

DÊCIÊNCIA EM FOCO



SAÚDE, AMBIENTE E CIDADANIA:
INTERDISCIPLINARIDADE NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO.

ASSOCIADO A

 **ABEC**
BRASIL
Associação Brasileira de Editores Científicos

DÊCIÊNCIA EM FOCO: revista de Publicação Científica da UNINORTE, UNIRON e FGN – v.3 n.2 (Jul/Dez 2019). – Rio Branco, Acre, Brasil.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Dirigentes Institucionais

Fábio Ricardo Leite

Reitor

Ailton Martins Melo

Vice-Reitor

Kátia Cristina Dotto Gasparini

Pró-Reitora Administrativa e Fianceira

Vanessa Vogliotti Igami

Pró-Reitora Acadêmica

Indira Maria Kitamura

Pró-Reitora de Relacionamento de Mercado

Lucinéia Scramin Alves

Secretária Geral

UNIDADES

UNIRON

Alexandre Porto

Diretora de Unidade

FGN FORTALEZA

Pedro Ricardo Vogliotti

Diretor de Unidade

FGN SALVADOR

Marcus Vinicius Esteves do Nascimento

Diretor de Unidade

Silvia Santos da Silva Gonçalves

Diretora de Unidade

Campus Cidade Universitária

BR 364, Km 02, Alameda Hungria, 200 - bairro: Jardim Europa II

CEP: 69.915-497 - Rio Branco - Acre

Editora Geral:

Eufrasia Santos Cadorin

Editores de Seção:

Douglas José Angel

Marck de Souza Torres

Editor de Layout:

Vander Magalhães Nicacio

Editora de Sistema:

Érica Cristine de Oliveira Carvalho Wertz

Revisores:

João Batista de Souza

Jair Alves Maia

Comunicação:

Rosilene Henrique Pereira

Corpo Editorial:

Adônidias Feitosa Rodrigues Junior

Adriano Iurconvite

Aylana de Souza Belchior

Cleber Ronald Inácio dos Santos

Douglas José Angel

Giselle Lopes de Moraes

Gustavo de Souza Moretti

Jair Alves Maia

João Rafael Valentim Silva

Juliano Raimundo Cavalcante

Lília Raquel Fé da Silva

Lucyana Oliveira de Melo

Maithê Blaya Leite

Mariane Andriani Scarpellini

Mediã Barbosa Figueiredo

Natacha Varjão Volpati

Natalia da Silva Freitas Marques

Patrícia Merly Martinelli

Ricardo de Araújo Marques

Rodrigo Eufrásio de Freitas

Ruth Helena Pimenta Fujimoto

Ruth Silva Lima da Costa

Siomary Cintia dos Santos Benevides

Thais Blaya Leite Gregolis

Williane Tibúrcio Facundes

EDITORIAL

SAÚDE, AMBIENTE E CIDADANIA: A INTERDISCIPLINARIDADE NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

A sociedade moderna tem experimentado transformações em uma velocidade que, por vezes, sequer conseguimos acompanhá-las.

Vivenciamos, a quarta revolução industrial - Indústria 4.0 -, que tem como características a necessidade de desenvolver a inteligência emocional, a inovação, a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade.

A multidisciplinaridade caracterizada pelo esforço conjunto dos professores em torno de temas comuns, na ideia de justaposição de disciplinas¹; interdisciplinaridade, caracterizada por uma conceituação comum, orgânica, entre as várias disciplinas².

O volume de informações geradas em razão da revolução industrial nos conduz a reflexão do nível de conhecimento que está sendo gerado e de que forma estamos, enquanto sociedade, aptos e preparados para absorver esse conhecimento.

Esses volumes de informações nas mais diversas áreas do saber precisam ser construídos, e por vezes o são, a partir da interdisciplinaridade cada vez mais necessária nas as diversas áreas do conhecimento.

Nesse sentido, fica cristalino que a interdisciplinaridade é o fio condutor para que a construção do conhecimento possa ter a imprescindível solidez que se busca naquilo que efetivamente deve ser tratado como conhecimento científico.

Ao tratarmos de temas como saúde, ambiente e cidadania, evidencia-se a necessidade de interdisciplinaridade.

À guisa de exemplo, imaginemos que estejamos a estudar um equipamento que possa injetar no corpo humano um chip que, sem a necessidade de coleta de sangue, possa proporcionar a informação de todos os exames que hoje necessitam da coleta de sangue (se é que não já está sendo testado?). De que forma este equipamento influenciaria a saúde das pessoas? De que forma o meio ambiente sofreria impacto por causa do equipamento? Com o equipamento poderíamos proporcionar uma inclusão social daquelas pessoas que não têm condições de arcar com custos de exames médicos e, portanto, proporcionar cidadania para essas pessoas?

É de se observar que a interdisciplinaridade exige a presença de diversos atores, de diversas áreas do conhecimento, de modo que juntos, cada um com seu saber, possam produzir o conhecimento que nos será transmitido.

O papel de todos aqueles que amam o conhecimento, o desafio, o aprender a aprender é, cada vez mais, se apoiar na interdisciplinaridade na busca por uma sociedade com mais liberdade, igualdade e fraternidade.

Paz e Luz!

Juliano Raimundo Cavalcante

Coordenador do Núcleo de Educação a Distância
Centro Universitário Uninorte
Doutor em Saúde Pública (USP)

REFERÊNCIAS

1. FOLLARI, R. A. Algumas considerações práticas sobre interdisciplinaridade. In: BIANCHETTI, L., JANTSCH, A. **Interdisciplinaridade**: para além da filosofia do sujeito. Petrópolis: Vozes. 1995.
2. ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. II (1-2), 1997.

SÍFILIS EM GESTANTES: AVALIAÇÃO DO NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS NO ACRE EM 2016 - 2017

SYPHILIS IN PREGNANT WOMEN: EVALUATION OF NUMBER OF CASES NOTIFIED IN ACRE 2016 - 2017

Ruth Silva Lima da Costa^{1*}, Heloína Moreira Santos², Elania da Silva Borges², Hérica Sena Pessoa².

1. Enfermagem. Secretaria Estadual de Saúde do Acre. Centro Universitário Uninorte. Rio Branco, Ac, Brasil
2. Enfermagem. Centro Universitário Uninorte. Rio Branco, Ac. Brasil.

***Autor Correspondente:** ruttilyma@gmail.com

RESUMO

Introdução: A sífilis é uma doença grave, causada pelo *Treponema Pallidum* e transmitida por via sexual, hematogênica ou por transmissão vertical, durante qualquer período da gestação. O seu rastreio e tratamento é oferecido gratuitamente a todas as gestantes que realizam o pré-natal, porém representa ainda um desafio em saúde pública tendo em que vista que as taxas de morbidade materna, a infecção congênita e a mortalidade perinatal pela doença ainda permanecem altas. **Objetivo:** Avaliar o número de casos notificados de sífilis em gestantes no Acre em 2016 - 2017. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, exploratório, de abordagem quantitativa, com coleta de dados no Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Resultados:** Os resultados apontam que no estado do Acre, no período de estudo, foram notificados 698 casos de sífilis em gestantes, sendo 354 casos em 2016 e 344 ocorrências em 2017. Quanto à idade, a maioria delas encontravam-se na faixa etária de 20 a 39 anos com 443 (63,4%), seguido das gestantes adolescentes entre 15 a 19 anos com 229 (32,8%). Frente à realização das consultas de pré-natal, no ano de 2016, 337 (51%) realizaram o acompanhamento, e no ano de 2017, 322 (41%) delas também compareceram às consultas. No que diz respeito à classificação clínica da infecção, a sífilis primária foi a mais prevalente, com (460) 65,9% dos casos **Conclusão:** A sífilis gestacional continua sendo uma realidade no Acre. Evidencia-se a necessidade da melhoria nos serviços de saúde no sentido de oportunizar a identificação e o tratamento precoce, correto e propício da sífilis entre as gestantes e seus parceiros sexuais, principalmente no que se refere à melhoria na atenção ao pré-natal. Estratégias direcionadas para essas populações podem ser consideradas como ponto inicial do processo para redução da transmissão da doença.

Palavras-chave: Doença de Notificação Compulsória; Gravidez; *Treponema Pallidum*.

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is a serious disease caused by *Treponema Pallidum* and transmitted sexually, hematogenously or by vertical transmission during any period of pregnancy. Screening and treatment are offered free of charge to all prenatal pregnant women, but it is still a public health challenge, given that maternal morbidity, congenital infection and perinatal mortality rates are still high. **Objective:** To evaluate the number of reported cases of syphilis in pregnant women in Acre in 2016 - 2017. **Methods:** This is a cross-sectional, exploratory, quantitative approach study with data collection from the Department of

Informatics of the Unified Health System (DATASUS). **Results:** The results indicate that in the state of Acre, during the study period, 698 cases of syphilis in pregnant women were reported, of which 354 cases in 2016 and 344 occurrences in 2017. Regarding age, most of them were in the age group. 20 to 39 years old with 443 (63.4%), followed by pregnant women between 15 and 19 years old with 229 (32.8%). In view of the prenatal consultations, in 2016, 337 (51%) followed-up, and in 2017, 322 (41%) of them also attended the consultations. According to the clinical classification of the infection, primary syphilis was the most prevalent with (460) 65.9% of the cases. **Conclusion:** Gestational syphilis remains a reality in Acre. It is evident the need for improvement in health services in order to enable the identification and early, correct and favorable treatment of syphilis among pregnant women and their sexual partners, especially with regard to improved prenatal care. Strategies aimed at these populations can be considered as the starting point of the process to reduce disease transmission.

Keywords: Compulsory Notification Disease; Pregnancy; *Treponema Pallidum*

INTRODUÇÃO

No Brasil, nos últimos cinco anos observou-se um aumento contínuo no número de casos de sífilis. Somente em 2016 foram notificados 37.436 casos em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita. Durante o período gestacional, esses números vêm aumentando a cada ano, pois em 2017 a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 21,4/1.000 nascidos vivos^{1, 2}. O estado do Acre encontra-se em segundo lugar no Brasil em número de casos em gestantes, com taxas de detecção superiores à da média nacional, com 37,8 casos para cada mil nascidos vivos².

A Sífilis é uma doença infecciosa sistêmica de evolução crônica, causada pelo *Treponema Pallidum*, de transmissão sexual, vertical e sanguínea. Fatores relevantes na transmissibilidade da sífilis podem estar relacionados a aspectos sociais, biológicos, culturais e comportamentais que influenciam a

ocorrência da doença na população. O diagnóstico laboratorial é de extrema importância e, às vezes, se torna a única maneira de identificá-la³.

Ela pode ser transmitida ao feto durante toda a gestação, cursando com infecção congênita evitável se a gestante for triada precoce e adequadamente, caso contrário pode levar a prejuízos permanentes ao recém-nascido⁴. Os principais motivos que determinam a probabilidade dessa transmissão são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto intra-útero⁵.

A infecção pela sífilis é dividida em estágios com base nos achados clínicos e orientam o tratamento e monitoramento: Sífilis Recente (primária, secundária e latente recente): menos de dois anos de evolução, Sífilis Tardia (latente tardia e terciária): mais de dois anos de evolução⁶.

Essa doença pode ser evitada e tratada precocemente com recursos disponíveis na assistência pré-natal,

através de um acompanhamento mais efetivo junto a essa gestante, porém dados do Ministério da Saúde demonstram que há graves falhas dessa assistência, com oportunidades perdidas no diagnóstico precoce e tratamento durante as consultas, uma vez que no ano de 2009, 75,5% das gestantes notificadas do país haviam recebido assistência pré-natal, mas apenas 55,4% tiveram diagnóstico de sífilis na gestação e a maioria dos seus parceiros não recebeu tratamento^{7, 8}.

Mediante o exposto, o presente estudo objetivo avaliar o número de casos notificados de sífilis em gestantes no Acre em 2016 - 2017.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, de abordagem quantitativa. O levantamento de dados ocorreu no mês de setembro de 2018 através do Departamento de informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, tabulados a partir do TABNET.

A amostra foi composta por todos os casos notificados de sífilis em gestantes no Acre entre 2016 e 2017, e as variáveis utilizadas para a pesquisa foram: ano do diagnóstico, faixa etária, número de consultas de pré-natal, classificação clínica

da doença. Foram excluídos os casos notificados fora do período de estudo.

Os dados quantificados foram apresentados em frequência absoluta e percentual. Foram demonstrados em forma de tabelas e gráficos de acordo com as variáveis existentes. Os valores encontrados foram arredondados em porcentagem aproximada. Para a produção dos gráficos e tabelas foi utilizada a ferramenta do Microsoft Office Excel 2010.

O trabalho não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP local, por se tratar de estudo em fontes secundárias e não se enquadrar dentro da legislação do CONEP/MS, Resolução de 466/2012.

RESULTADOS

A partir da coleta de dados, evidenciou-se que, no período de estudo, foram notificados 698 casos de sífilis em gestantes no estado do Acre. Desses, a partir da análise da tabela 1, observa-se que no ano de 2016 foram notificados 354 casos de sífilis em gestantes e no ano de 2017 foram 344 casos, demonstrando que a doença apresenta uma tendência de permanência.

Tabela 01: Casos Notificados de Sífilis em gestantes no estado do Acre por ano de diagnóstico entre 2016 e 2017.

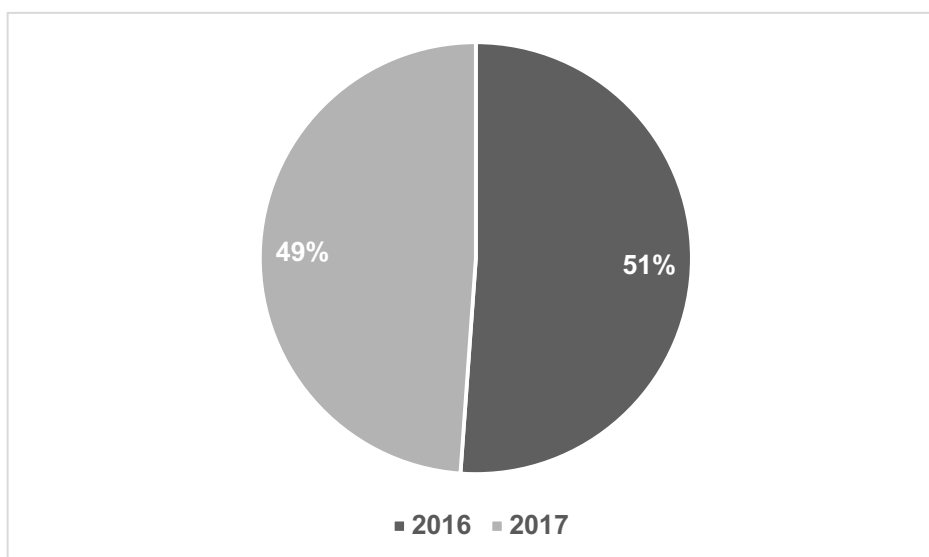
Ano de Diagnóstico	Casos Notificados
2016	354
2017	344
TOTAL	698

Fonte: DATASUS/TABNET, 2018.

Observa-se no gráfico 01, ante a realização das consultas de pré-natal, que no ano de 2016, 337 (51%) das gestantes notificadas com sífilis realizaram o pré-natal, e no ano de 2017, 322 (41%) delas também realizaram as consultas de acompanhamento. Identificou-se que em

2017 houve uma pequena redução na frequência das gestantes nas consultas de pré-natal, fato preocupante, pois é durante as consultas que surgem as oportunidades do diagnóstico precoce e tratamento oportuno da doença, bem como dos seus parceiros.

Gráfico 01: Percentual de consultas de pré-natal em gestantes notificadas com sífilis no estado do Acre, nos anos de 2016 e 2017.

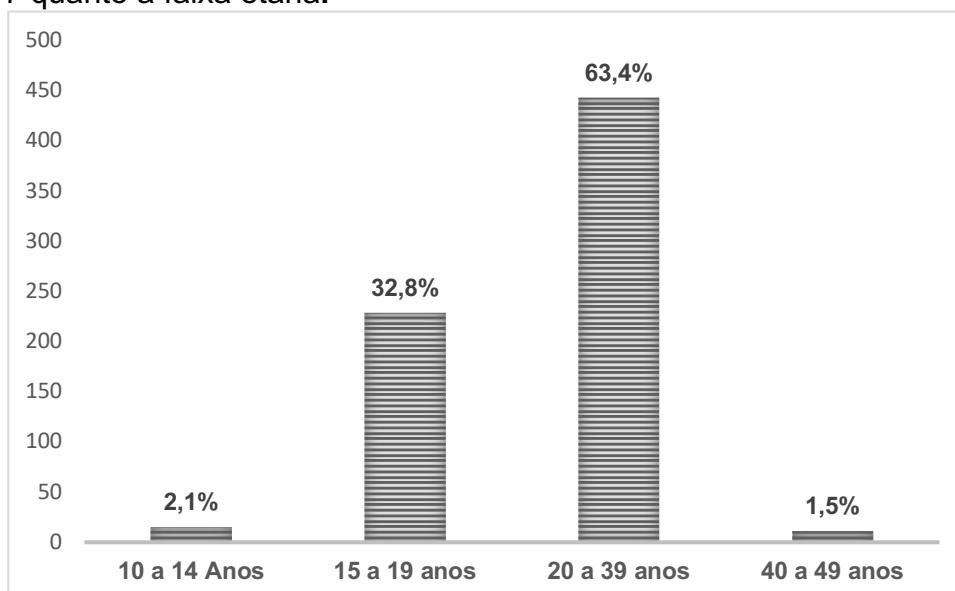


Fonte: DATASUS/TABNET, 2018.

No que se refere ao percentual de gestantes diagnosticadas com sífilis por faixa etária, o gráfico 2 evidencia que a maioria se encontrava na faixa de 20 a 39

anos, com 443 (63,4%), seguido das gestantes adolescentes entre 15 e 19 anos com 229 (32,8%).

Gráfico 02: Número de gestantes notificadas com sífilis no estado do Acre, nos anos de 2016 e 2017 quanto à faixa etária.



Fonte: DATASUS/TABNET, 2018.

O gráfico 03 apresenta os casos de sífilis na gestação quanto à classificação clínica, onde os casos mais frequentes foram de sífilis primária 460(65,9%) dos

casos, seguida pela sífilis terciária 98 (14,0%), evidenciando assim que a infecção nas gestantes era recente.

Gráfico 03: Percentual de gestantes notificadas com sífilis no estado do Acre nos anos de 2016 e 2017 quanto à Classificação Clínica.



Fonte: DATASUS/TABNET, 2018.

DISCUSSÃO

A ocorrência de casos de sífilis gestacional (SG) no Acre, vem ao encontro

de resultados de outros estudos que encontraram resultados semelhantes, uma vez que um estudo realizado por Cardoso e

colaboradores⁹, identificou um total de 350 casos de SG nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil, confirmando que a doença continua sendo uma realidade entre as gestantes.

A notificação da doença é de extrema importância e revela-se indispensável para o seu controle, porquanto ela viabiliza a investigação e o acompanhamento dos casos, além de garantir o tratamento oportuno da mulher e seu parceiro. Por outro lado, a falta de informações adequadas sobre a ocorrência de casos acarreta falhas no planejamento das ações de saúde e visibilidade do problema por parte dos órgãos gestores nas 3 esferas de governo¹⁰.

Sem a notificação dos casos suspeitos, não há possibilidade da realização do tratamento adequado, seja para a gestante ou para o bebê, aumentando assim os casos de eventos decorrentes da doença. Sendo assim, investir em vigilância epidemiológica é o primeiro passo para controlar a reemergência da sífilis¹¹.

A notificação deve ser realizada durante o pré-natal, pois trata-se de uma ferramenta útil para o planejamento das ações programáticas de prevenção e assistência, porém a cobertura de triagem para a sífilis permanece em um patamar considerado baixo para o que se espera. No Brasil a notificação atinge somente 32% dos

casos de sífilis no período gestacional e 17,4% de sífilis congênita¹².

Frente à realização do acompanhamento pré-natal evidenciado no gráfico 01, nossos achados corroboram com o resultado encontrado por Araújo *et al.*¹³, que realizou um estudo com puerperas na Maternidade da Fundação Santa Casa no Pará, que evidenciou que das 46 mães com diagnóstico de sífilis, 36 (78,3%) tiveram acesso à assistência pré-natal, evidenciando de certa forma que houveram falhas na assistência ao pré-natal, já que o diagnóstico oportuno da sífilis na gravidez é o principal desafio para o controle da doença na mãe e também para a redução da sífilis congênita¹⁴.

Estudos que vêm sendo realizados ao longo do tempo, apontam falhas na assistência pré-natal relativas ao controle de sífilis na gestação, com oportunidades perdidas no diagnóstico e tratamento adequado^{15,16}.

O pré-natal geralmente é o único acesso aos serviços de saúde que a gestante procura e deve ser encarado pelo profissional como uma oportunidade ímpar para a implementação das ações preventivas de saúde¹⁷.

Concernentemente à faixa etária, os achados de Nonato, Melo e Guimarães¹⁸, que buscaram evidenciar a sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte - MG,

evidenciaram que a idade mediana das gestantes diagnosticadas foi de 25 anos, com predomínio daquelas com 20 a 29 anos (51,6%), corroborando com os nossos resultados.

Nossos achados ainda evidenciam um número expressivo de casos entre mães adolescentes, (gráfico 02), com 32,8% e chama-se atenção para esse resultado, o que pode ser explicado pela vulnerabilidade da população adolescente, que pode estar mais exposta às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), visto que é uma fase de imaturidade etária, emocional e cognitiva, além de um período de descobertas e de grande influência de grupos sociais, o que pode levar à baixa assiduidade das gestantes adolescentes ao pré-natal para o diagnóstico e tratamento adequado¹¹.

Frente à classificação clínica da doença, nossos achados corroboram com o encontrado por estudo de Cavalcante e colaboradores¹⁹, que demonstrou que a maioria dos casos foi classificado como sífilis primária/secundária com 47,3%, e também com os resultados de Mesquita²⁰, onde num período de janeiro de 2006 a dezembro de 2010 a classificação mais frequente também foi de sífilis primária.

Chama-se atenção para esse fato, pois a transmissibilidade da doença torna-se maior quando a mulher apresenta sífilis

primária ou secundária durante a gestação²¹.

A sífilis primária ocorre após três semanas de exposição; há o aparecimento de úlcera, única, medindo entre 0,3 e 3,0 cm, indolor, no local da inoculação, com resolução espontânea em três a seis semanas, sendo assim, o risco de transmissão na gestação varia de acordo com o estágio da infecção materna e da idade gestacional em que ocorre a exposição fetal, podendo chegar de 70 a 100% nos casos de sífilis recente e 30 a 40% nos casos de sífilis tardia^{22, 23}.

É possível realizar o diagnóstico e tratamento precoce da sífilis gestacional e assim evitar a sífilis congênita, através do cuidado pré-natal disponível e acessível para a população de maior risco, ou seja, mulheres jovens e adolescentes, sem parceiro fixo, com múltiplos parceiros e/ou que não utilizam proteção durante o ato sexual, e as que pertencem a grupos desfavorecidos do ponto de vista socioeconômico. Frente a isso, devem ser levados em consideração na elaboração de estratégias universais direcionadas à prevenção e controle da doença por parte dos gestores em saúde²⁴.

Esta pesquisa apresentou algumas limitações que merecem ser mencionadas, no que se refere ao uso de dados secundários, que não permitem ao pesquisador controlar possíveis erros

decorrentes de digitação e de registro, além de possíveis subnotificações. Apesar disto, acredita-se que, por se tratar de dados nacionais oficiais e de preenchimento obrigatório no serviço de saúde, os dados coletados permitiram o alcance dos objetivos propostos no presente estudo.

CONCLUSÃO

Estes resultados expressam que a sífilis gestacional continua sendo uma realidade no Acre e evidenciam a necessidade da melhoria nos serviços de saúde no sentido de oportunizar a identificação e no tratamento precoce, correto e propício da sífilis para as gestantes e seus parceiros sexuais, principalmente no que se refere à qualidade da atenção ao pré-natal. Estratégias direcionadas para essas populações podem ser consideradas o ponto inicial do processo para redução da transmissão da doença.

Os achados apontam ainda para a importância de maiores investimentos em saúde, para a melhoria da qualidade da assistência pré-natal, considerando que a prevenção consiste no manejo adequado da infecção na gestante, nos seus parceiros e no recém-nascido.

Chama-se atenção também para a necessidade da realização de ações educativas e mais elucidativas sobre a doença e os riscos que ela oferece, além da necessidade do incentivo ao desenvolvimento de pesquisas, que

analisem o manejo atual da Sífilis em gestantes, com objetivo de minimizar a transmissão e os danos decorrentes da infecção.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, v. 48, n. 36, p. 1-44, 2017.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial**. Número Especial | Ano V – nº 01. Out. 2019.
3. PINTO, V. M. *et al.* Prevalência de Sífilis e fatores associados à população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido. **Revista Brasileira de Epidemiologia**., v. 17, n. 2, p. 341-354, 2014.
4. DOBSON, S.R.; KAPLAN, S.L.; WEISMAN, L.E. Congenital syphilis: Clinical features and diagnosis. **Up to date**. P.1- 44, 2017.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso**. p. 1-180, 2007.
6. WHO. Guidelines for the Treatment of *Treponema pallidum* (Syphilis). Geneva: World Health Organization. **PubMed** PMID: 27631046. 2016
7. DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1341-1351, 2013.

8. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Boletim Epidemiológico Aids-DST 2010**, v 7, n 1, p. 45-47. 2010.
9. CARDOSO, A. R. P. *et al.* Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v. 23, n.2, p.563-574, 2018.
10. SOARES, B. G. M. R *et al.* Perfil das Notificações de Casos de Sífilis Gestacional e Sífilis Congênita, **Sanaré**, v. 16, n. 02, p. 51-59, 2017.
11. PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R.; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, e 3019, 2018.
12. CAMPOS, A. L. A.; ARAÚJO, M. A. L.; MELO, S. P.; GONÇALVES, M. L., C. Epidemiology of gestational syphilis in Fortaleza, Ceará State, Brazil: na uncontrolled disease. **Caderno Saúde Pública. [Internet]**, v. 26 n. 9, p.1747-1755, 2010.
13. ARAUJO, E. C. *et al.* Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. **Rev. Para. Med.**, v. 20, n. 1, p. 47-51, 2006.
14. BLENCOWE, H. *et al.* Lives saved tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. **BMC Public Health**, v.11 (Suppl3), p.9, 2011.
15. DOMINGUES, R. M. S. *et al.* Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde pública**, v. 47, n. 1, p.147-57, 2013.
16. RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C.; CÉSAR, C. C. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. **Revista de Saúde pública**, v. 42, n. 5, p.851-8, 2008 DOI:10.1590/S0034-8910200800050001
17. RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007.
18. . NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARAES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte - MG, 2010-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015.
19. CAVALCANTE, P. A. M.; PEREIRA, R. B. L.; CASTRO, J. G. D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 2, p. 255-264, 2017.
20. MESQUITA, K. O. Perfil Epidemiológico dos Casos de Sífilis em Gestante no Município de Sobral, Ceará, de 2006 a 2010. **Sanaré**, v. 11, n. 1, p. 13-17, 2012.
21. MAGALHÃES, D. M. S. *et al.* A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Com. Ciências Saúde**, v. 22, n. 1, p. 543-554, 2011.
22. KENT, M. E.; ROMANELLI, F. Reexamining syphilis: an update on epidemiology, clinical manifestations, and management. **Ann Pharmacother**, v. 42, n. 2, p.226-36, 2008.

23. Nascimento, M. I. *et al.* Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 2, p. 56-62, 2012.

24. MACEDO, V. C. *et al.* Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, p. 78, 2017.

CASOS NOTIFICADOS DE HANSENÍASE NO ESTADO DO ACRE NO ANO DE 2017

REPORTED CASES OF LEPROSY IN THE STATE OF ACRE IN THE YEAR OF 2017

Ruth Silva Lima da Costa ¹ *, Francisca Apolônia Sampaio da Cruz Pinto ², Maria Valéria da Silva².

1. Enfermagem. Secretaria Estadual de Saúde do Acre. Centro Universitário Uninorte. Rio Branco, AC. Brasil
2. Enfermagem. Centro Universitário Uninorte. Rio Branco, AC. Brasil.

***Autor Correspondente:** ruttilyma@gmail.com

RESUMO

Introdução: A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica, de evolução lenta, que apresenta sinais e sintomas dermatológicos e neurológicos, acomete principalmente a pele e os nervos periféricos e atualmente representa um sério problema de saúde pública no Brasil devido a ainda apresentar altos índices de incidência e prevalência. **Objetivo:** Evidenciar os casos notificados de Hanseníase no estado do Acre no ano de 2017. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, exploratório, de abordagem quantitativa, com coleta de dados no Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Resultados:** No ano de 2017 foram notificados 162 casos novos de hanseníase no Acre, destes a maioria ocorreu no município de Rio Branco com 6 (38%) dos casos, seguido por Cruzeiro do Sul, que apresentou 19(12%) notificações. Quanto à forma clínica, houve prevalência do tipo Dimorfa com 91(56%), seguida do tipo Tuberculoide com 36(22%), sendo que a forma Virchowiana representou 29(8%) das ocorrências. Entre os notificados, as faixas etárias mais prevalentes foram as entre 20-34 e 35-49 anos, que corresponderam ambas a 43(27%) dos casos. Frente à classificação diagnóstica, houve a prevalência do tipo multibacilar com 122(75%) dos casos. No que se refere à presença de lesões cutâneas, não foram evidenciadas em 104(65%) deles e frente ao modo de detecção 53(40%) foram detectados oriundos de encaminhamentos para a realização do exame. **Conclusão:** Os achados reforçam a necessidade da continuidade das ações voltadas para a promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento precoce da doença, uma vez que ela continua acometendo a população, principalmente em idade economicamente ativa.

Palavras-chave: Hanseníase, Doença de Notificação Compulsória *Mycobacterium leprae*.

ABSTRACT

Introduction: Leprosy is a chronic, contagious, slowly evolving infectious disease that has dermatological and neurological signs and symptoms, mainly affects the skin and peripheral nerves and currently represents a serious public health problem in Brazil due to its high incidence and prevalence rates. **Objective:** To highlight reported cases of leprosy in the state of Acre in 2017. **Method:** This is a cross-sectional, exploratory, quantitative approach, with data collection from the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS). **Results:** In 2017, 162 new cases of leprosy were reported in Acre, most of them occurred in the city of Rio Branco with 62 (38%) cases, followed by Cruzeiro do Sul

who presented 19(12%) notifications. Regarding the clinical form, there was a prevalence of Dimorfa type with 91(56%), followed by Tuberculoid type with 36(22%), and Virchowian form represented 29(8%) of the occurrences. Among those notified, the most prevalent age groups were between 20-34 and 35-49 years old, which corresponded to 43(27%) cases. Regarding the diagnostic classification, there was a prevalence of multibacillary type with 122(75%) cases. Regarding the presence of skin lesions, they were not evidenced in 104(65%) of them and in face of the detection mode 53(40%) were detected from referrals for the exam. **Conclusion:** The findings reinforce the need for continuity of actions aimed at the promotion, prevention, diagnosis and early treatment of the disease, since it continues to affect the population, especially in economically active age.

Keywords: Leprosy, Compulsory Notification Disease, *Mycobacterium leprae*.

INTRODUÇÃO

No Brasil o termo hanseníase é recente e foi dado pela historiadora Dilma Cabral quando desenvolveu sua tese de doutorado cujo tema foi lepra, medicina e políticas de saúde no Brasil (1894-1934). Durante anos esta doença foi chamada de lepra e somente após a publicação e divulgação da investigação de Dilma o termo hanseníase começou a ser difundido. Entretanto, no Brasil, somente em 2010 é que a Organização Mundial de Saúde a incluiu entre as doenças transmissíveis e substituiu o termo lepra por hanseníase¹.

Atualmente a hanseníase é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil e em países em desenvolvimento. Dentre os principais agravantes que envolvem qualquer doença de origem socioeconômica, ressalta-se a repercussão psicológica gerada pelas incapacidades físicas, advindas da doença. Por sua vez estas incapacidades constituem-se, na realidade, a grande causa do estigma e

isolamento do portador da doença na sociedade².

Dependendo da intensidade das incapacidades e deformidades ocasionadas pela hanseníase, estas podem acarretar problemas para o portador e acabam limitando-o em suas atividades diárias, tais como a diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, sendo responsáveis, também, pelo estigma e preconceito contra a enfermidade³.

A doença pode ser transmitida através das vias aéreas superiores, através do contato prolongado de pacientes bacilíferos não tratados, com indivíduos suscetíveis à bactéria, gerando o adoecimento. Esta patologia tem ação prolongada, atingindo principalmente a população menos desfavorecida, principalmente homens em idade reprodutiva e economicamente ativos, estando presente em todas as regiões brasileiras⁴.

Os autores Arantes *et al.*⁴ ao avaliarem os serviços de saúde em relação

ao diagnóstico precoce da hanseníase no Brasil constataram que o país é o maior responsável pela endemia no continente americano e está entre os 12 países que registraram 90% dos casos no mundo. Tais dados fazem com que o Brasil ocupe o primeiro lugar em incidência e prevalência entre os três países que ainda não conseguiram eliminar a doença no mundo⁵.

Devido à magnitude do problema, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou, em 2010, a meta de eliminar a Hanseníase no mundo até 2015, reduzindo a prevalência para menos de 1 caso a cada 10.000 habitantes. Essa meta foi atendida em todos os países e, novos objetivos foram definidos: reduzir para zero, o número de crianças com diagnóstico e deformidades visíveis; diminuir a taxa de incidência para menos de 1 caso para cada 1.000 habitantes, e ainda, não haver países que permitam a discriminação de portadores da doença⁶.

Portanto, a realização do estudo justifica-se pelo fato da doença ainda afetar milhares de pessoas a cada ano, sendo de grande importância epidemiológica, pois ainda deixa muitas pessoas incapacitadas de forma permanente, além de limitações sociais e emocionais pelo estigma associado à doença, sendo necessário o estabelecimento de estratégias eficazes para o controle e eliminação da mesma⁷.

Nesse sentido, o presente estudo visa

evidenciar os casos notificados de hanseníase no estado do Acre no ano de 2017.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, de abordagem quantitativa. O levantamento de dados ocorreu no mês de setembro de 2018 através do Departamento de Informação do SUS – DATASUS, tabulados a partir do TABNET, utilizando os dados de casos notificados de hanseníase no estado do Acre no ano de 2017.

A amostra foi composta por 162 casos e as variáveis utilizadas para a pesquisa foram: município de ocorrência, gênero, faixa etária, classificação diagnóstica, formas clínicas, presença de lesões cutâneas e o modo de detecção da doença. Foram excluídos os casos notificados fora do período de estudo.

Os dados quantificados foram apresentados em frequência absoluta e percentual. Foram demonstrados em forma de tabelas e gráficos de acordo com as variáveis existentes. Os valores encontrados foram arredondados em porcentagem aproximada. Para a produção dos gráficos foi utilizada a ferramenta do Microsoft Office Excel 2010.

O trabalho não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP local, por tratar-se de estudo em fontes secundárias e não se enquadrar dentro da

legislação do CONEP/MS, Resolução de 466/2012.

