à fissura pela nicotina e presença de padrão respiratório inadequado, respectivamente.

Acredita-se que a falta de associação entre as alterações de sono e qualidade de vida devam-se pela abrangência dos aspectos avaliados relativos ao sono. Uma vez que o objetivo do estudo foi de realizar um panorama a respeito das queixas de sono, um estudo mais detalhado a respeito dos padrões de sono deveria ser realizado a fim de verificar a associação desse aspecto à qualidade de vida na população fumante.

Um dos aspectos mais estudados em relação ao tabagismo refere-se ao impacto respiratório, uma das funcionalidades mais afetadas em tabagistas ativos e passivos. Sabe-se que a imunidade de quem fuma é muito inferior à do não fumante e, não obstante, os fumantes passivos também adoecem com maior facilidade devido à vulnerabilidade

imunológica. O tabagismo pode ocasionar a diminuição das células de defesa, visto que essas substâncias tóxicas presentes no cigarro causam sensação de saciedade, diminuindo assim a ingestão de alimentos, resultando em diminuição das células leucocitárias. Por sua vez, pode causar lesões nos pneumócitos e hepatócitos, o que pode vir a gerar processos inflamatórios e aumento dos níveis de leucócitos no sangue.

O estudo de Arcave e Benowitz²⁰ nos mostra que os usuários do tabaco apresentam contagem de leucócitos aproximadamente 30% maior que os não fumantes, o que foi relacionado com a quantidade de nicotina consumida; no entanto, apesar do aumento no número, em fumantes de longa data foram encontrados leucócitos com alterações morfológicas. Além disso, observou-se que a fumaça do cigarro afeta também a função dos leucócitos, que passam a apresentar depressão na sua migração e quimiotaxia comparadas à função normal²⁰.

As diversas células e constituintes dos processos de defesa imune encontram-se comprometidos em fumantes, em que as respostas de defesa imunológica estão diminuídas diante de agentes invasores, ocorrendo redução no número de Células Citotóxicas Naturais (CCN's); anergia de macrófagos²¹ deficiências na apresentação antigênica²²; quantidades reduzidas de anticorpos salivares e diminuição no número de linfócitos T auxiliares²⁰. Os achados do presente estudo corroboram com a literatura, e a vulnerabilidade imunológica se relaciona com a maior prevalência de alterações respiratórias.

Em 1964, o Departamento de Saúde dos Estados Unidos publicou um relatório sobre o tabagismo relacionando evidências de que a exposição à fumaça do tabaco atua como fator de agravamento e prolongamento das rinosinusites²³. Desde 1970, sabe-se que os componentes tóxicos estão relacionados com alterações do epitélio respiratório²⁴. Devido às condições climáticas da região sul do Brasil às quais a amostra do estudo está exposta, não se encontram diferenças estatisticamente significativas por causa da alta prevalência dessa patologia na população. Torna-se importante salientar que, no momento do estudo, ambos os grupos de estudo estavam expostos à mesma condição climática local, não sendo essa variável um fator que possa comprometer os dados, uma vez que o período de coleta de dados ocorreu na mesma estação climática e em períodos de temperaturas semelhantes.

O tabagismo está associado à maior predisposição para doenças, incapacidades e comorbidades psicológicas, podendo resultar em piora da saúde e da qualidade de vida dos usuários. Diversos estudos constatam que os dependentes de tabaco mais graves da amostra estudada apresentavam mais sintomas de ansiedade e de depressão²⁵. No estudo de Castro et al.²⁶, verificou-se prejuízo em todos os domínios avaliados pelo WHOQOL-BREF, assim como os dados obtidos no presente estudo.

CONCLUSÃO |

Os resultados deste estudo permitiram verificar que o tabagismo gera um impacto em todos os domínios da qualidade de vida, além de modificar características do sono e gerar doenças respiratórias que contribuem para uma pior percepção da qualidade de vida geral e causa insatisfação com a saúde. Acredita-se que este estudo tenha cumprido seu objetivo em sensibilizar a atenção para o acometimento do vício tabagista nas variáveis estudadas, principalmente no impacto das alterações orgânicas decorrentes do tabagismo na qualidade de vida, uma vez que podem ser responsáveis pela limitação funcional e social do indivíduo.

Esses aspectos são imprescindíveis no processo de conscientização para cessação do vício e é de fundamental importância que novos estudos sejam realizados a fim de melhor descrever os principais fatores que causam alterações na qualidade de vida dessa população, principalmente com acompanhamentos longitudinais e populações maiores, também com intuito de verificar o impacto da sazonalidade nos aspectos avaliados.

REFERÊNCIAS |

1. Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev Bras Educ Fís Esporte*. 2012; 26(2):241-50.
2. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(2):580-8.
3. Gimenes GF. Usos e significados da qualidade de vida

nos discursos contemporâneos de saúde. *Trab Educ Saúde*. 2013; 11(2):291-318.

4. The WHOQOL Group. World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10):1403-9.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigilatel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

6. Itani O, Kaneita Y, Murata A, Yokoyama E, Ohida T. Association of onset of obesity with sleep duration and shift work among Japanese adults. *Sleep Med*. 2011;12:341-5.

7. Gomes AM, Santos OM, Pimentel K, Marambaia PP, Gomes LM, Pradella-Hallinan M, et al. Quality of life in children with sleep-disordered breathing. *Braz J Otorhinolaryngology*. 2012; 78(5):12-21.

8. Campanha SMA, Freire LMS, Fontes MJFO impacto da asma, da rinite alérgica e da respiração oral na qualidade de vida de crianças e adolescentes. *Rev CEFAC*. 2008; 10(4):513-9.

9. Moreira TC, Figueiró LR, Ferigolo M, Fernandes S, Larré MC, Barros HMT. Qualidade de vida em tabagistas que buscaram auxílio para deixar de fumar por meio de aconselhamento telefônico. *Rev Bras de Cancerol*. 2011; 57(3):329-35

10. Santos KW, Echeveste SS, Vidor DCGM. Influence of gustatory and olfactory perception in the oral phase of swallowing in smokers. *CoDAS* 2014; 26(1):68-75.

11. Castro MRP, Matsuo T, Nunes SOV. Clinical characteristics and quality of life of smokers at a referral center for smoking cessation. *J Bras Pneumol*. 2010; 36(1):67-74.

12. Berto SJP, Carvalhaes MABL, Moura EC. Smoking associated with other behavioral risk factors for chronic non-communicable diseases. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(8):1573-82.

13. Rodrigues-Neto JFR, Ferreira GC. Qualidade de vida como medida de desfecho em saúde. R Med Minas Gerais. 2003; 13(1):46-53.
14. Castro MG, Oliveira MS, Moraes JFD, Miguel AC, Araujo RB. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. Rev Psiq Clín. 2007; 34(2):61-7.
15. Costa AA, Elabras JF, Araújo ML, Ferreira JES, Meirelles LR, Magalhães CK. Programa multiprofissional de controle do tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo. Rev SOCERJ. 2006; 19(5):397-403.
16. Jaehne A, Unbehaun T, Feige B, Herr S, Appel A, Riemann D. The influence of 8 and 16 mg nicotine patches on sleep in healthy non-smokers. Pharmacopsychiatry. 2014; 47(2):73-8.
17. Balbani APS, Montovani JC. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. Rev Bras Otorrinolaringol. 2005; 71(6):820-7.
18. Pinto TR, Amaral C, Silva VN, Silva J, Leal IP, Paiva T. Hábitos de sono e ansiedade, depressão e stresse: Que relação? In: Mata L, Peixoto F, Morgado J, Silva JC, Monteiro V, editores. Actas do 12º Colóquio Internacional de Psicologia e Educação: educação, aprendizagem e desenvolvimento: olhares contemporâneos através da investigação e da prática. Lisboa: ISPA. Instituto Universitário; 2012. p. 990-1006.
19. Cintra CFSC, Castro FFM, Cintra PPVC. As alterações orofaciais apresentadas em pacientes respiradores bucais. Rev Bras Alerg Imunopatol 2000; 23(2):78-83.
20. Arcave L, Benowitz NL. Cigarette smoking and infection. Arch Intern Med. 2004; 164(20):2206-16.
21. Giusti AL. Interferência do tabaco no sistema imunitário: estado atual e perspectivas: revisão da literatura. ConScientiae Saúde. 2007; 6(1):155-63.
22. Fine CI, Han CD, Sun X, Liu Y, McCutcheon JA. Tobacco reduces membrane HLA class I that is restored by transfection with transporter associated with antigen processing1Cdna. J Immunol. 2002; 169(10):6012-19.
23. Smoking and health: report of the Advisory Committee to the surgeon general of the public health service. Washington, DC: Ed. US Department of Health, E.A.W.; 1964.
24. Dalhamm T. In vivo and in vitro ciliotoxic effects of tobacco smoke. Arch Environ Health. 1970; 21(5):633-4.
25. Lopes FL, Nascimento I, Zin WA, Valença AM, Mezzasalma MA, Figueira I, et al. Smoking and psychiatric disorders: a comorbidity survey. Braz J Med Biol Res. 2002; 35(8):961-67.
26. Castro MG, Oliveira MS, Moraes JFD, Miguel AC, Araujo RB. Quality of life and severity of tobacco dependence. Rev Psiq Clín. 2007; 34(2):61-7.

Correspondência para/Reprint request to:

Karoline Weber dos Santos

Rua José Grimberg, 70,

Rubem Berta, Porto Alegre/RS, Brasil

CEP: 91180-650

Tel.: (51) 98135-3595

E-mail: karolweber@gmail.com

Submetido em: 01/12/2015

Aceito em: 03/05/2016

**Patient risk assessment:
analysis of low urgency calls
in a regional hospital**

| Acolhimento com classificação de risco: análise dos atendimentos não urgentes em um hospital regional

ABSTRACT | Introduction:

The great demand for emergency services is a reality in all countries, causing organizational difficulties in health systems. Objective:

To describe the demand for non-urgent visits to the emergency department of the Regional Hospital of Guarai - TO.

Methods: *This was a descriptive study, in which 14 612 records were analyzed regarding the characteristics of the service and demographics. The instrument applied was based on the Risk Rating Protocol devised by the Ministry of Health for risk stratification and on the International Classification of Primary Care - CIAP to identify the reason for consultation. Results:* *The mean monthly attendance was 2,435 consultations (SD 152.6). In the evaluation of the total demand in relation to age, 32 % were aged 20-39 years, corresponding to a mean of 778.3 visits by this age group (SD 58.5). The proportion of female cases was 56.4 %.*

The green line classification reached 66.8%, followed by 21.4 % for blue line, while the red line accounted for only 1.0%. Conclusion: *Demand for non-urgent care in the emergency room unit was very high, with a predominance of young adults, and the main reasons for consultation were associated with endocrine, metabolic and nutritional problems. There is a strong need to devise strategies for separating the flow between primary care and emergency services, and for ensuring a smooth coordination between the managers of the different levels of care.*

Keywords | *Emergency care; Health care; Screening.*

RESUMO | Introdução: A grande demanda de atendimentos nos serviços de urgência é uma realidade em todos os países, ocasionando dificuldades organizacionais nos sistemas saúde. **Objetivo:** Descrever a demanda de atendimentos não urgentes no pronto-socorro do Hospital Regional de Guarai/TO. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, no qual 14612 prontuários foram analisados quanto às características do atendimento e ao perfil demográfico. O instrumento utilizado foi estruturado com base no Protocolo de Classificação de Risco proposto pelo Ministério da Saúde para a estratificação do risco e na Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) para identificação do motivo da consulta. **Resultados:** A média mensal de atendimentos foi de 2435 consultas (DP 152,6). Na avaliação do total de atendimentos em relação à faixa etária, 32% tinham idade entre 20 e 39 anos, correspondendo a uma média de 778,3 atendimentos nesta faixa etária (DP 58,5). A proporção de casos do sexo feminino foi de 56,4%. A classificação de risco verde apresentou-se com 66,8%, seguido do risco azul, com 21,4%. O risco vermelho foi de 1,0%. **Conclusão:** A demanda de atendimentos não urgentes na unidade de pronto-socorro foi muito elevada, com maior predominância de atendimentos à população adulta jovem e principais motivos de consulta caracterizados como problemas endócrinos, metabólicos e nutricionais. São necessárias a organização do fluxo entre atenção primária e serviços de emergência e a articulação entre os gestores dos diferentes níveis de atenção.

Palavras-chave | Atendimento de emergência; Assistência à saúde; Triage.

¹Instituto Educacional Santa Catarina - Faculdade Guarai, Guarai/TO, Brasil.

²Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre/RS, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A grande demanda de atendimentos nos serviços de urgência é uma realidade em todos os países, ocasionando dificuldades organizacionais e impedindo um fluxo assistencial efetivo à necessidade de atendimento à população que utiliza os serviços públicos de saúde. A procura de pacientes não urgentes por atendimentos em unidades de pronto-socorro é a causa principal dessa desordem¹.

No Brasil, 90% dos atendimentos nos serviços de urgência e emergência são de casos clínicos, que, em sua maioria, são de baixa complexidade e poderiam ser tratados nas redes de atenção primária à saúde, enquanto apenas 10% estão relacionados a situações de traumas em pronto atendimento hospitalar².

O atendimento de pacientes não urgentes nesses serviços de saúde compromete a assistência prestada e, principalmente, causa prejuízos aos pacientes que necessitam de atendimento rápido em função de situações graves de saúde, em especial nas unidades que não utilizam a classificação de risco como ferramenta nesse processo³.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do serviço de saúde. Dessa forma, os serviços que contemplam esse nível de atenção devem ser de fácil acesso à população e devem sistematizar atendimentos de prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento oportuno de patologias agudas e controle e acompanhamento de patologias crônicas, ao contrário dos serviços de média e alta complexidade, que necessitam de maior investimento tecnológico e estão organizados para prestar atendimentos a condições que impliquem gravidade⁴.

Nessa perspectiva, em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)³. No entanto, ainda é perceptível a desarticulação da rede e a alta demanda de atendimentos não urgentes nos serviços de urgência e emergência. Em um estudo brasileiro, verificou-se taxas de até 85% de pacientes não urgentes entre os atendimentos de um serviço de urgência e emergência⁶.

O Ministério da Saúde (MS) normatiza a necessidade de substituir o modelo clássico, por ordem de chegada, pelo modelo de prioridade de atendimento e propõe a implantação do acolhimento com classificação de risco nas unidades de urgência e emergência⁷.

A utilização da classificação de risco é uma estratégia de gestão de fluxo utilizada por vários países com o intuito de agilizar e priorizar os atendimentos nas unidades de pronto-socorro¹. Atualmente, a estratificação do risco é realizada em praticamente todas as emergências de hospitais de Primeiro Mundo e são muitas as publicações referentes ao assunto, testando e adaptando as escalas existentes para cada região⁸.

No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Humanização (PNH), propõe o protocolo que define a prioridade de atendimento, conforme a gravidade do caso, estratificando-o em quatro cores. A cor vermelha identifica o paciente de emergência; a amarela, o paciente que necessita de atendimento urgente; a cor verde, o paciente de prioridade não urgente; e a azul, o paciente que necessita de consulta de baixa complexidade, com última prioridade para atendimento⁷. As cores verde e azul representam o paciente com baixo risco de agravos que pode receber atendimento na APS¹.

Há necessidade de melhorar o fluxo de atendimento entre a atenção primária e os serviços de emergência, e a descrição do perfil dos pacientes não urgentes que procuram a emergência é fundamental para que haja melhor entendimento quanto às suas necessidades.

O presente estudo teve como objetivo descrever a demanda de pacientes não urgentes e identificar os motivos das consultas na Unidade de Pronto-Socorro do Hospital Regional de Guaraí, no Estado do Tocantins.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em uma Unidade de Emergência de um Hospital Regional, de médio porte, que presta atendimento integralmente aos usuários do SUS. O Hospital dispõe de 61 leitos, oferece atendimento às especialidades médicas básicas e é referência para atendimentos de urgência e emergência e maternidade de baixo e médio risco. Está localizado na Região Central do Estado do Tocantins, no município de Guaraí, polo de uma das oito regiões de saúde que compõem a Rede Estadual de Saúde, a Região Cerrado Tocantins Araguaia. Essa região é composta por 23 municípios, totalizando uma população de 146.205 habitantes⁹.

A amostra foi consecutiva no período de 1º de janeiro de 2014 a 30 de junho de 2014. O estudo utilizou dados secundários contidos nas 14.612 fichas de atendimento e fichas de acolhimento com classificação de risco dos pacientes atendidos no Pronto-Socorro e submetidos ao Acolhimento com Classificação de Risco, conforme protocolo proposto pelo PNH/MS⁷.

Foi elaborado um instrumento para coleta de dados secundários contemplando cinco variáveis categóricas: faixa etária, sexo, classificação de risco, característica do atendimento e motivo da consulta. O instrumento para coletar estas variáveis foi elaborado pela autora e validado após a aplicação em um estudo-piloto.

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) foi realizado de acordo com o protocolo do MS. Os pacientes foram classificados em quatro cores de acordo com o grau de gravidade: vermelho (alto risco de morte, atendimento imediato), amarelo (risco iminente de morte, tempo de espera de até 30 minutos), verde (pacientes em condições agudas sem risco iminente de morte) e azul (pacientes com queixas leves ou doenças crônicas sem risco de morte)⁷.

A característica do atendimento foi analisada, identificando o encaminhamento do paciente após consulta médica. Foram também consideradas as seguintes categorias: internação hospitalar, observação, transferência fora de domicílio (TFD), referência à Unidade Básica de Saúde (UBS), atendimento médico seguido de alta, evasão e óbito.

A identificação do motivo de consulta foi embasada nos critérios da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP), que tem por base uma estrutura simples distribuída em capítulos e componentes¹⁰. O motivo da consulta foi registrado com base no ponto de vista do paciente ou do acompanhante (mãe de uma criança ou familiar que acompanha um paciente inconsciente) e totalmente baseado na descrição dada por ele e inserida no campo queixa principal da ficha de classificação de risco.

Inicialmente, os dados foram armazenados em um banco de dados do *EpiData* 3.1, um programa usado para armazenamento de dados em estudos epidemiológicos e análises estatísticas¹¹. Em seguida, eles foram incluídos e analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 18.0 *for Windows*, mediante uma dupla digitação. Para a análise dos dados, foi realizada a estatística descritiva. Como as variáveis quantitativas

contínuas seguiam a distribuição normal, foi realizada análise de média e desvio padrão. Percentual e frequência foram analisados para as variáveis categóricas. Foi realizado teste qui-quadrado para comparar variáveis categóricas e considerou-se o p -valor $< 0,05$ como estatisticamente significativo.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA) e obteve aprovação sob o parecer n° 735.834.

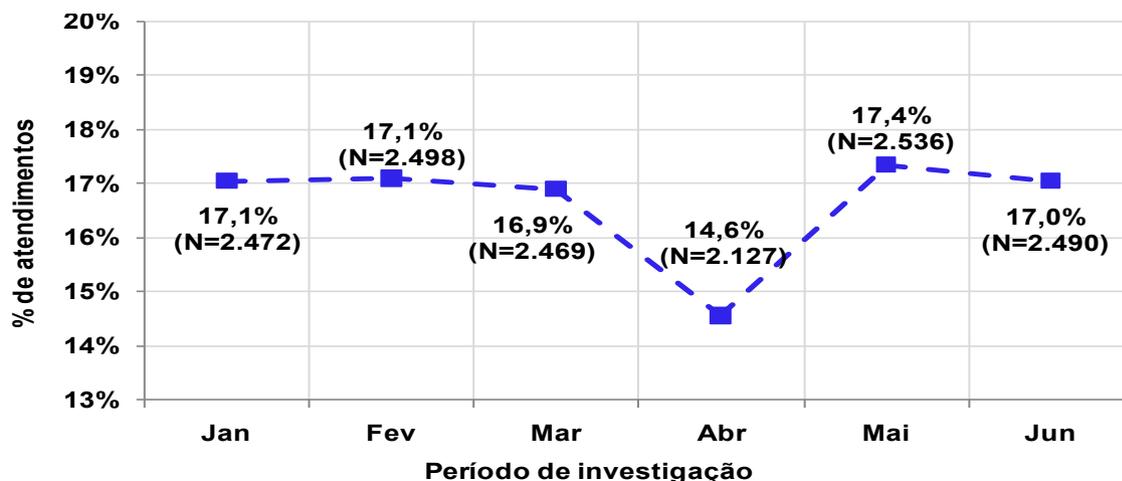
RESULTADOS |

Os resultados apresentados referem-se aos dados totais de atendimentos, de 14.612 casos no período da coleta, estimando, aproximadamente, uma média mensal de 2435 (± 153) atendimentos. Quanto à distribuição percentual dos atendimentos mês a mês, apresentaram a proporção de 14,6% ($n=2.127$) no mês de abril, alcançando o máximo de 17,4% ($n=2.536$) no mês de maio (Figura 1).

Nenhuma das fichas apresentou variáveis incompletas, mas ilegitimidade. Nesses casos, a pesquisadora realizou contato com os responsáveis pelo preenchimento, pessoalmente, após acompanhamento das escalas profissionais disponibilizadas pela Direção Técnica do Hospital. Após informar a autorização da Secretaria de Saúde para realização da pesquisa e esclarecer sobre o objetivo e sigilo das informações em termos da preservação da identidade profissional, eram certificados os registros para armazenamento das informações no banco de dados.

Na avaliação do total de atendimentos, em relação à faixa etária e ao sexo, predominaram as idades de 20 a 39 anos, com média de 778,3 atendimentos (DP = 58,5), correspondendo a 32,0% ($n=4.670$), seguida da faixa de 40 a 59 anos, com média de 464,0 (DP= 55,3) e percentual de 19,1% ($n=2.784$). As idades inferiores a 1 ano apresentaram média mensal de atendimentos de 105,8 (DP=17,8), correspondendo a 4,3% ($n=635$). Aquelas idades de 7 a 12 anos representaram média de 158,7 atendimentos (DP= 32,7), sendo seu percentual de 6,5% ($n=952$). Considerando os atendimentos segundo o sexo, a proporção de casos do sexo feminino, 56,4% ($n=8.244$), mostrou-se ligeiramente mais elevada que a do masculino, 43,6% ($n=6.368$), diferença que não se mostrou significativa ($p=0,426$). Do total de atendimentos

Figura 1 - Distribuição relativa do total de atendimentos por mês no 1º semestre



realizados em pessoas do sexo feminino, 90,3% (n=7447) foram considerados não urgentes, enquanto no sexo masculino os não urgentes corresponderam a 85,39% (n=5434). Comparando as duas proporções apresentadas, verificou-se que a diferença de 5,0% entre os sexos, neste tipo de atendimento, não se mostrou significativa neste estudo (p=0,573). Os atendimentos não urgentes não foram associados estatisticamente ao sexo.