RESULTADOS

No período de estudo foram notificados 162 casos novos de hanseníase no estado do Acre. A categorização da amostra sob os parâmetros de município de ocorrência, gênero, faixa etária, classificação diagnóstica, formas clínicas, presença de lesões cutâneas e o modo de detecção da

doença, estão evidenciados em gráficos e tabelas abaixo.

Através dos dados apresentados na tabela 01, observa-se que o município de Rio Branco notificou o maior quantitativo de casos de hanseníase no período, com 62 (38%) dos casos; seguido por Cruzeiro do Sul, 19 (22%); Tarauacá, 14 (8%) e Feijó, 8 (5%), evidenciando dessa forma que a doença ainda continua sendo incidente no estado do Acre.

Tabela 01: Casos notificados de Hanseníase no estado do Acre em 2017 quanto aos parâmetros de município de ocorrência.

MUNICIPIO	N	(%)
Assis Brasil	6	4%
Brasiléia	4	2%
Capixaba	4	2%
Cruzeiro do Sul	19	22%
Epitaciolândia	6	4%
Feijó	8	5%
Jordão	1	1%
Mâncio Lima	2	1%
Manoel Urbano	2	1%
Marechal Thaumaturgo	1	1%
Plácido de Castro	1	1%
Porto Acre	7	4%
Porto Walter	3	2%
Rio Branco	62	38%
Rodrigues Alves	3	2%
Sena Madureira	7	4%
Senador Guiomard	5	3%
Tarauacá	14	8%
Xapuri	7	4%
TOTAL	162	100%

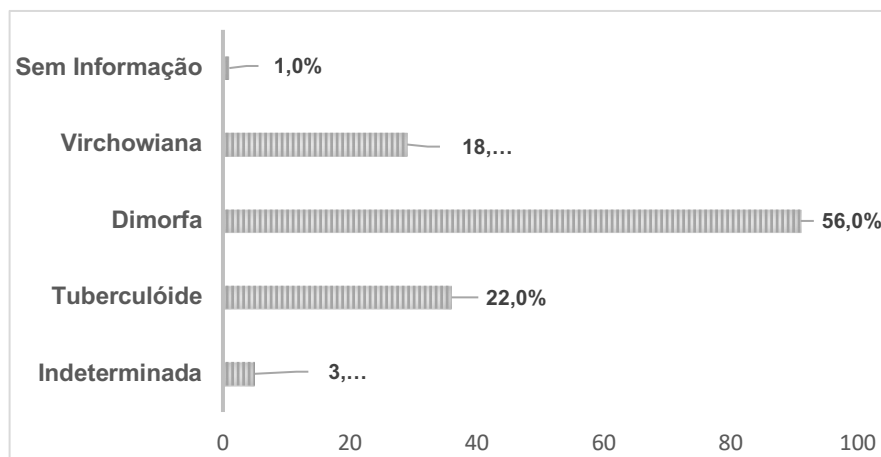
Fonte: DATASUS/TABNET, 2018.

Concernente aos dados evidenciados no gráfico 01, observa-se que, dentre os casos notificados quanto à forma clínica, houve a predominância do tipo Dimorfa,

com 91(56%), seguida do tipo Tuberculoide, com 36(22%). A forma clínica Virchowiana representou 29 (18%) dos casos e a do tipo Indeterminada representou (5)3% destes, e em (1%) não

foi possível ser classificado, devido ao fato de a informação sob a sua forma clínica não se encontrar disponível no sistema.

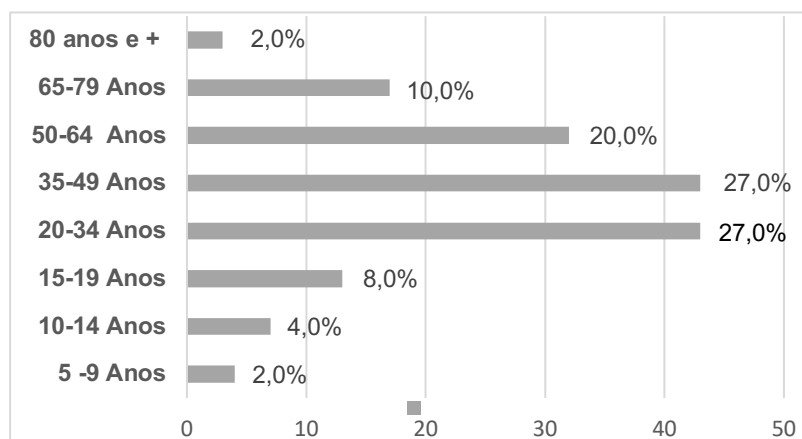
Gráfico 1: Casos notificados de hanseníase no Estado do Acre em 2017 quanto à forma clínica.



Fonte: DATASUS/TABNET, 2018.

No gráfico 02, observa-se que, quanto à faixa etária, a maioria dos indivíduos notificados encontravam-se nas faixas etárias entre 20 - 34 e 35 - 49 anos, as quais corresponderam a (43) 27% das ocorrências em ambas as faixas.

Gráfico 02: Casos notificados de hanseníase no estado do Acre em 2017 quanto à faixa etária.

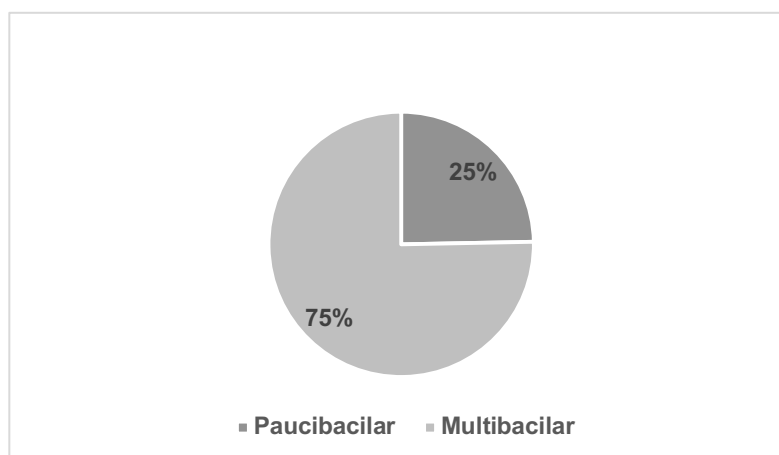


Fonte: DATASUS/TABNET, 2018.

Através dos dados demonstrados no gráfico 03, observa-se que 122 (75%) dos casos notificados corresponderam ao tipo

de classificação diagnóstica multibacilar, enquanto a classificação paucibacilar representou 40 (25%) dos casos.

Gráfico 03: Casos notificados de hanseníase no estado do Acre em 2017 quanto às formas de classificação diagnóstica.

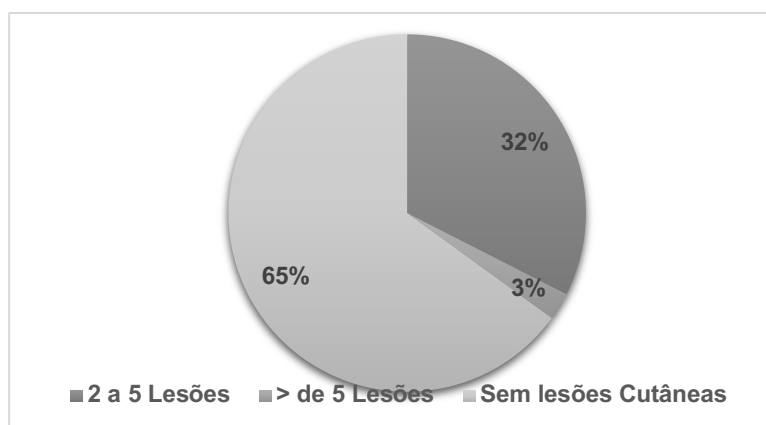


Fonte: DATASUS/TABNET, 2018.

Conforme observado no gráfico 04, no que se refere aos casos notificados quanto a presença de lesões cutâneas,

evidenciou-se que a maioria 104 (65%) não apresentava lesões cutâneas e que 52 (32%) tinham de 2 a 5 lesões.

Gráfico 04: Casos notificados de Hanseníase no estado do Acre em 2017 quanto à presença de lesões cutâneas.

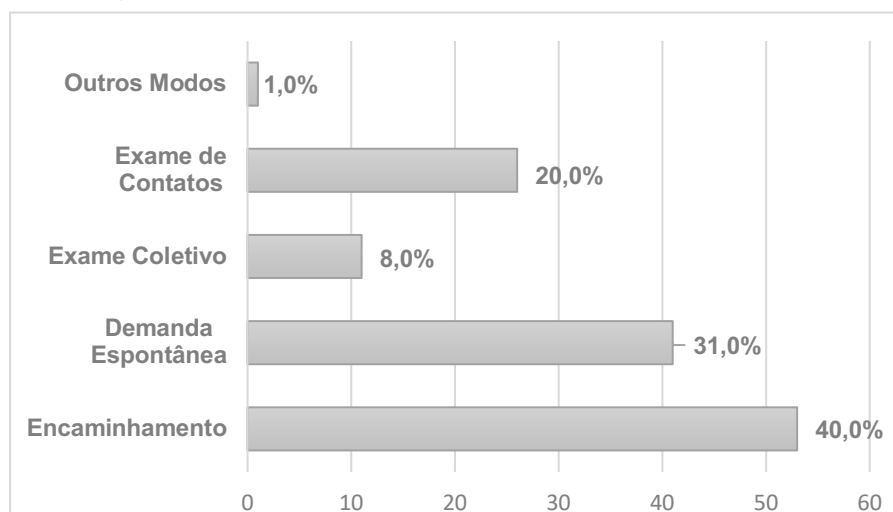


Fonte: DATASUS/TABNET, 2018.

Com base nos dados apresentados no gráfico 05, observa-se que a maior parte dos casos foi detectado através de encaminhamentos para a realização do exame 53 (40%), seguido de demanda

espontânea que representou 41 (31%) das ocorrências, enquanto os casos notificados a partir de exame de contatos representaram 26(20%).

Gráfico 05: Casos notificados de Hanseníase no estado do Acre em 2017 quanto ao modo de detecção da doença.



Fonte: DATASUS/TABNET, 2018.

DISCUSSÃO

Concernente aos achados do presente estudo, referente aos municípios de ocorrência, os resultados demonstrados na Tabela 01 encontram-se em consonância com um estudo realizado por Santos *et al.*⁸, no qual se buscou analisar a evolução da distribuição geográfica das ocorrências de hanseníase no estado do Maranhão, entre os anos de 2013 e 2015, onde se identificou o registro de 1.879 casos, evidenciando-se que a hanseníase continua sendo uma doença com tendência de persistência naquela *loco* região.

Estudo realizado no Acre por Silva *et al.*⁹ sobre a situação epidemiológica da hanseníase no período de 2004 a 2012, evidenciou que foram registrados 2.691 casos da doença, os quais apresentaram altos coeficientes, atingindo valores de 3.33/10.000 habitantes durante o período de 2004 e 2006, e de 76,75/100.000 habitantes respectivamente, corroborando com os nossos achados uma vez que a ocorrência da doença continua no estado.

Frente à forma clínica dos casos notificados, um estudo realizado no estado de Mato Grosso por Ferreira, Ignotti e Gamba¹⁰, objetivou comparar as características clínico-laboratoriais da doença, revelou a predominância da forma clínica Dimorfa entre os indivíduos acometidos, assim como o estudo realizado por Sarmiento *et al.*¹¹, que, ao avaliar o perfil epidemiológico da hanseníase no município de Montes Claros

(MG), no período de 2009 a 2013, identificou um alto percentual de casos com diagnóstico da doença na forma clínica Dimorfa, em consonância com os nossos achados.

Um estudo desenvolvido por Lima e Aguilar¹² que investigou o perfil epidemiológico da hanseníase em um município do estado de Minas Gerais, evidenciou que, entre os indivíduos notificados, houve uma prevalência maior naqueles que se encontravam na faixa etária entre 31 - 45 anos. Dado semelhante foi comprovado no estudo de Santos *et al.*¹³ que demonstrou que a maioria dos pacientes notificados estavam na faixa etária entre 35 - 49 anos, corroborando com os nossos resultados, sugerindo que a maioria dos pacientes foram acometidos com a patologia na fase economicamente ativa da vida.

Mediante as formas de classificação diagnóstica, o estudo desenvolvido por Lobo e colaboradores¹⁴ buscou investigar a prevalência, de pacientes diagnosticados com hanseníase e detectou que a classificação diagnóstica paucibacilar apresentou maior prevalência com 75% dos casos notificados, divergindo dos resultados encontrados no presente estudo, uma vez que nossos achados evidenciaram a maior prevalência da forma multibacilar entre os notificados (gráfico 03).

Sobre isso, esse dado torna-se preocupante, pois a transmissibilidade da doença ocorre através do contato com portadores multibacilares, porquanto eles apresentam uma elevada carga bacilar e podem eliminar o bacilo no meio exterior. Sendo assim, a informação sobre a classificação do doente quanto à forma clínica da doença é fundamental para se selecionar o esquema de tratamento adequado ao seu caso.¹⁵ Nesse sentido, os casos multibacilares possuem maiores chances de apresentar incapacidades físicas, em relação aos casos paucibacilares, devido a sua alta carga bacilar e necessitam de maior atenção por parte dos profissionais de saúde¹⁶.

No presente estudo, foi evidenciado (gráfico 04) que, frente ao número de lesões cutâneas, a maior parte dos pacientes não apresentava manifestações clínicas das mesmas, o que evidencia um fato positivo, pois indica que a doença foi diagnosticada na sua fase inicial. Esses achados divergem do estudo de Oliveira e Colaboradores¹⁷ que, ao caracterizar clínica e epidemiologicamente a hanseníase na macrorregião de Barbacena - MG e determinar a frequência e os graus de incapacidade física dos hansenianos, identificou que houve predomínio de indivíduos notificados com até cinco lesões cutâneas entre os 114 prontuários analisados.

No que concerne ao modo de detecção da doença, os resultados encontrados por Paciência *et al.*¹⁸ e também por Lopes e Pereira¹⁹ evidenciaram a demanda espontânea como o modo mais frequente de detecção, esses achados estão em discordância com os resultados do presente estudo que demonstrou que o encaminhamento para exames foi a principal forma de detecção, porém por sua vez o estudo realizado por Gomes e Calado²⁰, ao analisar o modo de detecção da hanseníase na Paraíba no período de 2006 a 2016, observou que do total de casos novos de hanseníase 53% também foram através de encaminhamentos.

Esta pesquisa apresentou algumas limitações que merecem ser mencionadas, no que se refere ao uso de dados secundários, que não permitem ao pesquisador controlar possíveis erros decorrentes de digitação e de registro, além de possíveis subnotificações. Apesar disto, acredita-se que, por se tratar de dados nacionais oficiais e de preenchimento obrigatório no serviço de saúde, os dados coletados permitiram o alcance dos objetivos propostos no presente estudo.

CONCLUSÃO

No presente estudo, identificou-se que casos novos de hanseníase continuam sendo diagnosticados no Acre.

Os achados reforçam a necessidade da intensificação das ações voltadas para a promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento precoce da doença, uma vez que ela ainda continua acometendo indivíduos, principalmente em idade economicamente ativa. Essas ações, se realizadas de maneira eficaz, podem evitar as incapacidades e deformidades causadas pela patologia, já vez que o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno são elementos-chave para cessar a transmissão, prevenindo incapacidades.

REFERÊNCIAS

1. FARIA, L. A hanseníase e sua história no Brasil: a história de um “flagelo nacional”. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.22, n.4, p.1491-1495. 2015.
2. FREITAS, C. A. S. L. *et al.* Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase no Território da Estratégia da Saúde da Família: percepções de enfermeiro e pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.6, n. 61, p. 983-990, 2008.
3. DUARTE C. *et al.* Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 6, n.1, p. 767-773, 2008.
4. BRASIL. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico operacional**. Ministério da Saúde,

- Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 60p. 2016.
5. ARANTES, C.K. *et al.* Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiologia Serviço e Saúde**, v.19, n.2, p.155-164, 2010.
 6. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia Global para Hanseníase 2016–2020**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2016.
 7. PINHEIRO, M. G. C. *et al.* Conhecimento sobre prevenção de incapacidades em um grupo de autocuidado em hanseníase. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v.18, n.4, p.895-900, 2014.
 8. SANTOS, G. R. B. *et al.* Prevalência de hanseníase em São Luís–Maranhão entre os anos de 2013 a 2015. **J. Nurs. Health**. v.8, n.2, p.188-208, 2018.
 9. SILVA, M. S. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase no estado do acre: estudo retrospectivo. **Hansen Int.** v.39, n.2, p.19-26, 2014.
 10. FERREIRA, S. M. B.; IGNOTTI, E.; GAMBA, M. A. Características clínico-laboratoriais no retratamento por recidiva em hanseníase. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 3, p. 573-581,2012.
 11. SARMENTO, A. P. A *et al.* Perfil epidemiológico da hanseníase no período de 2009 a 2013 no município de Montes Claros (MG). **Revista Sociedade Brasileira Clínica e Médica**, v.13, n.3, p.4-180, 2015.
 12. LIMA, M. M.; AGUILAR, A. M. M. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município de Minas Gerais: Uma análise retrospectiva. **Rev. Pre. Infec e Saúde**. v.1, n.3, p.1-9, 2015.
 13. SANTOS, D. A. S. *et al.* Prevalência de casos de Hanseníase. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Recife, v.11, n.10, p. 404-555, 2017.
 14. LOBO, J. R. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase através de exame de contato no município de Campos dos Goytacazes, RJ. **Revista Sociedade Brasileira Clínica de Medica**. v.9, n.4, p. 28-37, 2011.
 15. TEIXEIRA, M. A. G.; SILVEIRA, V. M.; FRANCA, E. R. Características epidemiológicas e clínicas das reações hansênicas em indivíduos paucibacilares e multibacilares, atendidos em dois centros de referência para hanseníase, na Cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 43, n. 3, p. 287-292, 2010
 16. DE OLIVEIRA, M. A *et al.* Caráter clínico-epidemiológico e grau de incapacidade física nos portadores de hanseníase no município de Barbacena–MG e macrorregião no período de 2001 a 2010. **Rev Med Minas Gerais**, v. 24. N. 4, p. 486-494, 2014.
 17. MONTEIRO, L. D. *et al.* Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 909- 920, 2013.
 18. PACIENCIA, G. P. *et al.* Caracterização do perfil dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Vilhena – Rondônia.

- Revista Rede de Cuidados em Saúde.** v.10, n.3, p.1982-6451, 2016.
19. LOPES, D. A. C.; PEREIRA, L.G. Análise da incidência de hanseníase no município de Juína no período de 2004 a 2013. **Rev. Saúde AJES.** v.1, n.2, p. 190-201, 2015.
20. GOMES, K. K. L. CALADO, A. M. C. **Análise do modo de detecção da hanseníase na Paraíba (2006-2016).** 6º CONGREFIP. Disponível em < https://www.editorarealize.com.br/revistas/congrefip/trabalhos/Trabalho_Ev069_Md4_Sa3_Id658_28032017195959.pdf f> Acesso em: 05 out. 2018.

EDENTULISMO PARCIAL: CONSEQUÊNCIAS BIOPSISSOCIAIS EM ADULTOS E IDOSOS EM RIO BRANCO – ACRE EM 2019.

PARTIAL EDENTULISM: BIOPSYCHOSOCIAL CONSEQUENCES IN ADULTS AND ELDERLY PEOPLE IN RIO BRANCO – ACRE IN 2019.

Ana Carolina Almeida Pena¹, Drisana Nogueira Vera dos Santos¹, Gabriela Bezerra Rocha^{1*}, Thainá Jacinta Carvalho¹, Eufrasia Santos Cadornin², Italla Maria Pinheiro Bezerra³

1. Odontologia. Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil
2. Docente do Centro Universitário Uninorte. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, AC, Brasil.
3. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, Vitória, ES, Brasil.

***Autor correspondente:** gabrielar393@gmail.com

RESUMO

Introdução: O edentulismo é caracterizado pela perda parcial ou total dos elementos dentários nos indivíduos, influenciando o cotidiano da vida das pessoas, em seus aspectos biopsicossociais. **Objetivo:** Avaliar os impactos biopsicossociais causados pela perda precoce dos dentes anteriores. **Método:** Pesquisa de campo de natureza descritiva, com abordagem qualitativa. Foram incluídos na amostra 15 usuários das Unidades de Referência da Atenção Primária no município de Rio Branco-Acre. A coleta de dados foi realizada no período de março a abril de 2019. Para organização e análise dos dados, o estudo foi orientado pela técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** As evidências demonstram que na percepção de adultos e idosos, a perda precoce dos elementos dentários está relacionada a doença cárie, uso de antibióticos e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. O edentulismo afetou negativamente a autoestima, relações interpessoais, além das consequências biológicas como a dificuldade na mastigação. **Conclusão:** As perdas dos dentes anteriores causam vários problemas biopsicossociais, tais como problemas na mastigação, isolamento social, vergonha de sorrir e sentimento de tristeza, que poderiam ser evitados com promoção e prevenção de saúde bucal.

Palavras-chaves: Edentulismo. Causas. Consequências.

ABSTRACT

Introduction: Edentulism is characterized by partial or total loss of dental elements in individuals, influencing the daily life of people, in their biopsychosocial aspects. **Objective:** To evaluate the biopsychosocial impacts caused by the early loss of the anterior teeth. **Method:** Field research of descriptive nature, with qualitative approach. A total of 15 users of Primary Care Reference Units were included in Rio Branco-Acre municipality. Data collection was performed from March to April 2019. For data organization and analysis, the study was guided by the Bardin Content Analysis technique. **Results:** Evidence shows that in the perception of adults and the elderly, early loss of dental elements is related to caries disease, use of antibiotics and difficulties in accessing health services. Edentulism negatively affected self-esteem, interpersonal relationships, and biological consequences such as difficulty in chewing. **Conclusion:** Loss of anterior teeth causes several biopsychosocial problems, such as problems in chewing, social isolation, shame of smiling and feelings of sadness, which could be avoided with promotion and prevention of oral health.

Keywords: Edentulism. Causes. Consequences.

INTRODUÇÃO

O edentulismo, caracterizado pela perda total ou parcial dos dentes, pode ser considerado como um dos principais problemas de saúde bucal, refletindo na qualidade das condições de saúde da população de um determinado local, evidenciando o acesso aos serviços de saúde bucal e as práticas predominantes¹. Os impactos nocivos na vida das pessoas afetadas desafiam a saúde pública, pois o edentulismo traz como consequências, não só problemas de saúde e estéticos, mas também psicológicos e sociais².

No Brasil, a média nacional de número de dentes perdidos para o grupo etário de 35 a 44 anos é de 7,4 sendo que a média de Rio Branco é a maior do Brasil, com 13,6³. A perda precoce de dentes anteriores, influenciam nos aspectos biopsicossociais das pessoas, compreendendo o corpo como um sistema biológico que é afetado por vários aspectos, dentre eles, a religião, a ocupação, o grupo familiar, a classe e outros intervenientes sociais e culturais².

Nesse contexto, é necessário considerar que a boca desempenha funções biológicas como a mastigação, além de funções sociais como falar, sorrir e comunicar, possibilitando proximidade e intimidade nas relações sociais cotidianas,

sendo instrumento de comunicação externa⁴.

O estudo se propôs a identificar os problemas biopsicossociais ocasionados pelo o Edentulismo Parcial em adultos e idosos atendidos nas Unidades de Referência da Atenção Primária (URAP) no município de Rio Branco-Acre no ano de 2019, na perspectiva destes usuários, possibilitando a compreensão das adversidades causadas à sociedade edêntula, problemas estes que, algumas vezes não são considerados quando do atendimento odontológico, minimizando um dos princípios essenciais do Sistema Único de Saúde, a integralidade da atenção.

MATERIAL E MÉTODO

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Refere-se a uma pesquisa de campo de natureza aplicada e abordagem qualitativa, buscando compreender os impactos biopsicossociais decorrentes do edentulismo parcial em adultos e idosos em Rio Branco – Acre.

A pesquisa foi orientada segundo as diretrizes internacional de acordo dos critérios consolidados para pesquisa qualitativa (COREQ), observando os 32 itens do checklist (Anexo I).

CENÁRIO DA PESQUISA

Desenvolvida no município de Rio Branco – Acre, no período de março a abril de 2019, a pesquisa foi realizada com os usuários adultos e idosos que realizaram atendimento odontológico nas Unidades de Referência da Atenção Primária (URAP) da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA).

PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os sujeitos de pesquisa incluídos na amostra selecionados por conveniência, amostra não probabilística ou intencional. Os critérios de inclusão foram adultos e idosos com perda dos elementos dentários anteriores. Foram excluídos os usuários com edentulismo total, perda de um ou mais elementos na região posterior ou usuários com a dentição completa. Aplicados os critérios de inclusão, foram entrevistados 15 usuários, distribuídos nas sete unidades de referência, considerando a saturação nas falas.

COLETA DE DADOS

As entrevistas foram realizadas nas unidades de saúde, onde os dados foram coletados individualmente em espaço reservado com a presença do sujeito da pesquisa e o pesquisador, com duração média de 15 a 30 minutos, com o uso de

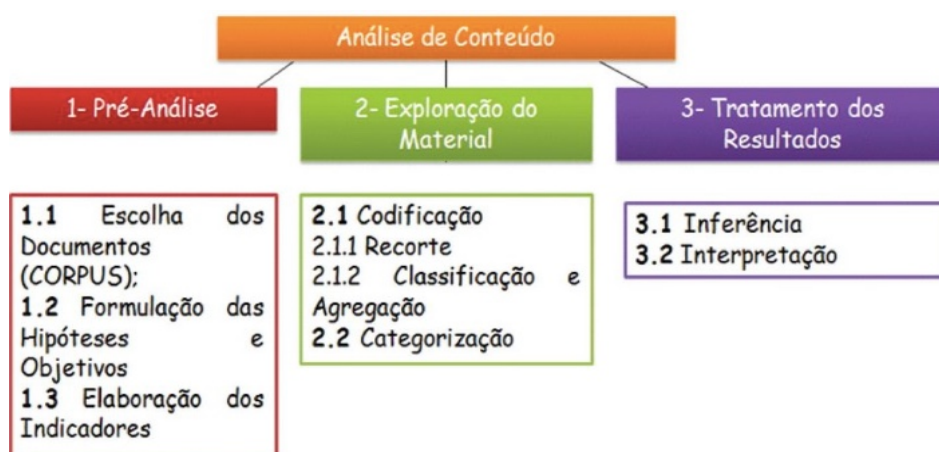
gravador, além do diário de campo para registros durante e após a entrevista, as quais foram realizadas pelas então acadêmicas por Ana Carolina Almeida Pena, Drisana Nogueira Veras dos Santos, Gabriela Bezerra Rocha, Thainá Jacinta Carvalho, acadêmicas do curso de bacharelado em Odontologia, sob supervisão da professora Ma. Eufrasia Santos Cadorin, orientadora da pesquisa, as quais foram responsáveis pela transcrição e codificação do material.

Previamente ao início da coleta de dados, a equipe de pesquisa foi qualificada para a realização das entrevistas e tratamento dos dados, por meio de uma oficina desenvolvida no Laboratório de Práticas de Pesquisa Científica do Centro Universitário Uninorte, onde foram abordadas as técnicas e procedimentos a serem utilizados, considerando o método de estudo proposto.

PROCEDIMENTOS DE ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Como método para organização e interpretação optou-se pela Análise de Conteúdo proposta por Bardin⁵ (figura 1), a qual envolve um conjunto de técnicas de análise temática das comunicações.

Figura 1: Passos metodológicos da Análise de Conteúdo fundamentada por Bardin.



Fonte: Researchgate.net (2018).

As entrevistas foram transcritas e organizadas, pelas acadêmicas, seguindo rigorosamente as etapas da técnica, quais sejam a pré-análise, exploração e codificação do material e tratamento e interpretação dos resultados, assim compreendidas:⁵

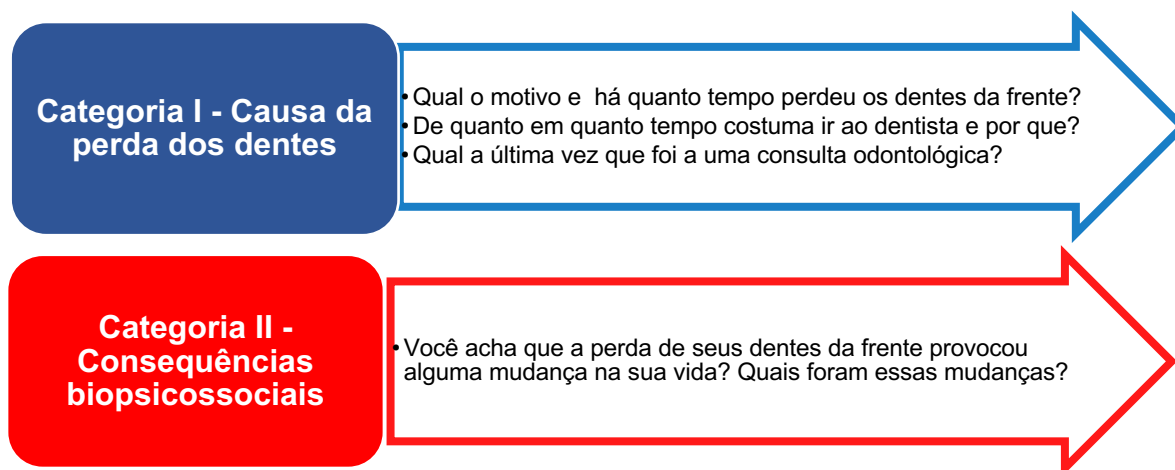
- (1) Pré-análise: fase da organização propriamente dita, que permite a sistematização inicial das ideias para formulação de hipóteses e objetivos para a interpretação final. Nesta fase, foi realizada a leitura flutuante e constituição do **CORPUS**.
- (2) Exploração do material: consiste na codificação, decomposição e enumeração, considerando as regras previamente formuladas.

- (3) Tratamento dos resultados e interpretação: os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos, para posteriores inferências.

Preparação do *CORPUS* do estudo

O material gravado nas entrevistas foi transcrito na sua totalidade, incluindo todos os elementos das falas seguindo as questões norteadoras do roteiro de entrevistas. A seguir as entrevistas foram consolidadas e organizadas em quadros no programa *Microsoft Word*, correlacionado as questões aos objetivos iniciais propostos no estudo, os quais originaram as pré-categorias temáticas, a partir da leitura flutuante, conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2: Fluxograma com as pré-categorias temáticas e questões norteadoras da pesquisa. Rio Branco, Acre. Brasil. 2019.



O **CORPUS** do estudo é entendido como um conjunto de documentos expostos à análise para as inferências, com os fragmentos de alguns depoimentos, os quais são, apresentados na Tabela 01. O estudo foi orientado pelos seguintes objetivos: 1) Identificar o perfil sócio demográfico dos pacientes com perdas dos dentes anteriores; 2) Descrever as causas da perda de dentes anteriores nos

pacientes do estudo; e 3) Avaliar as consequências biopsicossociais da perda de dentes anteriores, os quais determinaram duas categorias temáticas analisadas no estudo, além da caracterização dos participantes do estudo. Para garantir o sigilo dos participantes das pesquisas, foi utilizado o código (U) seguido de um número que corresponde à ordem de transcrição das entrevistas.

Tabela 1: *Corpus* do estudo: fragmentos dos depoimentos dos participantes da pesquisa, relacionados às categorias temáticas. Rio Branco, Acre. Brasil. 2019.

Corpus do estudo referente ao objetivo: Descrever as causas da perda de dentes anteriores.	Corpus do estudo referente ao objetivo: Avaliar as consequências biopsicossociais da perda de dentes anteriores.
<i>“é porque assim começava a chupar bombom né, ai foi furando um e eu não fui procurar o posto ne, ai foi estragando um e depois o outro ne, ai fui adiando e eu não cuidei né, ai foi caindo, ai foi agravando [...]” (U 01)</i>	<i>“muitas, vishe maria Deus me livre, muita muita mesma, e eu to aqui que se possível eu nem saia de dia só de noite. A autoestima fica baixa, tenho vergonha de sair de casa, eu saio de casa só de noite.” (U 01)</i>
<i>“[...] não porque eu quis arrancar tudo pra por a chapa, o dente estava feio, ele foi ficando mole e furado” (U 04)</i>	<i>“muito complicado, faz uma falta muito grande, muito difícil você se adaptar com isso, por mais que a gente troque sempre não é a mesma coisa, as vezes da vergonha de sorrir e escorregar ne” (U 05)</i>

“[...] olha como a gente morou muitos anos no interior, não tinha a possibilidade para o tratamento, ai quando eu vim pra cidade não dava mais pra cuidar. (U 05)

“todos os dentes prejudicou, com certeza. Ah, tristeza porque fica feio né? A pessoa ficar tão bonita, ter os dentes tão bonitos, saudável, tão lindo ne?.” (U 08)

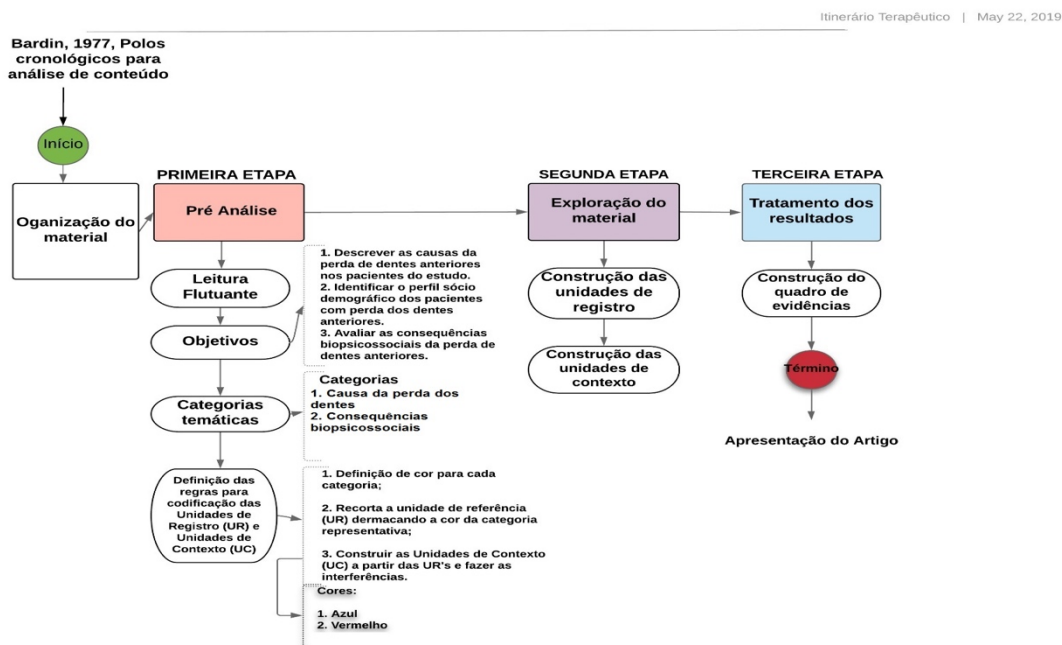
“mas foi por conta da droga né, eu usei droga por muito tempo, comecei com 16 anos e vim parar agora tem 2 anos e meio [...] (U 14)

“mesmo, ficou muito esquisito. Na verdade, os meus dentes a metade deles são todos pela metade né? devido o uso de muita droga, eu mordia e eles são muito sensíveis, ai ficou tudo pela metade, foi muito triste quando eles ficaram assim. Sinto, na verdade pelos de cima não, porque tenho uma “peça”, mas os de baixo da pra ver que é desigual” (U 14)

Considerando as etapas da análise de conteúdo, foi construído o fluxograma do estudo, que apresenta todo o processo da Análise de Conteúdo de Bardin,

relacionando os objetivos do estudo às categorias temáticas definidas e apresentando as regras utilizadas na codificação das unidades (Figura 3).