Ainda quanto à distribuição dos atendimentos em relação à faixa etária, verificou-se que a média mensal de atendimentos mais elevada alcançou 778,0 (±58,3)

atendimentos na faixa etária de 20 a 39 anos, e a média mínima foi de 105,8 (±17,8) atendimentos no grupo com menos de 1 ano (Tabela 1).

No que se refere à classificação de risco, a maior ocorrência de atendimentos se concentrou no risco verde, 66,8% (n=9.760). Para o risco azul, os atendimentos representaram 21,4% (n=3121). O risco vermelho foi de menor expressão: 1,0% (n=139).

Sobre o número médio mensal de atendimentos, observou-se que a estimativa mais elevada foi para o risco verde,

Tabela 1 - Média e desvio padrão para o número de atendimentos mensais e distribuição absoluta e relativa para os atendimentos por faixa etária

Faixa etária (anos)	Atendimentos – 1º semestre			
	Mensal		Total	
	Média	Desvio padrão	N	%
< 1	105,8	17,8	635	4,3
1 a 6	329,8	72,0	1979	13,5
7 a 12	158,7	32,7	952	6,5
13 a 19	299,7	34,4	1798	12,3
20 a 39	778,3	58,5	4670	32,0
40 a 59	464,0	55,3	2784	19,1
60 e mais	299,0	15,6	1794	12,3
TOTAL	2435,3	152,6	14612	100,00

em que a média foi de 1.626,7 ($\pm 148,8$) ao mês, seguido do risco azul, com uma média de atendimentos de 520,2 ($\pm 70,6$) casos.

Na avaliação dos atendimentos por faixa etária em relação à classificação de risco, verificou-se que, independentemente da faixa etária, predominou a classificação verde. Houve variação de 48,0% (n=305) no grupo com menos de 1 ano a 71,8% (n=908) no grupo com idades de 20 a 39 anos (Tabela 2).

No que se refere à distribuição do sexo segundo a classificação de risco, verificou-se que tanto no sexo feminino quanto no masculino prevaleceu o risco verde, com percentuais de 70,3% (n=5.797) e 52,2% (n=3.963), respectivamente (Tabela 3).

Considerando a característica do atendimento relacionada ao seguimento do paciente após consulta médica, observou-se que, 67,3% (n=9.840) se relacionavam aos atendimentos seguidos de alta hospitalar, 19,0% (n=2.776) foram direcionados para observação, 5,4% (n=786) foram indicados à internação hospitalar e apenas 2,2% (n=315) foram referenciados à Unidades Básicas de Saúde.

Quanto à média de atendimento mensal, foi de 1.640,0 ($\pm 154,4$) para atendimentos seguidos de alta. Para o seguimento observação, a média de atendimento mensal para o primeiro semestre foi de 462,7 ($\pm 32,1$) pacientes (Tabela 4).

Tabela 2 - Distribuição absoluta e relativa para os atendimentos por faixa etária segundo a classificação de risco

Faixa etária (anos)	Classificação de risco – 1º semestre*					
	Azul		Verde		Amarelo/vermelho	
	N	%	N	%	N	%
< 1	274	43,1	305	48,0	56	8,8
1 a 6	573	29,0	1162	58,7	244	12,3
7 a 12	238	25,0	622	65,3	92	9,7
13 a 19	362	20,1	1279	71,1	157	8,7
20 a 39	908	19,4	3352	71,8	410	8,8
40 a 59	599	21,5	1823	65,5	362	13,0
60 e mais	167	9,3	1217	67,8	410	22,9
TOTAL	3121	21,4	9760	66,8	1731	11,8

*Percentuais obtidos com base no total de cada faixa etária.

Tabela 3 - Distribuição absoluta e relativa para os atendimentos por sexo segundo a classificação de risco

Classificação de risco	Atendimentos por sexo – 1º semestre			
	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Azul	1650	20,0	1471	23,1
Verde	5797	70,3	3963	62,2
Amarelo	731	8,9	861	13,5
Vermelho	66	0,8	73	1,1
TOTAL	8244	56,4	6368	43,6

Tabela 4 - Média e desvio padrão para o número de atendimentos mensais e distribuição absoluta e relativa para os atendimentos por seguimento

Seguimento	Atendimentos – 1º semestre			
	Mensal		Total	
	Média	Desvio padrão	N	%
Internação hospitalar	131,0	11,7	786	5,38
Observação	462,7	32,1	2776	19,00
Transferência Fora de Domicílio	66,2	14,8	397	2,72
Referência Unidade Básica de Saúde	52,5	22,2	315	2,16
Atendimento seguido de alta	1640,0	154,4	9840	67,34
Óbito	1,0	1,3	6	0,04
Evasão	82,0	16,7	492	3,37
TOTAL	2435,3	152,6	14612	100,00

Para todos os pacientes, foram analisados os motivos da consulta e verificou-se que os principais problemas estão relacionados ao sistema endócrino, metabólico e nutricional, correspondendo a 17,7% daqueles identificados, seguidos de problemas do aparelho respiratório (16,3%), do aparelho digestivo (14,3%) e do aparelho circulatório (9,9%).

DISCUSSÃO |

Os resultados mostraram que 88,2 % dos atendimentos foram realizados em pacientes não urgentes. Esse percentual encontra-se entre os maiores registrados no Brasil, pois estudos demonstram que a frequência desses pacientes em locais de assistência à urgência e emergência pode variar entre 5% e 90%. Em sua maioria, as taxas são em torno de 40%¹². Esses dados são confirmados por outros trabalhos realizados em várias regiões do País^{13,14,15,16,17}.

No âmbito internacional, em revisão sistemática de 31 estudos realizados em vários países, foi constatado que a prevalência do uso inadequado dos serviços de emergências apresentou variação de 20% a 40%. Estudo comparativo realizado em Nova Iorque, nos Estados Unidos, entre os anos de 1994 e 1998, identificou 75% dos atendimentos realizados nos setores de emergência dos hospitais como referentes a atendimentos não urgentes ou de condições sensíveis a APS¹⁴.

Os pacientes classificados como não urgentes fazem parte do grupo de demanda prevista para os serviços de APS. Por esse motivo, a possibilidade de a APS não estar atendendo essa demanda de pacientes é uma hipótese de explicação para a alta frequência (88,2%) encontrada no presente estudo. Essa hipótese do não atendimento da demanda pela atenção básica talvez esteja relacionada à dificuldade de acesso da população às unidades básicas. Estudo realizado em 2006 identificou a região norte apresentando 45% menos chance de acesso aos serviços de saúde pela população do que a região sul do País, em todos os níveis de atenção¹⁸.

Esses atendimentos, contrários ao fluxo proposto pela rede de atenção à urgência e à emergência, elevam o custo no setor de saúde, diminuem a oferta disponível para situações emergenciais, influenciam negativamente a qualidade do atendimento e, principalmente, ocasionam prejuízo à saúde do próprio indivíduo, uma vez que o cuidado não é realizado de forma integral¹².

Consequentemente, chama a atenção o fato de que apenas 1% dos atendimentos se referem a situações emergenciais. Esse achado é confirmado por outra pesquisa realizada em 2009, em um Hospital Municipal, que descreveu a classificação vermelha como a de menor predomínio, com apenas 0,8%, dos atendimentos¹⁵.

Essa realidade encontrada nos serviços de emergência apresenta repercussões negativas aos atendimentos de maior gravidade, porque ocasiona uma grande dispersão

da atenção da equipe. Essa realidade é resultado da baixa concentração de recursos humanos e tecnológicos nos serviços de nível primário e maior facilidade de acesso ao serviço de urgência, uma vez que as unidades hospitalares funcionam 24h, tornando-os resolutivos e de maior acesso¹³.

A faixa etária de adultos jovens, de 20 a 59 anos, representou 51,1% dos atendimentos, o que é similar ao resultado de uma pesquisa realizada no ano de 2010 que observou o predomínio de 63,0% de atendimentos na mesma faixa etária¹³. Esse percentual está muito abaixo daquele de outro estudo cuja predominância de atendimentos realizados em adultos jovens é de 75,5%¹⁹. Ressalta-se que essa faixa etária é considerada como fator associado à procura inadequada pelos serviços de saúde¹⁹.

A ausência de diferença significativa entre os sexos observada neste estudo é coincidente com os resultados de um estudo realizado em Porto Alegre (RS) e de outro em Divinópolis (MG)^{12,20}.

A pesquisa ainda possibilitou identificar a consulta médica seguida de alta como característica predominante no seguimento dos pacientes atendidos no pronto-socorro do hospital regional. Outros estudos nacionais corroboram essa predominância^{13,17}. Esse achado é compreensível, uma vez que mais de 80% dos atendimentos foram realizados em pacientes não urgentes, ou seja, que não precisavam necessariamente receber atendimento hospitalar.

Em estudo realizado em 2002, os autores afirmam que o desfecho do atendimento clínico apresenta associação significativa com a classificação de risco, uma vez que, quase sempre, os casos classificados como azul recebem alta hospitalar após o atendimento médico. Descrevem ainda que a alta hospitalar após atendimento médico corresponde a 68,7% dos seguimentos¹³.

Este estudo identificou também problemas relacionados ao sistema endócrino, metabólico e nutricional, ao aparelho respiratório, ao aparelho digestivo e ao aparelho circulatório como os motivos de consulta mais frequentes na emergência do hospital regional, sendo de maior predominância os problemas relacionados ao sistema endócrino, metabólico e nutricional. O número de indivíduos com diabetes, considerada uma das mais frequentes doenças endócrino-metabólicas, atualmente é estimado em 35 milhões e projetado para 64 milhões em

2025, nas Américas. Nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, o aumento será observado em todas as faixas etárias, duplicando na faixa etária de adultos jovens²¹. Estudos demonstram declínios nas doenças respiratórias e cardiovasculares crônicas em associação com o sucesso das políticas de saúde voltadas para a diminuição do tabagismo. No entanto, hábitos nutricionais desfavoráveis estão associados à prevalência de diabetes, que está crescendo em paralelo com o sobrepeso²².

Chama a atenção o fato de que, mesmo se tratando de atendimentos, em sua maioria, à população jovem, percebe-se prevalência de problemas endócrinos e cardiovasculares, o que evidencia fatores de risco e carga de doenças crônicas e degenerativas. A exposição a fatores de risco comportamentais, como tabagismo, alimentação inadequada e sedentarismo, que frequentemente se inicia na adolescência e se consolida na vida adulta, explica essa realidade. Esse achado evidencia um sério problema de saúde pública, uma vez que pressupõe uma população adulta e idosa com maior incidência de morbimortalidade²³. Sabe-se que a dinâmica dos serviços de emergência não permite ações de prevenção. Dessa forma, fica evidente a inadequação dos serviços de emergência para pacientes caracterizados como não urgentes.

Uma limitação da pesquisa foi a utilização de dados secundários devido à dificuldade de compreensão dos registros. No entanto, não houve perda de dados porque a autora encontrou possibilidade de captar as informações corretas com os profissionais responsáveis por esses registros. Note-se que se trata de dados atuais, a instituição é de apenas 61 leitos e situa-se em um município com menos de 30 mil habitantes.

Concluindo, os resultados mostram que a média mensal de atendimentos no Hospital Regional de Guarai, no primeiro semestre de 2014, apresentou uma amplitude de 2.282 a 2.588 atendimentos, com maior predominância de adultos jovens e de pacientes não urgentes com elevado número de encaminhamentos para acompanhamento no nível ambulatorial. Os principais motivos de consulta foram problemas endócrinos, metabólicos e nutricionais.

Considerando a existência de diretrizes já propostas nas portarias que instituem as Redes de Atenção à Saúde (RAS), em especial a Rede de Atenção a Urgências e Emergências, e o fato de a região não contar com Unidade de Pronto Atendimento (UPA), recomenda-se articulação entre os

gestores do serviço hospitalar (pronto-socorro) e gestores das Unidades Básicas de Saúde para, estrategicamente, buscarmos a inversão desse fluxo, uma vez que a “porta de entrada” deve ser iniciada na APS e somente os casos de maior complexidade devem ser referenciados ao hospital.

Identificou-se, finalmente, a dificuldade de referenciamento de pacientes não urgentes às Unidades Básicas de Saúde, o que demonstra a fragmentação da atenção à saúde. Nesses sistemas desarticulados, a APS não pode exercer seu papel de centro de comunicação e coordenação do cuidado, uma vez que não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde. Neste caso, pode-se considerar a não existência de uma rede de atenção²⁴.

A qualidade e efetividade do atendimento prestado à população estão diretamente relacionadas a uma RAS organizada de forma a superar a fragmentação da atenção e garantir que os indivíduos recebam atenção integral à saúde e tenham acesso ao serviço de saúde adequado para as suas necessidades. É necessária também a migração de uma abordagem isolada do serviço de saúde para uma abordagem integral e articulada, garantindo a integralidade da assistência à saúde nos diferentes níveis de complexidade.

REFERÊNCIAS |

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Ribeiro RM, Cesarino CB, Ribeiro RCHM, Rodrigues CC, Bertolin DC, Pinto MH, et al. Caracterização do perfil das emergências clínicas no pronto-atendimento de um hospital de ensino [Internet]. *Rev Min Enferm*. 2014 [acesso em 11 mar 2016]; 18(3):533-8. Disponível em: URL: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/944>>.
3. Oliveira GN, Silva MF, Araujo IEM, Carvalho Filho MA. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada [Internet]. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2011 [acesso em 15 nov 2013]; 9(3):548-56. Disponível em: URL: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4374/5665>>.
4. Rehem, TCMSB, Egry EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo [Internet]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011 [acesso em 22 out 2014]; 16(12):4759-66. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/24.pdf>>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [internet]. *Diário Oficial da União: Brasília*; 29 mar 2006 [acesso em 20 out 2013]. Seção 1. Disponível em: URL: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html>.
7. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da saúde; 2009.
8. Albino RM, Grosseman S, Riggenbach V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade [internet]. *Arq Catarin Med*. 2007 [acesso em 25 out 2014]; 36(4):70-5. Disponível em: URL: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/523.pdf>>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geográfica e Estatística (IBGE). Censo 2010.
10. Organização Mundial de Médicos de Família. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2). 2. ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009.
11. Lauritsen JM, Bruus M, Myatt MA. Programa para criar banco de dados [internet]. *Epi Data Association. Odense Denmark*; 2002 [acesso em 03 jul 2014]. Disponível em: URL: <http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/preventivapesquisa_2_Apostila_Epidata.pdf>.
12. Kraemer FZ. Usuários não urgentes em emergência: qualidade de vida e problemas psiquiátricos. Dissertação [Mestrado em Epidemiologia] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
13. Feijó VBER. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: análise da demanda atendida no Pronto Socorro de um hospital escola. Dissertação [Mestrado em Saúde

Coletiva]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2010.

14. Carret MLV, Fassa AG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(1):7-28.

15. Souza CC. Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

16. Costa JSD, Buttenbender DC, Hoefel AL, Souza LL. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil [internet]. *Cad Saúde Pública*. 2010 [acesso em 23 out 2014]; 26(2):358-64. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/14.pdf>>.

17. Oliveira GN, Silva MFN, Araújo IEM, Carvalho FMA. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada [internet]. *Rev Latino-Am. Enferm*. 2011 [acesso em 11 out 2014]. 19(3):548-56. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14>.

18. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003 [internet]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006 [acesso em 11 out 2014]; 11(4):975-86. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000400019&script=sci_arttext>.

19. Carret MLV, Fassa AG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(1):7-28.

20. Diniz AS, Silva AP, Souza CC, Chianca TCM. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester [internet]. *Rev Eletr Enf*. 2014 [acesso em 11 out 2014]. 16(2):302-20. Disponível em: URL: <http://deploy.extras.ufg.br/projetos/fen_revista/v16/n2/pdf/v16n2a06.pdf>.

21. Gabriel OS, Júlia DB, Gláucia MMO, Carlos HK, Nelson ASS. Evolução de indicadores socioeconômicos

e da mortalidade cardiovascular em três estados do Brasil [internet]. *Arq Bras Cardiol*. 2013 [acesso em 16 out 2014]; 100(2):147-56. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt>.

22. Schmidt MIS, Duncan BB, Silva GA, Ana MM, Carlos AM, BarretoSM, et.al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Public Health-Global Health* [internet]. 2010 [acesso em 22 out 2014]. 377(9781):1949-61. Disponível em: URL: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60135-9/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60135-9/fulltext#article_upsell)>.

23. Barreto SM, Passos VMA, Giatti L. Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil [internet]. *Rev Saúde Pública* 2009 [acesso em 25 out 2014]. 43(sup 2):9-17. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao799.pdf>>.

24. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [internet]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010 [acesso em 25 out 2014]. 15(5):2297-2305. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>.

Correspondência para/ Reprint request to:

Camila Ferreira Cruz Coelho

Av. JK, 2541, Setor Universitário,

Guaraí/TO, Brasil

CEP: 77700-000

Tel.: (63) 3464-1289

E-mail: camila.coelho@faculdadeguarai.com.br

Submetido em: 14/12/2015

Aceito em: 28/04/2016

Violence against child and health promotion with preschoolers

| Violência infantil e promoção de saúde com pré-escolares

ABSTRACT | Introduction: *Strategies for detection of child abuse, as well as the promotion of health education for children are important in the school environment. Objective:* *This study aims to report an experience of using a set of strategies carried out in the context of an extension project addressing child abuse. This experience was undertaken in the context of a health promotion initiative with preschoolers. Methods:* *This study reports an experience undertaken since 2012 by Dentistry students of Araçatuba Dental School at the Integral Care Center for Children (CAIC) in Araçatuba, which focused in detecting cases of child abuse, along with a health education program focusing on oral and general health involving children, parents and educators. Results:* *The activities conducted by the students involved a) notification of possible cases of violence, which negatively affects the physical and psychological well-being of victims, which may also impair their development and in their ability to learn b) health promotion, including the development of psychomotor, affective and cognitive ability of the children, as well as changing unhealthy habits. Conclusion:* *The implementation of these strategies was of great value, as it presents significant results to parents, teachers, academics and the children involved. Our findings demonstrate the advances achieved in CAIC, and present a critical reflection on the strategies used.*

Keywords | *Preschoolers; Oral Health; Health education; Violence.*

RESUMO | Introdução: Atividades de detecção de violência infantil, bem como o desenvolvimento de trabalhos de educação em saúde para crianças, são de extrema importância no ambiente escolar. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência das atividades vivenciadas no projeto de extensão que aborda violência infantil e promoção de saúde com pré-escolares. **Métodos:** Relata-se a experiência realizada no Centro de Atendimento Integral à Criança (CAIC) da cidade Araçatuba, São Paulo, quanto ao trabalho desenvolvido desde 2012 pelos estudantes de odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Constam, no relato, as atividades de notificação dos casos de violência infantil e de educação em saúde bucal e geral com as crianças, pais e educadores. Além disso, o relato mostra os avanços encontrados no desenvolvimento deste trabalho, apresentando uma reflexão crítica do processo desenvolvido. **Resultados:** As atividades realizadas pelos estudantes vão desde notificação dos possíveis casos de violência, que afetam negativamente o bem-estar físico e psicológico das vítimas e causam implicações no desenvolvimento e na capacidade de aprendizagem dos menores, até ações de educação em saúde que trabalham a capacidade psicomotora, afetiva e cognitiva das crianças, bem como a mudança de hábitos errôneos em relação à sua saúde. **Conclusão:** A realização destas atividades tem sido de grande valia, uma vez em que apresenta resultados significantes para os pais, professores, coordenadores, acadêmicos e crianças envolvidas.

Palavras-chave | Pré-escolar; Saúde bucal; Educação em Saúde; Violência.

¹Universidade Estadual Paulista, Araçatuba/SP, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A violência contra crianças é um problema de saúde pública que afeta negativamente a vida dos vitimados, com impactos no seu desenvolvimento e na sua integridade física, psicológica e social^{1,2}. Essa situação ainda é uma experiência real para muitos menores ao redor do mundo³ e traz consequências a curto e longo prazos, como dificuldades no aprendizado, déficits estudantis, baixa autoestima, depressão, entre tantos outros problemas que podem ser observados no ambiente escolar⁴.

No Brasil, a violência ainda é um desafio a ser enfrentado. As estatísticas mostram um cenário preocupante em relação à situação que envolve crianças e adolescentes. De acordo com o Ministério da Saúde, 107.572 casos foram registrados no ano de 2011^{3,5} e muitos crimes dessa natureza não são denunciados e notificados². Outro fator agravante é revelado ao se medir a amplitude do problema, pois além da violência assumir muitas formas (física, sexual e emocional), ocorre também em diferentes ambientes, como casas e escolas, e com diferentes pessoas, como os cuidadores e amigos da família, entre tantos outros⁶.

Um estudo realizado em ambientes escolares mostrou que a negligência é o principal tipo de violência encontrada, na qual se observa os descuidos com a higiene geral das crianças, como o uso de roupas sujas e a presença de piolhos. Além disso, verificou-se também a presença de crianças que possuíam dificuldades de relacionamento, levando à suspeita da existência de problemas no ambiente familiar⁷.

Diante da gravidade e da prevalência de casos verificados de violência contra a criança, é importante a realização de denúncias e notificações dos casos, sendo necessária a capacitação da equipe escolar e cuidadores para verificação dos casos de violência, pois muitas crianças passam a maior parte do dia na escola, na companhia desses profissionais, o que facilita a identificação do problema⁸.

Os profissionais de saúde, assim como os professores, também apresentam um importante papel de atentar para as crianças que são vítimas de violência e participar do processo de notificação⁹. Entre os profissionais de saúde, o cirurgião-dentista ocupa uma posição privilegiada na observação dos maus-tratos, por ser o profissional que trabalha na região de cabeça e pescoço, sendo essas as áreas de maior prevalência das lesões^{3,10}. Esses profissionais

possuem o dever ético e legal de notificar os casos de violência dos quais obteve conhecimento durante o tratamento odontológico, devendo zelar pela saúde total e dignidade de seus pacientes^{11,12}.

A realização de atividades de detecção de violência, bem como o desenvolvimento de trabalhos que visam abordar educação em saúde, é de extrema importância no ambiente escolar, pois, além do grande período que as crianças passam na escola, esse local consegue agregar todas as crianças, incluindo aquelas que, por algum motivo, não teriam acesso aos cuidados de profissionais particulares¹³. Além disso, as crianças levam a experiência vivenciada no âmbito escolar para o seu ambiente familiar, multiplicando o conhecimento adquirido¹⁴.

Essas atividades de Promoção de Saúde nas escolas pelos profissionais de odontologia também se fazem muito importantes no contexto da prevenção das principais doenças bucais, uma vez que a boca é parte integrante e fundamental da saúde sistêmica das pessoas¹⁵. Essas estratégias de educação em saúde são utilizadas como instrumentos de transformação social, pois nesta fase há uma maior capacidade de interiorizar o aprendizado e mudar hábitos errôneos e, assim, prevenir futuros problemas bucais¹⁶.

Outro fator importante é a interação do cirurgião-dentista com a equipe pedagógica da escola, capacitando-os quanto ao desenvolvimento de atividades integradas entre professores e estudantes¹⁷, além de mostrar a importância dos cuidados com a saúde bucal no ambiente escolar, já que muitas dessas crianças passam a maior parte do dia na escola. Os pais também possuem um papel importante na qualidade da saúde bucal dos seus filhos e, devido a isso, devem ser capacitados ou orientados em relação à higiene dos menores¹⁸.

Em relação aos acadêmicos, as atividades tornam-se importantes porque os estudantes interagem com a sociedade ao levar o conhecimento adquirido na instituição de ensino para a comunidade, assim contribuindo positivamente para o seu desenvolvimento. Portanto, o projeto de extensão é um espaço privilegiado de produção de conhecimento e incentivo a mudanças¹⁹.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo é relatar a experiência vivenciada no Centro de Atendimento Integral à Criança, no período de agosto de 2012 a junho de 2015,

por meio do projeto de extensão que aborda violência infantil e promoção de saúde com pré-escolares, com ênfase nas atividades voltadas para educação em saúde e notificação de violência contra a criança.

MÉTODOS |

Este estudo apresenta um relato de experiência sobre o projeto de extensão de detecção de violência infantil e promoção de saúde com pré-escolares no Centro de Atendimento Integral à Criança (CAIC) de Araçatuba/SP, desde 2012. A unidade escolar localiza-se no Bairro São José, na região periférica do município. O bairro apresenta um perfil socioeconômico singular, sendo considerada uma região com elevado número de pessoas marginalizadas, em situação de vulnerabilidade, envolvidos com trabalho de corte de cana-de-açúcar e que vivem em condições precárias de vida. Nessa localidade são observados muitos casos de violência, enfatizando a importância das atividades realizadas pelo projeto.

As atividades desenvolvidas pelo projeto apresentam como principais objetivos: capacitar os estudantes de graduação do curso de odontologia da FOA-UNESP quanto à notificação dos casos de violência, desenvolver uma relação afetiva entre os menores e o cirurgião-dentista e estimular a capacidade cognitiva e psicomotora dos pré-escolares. Os atores envolvidos englobam toda a comunidade (pais e familiares) e os professores e supervisores, com intuito de despertar uma maior atenção sobre a promoção de saúde para essas crianças, além da importância de trabalhar com a temática violência infantil.

Para cumprir esses objetivos, os estudantes realizam as visitas ao CAIC quinzenalmente e com um tempo médio de duas horas de duração. Durante este período, as crianças participam de uma primeira atividade na qual se objetiva a elucidação do assunto proposto, por meio de palestras, vídeos ou teatros, sempre visando a uma linguagem objetiva, clara e de acordo com a idade do público-alvo (Figura 1). Após a realização dessa atividade inicial, são utilizados brinquedos lúdico-pedagógicos com o intuito de fazer com que as crianças interiorizem as questões relacionadas à violência e à saúde, de uma forma divertida e dinâmica. Para finalizar a visita, todas as crianças fazem escovação supervisionada por um voluntário.

Figura 1 - Palestra sobre higienização bucal e técnica de escovação



Como este projeto de extensão envolve pesquisas com os participantes, este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual Paulista - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, de acordo com o processo FOA-0649/10.

RESULTADOS |

O projeto de extensão no CAIC iniciou-se a partir de um pedido do líder comunitário feito à base militar do bairro São José, que conhecia o Projeto de Extensão “Promoção de Saúde Bucal nas EMEBs de Araçatuba” e tinha interesse em desenvolver atividades de promoção de saúde para essa comunidade de alto risco social. Esse projeto acontece há 17 anos nas Escolas de Educação Infantil de Araçatuba e engloba cerca de 6000 crianças. Ele surge a partir de uma parceria entre a Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA/UNESP) e a Secretaria de Educação do município de Araçatuba, que conduz essa integração Ensino-Comunidade e proporciona o desenvolvimento das ações tanto de promoção de saúde quanto de notificação dos casos de violência.

Para a realização do projeto, em um primeiro momento, os estudantes de graduação da FOA-UNESP são convidados a participar do projeto como voluntários. Os interessados recebem capacitação e orientação prévia

dos pós-graduandos e docentes da instituição quanto à identificação, ao acolhimento e à notificação de casos de violência infantil. Também são discutidos os assuntos que serão abordados nas visitas, os temas das palestras, as formas de abordagem da criança e a linguagem que deve ser usada. Nesses encontros, os graduandos são estimulados a desenvolver materiais educativos que serão utilizados, bem como a criar uma visão mais holística e humana sobre a comunidade e sobre os pré-escolares com quem terão contato.

Os temas mais abordados neste processo educativo contemplam assuntos básicos como: violência infantil, tipos de agressão, perfil do agressor e da criança violentada, assim como higienização geral e bucal, doença cárie, remoção de placa bacteriana, dieta cariogênica, alimentação saudável, uso de fio dental, relação saúde bucal e sistêmica, hábitos de sucção não nutritivos, entre outros, escolhidos de acordo com as necessidades observadas durante as visitas.

Concomitante a essas atividades, como o graduando tem a oportunidade de se aproximar das crianças, sobretudo durante as atividades lúdicas e escovação supervisionada (Figura 2), os futuros profissionais observam os pré-escolares como um todo a fim de identificar possíveis casos de violência, como ferimentos que não condizem com o que as crianças relatam, processos de cicatrização em vários estágios (observados pela coloração) e em várias partes do corpo, comportamento agressivo, vestimenta inadequada para a estação do ano, negligência em relação à saúde e até mesmo mudanças de comportamento.

Figura 2 - Voluntárias do projeto realizando escovação supervisionada



Os professores e cuidadores do CAIC também recebem orientações e capacitações sobre os processos de identificação e notificação dos casos de violência e promoção de saúde, por meio de reuniões e mesas redondas para o esclarecimento de possíveis dúvidas, uma vez que muitas das crianças passam a maior parte do dia no âmbito escolar e criam vínculos muito afetivos com esses funcionários. Com os pais, também são realizadas capacitações quanto à questão da violência e da promoção de saúde bucal e geral, por meio de palestras que são feitas pelos estudantes da FOA-UNESP durante as reuniões bimestrais de pais ou responsáveis promovidas pela escola (Figura 3).

Figura 3 - Reunião de capacitação com os pais



Para avaliar o impacto e os resultados do projeto de extensão na comunidade envolvida, algumas entrevistas são realizadas com os pais, professores e com os próprios estudantes participantes. Os pais foram questionados se “houve alguma mudança influenciada pelos menores nos hábitos de saúde bucal da família”. Foram dadas as seguintes respostas:

Sim, houve mudanças, principalmente na escovação noturna (B.P., 22, mãe de uma estudante do CAIC).

Sim, minha filha parou de chupar chupeta, ela fala, explica, faz os gestos da técnica que vocês ensinaram (M.C.M.S., 35, mãe de uma estudante do CAIC).

Ele não gostava de escovar e hoje escova e ensina os familiares” (A.O.S., 35, mãe de um estudante do CAIC).

A importância da realização das ações desenvolvidas no projeto de extensão foi perguntada aos estudantes. As seguintes respostas foram observadas:

Auxiliar essas crianças também ajuda os voluntários. Não há nada que pague a satisfação delas (B.A.M.B., voluntária do projeto no CAIC).

[...] Somos recebidos com muita alegria. Isso mostra que, além de estar contribuindo para a saúde bucal das crianças, o projeto proporciona carinho e felicidade (H.A.C., voluntário do projeto no CAIC).

O projeto, além de promover a saúde bucal e detecção de violência doméstica, também permite que nós, estudantes do primeiro ano, já tenhamos esse contato com as crianças e que, desde o começo, possamos dar atenção à parte social do curso de odontologia. É possível perceber o quanto nosso trabalho é importante [...] Fico muito feliz em poder participar de um projeto tão especial como este (J.B.L., voluntária do projeto no CAIC).

DISCUSSÃO |

A realização de projetos extensionistas que realizam suas atividades com foco na atenção primária, voltados para prevenção e redução das necessidades de uma futura atenção especializada, é fundamental para população de bairros periféricos como o São José, que apresenta uma condição socioeconômica baixa e uma população com pouco conhecimento. Para Moura *et al.*²⁰, a extensão universitária tem o poder de modificar realidades e melhorar a qualidade de vida dos beneficiados. Por meio do desenvolvimento dessas ações, observa-se a legitimação do poder aos atores envolvidos, permitindo que a comunidade adquira maior conhecimento e controle as decisões e as ações que afetam a sua saúde²¹.

Outra característica marcante dessa localidade são os altos índices de violência, uma vez em que esse problema social está relacionado com falta de perspectiva da população, desemprego, pobreza, baixa escolaridade e alcoolismo, que são características comuns entre os agressores²². Esses problemas foram compreendidos pelos estudantes da graduação que participavam do projeto, os quais passaram, a partir desse entendimento, a ter um novo olhar sobre os determinantes sociais de saúde, que muitas vezes não

compreendiam por vivenciarem uma realidade social distinta, alheia às questões que envolvem o cuidado das populações marginalizadas.

As crianças e os adolescentes são as principais vítimas de todos os tipos de violência intrafamiliar²³. Diante disso, a capacitação dos professores do CAIC, bem como da equipe pedagógica para a detecção de casos de violência, é de extrema importância, uma vez que esses líderes auxiliam na prevenção do problema por terem um contato direto e diário com as crianças⁸, sendo, muitas vezes, os professores, a principal ou única referência profissional e afetiva dos menores.

Entre os tipos de violência definidos pela OMS, a mais frequentemente detectada no CAIC foi a negligência, caracterizada pela ausência de cuidados básicos de saúde. Esses achados estão de acordo com o estudo feito por Rates *et al.*¹, que avaliou os registros de notificação compulsória de violência feita pelos serviços de saúde no Brasil, no ano de 2011, e detectou um predomínio de casos de negligência, seguidos de violência física. Esse estudo também mostrou que o segmento corporal mais atingido pela violência física é a região de cabeça e pescoço, área de atuação do cirurgião-dentista, o que reforça a importância desse profissional no diagnóstico e notificação dos casos dos quais tiver conhecimento.

Analisando a dentição das crianças, era possível observar a negligência que elas sofriam por meio do grande número de coroas destruídas por lesões cáries. Sendo assim, era importante o acompanhamento da saúde bucal desses pré-escolares, que muitas vezes eram encaminhados para realização do tratamento curativo na FOA-UNESP ou na Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima. A escola, além do seu papel pedagógico específico, também tem o dever de capacitar os estudantes e de transformar a sociedade. Sendo assim, o setor educacional se torna um aliado para o desenvolvimento de programas e ações educativo-preventivas²⁴.

Segundo Santos *et al.*¹³, a educação em saúde bucal para pré-escolares estimula o desenvolvimento das crianças e permite que recebam incentivos para melhorar suas habilidades, entre elas as psicomotoras. Por meio do controle da placa bacteriana pela escovação supervisionada, os voluntários educavam e treinavam as crianças para a realização autônoma da atividade. Sabe-se também que nessa fase da vida há uma maior capacidade de interiorizar

o aprendizado, aplicar o que foi ensinado em sua vida prática e, conseqüentemente, gerar mudanças de hábitos. Além disso, as crianças são como agentes multiplicadores de informação dentro de seus lares¹⁴. Esse último aspecto tornou-se patente nos resultados deste projeto durante as reuniões de pais que, quando foram questionados sobre mudanças de hábitos, relataram melhora não só dos seus filhos, mas também de todos os integrantes da família.

Muitas das crianças que estudam no CAIC nunca tiveram acesso a informações sobre saúde bucal antes das visitas feitas pelos voluntários do projeto de extensão. Por isso, foi necessário elaborar estratégias para que as crianças captassem as informações propostas de forma integral. Uma estratégia utilizada foi a realização de atividades com materiais lúdico-pedagógicos, pois os jogos têm papel importante no processo de aprendizagem, estimulam a compreensão de assuntos de forma prazerosa e permitem reflexão sobre o conhecimento adquirido e formação de uma relação entre a atividade lúdica e a realidade vivenciada²⁵. Com essas ações, os graduandos se aproximaram ainda mais das crianças, criando uma relação de carinho e estimulando a capacidade afetiva dos menores em relação à figura do cirurgião-dentista (Figura 4).

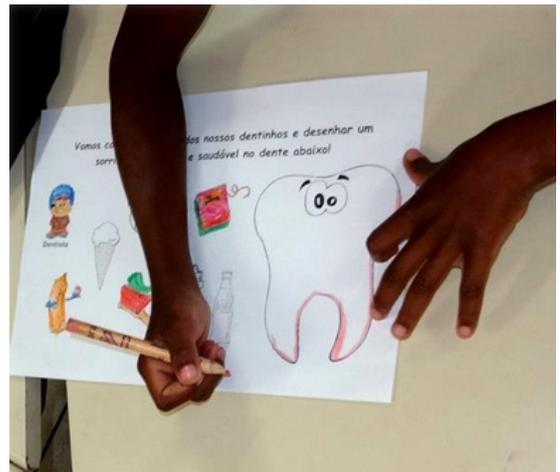
Com o desenvolvimento das atividades, os acadêmicos se tornaram mais sensíveis em relação aos problemas e às dificuldades encontrados na escola. Um resultado dessa sensibilização foi a arrecadação de escovas de dente e dentifrícios que, com o empenho dos voluntários, tornaram-

se material de doação para todos os estudantes matriculados no CAIC, efetivando ainda mais o desenvolvimento das ações propostas (Figura 5).

Figura 5 - Arrecadação feita pelos voluntários de escovas de dente, fio-dental e dentifrícios



Figura 4 - Brincadeiras lúdico pedagógicas desenvolvidas durante as visitas



Os pais também participaram do projeto por meio de capacitações realizadas durante as reuniões bimestrais do CAIC. Segundo Santos *et al.*¹³, é essencial a participação dos responsáveis para que o projeto atinja seus objetivos e obtenha êxito. Guimarães *et al.*¹⁸ ressaltam que os pais têm uma grande influência na saúde bucal de seus filhos. Com isso, sempre que era possível, as atividades eram realizadas com os pais e familiares.

CONCLUSÃO |

Analisando o período em que ocorreram as ações (agosto de 2012 a junho de 2015), o projeto se mostrou muito efetivo, tanto para as crianças, que apresentaram mudança de hábitos, maior interesse em relação a sua saúde bucal e uma relação afetiva com os graduandos, quanto para os professores e cuidadores, que receberam capacitações e passaram a se manter alertas sobre a violência infantil e sua notificação, além de reconhecer a importância da manutenção da saúde bucal dos seus estudantes. A vivência dos acadêmicos da FOA-UNESP no cotidiano da prática com as crianças, professores, supervisores, pais e familiares trouxe contribuições imensuráveis para o desenvolvimento acadêmico-profissional, por meio da oportunidade de realizar atividades na comunidade, aproximando-se do seu contexto sociocultural, da interação com a comunidade, do desenvolvimento de habilidades interpessoais e intergrupais, da aplicação prática dos conhecimentos teóricos e do reconhecimento da riqueza desse projeto de extensão para a troca de informações e desenvolvimento de atividades de educação/promoção de saúde e notificação de casos de violência. O projeto ainda conseguiu estreitar a relação entre a Universidade e a comunidade, levando maior conhecimento à população que reside no bairro São José.

REFERÊNCIAS |

1. Rates SMM, Melo EM, Mascarenhas MDM, Malta DC. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. *Ciênc Saúde Colet.* 2015; 20(3):655-65.
2. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(3):472-7.
3. Valente LA, Dalledone M, Pizzatto E, Zaiter W, Souza JFD, Losso EM. Domestic violence against children and adolescents: Prevalence of physical injuries in a southern Brazilian metropolis. *Braz Dent J.* 2015; 26(1):55-60.
4. Abranches CD, Assis SG. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(5):843-54.
5. Brasil. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Violência doméstica, sexual e/ou outras violências – SINAN; 2015.
6. Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: Análise de um serviço. *Cad Saúde Pública.* 1994; 10(supl 1):177-87.
7. Ramos JCD, Araújo PC, Garbin AJI, Roviada TAS, Arcieri RM, Garbin CAS. Violência intrafamiliar contra crianças: 6 anos de experiência da FOA / UNESP na abordagem e identificação em escolas de ensino infantil. *Rev Odontol UNESP.* 2014; 43(esp):201.
8. Garbin CAS, Guimarães APD, Costa QAA, Garbin AJI. Formação e atitude dos professores de educação infantil sobre violência familiar contra criança. *Educ Rev.* 2010; (2):207-16.
9. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2002; 18(1):315-9.
10. Oliveira TB, Pinto MS, Maacedo RF, Oliveira TS, Cavalcanti AL. Characterization of morbidity from interpersonal violence in brazilian children and adolescents. *Iranian J Publ Health.* 2014; 43(9):1184-91
11. Cavalcanti ALF. Prevalência, características e manifestações bucais de maus-tratos físicos em crianças e adolescentes na região metropolitana de João Pessoa - PB. Tese [Doutorado em Estomatologia]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2002.
12. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Domestic violence: an analysis of injuries in female victims. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(12):2567-73.

13. Santos KT, Garbin AJI, Garbin CAS. Saúde bucal nas escolas: relato de experiência. *Rev Ciênc Ext.* 2012; 8(1):161-9.
14. Costa ICC, Fuscilla MAP. Educação e saúde: importância da integração dessas práticas na simplificação do saber. *Rev Ação Coletiva.* 1999; 2(3):45-7.
15. Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MPF. Educative practices and attitudes within the pre-school environment: evaluating the education professional. *Braz Oral Res.* 2008; 22(4):340-5.
16. Rocha RS, Soares GB, Garbin AJI, Arcieri RM, Garbin CAS. Promoção de saúde bucal: relato de experiência no Centro de Atendimento Integral à Criança. *Arch Health Invest.* 2013; 2(esp):234.
17. Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MPF. Percepção de pré-escolares sobre saúde bucal. *Rev Odontol Univ São Paulo.* 2008; 20(1):52-9.
18. Guimarães AO, Costa ICC, Oliveira ALS. As origens, objetivos e razões de ser da Odontologia para bebês. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê.* 2003; 6(29):83-6.
19. Plano nacional de extensão universitária. Coleção extensão universitária. 2015 [acesso em 13 ago 2015]. Disponível em: URL: < https://www.unifal-mg.edu.br/extensao/files/file/colecao_extensao_univeristaria/colecao_extensao_universitaria_1_planonacional.pdf>.
20. Moura LFAD, Piauilino RJB, Araújo IF, Moura MS, Lima CCB, Evangelista LM, et al. Impacto de um projeto de extensão universitária na formação profissional de egressos de uma universidade pública. *Rev Odontol UNESP.* 2012; 41(6):348-52
21. Grupo de trabajo de municipios y comunidades saludables. La evaluación participativa de los municipios y comunidades saludables: Recursos prácticos para la acción. México; 2005 [acesso em 10 ago 2015]. Disponível em: URL: <<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/saludAmbiental/RM/cdsMCS/05/Evaluaci%F3n/Guia%20de%20evaluacion%20participativa%201.pdf>>.
22. Cant AK, Pheiffer SE. Intimate partner violence and alcohol abuse in the indigenous populations of Panamá. Monografia [Graduação em Psicologia] Florida: University of South Florida; 2011.
23. Cavalcanti MLT. A abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família: dificuldades e potencialidades. Tese [Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
24. Brasil. Ministério da Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(2):533-5.
25. Coscrato G, Pina JC, Mello DF. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(2):257-63.