Figura 3: Fluxograma da Pesquisa. Rio Branco, Acre. Brasil. 2019.



Fonte: Adaptado de SILVA et al.⁶ (2019).

Primeira etapa da análise de conteúdo: pré-análise

Com a definição dos objetivos traçados e as categorias temáticas,

estabelecidas as regras de análise, a seguir apresentadas:

Definição de cor/Recorte das Unidades de Registro: para a codificação das Unidades de Registro (UR) e Unidades

de Contexto (UC), foram definidas as cores: azul para a Categoria I e vermelho para a categoria II, e as regras de enumeração, sendo assim concluída a etapa da pré-análise.

A Unidade de Registro compreende a unidade de codificação que corresponde ao segmento do conteúdo, podendo ser uma palavra, tema ou frase, enquanto que a Unidade de Contexto se refere a unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem para que se possa interpretar o significado desta, nesse foram definidas as

Unidades de Registro (UR's) e Unidades de Contexto (UC's) do presente estudo.

Segunda etapa da análise de conteúdo: exploração do material da pesquisa.

Com a aplicação das regras foi possível então identificar as Unidades de Registro (UR's) presentes nos depoimentos, sendo estas trabalhadas de forma a dar os significados para construção das Unidades de Contexto (UC's) para cada categoria, as quais são apresentadas na Tabela 2, de acordo com a compreensão dos sujeitos da pesquisa

Tabela 2: Unidades de registro, unidades de contexto e categorias analíticas segundo técnica de Bardin. Rio Branco, Acre, Brasil, 2019.

Unidades de Registro (UR)	Unidades de Contexto (UC)	Categorias Temáticas
Tinha uns 23; mais de 20; mais de 30; ixe, faz tempo faz tempo, ta com uns 20 anos; faz muito tempo, uns 15; arranquei esses "tudinho" há um tempo desse; vish, desde nova, tomei muito antibiótico; olha eu tinha mais ou menos uns 19 anos; hmmm, agora tu me pegou; tem bastante tempo (risos), eu tinha uns 40; foi estragando, um eu tirei sem estar estragado. começou a doer; de 30 até os 40; há 5; começava a chupar bombom né, ai foi furando um e eu não fui procurar o posto ne, ai foi estragando; porque doía; eu quis arrancar tudo pra por a chapa, o dente estava feio, ele foi ficando mole e furado; olha como a gente morou muitos anos no interior, ai quando eu vim pra cidade não dava mais pra cuidar; furou, ai eu disse pra arrancar logo; tomei muito antibiótico; porque ele começou a ficar assim com aquelas cariezinhas e aí eu não tinha muita orientação e mandei arrancar; maninha acho que é porque antigamente ninguém zelava os dentes como hoje em dia; eu morava no seringal né, não tinha dentista nem nada; porque eu tenho problema de osso; mas foi por conta da droga né; rapaz estragou, estragou na base de uns 4, aí eu arranquei e pra não ficar só aquele pedaço de chapa mandei arrancar o resto.	A perda dos dentes está relacionada a fatores extrínsecos que levam ao desenvolvimento da doença cárie, sendo estes: alimentação, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, falta de informação, hábitos culturais, uso de drogas ilícitas e problemas de saúde como osteoporose. Com relação ao tempo da perda dos elementos anteriores, a variação foi de cinco a quarenta anos.	Causas do Edentulismo.

Vishe maria Deus me livre, muita muita muita mesmo, e eu to aqui que se possível eu nem saia de dia só de noite, a autoestima fica baixa, tenho vergonha; não, nenhuma mudança; da vergonha de sorrir se a prótese for frouxa e cair né, fiquei um pouco de vergonha quando eu fiquei banguela né; muito complicado, faz uma falta muito grande, muito difícil você se adaptar com isso, as vezes da vergonha de sorrir e escorregar ne; todos os dentes prejudicou, com certeza. Ah, tristeza porque fica feio né? A pessoa ficar tão bonita, ter os dentes tão bonitos, saudável, tão lindo ne?; demais, é uma dificuldade pra comer tudo, porque é na frente que a gente morde né, quando eu vou rir coloco a mão aqui; ai, claro “fia”. Pra comer ficou difícil né? Pra acostumar. Pra se adaptar a dentadura, aí fica difícil; ah, com certeza ne. Eu descascava castanha no dente hoje em dia não faço mais isso, senti sim muita vergonha; incomodou bastante; Sinto, na verdade pelos de cima não, porque tenho uma “peça”, mas os debaixo da pra ver que é desigual; o porém da mudança de dentes é que não tem nada como os dentes originais da gente né, se tivesse com os meus dentes originais é uma coisa, agora com “chapa” fica mais difícil porque você não pode ta comendo certas coisas.

As consequências do edentulismo são a baixa autoestima, vergonha de sair e de sorrir, dificuldade de adaptação, tristeza, dificuldade para se alimentar e fazer algumas coisas que antes faziam como descascar alimentos com os dentes. Porém, alguns descrevem que não sentiram mudanças pois substituíram por próteses.

Consequências Biopsicossociais

Terceira etapa da análise de conteúdo: tratamento dos resultados do material da pesquisa.

A última fase correspondente ao método do estudo, se refere ao tratamento dos resultados categorizados e organizados nas UR`s e UC`s, para a elaboração das evidências, as quais após construídas, são apresentadas no quadro de evidências.

ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNINORTE, sob o número CAAE: 06828819.8.0000.8028, tendo sido aprovado em 01 de março de 2019, com o parecer número 3.180.110,

observando os preceitos e normas que envolvem a Ética em Pesquisas dispostas nas Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016.

Na abordagem inicial dos possíveis sujeitos da pesquisa, as pesquisadoras orientaram quanto aos objetivos do estudo, seus riscos e benefícios, bem como o contato dos pesquisadores. Após os esclarecimentos, os usuários foram convidados a participar da pesquisa, sendo que aqueles que concordaram livremente, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permanecendo com uma cópia.

Por se tratar de um estudo para elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso no bacharelado em Odontologia, a pesquisa foi financiada, com recursos dos pesquisadores.

Os pesquisadores declaram a inexistência de conflitos de interesses e que os resultados do estudo serão encaminhando ao Comitê de Ética em Pesquisa e à Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco – Acre, para subsidiar intervenções para o enfrentamento do problema.

RESULTADOS

O Edentulismo traz consequências importantes para a vida das pessoas, afetando negativamente suas relações e cotidiano, situação essa identificada logo na primeira abordagem, quando alguns participantes demonstram desconfiança e vergonha ao responder as questões do estudo.

Inicialmente tem-se a caracterização dos participantes, seguida das evidências do estudo, buscando compreender os sentidos da perda precoce dos dentes anteriores na perspectiva de usuários que realizaram atendimento odontológico nas unidades básica de saúde no município de Rio Branco.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A pesquisa envolveu 15 usuários entrevistados em sete Unidades de Referência da Atenção Primária (URAP) da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), destes, 10 foram do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Com relação a faixa etária, uma pessoa situava-se entre 20 a 39 anos e uma entre 70 a 79 anos, quatro estavam na faixa etária de 50 a 59 anos e quatro entre 60 a 69 anos, e cinco pessoas entre 40 a 49 anos.

Com relação ao perfil socioeconômico dos 15 entrevistados, observaram-se os seguintes aspectos. No que se refere à renda, dois relataram não ter renda fixa, quatro relataram renda inferior a um salário mínimo, cinco relataram renda igual a um salário mínimo e, por fim, quatro relataram renda superior a um salário mínimo.

No que diz respeito à escolaridade, cinco dos entrevistados eram analfabetos/semianalfabetos, nove possuíam o ensino fundamental incompleto e um possuía nível superior.

ANÁLISE DAS CATEGORIAS

A análise do estudo, se deu a partir das categorias temáticas definidas, evidenciando as causas e consequências biopsicossociais na vida destes usuários, as quais são apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3: Descrição das evidências do estudo relacionadas às categorias temáticas. Rio Branco, Acre. Brasil. 2019.

Categorias temáticas	Evidências identificadas
Causas do edentulismo.	Os usuários relacionam o edentulismo à fatores externos como dificuldade de acesso ao serviço, uso de antibióticos, dentre outros, sendo mais frequente em pessoas com idade superior a 40 anos. Não foi observada a percepção destes, correlacionando os hábitos de higiene oral à perda precoce dos dentes. Evidência: O Edentulismo é decorrente acesso restrito à atenção à saúde bucal e pelo senso comum ao uso de antibióticos. Os usuários não associaram os hábitos de higiene a perda de elementos dentais.
Consequências Biopsicossociais.	O edentulismo traz profundas marcas nos usuários, nos aspectos biopsicossociais, pois afeta negativamente a autoestima demonstrada pela vergonha de sorrir e o sentimento de tristeza, interferindo nas relações interpessoais já que estas pessoas têm vergonha de sair e se relacionar, além das consequências biológicas relacionadas a dificuldade de na alimentação e mastigação. Evidência: O Edentulismo afeta a autoestima das pessoas, interferindo nas relações interpessoais.

DISCUSSÃO

Categoria temática I: Causas do edentulismo

O estudo evidencia que de acordo com a percepção dos usuários, a perda de elementos dentários está relacionada a dificuldade de acesso ao serviço e a problemas decorrentes da doença cárie que levam a destruição total ou parcial dos dentes e a dor. Prevalece ainda a crença de que o elemento dental pode ter sua estrutura danificada em decorrência do uso de antibióticos.

O edentulismo é uma condição de saúde bucal que envolve a perda de elementos dentários total ou parcialmente, estando relacionado a diversos fatores, dentre estes, como principais encontram-se

cárie e doença periodontal, ocasionando a perda das funções estomatognáticas como a mastigação, a fonética e a estética. No Peru um estudo demonstrou que a porcentagem de pessoas com edentulismo cresce conforme aumenta a faixa etária, sendo que na faixa etária de 41 a 64 anos esse índice foi de 92,3%, seguido da faixa etária de 32 a 40 anos com 76,8% e na faixa etária entre 18 a 31 anos foi de 57,5%⁷.

No Brasil, a prevalência global de perdas dentárias entre adolescentes foi 17,4%, já a ausência de dentição funcional ocorreu em aproximadamente 22,4% dos adultos, enquanto 53,7% dos idosos brasileiros são edêntulos⁸.

Pesquisa realizada por Saliba *et al.*⁹, envolvendo a população da zona rural de

um município no interior de São Paulo, demonstrou que 17,8% das pessoas examinadas perderam todos os dentes, 61,7% perderam pelo menos um dente posterior e 37,8% perderam pelo menos um dente anterior, sendo que os grupos etários de 75 anos ou mais, 65 a 74 anos e 45 a 64 anos foram os que apresentaram maior proporção de pessoas com pelo menos um dente perdido: 95,7%; 85,5% e 87,1% dos examinados, respectivamente e o grupo etário de 35 a 44 anos também apresentou uma proporção expressiva de 78%.

Hiramatsu *et al.*¹⁰ afirmam que os dados epidemiológicos têm mostrado expressivo incremento das perdas com a idade. Em 1986, estimava-se que 10% da população brasileira aos 34 anos de idade apresentava ausência total de dentes. Aos 41 e 48 anos de idade, esse problema atingia, respectivamente, 20 e 30% dos brasileiros. A partir dessa idade, a proporção de edêntulos é cada vez maior e o colapso da dentição é mais intenso: 40% aos 53 anos, 50% aos 58 anos; 60% aos 63 anos; 70% aos 68 anos e 80% aos 70 anos de idade.

Um estudo envolvendo 72 participantes idosos, onde 50 (69,4%) eram mulheres e 22 (30,6%) eram homens, mais da metade (54,2%) com ensino fundamental incompleto e apenas sete (9,7%) com ensino fundamental completo, constatou o edentulismo total em 100% dos

participantes, sendo que destes, 38 (52,8%) utilizaram prótese dentária e o restante não tinha próteses, apenas 11 (15,3%) afirmaram ter ido regularmente ao dentista e a maioria deles (84,7%) foram ao dentista para realizar extrações. No que diz respeito a sua origem, 41 (56,9%) das pessoas vieram de cidades e 31 (49,1%) migraram das comunidades rurais¹¹.

A prevalência do edentulismo no Brasil é considerada alta, com uma frequência de 16,8% na região Sudeste, 15,9% na região Sul, 15,2% na região Centro-Oeste, 27,2% na região Nordeste e 24,9% na região Norte. Dentre os grupos vulneráveis encontram-se mais mulheres, idosos e indivíduos de baixa escolaridade e renda, principalmente nas regiões Nordeste e Norte do País¹².

As causas da perda dentária estão relacionadas a falta de conhecimento dos meios para a manutenção dos dentes, a dificuldade de acesso aos serviços de atenção à saúde bucal, a falta de recursos financeiros para o tratamento necessário, as experiências iatrogênicas vivenciadas pelas pessoas e o medo da dor, envolvendo muitos fatores que podem contribuir com essa prevalência como educação, ocupação, situação econômica pessoal, atitude em relação aos cuidados odontológicos e estilo de vida, causas estas, semelhantes as evidenciadas no estudo^{13, 14}.

Dentre as principais causas são identificadas a cárie e doença periodontal, agravos que antecedem o Edentulismo, já que o tratamento a essas doenças é tardio, sendo a dor um dos principais motivos que levam à busca pelo tratamento odontológico, porém, quando a doença se encontra em estágios avançados não é possível a realização do tratamento conservador tendo como desfecho a perda precoce do elemento dental^{15, 16}.

A cárie dentária é uma doença crônica e infecciosa que provoca a destruição dos tecidos dentários e quando em estágio avançado, sua progressão, produz a necrose da polpa dentária, órgão onde se localizam terminações nervosas e capilares sanguíneos e nessa fase podem ocorrer processos infecciosos agudos nos tecidos ao redor do ápice da raiz, dores e fraturas da coroa dentária enfraquecida, o que dificulta o tratamento restaurador, levando a perda do elemento dental⁸.

No que se refere à saúde bucal, a cárie dentária é uma doença que ainda hoje acomete a população em todos os seus segmentos e nas regiões ou países onde uma proporção significativa da população não tem acesso regular a ações de promoção da saúde bucal e a serviços odontológicos, o tratamento dessa enfermidade, em estágio tardio, é realizado por meio da extração dos dentes afetados¹⁰.

A baixa escolaridade, falta de informação e a renda familiar são fatores associados a cárie dentária e doença periodontal, e conseqüentemente ao Edentulismo já que a condição socioeconômica tem relação direta com a falta de acesso ao tratamento conservador, que alguns tratamentos não são realizados no serviço público e o acesso ao serviço privado, para alguns usuários representam um fator limitante, levando o usuário a optar pela extração do elemento dental¹⁶.

Um das dificuldades de acesso ao tratamento odontológico no serviço público, pode estar relacionada a escassez de profissionais em áreas rurais ou ribeirinhas, fator esse que contribuiu para as perdas dentárias em idade precoce, resultando no elevado índice de pessoas com Edentulismo no Brasil¹⁰.

É possível identificar a forte presença do fator cultural como uma das causas da perda dentária, pois é comum que o paciente só procure assistência odontológica em caso de dor, raramente, em caráter preventivo, recorrendo sempre a exodontias como método para resolução da dor.

Os acesso aos tratamentos de endodontia, periodontia, prótese ou implantodontia no serviço particular, ainda é difícil pelo custo do tratamento e poder aquisitivo da população, o que pode dificultar o tratamento adequado das

principais causas do edentulismo, em contrapartida, no Sistema Único de Saúde (SUS) o acesso ao serviço especializado ainda não é adequado, já que alguns serviços como prótese parcial removível ou prótese fixa satisfatório para substituição de um ou mais elementos dentários ainda não são ofertados na rede pública.

Categoria temática: Consequências biopsicossociais

Foi evidenciado no estudo que as consequências mais comuns foram a vergonha de sorrir e de sair de casa, o sentimento de tristeza, a dificuldade de fazer coisas que eram comuns como morder e descascar alimentos, porém para alguns, essa é uma situação que não afeta seu cotidiano, por estarem adaptados a condição existente.

A condição do paciente desdentado total pode ser considerada uma complexa combinação de suas predisposições individuais, condição econômica e social relacionada ao meio em que vive, o que torna a comparação de níveis de edentulismo em diferentes comunidades e períodos às vezes inconsistentes¹⁷. O edentulismo pode afetar substancialmente a saúde bucal e geral do indivíduo bem como sua qualidade de vida¹⁸.

A saúde bucal tem reflexos diretos no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas. Os problemas na vida diária relacionados com a perda dentária foram de

natureza funcional como comer, mastigar ou falar; e social como mudanças no comportamento, insatisfação com a aparência, prejuízo na aceitação social, dificuldade de acesso ao mercado de trabalho⁴.

A perda dentária causa desordem na qualidade de vida do indivíduo, principalmente quando afeta seu bem-estar e aparência. O potencial de mastigação de uma pessoa influencia diretamente na sua qualidade de vida, pois todo o processo de digestão tem início na trituração dos alimentos realizada pelos elementos dentais presentes¹⁹.

Jorge *et al.*²⁰, descrevem que as implicações das perdas dentárias refletem diretamente nas funções estomatognáticas. Considerando que a função mastigatória depende da participação dos dentes para cortar e triturar os alimentos, muitos estudos têm investigado a relação entre perda de elementos dentários e eficiência mastigatória.

Gomez *et al.*²¹ afirmam que dor, sofrimento emocional, deterioração funcional são condições frequentes devido à precariedade dentária, estando associados a negligência pessoal e inclui a falta de interesse, que faz perder o desejo de rir e pode gerar mau humor e depressão. Ainda no que diz respeito ao fator psicológico da perda dentária é um dos efeitos que produz sequelas na autoestima,

o que causa distanciamento e isolamento como consequência da insatisfação com a aparência física, predominando mais no sexo feminino²¹.

A qualidade de vida é influenciada pela cavidade oral, em seus aspectos biopsicossociais, por meio da autoestima, auto expressão, comunicação e a estética facial ²². A saúde bucal oferece condições para que as pessoas possam desenvolver o máximo de suas potencialidades como viver, sentir, amar, trabalhar, produzir bens ou serviços, fazer ciência ou arte, vivendo para ser meios utilitários ou simplesmente existindo, os efeitos emocionais da perda total dos dentes, podem revelar uma ampla gama de reações, dentre as mais significativas o luto, a perda da autoconfiança, a queda da imagem própria, o segredo sobre a perda dos dentes, o envelhecimento prematuro, além do sentimento de perda de parte de si mesmo²².

De acordo com Shinkai *et al.*²³, a valorização do autocuidado, com a higiene pessoal, incluindo a higiene bucal, somente ocorre quando o indivíduo está bem consigo mesmo e mantém sua autoimagem como um aspecto importante de vida, sendo a autoestima importante para que ocorra mudança de hábitos no processo de promoção de saúde e a adoção de hábitos saudáveis dependem muito mais da valorização de si mesmo.

A boca possui, portanto, uma dupla função, pois além da mastigação (função biológica), também é responsável por exteriorizar a fala, o sorriso, a comunicação em geral (função social). Em nossa sociedade, a aparência é um dos aspectos mais valorizados, formando os padrões sociais. Então, quando não alcançados tais padrões, o sujeito se torna psicologicamente suscetível a sentimentos de inferioridade, insegurança e vergonha.

Em estudo conduzido por Shah *et al.*²⁴ constatou-se que em comparação com pessoas que não tiveram dificuldades em aceitar a situação (edentulismo), estas demoraram mais para aceitar a perda, eram mais propensas a manter a perda de dentes em segredo, consideram o assunto tabu para discutir e perceberam uma mudança no comportamento relacionada ao sentimento de perda, sentir-se menos confiante, sentir-se restringido em atividades sociais, sentir-se chateado com a mudança de aparência e evitar olhar para si mesmo sem a dentadura.

Para Davis *et al.*²⁵ essas pessoas são mais propensas a se sentirem menos confiantes sobre si mesmas e são mais propensas a se sentirem inibidas na realização de uma série de atividades. Eles também são menos capazes de aceitar a inevitável mudança na forma facial que ocorre após a perda dos dentes.

Nesse contexto, o cotidiano do indivíduo que apresenta Edentulismo apresenta consequências que vão desde mudanças de comportamento, insatisfação com a aparência pessoal, dificuldade de aceitação no meio social e até mesmo para ser aceito em um emprego.

Tyrovolas *et al.*²⁶ encontrou uma associação significativa entre edentulismo e depressão e auto avaliação de saúde ruim na faixa etária mais jovem (<50 anos). Este achado destaca as repercussões físicas e sociais potencialmente deletérias do edentulismo em idades mais jovens.

De Carvalho *et al.*²⁷ também afirmam que outro fator importante o qual sofre influência direta do edentulismo é a estética, que pode resultar em diminuição da autoestima dando origem a alterações psicológicas. Na grande maioria dos casos, os pacientes edêntulos se sentem insatisfeitos com sua imagem e acabam por se ausentarem dos círculos sociais, o que também representa fator de impacto negativo na qualidade de vida.

Para Santillo *et al.*²⁸ os sentimentos não são decorrentes apenas dos problemas estéticos ou funcionais que a perda dentária acarreta, mas também do importante significado psicológico que os dentes e a boca têm na formação do psiquismo humano. Assim, a perda dentária pode limitar os indivíduos na escolha de alimentos, afetando sua saúde de um modo

geral e, também, o isolamento da vida social, repercutindo de maneira negativa no desempenho das suas atividades diárias e qualidade de vida.

Os aspectos psicológicos mostram o sofrimento de uma doença física, mas que tem um impacto muito forte sobre o aspecto psicológico, o sentimento de rejeição, vergonha, pena, isolamento social e dificuldades com o parceiro permanece latente em suas memórias²⁹.

Em estudo conduzido por Ridwaan *et al.*³⁰, o impacto mais significativo sentido foi relacionado às atividades cotidianas, especialmente comer. Embora abrigando poucos sinais externos de amargura sobre sua condição, os sujeitos claramente desejavam retornar a todos os aspectos da “normalidade” funcional, em particular a alimentação, a aparência e a interação social.

Ao analisar as consequências do edentulismo no cotidiano das pessoas, os estudos demonstram o consenso existente, indicando que estas estão relacionadas aos aspectos biológicos, psíquicos e sociais, confirmando a complexidade de fatores envolvidos na perda precoce dos dentes e os impactos na vida das pessoas nos seus hábitos diários.

Considerando as evidências do estudo, se recomenda a implementação de atividades efetivas de promoção da saúde e prevenção de agravos de saúde bucal,

desde a primeira infância, a fim de diminuir a prevalência da perda precoce dos dentes, bem como a ampliação de acesso ao tratamento reabilitador aos pacientes afetados pelo edentulismo, minimizando assim as consequências biopsicossociais na vida destas pessoas.

CONCLUSÃO

A perda precoce dos dentes foi relacionada a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos, ao uso de antibióticos e ao desenvolvimento a doença cárie decorrente da falta de informação sobre hábitos saudáveis para a manutenção da saúde bucal.

Com relação as consequências da perda precoce na vida pessoas, foram evidenciados os aspectos biopsicossociais, com influência direta nos hábitos simples do dia a dia como a mastigação, até o isolamento social, decorrente da vergonha de sorrir e frequentar ambientes sociais, causando o sentimento de tristeza.

Considerando as evidências do estudo, recomenda-se o fortalecimento da promoção da saúde e prevenção aos agravos de saúde bucal, bem como a ampliação do acesso ao tratamento reabilitador, sendo este um problema que merece atenção das autoridades sanitárias do País.

REFERÊNCIAS

1. NICO, L. S. *et al.* Saúde Bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 389-398, 2016.
2. OLIVEIRA, F. T. da S. de. **O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. 2014.
3. BRASIL. SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
4. VARGAS, A. M. D.; PAIXÃO, H. H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 1015-1024, 2005.
5. BARDIN, L. (orgs) Luis Antero Reto AP. **Análise de conteúdo**. Edições, editor. São Paulo; 2011. 279 p
6. SILVA, R. S., *et al.* Nurses' knowledge and practices in the face of the challenge of using the systematization of nursing care as an instrument of assistance in a first aid in Brazil. **Medicine (Baltimore)**. 2018;97 (33).
7. GUTIERREZ-VARGAS, *et al.* Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. **Rev. Estomatol. Herediana**, Lima, v. 25, n. 3, p. 179-186, jul. 2015.
8. FRAZÃO, P.; ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Perda dentária

- precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade: Estado de São Paulo, Brasil, 1998. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 6, p. 49-57, 2003.
9. SALIBA, N. A. *et al.* Perda dentária em uma população rural e as metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1857-1864, 2010.
 10. HIRAMATSU, D. A.; TOMITA, N. E.; FRANCO, L. J. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1051-1056, 2007
 11. DE SAINTRAIN, M. V. de L.; SOUZA, E. H. A. Impact of tooth loss on the quality of life. **Gerodontology**, v. 29, n. 2, p. e632-e636, 2012.
 12. DA SILVA, E. T.; DE OLIVEIRA, R. T.; LELES, C. R. O edentulismo no Brasil: epidemiologia, rede assistencial e produção de próteses pelo Sistema Único de Saúde. **Tempus, actas de saúde colet.** Brasília, 9(3), 121-134, set, 2015
 13. SILVA, M. E. de S.; MAGALHÃES, C. S. de; FERREIRA, E. F. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 813-820, 2010.
 14. KHAZAEI, S.; FIROUZEI, M. S.; SADEGHPOUR, S. *et al.* Edentulism and Tooth Loss in Iran: SEPAHAN Systematic Review Nº. 6. **Int J Prev Med.** 2012 Mar; 3(Suppl1): S42–S47.
 15. FURE, S. Ten-year incidence of tooth loss and dental caries in elderly Swedish individuals. **Caries research**, v. 37, n. 6, p. 462-469, 2003.
 16. BATISTA, M. J. **Razões das perdas dentárias em adultos em idade economicamente ativa.** São Paulo. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, SP. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/288018>>. Acesso em: 15 mai. 2018
 17. LELES, C. R.; COMPAGNONI, M. A.; NAKAOKA, M. M. Estudo dos pacientes desdentados totais atendidos na disciplina de prótese total da Faculdade de Odontologia de Araraquara no período de 1987 a 1997. **Brazilian Dental Science**, v. 1, n. 1, 1998.
 18. MOREIRA, R. da S. NICO, L. S.; TOMITA, N. E. *et al.* A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1665-1675, 2005.
 19. CUNHA, L. G.; NEVES, A. C. C.; DIEZ, G. F. *et al.* **Avaliação da eficiência mastigatória em pacientes portadores de prótese total.** Anais do XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. 2008. Disponível em: www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2008/anais/arquivos/INIC/INIC0601_01_O.pdf. Acesso em: 15 mai. 2019
 20. JORGE, T. M.; BASSI, A. K. Z.; YARID, S. D. *et al.* Relação entre perdas dentárias e queixas de mastigação, deglutição e fala em indivíduos adultos. **Revista CEFAC**, p. 391-397, 2009
 21. GOMEZ, P. R.; TORRES, M. F. M; ROJAS, K. R. Pérdida dentaria y

- relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. **Dominio de las Ciencias**, v. 3, n. 2, p. 702-718, 2017.
22. DOMINGOS, M. À. Os impactos biopsicossociais na saúde geral dos adultos gerados pela ausência de saúde bucal. Trabalho de Conclusão de Curso. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). 2012.
23. SHINKAI, R. S. A.; DEL BEL CURY, A. A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 1099-1109, 2000
24. SHAH, R. J.; DIWAN, F.J.; DIWAM, M. J. *et al.* A study of the emotional effects of tooth loss in an edentulous Gujarati population and its association with depression. **The Journal of the Indian Prosthodontic Society**, v. 15, n. 3, p. 237, 2015
25. DAVIS, D. M. *et al.* Prosthetics: The emotional effects of tooth loss: a preliminary quantitative study. **British Dental Journal**, v. 188, n. 9, p. 503, 2000
26. TYROVOLAS, S.; KOYANAGI, A.; PANAGIOTAKOS, D. B. *et al.* Population prevalence of edentulism and its association with depression and self-rated health. **Scientific reports**, v. 6, p. 37083, 2016
27. DE CARVALHO, L. F.; MELO, J. R. DE O.; CARVALHO, F. A. A. *et al.* O impacto do edentulismo na qualidade de vida de pacientes edêntulos. **Revista da ACBO**. v. 8, n. 1, 2018.
28. SANTILLO, P. M. H.; MOURA, C.; COELHO-SOARES, R. DE S. *et al.* Impacto biopsicossocial da perda dentária em trabalhadores brasileiros de área rural. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 8, n. 2, p. 233-247, 2013.
29. VON MARTTENS, A.; CARVAJAL, J. C.; LEIGHTON, Y. *et al.* Experiência y significado del proceso de edentulismo de adultos mayores, atendidos en un consultorio del servicio público chileno. **Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral**, v. 3, n. 1, p. 27-33, 2010.
30. RIDWANN, O.; TASHKANDI, E.; ABDULJABBAR, T. *et al.* Sentiments expressed in relation to tooth loss: a qualitative study among edentulous Saudis. **International journal of prosthodontics**, v. 16, n. 5, 2003.

APÊNDICE

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTES

1. Idade em anos.
2. Sexo
() Masculino () Feminino
3. Renda familiar mensal
() menos que 1 salário mínimo.
() de 2 a 5 salários mínimos.
() de 5 a 10 salários mínimos.
() acima de 10 salários mínimos.
4. Escolaridade
() Analfabeto
() Alfabetizado
() 1º Grau Completo () 2º Grau Completo () Graduado
() Pós-Graduado/Mestrado/Doutorado
5. Bairro de moradia

ROTEIRO DA PESQUISA

6. Há quanto tempo perdeu os dentes da frente?
7. Qual o motivo?
8. De quanto em quanto tempo costuma ir ao dentista e por quê?
9. Qual a última vez que foi a uma consulta odontológica?
10. Você acha que a perda de seus dentes da frente provocou alguma mudança na sua vida? Quais foram essas mudanças?

ANEXO

Consolidated criteria for Reporting Qualitative research (COREQ Checklist)

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item N°	Guide Questions/Description	Reported on Page N°
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	Page 03
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	Page 03
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	Page 03
Gender	4	Was the researcher male or female?	Page 03
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	Page 03
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	Page 03
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	Page 03
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	Page 09
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	Page 04
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	Page 03
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	Page 03
Sample size	12	How many participants were in the study?	Page 03
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	Page 03
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	Page 03
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	Page 03

Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	Page 03
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Pages 03 e 19
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	Pages 03
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Page 03
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	Page 03
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	Page 03
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	Page 03
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	N/A
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	Page 03
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	Page 03
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	Pages 05 e 06
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	Page 06
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	Page 09
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	Page 05 e 06
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	Pages 10 the 16
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	Page 10
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Pages 10 the 16

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: CONHECENDO A TRAJETÓRIA DE ACESSO DO USUÁRIO PARA O TRATAMENTO ESPECIALIZADO EM ENDODONTIA NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO BRANCO – ACRE.

THERAPEUTIC ITINERARIES: KNOWING THE USER ACCESS TRAJECTORY FOR SPECIALIZED TREATMENT ENDODONTITY IN THE RIO BRANCO MUNICIPAL HEALTH NETWORK – ACRE.

Ester de Mesquita Roque¹, Hadrien da Silva Leitão^{1*}, Izabele Cristina da Rocha Alves¹, Eufrasia Santos Cadorin², Italla Maria Pinheiro Bezerra³

1. Acadêmicos de Odontologia. Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil.
2. Docente no Centro Universitário Uninorte. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, AC, Brasil.
3. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, Vitória, ES, Brasil.

***Autor correspondente:** drhadriensilva@gmail.com

RESUMO

Introdução: No Brasil cada vez mais usuários da rede pública de saúde buscam as unidades de atenção primária com agravos relacionados à cavidade oral. Resoluções básicas têm efeito significativo na atenção básica, porém casos mais específicos requerem à busca por centros especializados de acordo com a necessidade clínica. **Objetivo:** Identificar o Itinerário Terapêutico do usuário do Sistema Único de Saúde para o acesso ao serviço especializado em endodontia no Centro de Especialidades Odontológicas. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza aplicada, realizada por meio de um estudo de campo com abordagem qualitativa. A amostra foi selecionada por meio de amostragem não probabilística (intencional), com os participantes escolhidos por conveniência, sendo incluídos três usuários. Para tratamento dos dados, optou-se pela Análise de Conteúdo proposta por Bardin. **Resultados:** O tempo de acesso ao serviço de endodontia foi de dois a dez meses de espera. O itinerário terapêutico nem sempre segue o fluxo definido na rede, o qual deve se dar a partir da atenção básica, ordenadora do cuidado. A principal fragilidade foi relacionada à demora no atendimento, e a potencialidade está relacionada à qualidade do atendimento oferecido no centro de especialidades. **Conclusão:** É necessária a definição de um protocolo que atenda às necessidades dos usuários, pactuados entre os profissionais da rede básica e o serviço especializado.

Palavras-chave: Itinerário Terapêutico. Tratamento Endodôntico. Serviço Especializado.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, more and more users of the public health network seek out primary care units with complaints related to oral cavity. Basic resolutions have a significant effect on basic care, however, more specific cases require the search for specialized centers according to clinical need. **Objective:** To identify the Therapeutic Itinerary of the user of the Unified Health System for access to the specialized service in endodontics at the Center of Dental Specialties. **Method:** This is a descriptive research of an applied nature, carried out through a field study with a qualitative approach. The sample was selected by means of non-probabilistic (intentional) sampling, with participants chosen for convenience, and three users were included. For data treatment, we opted for the Content Analysis proposed by

Bardin. **Results:** The access time to the endodontic service was two to ten months of waiting. The therapeutic itinerary does not always follow the flow defined in the network, which must take place from the basic care, ordering care. The main fragility was related to the delay in attendance and the potentiality is related to the quality of the service offered at the center of specialties. **Conclusion:** It is necessary to define a protocol that meets the needs of users, agreed between professionals of the basic network and the specialized service.

Keywords: Therapeutic Itinerary. Endodontic Treatment. Specialized Service.

INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seus artigos 196 a 200, define as diretrizes dos serviços de saúde pública no País com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1990, foi promulgada a Lei nº 8.080, a qual regulamenta as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o andamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, definindo as normas gerais de funcionamento do Sistema em todo o país^{1, 2}.

Desde 2004, a atenção à saúde bucal tem como objetivo a garantia de ações e serviços nos três níveis de atenção, com a Política Nacional de Saúde Bucal, garantindo a oferta de serviços de atenção básica e serviços especializados na área de odontologia no SUS.³ De acordo com a Portaria nº 74, de 20 de janeiro de 2004, os Centros Especializados oferecem serviços qualificados em diversas áreas da odontologia, dando suporte à rede de atenção básica com a garantia de serviços

de maior complexidade, com a referência e contrarreferência³.

Na saúde bucal, os serviços especializados são estruturados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que atendem às demandas encaminhadas das Unidades Básicas de Saúde, dentre as diferentes áreas e procedimentos que incluem, tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade, e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção³.

Entretanto, é possível perceber ainda a demanda reprimida nos serviços de saúde bucal, em decorrência da dificuldade de acesso, relacionados à alta demanda por assistência curativa, pouca oferta de serviços e a dificuldade de comunicação entre os profissionais e usuários. Diante do exposto, faz-se necessário compreender as facilidades e dificuldades do usuário na rede pública de saúde para o atendimento especializado em endodontia, identificando os pontos críticos do sistema.

Neste sentido, a pesquisa se propôs conhecer o itinerário terapêutico do usuário encaminhado da unidade básica de saúde

ao serviço especializado no município de Rio Branco, identificando como se dá o percurso deste na rede, bem como as fragilidades e potencialidades existentes, contribuindo com a organização dos serviços na rede municipal.

MATERIAL E MÉTODO

CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Refere-se a uma pesquisa descritiva realizada por meio de um estudo de campo com abordagem qualitativa, buscando compreender o itinerário terapêutico para o acesso do usuário ao tratamento especializado em endodontia na rede da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco - Acre.

A pesquisa foi conduzida seguindo as diretrizes internacionais de acordo com os critérios consolidados para relato de pesquisa qualitativa (COREQ), observando os 32 itens do checklist (Anexo I).

CENÁRIO DE PESQUISA

Desenvolvida no município de Rio Branco, estado do Acre, no período de março a abril de 2019, a pesquisa envolveu os usuários referenciados para atendimento especializado na área de endodontia e o gestor do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) da rede de atenção primária de Rio Branco – Acre.

PARTICIPANTES DA PESQUISA

A amostra foi selecionada por meio de amostragem não probabilística (intencional). Como critério de inclusão foram definidos: pessoas com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, e usuários encaminhados para tratamento endodôntico. Foram excluídos do estudo os usuários encaminhados ao CEO para atendimento em outra especialidade.

Aplicados os critérios de inclusão, foram entrevistados três usuários e um gestor da equipe para conhecimento do fluxo de atendimento. Foi considerada ainda na definição da amostra dos usuários o critério de saturação das falas.

COLETA DE DADOS

As entrevistas com os usuários foram realizadas no Centro de Especialidades Odontológicas situado na Policlínica Barral y Barral, seguindo um roteiro não estruturado, direcionado a estes, seguindo o roteiro constante no Apêndice.

Os dados foram coletados pela equipe de pesquisa, formada pelos pesquisadores Ester de Mesquita Roque, Hadrien da Silva Leitão, Izabele Cristina da Rocha Alves, acadêmicos do curso de bacharelado em odontologia do Centro Universitário Uninorte, sob supervisão da professora Ma. Eufrasia Santos Cadorin, orientadora responsável pela pesquisa. Para tanto foi realizada uma oficina para qualificação da equipe de pesquisa, com a orientadora, no

Laboratório de Práticas de Pesquisa Científica do Centro Universitário Uninorte, para qualificação da equipe quanto aos procedimentos para coleta e análise dos dados.

As entrevistas foram realizadas individualmente, com duração média de 30 minutos, em espaço reservado com a presença do sujeito da pesquisa e os pesquisadores, com o uso de gravador, sendo as perguntas reformuladas quando da não compreensão dos usuários. Foi utilizado ainda um diário de campo para registros durante e após a entrevista.

PROCEDIMENTOS DE ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Como método para organização e interpretação, optou-se pela Análise de Conteúdo de Bardin⁴, a qual envolve um conjunto de técnicas de análise temática das comunicações. O estudo foi orientado ainda pela identificação do Itinerário Terapêutico do usuário no Centro de Especialidades Odontológicas, método que oferece visibilidade para a pluralidade de saberes, práticas e demandas por cuidado na saúde.⁵

Inicialmente, as entrevistas foram transcritas na íntegra e organizadas por entrevistado, sendo codificadas por uma letra seguida de um número, de modo a possibilitar o avanço das etapas de análise do material, acompanhando as fases da técnica, que são a pré-análise, exploração e

codificação do material e tratamento e interpretação dos resultados.⁴

(1) Pré-análise: Corresponde à primeira etapa da organização da análise. Por meio dela que o pesquisador começa a organizar o material para que se torne útil à pesquisa. Nesta fase, são organizadas todas as ideias sistematizando-a, para no segundo momento definir a formulação de hipóteses e objetivos, a fim de criar a interpretação final. Nesta fase, foi realizada a leitura flutuante e constituição do **CORPUS**.

(2) Exploração do material: É o momento em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo.

(3) Tratamento dos resultados e interpretação: os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos, quando se pode então propor inferências para posterior interpretação.

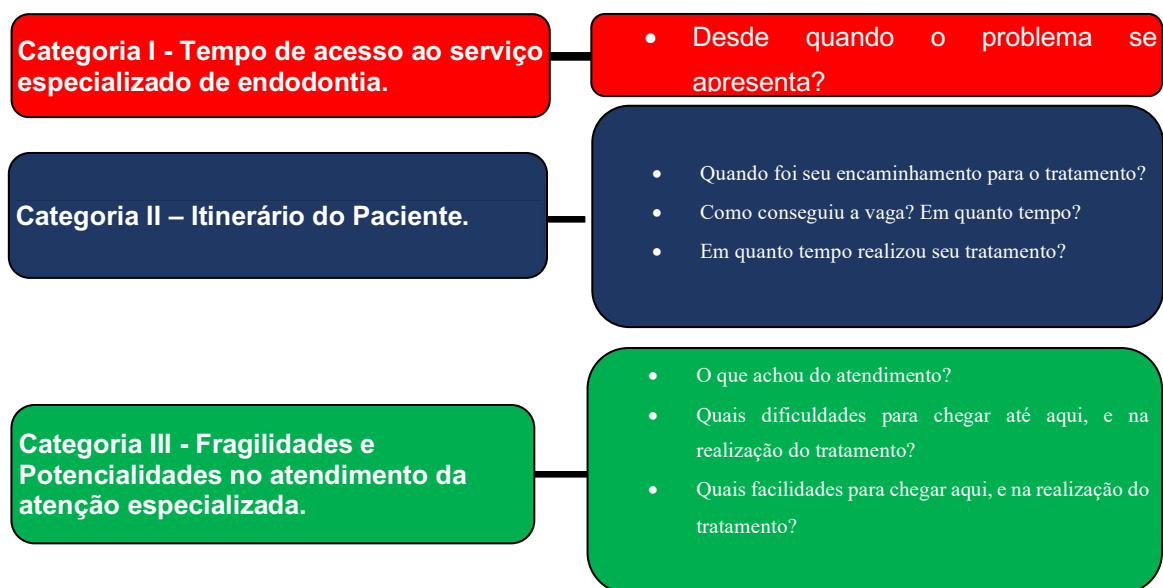
Preparação do **CORPUS** do estudo

Para constituir o *Corpus* do estudo, o material da entrevista foi organizado em

planilhas, de acordo com o roteiro da entrevista, em um documento no programa *Microsoft Word*, com os fragmentos dos depoimentos dos entrevistados, identificados com os códigos previamente definidos, correlacionando os objetivos do estudo às Categorias Temáticas.

Após a leitura flutuante, o material foi estruturado em planilhas de acordo com as pré-categorias temáticas seguindo o roteiro das entrevistas, definindo então o **CORPUS** da pesquisa, orientado pelos objetivos do estudo (Tabela 1).

Figura 1: Fluxograma com as pré-categorias temáticas e questões norteadoras da pesquisa. Rio Branco, Acre, Brasil, 2019.



O **CORPUS** é compreendido como a coleção de documentos expostos à análise para as inferências do estudo com trechos de alguns depoimentos, apresentados na Tabela 1. O estudo foi orientado por três objetivos: a) identificar o protocolo do atendimento na especialidade de endodontia na rede pública de saúde; b)

descrever o itinerário do usuário do paciente para tratamento endodôntico; e c) avaliar as fragilidades e potencialidades da atenção especializada em endodontia, os quais orientaram a definição das categorias temáticas do estudo.

Tabela 1: Corpus do estudo: fragmentos dos depoimentos dos participantes da pesquisa, relacionados às categorias temáticas. Rio Branco, Acre, Brasil, 2019.

Corpus do estudo referente ao objetivo: Acesso ao serviço especializado de endodontia.	Corpus do estudo referente ao objetivo: Itinerário do paciente	Corpus do estudo referente ao objetivo: Fragilidades e potencialidades do atendimento
"Tá com uns dois meses eu acho, teve o tempo de período de ano novo aí essas coisas demora mais". (U 01)	"A vaga foi justamente pelo encaminhamento do posto entendeu? Eu fui lá peguei a ficha e tal, fiz o procedimento... foi quando eles me mandaram pra cá justamente". "Desde o dia 20 de novembro, tipo assim, eu vim aqui a primeira vez e eles fizeram o raio x e anotaram num papelzinho o retorno". (U01)	"...O daqui também é muito bom, muito bom mesmo, não tenho o que reclamar". (U 01)
"Rapaz, está bem com uns 10 meses, ou mais". (U 02)	"Ah...foi bem com 8 a 9 meses atrás". "Foi na Assemurb porque tem tipo um convênio né com eles". (U02)	"Tranquilo né, se não fosse tanta demora". "Normal" "Facilidades não tem". (U 02)
"Eu acho que foi em fevereiro que eu fui atrás do atendimento e já faz uns 3 meses no máximo... que aconteceu tudo, desde a primeira vez até agora". (U 03)	"Faz uns 2 meses mais ou menos que eu vim e ela tirou o raio x e constatou que era canal e me marcou, aí eu esperei mais ou menos uns dois meses até começar o tratamento. Então com tudo foi uns 3 meses". "...aí que entra a questão, porque a dentista de lá eu conheço... tipo assim ela só me deu o encaminhamento por fora, e com o encaminhamento eu que me virasse entende..." (U 03)	"Muito bom, não achei dificuldade nenhuma, achei até legal, porque eu nunca tinha vindo. A primeira vez que eu vou fazer um canal na rede pública e achei super- rápido e legal, porque eu sempre paguei, óbvio... Achei tudo limpinho, bonitinho, eu pensei "ah eu vou né" aí já gera uma confiança né. Porque já escutei falarem muito mal, sobre pegar infecção na rede pública, isso e aquilo, aí quando eu vim observei tudo, aí eu me senti mais confiante pra fazer o tratamento". (U 03)

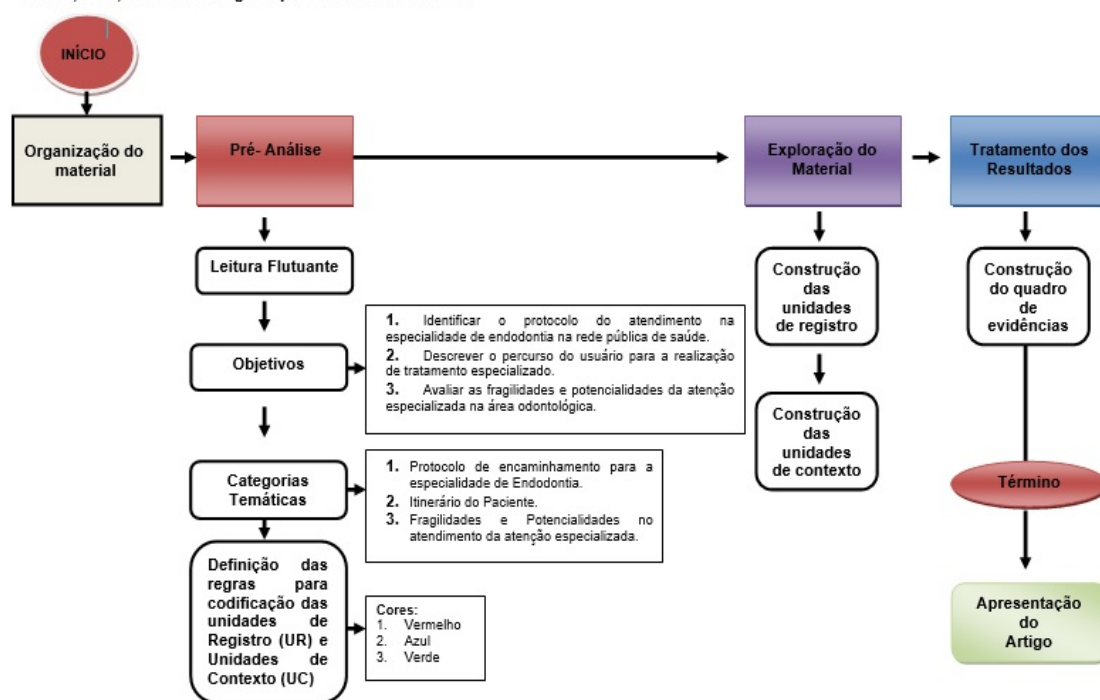
Com a constituição do *Corpus* a partir da leitura flutuante do material, visando à organização inicial dos dados coletados e a definição do passo a passo da análise de conteúdo, foi construído o fluxograma do

estudo, apresentando as etapas de todo o processo, relacionando os objetivos do estudo às categorias temáticas definidas e apresentando as regras utilizadas na codificação das unidades.

Primeira etapa da análise de conteúdo.

Figura 2: Fluxograma da pesquisa. Rio Branco, Acre, Brasil, 2019.

Bardin, 1977, Polos Cronológicos para análise de conteúdo.



Definição de cor/Recorte das Unidades de Registro: Após a definição dos objetivos e categorias temáticas do estudo, foram definidas as regras para a codificação das Unidades de Registro (URs) e Unidades de Contexto (UCs), sendo definidas as cores: vermelha para a Categoria I, azul para a categoria II e verde para Categoria III, sendo então concluída a etapa da pré-análise.

Entende-se como Unidade de Registro, a unidade de codificação que corresponde ao segmento do conteúdo, que pode ser uma palavra, tema ou frase, utilizada para a categorização, enquanto que a Unidade de Contexto corresponde à unidade de compreensão para codificar a

unidade de registro, para que se possa compreender o significado desta.⁴

Segunda etapa da análise de conteúdo: exploração do material da pesquisa

Após as etapas de aplicação das regras do estudo definidas na primeira etapa da análise de conteúdo, foi possível identificar, portanto as Unidades de Registro (URs) presentes nos depoimentos, sendo estas tratadas, dando significados e, conseqüentemente, orientando a construção das Unidades de Contexto (UCs) de cada categoria, onde são apresentadas a compreensão segundo a dimensão de cada unidade.

Tabela 2: Unidades de registro, unidades de contexto e categorias analíticas segundo técnica de Bardin. Rio Branco, Acre, Brasil, 2019.

Unidades de Registro (UR)	Unidades de Contexto (UC)	Categorias Temáticas
2 meses; 3 meses; 10 meses ou mais.	O tempo de acesso ao Centro de Especialidade para tratamento endodôntico variou entre dois a dez meses.	Acesso ao serviço especializado de endodontia
Encaminhamento do posto; Assemurb porque tem um tipo de convênio; me atende no particular, tipo assim ela só me deu o encaminhamento por fora.	O encaminhamento para a especialidade de endodontia se dá primeiro pelo acesso à unidade básica de saúde, passando pelo setor de regulação, onde o usuário é encaminhado ao centro de especialidades odontológicas, porém quando o usuário conhece alguém na rede, esse acesso é facilitado.	Itinerário do Usuário
Muita demora aí a gente só vai sentindo dor mas o resto tá tranquilo; facilidades não têm; achei até legal, tudo limpinho e bonitinho; senti mais confiante.	O atendimento de usuários encaminhados para o tratamento de endodontia é fragilizado pela demora, o que leva o paciente a sentir dor até o momento do acesso. Percebe-se ainda que os usuários, quando acessam o serviço, acham o Centro de Especialidades tranquilo e organizado.	Fragilidades e Potencialidades para o atendimento especializado

Terceira etapa da análise de conteúdo: tratamento dos resultados do material da pesquisa

A última fase correspondente ao método do estudo, apresentado no fluxograma, foi o tratamento dos resultados já categorizados e organizados nas URs e UCs, para a elaboração das evidências e com elas a construção do quadro, por categoria temática, as quais orientaram as discussões buscando compreender o

percurso do usuário e as fragilidades e potencialidades existentes no Sistema.

ASPECTOS ÉTICOS

O presente artigo é resultado de um projeto guarda-chuva, intitulado “Itinerários terapêuticos: conhecendo a trajetória de acesso do usuário para o tratamento especializado em odontologia na rede da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco – Acre”, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNINORTE, sob o número CAAE: 06592919.8.0000.8028,

tendo sido aprovado em 01 de março de 2019, com o parecer número 3.180.105. Todos os participantes foram informados previamente quanto ao estudo com relação ao método, seus objetivos, riscos e benefícios e dos contatos dos pesquisadores e, após os esclarecimentos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo disponibilizada uma cópia para cada participante.

Por se tratar de um estudo para elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso de bacharelado em Odontologia, a pesquisa foi financiada com recursos próprios.

Os pesquisadores declararam a inexistência de conflitos de interesses e os resultados do estudo serão encaminhados ao Comitê de Ética em Pesquisa e à Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco – Acre, para subsidiar intervenções para o enfrentamento do problema.

RESULTADOS

Os resultados foram organizados inicialmente com a apresentação do Itinerário Terapêutico dos usuários, seguido do quadro de evidências, os quais orientam as discussões do estudo.

ITINERÁRIO DOS USUÁRIOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Usuário 01: Paciente com 21 anos, sexo masculino, relata que sua primeira busca por atendimento odontológico foi na

unidade básica de saúde do seu bairro, referindo ter realizado tratamento de limpeza (profilaxia) e em seguida encaminhado ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Seu encaminhamento se deu por necessitar de tratamento endodôntico, o qual é realizado no serviço de referência. José deixou seu caso agravar pela demora na busca do tratamento. Com o encaminhamento em mãos, o usuário dirigiu-se ao setor de regulação de sua regional, no qual foi instruído a realizar o agendamento no centro odontológico para posterior avaliação do caso. Após cerca de dois meses, José é informado por ligação que sua primeira consulta foi marcada, e, enquanto isso, aguarda para início do atendimento ainda com o curativo provisório realizado na unidade básica de saúde. Na primeira consulta no atendimento especializado, o usuário faz o exame radiográfico periapical para confirmação do diagnóstico e como etapa inicial do tratamento de canal. Após a primeira consulta, é agendado o retorno sendo anotadas as datas em uma ficha para o controle dos dias de atendimento. Na sessão seguinte, José relata que seu atendimento foi muito bom, e que de ruim só achou a demora para ser chamado. Disse ainda que sentiu dor durante a espera pela ligação para o agendamento. Até o fim desta pesquisa, o usuário não concluiu o

tratamento, sendo observado pela equipe de pesquisadores quanto à sua espera ao retorno. Portanto não foi possível seguir o desfecho do caso desse usuário.

Usuário 2: Paciente com 25 anos, sexo masculino, descreve que estava sentindo dor durante à noite, que perturbava seu sono e estava atrapalhando seus afazeres, por esse motivo procurou sua associação: Sindicato dos Servidores Municipais de Rio Branco (ASSEMURB) para atendimento odontológico, através do convênio disponível entre a Secretaria de Saúde e o Sindicato. O doutor disse que seu dente precisava fazer canal, sendo realizado um curativo para aliviar a dor até o início do tratamento e, após o procedimento, o usuário foi encaminhado para realização do tratamento endodôntico no CEO. Desde o início do problema até o primeiro atendimento no centro de especialidades, o tempo de espera foi de 10 meses, sendo que Rodrigo teve no seu primeiro atendimento a realização de exame radiográfico e liberado para retorno. De acordo com o usuário em relação às fragilidades do atendimento, tudo foi tranquilo, se não fosse por conta da demora, e a respeito das potencialidades o mesmo disse ter sido “*normal*”, ou seja, não apresentou intercorrências.

Usuário 3: Paciente com 26 anos, sexo feminino, relata que sua obturação havia caído e apresentou dor espontânea. A

mesma refere que primeiramente procurou atendimento na unidade Policlínica do bairro Tucumã em Rio Branco - Acre, onde sua consulta inicial se deu pelo fato de ela conhecer a dentista da unidade, que a atende também no consultório particular. Com a proximidade da usuária com a dentista, Maria comenta que a doutora facilitou o andamento de seu caso, fazendo com que ela evitasse a ida à unidade primária de saúde de seu bairro, recebendo o encaminhamento para a especialidade de endodontia “*por fora*”. Desde o momento em que procurou a unidade Policlínica até a primeira consulta no centro de especialidades, o tempo foi em torno de três meses. A respeito de sua opinião quanto ao serviço disponibilizado no CEO, relata que é a primeira vez que está fazendo um procedimento no serviço público, e que ao chegar à unidade passou a observar o ambiente para ver se existiam falhas em questão de higiene e pelo fato de ser um setor público a mesma achou que haveriam irregularidades. Após análise, achou “*super-rápido*” e “*tudo limpinho*”, tendo como efeito a confiança na equipe. Na data da pesquisa, tratava-se da primeira sessão após o exame radiográfico, com isso até o término do acompanhamento do caso o tratamento não foi concluído.

EVIDÊNCIAS DO ESTUDO

Seguindo as três categorias temáticas definidas para o estudo, a partir das Unidades de Registro e Unidades de

Contexto apresentadas no método do estudo, foram então definidas as evidências do estudo, demonstradas na Tabela 3.

Tabela 3: Descrição das evidências do estudo relacionadas às categorias temáticas. Rio Branco, Acre, Brasil, 2019.

Categorias temáticas	Evidências identificadas
Acesso ao serviço especializado de endodontia	Evidenciou-se que não existe um tempo de espera padronizado para o acesso ao serviço de endodontia, após o encaminhamento da unidade básica, variando de dois a dez meses. O acesso pode ser facilitado, caso o usuário tenha alguma relação com o profissional da equipe. Evidência: O tempo de espera para acesso ao serviço é variável, e o fluxo, algumas vezes, sofre interferências de profissionais da rede para facilitar o acesso.
Itinerário do Usuário	O encaminhamento segue o fluxo a partir da unidade básica, porém em alguns casos esse fluxo não é seguido, e o usuário acessa a partir da rede privada, por conhecer alguém na rede. Também não foi identificado um protocolo para priorização dos casos. Evidência: O percurso do usuário deve se dar a partir da rede básica, porém alguns usuários são encaminhados do serviço privado.
Fragilidades e Potencialidades para o atendimento especializado	A principal fragilidade do atendimento especializado na área de endodontia está relacionada ao tempo de acesso ao Centro de Especialidades Odontológicas. Quando do acesso os usuários avaliam que o serviço transmite a confiança necessária para o tratamento. Evidência: O tempo de espera para o primeiro atendimento foi a principal fragilidade, e o atendimento no Centro de Especialidades transmite confiança para o usuário.

DISCUSSÃO

Categoria I: Acesso ao serviço especializado de endodontia.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) foram criados como serviços de referência para Equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária, com atendimentos clínicos odontológicos complementares, com um sistema de referência e contrarreferência, essencial para a organização da demanda e atendimento às necessidades de saúde dos

usuários⁶. Assim, os profissionais da Atenção Primária são responsáveis pelo contato inicial com usuários, realização de diferentes atos de saúde e procedimentos clínicos que devem ser encaminhados aos centros apenas casos mais específicos.

Foi possível perceber que existe uma diferença para cada usuário em relação ao tempo de espera, existindo ainda a ruptura do fluxo para o encaminhamento onde em alguns momentos alguns usuários têm seu acesso facilitado por ter um vínculo com o profissional da unidade de saúde ou sendo

encaminhado do serviço privado, sem avaliação prévia na atenção básica.

O atendimento prévio e encaminhamento pelo cirurgião dentista da Atenção Primária é fundamental para a integralidade na atenção em saúde bucal, garantindo a trajetória na referência e contrarreferência. Com isso, os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que são encaminhados pelos cirurgiões dentistas das unidades básicas devem ter a contrarreferência após o tratamento no CEO, com a garantia da continuidade do tratamento, diferentemente daqueles encaminhados de outras formas ou livre demanda.⁶ Os encaminhamentos devem consistir em medidas pactuadas com a equipe de saúde, seguindo um protocolo previamente definido, objetivando a redução de filas e o tempo de espera por consulta, racionamento de recursos, otimização e avanço na qualidade do serviço⁷.

Os usuários que buscam o acesso ao CEO por livre demanda, na maioria dos casos têm necessidades básicas que poderiam ser resolvidas na atenção primária, o que gera um atendimento desnecessário, pois requer um primeiro atendimento para diagnosticar a necessidade. Outro fator relevante é a dificuldade na precisão do diagnóstico pelos profissionais da unidade básica de saúde, sendo encaminhados pacientes para

tratamento endodôntico que nem sempre tem seu diagnóstico confirmado quando chegam ao CEO. Essas situações comprometem a efetivação de suas atividades, pois quando há um grande número de pessoas em busca do serviço ao mesmo tempo, este não consegue alcançar a todos, e a consequência será a fila de espera, ou seja, a demanda reprimida^{6, 8}.

A fila de espera se constitui em um sistema igualitário da demanda protegendo quem chega primeiro, sendo para o gestor uma forma de regulação e, portanto, é de sua responsabilidade a definição de critérios para organização da fila, definindo protocolos de regulação que considerem, além do tempo de agendamento, a necessidade do usuário⁹.

A admissão à atenção odontológica apresenta diferenças significativas no país, com incertezas sobre a função dos Centros de Especialidades perante os principais danos bucais, e está no ingresso à Atenção Básica e na melhoria dos indicadores sociais a redução dessas desigualdades⁶.

O acesso ao CEO no município de Rio Branco se dá por meio da regulação, o que garante não só a igualdade e oportunidade de acesso, mas também a equidade, a partir de critérios definidos para o encaminhamento da atenção básica. Porém ainda se observa que nem sempre as normas são consideradas, e alguns casos não seguem o fluxo estabelecido.

Categoria Temática II: Itinerário Terapêutico do Usuário

O itinerário terapêutico nos CEOs deve ser orientado pela integralidade da atenção, compreendida como um conjunto planejado e consecutivo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos necessários para cada caso, em todos os graus de complexidade do sistema, conforme preconizado na Política Nacional de Saúde bucal¹⁰.

De acordo com relatos do itinerário dos usuários, foi possível observar que, no atendimento na unidade básica de saúde, os usuários realizam o exame clínico, para determinar o diagnóstico, e a terapêutica é paliativa, com medicação intracanal no elemento a ser tratado endodonticamente e inserção do curativo provisório. Com esse diagnóstico o usuário é encaminhado ao serviço especializado, onde sua vaga é agendada pela regulação e, a partir disso, o usuário fica aguardando o agendamento, com a confirmação por ligação telefônica para início do tratamento no CEO. Pelo fato de o tempo de espera ser longo, o usuário pode apresentar intercorrências como agravos dentais, abscessos dento-alveolares e até mesmo a perda do elemento dentário.

No atendimento no CEO, são necessárias múltiplas sessões para acesso do dente até o tecido pulpar, além de reabilitação de tecidos lesionados por meio

do tratamento endodôntico convencional, até que o dente esteja sadio para a obturação de canais e posteriormente ser restaurado sendo contrarreferenciado para unidade básica de saúde¹¹.

É fundamental que o profissional desenvolva seu trabalho equilibrando prevenção e cura, aderindo a procedimentos cuja eficácia tenha sustentação científica e possam ser executados. Os especialistas em saúde pública normalmente constituem um grupo menor da força de trabalho de saúde pública mais abrangente em cada país.¹² A atenção secundária pode oferecer a resolutividade da atenção básica, auxiliando as organizações das ações e dos serviços ofertados em saúde bucal no campo de média complexidade, desde que seja garantida a articulação na rede de serviços, sendo a atenção básica a ordenadora do cuidado^{13, 14, 15, 16}.

O itinerário terapêutico do usuário do SUS para atendimento no CEO, de acordo com o fluxo estabelecido na rede de atenção primária, é ordenado pela unidade básica de saúde, que faz o encaminhamento garantindo a referência, e após o tratamento especializado, o usuário retorna à unidade de origem, com a contrarreferência.

Categoria Temática III: Fragilidades e Potencialidades para o atendimento especializado.

Além do objetivo de compreender o percurso terapêutico dos usuários para o tratamento endodôntico, a pesquisa se propôs identificar as fragilidades e potencialidades no atendimento especializado na área de endodontia.

Em relação às fragilidades do CEO, que causam demanda reprimida, foi observado o pouco aproveitamento nas sessões de tratamento, onde o endodontista faz uso de uma sessão exclusivamente para radiografia de diagnóstico e quando poderia otimizar o tempo clínico para iniciar o acesso ao canal, alguns profissionais da atenção básica têm dificuldade para fechar o diagnóstico com precisão, podendo em alguns se utilizar de técnicas mais conservadoras, como pulpotomia, reduzindo a demanda e conseqüentemente a fila de espera, além do número reduzido de profissionais para atender à demanda existente.

O tempo de espera para o acesso ao primeiro atendimento foi evidenciado no estudo como a principal fragilidade. Durante o período de espera para agendamento e durante o tratamento endodôntico, é observada uma grande evasão, o que serve de alerta para gestores da atenção secundária, a fim de implementarem métodos de controle dos usuários, tendo em vista a redução de gastos e elevação da resolução dos serviços, com a finalização dos tratamentos iniciados¹¹.

O tempo de realização do tratamento endodôntico pode ser otimizado com o uso de novas tecnologias; assim, o ingresso dos serviços de saúde com essas tecnologias, como a aplicação de instrumentação rotatória em endodontia, pode aumentar o rendimento nessa área¹⁷.

Para potencialização dos serviços oferecidos no CEO, são necessários planos que possam estabelecer prioridades quanto à demanda de usuários, ofertando ao mesmo tempo atendimentos prioritários juntamente com usuários convencionais¹⁸.

No que se refere às potencialidades, observa-se a satisfação dos usuários em relação ao tratamento realizado e ao atendimento da equipe responsável, e a organização da unidade. A resolução de tratamentos endodônticos no CEO possibilita aos usuários, que antes tinham seus dentes extraídos por falta de acesso ao serviço especializado, a preservação do elemento dental, o que é reconhecido por estes. A cárie dental é a causa mais frequente que traz como consequência a necessidade de realização do tratamento endodôntico, em decorrência de quadros sintomáticos de dor, levando à busca por atendimento de urgência¹⁹.

A finalidade e a função da saúde pública odontológica é prevenir as doenças orais e promover a saúde bucal e a saúde e bem-estar geral, garantindo as circunstâncias em que as pessoas possam

atingir o mais elevado nível de saúde bucal²⁰. Estudo realizado nos Estados Unidos demonstrou que as doenças e condições bucais podem danificar a autoimagem e autoestima, desfavorecer a interação social normal, levar ao estresse crônico e depressão, bem como afetar as condições financeiras, portanto, os CEOs além de resolverem problemas odontológicos específicos, atuam favoravelmente proporcionando uma melhoria no quadro sistêmico e psicológico²¹.

Os dados mais atuais indicam que no campo do Sistema Único de Saúde (SUS) os serviços especializados correspondem a não mais do que 3,5% de todos os procedimentos odontológicos. Em compensação, as fragilidades nas relações de trabalho e os obstáculos no encaminhamento para os pontos de maior abrangência comprometem a evolução no modelo auxiliar em saúde bucal. Além disso, para uma atividade que ainda está centralizada em exodontias e poucas ações preventivas, é essencial uma atenção especializada para a recuperação e reabilitação²².

A especialidade de endodontia no serviço público de saúde desempenha um importante papel na garantia da integralidade da atenção da saúde, sendo reconhecida pela equipe de saúde e pelos usuários como um serviço relevante para

manutenção da saúde bucal, minimizando as consequências da doença cárie e outros agravos.

CONCLUSÃO

Os serviços especializados na área de endodontia oferecidos na rede de atenção primária, no município de Rio Branco, contemplam as necessidades dos usuários, na perspectiva da garantia da integralidade da atenção, com a oferta de serviços nos diferentes níveis de atenção. Porém foi evidenciado que o tempo de espera para o tratamento nem sempre é adequado e que no itinerário terapêutico dos usuários são identificados alguns fluxos que não seguem as normas definidas para o acesso.

A partir dessas evidências, é recomendado o estabelecimento de fluxo e protocolo de acesso aos serviços de endodontia, com critérios que priorizem as necessidades, de forma equânime, bem como a qualificação dos profissionais da rede básica, para encaminhamento adequado, de acordo com o protocolo estabelecido.

REFERÊNCIAS

1. PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.- mar. 2014.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social**. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília - DF; 2004. Brasília - DF; 2011. 208 p.
4. BARDIN, L. (orgs) Luis Antero Reto AP. Análise de conteúdo. Edições, editor. São Paulo; 2011. 279 p.
5. GERHARDT, T. E. *et al.* ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: integralidade no cuidado, avaliação e formação na saúde. 1ª edição. CEPESC Editora. IMS/UERJ. ABRASCO. Rio de Janeiro. 2016.
6. SOUZA, G. C. *et al.* Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. **Rev. salud pública**. 17 (3): 416-428, 2015.
7. BROCKLEHURST, P. R. *et al.* How Should We Evaluate and Use Evidence to Improve Population Oral Health? **Dental Clinics of North America**. **Dent Clin N Am** 63 (2019) 145–156. 2018.
8. LEÔNCIO, L. L. *et al.* Diagnóstico e encaminhamento de pacientes com doenças bucais no serviço público de saúde de Patos-PB: atuação do cirurgião-dentista na referência e contra referência. **Arq. Odontol.** vol.51 no.4 Belo Horizonte oct./dic. 2015.
9. ZAITTER, W. M. *et al.* Avaliação da acessibilidade do paciente à clínica de especialidades de Endodontia em dois distritos de saúde do município de Curitiba (PR). **Rev. Sul- Brasileira de Odontologia**. **RSBO** v. 6, n. 4, 2009.
10. FRANCO, P. G. **Processo de trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva da integralidade**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Juiz de Fora. 2019.
11. SALIBA, N. A. *et al.* Organização da Demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. UNESP – Araçatuba, SP. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 42, n. 5, p. 317-323, 2013.
12. AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião dentista no sistema único de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(1):131-138, 2004.
13. BORGHI, G. N. *et al.* A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em odontologia. **RFO**, Passo Fundo, v. 18, n. 2, p. 154-159, maio/ago. 2013.
14. STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO M da S, editor. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. Brasília; 2002. 419-564 p.
15. GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M. de. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2012. p. 1100.
16. NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde Bucal no Brasil muito além do céu da boca**. FIOCRUZ, editor. Rio de Janeiro; 2008. 148 p.
17. BARROSO, A. de P. *et al.* Uma proposta para parametrização de ações especializadas em saúde bucal. **Cad. Saúde Colet.**, 2019, Rio de Janeiro, 27 (1): 86-92.
18. FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. de. Construção da atenção

- secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(2):259-267, fev, 2009.
19. MAGALHÃES, M. B. P. Referência e contrarreferência na especialidade de endodontia em um Centro de Especialidades Odontológicas. Dissertação. Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública. Faculdade de Odontologia da UFMG. 2017.
20. SINGHAL, A., McKernan, S. C., & Sohn, W. (2018). Dental Public Health Practice, Infrastructure, and Workforce in the United States. **Dental Clinics of North America**, 62(2), 155–175.
21. SANTRIC MILICEVIC, M. *et al.* Strengthening the public health workforce: An estimation of the long-term requirements for public health specialists in Serbia. **Health Policy**, 122(6), 674–680.
22. SPEZZIA, S.; CARVALHEIRO, E. M.; TRINDADE, L. L. Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil. **Revista Brasileira de Odontologia**. Rio de Janeiro. V. 72, n. 1/2. p. 109 – 13. Jan./jun. 2015.