Correspondência para/Reprint request to:

Gabriella Barreto Soares

Rua Gonçalves Dias, 165,

Laranjeiras, Serra/ES, Brasil

CEP: 29165-100

Tel.: (27) 98100-0511

E-mail: gabriella.barreto@yahoo.com.br

Submetido em: 11/12/2015

Aceito em: 06/06/2016

Thaissa Costa Cardoso¹
Tatyana Xavier Almeida Matteucci Ferreira¹
Luciana Resende Prudente¹
Flávio Marques Lopes¹
Nathalie de Loudes Souza Dewulf[†]

The dispensing of medicines as an opportunity to identify and prevent drug- related problems

ABSTRACT | Introduction: *Misuse and overuse of medicines use may seriously impact the patient's health. Drug dispensing in Community Pharmacies is part of Pharmaceutical Assistance Program and aims at reducing morbidity and mortality associated with the inappropriate use of medicines. Objective:* *The aim of this paper was to demonstrate, through three cases studies, that a dispensing service with a well-defined method involving the pharmacist assessment may be able to identify and prevent drug-related problems. Methods:* *This is a case study involving three patients who used the drug dispensation service at a university pharmacy in the state of Goiás, Brazil. Pharmaceutical interviews were conducted with these users in 2013. The study was approved by the Research Ethics Committee of Universidade Federal de Goiás: 222/12.*

Results: *Three drug interactions, which could potentially reduce the success of drug treatment, were found in the dispensing service. Three pharmaceutical interventions were carried out involving both the patient and the prescriber, in order to prevent potential negative outcomes associated with the medicines. Conclusion:* *The effective intervention of a pharmacist in the drug dispensing context provides an opportunity to solve the increasing complexities regarding the use of medicines, and such, it may enhance quality of life and the probability of success of treatment through the Rational Use of Medicines.*

Keywords | *Drug Dispensing; Community pharmacy; Drug-related problems; Case study; Pharmacist Assistance.*

| A dispensação como oportunidade para a identificação e prevenção de problemas relacionados a medicamentos

RESUMO | Introdução: O uso inadequado de medicamentos traz consequências negativas importantes para a saúde dos indivíduos, que podem ser evitadas. A dispensação de medicamentos em farmácias comunitárias é parte integrante da Assistência Farmacêutica e uma ferramenta para a redução da morbidade e da mortalidade associada ao uso de medicamentos e também dos custos envolvidos. **Objetivo:** Demonstrar por meio do relato de três casos que um serviço de dispensação com um método definido para avaliação da farmacoterapia é capaz de identificar e prevenir problemas relacionados a medicamentos por meio de intervenções farmacêuticas. **Métodos:** Trata-se do relato de três casos, obtidos por meio da entrevista farmacêutica realizada na dispensação em uma farmácia universitária no Estado de Goiás, Brasil, com usuários deste serviço, no ano de 2013. Obteve-se aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás: 222/12. **Resultados:** Foram identificadas três interações medicamentosas que poderiam diminuir o êxito do tratamento medicamentoso durante o serviço de dispensação. Foram realizadas três intervenções farmacêuticas no paciente e no prescritor para prevenir resultados negativos associados ao medicamento. **Conclusão:** A atuação do profissional farmacêutico no paciente é uma oportunidade para auxiliar a resolver as complexidades cada vez maiores em relação ao uso dos medicamentos, aumentar a qualidade de vida e a probabilidade de êxito do tratamento medicamentoso por meio do Uso Racional de Medicamentos.

Palavras-chave | Dispensação; Farmácia comunitária; Problemas relacionados ao medicamento; Relato de caso; Assistência Farmacêutica.

[†]Universidade Federal de Goiás, Goiânia/GO, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou utilizados inadequadamente, e os hospitais gastam de 15% a 20% de seus orçamentos para lidar com as complicações causadas pelo mau uso de medicamentos. Estima-se ainda que de todos os pacientes que dão entrada em prontos-socorros por intoxicação, 40% são vítimas dos medicamentos¹.

Além da morbidade e da mortalidade decorrentes do uso inadequado de medicamentos, estima-se que os custos totais adicionais em razão destes, com procedimentos ambulatoriais, hospitalizações, consultas médicas, prescrições adicionais, consultas de emergência e cuidados de longa duração cheguem a 177,4 bilhões de dólares por ano, somente nos Estados Unidos².

Nesse contexto, a Assistência Farmacêutica (AF), como parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolve um “conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional”, no intuito de reduzir a morbidade e a mortalidade associadas ao uso de medicamentos e os custos envolvidos³. A AF é composta por um ciclo de atividades que se iniciam na pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como na sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, até o acompanhamento e avaliação de sua utilização³. Dessa forma, a AF está orientada ao cuidado do paciente e à obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população⁴.

Dentro da AF, a dispensação de medicamentos é o “ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Nesse ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos”⁵. Assim, a dispensação de medicamentos deve ser compreendida como um serviço e uma tecnologia leve em saúde⁶ que pode ser utilizada para a promoção

do uso racional de medicamentos por envolver aspectos cognitivos de interpretação de informações referentes ao receituário, ao medicamento e ao paciente, convertendo-as em informações personalizadas a este último, de modo a promover o uso adequado do medicamento e aumentar as chances de êxito terapêutico⁷.

Como um dos últimos momentos antes de o paciente iniciar a sua farmacoterapia, ela é também uma das últimas oportunidades, ainda dentro do sistema de saúde, de prevenir, identificar e resolver Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM), que têm grande representatividade na morbidade e mortalidade associada aos medicamentos⁸⁻¹¹.

O terceiro consenso de Granada define PRM como “problemas de saúde, derivados farmacoterapia e seu processo de uso e que interferem ou podem interferir nos objetivos terapêuticos esperados para o paciente”, entendendo-se como problema de saúde qualquer condição que possa requerer uma ação por um profissional de saúde. Os PRM causam ou podem causar Resultados Negativos associados ao Medicamento (RNM), que são os “resultados em saúde não adequados ao objetivo da farmacoterapia e associados ao uso ou falha no uso dos medicamentos”¹¹.

Estudos vêm demonstrando a capacidade e efetividade em identificar PRM em farmácias comunitárias por meio do serviço de dispensação de medicamentos, incluindo a identificação de interações medicamento-medicamento graves, e os impactos econômicos decorrentes da atuação do farmacêutico nesse processo¹²⁻¹⁴.

Assim, o objetivo deste estudo foi demonstrar, por meio de relatos de casos, que o serviço de dispensação de medicamentos de uma farmácia universitária e comunitária de uma instituição pública federal de ensino superior constitui-se uma oportunidade para prevenir, identificar e resolver PRM, contribuindo para a redução da morbidade e da mortalidade associada aos medicamentos e dos custos envolvidos, bem como na racionalização do uso dos medicamentos, como proposto pela Organização Mundial da Saúde a partir do século XXI¹⁵.

RELATOS DE CASOS |

A Farmácia Universitária (FU) deste estudo integra ações de ensino, pesquisa e extensão em ciências farmacêuticas.

Oferece atendimento à comunidade em geral com dispensação de especialidades farmacêuticas e medicamentos manipulados. Para tanto, conta com equipe de farmacêuticos especialistas e com o apoio de docentes da Faculdade de Farmácia em diversas áreas, como atenção farmacêutica, farmacotécnica, fitoterapia, homeopatia e farmacologia. Está localizada em Goiânia, Goiás, Brasil, próxima a um Hospital Terciário de uma Universidade Pública Federal e a um Hospital Terciário especializado no atendimento a pacientes oncológicos e outros serviços de saúde.

Em consonância com as propostas da Política Nacional de Assistência Farmacêutica³, em janeiro de 2012, a FU iniciou um serviço de dispensação baseado em modelos propostos por autores brasileiros e portugueses e de acordo com a legislação vigente^{5,16-22}. A dispensação na FU é estruturada em um contínuo de etapas que permitem a obtenção de informações sobre o paciente e sua farmacoterapia pela entrevista farmacêutica, interpretação do receituário, realização de intervenções e fornecimento do medicamento. O serviço de dispensação é oferecido aos pacientes e/ou aos respectivos cuidadores. Ao solicitar o medicamento, mediante apresentação da receita médica ou solicitação de medicamento isento de prescrição, o paciente é entrevistado por um farmacêutico. Nesse momento, são solicitadas informações sobre o paciente e sua farmacoterapia, que incluem dados como idade, sexo, altura, peso, profissão, estado civil, alergias conhecidas, patologias apresentadas, medicamentos em uso, hábitos de tabagismo e alcoolismo, além de situações especiais, como gravidez e lactação. Essas informações são necessárias para a avaliação do medicamento a ser dispensado²³.

Além dessas informações, o farmacêutico procura verificar se o paciente conhece a finalidade do tratamento e o modo de uso dos medicamentos. Para aqueles pacientes que já estavam usando o medicamento a ser adquirido, o farmacêutico procura verificar se os objetivos terapêuticos estão sendo alcançados e se há manifestação de alguma reação adversa. Os dados obtidos são armazenados na ficha de cadastro do paciente no *software* de gerenciamento da FU, o *Pharmacie (Pharmasoftware®)*²³.

Em seguida, e de posse dos dados da entrevista, o farmacêutico realiza a interpretação do receituário. Para tanto, é utilizada uma adaptação do método de avaliação da farmacoterapia na dispensação, proposto pelo Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona, de Portugal¹⁹, com o auxílio da base de dados

*Micromedex®*²⁴. Após a interpretação do receituário, os PRM encontrados e as intervenções farmacêuticas realizadas são registradas em formulário próprio da FU. O medicamento é, então, disponibilizado para o paciente, com informações sobre sua utilização. As informações sobre o uso correto e seguro do medicamento são fornecidas de acordo com as necessidades individuais dos pacientes e compreendem aspectos relativos à finalidade do tratamento, ao modo de uso, armazenamento, a interações com medicamentos e alimentos e a reações adversas. As informações são fornecidas oralmente ao paciente, mas, quando o farmacêutico julgar necessário, podem ser fornecidas de forma escrita para complementar a informação verbal. A FU dispõe de materiais educativos elaborados especialmente para este fim²³. As informações escritas também podem ser fornecidas ao paciente por meio da impressão de “Declaração de Serviços Farmacêuticos” pelo Sistema de Monitoramento de Serviços Farmacêuticos²⁵.

Os dados dos relatos de caso foram obtidos no ano de 2013, conforme os princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados, acima citados, foram obtidos durante a entrevista farmacêutica e armazenados na ficha de cadastro do paciente no *software* de gerenciamento da FU e em formulário próprio para registro de PRM, também da FU. Aos pacientes foi solicitado o consentimento para utilização dos dados com finalidade didático-científica, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Obteve-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, sob o protocolo de número 222/12.

Caso 1

Paciente do sexo feminino, 53 anos. Relatou ter hipotireoidismo e apresentar uma micose nos pés. Relatou ainda não ser reconhecidamente alérgica a nenhum medicamento, alimento ou cosmético, não fazer uso de bebidas alcoólicas e tabaco. No momento da encomenda, a paciente estava em uso de levotiroxina (um comprimido em jejum) e carbonato de cálcio com vitamina D3 (uma cápsula no almoço e uma no jantar). A prescrição apresentada ao serviço de dispensação da FU continha itraconazol 100mg, uma cápsula no almoço por 30 dias. Na avaliação farmacêutica, encontrou-se um PRM de interação medicamento-medicamento entre o itraconazol e o carbonato de cálcio. Essa é uma interação farmacocinética considerada moderada, que pode resultar em exacerbação do problema de saúde do paciente e/ou requerer uma

alteração no tratamento por inibição, pelo cálcio, da absorção do itraconazol e, conseqüentemente, redução da sua eficácia^{11,24}.

Apesar da ausência de estudos controlados realizados a fim de estabelecer a existência da interação, a literatura sugere com veemência a sua existência. O mecanismo dessa interação medicamento-medicamento do tipo farmacocinética parece ser a diminuição da absorção do itraconazol devido à diminuição da acidez gástrica provocada pelo carbonato de cálcio²⁴. Logo, absorção do itraconazol é, então, melhorada com a ingestão de alimentos e na presença de acidez gástrica normal. Para minimizar o risco dessa interação, produtos contendo cálcio, alumínio ou magnésio devem ser administrados no mínimo uma hora antes, ou duas horas, após a administração do itraconazol²⁴.

Portanto, a intervenção farmacêutica realizada consistiu na alteração no horário de administração do itraconazol, conforme manejo clínico sugerido pela literatura²⁴. Uma vez que o Itraconazol deve ser administrado com alimentos, a paciente foi orientada a tomar o medicamento no café da manhã, 30 minutos após a administração da levotiroxina. A orientação foi registrada no Sistema de Monitoramento de Serviços Farmacêuticos, e a Declaração de Serviços Farmacêuticos com as orientações sobre a intervenção realizada e sobre o uso correto do medicamento foi entregue à paciente. A intervenção foi aceita pela paciente que, após vinte dias, relatou à farmacêutica, mediante contato telefônico, que estava tomando o medicamento conforme o orientado e que o tratamento demonstrava eficácia.

Caso 2

Paciente do sexo masculino, 72 anos. Relatou ter hipertensão arterial e hipercolesterolemia. Relatou ainda não ser reconhecidamente alérgico a nenhum medicamento, alimento ou cosmético, não fazer uso de bebidas alcoólicas e tabaco. No momento da encomenda, fazia uso de clopidogrel, ácido salicílico tamponado, atorvastatina, ômega 3, anlodipino, tansulosina e finasterida. A prescrição apresentada ao serviço de dispensação da FU continha omeprazol 20mg, tomar 1 cápsula uma vez ao dia, uso contínuo. Na avaliação farmacêutica, encontrou-se um PRM de interação medicamento-medicamento entre o omeprazol e o clopidogrel^{11,24}.

Essa é uma interação medicamento-medicamento do tipo farmacocinética considerada importante e pode representar perigo à vida e/ou requerer intervenção médica para diminuir ou evitar efeitos adversos graves²⁴. O uso concomitante do omeprazol pode reduzir a eficácia clínica do clopidogrel, aumentando o risco de trombozes. Estudos controlados estabeleceram de modo claro a existência dessa interação^{24,26}. A administração concomitante de inibidores fortes ou moderados do CYP2C19, como o omeprazol, e o clopidogrel, resulta em redução dos níveis do metabólito ativo do clopidogrel e conseqüente redução de sua eficácia clínica. Por isso, o uso concomitante de clopidogrel e omeprazol deve ser evitado^{24,26}.

Estudos sugerem que essa interação pode não ser resultante de uma característica da classe dos inibidores da bomba de prótons^{24,27}. A adoção de um intervalo entre a administração dos medicamentos não afeta a ocorrência da interação, mas a administração de uma dose maior de clopidogrel resulta em aumento da atividade antiplaquetária^{24,27}. Um regime apropriado para o uso concomitante desses medicamentos ainda não foi estabelecido, de modo que o manejo clínico adequado é a substituição do omeprazol pelo pantoprazol ou um antihistamínico H2, como a ranitidina ou famotidina, em razão de esses terem menor efeito inibitório sobre o CYP2C19^{24,26,27}.

Uma vez que a prescrição apresentada não continha o telefone do prescritor do medicamento, impossibilitando o contato via telefone, e mediante a avaliação da situação atual do paciente, que já fazia uso do medicamento, e da verificação de que a interação entre os medicamentos não constituía uma contraindicação absoluta ao seu uso concomitante, a intervenção farmacêutica consistiu no envio de uma carta direcionada ao prescritor. Esta continha o relato da interação medicamento-medicamento encontrada e uma sugestão para a substituição do omeprazol pelo pantoprazol ou lansoprazol, conforme literatura consultada. A opção feita pela comunicação escrita ocorreu em razão da escolha do paciente como intermediário na comunicação entre farmacêutico e prescritor. Essa garante que a mensagem não será passada ao prescritor de forma incompleta ou incorreta. Após 26 dias o paciente retornou à farmácia com prescrição de pantoprazol 40 mg em substituição ao omeprazol, o que revela que a intervenção farmacêutica foi aceita pelo prescritor.

Caso 3

Paciente do sexo masculino, 66 anos. Relatou ter hipertensão arterial e artrose. Relatou ainda ser reconhecidamente alérgico a sulfas, não fazer uso de bebidas alcoólicas e tabaco. No momento da encomenda, fazia uso de enalapril. A prescrição apresentada ao serviço de dispensação da FU continha meloxicam 7,5 mg; famotidina 20mg; ciclobenzaprina 5mg e paracetamol 650mg, tomar 1 cápsula de 12/12horas. Na avaliação farmacêutica encontrou-se um PRM de interação medicamento-medicamento entre o meloxicam e o enalapril¹¹.

Essa é uma interação medicamento-medicamento do tipo farmacodinâmica moderada entre antiinflamatórios não esteroidais (AINES) e inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), que pode resultar em exacerbação do problema de saúde do paciente e/ou requerer uma alteração no tratamento²⁴. Estudos controlados estabeleceram a existência dessa interação que consiste na diminuição do efeito anti-hipertensivo e natriurético dos IECA em razão da interferência dos AINES na produção da prostaglandina, cujos efeitos vasodilatadores e natriuréticos são estimulados pelos IECA^{24,28}. A terapêutica concomitante deve ser aplicada com cautela, pois sua combinação pode produzir efeitos adversos como bradicardia e hipercalemia, sendo recomendado o monitoramento da pressão arterial e da função renal, especialmente em pacientes idosos, desidratados, ou com comprometimento da função renal²⁴.

Portanto, a intervenção farmacêutica realizada com o paciente foi a orientação sobre a necessidade de monitoramento da pressão arterial durante o tratamento com a formulação aviada na FU e caso os níveis pressóricos apresentassem valores alterados, procurar atendimento médico. O paciente foi orientado que o monitoramento da pressão arterial poderia ser realizado gratuitamente na FU, em outras farmácias e drogarias que oferecem o serviço ou nos postos de saúde. A intervenção foi registrada no Sistema de Monitoramento de Serviços Farmacêuticos, e a “Declaração de Serviços Farmacêuticos” foi entregue ao paciente.

A recomendação de monitoramento da função renal não foi fornecida para o paciente, uma vez que esse monitoramento não é passível de ser realizado pelo paciente nem durante a dispensação. O paciente não relatou, em nenhum outro momento durante a entrevista farmacêutica, algo que pudesse sugerir algum problema renal ou desidratação, que

são situações de risco para essa reação adversa resultante dessa interação medicamento-medicamento do tipo farmacodinâmica²⁴.

Nesse caso, um manejo adequado a ser realizado em farmácia comunitária seria que o paciente recebesse um serviço de acompanhamento farmacoterapêutico, a fim de que o monitoramento da função renal pudesse ser realizado pelo médico prescriptor do medicamento, em colaboração com o farmacêutico. Durante o acompanhamento farmacoterapêutico, o farmacêutico pode solicitar que o paciente apresente seus exames laboratoriais e verificar se o monitoramento da função renal está sendo realizado e, em caso contrário, contactar o prescriptor para verificar a necessidade desse monitoramento. Num serviço de dispensação, no entanto, isso não é possível. A dispensação pode ser fundamental para a identificação e encaminhamento desses pacientes que necessitam de acompanhamento farmacoterapêutico. No momento do atendimento a este paciente, a FU não ofertava o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico, e o resultado dessa intervenção é desconhecido. O paciente não realizou o monitoramento da pressão arterial na FU, mas, uma vez que este serviço é oferecido por outras farmácias da cidade e também pelos postos de saúde, o paciente pode ter realizado o monitoramento sem o conhecimento da equipe de farmacêuticos da FU.

DISCUSSÃO |

Ante os casos apresentados, pôde-se perceber que, durante a dispensação, o farmacêutico pode identificar um PRM, incluindo as interações medicamento-medicamento, ou mesmo identificar um RNM. A maioria das interações potenciais entre medicamentos não constituem contraindicações absolutas, podendo receber manejo adequado por meio de intervenções farmacêuticas, por exemplo, por intermédio do monitoramento do paciente ou da adequação dos horários de administração do medicamento. Em outras situações, quando o farmacêutico não pode agir de maneira independente, devido aos limites de sua atuação profissional, este deve solicitar a colaboração de outros profissionais, como ilustrado pelos casos apresentados²⁹.

Entretanto, para que a detecção, prevenção e solução de PRM ocorra, com posterior intervenção, caso necessária, é

preciso que as farmácias comunitárias tenham um modelo de dispensação definido e com um método adequado às suas respectivas realidades, bem como profissionais farmacêuticos capacitados em utilizá-los na dispensação. É necessário também que seja realizado o registro das intervenções farmacêuticas, que é importante, tanto para a documentação da atuação profissional quanto para a avaliação do serviço prestado e garantia da eficácia e segurança dos medicamentos³⁰. Na FU, este é realizado em formulários desenvolvidos para esta finalidade e também por meio da “Declaração de Serviços Farmacêuticos” do Sistema de Monitoramento de Serviços Farmacêuticos.

Um ponto comum em todos os casos foi o fato de que o prescritor do medicamento a ser dispensado não era o mesmo dos demais medicamentos em uso pelo paciente. O médico é o profissional que tradicionalmente se responsabiliza pela farmacoterapia de seus pacientes e, com frequência, os pacientes se consultam com vários médicos. Por isso, a atuação do profissional farmacêutico no paciente é uma oportunidade para auxiliar a resolver as complexidades cada vez maiores em relação ao uso dos medicamentos¹⁰, e os casos apresentados demonstram que um serviço de dispensação, rosto da profissão farmacêutica, pode auxiliar os pacientes no uso racional de seus medicamentos, trazendo-lhes maior probabilidade de êxito em seus tratamentos e maior qualidade de vida.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Parcerias para diminuir o mau uso de medicamentos. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(1):191-2.
2. Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. *J Am Pharm Assoc*. 2001; 41(2):192-9.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*. 20 de Maio de 2004; Seção 1: p.64.
4. Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2011; 2(3):41-9
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de medicamentos 2001. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
6. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. *Práxis em salud um desafio para lo público*. Hucitec: São Paulo; 1997. p.71-112.
7. Galato D, Alano GM, Trauthman SC, Vieira AC. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. *Rev Bras Cienc Farm*. 2008; 44(3):465-75.
8. Pereira LRL, Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Rev Bras Cienc Farm*. 2008; 44(4):601-12.
9. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *O exercício do cuidado farmacêutico*. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2006.
10. Fernández-Llimós F, Faus MJ. Importance of medicine-related problems as risk factors. *Lancet*. 2003; 362(9391):1239.
11. Comité de Consenso, GIAF-UGR, GIFAF-USE, GIF-UGR. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm*. 2007; 48(1):5-17.
12. Buurma H, Smet PAGM De, Hoff OP, Egberts ACG. Nature, frequency and determinants of prescription modifications in Dutch community pharmacies. *Br J Clin Pharmacol*. 2001; 52(1):85-91.
13. Chatsisvili A, Sapounidis I, Pavlidou G, Zoumpouridou E, Karakousis VA, Spanakis M, et al. Potential drug-drug interactions in prescriptions dispensed in community pharmacies in Greece *Pharm World Sci*. 2010; 32(2):187-93.
14. Westerlund T, Marklund B. Assessment of the clinical and economic outcomes of pharmacy interventions in drug-related problems. *J Clin Pharm Ther*. 2009; 34(3):319-327.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Medicamentos: uso racional de los medicamentos [Internet]. Nota descriptiva nº 338. maio de 2010.

16. Angonesi D, Rennó MUP. Dispensação Farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. *Cienc Saúde Colet.* 2011; 16(9):3883–91.
17. Angonesi D. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. *Cienc Saúde Colet.* 2008; 13(sup):629–40.
18. Dader MJF, Muñoz PA, Martínez-Martínez F. Atenção Farmacêutica: conceitos, processos e casos práticos. São Paulo: RCN Editora; 2008.
19. Iglésias-Ferreira P, Santos HJ. Manual de dispensação farmacêutica. 1. ed. Lisboa: Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona; 2009.
20. Foro de Atención Farmacéutica. Dispensación. *Farmacéuticos.* 2007; 321:47–50.
21. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Brasília; 18 de agosto de 2009.
22. Brasil. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 357 de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. Brasília: Diário Oficial da União; 27 de abril de 2001.
23. Cardoso TC, Sousa JTM, Ferreira TXAM, Moraes CAE, Prudente LR, Lopes FM, et al. Serviço de dispensação: apresentação de um modelo estruturado em uma Farmácia Universitária. *Elect J Pharm.* 2015; 12(4):73-86.
24. Truven Health Analytics. Micromedex® Healthcare Series [Internet database]. Colorado: 2013.
25. Conselho Federal de Farmácia. Farmácia Comunitária: SMSF (Sistema de Monitoramento de Serviços Farmacêuticos): manual VI. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2010.
26. Yun KH, Rhee SJ, Park HY, Yoo NJ, Kim NH, Seok K, et al. Effects of omeprazole on the antiplatelet activity of clopidogrel. *Int Heart J.* 2010; 51(1):13-6.
27. Kenngott S, Olze R, Kollmer M, Bottheim H, Laner A, Holinski-Feder E, et al. Clopidogrel and proton pump inhibitor (PPI) interaction: separate intake and a non-omeprazole PPI the solution? *Eur J Med Res.* 2010; 15(5): 220-24.
28. Morgan T, Anderson A, Bertram D. Effect of indomethacin on blood pressure in elderly people with essential hypertension well controlled on amlodipine or enalapril. *Am J Hypertens.* 2000; 13(11):1161-7.
29. Indermitte J, Beutler M, Bruppacher R, Meier CR, Hersberger KE. Management of drug-interaction alerts in community pharmacies. *J Clin Pharm Ther.* 2007; 32(2):133-42.
30. Rodríguez MJ, Pérez-Accino C, Allúe V, Domingo T, Fernández-Montes T, Gamarra C, et al. Registro de las intervenciones del farmacéutico em la dispensación activa: resultados. *Seguim Farmacoter.* 2004; 2(1):29-31.

Correspondência para/ Reprint request to:

Nathalie de Loudes Souza Dewulf

Rua 240, esquina com 5^a Avenida, s/n,
Setor Leste Universitário Goiânia/GO, Brasil.

CEP: 74605-170

Tel.: (62) 3209-6450

E-mail: nlsdewulf@gmail.com

Submetido em: 15/06/2015

Aceito em: 12/04/2016

**Oral manifestations
of sickle cell anemia in
heterozygous twins**

**| Manifestações bucais da anemia
de células falciformes em gêmeos
heterozigóticos**

ABSTRACT | Introduction: *Sickle cell anemia (SCA) is a chronic, genetic-hereditary disease caused by a mutation in the hemoglobin molecule, which results in a red blood cell that under certain conditions has its shape changed to the “sickle” form. The patients present acute crisis periods that occur by obstruction of small blood vessels, hindering local circulation, and thus leading to hypoxia, necrosis, and severe pain, as well as changes in the oral cavity. Objective:* To report a clinical case of heterozygous twins, with one being a carrier of sickle cell anemia (SCA) and the other a carrier of sickle cell anemia trait (SCAT). **Methods:** Two male heterozygous twin children aged 8 years, from Minas Gerais, sought dental care in the Basic Health Unit of Mangunhos, municipality of Serra - Espírito Santo (ES). On the anamnesis, her father reported that one child has SCA and the other has SCAT. After the Informed Consent Form was signed by the parent, clinical examinations were carried out and complementary tests were requested. **Results:** The SCA twin, T.M.S., weighed 20 kg and was 116 cm tall, whereas the SCAT twin, D.M.S., weighed 26.5 kg and was 126 cm tall. The clinical and radiographic features of the two children showed that the SCAT child was asymptomatic and did not present any oral manifestation of the disease. However, the child who had SCA presented delayed bone/teeth growth and development, decreased cancellous bone pattern and a slightly pale oral mucosa. **Conclusion:** The individuals with sickle cell anemia should be approached individually, and the systemic conditions should be evaluated and monitored by a multidisciplinary team. The high prevalence of oral diseases and the risk of complications demonstrate the need for the participation of the pediatric dentist in this team, engaged in promoting oral health and thus contributing to a better quality of life of children who have the disease.

Keywords | Anemia; Sickle Cell; Hemoglobinopathies; Oral Manifestations; Pediatric Dentistry; Oral Health.

RESUMO | Introdução: A anemia de células falciformes (ACF) é uma doença crônica, genético-hereditária, causada por uma mutação na molécula da hemoglobina, que resulta em uma hemácia que, em determinadas condições, tem seu formato alterado para a forma de “foice”. Os indivíduos portadores apresentam períodos de crises agudas que ocorrem por obstrução de pequenos vasos sanguíneos, o que impede a circulação local, levando à hipóxia, à necrose e à dor severa, além de alterações na cavidade bucal. **Objetivo:** Relatar o caso clínico de gêmeos heterozigóticos, sendo um portador de anemia de células falciformes (ACF) e o outro portador de traço de anemia de células falciformes (TACF). **Métodos:** Duas crianças de cor parda, sexo masculino, gêmeos heterozigóticos com oito anos de idade, procedentes de Minas Gerais procuraram a Unidade Básica de Saúde de Mangunhos, localizado no município de Serra/ES, para atendimento odontológico. Na anamnese foi relatado pelo pai, que uma criança era portadora de ACF e a outra de TACF. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo responsável, foram realizados os exames clínicos e solicitados os exames complementares. **Resultados:** O primeiro gêmeo, T.M.S., portador de ACF, apresentou 20 kg, 116 cm de altura, e o segundo gêmeo, D.M.S., portador de TACF, 26,5 kg, com 126 cm de altura. As características clínicas e radiográficas apresentadas pelas duas crianças deste relato mostraram que a criança portadora de TACF é assintomática e não apresenta manifestação bucal da doença. Porém, a outra, com ACF, apresentou atraso no crescimento e desenvolvimento dos ossos e dentes, padrão do trabeculado ósseo reduzido e a mucosa bucal ligeiramente pálida. **Conclusão:** Os indivíduos com anemia de células falciformes devem ser abordados individualmente, e as condições sistêmicas devem ser avaliadas e acompanhadas por uma equipe multiprofissional. A alta prevalência das doenças bucais e o risco de complicações evidenciam a necessidade da participação do odontopediatra nesta equipe, promovendo a saúde bucal e contribuindo, dessa forma, para uma melhor qualidade de vida das crianças que apresentam a doença.

Palavras-chave | Anemia falciforme; Hemoglobinopatias; Manifestações Bucais; Odontopediatria. Saúde bucal.

¹Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo/SP, Brasil.

²Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil

INTRODUÇÃO |

A anemia de células falciformes (ACF) é uma doença genético-hereditária causada por uma mutação na molécula da hemoglobina (Hb). A valina, aminoácido localizado na sexta posição da cadeia beta no cromossomo 11, é substituída pela glutamina, modificando a estabilidade e a característica físico-química da molécula de Hb, resultando em uma hemácia (Hm) que, em determinadas condições, tem seu formato alterado para a forma de foice¹. O afoçamento das células leva a dificuldades circulatórias e aglomeração em pequenos vasos, induzindo à obstrução vascular e a infartos dolorosos. Além disso, essas hemácias modificadas apresentam menor capacidade de transporte de oxigênio para os tecidos, o que as torna mais susceptíveis à infecção e dificulta o processo de cicatrização. As hemácias falciformes possuem uma vida útil diminuída de 120 para 20 dias².

A falcização das hemácias é dependente da polimerização da Hb anormal desoxigenada. Entre os agentes desencadeadores, destacamos a infecção, desidratação, acidose, hipotermia, estresse emocional e exercício físico intenso³.

O gene para a falsa Hb é autossômico recessivo, portanto, nos indivíduos homozigóticos (HbS/S), quase todas as Hb são do tipo S e há o desenvolvimento da ACF. Nos indivíduos heterozigóticos (HbS/A), cerca de 50% das Hb são HbS, o que define o traço de anemia de células falciformes (TACF)².

A doença prevalece em indivíduos negros e afrodescendentes. No Brasil, a anemia falciforme é de caráter endêmico, com tendência a atingir uma parcela cada vez mais significativa da população, devido ao alto grau de miscigenação⁴. O Ministério da Saúde acredita que, no Brasil, a incidência para ACF é de 1:1.000, e, para TACF, é de 1:35⁵.

O diagnóstico de ACF geralmente ocorre no 1º ou 2º ano de vida e se baseia em achados clínicos e no aspecto celular observado no esfregaço do sangue periférico⁶. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº822/01, instituiu o Programa Nacional de Triagem Neonatal para hemoglobinopatias em todo o País. Esse exame é realizado em sangue colhido do calcanhar, na primeira semana de vida da criança, e é conhecido como “teste do

pezinho”⁷. O diagnóstico precoce é um recurso essencial para reduzir a morbiletalidade, mudando a história natural da doença, que é de morte para 80% das crianças como menos de cinco anos de idade, caso não recebam o tratamento adequado⁵.

A ACF é uma doença crônica, e os principais sinais e sintomas são: anemia crônica, fortes dores de cabeça, dores no peito e nas articulações (principalmente das mãos e dos pés), alta frequência de infecções/febre e coloração ictérica das escleras⁸. O indivíduo apresenta períodos de crises agudas, conhecidas como crises vaso-oclusivas ou crises dolorosas, decorrentes da obstrução de pequenos vasos sanguíneos pelas hemácias modificadas, o que impede a circulação local, levando à hipóxia, à necrose e à dor severa. Cada surto dura de 3 a 10 dias³.

Os pacientes que apresentam tal desordem são mais susceptíveis a infecções, devido às alterações imunológicas, além de múltiplos sistemas orgânicos poderem apresentar manifestações ou complicações, até a cavidade bucal⁸. Quase todos os órgãos e tecidos do corpo são afetados tais como: sistemas nervoso, cardiopulmonar, hepatobiliar, gastrointestinal, musculoesquelético, geniturinário, endócrino e dermatológico⁹. Herdy *et al.*¹⁰ estudaram as alterações cardíacas em 17 crianças com ACF e encontraram em quatro delas sinais definitivos de miocardiopatia. Em outras quatro, encontraram alterações cardíacas importantes por meio de vários parâmetros. Observou-se comprometimento do miocárdio em crianças pequenas e pouco sintomáticas do ponto de vista hematológico, mas as alterações mais graves ocorreram em crianças com mais idade e cujas crises hemolíticas começaram desde cedo.

Em relação aos aspectos bucais, a manifestação mais comum da ACF é a palidez da mucosa e gengiva amarelada, em consequência da anemia crônica e deposição de pigmentos biliares^{8,11,12}. A língua pode se apresentar lisa, descorada e despapilada. Em crianças, pode haver atraso na erupção dentária¹³. Periodontite, hipoplasias e opacidades dentárias podem ocorrer especialmente em molares. A hipomineralização de esmalte e dentina está presente em aproximadamente 67,5% das pessoas com ACF⁵. Oredugba¹⁴ encontrou hipodontia, transposição de dentes permanentes e retenção prolongada de dentes decíduos em uma adolescente com ACF. A

hipercementose, uma alteração de desenvolvimento, também tem sido observada⁵.

Com relação à cárie dentária e à doença periodontal, alguns autores sugerem associação com a ACF^{15,16}. Porém, os fatores sociais parecem ser os principais responsáveis pela relação entre as duas condições^{4,5,17,18}.

Entre as principais complicações bucais, estão a necrose pulpar asséptica, dor orofacial, osteomielite mandibular, neuropatia do nervo alveolar inferior e do mentoniano^{5,9,19,20}. A vaso-oclusão da microcirculação da polpa dental pelas células falciformes leva à necrose pulpar em dentes hígidos. A hipóxia, ocasionada pelas crises vaso-oclusivas, tem sido associada à osteomielite dos maxilares, especialmente na mandíbula. A neuropatia do nervo alveolar inferior causa parestesia permanente ou temporária (24 meses)⁵. A neuropatia deste nervo é mais vulnerável devido ao seu trajeto, no estreito canal mandibular^{5,8,12,19,21}. A neuropatia do nervo mandibular é mais frequente em indivíduos do sexo feminino, podendo ser unilateral ou bilateral¹³.

O padrão ósseo alterado é uma das manifestações de interesse odontológico mais difundido na literatura. A medula óssea sofre hipertrofia para compensar o déficit hematopoiético. Consequentemente, há perda das finas e numerosas trabéculas ósseas e a substituição por poucas trabéculas dispostas horizontalmente, resultando na formação de amplos espaços medulares com padrão de um trabeculado ósseo grosseiro¹¹. Tanto a maxila como a mandíbula (79%-100%) apresentam diminuição da radiodensidade (osteoporose)^{2,5,12,21}. Na maxila, por se tratar de um osso predominantemente medular, as alterações são mais visíveis. Os pacientes apresentam prognatismo maxilar e overjet acentuado²²⁻²⁴.

O objetivo do presente trabalho é relatar o caso clínico de crianças gêmeas heterozigóticas, ambas do sexo masculino, sendo um portador de ACF e o outro de TACF.

RELATO DE CASO |

Duas crianças gêmeas heterozigóticas com oito anos de idade, procedentes de Minas Gerais, de cor parda

e sexo masculino, procuraram a Unidade Básica de Saúde de Manguinhos, em Serra (ES), para atendimento odontológico. O primeiro, T.M.S., é portador de ACF, e o segundo, D.M.S., é portador de TACF. O diagnóstico foi feito aos cinco meses de idade e, desde então, recebem cuidados médicos de 3 em 3 meses. Nesse período, a criança com ACF recebeu transfusão de sangue em duas ocasiões e, por várias vezes, foi hospitalizada. Fez uso de antibiótico até os cinco anos de idade e, atualmente, utiliza ácido fólico em dias alternados.

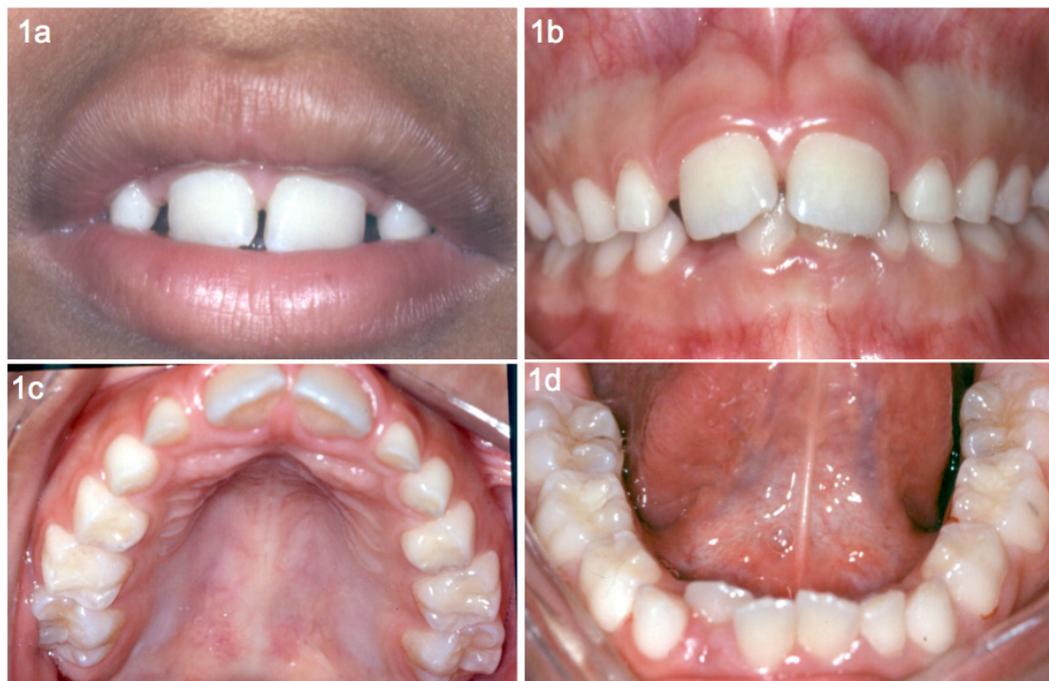
Após aprovação no CEP-ABO-ES (CAAE nº. 0023.0.188.000-05) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo responsável, foram realizados os exames clínicos e solicitados os exames complementares (radiografia panorâmica, lateral da face, de mão e punho) para avaliação do desenvolvimento dos dentes permanentes, qualidade óssea e crescimento das crianças.

O primeiro gêmeo, T.M.S., portador de ACF, apresentou-se com 20 kg e 116 cm de altura. No exame clínico, foram identificados lábios hipotônicos (Figura 1.a), mucosa ligeiramente pálida, dentição hígida, boa higiene bucal, palato ogival, respiração bucal (Figura 1.b, 1.c, 1.d) e maloclusão classe I de Angle com projeção dos incisivos centrais superiores e apinhamento dos incisivos inferiores (Figura 1.e, 1.f). Não foi observada alteração no dorso da língua.

O segundo gêmeo, D.M.S., portador de TACF, apresentou-se com 26,5 kg e 126 cm de altura. No exame clínico, foram identificados lábios hipotônicos (Figura 2.a), mucosa com coloração normal, dentição hígida (Figura 2.b, 2.c, 2.d), boa higiene bucal e maloclusão classe I de Angle, com ligeiro apinhamento de incisivos, e oclusão em topo na área de canino e primeiro molar decíduo esquerdo (Figura 2.e, 2.f). Neste também não foi observada alteração no dorso da língua.

Após análise das radiografias panorâmicas e laterais da face (Figura 3, 4, 5), observou-se um atraso no desenvolvimento dos dentes permanentes e padrão de trabeculado ósseo reduzido para a criança com ACF. Nas radiografias de mão e punho, identificou-se uma idade óssea de sete anos e dois meses para a criança com ACF, e de oito anos e dez meses para a criança com TACF.

Figura 1 - Criança portadora de ACF



1.a - Lábios hipotônicos. 1.b - Maloclusão Classe I de Angle com projeção dos incisivos centrais superiores e apinhamento dos incisivos inferiores. 1.c, 1.d - Tecidos moles com coloração ligeiramente pálida, os dentes hígidos, palato ogival.

Figura 2 - Irmão gêmeo, portador de traço de ACF



2.a - Lábios hipotônicos. 2.b - Maloclusão classe I de Angle com ligeiro apinhamento de incisivos e oclusão em topo na área de canino e primeiro molar decíduo esquerdo. 2.c, 2.d - Tecidos moles com coloração normal, dentes hígidos.

Figura 3 - Fotografias das radiografias panorâmicas

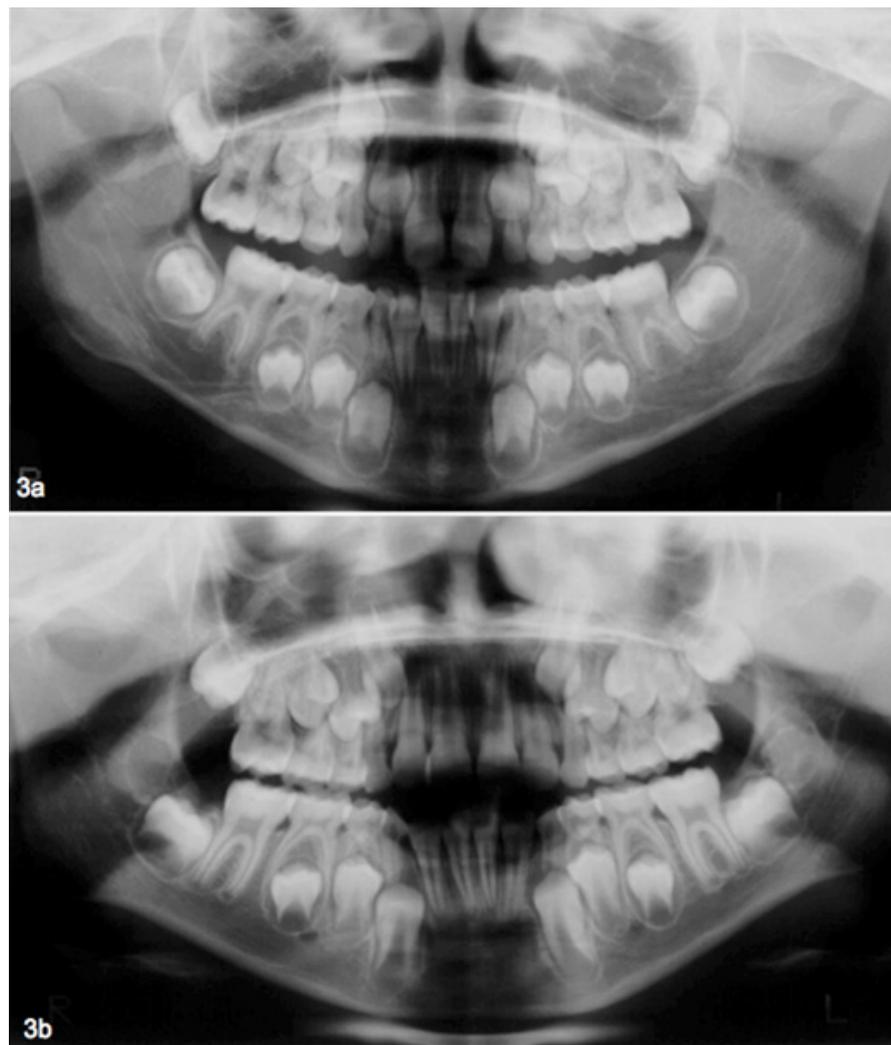


Figura 4 - Fotografias das radiografias lateral da face



4.a – Criança portadora de ACF. 4.b – Criança portadora de TACF. Pode-se observar um padrão do trabeculado ósseo reduzido para a criança com ACF em relação ao irmão portador de traços de ACF.