APÊNDICE

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

1. Qual o motivo da busca pelo atendimento nesta unidade?
2. Desde quando apresenta esse problema?
3. Quando foi seu encaminhamento para seu tratamento e como você conseguiu a vaga?
4. Como foi seu encaminhamento para o tratamento?
5. Em quanto tempo você realizou seu tratamento?
6. Quais as dificuldades para chegar até aqui?
7. Quais as facilidades para chegar até aqui?

ANEXO

Consolidated criteria for Reporting Qualitative research (COREQ Checklist)

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	N.	Guide Questions/Description	Reported on Page N.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	Page 04
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	Page 04
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	Page 04
Gender	4	Was the researcher male or female?	Page 04
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	Page 04
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	Page 09
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	Page 09
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	Page 09
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	Page 04
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	Page 03
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	Page 04
Sample size	12	How many participants were in the study?	Page 03
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	Page 03
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	Page 04
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	Page 04
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	Page 03
<i>Data collection</i>			

Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Page 04
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	Page 04
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Page 04
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	Page 04
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	Page 04
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	Page 03
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	Page 09
Domain 3: analysis and findings			
Data analysis			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	Page 04
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	Page 05 the 07
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	Pages 06
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	Page 05
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	Page 09
Reporting			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	Page 10 the 16
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	Pages 10 the 16
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	Pages 12
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Pages 10 the 12

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

LEGIBILIDADE URBANA E LUGARES HOSTIS: ANÁLISE DA DISTINÇÃO ENTRE AS CIDADES DE FRONTEIRA GUAJARÁ-MIRIM (BRASIL) E GUAYARAMERÍN (BOLÍVIA)

URBAN LEGIBILITY AND ADVERSE PLACES: ANALYSIS OF THE DISTINCTION BETWEEN THE CITIES OF FRONTIER GUAJARÁ-MIRIM (BRAZIL) AND GUAYARAMERÍN (BOLIVIA)

Soad Farias Franca^{1*}, Cláudio Roberto da Silva Cavalcante¹, Diego Cordeiro de Souza¹, Farly Lima Santiago de Oliveira¹, Jonatan Mapiana Oliveira¹, Kelvin Sanches Santos de Lima¹

1 Arquitetura e Urbanismo. Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil.

***Autor correspondente:** soadfariais@gmail.com

RESUMO

Introdução: A legibilidade urbana consiste na identificação de elementos que possam caracterizar, através de suas análises, a percepção de um determinado local do espaço construído, entendido como o resultado de uma práxis coletiva que reproduz as relações sociais.¹ Seria, então, essa percepção dos ambientes urbanos e as formas visuais da cidade, localizadas no espaço construído e identificadas através de elementos como, por exemplo, marcos, comércios, economia, monumentos, vias e cultura local. Essa percepção da cidade através de tais elementos e até mesmo das pessoas é feita gradativamente mediante análise intraurbana local. **Objetivo:** O presente artigo visa identificar, comparar e analisar as divergências e inter-relações e até mesmo a interdependência de cada elemento espacial e concreto, já mencionado anteriormente, entre a cidade Guajará-Mirim (Brasil) e Guayaramerín (Bolívia), por meio de teorias conceituadas e análise de caso entre tais cidades. **Método:** Serão utilizadas pesquisas em livros e artigos de autores gabaritados no tema de legibilidade urbana e lugares hostis, bem como análise espacial e de cada elemento da percepção nas cidades do estudo, da bibliografia pertinente como da análise “*in loco*”. A metodologia de análise espacial é qualitativa, na leitura das ambiências similares entre os lugares específicos. **Resultados:** A legibilidade entre as duas cidades demonstra que, pela localização fronteiriça, os fluxos e trocas culturais são intensos, essa relação entre os respectivos países, Brasil e Bolívia, incentivada pela travessia das pessoas e mercadorias na divisa hidroportuária do Rio Mamoré. **Considerações finais:** Essa relação entre as duas cidades de fronteira ocasionaram um processo de dependência intensa entre bolivianos que buscam produtos alimentícios em território brasileiro, e, brasileiros que se satisfazem com produtos importados, produzindo cada qual elementos urbanos factíveis de serem considerados hostis ou não.

Palavras-chave: Legibilidade urbana. Espaço construído. Cidades de fronteira.

ABSTRACT

Introduction: Urban readability consists of the identification of elements that can characterize, through their analysis, the perception of a particular place in the constructed space, understanding as the result of a collective praxis that reproduces social relations.¹ It would then be this perception of urban environments and the visual forms of the city, located in the built space and identified through elements such as landmarks, businesses, economy, monuments, roads and local culture. This perception of the city through such elements and even people is made gradually through intra-urban site analysis. **Objective:** The present article aims to identify, compare and analyze the divergences and interrelationships and even the interdependence of each spatial and concrete element, previously mentioned,

between the city Guajará-Mirim (Brazil) and Guayaramerín (Bolivia), through theories and case analysis between such cities. **Method:** Research will be used in books and articles by authored authors on the subject of urban readability and hostile places, as well as spatial analysis and each element of perception in the study cities, the relevant bibliography as well as on-site analysis. The spatial analysis methodology is qualitative in reading similar ambiances between specific places. **Results:** The legibility between the two cities demonstrates that, due to the border location, the flows and cultural exchanges are intense, this relationship between the respective countries, Brazil and Bolivia, encouraged by the crossing of people and goods on the Mamore River waterfront. **Final considerations:** This relationship between the two border cities has caused a process of intense dependence between Bolivians who seek food products in Brazilian territory, and Brazilians who are satisfied with imported products, each producing urban elements that can be considered hostile or not.

Keywords: Urban readability. Constructed space. Border cities.

INTRODUO

O presente artigo trata de comparaes técnicas e perceptivas entre duas cidades de países distintos, onde se conceitua a legibilidade urbana nas suas formas visuais e em seus lugares hostis dentro de uma cidade brasileira e uma cidade boliviana que fazem fronteira separadas unicamente pelo Rio Mamoré. Basicamente, o conceito adotado foi orientado a partir de leituras através de livros de autores como Kevin Lynch², Jan Gehl³ e Richard Rogers⁴, contribuio de grande valia para a análise urbana e a realizao deste trabalho.

Basicamente, a legibilidade se trata de percepes do espaço urbano de determinada localidade que, para ser vista como uma cidade, de fato, precisa haver uma análise qualitativa e compreensão trivial de suas vias, infraestruturas existentes, comércios, limites e marcos, por exemplo. Em se tratando dos lugares hostis, identificados na maior parte das vezes pela

ausência do poder público, especializando-se por determinadas manchas (reas) que passam a ser consideradas sem atrao alguma, com uma elevada probabilidade de risco para a segurança de seus cidadnos e repelindo a urbanidade, esses pontos dentro da cidade passam a ter uma análise mais crítica e voltada ainda para a própria melhoria de tais manchas hostis.

Por fim, o modelo de ocupao dessas duas cidades ocasionou no processo de formao de ambas uma interdependência entre elas, na atualidade ambas suprem em território vizinho a ausência de alguns serviços e produtos que há em cada uma delas, como, por exemplo, atendimento de serviços de saúde, comércio e alimentao. Há, ainda, uma relao direta do governo federal dos dois países, tratando-se da travessia dos cidadnos de ambos os países, já que está liberada tal ao sob vigilância de órgãos federais de ambas as naoes.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Legibilidade é o reconhecimento visual da cidade por pontos de referência e a capacidade de ler visualmente a paisagem da cidade. Em termos gerais uma cidade legível é aquela em que seus símbolos são facilmente reconhecidos, como os bairros, marcos, limites e as ruas sendo perceptivas e agrupadas de um modelo geral².

De forma que a legibilidade é de vital importância para um cenário urbano, podendo ser utilizado de diversos modos para que se possa ser utilizado no dia a dia e dar novas formas para tais locais, tendo ainda proximidade com o *design* urbano como um todo².

Não necessariamente a cidade precisa ser vista com clareza através de mecanismos pré-determinados, mas pode ser lida pelo meio de vida que os cidadãos locais vivem seus dias dentro de tal urbanização, de modo que cada um veja e absorva o que a cidade tem de melhor para seus anseios, ou seja, a legibilidade de uma cidade pode se tornar algo bem individual para cada um que passe a tentar interpretá-la².

Segundo indagações de grandes autores, as pessoas são as mais afetadas num estudo da cidade como um todo, ou seja, sempre será através delas, das pessoas, que uma leitura daquele local irá ser feita de forma mais assertiva³.

Existe, agora, um pensamento crítico para as cidades onde seus cidadãos sempre serão os mais atacados ou mais punidos de alguma forma com a utilização e crescimento dela. Isso fez com que vários acontecimentos passassem a denegrir a imagem de algumas cidades, bem como a função real de um espaço como um local de encontro, por exemplo, não passava mais a ter seu significado inicial, mas sim apenas mais um ponto onde pessoas por ali passam³.

Portanto, entende-se que legibilidade urbana é a forma de como se lê e entende o funcionamento de uma cidade por mecanismos existentes nos estudos já apresentados, como, por exemplo, vias, marcos, infraestrutura, monumentos, praças e comércios, tendo em vista que toda essa junção de tais elementos caracterizam uma cidade legível.²

1. LOCALIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

A localização de uma cidade se dá através do conceito técnico *localidade central* (grifo do autor), ou seja, sua área comercial e atividades econômicas se tornam o principal ponto ou meio para o seu desenvolvimento, fazendo com que haja atração de uma oferta e demanda para suprir as necessidades de pessoas que já moram ali ou que moram em outras cidades e países⁵.

Esse pensamento se confunde com o de economia, não pela sua atividade, mas sim pelo fato de definição geral de uma cidade já concretizada. Há ainda uma distinção da localização centrífuga, que é mais voltada para as aldeias indígenas onde há uma comercialização mais interna e que não abrange áreas centrais de outras localidades, mas apenas locais e aldeias vizinhas e a localização centrípeta, que seria da cidade em si, ou seja, possui uma visão de comercialização externa⁵.

Tratando-se de economia, cada cidade possui diferentes tipos de espaços ou formas de se manter ativa, e uma delas pode ser considerando a economia, que na maioria dos casos predomina nos comércios de tipo 1 e tipo 2 onde as pessoas podem suprir suas necessidades em tais localidades. Já em alguns outros espaços, dependendo da necessidade das pessoas, há os comércios de tipo 3 e tipo 4, que servem para suprir necessidades maiores de uma parte menor da sociedade devido a seus recursos financeiros, mas que se encontram em locais estratégicos para suprir tal oferta e demanda^{5, 6}.

O grau de desenvolvimento se dá através de uma vasta lista de fatores que contribuem para tal condição, sendo um deles o econômico, com uma presença crescente de indústria e aumento constante do Produto Interno Bruto municipal⁶.

Para algumas pessoas, as cidades se tornam desenvolvidas após um crescimento e expansão por conhecer o seu espaço próprio e o modo de transportes que ali são utilizados, bem como áreas modeladas e modernas para a época atual, entretanto, do ponto de vista técnico, essas mesmas pessoas não veem os custos de tal transformação e desenvolvimento, já que, para que tudo isso aconteça, o custo da degradação ambiental e social cresce de forma igual ou superior a todos os outros pontos já informados⁵.

Portanto, há uma grande diferença entre legibilidade x desenvolvimento urbano: na legibilidade os elementos já existentes na cidade são bastante notórios, ou seja, há uma facilidade de sua localização e análise, bem como identificá-los; já o desenvolvimento urbano se dá através da necessidade cada vez maior de uma melhor condição de vida, independentemente de suas consequências, como por exemplo a ambiental, à qual se dá uma atenção ínfima quando se pensa em desenvolvimento, e também pelo fato da cidade ter sido cada vez mais encarada como uma arena de consumo capitalista⁴.

Quando alguém é perguntado ou questionado sobre a diferença da definição e vivência na cidade, provavelmente a resposta seria, respectivamente, temas como edifícios, carros, comércios e outros

itens capitalistas; já no outro item seria ausência de segurança, isolamento residencial (condomínios fechados), congestionamentos, poluição, etc., tudo se tratando do desenvolvimento desordenado das cidades⁴.

2. ANÁLISE ESPACIAL EM GUAYARAMERÍN

Durante análise espacial realizada “*in loco*”, sobre os itens identificados em estudo sobre legibilidade e hostilidades, tais como monumentos, ruas, praças, área comercial, marcos, atividades de lazer e infraestrutura urbana, é de forma trivial o entendimento de

como funciona tal cidade, ou seja, a análise espacial de todos esses elementos fica bem visível aos olhos do analista devido ao fato de todos eles estarem presentes em um único espaço urbano.

De modo geral, é possível perceber que a malha viária de Guayaramerín é regular e definida, já que a cidade é composta por glebas igualmente divididas entres as ruas que fazem seu traçado, independentemente de sua infraestrutura, e sendo possível uma análise global sobre como tudo acontece em tal cidade, conforme pode ser analisado na figura 1, a seguir:



Figura 1: Malha viária de Guayaramerín.

Fonte: Google maps (com modificação).

A malha viária, principalmente a rodovia federal 8, que é a principal da cidade, possui uma caixa bem larga, que comporta de forma satisfatória o tráfego de pessoas e veículos em todo o seu trecho. Em relação à pavimentação de tal via, bem como várias outras, é composta por blocos de concreto que também suportam o tráfego, tendo como base a ausência de fissuras em toda a sua extensão.

No tocante a seu traçado viário, podemos observar também que existe na malha viária de Guayaramerín um planejamento notório de suas quadras, idealizados no formato de um plano de

grades, onde uma linha cruza com uma outra, permitindo assim uma melhor setorização da cidade como um todo.

Tratando-se do monumento analisado, a estátua que se encontra na “Plaza Guayaramerín” está localizada em uma área de grande movimentação, no centro de uma praça cuja sua infraestrutura oferece boas condições de contemplação do monumento apresentado, bem como a história de tal elemento: um combatente em uma das guerras travadas pela Bolívia, como pode ser analisado posteriormente na figura 2



Figura 2: Monumento na Plaza Guayaramerí.

Como pode ser analisado na figura anterior, a praça possui mobiliários urbanos que tornam tal elemento uma estrutura

atrativa para aqueles que gostam de contemplar um traço de sua história através de verdadeiras obras de artes feitas

manualmente, que seria o caso de tal monumento, que é rico em detalhes.

A praça analisada no estudo foi a “Plaza Hernan Roca Cazanova”, que é a primeira praça por onde se passa ao chegar em infraestrutura e mobiliários bem

definidos, para que haja um bom uso da mesma, por transeuntes ou por aqueles que desejam ficar contemplando sua estética e sombras, conforme pode ser analisado na figura 3, a seguir.



Figura 3: Plaza Herman Roca Cazanova.

Por conta de toda a vegetação existente, a praça possui um clima agradável, logicamente devido, também, a sua infraestrutura, que possui uma qualidade e cuidado de limpeza e zelo como um todo, de forma que todos se sintam em um lugar tranquilo o bastante para

contemplação de tal instrumento urbano. É possível observar a entrada de tal localização marcada esteticamente pela edificação que está na esquina de tal travessa com a rodovia federal principal da cidade, conforme figura 4, a seguir



Figura 4: Entrada do mercado central.

A maior diferença observada entre a área comercial demarcada anterior à visita “*in loco*” e a área do Mercado Central foi apenas a diversidade de lojas e produtos comercializados, já que nessa área há algumas lojas mais sofisticadas, ou seja, com melhor infraestrutura, mas que independentemente disso a finalidade é a mesma. A área comercial que foi demarcada para estudo se dá em um perímetro a partir da entrada na cidade, estendendo-se por cerca de 10 quadras.

Mas, independentemente de tais empecilhos, a finalidade comercial de toda

essa zona tem sua função bem definida e utilizada, já que a população inteira da cidade ou da cidade vizinha, Guajará-Mirim, faz uso de tal zona. Essa área comercial não possui uma total infraestrutura, porquanto em alguns trechos não há calçamento para passeio público e alguns outros elementos básicos para um melhor conforto de caminhabilidade na zona, como um sombreamento por meio de vegetações, por exemplo, como pode ser visto na figura 5, a seguir



Figura 5: Zona comercial

Como destacado anteriormente, não há vegetação que possa ser utilizada de forma que deixe o uso comercial mais agradável, não impedindo ou minimizando sua função final. De modo geral e uma visão mais ampla de tudo que foi analisado, a cidade Guayaramerín possui uma dependência do comércio como um todo, aumentando sua

economia local e principalmente o fluxo de pessoas para um uso geral da cidade como um todo.

O fato de haver um porto que faz travessia de pessoas do lado brasileiro para o lado boliviano, e vice-versa, facilita e aumenta a trafegabilidade de pessoas dos dois países, que possui um acordo para tal

serviço. Essa dependência se dá tanto para uso comercial, quanto empregatício, estudantil e até mesmo de saúde.

3. ANÁLISE ESPACIAL EM GUAJARÁ-MIRIM

Durante análise espacial realizada em Guajará-Mirim, sobre os itens identificados em estudo sobre legibilidade e hostilidades, tais como monumentos, ruas, praças, área comercial, marcos, atividades de lazer e infraestrutura urbana, é trivial a análise

sobre eles, estando também presentes em um único espaço urbano.

De modo geral, é possível perceber que a malha viária de Guajará-Mirim é, também, de certa forma bem definida, apesar de que o material utilizado para cobrimento das vias ser diferente: em Guayaramerín são blocos de concreto em formato hexagonal e em Guajará-Mirim é o asfalto, Figura 6.

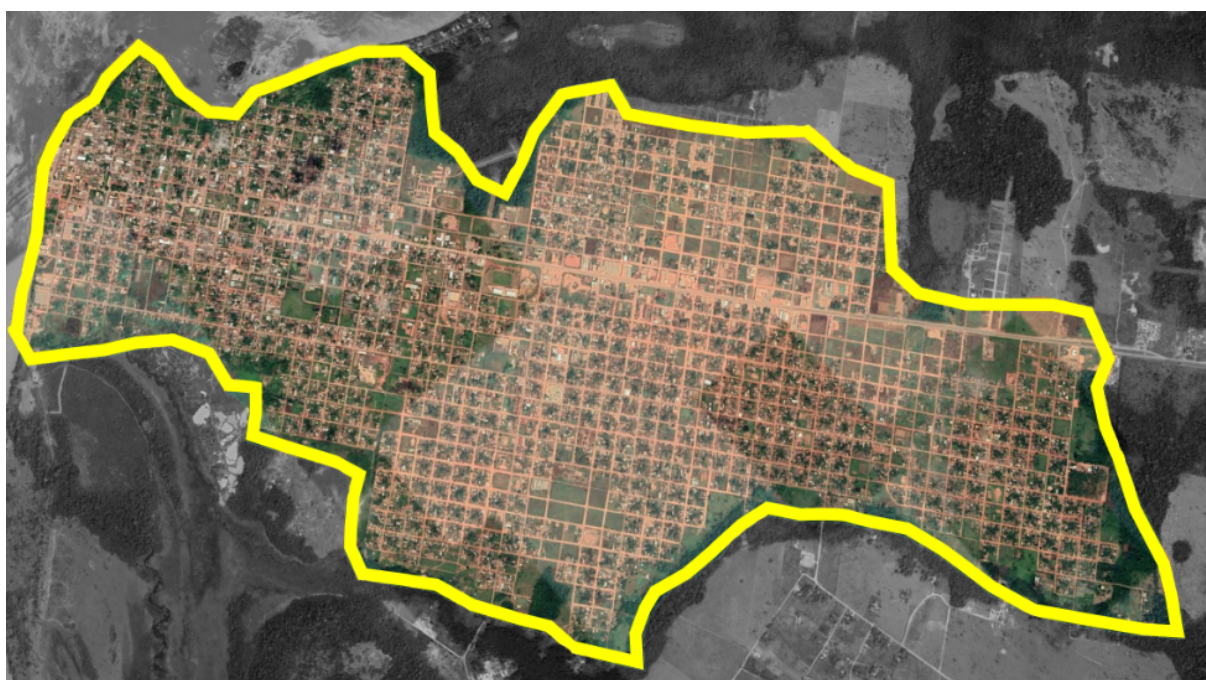


Figura 6: Malha viária de Guajará-Mirim

Fonte: Google maps (com modificação)

As vias da cidade brasileira em análise são bem largas para o fluxo existente, tendo ainda uma boa conservação de seus insumos nas áreas que foram percorridas, que são as centrais e de comércio. Porém,

ao adentrar as zonas mais periféricas, o asfalto já se encontra bastante deteriorado e sem nenhuma manutenção preventiva. Tratando-se de marcos, este da figura 7, a seguir, chama bastante atenção na cidade para alguns historiadores por se tratar de

um local conhecido por um ponto de integração entre Brasil e Bolívia, cuja frase

encontra-se esculpida “Unidos venceremos”.

esculpida

“Unidos



Figura 7: Marco histórico

Entretanto, mesmo se tratando de um marco histórico, localizado em uma praça urbana, tal local encontra-se aparentemente abandonado, pois há sujeira, não há uso por pessoas mesmo em um fim de semana e não há, ainda, comércios que possam atrair tal movimentação.

Há, também, a Catedral Diocesana Nossa Senhora do Seringueiro, na figura 8 a seguir, que fica localizada em uma área central da cidade e é considerada um monumento histórico para Guajará-Mirim devido a sua importância advinda da igreja católica na cidade



Figura 8: Marco histórico

Neste ponto da cidade, na área de entorno da catedral em específico, é possível notar um zelo maior do que na praça do marco histórico. Apesar de não haver uma movimentação no dia da análise, foi, ainda assim, possível verificar que o cuidado tanto no entorno quanto na edificação é existente, fazendo com que

haja, provavelmente, um alto fluxo de utilização e movimentação ao seu redor.

Uma referência cultural e histórica da cidade, talvez a maior, é o Museu Municipal de Guajará-Mirim, localizado na antiga estação ferroviária de Guajará-Mirim, inaugurada em 1912 e fechada em 1972. O museu, figura 9, encontra-se em boas condições e está aberto à visitação diariamente.



Figura 9: Museu Municipal de Guajará-Mirim

No pátio do museu está exposta uma locomotiva fabricada em 1909, engatada a um vagão prancha antigo, conforme pode ser visto na figura 10, a seguir, sendo possível ver que há um cuidado com o trem por ter sido utilizado em uma minissérie

televisiva, chamada Mad Maria, pela Rede Globo e pelo Canal Futura entre 25 de janeiro e 25 de março de 2005 em 35 capítulos, gravada em Porto Velho e Guajará-Mirim no ano 2005



Figura 10: Trem ao lado do Museu Municipal de Guajará-Mirim

Conforme informado pelo Secretário de Cultura e Lazer da cidade de Guajará-Mirim, o trem ainda funciona e foi testado recentemente para um evento na cidade, levando centenas de pessoas para visualizar seu feito.

Após as gravações da minissérie, a Rede Globo de Televisão não se dispôs a devolver o trem para a cidade, encaminhando-o para os Estados Unidos da América, para que ficasse exposto no país, tendo sua devolução através de decisão judicial.

4. LUGARES HOSTIS

Terperman⁷ focaliza em cidades que passam por destruições em massa, guerras e/ou ataques que as vezes são específicos para edificações, monumentos ou locais estratégicos em marcos daquele local, onde passe a enfatizar mais o lado da destruição arquitetônica do que de pessoas,

independentemente de ser em uma área hostil ou nobre da cidade.

Logo, a guerra torna as cidades hostis, de forma que livremente da sua significância, cidades inteiras passam por transformações, ora destruídas, ora modificadas, ou seja, sempre transformadas de alguma forma.⁷

Independente de apenas o elo da segurança há outras coisas que também estão envolvidas diretamente na hostilidade de uma cidade ou um local em específico, que pode ser isento de guerras. Os fatores políticos e econômicos interferem diretamente nesse meio, tendo em vista que se tal local for esquecido pela classe política, responsável pelo desenvolvimento das cidades como um todo, este se torna mais um na mancha de lugares hostis dentro de uma cidade, afetando diretamente

as pessoas que ali vivem e aos que estão em seu entorno.⁷



CONCLUSÃO

Como parte da análise espacial, montamos no quadro 1, a seguir, uma análise da relação de uma cidade com a

outra, mostrando suas interdependências que poderão ser vistas nessa comparação resumida do que foi mencionado, identificando no espaço construído as formas visuais e caracterizando os lugares hostis.

Quadro 1: Comparação técnica de Guajará-Mirim e Guayaramerín

QUADRO CONCLUSIVO ENTRE AS CIDADES DE GUAJARÁ-MIRIM E GUAYARAMERIN			
GUAJARÁ-MIRIM	ASPECTOS GUAJARÁ-MIRIM	ASPECTOS GUAYARAMERIN	GUAYARAMERIN
	A �rea comercial mostra uma variedade de usos imediatos e de produtos industrializados em mercados e lojas, suprimindo as necessidades de Guajará nos artigos de eletrodomésticos e de primeira necessidade.	Comércios com alta rotatividade e grande variedade e diferentes tipos de materiais importados distribuídos na área central da cidade, onde pode ser observada uma dependência do comércio de Guayaramerín pelos clientes brasileiros com o uso de compras de produtos da cidade.	
	A infraestrutura mostra passeio de pedestres também amplo em volta de boa parte da malha viária da cidade, tendo uma diferença de Guayaramerín, na cidade de Guajará as vias são elaboradas com a utiliza�o da manta asfáltica em boa parte, em outros pontos mostra a deficiência de ser uma cidade pequena e as vias ainda são feitas de barro.	Sobre a infraestrutura de Guayaramerín em muitas das vias podemos observar a falta de passeio para pedestres, e diferentemente de Guajará as vias são feitas de blocos de concretos em boa parte delas tendo também a deficiência de utiliza�o dos blocos e assim algumas ruas são em barro caracterizando lugares hostis.	
	A malha viária de Guajará-mirim se caracteriza com uma tipologia em grelha, vias com a caixa larga em áreas centrais e dotadas de infraestrutura.	A malha viária de Guayaramerín é composta por vias com caixa larga e pavimentadas com blocos de concreto, além de serem	

		dotadas de comércio por toda a extensão das vias centrais e principais.	
	A maioria dos espaços públicos de Guajará infelizmente não possuem infraestrutura adequada para o uso dos cidadãos, sendo assim poucos são os espaços que são usados como forma de lazer e convivência, são lugares hostis.	Os lugares públicos de Guayaramerim, como as praças e parques, são dotados de infraestrutura, há manutenção dos locais e frequentados pelos moradores da região e turistas.	

REFERÊNCIAS

1. SANTOS, M. **Por uma Geografia Nova**. São Paulo: Hucitec, Edusp, 1978.
2. LYNCH, K. **A Imagem da Cidade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
3. GEHL, J. **Cidades Para Pessoas**. São Paulo: Perspectiva, 2013.
4. ROGERS, R. G. **Cidades Para Um Pequeno Planeta**. Barcelona: Gustavo Gili, 2001
5. SOUZA, L. S. **ABC do Desenvolvimento Urbano**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.
6. MALTA, C. C. F. **Reinvente seu Bairro**. São Paulo: Editora 34 Ltda., 2003.
7. TEPERMAN S. **As cidades vivas, viva as cidades!** Senac 2008.

TENDÊNCIA TEMPORAL DA INCIDÊNCIA DE HEPATITE VIRAL B E C NO ESTADO DO ACRE, NO PERÍODO DE 2001 A 2013

TEMPORAL TREND OF THE INCIDENCE OF VIRAL HEPATITIS B AND C IN THE STATE OF ACRE, FROM 2001 TO 2013

Denys Eiti Fujimoto^{1*}, Carmen Freire Warden², Rosalina Jorge Koifman³

1. Médico Hematologista e Hemoterapeuta, Professor da Universidade Federal do Acre e Coordenador do Curso de Medicina do Centro Universitário Uninorte. Acre. Brasil.

2. Professora Permanente da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Rio de Janeiro. Brasil. Pesquisadora no Instituto de Investigación Biomédica de Granada. Granada. Espanha

3. Médica, Pesquisadora Titular e Docente Permanente da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Rio de Janeiro. Brasil

***Autor correspondente:** denys.fujimoto@hotmail.com

RESUMO

Introdução: As hepatites virais B (HBV) e C (HCV) são doenças que acometem principalmente as células hepáticas, podendo levar a quadro agudo e crônico de caráter infeccioso e inflamatório, com transmissão parenteral. O Estado do Acre, assim como a região Norte do Brasil, apresenta historicamente alto índice de casos de hepatite viral. Medidas de prevenção foram adotadas, como a campanha de vacinação nacional que ocorreu em 1992 no Acre, fato este que pode ter contribuído para uma diminuição temporária de casos novos. Conhecermos a tendência temporal da incidência destas doenças permite avaliar seu comportamento e os efeitos das medidas de controle e identificar possíveis fatores que interfiram na sua evolução. **Métodos:** Este estudo é exploratório de séries temporais para avaliar a tendência temporal da incidência das hepatites virais B e C no estado do Acre, entre 2001 e 2013. Dados dos casos notificados de HBV e HCV foram obtidos através do Sistema de Notificação de Agravos (SINAN WEB) do DATASUS. Taxas de incidência foram obtidas para cada 100.000 hab/ano e padronizadas pelo método direto. A tendência temporal foi explorada mediante análises de regressão polinomial. **Resultados:** Para HBV foram identificados 2.864 casos (47,6%) nos homens, e 3.153 casos (52,4%) em mulheres. O número de casos de HCV entre os homens foi de 1.392 (63,9%) e nas mulheres foi de 785 (36,1%). Foi observada tendência de crescimento constante da incidência de HBV, à exceção das mulheres da capital. Para o HCV apenas as mulheres do interior do estado apresentaram tendência de crescimento linear e constante. Este crescimento pode ser atribuído a fatores de risco, como procedimentos estéticos com utilização de materiais pontiagudos e cirúrgicos. **Conclusão:** Em nosso estudo as hepatites virais apresentaram uma tendência a crescimento, principalmente no interior do estado, podendo elevar o número de casos e consequentemente na piora da morbimortalidade, sendo necessário um esforço para melhorar a cobertura vacinal.

Palavras-chave: Hepatite Viral B. Hepatite Viral C. Incidência. Tendência temporal.

ABSTRACT

Introduction: Viral Hepatitis B (HBV) and C (HCV) are diseases that affect liver cells, which can lead to acute and chronic infectious and inflammatory conditions with parenteral

transmission. The State of Acre, as well as the northern region of Brazil, has historically a high rate of cases of viral hepatitis. Preventive measures were adopted as the national vaccination campaign that took place in Acre in 1992, a fact that may have contributed to a temporary decrease in new cases. Knowing the temporal trend of the incidence of these diseases allows us to evaluate their behavior and the effects of control measures and identify possible factors that interfere with their evolution. **Methods:** This is a time-series study assessing the temporal trend of HBV and HCV incidence between 2001 and 2013. Data on notified cases were obtained through the Disease Notification System of the Department of Informatics of the Unified Health System. Standardized incidence rates per 100,000 inhabitants/year were obtained. The temporal trend was assessed using polynomial regression. **Results:** For HBV, 2,862 (47.6%) cases were identified in men, and 3,153 (52.4%) cases in women. There were 1,392 (63.9%) and 785 (36.1%) HCV cases amongst men and women, respectively. Constant increasing trend was observed for HBV, except for women from the capital city of Acre. For HCV, only women in the inland areas of the state exhibited a linear and constant increasing trend. This growth can be attributed to risk factors, such as aesthetic procedures using pointed and surgical materials. **Conclusion:** In our study, viral hepatitis trended to increase, especially in the interior of the state, which may increase the number of cases and consequently worsen morbidity and mortality, requiring an effort to improve vaccine coverage.

Keywords: Viral Hepatitis B. Viral Hepatitis C. Incidence. Temporal tendency.

INTRODUÇÃO

As hepatites virais B (HBV) e C (HCV) são doenças infecciosas que acometem principalmente as células hepáticas, podendo levar a quadros agudos e crônicos de caráter infeccioso e inflamatório, tendo como principal forma de transmissão a via parenteral¹. Pacientes que receberam transfusão de sangue e seus componentes, usuários de drogas injetáveis, e indivíduos que estão em contato com material perfurocortante como tatuadores e manicures, são grupos de risco para adquirir estes agentes virais².

A Organização Mundial de Saúde classifica a endemicidade da hepatite B através do marcador sorológico HBsAg, em 4 categorias de prevalência, baixo (<2%), intermediário baixo (2 a 4%), intermediário

alto (5 a 7%) e alto ($\geq 8\%$), sendo que o Brasil é considerado de risco baixo, tanto para adultos como crianças e além disto estima-se que, no mundo todo, cerca de 2 bilhões de pessoas têm ou tiveram infecção pelo vírus da hepatite viral B, e cerca de 250 milhões de pessoas sejam portadoras crônicas com HBsAg positivo³.

A tendência mundial de incidência de HBV é de diminuição, principalmente em países onde se implantou a vacinação, como ocorreu nos Estados Unidos no período de 2008 a 2012, com subsequente redução de 28% dos casos de HBV, com uma taxa anual de 0,9 casos por 100.000 habitantes.⁴ No Brasil, no período de 2005 a 2009, a prevalência de HBV na faixa etária de 10 a 69 anos foi de 7,4%, e para HCV de 1,38%⁵. Segundo dados do Ministério da Saúde, a taxa de detecção de HCV no país

aumentou de forma progressiva no período de 1999 (0,1/100.000 habitantes) a 2010 (5,5/100.000 habitantes), sendo maior nas regiões Sudeste e Sul. Já a incidência de HBV cresceu de forma progressiva até 2005 quando se observa uma queda nas regiões Sul e Sudeste, uma oscilação na magnitude da incidência nas regiões Norte e Centro-Oeste, e uma estabilização na região Nordeste.⁵ Em relação à mortalidade, entre 2000 e 2009 foram registrados 5.441 óbitos por HBV no Brasil, com uma taxa bruta anual de mortalidade entre 0,3 e 0,4 por 100.000 habitantes, sendo maior na região Norte, com 0,9 por 100.000 habitantes⁶. Em estudo com teste sorológico realizado no interior do estado do Maranhão com 243 voluntários com idade entre 1 e 87 anos, nenhum deles usuário de droga injetável, a prevalência de HCV foi de 5,76% e para HBV foi de 40,74% para o antígeno core do HBV (Anti-HBc) e de 2,88% para o antígeno de superfície do vírus (HBsAg), sendo apenas 1 caso com infecção concomitante para HCV e HBV⁷.