Figura 5 - Fotografia das radiografias da mão e punho



5.a – Criança portadora de ACF. 5.b – Criança portadora de traço de ACF. Nas radiografias de mão e punho observou-se uma idade óssea de 7 anos e 2 meses para a criança com ACF, e de 8 anos e 10 meses para a criança com traços de ACF.

DISCUSSÃO |

A ACF possui um fator racial importante, sendo mais encontrada em indivíduos negros, pardos e afrodescendentes^{5,11}. O caso relatado é referente a duas crianças de cor parda, do sexo masculino, gêmeos heterozigóticos, procedentes de Minas Gerais, região onde a incidência alcança a proporção de 1:30 para o traço, e de 1:1.400 para a doença^{5,25}.

As crianças com doença falciforme apresentam um atraso de desenvolvimento e crescimento devido às disfunções orgânicas crônicas. Esse atraso é maior nos primeiros anos de vida e mais proeminente no peso do que na altura. A idade óssea, o estirão puberal, bem como o desenvolvimento sexual encontram-se atrasados^{5,11}. As alterações no crescimento e desenvolvimento também foram constatadas no exame físico geral e radiográfico da criança com ACF. Ao analisar as duas crianças, verificou-se que a criança portadora de ACF apresentou altura e peso menores. Nas radiografias de mão e punho, observou-se uma idade óssea de sete anos e dois meses para a criança com ACF, e de oito anos e dez meses para a criança com TACF. Apesar do atraso no estirão de crescimento, a altura final na idade adulta não será prejudicada, uma vez que o fechamento epifisário também ocorrerá tardiamente⁵.

As manifestações bucais da ACF não são patognomônicas da doença, sendo os sinais e sintomas variáveis e não específicos¹². As manifestações mais comuns são: palidez da mucosa, atraso na erupção dos dentes, transtornos na

mineralização do esmalte e dentina (hipoplasia e opacidade do esmalte), alterações nas células da superfície da língua e necrose pulpar asséptica em dentes hígidos^{2,8,19,20}. Franco et al.¹¹ analisaram os aspectos bucais de oito indivíduos com ACF. Desses, foram observados: palidez da mucosa em 37,5%; atraso na erupção dentária, em 12,5%; opacidade no esmalte e dentina, em 50%. Neste estudo, ao analisar as duas crianças, verificou-se que a criança portadora de ACF apresentou um menor número de dentes permanentes presentes na cavidade bucal, caracterizando um atraso na erupção dos dentes. A mucosa da cavidade bucal da criança com ACF apresentou-se pálida, e o dorso da língua, sem alterações. Porém, não foram observadas opacidades nos dentes das duas crianças, como relatado na literatura^{2,5,12}.

Na Nigéria e nos Estados Unidos, a prevalência de doença periodontal e de cárie é maior em pessoas com ACF^{5,16}. No Brasil, o risco e atividade de cárie também são maiores em crianças com ACF⁵. Porém, Luna et al.¹⁷ realizaram um estudo em crianças de três a 12 anos com ACF e não houve associação positiva com o CPO-d, porém foi encontrada associação entre a prevalência de cárie dentária e a renda familiar. Portanto, a cárie dentária não é uma doença relacionada com a ACF, mas pode estar presente e ser associada à higiene bucal deficiente e a fatores socioeconômicos. Laurence et al.¹⁶ afirmaram que afro-americanos de baixa renda com ACF apresentaram um risco aumentado de cárie dentária em comparação com afro-americanos de baixa renda sem ACF. As crianças deste relato apresentaram dentição mista, hígida, boa higiene bucal, porém com ligeira gengivite, provavelmente

associada à erupção dentária. Essas crianças recebiam controle periódico multiprofissional público, e não foram coletados dados relacionados ao fator socioeconômico.

A anemia crônica hemolítica da ACF resulta na hiperplasia eritroide²⁶. Essa proliferação celular leva ao aumento do espaço medular (osteoporose), até na crista óssea alveolar^{2,12,20}. No exame radiográfico, Franco *et al.*¹¹ observaram alterações ósseas em todas as oito crianças avaliadas, com trabeculado grosseiro em forma de escada e aumento dos espaços medulares. No exame das radiografias dos irmãos deste relato, observou-se um atraso no desenvolvimento dos dentes permanentes e um padrão de trabeculado ósseo reduzido na criança com ACF.

A proliferação celular nos espaços medulares resulta em deformação principalmente dos ossos do crânio, que pode ser orientada em um padrão radial (“cabelo em pé”) e um aumento na distância entre as faces internas e externas do osso frontal, o que resulta em uma protuberância nesta região²⁶.

Perturbações do crescimento da maxila podem resultar em certas mudanças ósseas, tais como projeção da maxila com aumento da angulação e separação dos incisivos superiores. Em mais de 50%, o *overjet* (sobressaliência) varia de 3 a 10 mm e o *overbite* (sobremordida) varia entre 30% e 80%. Devido ao *overjet*, há maior pressão dos lábios sobre os dentes anteriores, promovendo a retrusão dos incisivos inferiores^{5,27}. Jacomacci *et al.*²⁸ verificaram que indivíduos com anemia falciforme apresentaram as mesmas alterações intrabucais dos outros tipos de anemias e as seguintes manifestações extrabucais: padrão facial convexo, nariz em sela, “face em esquilo”, zigoma proeminente, ausência de selamento labial, excesso vertical e atresia maxilar. Luna, Godoy e de Menezes²⁴ pesquisaram a prevalência de maloclusão em crianças com anemia falciforme e esta foi de 62,9%, e as principais maloclusões observadas foram Classe II (37,1%); aumento do trespassse horizontal (28,6%); sobremordida reduzida (28,6%) e mordida aberta (17,1%). Neste relato, o portador de ACF apresentou maloclusão classe I de Angle com projeção dos incisivos centrais superiores e apinhamento dos incisivos inferiores. O portador de TACF apresentou maloclusão classe I de Angle com ligeiro apinhamento de incisivos superiores e oclusão em topo na área de canino e primeiro molar decíduo esquerdo. Apesar da alta frequência de anormalidades ósseas craniofaciais e maloclusão em pacientes com anemia falciforme, as

provas científicas são insuficientes para dizer que esta doença provoca maloclusão²³. Entretanto, o tratamento ortodôntico pode ser realizado com cautela, respeitando as condições de saúde do paciente^{24,29}.

Os medicamentos que compõem a rotina do tratamento da doença falciforme (DF) e integram a farmácia básica são: ácido fólico (de uso contínuo); antibióticos de uso oral ou injetável (obrigatoriamente até os cinco anos de idade); analgésicos e anti-inflamatórios (nas intercorrências)⁵.

O tratamento dentário de rotina em pessoas com DF deve ser realizado em períodos sem crises, exigindo planejamento cuidadoso. A terapia durante uma crise, no entanto, deve ser direcionada a um tratamento paliativo⁵.

A antibioticoterapia é de suma importância, uma vez que os pacientes são particularmente susceptíveis a infecções e estas podem desencadear quadros agudos, colocando em risco a vida do indivíduo. Para a realização de qualquer procedimento que envolva sangramento, deve-se utilizar antibioticoterapia profilática, exceção feita às crianças com idade inferior a cinco anos, que já fazem uso de antibiótico diariamente. Não há uma conduta particularizada na DF quanto à antibioticoterapia, esta deve ser realizada conforme o protocolo de rotina adotado para a população em geral^{5,9}. O antisséptico indicado antes de qualquer procedimento odontológico e no pós-operatório é a clorexidina 0,12%^{5,6,30,31}. Para controle da dor, da leve à moderada, o paracetamol e a dipirona são os analgésicos de escolha. Codeína pode ser utilizada para a dor severa, mas deve-se considerar que 20% dos casos poderão não responder por falta de uma enzima necessária que converta esta em morfina. Se não houver resposta a esta medicação, a criança deverá ser hospitalizada²⁶. É indicado, após extrações dentárias com algum grau de dificuldade e nas pulpites e pericementites, o diclofenaco sódico ou potássico⁵.

O uso de benzodiazepínicos em doses individualizadas para adultos ou crianças também é indicado como medicação pré-anestésica, como forma adicional de diminuir os níveis de ansiedade e evitar o estresse^{5,27}.

Minimizar o estresse psicológico e físico reduz o risco de uma crise, daí a necessidade de planejar minuciosamente o tratamento odontológico. Os indivíduos com DF estão no risco anestésico ASA III (doença sistêmica moderada ou severa, com algumas limitações funcionais). Sempre

que possível, é preferível a anestesia local. Sem minimizar os riscos implícitos, o uso de anestesia é indispensável, pois contribui para o conforto dos pacientes e dá mais segurança ao cirurgião-dentista. A ausência de dor diminui a ansiedade e o estresse, inerentes ao tratamento. O uso de anestésicos com vasoconstritores é controverso, pois pode impedir a circulação local e causar infarto. Procedimentos dentários de rotina podem ser executados com anestésico sem vasoconstritor e nos procedimentos cirúrgicos com vasoconstritores⁵. O indivíduo com ACF pode apresentar também comprometimento hepático ou renal, ou seja, a atividade dos anestésicos locais pode ser aumentada por alteração no seu metabolismo e na sua eliminação⁶. Portanto, a decisão de usar ou não o anestésico local, com ou sem vasoconstritor, deve ser tomada em comum acordo com a equipe médica, considerando o comprometimento sistêmico e o tipo de intervenção odontológica a ser realizada no paciente^{4,5,8}.

Devido à grande variação na apresentação clínica da doença, o paciente com anemia falciforme deve ser abordado individualmente e as condições sistêmicas devem ser avaliadas conjuntamente e previamente com a equipe médica¹². O tratamento preventivo médico e odontológico tem contribuído sobremaneira para as condições de saúde em que a criança portadora de ACF se encontra³². A saúde bucal dos pacientes portadores de anemia falciforme deve ser mantida por meio da prática e do incentivo de procedimentos preventivos, a fim de diminuir o risco de infecções e intervenções^{33,34}. As visitas periódicas ao dentista devem ser realizadas durante a fase crônica da ACF. O ideal é que o atendimento seja feito preferencialmente pela manhã, em sessões curtas e evitando sempre a tensão emocional. Nos períodos de crise, devem ser realizados apenas os procedimentos emergenciais visando diminuir o risco de infecção e de dor³⁴.

CONCLUSÃO |

As características clínicas e radiográficas apresentadas pelas duas crianças deste relato mostraram que a criança portadora de TACF é assintomática e não apresenta manifestação bucal da doença. Porém a outra, com ACF, apresentou atraso no crescimento e desenvolvimento dos ossos e dentes, padrão do trabeculado ósseo reduzido e a mucosa bucal ligeiramente pálida. De acordo com o caso clínico e a literatura consultada, foi possível concluir

que indivíduos com anemia de células falciformes devem ser abordados individualmente, e as condições sistêmicas devem ser avaliadas e acompanhadas por uma equipe multiprofissional. A alta prevalência das doenças bucais e o risco de complicações evidenciam a necessidade da participação do odontopediatra nesta equipe, promovendo a saúde bucal e contribuindo dessa forma para uma melhor qualidade de vida das crianças que apresentam a doença.

REFERÊNCIAS |

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral & maxilo facial. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009, p. 409-10.
2. Piratininga L. Manifestações bucais das anemias falciformes. Tese [Doutorado em Odontologia]. São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2000.
3. Thornton JB, Sams DR. Preanesthesia transfusion sickle cell anemia patients: case report and controversies. *Spec Care Dentist*. 1993; 13(6):254-7.
4. Botelho DS, Vergne AA, Bittencourt S, Ribeiro EDP. Perfil Sistêmico e Conduta Odontológica em Pacientes com Anemia Falciforme. *Int J Dent*. 2009; 8(1):21-8.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença falciforme: saúde bucal: prevenção e cuidado. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 60 p. Disponível em: URL: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_saude_bucal_prevencao.pdf>.
6. O'Rourke CA, Hawley GM. Sick cell disorder and oral facial pain in Jamaican patients. *Br Dent J*. 1998; 185(2):90-2.
7. Ramalho AS, Magna LA, Paiva-e-Silva RB. A portaria nº822/01 do Ministério da Saúde e as peculiaridades das hemoglobinopatias em saúde pública no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(4):1195-9.
8. Hosni JS, Fonseca MG, Silva LCP, Cruz RAC. Protocolo de atendimento para paciente com anemia falciforme. *Arq Bras Odontol*. 2008; 4(2):10412.

9. Ballas SK, Lobo CLC, Cavalcanti WE. Dental Complications of Sickle Cell Disease. *J Interdiscipl Med Dent Sci.* 2014;2(6):1-4.
10. Herdy GVH, Pinheiro LAF, Couto AA, Gabetto M. Miocardiopatia e anemia falciforme em crianças. *Arq Bras Cardiol.* 1987; 49(2):87-93.
11. Franco BM, Gonçalves JCH, Santos CRR. Manifestações bucais da anemia falciforme e suas implicações no atendimento odontológico. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2007;43(3):92-6.
12. Rosa LJ, Magalhães MHCG. Aspectos gerais e bucais da anemia falciforme e suas implicações no atendimento odontológico. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2002; 56(5):377-81.
13. Mendes PHC. Manifestações orofaciais em pacientes com anemia falciforme. Dissertação [Mestrado profissional em Cuidado Primário em Saúde]. Universidade Estadual de Montes Claros; 2010.
14. Oretugba FA. Hipodontia in an adolescent with the HbSC genotype: case report. *Int. J Paediatr Dent.* 2005; 15(6):455-8.
15. Soares FF, Rossi TRA, Brito MGS, Vianna MIP, Cangussu, MCT. Condições de saúde bucal e fatores sociodemográficos de crianças de 6 a 95 meses com doença falciforme no Estado da Bahia. *Rev Odontol UNESP.* 2010; 39(2):115-21.
16. Laurence B, George D, Woods D, Shosanya A, Katz RV, Lanzkron S, et al. The association between sickle cell disease and dental caries in African Americans. *Spec Care Dentist.* 2006; 26(3):95-100.
17. Luna ACA, Rodrigues MJ, Menezes VA, Marques KMG, Santos FA. Caries prevalence and socioeconomic factors in children with sickle cell anemia. *Braz Oral Res.* 2012; 26(1):43-9.
18. Passos CP, Santos PRB, Aguiar MC, Cangussu MCT, Toralles, MBP, Silva MCBO, et al. Sickle cell disease does not predispose to caries or periodontal disease. *Spec Care Dentist.* 2012; 32(2):55-60.
19. Costa CPSC, Thomaz EBAF, Souza SFCS. Association between Sickle Cell Anemia and Pulp Necrosis. *J Endod.* 2013; 39(2):177-81.
20. Demirbaş Kaya A, Aktener BO, Unsal C. Pulpal necrosis with sickle cell anemia. *Int Endod J.* 2004; 37(9):602-6.
21. Fernandez M, Slovis TL, Whitten-Shurney W. Maxillary sinus marrow hyperplasia in sickle cell anemia. *Pediatr Radiol.* 1995; 25(Suppl 1):209-11.
22. Javed F, Correa FO, Nooh N, Almas K, Romanos GE, Al-Hezaimi K. Orofacial manifestations in patients with sickle cell disease. *Am J Med Sci.* 2013; 345(3):234-7.
23. Costa CPS, Carvalho HLCC, Thomaz EBAF, Sousa SFC. Craniofacial bone abnormalities and malocclusion in individuals with sickle cell anemia: a critical review of the literature. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2012; 34(1):60-3.
24. Alves e Luna AC, Godoy F, Menezes VA. Malocclusion and treatment need in children and adolescents with sickle cell disease. *Angle Orthod.* 2014; 84(3):467-72.
25. Caçado RD, Jesus JA. A doença falciforme no Brasil. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2007; 29(3):203-6.
26. NHS Sickle Cell and Thalassaemia Screening Programmes. Sickle Cell Disease in childhood: Standards and guidelines for clinical care. 2. ed. London: NHS Sickle Cell and Thalassaemia Screening Programme; 2010. Disponível em: URL: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/408961/1332-SC-Clinical-Standards-WEB.pdf>.
27. Taylor LB, Nowak AJ, Giller RH, Casamassimo PS. Sickle cell anemia: a review of the dental concerns and a retrospective study of dental and bony changes. *Spec Care Dentist.* 1995;15(1):38-42.
28. Jacomacci WP, Gibim CH, Higa TT, Iwaki LCV, Silva MC, Veltrini VC. Manifestações bucais em pacientes portadores de anemia: estudo clínico e radiográfico. *RFO.* 2014;19(3):337-42.
29. Pithon MM. Orthodontic treatment in a patient with sickle cell Anemia. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* Nov. 2011; 140(5):713-9.

30. Rouse LE, Hays GL. Dental considerations in sickle cell anemia. *Gen Dent.* 1979; 27(6):18-9.
31. Smith HB, McDonald DK, Miller RI. Dental management of patients with sickle cell disorders. *J Am Dent Assoc.* 1987; 114(1):85-7.
32. Rodrigues MJ, Menezes VA, Alves e Luna AC. Saúde bucal em portadores de anemia falciforme. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.* 2013; 61(sup1):505-10.
33. Fonseca MA, Oueis HS, Casamassimo PS. Sickle Cell Anemia: a review for the pediatric dentist. *Pediatr Dent.* 2007; 29(2):159-69.
34. Lima RG, Martinez MG, Sardinha SCS. Considerações odontológicas em pacientes portadores de anemia falciforme. *Rev Bahiana Odonto.* 2010; 1(1):15-22.

Correspondência para/Reprint request to:

Ana Paula Martins Gomes

Avenida Nossa Senhora da Penha, 714,

RS Trade Tower, sls 918/919,

Praia do Canto, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29055-130

E-mail: anapaulamgomes@botmail.com

Submetido em: 04/04/2015

Aceito em: 06/06/2016

Taiana Aparecida Duarte Grein¹
Vagner Ferreira do Nascimento¹
Thalise Yuri Hattori¹
Alisséia Guimarães Lemes³
Ana Cláudia Pereira Terças¹
Rulio Glécias Marçal da Silva²
Érica Baggio¹
Ledinéia Benedito Silva¹

Coverage of biotechnology and health issues in the Brazilian media

| Inserção da biotecnologia e temas da área da saúde na mídia brasileira

ABSTRACT | Introduction: *Biotechnology has been defined in several ways over time. The definition proposed by the Convention on Biological Diversity Organization of the United Nations (UN) in 1992 is now widely accepted and sees biotechnology as any technological application that uses biological systems, living organisms or derivatives thereof, to make or modify products or processes for specific uses. Objective: To determine to what extent biotechnology and related health issues are present in the Brazilian media.*

Methods: *This is a literature review conducted in June 2015, using the Virtual Health Library (VHL), Medline and Lilacs databases. The following keywords were searched: media, biotechnology and technological development, with the Boolean operator "and". Inclusion criteria were as follows: only full documents, in Portuguese language (Brazil), published between the years 2002 to 2015. 22 articles were selected, and 9 were excluded, as they were not related to the topic. Results: It was found that even though media coverage was increased, the criteria for science news selection followed a journalistic and market-oriented logic. As such, media content was often unprecise, misreading and misinterpreting data on health care.*

Conclusion: *Knowledge from research and technological achievements are not reaching their potential audience, as profit-based media corporations often select news based on solely on newsworthiness, contradicting the principles of research and creating ethical dilemmas.*

Keywords | *Media; Biotechnology; Technological Development.*

RESUMO | Introdução: Existem inúmeras definições que descrevem o termo biotecnologia. A mais utilizada foi proposta na Convenção sobre Diversidade Biológica da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1992, conceituando biotecnologia como qualquer aplicação tecnológica que use sistemas biológicos, organismos vivos ou derivados destes, para fazer ou modificar produtos ou processos para usos específicos. **Objetivo:** Verificar como vem ocorrendo a inserção da biotecnologia e temas da área da saúde na mídia brasileira. **Métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura realizada no mês de junho de 2015, a partir de busca eletrônica na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados *Scielo*, *Medline* e *Lilacs*, utilizando os descritores: meios de comunicação, biotecnologia e desenvolvimento tecnológico, com o operador booleano "and". Para seleção das publicações a serem incluídas na revisão adotou-se como critérios de inclusão: documentos na íntegra, no idioma Português (Brasil), publicados entre os anos de 2002 e 2015. Obeve-se 22 materiais, sendo excluídos 9 que não se relacionavam com o tema. **Resultados:** Observa-se que, mesmo com o aumento dos espaços dedicados à biotecnologia nos meios de comunicações, os critérios para transmissão dessas notícias sempre obedeceram a uma lógica jornalística e do mercado. Com a utilização desses critérios de inclusão, as reportagens se mostram na maioria das vezes desvinculadas aos dados referentes à área da saúde. **Conclusões:** Muitos conhecimentos e conquistas tecnológicas não estão chegando a todos os interessados, postos inicialmente como principais beneficiados de todo investimento, ou seja, contradizendo os princípios da pesquisa e criando dilemas éticos.

Palavras-chave | Meios de comunicação; Biotecnologia; Desenvolvimento tecnológico.

¹Universidade do Estado do Mato Grosso, Tangará da Serra/MT, Brasil.

²Faculdade Sequencial, São Paulo/SP, Brasil.

³Universidade Federal de Mato Grosso, Barra do Garças/MT, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Embora a maioria das descobertas tecnológicas já existentes tenham sido descobertas no século XX, principalmente na década de 1970, o século XXI vem sendo denominado a “Era Biotecnológica”¹. Considerada assim, em decorrência de o século anterior ser marcado pela ampliação do conhecimento nessa modalidade, o que vem possibilitando o surgimento de uma nova matriz operacional. Indicando que, neste período, a aplicação da biotecnologia ocorrerá nos mais diferentes setores, e das mais diferentes formas, onde o conhecimento acerca desta área se encontra em plena expansão¹.

A definição para biotecnologia mais utilizada foi proposta na Convenção sobre Diversidade Biológica da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1992, que conceitua a biotecnologia como qualquer aplicação tecnológica que use sistemas biológicos, organismos vivos ou derivados destes, para fazer ou modificar produtos ou processos para usos específicos².

Essa ciência está envolvida na vida das pessoas, desde os mais primitivos processos de elaboração de produtos, na engenharia genética, na produção de tecnologias de ponta voltadas à qualidade de vida e combate às doenças. Seu reconhecimento público vem crescendo exponencialmente por meio de uma maior exposição nos meios de comunicação².

Desde que passou a fazer parte da vida das pessoas, a mídia audiovisual conquistou um espaço fundamental na sociedade contemporânea, tornando-se o meio de comunicação mais presente na vida dos brasileiros. Dados demonstram que, em 2004, a televisão era o principal meio de transmissão de informação entre a população, revelando comportamentos morais e culturais, para fins de entretenimento e socialização de informações do que vinha ocorrendo no País e no mundo³.

É ainda considerada o quarto maior segmento econômico do mundo. É por meio desta, que os grupos sociais alcançam os diversos conhecimentos das áreas da ciência, bem como inovações tecnológicas e suas aplicações. Propondo assim, o seu funcionamento como elo de aproximação entre sociedade e ciência moderna⁴.

A mídia, como meio de comunicação, se constitui como um espaço para distintos grupos sociais em face da

percepção das complexidades em saúde. Entretanto, muitas vezes as informações sobre saúde não chegam ao receptor na sua íntegra, em sua forma original. As notícias podem sofrer alterações por seus transmissores e seus critérios jornalísticos, como pré-escolhas, pré-filtragens, pré-julgamentos, etc. Que acabam definindo o que colocar ou não em pauta em relação às notícias de saúde^{5,6}.

Vislumbrando esse cenário, em que a mídia se mostra como importante mecanismo na disseminação de novos recursos e atualidades tecnológicas, objetivou-se, com o estudo, verificar como vem ocorrendo a inserção da biotecnologia e temas da área da saúde na mídia brasileira.

MÉTODOS |

Trata-se de uma revisão de literatura que é um método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema estudado, tendo como produto final o estado atual do conhecimento investigado e a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de pesquisas futuras⁷.

Inicialmente, definiu-se a questão que norteou o estudo, que consistiu em: “Como a biotecnologia e temas da área da saúde vêm sendo inseridos na mídia brasileira, a partir de pesquisas científicas?”

A coleta de dados ocorreu por meio de busca eletrônica na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados *SciELO*, *Medline* e *Lilacs*, utilizando os descritores em ciências da saúde: meios de comunicação, biotecnologia e desenvolvimento tecnológico, com o operador booleano “and”. Adotou-se como critérios de inclusão: documentos de domínio público, na íntegra, no idioma Português (Brasil), publicados entre os anos de 2002 e 2015.

O levantamento dos dados foi realizado no mês de junho a julho de 2015, obtendo 22 artigos. Inicialmente, os artigos foram selecionados por meio da leitura do título e do resumo avaliados independentemente por dois avaliadores. Aqueles aprovados pelos dois avaliadores foram incluídos no estudo. Os que apresentaram discordância foram submetidos a um terceiro avaliador. Destes, foram excluídos 9 que não se relacionavam com o tema ou que não contemplavam os critérios de inclusão. Assim, a amostra final desta revisão foi constituída por 13 artigos conforme apresentado em

quadro sinóptico. Os demais artigos citados no texto foram utilizados para discussão dos achados.

Devido à heterogeneidade dos estudos, os dados foram agrupados e analisados de modo descritivo cronológico, de maneira a responder aos objetivos da pesquisa. Não houve conflito de interesses na condução desta revisão.

Foram respeitados todos os aspectos éticos em pesquisa com esse caráter documental, sinalizando e informando todas as fontes de dados utilizadas.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Como observado no estudo de Aguiar *et al.*⁸, demonstrado no quadro sinóptico, antes mesmo do surgimento da palavra biotecnologia, esta já era retratada, como ciência médica e transmitida para a população, principalmente por meio do rádio, alarmando ou prestigiando algum feito. Inicialmente o rádio foi organizado em um sistema de sociedade, com uma programação voltada para a elite e, devido a esta seleção de telespectadores, houve um desenvolvimento lento, até que foram permitidas propagandas comerciais que levaram à organização de empresas para disputar o mercado⁹.

O rádio exerceu forte influência na vida das pessoas, criando modas, inovando estilos e inventando práticas cotidianas. O rádio trazia o mundo para dentro de casa. Após o seu lançamento, este passa a fazer parte da rotina das pessoas, tornando-se um “companheiro” e um importante meio de informações e entretenimento. Desde o surgimento do rádio, este se apresentou como recurso de fundamental importância em relação à comunicação a distância⁹.

A participação direta da mídia na sociedade vem ocorrendo ao longo da história. No Brasil, um exemplo disso ocorreu em 1904, no Rio de Janeiro, momento em que a cidade se apresentava sem medidas de saneamento básico e com péssimas condições de higiene. Mesmo com a luta de Oswaldo Cruz em estruturar a saúde pública, a mídia se posicionou em desfavor, ridicularizando seus atos com charges e artigos em jornais impressos, o que impulsionou as manifestações populares a se confrontar com essas novas mudanças¹⁰.

Algum tempo depois, Goulart¹¹ e Abreu¹² trazem em um de seus estudos que, durante a Primeira Guerra Mundial, em

1918, alguns informativos nos jornais brasileiros traziam um estranho mal que acometia as populações, que até o momento não se sabia exatamente do que se tratava. Nesse período, muitos países adotaram a censura aos noticiários na divulgação de informações sobre a epidemia que afetava a capacidade dos soldados de guerilhar. Os noticiários eram controlados pelo exército, que impedia a transmissão de qualquer tipo de informação sobre o estado atual das tropas, o que poderiam influenciar a opinião e gerar revolta do povo.

Por volta do início dos anos 1970, a mídia televisiva assume posição de destaque e passa a retratar as descobertas das ciências, acompanhando a maioria das inovações da área. Uma das notícias mais marcantes e impactantes que foram transmitidas nesse período foi a transferência com sucesso do DNA, de vírus para uma bactéria. Ainda foram tratados os avanços no campo biotecnológico, que abriram caminho para a manipulação genética em seres vivos, trazendo consigo a origem de uma série de questionamentos éticos⁸.

Em 1978 todas as mídias se voltavam para mais um avanço da biotecnologia, a notícia do primeiro bebê de proveta. A notícia foi tão retratada que ganhou a capa dos principais jornais do mundo, disseminando essa nova prática, a fertilização *in vitro*. Em meados de 1984, a notícia volta ao auge, agora com o nascimento do primeiro bebê gerado a partir de embrião congelado⁸.

Talvez, o aumento da divulgação de tecnologias voltadas à saúde pelas mídias no período entre 1964 e 1985 esteve relacionado à transição do regime militar para a democracia, resultando em reportagens que deixavam de sofrer fortes intervenções para passar a serem “livres” e “democráticas” na transmissão de informações¹².

Segundo Barata³, a mídia desempenhou um papel importante no início da década de 1980, quando revelou os diagnósticos da Aids, que no período se disseminava no mundo. Apresentou informações à população, em um momento de enorme desinformação, muito antes que os governantes, profissionais da saúde e pesquisadores tivessem respostas seguras sobre a doença. As informações e dados chegavam às redações advindas de hospitais e institutos de pesquisa, onde eram filtradas e traduzidas para uma linguagem que o leitor pudesse compreender o significado da doença em seu cotidiano¹³.

Cabe ressaltar que os avanços tecnológicos e científicos foram ficando cada vez mais próximos à vida social, e isso

Quadro 1 - Quadro sinóptico com as principais características dos artigos selecionados

Ano de publicação	Autores	Objetivos	Principais conclusões
2002	Barros ²⁵	Analisa o quadro atual e propõe uma nova função social para os programas de divulgação da ciência.	Trata de como vem sendo transmitidas as informações referentes às ciências para a sociedade.
2003	Porto ¹⁰	Relatar brevemente como ocorreu a <i>Revolta da Vacina</i> .	Mostra como a mídia influencia a sociedade em temas da saúde.
2003	Castiel ¹⁷	Analisar a necessidade de desenvolvimento de uma ética global voltada para problemas de saúde pública que envolvem desigualdades sociais e vulnerabilidades de parcelas expressivas das populações em escala mundial.	Apresenta tópicos que abordam a relação entre profissionais de saúde e instâncias de informação e comunicação pública de conteúdos ligados a riscos à saúde, entre eles questões vinculadas à biotecnologia.
2005	Goulart ¹¹	Analisar os impactos políticos e sociais da epidemia de gripe espanhola em 1918, sobre a cidade do Rio de Janeiro, então capital federal da República.	Traz como procedeu os acontecimentos decorrentes da epidemia da gripe espanhola e como os meios de comunicação reagiram ao ocorrido.
2005	Abreu ¹²	Indicar a participação da mídia na luta em favor da volta à democracia, suas ações e estratégias para denunciar a censura e a opressão dos militares.	Trata dos caminhos percorridos pela mídia na fase de transformação do regime militar autoritário para a democracia no Brasil.
2006	Barata ³	Analisar como a Aids foi divulgada pelo programa <i>Fantástico</i> , da Rede Globo de televisão, entre 1983 e 1992.	A mídia representa papel importante nos anos 80 por apresentar o diagnóstico da doença em um período que a Aids assolava o mundo.
2007	Pechula ³⁰	Refletir sobre a recepção da ciência construída e transmitida pelos meios de comunicação.	Como o jornalismo pode manipular as informações antes de serem transmitidas à população.
2008	Furnival e Pinheiro ²⁷	Identificar como o público se sente em relação aos organismos geneticamente modificados e examinar o que pensam das informações divulgadas na mídia sobre o assunto.	Demonstra a compreensão do público a respeito das informações sobre novas tecnologias, como organismos geneticamente modificados, apresentando a visibilidade dessas informações pelos meios de comunicação.
2009	Aguiar et al. ⁸	Conhecer o discurso que é difundido sobre a biotecnologia no noticiário.	Descreve como a biotecnologia tem se relacionando com os meios de comunicação a partir de 1970.
2011	Gomes e Merhy ⁹	Delimitar melhor o campo de produção da matriz teórica da educação popular em saúde.	Como ocorre a educação popular em uma população, expressando a importância da divulgação de informações verídicas e na íntegra.
2012	Aragão et al. ²⁹	Realizar um levantamento da literatura que trate do desenvolvimento da biotecnologia voltados para a inovação da indústria farmacêutica.	Como a biotecnologia vem influenciando a indústria farmacêutica.
2014	Carvalho ¹³	Realiza uma resenha do livro: A história do século XX pelas descobertas da medicina.	Traz momentos históricos que são importantes para a história da medicina atual.
2015	Cavaca e Vasconcellos-Silva ⁶	Visa explorar os conceitos de necessidade de saúde versus negligência e visibilidade midiática, além de desenvolver insumos teóricos para a problematização das "Doenças Midiaticamente Negligenciadas" (DMN).	Demonstra a influência da mídia na transmissão de informações referentes a saúde.

também impôs problemas de aceitação e valorização por parte dos cidadãos. Contudo, o grande problema era que esses mesmos cidadãos não dispunham dos elementos informativos para conseguir participar dos processos de resolução de conflitos¹⁴.

Barata³ ressalta ainda que as campanhas de prevenção, realizadas na forma de propaganda e reportagens que foram transmitidas na maioria dos meios de comunicação da época, não eram eficazes. As propostas adotadas pela mídia não eram convidativas ao público-alvo, por desconsiderar a singularidade e especificidade dos sujeitos em risco de infecção e contágio de doenças ou agravos à saúde, resultando em campanhas moralistas e distantes das necessidades da população.

A partir dos anos 1990, Aguiar⁸ destaca que as ciências biomédicas invadem com força total os meios de comunicação, impulsionado pela apresentação dos resultados de estudos sobre clonagem, alimentos transgênicos, armas biológicas, células-tronco, DNA, vacinas e descobertas de novos tratamentos.

Com isso, cresce no País o interesse pela divulgação científica. Com esta finalidade, centros de ensino e de investigação, publicações convencionais e eletrônicas, eventos, entre outros instrumentos, são criados e organizados para divulgar os resultados da ciência, o que reforçou o papel desempenhado pela mídia em face do acesso e comunicabilidade entre as fronteiras¹². Na Espanha, as universidades se associaram ao enquadramento de divulgação científica e proporcionaram aos centros de pesquisa e hospitais um enquadramento de impacto social, ambos com caráter de valor positivo¹⁵.

Cavaca e Vasconcelos-Silva¹⁶ observou que, mesmo com o aumento dos espaços dedicados à biotecnologia nos meios de comunicação, os critérios para transmissão dessas notícias sempre obedeceram a uma lógica jornalística e do mercado. Com a utilização desses critérios de inclusão, as reportagens se mostravam, na maioria das vezes, desvinculadas aos dados referentes à área da saúde.

Destaca-se que os meios de comunicação são os indicadores de uma percepção pública geral sobre os temas que são veiculados. Apresentam duas vias que, ao mesmo tempo em que ajudam na orientação do pensamento e na discussão sobre os assuntos que interessam à sociedade também acabam por refletir, em maior ou menor dimensão,

os sentimentos e as orientações que se têm em relação a esses temas¹⁵.

Com a divulgação das informações referentes às ciências biológicas, surgem as polêmicas que rodeiam o tema. Uma das principais ocorreu no início de 2000, envolvendo assuntos referentes à clonagem. Segundo retratado nas reportagens, o intuito não era criar um ser humano clonado, mas utilizar o embrião para extrair células-tronco, a fim de tratar doenças. Em 2001, outra notícia teve grande impacto na população, o sequenciamento do genoma humano, que teve amplas repercussões nos noticiários⁸.

A convenção que debateu sobre a utilização de embriões humanos em pesquisas com células-tronco, que ocorreu em maio de 2008, teve cobertura ao vivo em emissoras de televisão e ampla repercussão nos veículos da mídia impressa, nos sites de notícias e nas rádios brasileiras em um curto espaço de tempo⁸. Castiel¹⁷ ressalta que é importante avaliar o contexto sociocultural em que acontecem as relações entre a produção de conhecimentos de saúde, as formas, os processos de veiculação e a correspondente apropriação por distintos grupos humanos.

Esse ocorrido chama a atenção para dois aspectos, da mídia e da biotecnologia. Primeiramente, a mídia assume um papel de acompanhamento de fatos decisivos para a sociedade, possibilitando acesso às informações que demonstram impacto para a sociedade, revela a sua importância e a visualização dessas pela população. O segundo ponto é o fato de a biotecnologia gerar regras que acompanhem o ritmo acelerado de suas descobertas e das questões sociais que elas tratam, sendo ambos tratados nos meios de comunicação^{8,13}.

Fatos como esses demonstram o poder de disseminação e visualização dos meios de comunicação. Esses meios podem colaborar para o reconhecimento de carências na área da saúde, demonstrando a necessidade de crescimentos biotecnológicos, que traz à tona descobertas que envolvem populações, ou podem simplesmente praticar a invisibilidade de determinados dados, levando a condutas negligentes da equipe jornalística¹⁶. Nesse ponto de vista, os acontecimentos que compõe o jornalismo em questão são constituídos por tramas que se confluem sobre o universo midiático articuladas com uma malha de pequenas ou quase invisíveis narrativas que compõe os noticiários diários¹⁸.

Após a apresentação dessa sequência cronológica da lógica jornalística com relação aos temas da saúde divulgadas por meio da mídia, Castiel¹⁷ relata que o foco volta-se para a importância de estudar como os jornalistas científicos participam da construção de conteúdo sobre a saúde, de modo que podem contribuir para eventual desinformação, estímulo a oposições preconceituosas ou ainda produções desnecessárias de reações alarmistas.

O jornalismo, como prática midiática, é responsável por uma série de narrativas, cujos conteúdos, principalmente de produção, estão sendo estudados na perspectiva da constituição dessa atividade dentro da sociedade, seja como forma de conhecimento, seja como representação, seja como narrativa¹⁹.

Assim, a representação do jornalista sobre si e sobre o jornalismo que diz exercer irá coordenar parte da imagem que será atribuída depois pelo leitor. Dessa forma, o jornalista tem espaço para afirmar, o papel que julga desempenhar. Essas representações ditas como verdades constroem o *ethos* jornalístico que é definido como um conjunto de disposições, percepções e valores que os jornalistas têm de si e do mundo²⁰.

A dinâmica da construção dessa representação é permeada pela complexa construção entre os papéis dos sujeitos nos processos de interação que pode ser distinguida entre um *ethos* prévio, ou pré-discursivo, e um *ethos* discursivo. O *ethos* pré-discursivo é a imagem preexistente de quem enuncia, visto como uma moldura onde o sujeito se posiciona para enunciar e agir²¹. Já o *ethos* discursivo se constrói quando, dentro de uma moldura pré-discursiva, o sujeito se representa a si diante do outro. Nesse caso, o jornalista utiliza estratégias para evidenciar o que é considerado como importante, isto é, modela a interpretação do outro a partir do modo como se apresenta, isso acaba por esculpir um forte discurso de autorrepresentação²⁰.

Entende-se que os meios de comunicação têm deveres éticos e morais com a sociedade na divulgação de informações e programas de entretenimento que são transmitidos. Devem, portanto, ser construídos com dados verídicos e sem a omissão de dados relevantes. Assim, devem apresentar medidas que tenham como finalidade promover a educação e a cultura, conforme princípio garantido no Capítulo V da Constituição Federal¹⁶.

Isso nos leva a perceber como a comunicação, representada por computadores, ondas de satélites, informações, irá substituir as normas, as leis, a ordem direta, a ética e a moral. Não é um exagero falar nas recodificações que estão em crescimento e escalas nunca vistas anteriormente, levando-nos a perceber como a comunicação está diretamente relacionada à máquina do capitalismo, associado ao que, como e quando as pessoas devem fazer algo²².

Na relação entre a mídia e o público, devem ser considerados fatores, como a importância econômica da indústria biotecnológica nacional, as formas de penetração das indústrias particulares a cada País, bem como o papel da relação pública como um consumo para a mídia²³.

Os direitos sociais a essas informações incluem perceber o mundo e o que vem ocorrendo nele, permitindo assim fazer parte e entender o período. Esses direitos só têm sentido quando vinculados a conceitos e valores, como a liberdade ou a fé, de cada comunidade. Assim, podemos dizer que o direito social a informação é para todos, e a comunicação é a forma cotidiana e rotineira usada para este fim²⁴.

Como a divulgação de informações em nível mundial ocorre diariamente, percebe-se os casos de negligência midiática. Esses ocorrem por não tornar visíveis, quando a função assumida por eles é tornar os fatos importantes visivelmente. Em outras palavras, quando há falha de divulgação de notícias que deveriam ter sido consideradas prioridades, mas nem mesmo foram retratadas em algum dos meios de comunicação¹⁶.

A mídia muitas vezes é um campo de encontro entre os diferentes posicionamentos existentes referentes a um dado assunto. Um dos exemplos mais notórios é o do ator Christopher Reeve, vítima de um acidente que o deixou tetraplégico, que foi um ícone na batalha para liberação das pesquisas com células-tronco nos Estados Unidos até sua morte, em 2004⁸.

Isso demonstra que a mídia, além de acompanhar os avanços científicos associados à biotecnologia, também demonstra as mudanças que ocorrem nas legislações relativas aos temas. Essas decisões tomadas referentes à saúde não ocorrem sem o conhecimento da sociedade^{12,16}. Um exemplo clássico são os transgênicos, em que existe um grupo (e interesses) envolvido, como empresários, técnicos das indústrias de biotecnologia de alimentos, produtores agrícolas, bioeticistas, políticos, profissionais da área de

saúde que, no meio de tamanha discussão, se questiona como manter o entendimento e a inteligibilidade entre discursos e linguagens de diferentes formações, posições diante dessa questão multifacetada¹⁷.

Assim, as Leis 8.974/95 e, posteriormente, a Lei 11.105/05, foram foco de notícias na mídia. As questões que rodeiam essas leis, como a modificação transgênica e a utilização de material genético, constantemente estão em debate, para que toda a população tenha conhecimento do que vem sendo realizado e pesquisado^{8,25}.

Alguns telejornais que retratam a biotecnologia como seu tema principal têm como característica aproximar as novidades tecnológicas da vida cotidiana daqueles que não partilham a ambiência de pesquisas, permitindo a familiaridade de conhecimentos científicos, de modo a facilitar o acesso de todos^{8,16}. Outro ponto a ser considerado é que, para que se tenha o alcance e difusão do jornalismo científico na mídia de forma universal, é necessário estar atento quanto à relação próxima entre cientistas da saúde e a difusão pública de seus achados¹⁷.

Entretanto, ainda predominam noticiários em que a qualidade do conteúdo transmitido é questionável, ao analisar a intencionalidade da utilização das imagens e discursos, em que demonstram uma ciência, ora de forma benéfica, com o objetivo de levar a sociedade ao progresso, ora prejudicial, com propósito de causar danos e repúdio à população²⁶. Por esse motivo, já estão sendo consideradas as tentativas de se estabelecer protocolos éticos e de formatos expositivos padronizados de comunicação de risco, tanto para a ciência quanto para a mídia¹⁷.

Essa abordagem da mídia pode distanciar seus espectadores de reflexões reais sobre os ocorridos, mobilizando atenções somente para os aspectos que trazem vantagens e lucros dos idealizadores. Essas informações, transmitidas de maneira complexa ou incompleta, desvalorizam o potencial das descobertas por restringir a compreensão do público²⁶.

Na mídia brasileira, são escassas as ocasiões em que as incertezas científicas sobre uma tecnologia são abertamente discutidas²⁷. É importante ressaltar que a inexistência de polêmica não implica necessariamente incertezas nos meios de comunicação, o que acaba por prevalecer ainda justaposições de opiniões favoráveis e contrárias que pouco ajudam no esclarecimento do leitor/telespectador²⁸.

Pechula³⁰ afirma que muitas reportagens tratam as informações de forma genérica e homogênea, perdendo muitas vezes a divulgação de informações importantes e até mesmo a importância da notícia em si. É difícil a visualização de reportagens que abrem para discutir contradições acerca de um tema. Os dados geralmente estão impregnados de conceitos, termos, imagens impactantes que geram um falso imaginário de conhecimento científico da população²⁹. Enquanto isso perdurar, não haverá credibilidade e confiança do público nessas mídias. Essa confiança exige uma maior responsabilidade nas transmissões, conseqüentemente na qualidade das notícias.