O estado do Acre, na região Norte do Brasil, historicamente, apresenta um alto índice de casos de hepatite viral, como observado no estudo de 2001 com 5,2% de HbsAg na população ribeirinha do Rio Acre e Purus e 3,3% em outro estudo realizado de fevereiro a julho de 2002, abrangendo um pouco mais da metade dos municípios acreanos, relatando também uma alta

prevalência de anti-HBc (45,3 a 89,7%) nesta mesma população de estudo, e HCV com prevalência de 5,9% em candidatos à doação de sangue em estudo publicação em 2004^{8, 9, 10}. Estes dados sempre chamaram a atenção de autoridades em saúde, que buscaram medidas para o seu controle. Uma destas medidas foi a providência em 1992 de uma campanha de vacinação em massa para a população, que pode ter contribuído para uma diminuição de casos novos nos anos subsequentes. Assim, o objetivo deste estudo é avaliar a tendência temporal da incidência de HBV e HCV no Estado do Acre entre 2001 e 2013, período para o qual há dados disponíveis. O estado é composto de 22 municípios incluindo a capital, Rio Branco, sendo que no último censo de 2010, a capital correspondia a 45,8% da população do estado¹¹.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório de tendência temporal, no qual foi analisada a evolução das taxas de incidência de HBV e HCV no conjunto do Estado do Acre, na capital Rio Branco e nos municípios do interior, segundo o sexo, no período de 2001 a 2013.

COLETA DE DADOS

A informação sobre o número de casos notificados e confirmados de HBV e HCV no período de estudo, para todas as faixas etárias em ambos os sexos, foi obtida

por meio do Sistema de Notificação de Agravos (SINAN) do DATASUS¹². Foi realizado um levantamento *on-line* da sua base de dados SINAN WEB, a partir da qual foram selecionados os casos confirmados de HBV e HCV para o total do estado e dos municípios, e categorizados por sexo e ano de notificação. Até 2007, os dados eram registrados no Sistema através de formulários impressos e preenchidos nas unidades de saúde, e em 2007 o SINAN WEB adotou o sistema de coleta de dados *on-line*. Assim, há dois bancos de dados distintos à disposição, um de 2001 a 2006, e outro a partir de 2007, de forma que os dados foram coletados separadamente e posteriormente agrupados em um único registro¹².

Seguindo os critérios do Ministério da Saúde, foram definidos como casos confirmados de HBV aqueles indivíduos que preenchiam as condições de caso suspeito e que apresentavam um ou mais marcadores sorológicos (HBsAg, HBeAg e Anti-HBc IgM) reagentes ou exame de biologia molecular para HBV¹³. Para HCV foram definidos como casos confirmados os indivíduos que preenchiam as condições de caso suspeito e que apresentavam anti-HCV reagente e HCV-RNA detectável¹³.

Os dados populacionais, por faixa etária e por sexo, do estado do Acre, da sua capital e do interior, no período de 2001 a 2012, foram obtidos do DATASUS. Este

sítio eletrônico utiliza como base os censos de 1980, 1991, 2000 e 2010, e tem à disposição dados estimados dos anos intercensitários para o período de 1981 a 2012¹⁴. Para o ano de 2013, não há dados populacionais disponíveis por faixa etária e sexo para a capital e interior do estado, de forma que para esse ano foram estimados, a partir dos dados do estado do Acre, valores por faixa etária e sexo, para as populações do interior e da capital.¹⁵ No presente estudo, foram considerados os seguintes estratos etários para padronização das taxas: 0 a 14 anos, 15 a 64 anos e 65 anos e mais.

CÁLCULO DAS TAXAS DE INCIDÊNCIA

Foram calculadas as taxas brutas anuais de incidência de HBV e HCV para a população masculina e feminina, e por faixa etária. Estes valores foram obtidos a partir do número absoluto de casos novos notificados e confirmados de HBV e HCV (códigos B16.0, B16.1, B16.2, B16.9, B17.1 e B18.2 segundo a CID-10 no estado, tanto na capital como no interior, para cada ano do período de estudo, dividido pela população alvo nos anos correspondentes e multiplicados por 100.000¹⁶. As taxas brutas foram padronizadas pelo método direto, utilizando como referência a população da região Norte do Brasil, considerando a população do ano de 2007.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

O comportamento das taxas de incidência no período estudado foi explorado utilizando a técnica da regressão polinomial. As taxas de incidência padronizadas foram incluídas nos modelos como variável dependente (Y) e os anos centralizados como variável independente (X). Os dados foram primeiramente analisados por meio do modelo de regressão simples ($Y = \beta_0 + \beta_1 X$) e em seguida pelos modelos de segundo ($Y = \beta_0 + \beta_1 X + \beta_2 X^2$) e terceiro ($Y = \beta_0 + \beta_1 X + \beta_2 X^2 + \beta_3 X^3$) grau.

A seleção do melhor modelo foi baseada na significância estatística do modelo e dos coeficientes da regressão (β), e no coeficiente de determinação (R^2), considerando aqueles de maior valor. Admitiram-se como estatisticamente significativo os modelos com p -valor $< 0,05$. Quando os modelos apresentaram resultados semelhantes, optou-se pelo de menor ordem.

RESULTADOS

No período de treze anos, entre 2001 e 2013, o número total de casos notificados de HBV no estado do Acre foi 2.864 (47,6%) na população masculina, sendo 46,8% dos

casos residentes na capital Rio Branco, e na população feminina 3.153 casos (52,4%), sendo 49,3% destes residentes na capital. Neste mesmo período, o número de casos de HCV na população masculina do estado foi de 1.392 (63,9%), sendo 85,3% na capital, e na população feminina foi de 785 (36,1%), sendo 81,1% na capital.

Nas Tabelas 1 e 2 são apresentadas as taxas de incidência anuais padronizadas por idade para HBV e HCV, em homens e mulheres. A taxa de incidência de HBV na população masculina da cidade de Rio Branco variou entre 35,54 casos/100.000 hab. em 2005 e 122,51 casos/100.000 hab. em 2013, e na população feminina, de 38,63/100.000 hab. em 2004 a 119,23/100.000 hab. em 2013 (Tabela 1). No interior, a taxa variou de 27,68 a 101,04/100.000 hab. para os homens, e de 21,49 a 95,55/100.000 hab. para mulheres, sendo 2002 o ano com menor taxa de incidência estimada para HBV. No estado, as maiores taxas ocorreram em 2013 (101,18/100.000 hab. em homens e 103,50/100.000 hab. em mulheres), assim como observado na capital. Na maioria dos anos, as taxas de incidência estimadas foram maiores na população feminina.

Tabela 1: Taxas anuais padronizadas de incidência de HBV (casos/100.000 habitantes) no estado do Acre, na capital e interior do estado, por sexo, no período de 2001 a 2013.

Ano	Rio Branco		Interior		Acre	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
2001	49,85	82,79	41,90	23,50	45,57	53,78
2002	62,39	85,27	28,16	21,82	44,23	54,02
2003	56,54	43,95	28,58	34,77	41,77	39,29
2004	40,98	38,16	43,54	38,29	42,31	38,26
2005	34,41	44,97	41,33	42,30	38,02	43,68
2006	58,34	63,53	49,20	56,87	53,40	60,45
2007	49,32	48,56	59,34	95,74	54,74	72,16
2008	53,64	56,87	74,60	93,26	65,35	75,50
2009	120,03	112,65	97,06	111,83	107,30	112,66
2010	65,57	74,85	48,71	69,67	56,69	72,29
2011	65,88	64,89	105,81	98,13	87,29	81,37
2012	64,68	64,05	69,77	91,64	67,48	77,74
2013	122,07	117,38	109,72	118,53	115,80	118,44

Masc: população masculina; Fem: população feminina.

Tabela 2: Taxas anuais padronizadas de incidência de HCV (casos/100.000 habitantes) no estado do Acre, na capital e interior do estado, por sexo, no período de 2001 a 2013.

Ano	Rio Branco		Interior		Acre	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
2001	56,58	30,41	2,39	2,00	27,40	16,45
2002	39,76	24,26	1,68	1,25	19,33	13,00
2003	76,12	25,22	4,53	0,70	37,52	13,11
2004	37,43	15,73	5,70	5,50	20,40	10,70
2005	58,77	19,10	10,75	6,12	32,87	12,74
2006	46,37	25,54	6,54	4,59	25,00	15,21
2007	25,66	14,67	6,34	3,42	15,27	9,11
2008	36,12	27,21	5,82	4,50	19,16	15,57
2009	81,68	33,22	12,25	11,78	42,52	22,32
2010	46,01	31,82	8,51	7,03	26,01	19,69
2011	42,92	23,00	6,36	9,91	23,48	16,56
2012	34,83	18,04	5,64	6,53	19,15	12,36
2013	182,32	86,33	29,88	19,62	101,19	53,60

Masc: população masculina; Fem: população feminina.

Em relação à HCV, a taxa de incidência na população masculina da capital variou entre 25,66 (2007) e 182,32/100.000 hab. (2013), e de 14,67 (2007) a 86,33/100.000 hab. (2013) na população feminina (Tabela 2). No interior, variou entre 1,68 (2002) e 29,88/100.000 hab. (2013), e de 0,70 (2003) a 19,62 (2013) nos homens e de 2,00 (2001) a 11,78 (2009) nas mulheres.

19,62/100.000 hab. (2013) nas mulheres. No estado, as maiores taxas também foram observadas no ano de 2013, e as menores em 2007. Semelhante ao observado para HBV, o ano com a maior taxa de incidência de HCV seguido de 2013 foi 2009, tanto na capital como no interior. Excetuando os anos de 2011 e 2012 no interior do estado, as taxas de incidência de HCV foram maiores em homens.

Na análise de tendência temporal (Tabela 3), a HBV apresentou uma tendência de crescimento constante ao

longo do período de estudo, tanto o estado como na capital e no interior, para ambos os sexos, à exceção de mulheres da capital, sendo o modelo linear o que apresentou maior poder explicativo (Tabela 3, Figura 1). Além disso, destaca-se o crescimento pronunciado no interior do estado, particularmente na população de sexo feminino ($R^2=80,4\%$, $p\text{-valor}<0,001$) (Figura 1f). Em relação à HBV em mulheres de Rio Branco, as taxas de incidência não mostraram tendência temporal significativa (Figura 1d).

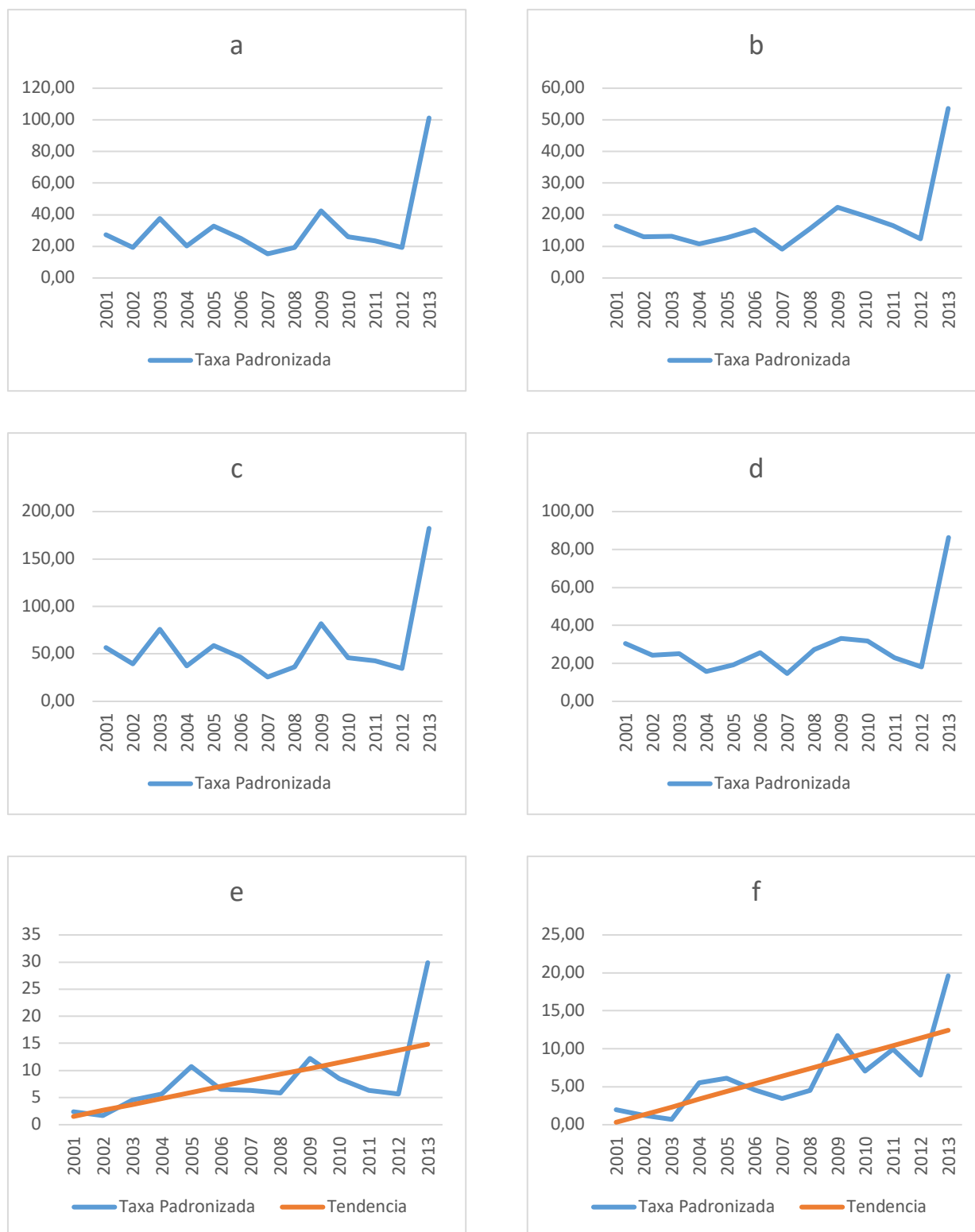
Tabela 3: Tendência temporal das taxas anuais de incidência de HBV e HCV no estado do Acre, na capital e interior do estado, por sexo, no período de 2001 a 2013.

Doença	Modelo	R ² (%)	p-valor	Tendência	p-valor de β
Hepatite B					
Acre					
Masculino	$y = 63,07 + 5,02x$	59,3	0,002	Crescente e constante	$\beta_1 = 0,002$
Feminino	$y = 69,20 + 5,11x$	62,2	0,001	Crescente e constante	$\beta_1 = 0,001$
Rio Branco					
Masculino	$y = 64,90 + 3,97x$	33,6	0,038	Crescente e constante	$\beta_1 = 0,038$
Feminino	$y = 69,07 + 2,33x$	13,1	0,224	Sem tendência	$\beta_1 = 0,224$
Interior					
Masculino	$y = 61,36 + 5,91x$	67,6	0,001	Crescente e constante	$\beta_1 = 0,001$
Feminino	$y = 68,95 + 7,92x$	80,4	<0,001	Crescente e constante	$\beta_1 < 0,001$
Hepatite C					
Acre					
Masculino	$y = 31,48 + 2,29x$	15,8	0,178	Sem tendência	$\beta_1 = 0,178$
Feminino	$y = 11,73 + 1,54x$	27,9	0,064	Sem tendência	$\beta_1 = 0,064$
Rio Branco					
Masculino	$y = 57,90 + 3,34x$	11,1	0,266	Sem tendência	$\beta_1 = 0,266$
Feminino	$y = 28,81 + 2,05x$	19,2	0,134	Sem tendência	$\beta_1 = 0,134$
Interior					
Masculino	$y = 8,18 + 1,11x$	37,0	0,027	Crescente e constante	$\beta_1 = 0,027$
Feminino	$y = 6,38 + 1,01x$	60,2	0,002	Crescente e constante	$\beta_1 = 0,002$

Figura 1: Tendência temporal da incidência de HBV no período de 2001 a 2013: a) População masculina do estado do Acre; b) População feminina do estado do Acre; c) População masculina de Rio Branco; d) População feminina de Rio Branco; e) População masculina do interior do estado; f) População feminina do interior do estado.



Figura 2: Tendência temporal da incidência de HCV no período de 2001 a 2013: a) população masculina do estado do Acre; b) população feminina do estado do Acre; c) população masculina de Rio Branco; d) população feminina de Rio Branco; e) população masculina do interior do estado; f) população feminina do interior do estado.



Com relação à HCV, não foi encontrada tendência temporal na capital nem no conjunto do Estado (Tabela 3, Figuras 2a a 2d). No interior, observou-se uma tendência crescente e constante na incidência de HCV, tanto para os homens ($R^2 = 37,0\%$) como para as mulheres ($R^2 = 60,2\%$) (Tabela 3, Figuras 2e e 2f).

DISCUSSÃO

Na análise de tendência temporal em nosso estudo, observou-se aumento constante da incidência de HBV em Rio Branco, com reflexo desta tendência no conjunto do estado do Acre, e de HCV nos municípios do interior do estado, no período de 2001 a 2013. O comportamento observado para HBV é semelhante ao descrito em pesquisa realizada entre 1997 e 2010 em todo o país, com identificação de mais de 150 mil casos, em que foi observada tendência de crescimento constante da incidência de HBV, com uma variação percentual anual de 5,96% (IC95%=3,3-8,7%)¹⁷. No entanto, em estudo realizado no estado de Santa Catarina, na região Sul do país, com 9.421 casos de HBV identificados pelo Ministério da Saúde no período de 2002 a 2009, foram observadas duas tendências distintas. A primeira, entre 2002 e 2006 com aumento anual da incidência de 5,9% (IC95%=3,6–8,3%), seguida de tendência de queda anual de 6,4% (IC95%=3,1–9,7%)¹⁸. Contrapondo também os nossos resultados,

outro estudo realizado em Santa Catarina encontrou uma redução de 10,85% para 1,75% na incidência de HBV, principalmente na faixa etária de 0 a 14 anos de idade, na qual a cobertura vacinal, que se iniciou em 1994, foi elevada¹⁹. Estes estudos demonstram que, no Brasil as evoluções das hepatites nos estados apresentaram tendências diferentes, dependendo da região ou estado brasileiro a ser considerado.

No âmbito internacional, estudo realizado na Polônia, no período de 2005 a 2012, também demonstra aumento na incidência de HBV crônica, principalmente em homens (de 0,79 para 4,18/100.000 hab)²⁰. No entanto, pesquisadores iranianos encontraram redução da prevalência de HBsAg em doadores de sangue, variando de 1.79% em 1998 para 0.41% em 2007²¹. Um estudo de caso-controle realizado no Canadá, no período entre 1997 e 2006, também em doadores de sangue, demonstrou igualmente uma redução de casos de HBV, através da realização de teste sorológico para HBsAg, de 141,2/100.000 para 61,6/100.000²². Nos estudos internacionais podemos evidenciar que as tendências de hepatite também divergem, dependendo do país, da população de estudo e do período analisado.

Um dos pontos importantes abordados na discussão de vários artigos sobre a

evolução da frequência de casos de HBV tem sido o efeito da implantação e eficácia da vacinação, como evidenciado no estudo feito na Samoa Americana, onde crianças que não receberam vacinação apresentaram um risco relativo de 1,5 (IC 95%: 1,1 a 2,3) de serem portadoras de HBV, comparado com crianças que foram vacinadas²³. Igualmente, vários outros estudos demonstram uma redução na taxa de incidência de HBV após a vacinação.²⁴ A proteção conferida pela vacina contra HBV pode se estender por até 20 anos, mesmo se tratando de um país de alto risco²⁵. Em países de baixo risco, como os Estados Unidos, após a implantação de vacinação contínua e ampliada a adultos, observou-se também redução de 82% na incidência de HBV aguda na avaliação realizada uma década depois, em 2002, o que sugere que uma boa cobertura vacinal leva a uma redução de casos de HBV²⁶. Assim, a variação observada na evolução temporal dos casos de HBV nos diferentes estados e regiões brasileiras pode ser atribuída a diferenças na cobertura vacinal que cada estado conseguiu implantar. A partir de dados fornecidos pela Divisão de Imunização e Rede de Frio da Secretaria Estadual de Saúde do Acre, sobre cobertura vacinal no estado, no período entre 2007 e 2016, observou-se uma redução importante na cobertura para a faixa etária de 1 a 4 anos entre 2007 (6,50%) e 2016 (0,28%).

Em faixas etárias acima de 15 anos de idade, a cobertura vacinal era baixa em 2007 (entre 0,3 a 2,48%), aumentou entre 2010 e 2013 (entre 1,1 a 3,59%) e voltou a diminuir em 2016 (entre 0,20 a 0,57%)²⁷. Essa queda na cobertura vacinal poderia explicar a tendência de aumento na incidência de HBV observada no presente estudo.

Apesar da importância da vacinação contra o HBV na redução do número de casos, outros aspectos devem ser considerados. Apesar de a imunização desenvolver resposta protetora superior a 90% em adultos e 95% em crianças, quando administradas as 3 ou 4 doses, alguns cuidados devem ser adotados para se atingir uma boa imunogenicidade²⁸. Cuidados com os imunobiológicos são fundamentais para seu efeito protetor, e problemas como a insuficiência de recursos humanos capacitados para o seu manejo, no monitoramento da temperatura de armazenamento e transporte e no cumprimento das orientações em caso de alteração de temperatura do refrigerador da sala de vacina, podem afetar a qualidade destas vacinas, como observado em estudo feito em Minas Gerais²⁹. Assim, dificuldades no cuidado destes medicamentos no estado do Acre, comparados a outros estados brasileiros, podem ter reduzido a eficácia da vacinação e conseqüentemente ter levado ao aumento de casos de HBV.

Por outro lado, a utilização de utensílios perfurocortantes de manicure e pedicuro são considerados fatores de alto risco de cronificação (70 a 85%) para HBV³⁰. No município de São Paulo (SP), estudo com 100 manicures atuantes em estabelecimentos de beleza distribuídos aleatoriamente, encontrou positividade do marcador anti-HBc total em 8%, sendo que 22% destas eram provenientes da região Norte. Deste grupo de manicures, ninguém apresentou positividade para o antígeno de superfície (HBsAg)³¹. Em Cacoal (RO), foram estudadas 50 manicures para HBV cadastradas em um projeto da Vigilância em Saúde local, e foi observada uma prevalência de 64% de anti-HBc reagente e HBsAg não reagente, e destas 4% eram portadoras crônicas do vírus³². Dessa forma, o uso de utensílios perfurocortantes, tanto em salões de beleza como em barbearias, poderia ter contribuído para o aumento na incidência de HBV e HCV no estado do Acre, pois pode ter ocorrido, apesar da carência de dados que o demonstrem, um aumento no número destes estabelecimentos no período analisado, sobretudo de serviços informais, onde trabalham profissionais sem a qualificação adequada para o manejo destes materiais, além das condições sanitárias não adequadas na maioria dos serviços oferecidos, tanto na capital como no interior do estado.

Com relação à incidência de HCV no Acre, o comportamento foi diferente do observado para HBV. Apesar de picos de incidência em 2009 e 2013, não se evidenciou uma tendência de aumento na capital, projetando esta tendência para o Estado, porém parece haver uma tendência de crescimento constante, em ambos os sexos, no interior. Com resultados diferentes de nosso estudo, Dias-Bastos e colaboradores observaram uma tendência de redução da HCV em doadores de sangue de primeira vez no estado de Minas Gerais entre 1993 e 2007, com prevalência de 0,91% em 1993 para 0,098% em 2007, ou seja, uma queda superior a 9 vezes em 14 anos³³. Em outro estudo realizado também em doadores de sangue de Nepal no período entre 2001 e 2007, observou-se também uma redução nas taxas de HCV em doadores de sangue, porém em uma proporção menor (de 0,89% para 0,71%)³⁴. Como discutido acima, o aumento na incidência de HCV observado nos municípios do interior do Acre poderia ser atribuído ao aumento no número de estabelecimentos informais ao longo do período de estudo, associados à possível falta de controle e fiscalização adequada dos serviços que utilizam material perfurocortante, pois o descarte e esterilização inadequados podem aumentar o risco de infecção.

As hepatites virais constituem um problema de saúde pública em nível mundial, e as infecções pelos vírus HBV e HCV são as principais causas de gravidade e morte nessa doença³⁵. Cabe ressaltar que é reconhecida uma importante lacuna na literatura em relação a dados epidemiológicos de base populacional para hepatites virais e cirrose no Brasil, fator limitativo à realização das estimativas de prevalência dessas doenças em nível nacional³⁶.

As limitações deste estudo incluem as decorrentes do uso de dados secundários, com possíveis falhas nos registros do sistema de informação da Vigilância Epidemiológica e do DATASUS. A qualidade dos dados pode ser comprometida no registro dos casos, como relata o Boletim Epidemiológico Paulista publicado em 2015, onde os autores estimam que apenas 34% e 14% dos casos de HBV e HCV, respectivamente, encontram-se registrados no SINAN³⁷.

Em estudo de 2011 realizado com gestantes em Mato Grosso, a subnotificação de HCV foi estimada em 35%³⁸. Tal fato é de reconhecimento dos serviços de registro e vigilância em saúde, e tem sido motivo de esforços para a busca de informações mais fidedignas com a viabilização de estudos de planejamento de ações de atenção, prevenção e vigilância das hepatites virais no país³⁹. Estudo mais

recente realizado em jovens do sexo masculino do serviço militar brasileiro encontraram baixos níveis de HBsAg e Anti-HCV, porém entre estes jovens cobertura vacinal e a falta de cuidados em contatos com múltiplos parceiros e uso inconsistente de proteção preocupam autoridades brasileiras⁴⁰.

Apesar de haver estudos de tendência temporal no Brasil, o presente estudo realizado no Acre é inédito, considerando a região endêmica para as hepatites virais. Ressaltamos a importância para os dados encontrados, pois podemos observar que tanto a HBV como HCV apresentam aumento de sua incidência no Acre, com especial atenção para o interior do estado, consequentemente podendo levar ao aumento de casos graves e morbimortalidade relacionada às hepatites virais.

Ações multidisciplinares serão necessárias com o objetivo de melhorar o controle da infecção por hepatites virais, com ênfase no aumento da capacidade diagnóstica, controle dos processos de esterilização de materiais utilizados em procedimentos estéticos e cirúrgicos e cuidados no manejo, transporte e armazenamento das vacinas. E, finalmente, há claramente uma necessidade de se providenciar uma ampliação da cobertura vacinal para a população do estado.

REFERÊNCIAS

1. FERREIRA, C. T., & SILVEIRA, T. R. DA. (2004). Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Rev Bras Epidemiol**, 7(4), 473–87.
2. LISBOA, A. *et al.* (2012). **Hepatites virais: B, C e D**: 10(3).
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION **Guidelines for the Prevention, Care and Treatment of Persons with Chronic Hepatitis B Infection**. França, WHO, 2015.
4. CENTERS FOR DISEASE CONTROL, ESTADOS UNIDOS DA AMERICA, CDC, **Viral Hepatitis Surveillance**, 2013.
5. BRASIL. **Hepatites virais**. Boletim Epidemiológico - Hepatites Virais. Brasília. (2012a)
6. TAUIL, M. D. C. *et al.* Mortalidade por hepatite viral B no Brasil, 2000-2009. **Cadernos de Saúde Pública**, 2012, 28(3), 472–478.
7. KHOURI, M. *et al.* Endemic Hepatitis B and C Virus Infection in a Brazilian Eastern Amazon Region. **Arquivos de Gastroenterologia**, 2010, v. 1, 35–41.
8. PAULA, V. *et al.* Seroprevalence of viral hepatitis in riverine communities from the Western Region of the Brazilian Amazon Basin. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, 2001, 96(8), 1123–1128.
9. VIANA, S. *et al.* High prevalence of hepatitis B virus and hepatitis D virus in the western Brazilian Amazon. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, 2005, 73(4), 808–814.
10. CARLOS, J.; & MELO, L. Infecção pelo vírus da hepatite C na região Amazônica brasileira. **Revista Da Sociedade Brasileira De Medicina Tropical**, 2004, 37(Suplemento II), 1–8.
11. IBGE. (2010). **Cidades@ Acre**. Recuperado 2 de novembro de 2015, de cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?coduf=12
12. BRASIL. (2015c). **Sinan Web**. (s.d.). (Datasus, Produtor, & Ministério da Saúde). Recuperado 2 de novembro de 2015, de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>
13. BRASIL. (2011). **Hepatites virais**. Boletim Epidemiológico - Hepatites Virais (Vol. Ano II).
14. SINANWEB (2015). (Datasus, Produtor, & Ministério da Saúde). Recuperado 20 de julho de 2015.
15. IBGE. (2013a). **Estimativa TCU 2013**. Recuperado 2 de novembro de 2015, de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2013/estimativa_tcu
16. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE. (2010). **CID 10 - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. (Editora USP, Org.) (10 revisão). São Paulo.
17. DE AZEVEDO, A. O. *et al.* **Incidência Das Hepatites Virais No Brasil De 1997 a 2010**, 2015, Recife, 9(4), 7375–82.
18. MARCON, C. E. M.; SCHNEIDER, I. J. C.; TRAEBERT, J. Temporal Trends in the detection rates of Hepatitis B in the Santa Catarina State, Brazil. **Rev Inst Med Trop São Paulo**, 2014, 56(2), 151–155.

19. SOUZA, DER, *et al.* Incidência de hepatite B e vacinação no Estado de Santa Catarina. 2007. **Arq Catar Med**, 36(2), 50–54.
20. GENOWSKA, A.; FRYC, J.; IGNACIUK, B. (2012). **Incidence trends of acute and chronic hepatitis B virus infection by demographic characteristics in Poland, 2005 - 2012.**
21. KAFI-ABAD, S. A.; REZVAN, H.; ABOLGHASEMI, H. (2009). Trends in prevalence of hepatitis B virus infection among Iranian blood donors, 1998-2007. **Transfusion Medicine**, 19(4), 189–194.
22. O'BRIEN, S. F. *et al.* Epidemiology of hepatitis B in Canadian blood donors. *Transfusion*, 2008, 48(11), 2323–2330.
23. MAHONEY, F. J. *et al.* (1993). The effect of a hepatitis B vaccination program on the prevalence of hepatitis B virus infection. **The Journal of Infectious Diseases**, 167(January), 203–207.
24. DU, J., *et al.* 24 years outcomes of hepatitis B vaccination in Hangzhou, China. **Human Vaccines and Immunotherapeutics**, 2015, 11(8), 2051–2060.
25. NI, Y. H. *et al.* Two Decades of Universal Hepatitis B Vaccination in Taiwan: Impact and Implication for Future Strategies. *Gastroenterology*, 2007, 132(4), 1287–1293.
26. RUTLEDGE, T. F.; BOYD, M. F. **Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance for Acute Viral Hepatitis — United States, 2007**, 58.
27. SIPNI. Saúde, M. da. (2017). **Informações de Saúde.**
28. SES-SP. (2006). Vacina contra hepatite B. **Rev Saúde Pública** 2006;40(6):1137-40, 40(6), 1137–40.
29. OLIVEIRA, V. C. *et al.* Avaliação da qualidade de conservação de vacinas na atenção Primária à saúde. *Ciência & Camp; Saúde Coletiva*, 2014, 3889–3898.
30. BRASIL. **Hepatites Virais.** Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. 2015a
31. OLIVEIRA, A. C. D. S. DE; FOCACCIA, R. Survey of hepatitis B and C infection control: procedures at manicure and pedicure facilities. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, 2010, 14(5), 502–507.
32. FURTADO, T. R. P.; PAGLIARI, C. (2015). Prevalência de Hepatite B em manicures e pedicures em um município da Amazônia legal Prevalence of Hepatitis B in manicures and pedicures in a city of legal Amazon. **Rev Panam Infectol**, 1717(33), 139–144.
33. DIAS-BASTOS, M. R.; OLIVEIRA, C. D. L.; CARNEIRO-PROIETTI, A. B. DE F. Hepatite C: Diversidade Geográfica E Tendências Temporais Da Reatividade Sorológica Em Doadores De Sangue De Minas Gerais, Brazil. **Revista de Patologia Tropical**, 2013, 42(3), 265–274.
34. KARKI, S. *et al.* Trends in hepatitis B and hepatitis C seroprevalence among Nepalese blood donors. **Japanese Journal of Infectious Diseases**, 2008, 61(4), 324–326.
35. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Immunization, Vaccines and Biologicals. Hepatitis.** 2013.
36. LAVANCHY, D. (2008). Chronic viral hepatitis as a public health issue in the world. *Best practice & research.*

- Clinical gastroenterology*, 22(6), 991–1008.
37. COELHO, D. M.; FARIAS, N.; CAMIS, M. DO C. R. S. (2015). **Bepa 141**. BEPA, 12(141), 25–34.
38. CARVALHO, J. *et al.* Método para estimação de prevalência de hepatites B e C crônicas e cirrose hepática - Brasil, 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2014, 23(4), 691–700.
39. PINTO, C. S. *et al.* Hepatitis C virus infection among pregnant women in Central-Western Brazil, 2005-2007. **Revista de Saude Publica**, 2011, 45(5), 974–976.
40. MOTTA, L. R. *et al.* **Hepatitis B and C prevalence and risk factors among young men presenting to the Brazilian Army: A STROBE-compliant national survey-based cross-sectional observational study**. Brasil, 2019, 98 (32).

AVALIAÇÃO DA MORBIMORTALIDADE SUBSEQUENTE À TRANSFUÇÃO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS OU PLASMA EM PACIENTES COM MANIFESTAÇÃO HEMORRÁGICA DA DENGUE EM RIO BRANCO, AC.

EVALUATION OF MORBIDITY AND MORTALITY FOLLOWING PLATELET OR PLASMA TRANSFUSION IN PATIENTS WITH DENGUE HEMORRHAGIC MANIFESTATION IN RIO BRANCO, AC.

Denys Eiti Fujimoto^{1*}, Sérgio Koifman² *in memoriam*

1 Médico e Professor. Universidade Federal do Acre. AC, Brasil.

2 Médico e Professor. Escola Nacional de Saude Pública/FIOCRUZ. RJ, Brasil.

*Autor correspondente: denys.fujimoto@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A transfusão de plaquetas ou plasma tem sido amplamente utilizada em pacientes com dengue e manifestações hemorrágicas no Brasil, sem critérios clínicos claros baseados apenas em decisões empiricamente e na experiência individual. **Material e Métodos:** Um estudo retrospectivo de coorte foi realizado em Rio Branco, AC, Brasil, com o objetivo de explorar a evolução clínica após transfusão de plaquetas e plasma no tratamento da dengue hemorrágica. Foram registrados casos confirmados de dengue e manifestação hemorrágica diagnosticados entre janeiro de 2007 e maio de 2011. As manifestações hemorrágicas foram definidas sempre que sangramentos e contagem de plaquetas <100.000 / mm³. Foi realizada uma análise comparativa da evolução de ambos os grupos (presença e ausência de transfusão) ao longo do tempo, utilizando uma análise de sobrevivência univariada (método de Kaplan-Meier), e a distribuição dos dias de hospitalização, transfusão e óbito ocorrendo até 30 dias após a conclusão do TPC foi medida. As curvas obtidas foram comparadas pelo teste log-rank. **Resultados:** 193 casos preencheram os critérios. Ocorreu sangramento em 35,8% (IC95% 29,0 a 43,0), com petéquias e sangramento gengival. A menor contagem média de plaquetas durante a internação foi de 26.792 UI / mm³. Cerca de 10,9% receberam apenas transfusão de plaquetas, 9,8% receberam apenas plasma fresco congelado e 11,4% receberam ambos. Não houve diferença no tempo de internação e taxa de mortalidade entre aqueles que receberam ou não receberam transfusão de plasma ou plaquetas. **Conclusão:** A transfusão de plaquetas e plasma na manifestação hemorrágica na dengue não foi eficiente para reduzir a mortalidade na manifestação hemorrágica da dengue.

Palavras-chave: Transfusão de plaquetas. Plasma Congelado Fresco. Dengue. Hemorragia.

ABSTRACT

Introduction: Platelet or plasma transfusion have been widely used in patients with dengue and hemorrhagic manifestations in Brazil, without clear clinical criteria based only in empirically decision and individual experience. **Material and Methods:** A retrospective cohort design study was carried out in Rio Branco, AC, Brazil, aiming to explore the clinical evolution following platelet and plasma transfusion in the treatment of hemorrhagic dengue. Confirmed cases of dengue and hemorrhagic manifestation diagnosed between January 2007 and May 2011 were recorded. Hemorrhagic manifestations were defined whenever bleedings and platelet counting < 100,000/mm³. A comparative analysis of the evolution of both groups (presence and absence of transfusion) over time using a univariate survival

analysis (Kaplan-Meyer method) was performed, and the distribution of days of hospitalization, transfusion and death incidence occurring up to 30 days after the completion of TPC was measured. The obtained curves were compared using the log-rank test. **Results:** A total of 193 cases fulfilled the criteria. Bleeding occurred in 35.8% (95% CI 29.0 to 43.0) with petechiae and gingival bleeding. The lowest mean platelet count during hospitalization was 26,792 IU / mm³. About 10.9% received platelet transfusion only, 9.8% received only fresh frozen plasma, and 11.4% received both. There was no difference in length of hospital stay and mortality rate among those who received or did not receive plasma or platelet transfusion. **Conclusion:** The transfusion of platelets and plasma in the hemorrhagic manifestation in dengue was not efficient to reduce the mortality in the dengue hemorrhagic manifestation.

Keywords: Platelet Transfusion. Fresh Frozen Plasma. Dengue Fever. Hemorrhage.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil representou mais de 60% do registro mundial e 80% da América, de casos de dengue, entre os anos de 2000 a 2005, ressaltando picos sazonais em dias quentes e chuvosos¹. Entre 2004 e 2007, os casos notificados vêm aumentando de 117.000 a 560.000 casos/ano, havendo circulação dos três sorotipos de dengue (DEN-1, DEN-2 e DEN-3) no país, e com ocorrência de febre hemorrágica². Em 2010 quase um milhão de casos foi notificado, porém seguidos de redução para 40% em 2011, sendo 14.867 casos de Febre Hemorrágica da Dengue e 21.761 casos de dengue com complicações, que incluíam casos com contagem de plaquetas menor de 50.000/mm³ de sangue³.

Em 1970 observou-se o ressurgimento do mosquito *Aedes Aegypti* no Brasil, que culminou com o primeiro surto epidêmico da dengue em 1981 em Roraima, região norte do Brasil, sendo identificados os vírus DEN-1 e DEN-4^{4,5}. Em 1986 ocorreu a introdução

do sorotipo DEN-1 e DEN-2 em 2000 e DEN-3 em 2002 no Rio de Janeiro, região Sudeste do Brasil, tornando-se um problema de saúde pública com consequente manifestação da forma hemorrágica da dengue⁵. O Município de Rio Branco, AC, vem apresentando uma elevação anual acentuada da incidência da infecção por dengue, sobretudo a partir de 2007, e com esta, igualmente um aumento na casuística de dengue hemorrágica.

A manifestação clínica é caracterizada por febre alta e cefaleia, mas pode apresentar casos assintomáticos em 62,7% com sorologia positiva, e 35,3% de casos com diagnóstico clínico de dengue e com sorologia negativa⁶. Não existe um exame rápido de confirmação da infecção pela dengue, porém existem várias técnicas de sorologia como a inibição da hemaglutinação, técnica da neutralização de anticorpos e enzima imunoensoio (ELISA)⁷.

Devido ao risco de evolução para formas graves, a identificação de fatores

prognósticos clínicos ou laboratoriais se torna importante, autores associam altos níveis séricos de proteína não estrutural (NS1) e imunoglobulina, com efeito antiplaquetário à forma hemorrágica da doença⁸.

A plaquetopenia também pode ocorrer pelos mecanismos de destruição periférica das plaquetas no fígado e baço causada pela ação de imunocomplexos ou pelo sistema complemento, e inibição da hematopoiese medular⁹. Kabra e colaboradores¹⁰ citam também o mecanismo de coagulação intravascular disseminada como um fator que contribui para a plaquetopenia.

A febre hemorrágica da dengue acontece numa frequência que varia de 0,5 a 4,0%⁷, tendo extravasamento plasmático como fator associado, evoluindo frequentemente para instabilidade hemodinâmica, hipotensão arterial, taquisfigmia e choque¹¹. Lye e cols.¹² relatam que 80% dos pacientes confirmados sorologicamente evoluíram com plaquetas abaixo de $100.000/\text{mm}^3$ e 15% manifestaram alguma forma de sangramento.

O tempo de protrombina (TP) e do tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa) pode apresentar prolongamento, principalmente no segundo dia de infecção, associado a diminuição dos níveis de fibrinogênio e dos fatores de coagulação II,

V, VII, VIII, IX e X, além de hipoagregação plaquetária a adenina-di-fosfato (ADP), porém com atividade secretória plaquetária aumentada de β -tromboglobulina e fator ativador plaquetário 4 (PF4), além da diminuição da Proteína C, S e Antitrombina, que poderiam compensar o mecanismo da coagulação, evitando-se assim a manifestação hemorrágica^{7, 12}. A Trombomodulina e Fator Tissular vão diminuindo gradativamente até o primeiro mês da infecção, apesar de continuar dentro dos limites normais de cada proteína¹³.

Neste contexto, a adoção da transfusão de concentrado de plaquetas (CP) tem sido empregada como uma medida para conter o agravamento da evolução clínica da dengue hemorrágica, e assim prevenir a evolução de seu curso ao óbito, porém critérios clínicos não se encontram claramente definidos, sendo realizada de forma empírica e baseada na experiência individual^{11, 14}.

O Ministério da Saúde recomenda a transfusão de concentrado de plaquetas (TCP) para contagem plaquetária abaixo de $20.000/\text{mm}^3$ com sangramento importante, na presença de contagem plaquetária entre $20.000/\text{mm}^3$ e $50.000/\text{mm}^3$ com suspeita de sangramento em sistema nervoso central (SNC), além da recomendação de dose em 1UI para cada 10kg de peso corporal a cada 8 ou 12 horas¹¹. Singhi e colaboradores^{3, 14}

recomendam TCP em níveis menores de 10.000/mm. Nos casos em que a atividade do TP for menor que 40%, recomenda-se também a infusão de plasma fresco congelado (PFC) na dose de 10ml/kg a cada 8 ou 12 horas¹¹.

Estudos revelam que, em crianças, cerca de 10,6% com a forma hemorrágica da dengue, com contagem média das plaquetas entre 45.000 a 78.000/mm³, receberam transfusão de algum tipo de hemocomponente¹⁵.

Makroo e colaboradores¹², em um estudo populacional realizado na Índia, citaram que 42,6% dos pacientes com dengue confirmada e plaquetopenia receberam TCP. Na maioria das vezes a contagem plaquetária foi menor que 40.000/mm³.¹² Lye e colaboradores¹² em uma coorte com 1973 casos, descreveram uma taxa de 12% de transfusão de plaquetas. Destes que receberam transfusão de plaquetas apresentaram uma contagem plaquetária média de 15.000/mm³, mas 75% receberam transfusão profilática, ou seja, pacientes com plaquetopenia, mas sem sangramentos e 25% transfusão terapêutica¹². No seguimento destes pacientes o incremento plaquetário no dia posterior à transfusão e tempo de recuperação foram similares entre pacientes que receberam e não receberam transfusão de plaquetas¹².

Devido a uma menor disponibilidade de concentrado de plaquetas, principalmente nas epidemias de dengue, e ao mesmo tempo uma melhor disponibilidade de PFC, é comum na prática médica se utilizar o PFC como terapia alternativa à forma hemorrágica da dengue⁹.

Sellahewa e colaboradores⁹ estudaram a eficácia do PFC, em um estudo prospectivo, randomizado duplo-cego, onde incluíram 109 pacientes com contagem de plaquetas entre 10.000 a 40.000, excluindo-se a síndrome do choque da dengue. Eles infundiram no grupo de estudo 600ml de PFC em 90 minutos e no grupo controle utilizaram solução salina isotônica. Fizeram controle de contagem de plaquetas com 12, 24 e 48 horas após a infusão, mas a contagem no grupo que recebeu plasma foi maior nas 12, 24 e 48 horas, porém só foi estatisticamente significativa após 12 horas da infusão⁹. Deste mesmo grupo, três pacientes evoluíram para a síndrome do choque da dengue, sem evolução a óbito⁹. Em um trabalho realizado na Índia com 240 crianças apresentando a forma hemorrágica da dengue e com a síndrome do choque da dengue, durante uma epidemia em 1996, 15% apresentaram plaquetopenia menor que 20.000/mm³ de sangue, dessas 48% receberam TCP, além dos cuidados básicos, e 12 receberam só a TCP, havendo quatro óbitos¹⁰.

A transfusão é um evento irreversível que pode trazer benefícios e riscos em potencial para o receptor e a TCP está relacionada a manifestações clínicas e laboratoriais descritas em inúmeros incidentes transfusionais agudos e tardios. Neste sentido, esta investigação justifica-se pela necessidade de se determinar os resultados desta intervenção, analisando-se os resultados obtidos do ponto de vista clínico em decorrência de sua adoção na terapêutica da dengue.

MATERIAL E MÉTODO

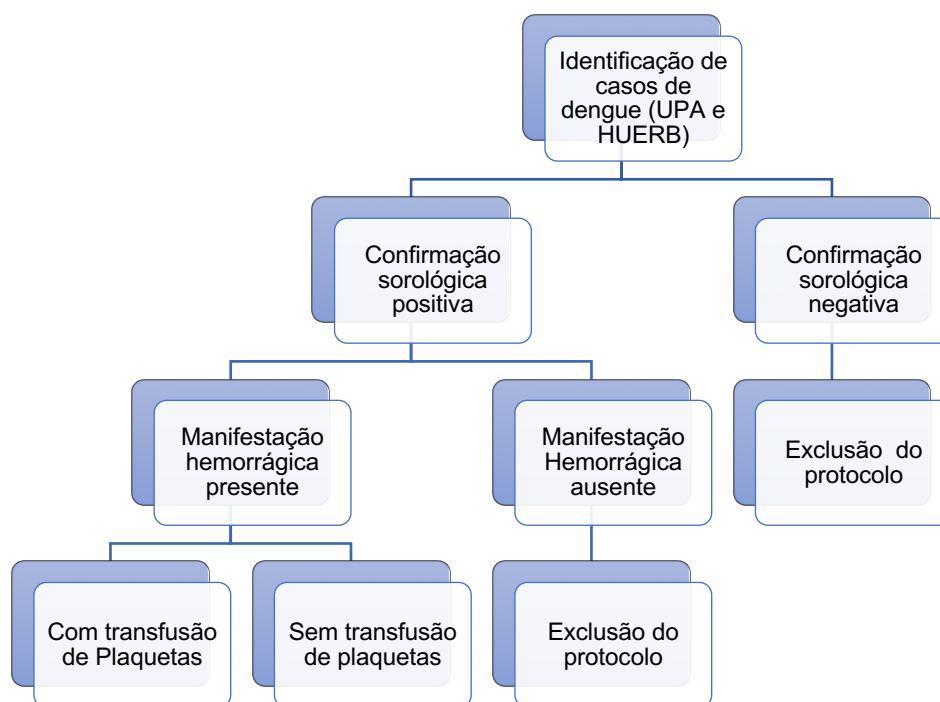
Este estudo é uma coorte retrospectiva com delineamento quase experimental, com o objetivo de se determinar os efeitos da TCP ou PFC em pacientes com manifestação hemorrágica da dengue (exposição) em relação ao padrão subsequente de morbidade para as condições clínicas selecionadas e a ocorrência de óbito (desfechos).

O estudo foi realizado na cidade de Rio Branco, Acre, com coleta de dados dos casos de dengue com manifestação hemorrágica no período de 03 de janeiro de 2007 a 14 de junho de 2011, através de dados de notificação da Secretaria Estadual

de Saúde do Estado do Acre e com formulário específico para obtenção de dados epidemiológicos completos, laboratoriais e transfusionais, data da admissão e alta, se houve internação em unidade de terapia intensiva (UTI), e verificação de óbitos junto ao Sistema de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. A definição adotada de manifestação hemorrágica incluiu pacientes que apresentaram sangramento ou contagem de plaquetas menor que $100.000/\text{mm}^3$ de sangue. O tempo de recuperação da contagem de plaquetas, o período que o paciente leva para atingir uma contagem de plaquetas maior que $100.000/\text{mm}^3$. Estes pacientes foram em seguida estratificados segundo tenham ou não recebido TCP ou PFC durante a evolução do quadro clínico da doença. A figura 1 apresenta o fluxograma operacionalizado para a inclusão de casos durante a investigação.

A codificação das variáveis e os dados analisados nesta investigação foram coletados a partir da consulta ao banco de dados do Ministério da Saúde, fornecidos pela própria Vigilância Epidemiológica Estadual, digitados em planilha eletrônica.

Figura 1. Fluxograma para a inclusão ou exclusão de casos de dengue atendidos na cidade de Rio Branco, de 2007 a 2011.



A ocorrência de anemia nesta investigação foi definida na presença de níveis de hemoglobina inferior a 12,0 g/dL ou hematócrito inferior a 36% em qualquer momento da internação.

O projeto protocolado sob o n 23107.011739/2011-15 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre (UFAC).

Inicialmente foi realizada uma análise da distribuição de frequências de variáveis sociodemográficas e clínicas mais frequentes, utilizando-se o intervalo de confiança em 95% (IC 95%).

Em seguida, foi realizada uma análise comparada da evolução de ambos os grupos (presença e ausência de transfusão)

ao longo do tempo mediante o emprego de análise de sobrevida univariada (método de Kaplan-Meyer), avaliando-se a distribuição de dias de internação, incidentes transfusionais e de óbitos decorridos até 30 dias após a realização da TCP. As curvas obtidas foram comparadas através do emprego do teste log-rank.

RESULTADOS

O levantamento subsequente realizado permitiu a localização de 193 prontuários, sendo 57,0% dos casos (IC 95%: 49,7 a 63,7%) do sexo feminino, com idade variando entre 0 a 88 anos, média de 38 anos (IC 95%: 35,4 a 41,1 anos), 4 gestantes no momento do diagnóstico. A

presença de comorbidades foi descrita em 15% dos pacientes (IC: 95%: 10,4 a 20,2%) sendo destes os mais frequentes com 41,4% (IC: 95%: 24,1 a 58,6%) de hipertensão arterial e 17,2% com diabetes (IC: 95%: 3,4 a 31,0%).

A distribuição dos sinais e sintomas mais frequentes foram: cefaleia 58,0% (I.C. 95% 50,7 a 65,1), mialgia 56,0% (I.C. 95% 48,7 a 63,1), febre 52,3% (I.C. 95% 45,0 a 59,6) e artralgia 35,2% (I.C. 28,5 a 42,4). Sintomas mais graves foram relatados como dor abdominal 34,2% (I.C. 95% 27,5 a 41,4), letargia 10,9% (I.C. 95% 6,9 a 16,2) e desconforto respiratório 6,2% (I.C. 95% 3,3 a 10,6).

Com relação aos episódios de sangramento e seu sítio de manifestação, foi encontrada uma proporção de 35,8% (I.C. 95% 29,0 a 43,0), sendo mais frequente a presença de petéquias em 14,0% (IC 95% 9,4 a 19,7), seguido de gengivorragia com 13,0% (I.C. 95% 8,6 a 18,5) e epistaxe com 10,9% (I.C. 95% 6,9 a 16,2).

O extravasamento plasmático foi observado em 20 casos (10,4%) com consequente hipotensão arterial em 65,0% (I.C. 95% 40,8 a 84,6), instabilidade hemodinâmica 20,0% (IC 95% 5,7 a 43,7) e choque com 5,0% (IC 95% 0,1 a 24,9) cada um. Destes pacientes mais graves 15 casos (7,8%) necessitaram de internação em UTI

e o mesmo quantitativo evoluiu para o óbito (I.C. 95% 4,4 a 12,9).

A anemia foi encontrada em 45,0% (I.C. 95% 37,8 a 52,4). Durante toda a internação identificou-se a menor contagem de plaquetas dos pacientes, sendo calculada uma média, que este apresentou valor de 26.792 UI/mm³ de sangue (I.C. 95% 24.422 a 29.153). Da mesma forma uma média da contagem de plaquetas na alta hospitalar de todos os pacientes foi de 107.357 UI/mm³ de sangue (I.C. 95% 94.474 a 120.240).

De todos os pacientes do estudo, 32,1% receberam algum tipo de transfusão, mas 10,9% recebeu apenas TCP, 9,8% recebeu apenas PFC e 11,4% recebeu os dois hemocomponentes.

A reação transfusional ocorreu em 7,1% (I.C. 95% 1,5 a 19,5) com TCP e 2,5% (I.C.95% 0,1 a 13,2) com PFC. Apenas 2,6% dos pacientes (I.C. 95% 0,8 a 5,9) receberam concentrado de hemácias sem relato de reação transfusional.

O tempo de internação dos pacientes que receberam ou não transfusão (plasma ou plaqueta), foi respectivamente, 17,5 dias e 19,8 dias ($p=0,237$). De forma mais específica, as características de sobrevida comparando grupos de pacientes que receberam ou não a transfusão de plaquetas, estão apresentadas na Tabela 1 e na Tabela 2 em relação à realização de transfusão de PFC.

Tabela 1: Sobrevida de pacientes de dengue com manifestação hemorrágica segundo realização de transfusão de concentrado de plaquetas, Rio Branco, Acre, janeiro de 2007 a maio de 2011.

Variáveis	Sobrevida Média Estimada (dias)		p-valor
	Não TCP (IC 95%)	TCP (IC 95%)	
Bruta	28,3 (27,3-29,3)	27,8 (25,7 – 29,5)	0,675
Comorbidade			
Não	28,7 (27,7-29,7)	27,7 (25,2 – 30,2)	0,848
Sim	25,4 (21,6-29,3)	28,5 (25,8 – 31,3)	
Disf. Cardiorresp			
Não	29,2 (28,5-29,9)	29,3 (27,9 – 30,7)	0,990
Sim	11,6 (3,4-19,8)	8,7 (0 – 18,1)	
AST (UI/L)			
0-459	28,8 (27,6-30,0)	29,4 (28,3 – 30,5)	0,893
>459	23,0 (14,3-31,7)	16,0 (0 – 35,4)	
ALT (UI/L)			
0-282	28,8 (27,6-30,0)	29,3(27,9 – 30,6)	0,553
>282	19,5 (7,8-31,2)	24,4 (14,6 – 34,2)	

TCP: Transfusão de concentrado de plaquetas. AST: aspartato-aminotransferase.
ALT: alanino-aminotransferase

Com relação à TCP (Tabela 1) observamos que não houve diferença de sobrevida média estimada em dias para os que receberam ou não TCP, independentemente do ajustamento realizado com as variáveis que poderiam interferir nos resultados. O Gráfico 1 representa a sobrevida por Kaplan-Meier entre estes grupos que receberam ou não TCP. A sobrevida de 30 dias nos pacientes com dengue hemorrágica nos dois grupos que receberam ou não a TCP não foi

estatisticamente significativa, apresentando um valor de $p = 0,675$ (Gráfico 1).

Com relação à transfusão de PFC observamos que não houve diferença na sobrevida entre o grupo que recebeu o plasma ou não, mesmo após o ajustamento pelas variáveis comorbidade, disfunção cardiorrespiratória e ALT (Tabela 2). O Gráfico 2 representa graficamente a comparação entre os dois grupos que receberam ou não a transfusão de PFC.

Tabela 2: Sobrevida de pacientes de dengue com manifestação hemorrágica segundo realização de transfusão de plasma fresco congelado, Rio Branco, Acre, janeiro de 2007 a maio de 2011.

Variáveis	Sobrevida Média Estimada (dias)		p-valor
	Não-PFC (IC 95%)	PFC (IC 95%)	
Bruta	28,5 (27,6-29,5)	26,9 (24,5 – 29,3)	0,065
Comorbidade			
Não	28,5 (27,5-29,6)	28,4 (26,3 – 30,5)	0,053
Sim	28,4 (26,3-30,5)	19,4 (11,6 – 27,2)	
Disf. Cardio-Resp			
Não	29,2 (28,5-29,9)	29,2 (27,6 – 30,7)	0,780
Sim	11,1 (0,5-21,8)	10,4 (4,0 – 16,7)	
AST (UI/L)			
0-459	29,4 (28,7-30,3)	27,5 (24,5 – 30,3)	0,033
>459	24,4 (14,6-34,2)	16,0 (2,6 – 29,4)	
ALT (UI/L)			
0-282	29,5 (28,7-30,3)	27,2 (11,1 – 34,9)	0,090
>282	23,0 (11,1-34,9)	21,6 (11,5 – 31,6)	

PFC: Plasma Fresco Congelado.

A sobrevida de 30 dias dos pacientes na dengue com manifestação hemorrágica nos dois grupos que receberam ou não a transfusão de PFC também não foi estatisticamente significativa, apresentando um valor de $p = 0,065$ (Gráfico 1). Exceção

foi observada no grupo de pacientes que apresentava AST acima de 459UI/L onde se observou uma piora na sobrevida no grupo que recebeu PFC, reduzindo-se a sobrevida de 24 para 16 dias ($p=0,033$).

Gráfico 1: Curva de Sobrevida pelo método de Kaplan-Meier de pacientes com dengue com manifestação hemorrágica, atendidos na cidade de Rio Branco/AC, no período de 2007 a maio de 2011, e que receberam ou não transfusão de concentrado de plaquetas durante a internação.

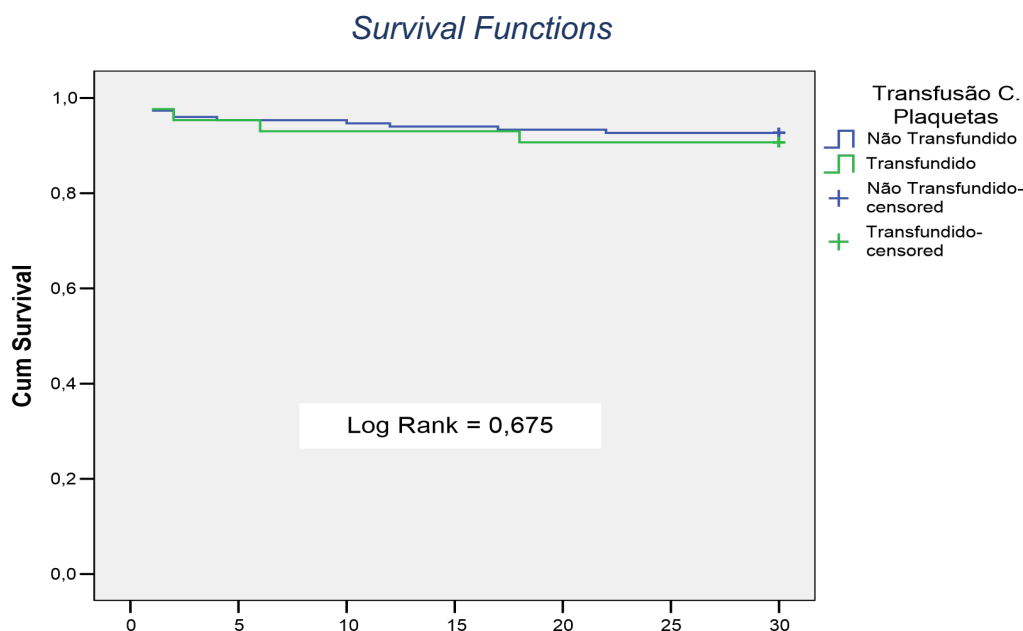
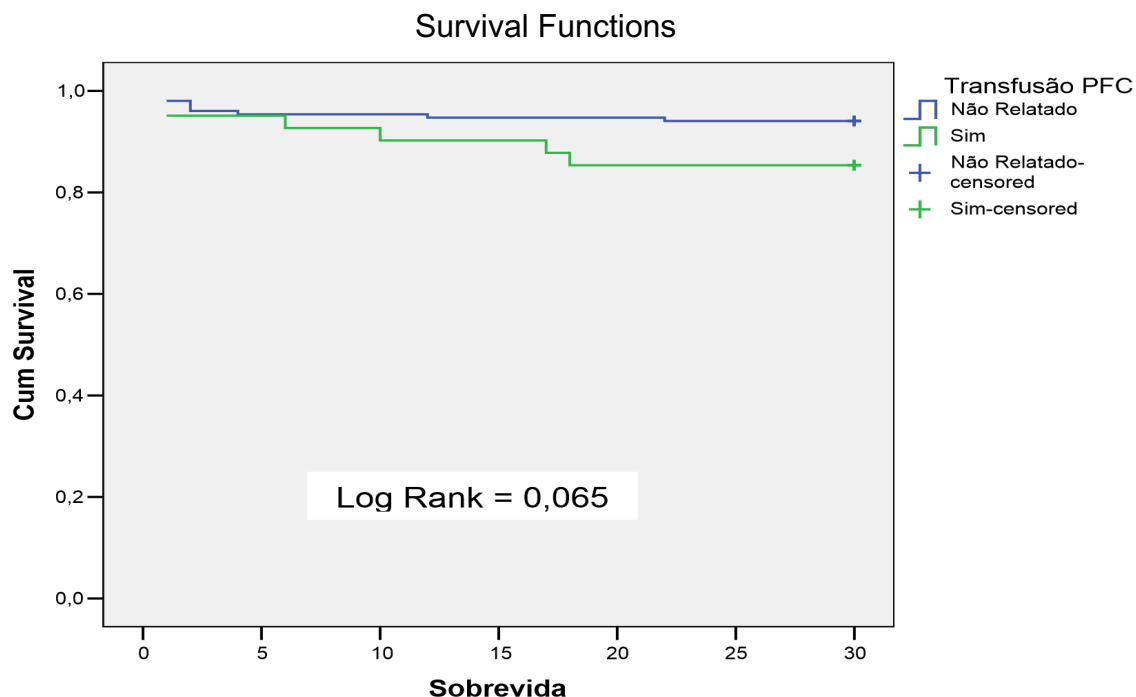


Gráfico 2: Curva de Sobrevida pelo método de Kaplan-Meier de pacientes com dengue com manifestação hemorrágica, atendidos na cidade de Rio Branco/AC, no período de 2007 a maio de 2011, e que receberam ou não transfusão de plasma fresco congelado durante a internação.



DISCUSSÃO

A dengue é uma doença infecciosa que vem apresentando um comportamento de incidência persistente, principalmente em países em desenvolvimento. Nestes países, mesmo com o crescimento econômico recente, não tem havido êxito no controle desta doença, que de surtos epidêmicos, vem evoluindo com tendência à perda da sazonalidade, aumento de casos novos e recidivas. Todos estes fatores vêm contribuindo para o aumento na frequência de complicações e no surgimento das formas graves. A falta de subsídios técnicos e bases científicas para condução adequada dos casos com manifestação hemorrágica, principalmente nas condutas transfusionais, podem assim estar

contribuindo para os casos fatais que poderiam ser evitados.

Chaudhary e colaboradores¹⁶ concluíram em seu trabalho com 245 pacientes avaliados que não há correlação entre a manifestação hemorrágica e a contagem sérica das plaquetas, descrevendo que em 81/245 (33,0%) com contagem de plaquetas inferior a 20.000/mm³ de sangue não apresentavam sangramentos.

Esses autores relatam que a contagem média das plaquetas na admissão foi de 28.000/mm³ de sangue e que não difere do valor encontrado em nosso trabalho (26.368)¹⁶, porém Lye e colaboradores¹² citam uma média de

contagem menor, de 15.000/mm³ de sangue.

Chuamsunrit e colaboradores¹⁷ descrevem que 10,6% dos pacientes receberam alguma forma de transfusão, e destes 6,9% receberam TCP, 5% de PFC e 3,1% de concentrado de hemácias. Chaudhary e colaboradores¹⁶ relatam que 100% de seus pacientes receberam CP, sendo que 31,8% foram considerados transfusão inapropriada e 26,9% receberam PFC. Lye e colaboradores¹² relatam que 12,6% de pacientes receberam transfusão de plaquetas, enquanto de Makroo e colaboradores¹³ encontraram 42,6% de pacientes que receberam TCP, 5% recebeu plasma e 2,2% concentrado de hemácias. Chairulfatah e colaboradores^{3, 18} referem 12% de TCP e não se observou diferença na manifestação hemorrágica quando comparado ao grupo que não recebeu transfusão de plaquetas, mesmo com plaquetopenia inferior a 25.000/mm³¹⁸.

Todavia, analisando a tabela apresentada no estudo, observamos que 56,5% dos pacientes que receberam TCP apresentavam contagem de plaquetas superior a 100.000/mm³ e 1,4% apresentava algum tipo de sangramento.

Em nosso estudo 32,1% dos pacientes receberam alguma forma de transfusão e destes 22,3% receberam CP, 21,2% de PFC e apenas 2,6% receberam concentrado de hemácias. Se fizermos um

estudo comparativo desta exposição à transfusão no nosso grupo de estudo, veremos que a diferença na taxa de transfusão é maior quando comparado ao grupo de Chuansunrit e colaboradores¹⁷ apresentando um p-valor<0,0001 e uma *odds ratio* de 3,98 (I.C 95% 2,21 a 7,16).

Thomas e colaboradores¹⁹ conduziram um estudo observacional em pacientes acima de 15 anos de idades, a respeito da TCP, nos casos de sangramentos, submetidos a procedimentos invasivos, com contagem de plaquetas abaixo de 5.000/mm³ de sangue, ou abaixo de 20.000/mm³ de sangue com fatores de risco associados. Estes mesmos autores descrevem que a contagem de plaquetas abaixo de 50.000/mm³ de sangue foi encontrada em 47,1%, e 9 de 350 casos foram transfundidos com plaquetas, com uma média de 3,66 UI por paciente (variação entre 2,8 a 13,2), 3 receberam concentrado de hemácias e 2 receberam PFC¹⁹. Machado e colaboradores avaliaram 323 pacientes com dengue e destes 52 receberam transfusão de plaquetas, contudo mais da metade foi considerada inadequada²⁰.

Chuansunrit e colaboradores¹⁷ relatam uma mortalidade de 1,14%, Thomas e colaboradores¹⁹ referem < 1% e Chaudary e colaboradores¹⁶ descrevem uma mortalidade de 2%, todas mais reduzidas que aquelas observadas em

nosso estudo em Rio Branco, 7,3%. Lye e colaboradores²¹ relata em seu estudo com 372 pacientes, que dos 187 pacientes que receberam transfusão de plaquetas, 20% apresentaram manifestação hemorrágica durante a internação, e dos 182 pacientes que não receberam transfusão de plaquetas 26% apresentaram manifestação hemorrágica risco relativo: 0,81 [0,56 a 1,17 IC 95%] e p-valor=0,16¹.

A TCP não modificou a sobrevida destes pacientes mesmos nos diversos estratos. Os pacientes que receberam PFC tiveram uma sobrevida reduzida em quase todos os estratos, porém sem significância estatística, à exceção dos pacientes com níveis de AST acima de 459 UI/L e que apresentaram uma menor sobrevida, com significância estatística. Os altos níveis das transaminases hepáticas poderiam estar associados à diminuição da função hepática, conseqüentemente com gravidade dos casos.

Há uma necessidade de identificarmos e classificar melhor a manifestação hemorrágica da dengue. A febre hemorrágica da dengue (FHD) já está bem definida e não questionamos a conduta transfusional nestes casos, porém aqueles que não são classificados como FHD e apresentam sangramentos ou baixa contagem de plaquetas, devem ser mais bem avaliados, a fim de evitarmos práticas hemoterápicas inapropriadas.

A TCP não melhorou a sobrevida dos pacientes com manifestação hemorrágica, devendo sua utilização ser questionada para estes casos, principalmente se considerarmos os riscos inerentes a qualquer transfusão de componentes sanguíneos, como também foi concluído por Assir e colaboradores (2013) em um estudo de eficácia de transfusão de plaquetas em 87 pacientes²². A utilização de plasma também deverá seguir a mesma recomendação, e principalmente em pacientes com elevação de transaminases, nos quais esta opção terapêutica deve ser mais bem avaliada, e devemos tentar identificar critérios clínicos mais precisos e determinar uma dose e intervalos mais adequados.

CONCLUSÃO

Em nosso estudo, a transfusão de concentrado de plaquetas e plasma não modificou o padrão de morbimortalidade para os casos de dengue com manifestação hemorrágica. Para os casos de pacientes com transaminases elevadas (acima de 459 U/L), pode-se dizer que a transfusão de PFC não melhorou a sobrevida dos casos, porém consideramos prudente aguardar futuros estudos para chegarmos a esta conclusão.

REFERÊNCIAS

1. TEIXEIRA, M.G. *et al.* Dengue: vinte e cinco anos da reemergência no

- Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, suppl. 1, p. S7-S18, 2009.
2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Controle de Dengue**. Instituído em 24 de julho de 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tabeladengue2007.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2010.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinan/web/tabnet/tabnet?sinanet/dengue/bases/denguebrnet.def>. Acesso em: 03 jun. 2010.
4. HALSTEAD, S.B. Dengue in the Americas and Southeast Asia: Do they differ? **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 20, n. 6, p. 407-415, 2006.
5. NOGUEIRA, R.M.; ARAUJO, J.M., SCHATZMAYR, H.G. Dengue viruses in Brazil, 1986-2006. **Rev Panam Salud Publica**, v. 22, n. 5, p. 358-363, 2007.
6. VASCONCELOS, P.F.C. *et al.* Inquérito soro-epidemiológico na Ilha de São Luis durante epidemia de dengue no Maranhão. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 32, n. 2, p. 171-179, 1999.
7. LUPI, O.; CARNEIRO, C.G.; COELHO, I.C.B. Manifestações mucocutâneas da dengue. **An. Bras. Dermatol.**, v. 82, n. 4, p. 291-305, 2007.
8. SELLAHEWA, K.H. Dengue fever - predictors of disease severity and their influence on management. **Ceylon Medical Journal**, v. 53, n.3, p. 75-78, 2008.
9. SELLAHEWA, K.H. *et al.* Is fresh frozen plasma effective for thrombocytopenia in adults with dengue fever? A prospective randomised double blind controlled study. **Ceylon Medical Journal.**, v. 53, n. 2, p. 36-40, 2008.
10. KABRA, S.K. *et al.* Role of platelet transfusion in dengue hemorrhagic fever. **Indian Pediatr.**, v. 35, n. 5, p. 452-455, 1998.
11. BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico. Adulto e Criança**. 3 ed. Brasília: MS, 2007.
12. LYE, D.C. *et al.* Lack of efficacy of prophylactic platelet transfusion for severe thrombocytopenia in adults with acute uncomplicated dengue infection. **Clin. Infect. Dis.**, v. 48, n. 9, p. 1262-1265, 2009.
13. MAKROO, R.N. *et al.* Role of platelet transfusion in the management of dengue patients in a tertiary care hospital. **Asian J. Transf. Sci.**, v. 1, n. 1, p. 4-7, 2007.
14. SINGHI, S.; KISSOON, N.; BANSAL, A. Dengue and dengue hemorrhagic fever: management issues in an intensive care unit. **J. Pediatr.** (Rio J), v. 83, n. 2, p. S22-S35, 2007.
15. WILLS, B.A *et al.* Coagulation abnormalities in dengue hemorrhagic fever: serial investigations in 167 vietnamese children with dengue shock syndrome. **Clin. Infect. Dis.**, v. 35, n. 3, p. 277-285, 2002.