Isso demonstra que as notícias são pobres de informações, o que resulta em um desconhecimento e não entendimento de uma grande maioria de indivíduos, que teriam acesso aos meios científicos por meio da comunicação do que vem ocorrendo no mundo naquele dado momento histórico^{26,29}.

Assim, para evitar banalizar o delicado processo comunicacional divulgado pelos meios midiáticos quanto aos assuntos referentes à biotecnologia, é necessário considerar alguns pontos quanto aos meios jornalísticos como para os profissionais da ciência e da saúde quanto às informações disponibilizadas ao público. Para os jornalistas, é relevante considerar a credibilidade das fontes, adequação de procedimentos e métodos de pesquisa e da opinião de outros profissionais do campo sobre o tema, existência de avanços importantes nos achados e conclusões, significação dos achados, comunicação de riscos, antecipação do impacto, posicionamento de outros jornalistas especializados e editores sobre o tópico, papel de subeditores quanto aos formatos de apresentação e destaque da matéria, além dos contatos com *experts*¹⁷.

Já para cientistas e profissionais de saúde, para fins de divulgação, é importante ter um convívio com a mídia, credibilidade (disponibilização sobre os aspectos da pesquisa), acurácia, comunicação de risco e benefícios, ênfase ao tópico biossegurança, recurso para constatações de informações de correções, no caso de informações incorretas ou distorcidas. Todas essas precauções de ambas as partes servem para evitar efeitos manipulativos da informação¹⁷.

O processo de descoberta, desenvolvimento e produção de novas tecnologias de prevenção, tratamento e diagnóstico com base na rota biotecnológica, é muito complexo e envolve a articulação de um conjunto de competências

internas e externas, e a mídia nem sempre consegue acompanhar esse dinamismo, mesmo concentrando grande massa de espectadores³¹.

Dessa forma, há uma necessidade de um maior enfoque em temas de controvérsia científica apresentada pelos meios midiáticos ou que aqueles suscitem uma discussão ética. Provavelmente, se trabalhadas essas duas tendências, haveria uma percepção mais polarizada da biotecnologia a partir de uma cobertura maior dos conteúdos mais controversos e, conseqüentemente, uma aproximação mais crítica à atitude dos espectadores em geral.

CONCLUSÃO |

A transmissão dos eventos que envolvem as ciências e biotecnologias pelos meios de comunicação ocorre com maior acentuação a partir da década de 1970, mas se nota que, atualmente, a transmissão deixou de ser informativa, para assumir um caráter de acordo com o mercantilismo da indústria da informação. Esse comportamento midiático, especialmente televisivo, revela um perfil celetista, priorizado por interesses particulares, e não em prol da sociedade.

Dessa forma, muitos conhecimentos e conquistas tecnológicas não atingem todos os interessados, postos inicialmente como principais beneficiados de todo investimento, ou seja, contradizendo os princípios da pesquisa e criando dilemas éticos.

Observou-se que tanto a biotecnologia como os demais temas da área da saúde são retratados por uma diversidade de meios de comunicação, tanto de forma passiva, com único intuito de simplesmente comunicar, como de levantar opiniões diversas e participação do público, cumprindo com o processo de democratização.

O campo de publicações que tentam explicar a relação da biotecnologia e a mídia brasileira mostra-se ainda escasso, o que dificulta uma reflexão maior sobre o assunto. Reforça, então, a necessidade de divulgação estratégica sobre as novas ciências da vida, que se apresentam como inovações, e os novos meios para superação de problemas sociais e de saúde.

Para tanto, o compromisso e responsabilidade da comunidade científica com a sociedade deve ser

especialmente considerado por aqueles que veiculam, sem autorização ou consentimento, os achados das pesquisas.

REFERÊNCIAS |

1. Almeida ME. O desenvolvimento biológico em conexão com a guerra. *Physis*. 2007; 17(3):545-64.
2. Magalhães VG. As interações entre a convenção sobre a diversidade biológica (CDB) e o Trips. *Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo*. 2007; 102:471-89.
3. Barata G. A televisão contribuindo para a história das doenças. *Revista Esboços*. 2006; 13(16):127-46.
4. Bresser-Pereira LC. Burocracia pública e classes dirigentes no Brasil. *Rev de Sociol Polít*. 2007; (28):9-30.
5. Gentili V. Democracia de massas: jornalismo e cidadania: estudo sobre as sociedades contemporâneas e o direito dos cidadãos à informação. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2005.
6. Emerich TB. Interfaces da comunicação e saúde na mídia impressa. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva]. Vitória; 2015.
7. Gerhardt TE, Silveira DT, organizadoras. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2009.
8. Aguiar R, Vasconcellos-Silva PR, Jurberg C, Pereira MEC. Biotecnologia no noticiário. In: Costa MCF; Costa MFB, organizadores. Biossegurança de OGM: uma visão integrada. Rio de Janeiro: Publit; 2009. p. 112-27.
9. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(1):7-18.
10. Porto MY. Uma revolta popular contra a vacinação. *Cienc Cult*. 2003; 55(1):53-4.
11. Goulart AC. Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro. *Hist Cienc Saúde-Manguinhos*. 2005; 12(1):101-42.
12. Abreu AA. A mídia na transição democrática brasileira. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 2005; (48):53-65.

13. Carvalheiro JR. O século XX pelas descobertas da Medicina. *Estudos Avançados*. 2014; 28(82):293-8.
14. Aibar E. La comprensión pública de la ciencia y la tecnología. In: Aibar E, Quintanilla MA. *Cultura tecnológica*. Barcelona: Horsori, 2003; p.127-46.
15. Sabbatini M, Escribano M, Quintanilla MA. Cultura biotecnológica na Espanha: percepção pública da biotecnologia aplicada à medicina e à saúde humana. *Revista académica do grupo comunicacional de São Bernardo*. 2004; 1(2).
16. Cavaca AG, Vasconcellos-Silva PR. Doenças midiaticamente negligenciadas: uma aproximação teórica. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(52):83-94.
17. Castiel LD. Insegurança, ética e comunicação em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(2):161-7.
18. Antunes E, Vaz PB. Mídia: um aro, um halo e um elo. In: Guimarães C, França V, organizadores. *Na mídia, na rua: narrativas do cotidiano*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006; p. 43-60.
19. Tavares FMB. O jornalismo especializado e a mediação de um ethos na sociedade contemporânea. *Em questão*. 2007; 13(1):41-56.
20. Bennett M, Hagen S. O jornalismo e imagem de si: o discurso institucional das revistas semanais. *Estudos em jornalismo e mídia*. 2010; 7(1):123-35.
21. Maingueneau D. Ethos, cenografia, incorporação. In: Amossy R, organizadora. *Imagens de si no discurso: a construção do ethos*. São Paulo: Contexto, 2008.
22. Heckert ALC, Passos E, Barros MEB. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(suppl 1):493-502.
23. Dahinden U. Biotechnology: from inter-science to international controversies. *Public Underst Sci*. 2002; 11(2):87-92.
24. Karam FJC. *A ética jornalística e o interesse público*. São Paulo: Ed. Summus, 2004.
25. Barros HL. Apropriação social de ciência na idade da tecnologia. *INCI*. 2002; 27(2):76-9.
26. Oliveira CRC. *Transgênicos, mídia impressa e divulgação científica: conflitos entre a incerteza e o fato*. Dissertação [Comunicação e Cultura da Escola]. Rio de Janeiro; 2004.
27. Furnival AC, Pinheiro SM. A percepção pública da informação sobre os potenciais riscos dos transgênicos na cadeia alimentar. *Hist Cienc Saúde-Manguinhos*. 2008; 15(2): 277-91.
28. Pechula MR. A ciência nos meios de comunicação de massa: divulgação de conhecimento ou reforço do imaginário social?. *Ciênc Educ (Bauru)*. 2007; 13(2):211-22.
29. Aragão E, Loureiro S, Almeida BA, Guimarães JM. Redes interinstitucionais e inovação na área de biotecnologia aplicada à saúde humana. *Rev Baiana de Saúde Pública*. 2012; 36(1):90-104.
30. Nedjat S, Nedjat S, Majdzadeh R, Farshadi M. People's trust in health news disseminated by mass media in Tehran. *Med J Islam Repub Iran*. 2014; 28:1-6.
31. Towers S, Afzal S, Bernal G, Bliss N, Brown S, Espinoza B, et al. Mass Media and the Contagion of Fear: The Case of Ebola in America. *PLoS One*. 2015;10(6):1-13.

Correspondência para/Reprint request to:

Taiana Aparecida Duarte Grein

Rua José Florencio Godrin, 398E, apt. 03,

Centro, Tangará da Serra/MT, Brasil

CEP: 78300-000

Tel.: (65) 3326-6026

E-mail: taiana_grein@hotmail.com

Submetido em: 13/09/2015

Aceito em: 18/05/2016

INSTRUÇÕES AOS AUTORES |

MISSÃO E ESCOPO |

A Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde (RBPS) é uma publicação do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo. Tem a missão de publicar manuscritos de elevado nível técnico-científico que contribuam para a promoção do conhecimento nas áreas das Ciências da Saúde e afins, com o foco interdisciplinar em Saúde Coletiva. A RBPS destina-se à publicação trimestral de manuscritos científicos, incluindo editoriais, artigos originais, artigos de revisão sistemática e relatos de casos, referentes a assuntos e estudos de interesse técnico-científico nas áreas das Ciências da Saúde.

RESPONSABILIDADE DO AUTOR |

Todos os manuscritos publicados representam a opinião dos autores e não refletem a política oficial do Centro de Ciências da Saúde, da sua diretoria, do corpo editorial da RBPS e nem da instituição à qual o autor é filiado, a menos que seja declarado em documento.

Os manuscritos submetidos à RBPS devem atender ao seu objetivo e às instruções aos autores, não sendo permitida a sua apresentação simultânea a outro periódico impresso ou eletrônico.

ASPECTOS ÉTICOS |

Conflito de Interesse

Solicita-se aos autores o envio de uma Declaração de Conflito de Interesse, assinada por todos os autores, para legitimar a idoneidade dos resultados do estudo submetido, conforme modelo a seguir:

Declaração de Conflito de Interesse

Eu, _____, autor responsável pelo manuscrito “_____”, declaro que nenhum dos autores deste estudo possui qualquer tipo de interesse abaixo descrito, ou outros que configurem o chamado Conflito de Interesse. Declaro que o manuscrito apresentado não recebeu qualquer suporte financeiro da indústria ou de outra fonte comercial e nem eu, nem os demais autores ou qualquer parente em primeiro grau possuímos interesses financeiros/outras no assunto abordado no manuscrito.

Em caso contrário, específico, abaixo, qualquer associação que possa representar um conflito de interesse que eu e/ou os demais autores ou seus parentes de primeiro grau tive(mos) nos últimos cinco anos com empresas privadas e/ou organizações, mesmo sem fins lucrativos — por exemplo: participação em inventos/desenvolvimento de *software*, aparelho, técnica de tratamento ou laboratorial, equipamentos, dispositivos ou tecnologias; participações e atividades de consultoria e/ou palestras; propriedade intelectual; participação acionária; situações de licenciamento de patentes etc.

Local, __/__/__. Assinatura(s): _____

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Os resultados de pesquisas que envolvam seres humanos, submetidos à RBPS, deverão estar de acordo com a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil e com os princípios éticos da Declaração de Helsinki (2000), além do atendimento a legislações específicas do País no qual a pesquisa foi realizada. Nos experimentos conduzidos com animais, devem

ser seguidos os guias da Instituição dos Conselhos Nacionais de Pesquisa sobre o uso e cuidado dos animais de laboratório.

Os estudos envolvendo seres humanos ou animais só serão publicados mediante o envio da cópia de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, Comitê de Ética em Pesquisa com Animais ou órgão equivalente.

Registro de Ensaios Clínicos

Manuscritos com resultados de pesquisas clínicas devem apresentar um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site: <<http://www.icmje.org/>>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Direitos Autorais

Solicita-se aos autores dos manuscritos submetidos à apreciação enviar à RBPS uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, contendo a assinatura de cada um dos autores, de acordo com o modelo apresentado a seguir:

Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais

Nós, abaixo assinados, transferimos todos os direitos autorais do manuscrito intitulado “_____” à Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. Declaramos, ainda, que o manuscrito é original e não está sendo considerado para publicação em outra revista, no formato impresso ou eletrônico. (Discriminar as funções de cada autor)

Exemplos:

(Nome do autor) realizou a aplicação do questionário, experimento clínico, correção e edição final.

(Nome do autor) realizou a busca bibliográfica, coletou dados e atuou na redação, correção e edição final.

Local, __/__/__. Assinatura(s): _____

PROCEDIMENTOS EDITORIAIS |

Na seleção de manuscritos para publicação, avaliam-se a originalidade, a relevância e a metodologia, além da adequação às normas editoriais adotadas pelo periódico.

Ao ser submetido à avaliação, o manuscrito é avaliado pela Secretaria para efetuar a análise inicial, observando se está em concordância com as normas de publicação da RBPS. Em seguida, o artigo é repassado aos editores científicos.

Os manuscritos só iniciarão o processo de tramitação se estiverem de acordo com as Diretrizes para Autores. Caso contrário, serão devolvidos para adequação às normas e inclusão de documentos eventualmente necessários.

Os editores científicos recebem os manuscritos enviados pelo editor-chefe, avaliam se estão em concordância com o escopo de publicação da RBPS e repassam aos editores associados.

Os editores associados recebem manuscritos científicos encaminhados pelos editores científicos e repassam a dois revisores *ad hoc*: um revisor vinculado a instituições localizadas no Estado do Espírito Santo ou em outros Estados, e o outro

revisor lotado obrigatoriamente em instituições localizadas fora do Espírito Santo ou fora do Brasil.

Os editores associados recebem as avaliações dos revisores *ad hoc*, elaboram parecer consubstanciado dos manuscritos científicos e remete-os aos editores científicos, num prazo máximo de 30 dias úteis.

O processo de avaliação por pares é o sistema de *blind review*, procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores, por isso os autores deverão empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito.

Os pareceres dos revisores comportam três possibilidades: a) aceito; b) aceito com restrições; c) recusado. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado.

Os manuscritos, quando aceitos, estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações que não alterem o estilo do autor. Essas eventuais modificações só ocorrerão após prévia consulta ao autor. No caso de aceite com restrições, a Secretaria devolverá o manuscrito aos autores para que façam as devidas alterações indicadas pelos revisores *ad hoc* e reapresentem para nova avaliação. Quando recusado, a Secretaria devolverá o manuscrito aos autores com a justificativa.

CONTEÚDO DAS SEÇÕES |

Os manuscritos enviados à RBPS devem ser redigidos no idioma português ou inglês e devem se enquadrar em uma das seções da revista, descritas a seguir:

1 - Editorial – comentário crítico e aprofundado, preparado pelos editores da Revista e/ou por pessoa convidada com notória vivência sobre o assunto abordado. Deve conter a estrutura de um texto dissertativo, com Introdução, Desenvolvimento, Conclusão e Referências.

2 - Artigos originais (perfazem mais de 80% da edição) – apresentam resultados inéditos de pesquisa epidemiológica, clínica ou experimental, entre outros. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

3 - Revisões sistemáticas – avaliação crítica sistematizada sobre determinado assunto, devendo ter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados – metodologia de busca, critérios de inclusão e exclusão, resultados e discussão – esclarecendo a delimitação do tema. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

4 - Relatos de casos – apresentação da experiência profissional, baseada em estudos de casos peculiares e/ou em novas técnicas, com comentários sucintos de interesse para a atuação de outros profissionais da área. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Relato(s) do(s) Caso(s), Discussão e Referências. Para relatos de técnicas: Introdução, Apresentação da Técnica, Conclusão e Referências.

APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO |

Os manuscritos deverão ser digitados em *Word for Windows* e enviados exclusivamente pelo Sistema On-line de Submissão de Manuscritos (<http://periodicos.ufes.br/RBPS/index>), acompanhados dos

documentos digitalizados: Declaração de Conflito de Interesse, Carta de Aprovação do Comitê de Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais.

As páginas do manuscrito devem estar numeradas e configuradas para papel A4, com margens superior, inferior, esquerda e direita de 3cm, fonte Arial tamanho 12 e espaço duplo, com alinhamento do texto justificado. O número de páginas está limitado a 25 e deve obedecer à configuração acima, incluindo Página de Rosto, Resumo, Abstract, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências, além de ilustrações (figuras, tabelas, quadros, gráficos, fotos etc.).

Página de rosto

Deverá ser enviada uma página de rosto contendo somente os seguintes itens: título do manuscrito em português e inglês e nome completo dos autores, informação sobre a afiliação dos autores (principal instituição de origem, cidade, estado e país), nome e endereço completo para correspondência, local em que o estudo foi realizado. Indicação do responsável pela troca de correspondência, fornecendo endereço completo (CEP, telefone e E-mail) para contato.

Devem ser incluídas na folha de rosto as fontes de financiamento para realização da pesquisa, tais como: bolsas de estudos e auxílios financeiros.

Resumo e Abstract

Os resumos devem possibilitar ao leitor avaliar o interesse do manuscrito e compor uma série coerente de frases, e não a simples enumeração de títulos, fornecendo, portanto, uma visão clara e concisa do conteúdo do manuscrito, suas conclusões significativas e a contribuição para a **saúde coletiva**. Deve conter, no máximo, 250 palavras e ser apresentado em português e inglês, incluindo palavras de estrutura (Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusão) e palavras-chave.

Palavras-chave e Keywords

São palavras ou expressões que identificam o conteúdo do manuscrito, fornecidas pelo próprio autor. Deverão ser seguidos os cabeçalhos de assuntos dos **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)**, em português e inglês, indicados pela Biblioteca Virtual em Saúde (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>).

Estrutura do texto

A estrutura do texto deverá estar de acordo com a natureza do manuscrito: Editorial, Artigos Originais, Revisões Sistemáticas, Relato de Casos.

ILUSTRAÇÕES |

As ilustrações e tabelas do manuscrito submetido à apreciação estão limitadas ao número máximo de **cinco**. No entanto, no caso de aceite do manuscrito, serão solicitados aos autores os arquivos originais em que as ilustrações e tabelas foram construídas a fim de permitir a formatação gráfica.

De acordo com a ABNT, NBR 14724, de 17 de março de 2011, “Qualquer que seja o tipo de ilustração [ou tabela], sua

identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título”. Os desenhos enviados poderão ser melhorados ou redesenhados pela produção da Revista, a critério do Corpo Editorial. Imagens fotográficas deverão ser apresentadas na forma de *slides* e em duplicata. Na falta destes, as fotografias em papel devem ser acompanhadas dos negativos que lhe deram origem. Imagens digitais poderão ser aceitas desde que sua captação primária tenha ocorrido, pelo menos, em tamanho (10cm x 15cm) e com resolução adequada (300 dpi). Muitas máquinas fotográficas digitais, comerciais ou semiprofissionais, não alcançam os parâmetros citados, portanto não se prestam a produzir imagens com qualidade profissional para reprodução. Desenhos e esquemas deverão ser limitados ao mínimo, feitos, preferencialmente, em *Corel Draw*, devendo ser fornecidos em formato digital junto com o arquivo do manuscrito e apresentados em folhas separadas. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução. Essa autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à apreciação para publicação. Todas as ilustrações e tabelas, sem exceção, devem ser citadas no corpo do texto e ser apresentadas em páginas separadas.

Agradecimentos

É opcional aos autores. Devem ser breves, diretos e dirigidos apenas a pessoas ou instituições que contribuíram substancialmente para a elaboração do manuscrito. Deverão estar dispostos no manuscrito antes das referências.

REFERÊNCIAS |

As referências estão limitadas a um número máximo de 30 (exceto para revisões sistemáticas) e devem ser apresentadas na ordem em que aparecem no texto, numeradas e normatizadas de acordo com o Estilo Vancouver. Os exemplos devem estar conforme os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação das referências no texto

Seguir o sistema numérico de citação, no qual somente os números índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Não devem ser citados os nomes dos autores e o ano de publicação. Somente é permitida a citação de nome de autores (seguido de número índice e ano de publicação do manuscrito) se estritamente necessário. Exemplos de citação de referências no texto:

- Números aleatórios

“O processamento é negligenciado pela maioria dos profissionais, chegando alguns autores a afirmar que cerca de 90% das falhas em radiografias acontecem na câmara escura”^{2,8,10}.

- Números aleatórios e sequenciais

“Desde que observações clínicas comprovaram que lesões de mancha branca são reversíveis, a remineralização passou a ser um importante mecanismo na prevenção e redução clínica das cáries em esmalte”¹⁻⁴.

- Citação de nome de autor

“Cassatly et al.² reportam um caso de osteomielite em uma paciente submetida à apicectomia com laser de Nd:YAG, que levou à necrose de parte da maxila, pela difusão do calor gerado ao tecido ósseo adjacente ao ápice radicular.”

Abreviaturas

Não são recomendáveis, exceto as reconhecidas pelo Sistema Internacional de Pesos e Medidas ou as consagradas nas publicações médicas, que deverão seguir as normas internacionais tradicionalmente em uso (aprovadas pelo documento de Montreal publicado no *British Medical Journal* 1979;1:532-5). Quando o número de abreviaturas for significativo, providenciar um glossário à parte.

Nomes de drogas

A utilização de nomes comerciais (marca registrada) não é recomendável; quando necessário, o nome do produto deverá vir após o nome genérico, entre parênteses, em caixa-alta-e-baixa, seguido pelo símbolo que caracteriza a marca registrada, em sobrescrito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS |

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a sua conformidade em relação a todos os itens aqui listados. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

Toda a correspondência deve ser enviada à Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Avenida Marechal Campos, n. 1468, Maruípe, Vitória, Espírito Santo, Brasil, Cep: 29040-090. E-mail: rbps.ccs@ufes.br



Universidade Federal do Espírito Santo
Excelência em Ensino Superior desde 1961