16. CHAUDHARY, R. *et al.* Transfusion support to dengue patients in a hospital based blood transfusion service in north India. **Transfus. Apher. Sci.**, v. 35, n. 3, p. 239-244, 2006.
17. CHUANSUMRIT, A. *et al.* transfusion requirements in patients with dengue hemorrhagic fever. **Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health**, v. 31, n. 1, p. 10-14, 2000.
18. CHAIRULFATAH, A. *et al.* Thrombocytopenia and platelet transfusions in dengue haemorrhagic fever and Dengue Shock Syndrome. **Dengue Bulletin**, v. 27, p. 138-143, 2003.
19. THOMAS L. *et al.* Prospective observational study of low thresholds for platelet transfusion in adult dengue patients. **Transfusion**, v. 49, n. 7, p. 1400-1411, 2009.
20. MACHADO A.A.V. *et al.* Safety and costs of blood transfusion practices in dengue cases in Brazil. **PLoS ONE**, v. 14, n. 7, 2019.
21. LYE, D.C. *et al.* Prophylactic platelet transfusion plus supportive care versus supportive care alone in adults with dengue and thrombocytopenia: a multicentre, open-label, randomised, superiority trial. **Lancet**, v. 389, n. 10079, p. 1611-1618, 2017.
22. ASSIR M.Z.K., *et al.* **Transfusion Medicine and Hemotherapy**, v. 40, p. 362-368. 2013.

A SÍNDROME DE BURNOUT E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

BURNOUT SYNDROME AND HEALTH PROFESSIONALS: A COMPREHENSIVE REVIEW

Sara Oliveira Silva dos Santos¹, Sônia Maria Mileo de Oliveira¹, Raynnara Gerliene da Silva Araújo¹, Ráyssan Cristina Ferreira de Araújo¹, Ruth Silva Lima da Costa²

1. Enfermagem. Centro Universitário Uninorte. Rio Branco, AC, Brasil.
2. Enfermagem. Secretaria Estadual de Saúde do Acre. Centro Universitário Uninorte. Rio Branco, AC, Brasil.

***Autor Correspondente:** ruttilyma@gmail.com

RESUMO

Introdução: A Síndrome de Burnout é consequência do estresse causado pela atividade laborativa crônica, apresenta-se quando o desgaste do trabalhador faz com que ele perca a satisfação e o sentido no trabalho. **Objetivo:** Explorar as produções científicas publicadas na temática, analisando a relação entre a Síndrome de Burnout e os profissionais de saúde. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo de revisão integrativa da literatura, com busca de informações em fontes secundárias, publicadas em bases de dados oficiais. **Resultados:** A maioria dos estudos pesquisados, revelaram um aumento expressivo da Síndrome de Burnout entre os profissionais de saúde, sendo que os principais sinais do seu aparecimento entre eles são: o alto nível de estresse, exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional. Frente aos fatores de risco, destacam-se as longas jornadas de trabalho, alto grau de insatisfação, o ato de lidar com a dor e o sofrimento do outro rotineiramente, o pouco cuidado do profissional consigo mesmo, além da pressão para a tomada de decisões rápidas. No que tange às consequências da síndrome, destacam-se o baixo desempenho profissional, as relações interpessoais negativas e a diminuição da qualidade da assistência prestada. **Conclusão:** A síndrome é uma condição grave e por essa questão existe a necessidade de uma maior divulgação dos seus fatores de risco, de maneira que os profissionais a ela expostos, estejam cientes dos seus riscos e que encontrem maneiras de evitar tal condição.

Palavras-chave: Síndrome de Burnout. Estresse. Profissional de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Burnout Syndrome is a consequence of the stress caused by chronic work activity. It occurs when the weariness of the worker causes him to lose satisfaction and meaning at work. **Objective:** To explore the scientific productions published on the theme, analyzing the relationship between Burnout Syndrome and health professionals. **Method:** This are a descriptive study of integrative literature review, seeking information from secondary sources, published in official databases. **Results:** Most of the researched studies revealed a significant increase of Burnout Syndrome among health professionals, and the main signs of its appearance among them are: the high level of stress, emotional exhaustion, depersonalization and reduced professional accomplishment. Faced with risk

factors stand out the long work hours, high degree of dissatisfaction, the act of dealing with the pain and suffering of the other routinely, the professional's lack of care with himself, and the pressure to make quick decisions. Regarding the consequences of the syndrome, we highlight the low professional performance, negative interpersonal relationships and the decreased quality of care provided. **Conclusion:** The syndrome is a serious condition and therefore there is a need for greater disclosure of its risk factors, so that professionals exposed to it, are aware of its risks and find ways to avoid such condition.

Keywords: Burnout Syndrome. Stress. Healthcare professional.

INTRODUÇÃO

O estresse ocupacional é aquele decorrente da reação do indivíduo a algum evento que o atinge no ambiente de trabalho e resulta de alguma ameaça, associada às excessivas mudanças no ambiente de trabalho¹.

Ele é um estado em que ocorre desgaste do organismo humano e/ou diminuição da capacidade de trabalho. A preocupação científica com a questão do estresse ocupacional reside na sua provável relação com o adoecimento ou sofrimento que acarreta².

A carga de trabalho do profissional está associada a importantes fatores laborais, os quais podem sofrer agravos significativos em razão de condições precárias de organização do trabalho, que vão desde a baixa valorização e remuneração, descompasso entre tarefas prescritas e realizadas, até a escassez severa de recursos e problemas de infraestrutura³.

A Síndrome de Burnout é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2019, um risco

para o trabalhador que pode ter como consequência a deterioração física ou mental. Atualmente é considerado um importante problema de saúde pública, para além da sua óbvia relevância no contexto exclusivo das patologias laborais.⁴

Ela pode ainda ser definida como uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional que pode ocorrer principalmente entre indivíduos que trabalham com pessoas⁵.

Sendo assim, essa temática tem grande relevância para o entendimento do fatores que culminam com a síndrome de Burnout, haja vista o conhecimento da patologia auxiliar a busca por maneiras de minimizar as condições de risco nas quais o profissional está inserido, pois nem sempre o trabalho sempre possibilita alcance da realização profissional e pode em muitos casos causar problemas tais como a insatisfação e/ou exaustão⁶.

Nesse sentido, o estudo objetiva

explorar as produções científicas publicadas na temática, analisando a relação entre a Síndrome de Burnout e os profissionais de saúde.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de revisão integrativa da literatura sobre a relação da síndrome de Burnout e os profissionais de saúde.

Realizou-se a coleta de dados a partir de dados secundários, por meio de levantamento bibliográfico, baseado na experiência vivenciada pelos autores através de artigos anteriormente publicados dentro da temática em bases de dados oficiais, uma vez que uma das melhores formas de iniciar um estudo é através da pesquisa bibliográfica, através de comparações entre artigos levantados nos documentos de referência, com o intuito de evidenciar o que se pretende estudar.

Os critérios utilizados para a inclusão dos artigos utilizados na presente pesquisa foram: artigos completos, com resumos disponíveis nas bases de dados escolhidas, com período cronológico entre (2005-2019). Os filtros utilizados foram de: texto completo, idioma português, inglês e espanhol, tipo de documentos: artigos. Quanto aos critérios de exclusão utilizaram-se:

publicações que antecedem o período cronológico estabelecido.

Para a seleção dos artigos foram utilizadas as Bases de Dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) utilizando as palavras-chave/descritor: “Síndrome de Burnout”, “Estresse”, “Profissional de Saúde”. No total foram selecionados 10 artigos, para a composição dos resultados do presente estudo, que foram divididos em 02 quadros com as seguintes indagações: *Principais Sinais e Sintomas que podem estar relacionados ao surgimento da Síndrome de Burnout e Fatores de Risco da Síndrome de Burnout para os Profissionais de Saúde.*

Os dados foram tabulados, listados e apresentados na forma de quadros e em textos/discursos. Nos quadros foram analisados autor/ano, nome do artigo, objetivos da pesquisa, resultados e a conclusão dos estudos.

A pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) local, por se tratar de um estudo em fontes secundárias e não se enquadrar dentro da legislação do CONEP/MS, resolução 466/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No quadro abaixo demonstram-se os achados referentes aos principais sinais e sintomas que podem estar

relacionados ao surgimento da Síndrome de Burnout entre profissionais de saúde.

Quadro 01: Principais sinais e sintomas que podem estar relacionados ao surgimento da Síndrome de Bournout.

Autor/Ano	Periódico	Título	Resultado
Panizzon, Luz, Fensterseifer, 2008. ⁷	<i>Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS), 2008. [Internet]</i>	Estresse da equipe de enfermagem da emergência clínica	O alto nível de estresse entre profissionais de saúde pode afetar seriamente o trabalho por ele desenvolvido, além de dificultar o alcance de objetivos a serem atingidos, tanto de um setor quanto de toda a organização.
Jodas e Haddad, 2009. ⁸	<i>Acta Paul Enferm</i>	Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário	Tratando-se dos valores mais encontrados de cada dimensão, destacou-se que 55,7% dos profissionais tinham baixo nível de exaustão emocional, 37,7% possuíam nível médio de despersonalização e 37,7% apresentavam um alto nível de realização profissional.
Moreira et al., 2009. ⁹	<i>Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro(online)</i>	Prevalência da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil	Os valores médios obtidos nas três dimensões da síndrome de Burnout, segundo o <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI), foram: 17 pontos em cansaço emocional, indicando nível baixo; 7,79 pontos em despersonalização, indicando nível médio; e 36,6 pontos em realização pessoal, nível médio.
Telles e Pimenta 2009. ¹⁰	<i>Rev. Saúde e Sociedade</i>	Síndrome de Burnout em Agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento	Observou-se que os ACS apresentaram média 4,15 na dimensão Redução da realização pessoal no trabalho, índice mais elevado em relação às outras dimensões. A dimensão Exaustão Emocional vem logo a seguir, com média 2,53 e, por fim, a dimensão Despersonalização, com média 1,94.

Mediante os achados expostos no quadro 01, evidencia-se que a Síndrome de Burnout possui um quadro clínico bem categórico assinalado por exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização profissional¹¹.

Entre os principais sintomas da doença está o esgotamento físico e emocional, o que leva o profissional a ter a sensação de que não consegue dar mais de si mesmo¹².

O estágio seguinte é a evolução deste esgotamento ao estado de sentimentos e atitudes negativas e finaliza com o sentimento de não realização pessoal no trabalho, o que acaba por afetar a eficiência e a habilidade do profissional frente a realização de suas tarefas incorrendo também em problemas referentes a adequar-se à organização¹³.

Detectar precocemente níveis sintomáticos expressivos da síndrome pode constituir indicador de prováveis dificuldades, possibilitando intervenções preventivas¹⁴.

O quadro a seguir, demonstram-se os fatores de risco da Síndrome de Burnout para os profissionais que exercem suas atividades laborais na área da saúde.

Quadro 02: Fatores de Risco da Síndrome de Burnout para os profissionais de saúde.

Autor/Ano	Periódico	Título	Resultado
Murofuse Abranches Napoleão. 2005. ¹⁵	<i>Rev Latino-am de Enfermagem</i> , 2005. [Internet]	Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem.	São fatores de risco: insatisfação e falta de reconhecimento profissional, produtividade no trabalho, desgaste provocado pelo contato direto com pacientes, sobretudo em condições debilitantes e a busca desenfreada por produtividade.
Rosa, Carlotto. 2005. ¹⁶	<i>Rev. SBPH</i> , 2005. [Internet]	Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar.	Longas jornadas de trabalho, número insuficiente de pessoal, falta de reconhecimento profissional, alta exposição do profissional a riscos físicos e químicos, contato constante com sofrimento, dor e muitas vezes a morte, manejo de pacientes graves. podem colaborar para o surgimento da Síndrome de Burnout.
Tamayo. 2008. ¹⁷	<i>Rev Psicologia: Reflexão e Crítica</i> , 2008. [Internet]	Burnout: Implicação das fontes organizacionais de desajuste indivíduo trabalho em profissionais de enfermagem.	O número reduzido de profissionais que trabalham no atendimento em saúde; as dificuldades em delimitar os diferentes papéis entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem; os conflitos interpessoais no trabalho; a falta de reconhecimento e valorização da profissão; o excesso de trabalho; o achatamento dos salários; a necessidade de vários vínculos empregatícios, são fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome.
Avellar, Iglesias,	<i>Rev Psicologia em</i>	Sofrimento psíquico em	O exercício profissional no âmbito hospitalar marcado por múltiplas

Fernandes. 2007. ¹⁸	<i>Estudo, 2007. [Internet]</i>	trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia	exigências: lidar com dor, sofrimento, morte e perdas, condições desfavoráveis de trabalho, baixa remuneração e altos níveis de envolvimento emocional, colaboram para o surgimento da síndrome de Burnout.
Lacerda, Hueb. 2005. ¹⁹	<i>Rev. da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro, 2005. [Internet]</i>	A avaliação da Síndrome de Burnout com enfermeiros de um hospital geral.	Foram identificados os seguintes fatores de risco: permanente contato com o paciente, pouco cuidado do profissional consigo, características internas como ansiedade, dificuldade no relacionamento interpessoal, fontes externas como a morte de alguém, perda do emprego ou até mesmo um nascimento.
Ritter, Stumm, Kircher, 2009. ²⁰	<i>Revista Eletrônica de Enfermagem, 2009. [Internet]</i>	Análise de Burnout em profissionais de uma emergência de um hospital geral.	Conflitos e tensões do ambiente de trabalho, exigências da própria profissão, muitas vezes excedendo-as, contato contínuo com sofrimento e morte, pressão para a tomada de decisões rápidas.

Diante dos achados descritos no quadro 02, evidencia-se que a qualidade de vida dos trabalhadores da saúde encontra-se diretamente relacionada aos diferentes estressores ocupacionais.

Entre os vários fatores de estresse ocupacionais, podemos citar a carência de profissionais ou indivíduos capacitados, as prolongadas jornadas de trabalho, a exposição do profissional a riscos químicos e físicos, a falta de reconhecimento profissional e também o contato constante com o sofrimento, a dor e até mesmo a morte. Considerando estes fatores, os trabalhadores da saúde devem-se atentar com sua saúde mental

e emocional mais que os profissionais de outras áreas²¹.

Concernentemente a isso, observa-se que os estudos iniciais sobre a investigação da síndrome em enfermeiros mostraram que a doença estava diretamente vinculada com a quantidade de tempo que os mesmos passam com os doentes, levando em consideração a intensidade das exigências emocionais destes e com o cuidar de doentes com mau prognóstico. Os fatores estressores mais frequentes são a falta de recursos humanos e materiais, falta de sistematização do trabalho, o relacionamento interpessoal e o excesso de ruídos no ambiente²².

Inclusos aos fatores de risco, encontram-se quatro grupos nos quais se pode desenvolver a Síndrome de Burnout, que são: a organização, o indivíduo, o trabalho e a sociedade. No que concerne à organização tem-se que dentro da organização do trabalho encontram-se fatores como: excesso de normas, falta de autonomia, frequentes mudanças organizacionais como as alterações de normas e regras, mau relacionamento entre a equipe, impossibilidade de ascensão na carreira, entre outros. No que diz respeito ao indivíduo, temos o tipo de personalidade, caráter, nível educacional, gênero, entre outros. Acerca do trabalho o nível de sobrecarga, baixo nível de decisão, atividade laboral, trabalho por turno, responsabilidade sobre a vida de outros. Sobre a Sociedade: suporte social e familiar, valores e normas culturais²³.

Sendo assim, entre os fatores de risco possivelmente ligados ao aparecimento da Síndrome de Burnout, está a pouca autonomia no trabalho, problemas de se relacionar com as chefias, dificuldades de relacionamento com os colegas de trabalho ou clientes, divergências entre trabalho e família, sentimento de desqualificação e falta de cooperação da equipe¹⁵.

CONCLUSÃO

A maioria dos estudos

pesquisados identificou que os principais sinais da Síndrome de Bournout são o alto nível de estresse, exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional. Frente aos fatores de risco, destacaram-se as longas jornadas de trabalho, o alto grau de insatisfação, o ato de lidar com a dor e o sofrimento do outro rotineiramente, o pouco cuidado do profissional consigo mesmo, além da pressão para a tomada de decisões rápidas.

Conclui-se então que essa síndrome é uma condição grave e por essa questão existe a necessidade de maior divulgação dos seus fatores de risco, de maneira que os profissionais que exercem suas atividades no cuidado da população, estejam cientes dos riscos a que estão expostos e que encontrem maneiras e apoio institucional a fim de evitá-la.

Acredita-se que o conhecimento acerca da patologia seja passo inicial e imprescindível para a implementação de medidas para a extirpação ou minimização de suas consequências principalmente entre os profissionais de saúde, que precisam sentir-se bem para poder realizar suas atividades de forma tranquila e segura.

REFERÊNCIAS

1. PECCEI, R.; GIANGRECO, A.; SEBASTIANO, A. The role of organizational commitment in the analysis of resistance do change: co-predictor and moderator effects. **Personnel Review**, [S. I.], v. 40, n. 2, p. 185-204, 2011.
2. PRADO, C. E. P. Estresse ocupacional: causas e consequências. **Rev Bras Med Trab**, v. 14, n.1, p. 285-289, 2016.
3. COTTA, R. M. M, *et al.* Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol Serv Saúde**, v.15, n.3, p. 7-18, 2006.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Burn-out an “occupational phenomenon:” International Classification of Diseases**. 2019. Disponível em: <https://www.segurancaadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/sindrome-de-burnout-qual-e-o-papel-dos-hospitais-na-prevencao/>. Acesso em: 17 nov. 2019.
5. TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de Burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, n. 5, 2007.
6. FRANCA. F. M; FERRARI, R. Síndrome de Burnout e os aspectos sóciodemográficos em profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 25, n. 5, 2012.
7. PANIZZON, C.; LUZ, A. M. H.; FENSTERSEIFER, L. M. Estresse da equipe de enfermagem da emergência clínica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n.3, p.391-9, 2008.
8. JODAS, D. A.; HADDAD, M.C.L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 192-197, 2009.
9. MOREIRA, D. S. *et al.* Prevalência da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1559-1568, 2009.
10. TELLES, H.; PIMENTA, A.M. C. Síndrome de Burnout em Agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. **Saude Soc**, v. 18, n. 3, p. 467-478, 2009 .
11. CARLOTTO, M. S. PALAZZO, L. S. Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p.1017-1026, 2006.
12. TUCUNDUVA, L. T. C DE M. *et al.* A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 52, n,2, p. 108-112, 2006.
13. BALLONE, G.J. Síndrome de Burnout - in. **PsiquWeb**. Revisto em 2005.
14. MARTÍNEZ, M. I. M.; PINTO, A. M. Burnout en estudiantes universitarios de España y Portugal y su realción com variables académicas. Aletheia [Internet]. 2005 [cited 2017 July 3];(21):21-30.

15. MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, v. 2, n. 13, p. 55-61, 2005.
16. ROSA, C.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v.8, n.2, p.1-15. 2005.
17. TAMAYO, M. R. Burnout: Implicações das fontes organizacionais de desajuste indivíduo trabalho em profissionais de enfermagem. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.22, n. 3, p. 474-482, 2008.
18. AVELLAR, L.Z.; IGLESIAS, A.; VALVERDE, P.F. Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. **Psicologia em Estudo**, v. 12, n. 3, p. 475-481, 2007.
19. LACERDA, P. N.; HUEB, M. F. A avaliação da Síndrome de Burnout com enfermeiros de um hospital geral. **Revista da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro, SPTM**, v. 1, n.1, p.103-109, 2005.
20. RITTER, R.S.; STUMM, E. M.; KIRCHER, R. M. Análise de Burnout em profissionais de uma unidade de emergência de um hospital geral. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 2, n.11, p. 236-48, 2009.
21. KOVALESKI, D. F; BRESSAN, A. A síndrome de Burnout em profissionais de saúde. **Rev. Saúde e Transformação Social**. v. 3, n. 2, 2012. Acesso em: 01 jul. 2019.
22. FONSECA, T. C. P.; MELLO, R. Síndrome de Burnout entre profissionais de enfermagem de unidades intensivas em um hospital público. **Rev enferm UFPE on line**, v.(Supl. 1), p.296-303, 2016.
23. SZKLAR, C. O. L. A Síndrome de Burnout em profissionais da área de saúde. Web artigos, v.1, p.1, 2011. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/a-sindrome-de-burnout-em-profissionais-da-area-de-saude/81394>. Acesso em: 17 nov. 2019.

IMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA GESTAÇÃO

IMPLICATIONS OF HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS IN PREGNANCY

Alesandro Lima Rodrigues¹

1 Enfermagem. Universidade Braz Cubas, SP, Brasil.

* **Autor correspondente:** alesandrorodrigues.ac1@gmail.com

RESUMO

Introdução: Nos últimos anos, Hipertensão e Diabetes tornaram-se as doenças que mais afetam e vitimam a população mundial, liderando o *ranking* entre as doenças crônicas não transmissíveis. O desenvolvimento dessas condições clínicas durante o período gestacional certamente causa sérios danos à saúde do binômio mãe-feto. **Objetivo:** Descrever as implicações da Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* na gestação. **Métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura de natureza básica e descritiva. Foram utilizados artigos científicos publicados entre os anos de 2005 e 2018. Os artigos foram selecionados no banco de dados eletrônico da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando as palavras-chave “Gestação and Diabetes” e “Gestação and hipertensão arterial”, sendo a amostra final composta por 15 artigos. **Resultados:** A Hipertensão e o Diabetes Gestacional têm implicações diversas sobre o organismo da mãe e do feto-neonato. Na genitora, está relacionada à ocorrência de descolamento de placenta, insuficiência renal, maior risco de acidente vascular cerebral, lesões hepáticas, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, trabalho de parto prematuro e síndrome HELLP. No feto-neonato, óbito intraútero, hipóxia fetal, crescimento fetal retardado, malformações do sistema respiratório e intestinal, prematuridade, menor Apgar, baixo peso ao nascer e óbito neonatal. **Considerações finais:** Conclui-se, portanto, que Hipertensão e Diabetes *Mellitus* representam fatores de risco para a saúde do binômio mãe-feto, uma vez que ambos são fortes aliados durante o período gestacional para a ocorrência de morbimortalidade perinatal.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Gestação. Diabetes Gestacional. Implicações.

ABSTRACT

Introduction: In recent years, Hypertension and Diabetes have become the diseases that most affect and victimize the world's population, leading the ranking among chronic diseases. The development of these clinical conditions during pregnancy certainly causes serious damage to the health of the mother-fetus binomial. **Objective:** To describe the implications of Hypertension and Diabetes Mellitus in pregnancy. **Methods:** This is a literature review of a basic and descriptive nature. Scientific articles published between 2005 and 2018 were used. The articles were selected from the electronic database of the Virtual Health Library (VHL), using the keywords “Gestation and Diabetes” and “Gestation and arterial hypertension”. The final sample consisted of 15 articles. **Results:** Hypertension and Gestational Diabetes have different implications for the mother and fetus newborn organism. It is related to the occurrence of placental detachment, renal failure, increased risk of stroke, liver damage, preeclampsia and eclampsia, premature labor and HELLP syndrome. In the fetus, intrauterine death, fetal hypoxia, retarded fetal growth, respiratory and intestinal system malformations, prematurity, lower Apgar score, low birth

weight, and neonatal death. **Final considerations:** It is concluded, therefore, that hypertension and Diabetes mellitus represent risk factors for the health of the mother-fetus binomial, since both are strong allies during the gestational period for the occurrence of perinatal morbidity and mortality.

Keywords: hypertension. Gestation. Gestational Diabetes. implications.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não-transmissíveis representam um grave problema de Saúde pública em nosso país decorrente dos elevados casos de morbimortalidade, sendo as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas as patologias com maiores taxas de prevalência na população¹.

Neste cenário, segundo Toscano², a diabetes e a hipertensão arterial assumiram nas últimas décadas a frente entre as doenças crônicas não-transmissíveis mais prevalentes entre a população mundial, seja nos países desenvolvidos ou subdesenvolvidos.

O Diabetes *Mellitus* é um distúrbio metabólico de condição múltipla, determinada por hiperglicemia crônica decorrente da deficiência na produção, secreção ou ação-resistência da insulina no organismo³.

Na gestação, denomina-se Diabetes Gestacional a condição em que se identifica um aumento da dosagem de glicose (hiperglicemia) na corrente sanguínea acima de 90 mg/dl em jejum no primeiro trimestre ou durante os

demaís, tornando-se um grave distúrbio na gestação⁴.

O diagnóstico clínico de Diabetes *Mellitus* gestacional (DMG), está relacionado a um maior risco de complicações obstétricas e fetais, como também de elevada incidência de parto cesáreo⁵. Além disso, o diabetes ocasiona perda no bem-estar fisiológico do organismo, como retinopatia, excisão de membros, doenças coronarianas, distúrbios renais que afetam o processo de filtração do sangue e acidentes vasculares².

Em relação ao tratamento do diabetes na gestação, tem se verificado que a combinação de exercício físico moderado e uma alimentação equilibrada (dieta) auxilia na diminuição dos níveis glicêmicos; outra forma é a insulino-terapia que se mostra eficaz⁶.

No caso da hipertensão arterial, seu desenvolvimento está associado à hereditariedade, aumento do débito cardíaco, constrição de vasos sanguíneos além da condição multifatorial da doença³.

De acordo com Souza, Lopes e Borges⁷, a hipertensão arterial é a patologia mais frequente entre as

complicações do ciclo gestacional. Os autores ainda destacam que alguns fatores auxiliam no desenvolvimento durante a gravidez, como diabetes, gestação gemelar, obesidade, faixa etária acima de 30 anos e gestantes pela primeira vez.

De forma complementar, Araújo e Porto⁴ corroboram que o diagnóstico da doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) ocorre quando os valores pressóricos são iguais ou superiores a 140 x 90 mmHg, situação que se inicia por volta do 5º mês de gestação (20ª semana).

Quanto ao tratamento da hipertensão, é fundamental empregar duas linhas de tratamento, as orientações quanto aos hábitos de vida e que auxiliam no controle da pressão, e a segunda, o uso de anti-hipertensivos, como metildopa, nifedipina e labetalol⁸.

Assim, a Diabetes e a Hipertensão Arterial são fatores de predisposição para o desenvolvimento de doenças do coração, alterações sistêmicas, menor expectativa de vida e complicações perinatais⁹.

Diante do exposto, delineou-se a presente revisão de literatura com o objetivo de descrever as implicações da Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* na gestação.

MATERIAL E MÉTODO

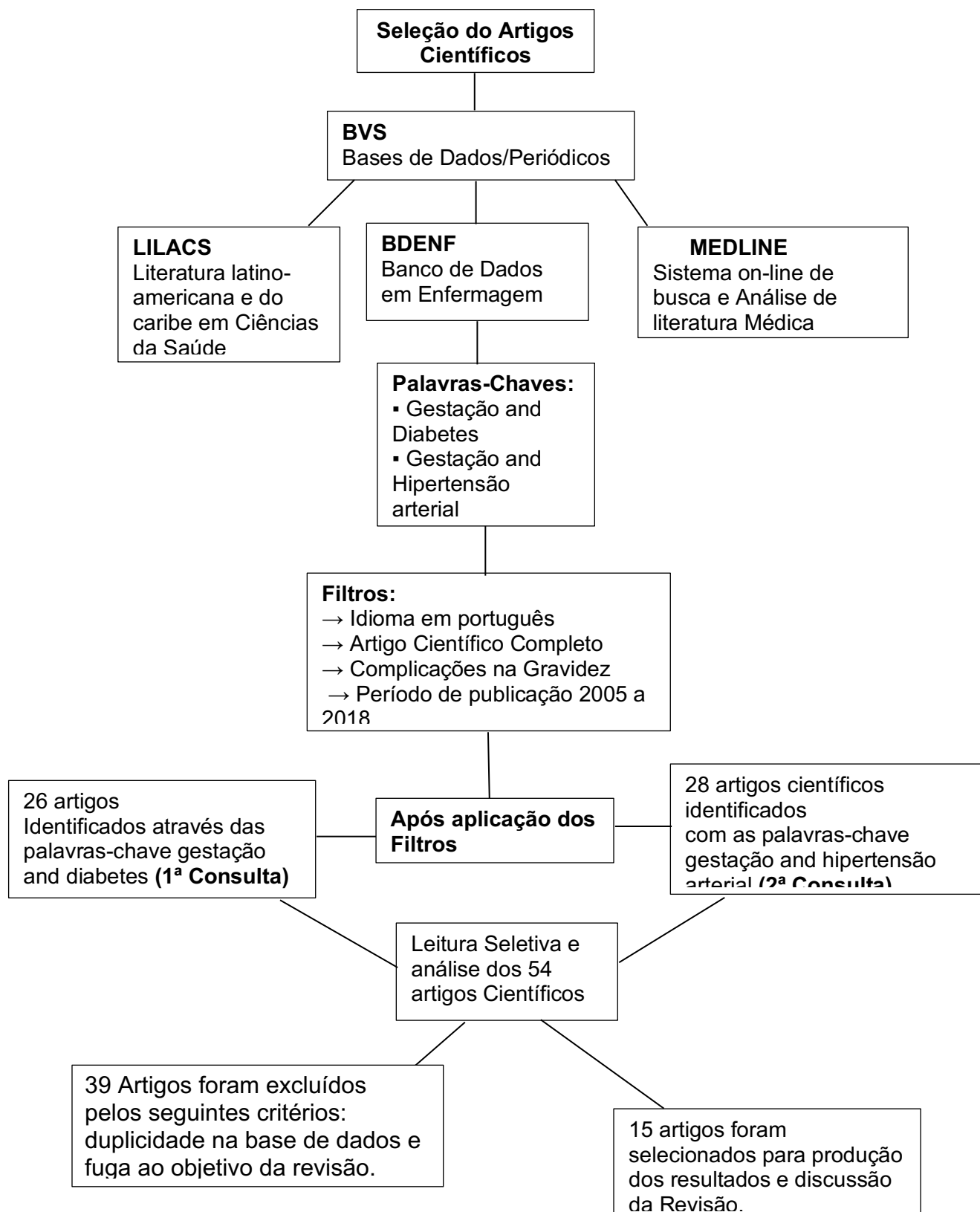
Trata-se de uma revisão de literatura de natureza básica-descritiva, acerca das implicações da hipertensão arterial e Diabetes *Mellitus* na gestação. Os artigos científicos foram selecionados no banco de dados eletrônico da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em seus periódicos indexados LILACS, BDENF e MEDLINE, utilizando as palavras-chave “Gestação and Diabetes” e “Gestação and Hipertensão Arterial”.

Para seleção dos artigos foram utilizados os seguintes filtros como critérios de inclusão: artigo científico completo, idioma em português, com período de publicação de 2005 a 2018, sendo o assunto principal “complicações na gravidez”. Após a aplicação dos filtros, foram identificados 26 artigos científicos na primeira consulta, através das palavras-chave gestação and diabetes, e na segunda, 28 artigos com as palavras-chave gestação and hipertensão arterial.

Posteriormente, realizou-se uma análise mais precisa dos 54 artigos científicos, baseada na leitura seletiva e minuciosa do resumo, resultados e conclusão. Foram excluídos 39 artigos, devido à duplicidade na base de dados e por não responderem ao objetivo da revisão. Logo, a amostra final foi composta por 15 artigos científicos que trazem informações referentes às implicações da Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*

na gestação. A figura 1 demonstra os procedimentos adotados e o processo de seleção dos artigos nas bases de dados.

Figura 1: Processo de seleção dos artigos nas Bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 15 estudos selecionados foram classificados segundo autoria - ano,

revista, título do artigo científico e tipo de estudo. As características dos artigos são apresentadas a seguir (quadro 1).

Quadro 1: Distribuição dos artigos científicos segundo autoria - ano, revista, título do artigo científico e tipo de estudo.

Autoria - ano	Revista/Periódico	Título do artigo científico	Tipo de estudo
PRADO e Da SILVA, 2017. ¹⁰	Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde-ABCS Health Sciences	Uso da monitoração ambulatorial da pressão arterial nos distúrbios hipertensivos gestacionais	Pesquisa Bibliográfica/ Revisão
FERNANDES <i>et al.</i> , 2015. ¹¹	Revista Gaúcha de Enfermagem	Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio	Estudo epidemiológico, retrospectivo e transversal
DOS REIS SPADA <i>et al.</i> , 2005. ¹²	Arquivos catarinenses de Medicina - ACM	Alterações retinianas na doença hipertensiva específica da gestação	Estudo prospectivo, descritivo com corte transversal
LACERDA e MOREIRA, 2011. ¹³	Acta Scientiarum. Health Sciences	Características obstétricas de mulheres atendidas por pré-eclâmpsia e eclâmpsia	Pesquisa quantitativa, descritiva e documental
SOUZA <i>et al.</i> , 2009. ¹⁴	Revista de Medicina de Minas gerais	Diagnóstico e conduta na síndrome HELLP	Revisão da Literatura
MARÇAL <i>et al.</i> , 2010. ¹⁵	Revista de Medicina de Minas gerais	Síndrome HELLP com necrose hepática maciça – relato de caso.	Relato de caso – estudo descritivo
GONÇALVES; FERNANDES; SOBRAL, 2005. ¹⁶	Revista brasileira de Enfermagem - REBEn	Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo	Estudo descritivo-exploratório e retrospectivo
ANTUNES <i>et al.</i> , 2017. ¹⁷	Revista Mineira de Enfermagem-REME	Síndrome Hipertensiva e Resultados perinatais em gestação de alto risco	Estudo de caso-controlado, transversal de base documental
MATTAR <i>et al.</i> , 2011. ¹⁸	Revista Femina	Como deve ser o rastreamento e o diagnóstico do Diabetes Mellitus gestacional?	Revisão da Literatura
SILVA <i>et al.</i> , 2007. ¹⁹	Revista Femina	Macrossomia: consequências e estratégias de prevenção	Pesquisa Bibliográfica/ Revisão
KERCHE <i>et al.</i> , 2005. ²⁰	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	Fatores de risco para macrossomia fetal em gestações complicadas por Diabetes ou por Hiperglicemia diária	Estudo retrospectivo (caso-controlado)
MADI <i>et al.</i> , 2006. ²¹	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	Fatores maternos e perinatais relacionados à macrossomia fetal	Estudo retrospectivo, descritivo de corte transversal

RUDGE e CALDERON, 2005. ²²	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	A monitorização da hipóxia fetal nas gestações complicadas pelo Diabete.	Revisão Sistemática
REIS <i>et al.</i> , 2010. ²³	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	Rastreamento de cardiopatias congênitas associadas ao Diabete Mellitus por meio da concentração plasmática materna de frutamina	Estudo Retrospectivo-descriptivo
JOB; JÚNIOR; PEREIRA, 2012. ²⁴	Revista de Ciências Médicas	Obesidade e gravidez: avaliação de um programa assistencial	Estudo descritivo prospectivo

O período gestacional é um momento único para a gestante e, durante esse período, situações adversas sobre a saúde do binômio mãe-feto podem ocorrer. Neste caso, as síndromes hipertensivas são as principais causas de óbitos obstétricos e perinatais, o que constitui um transtorno para a saúde pública, resultante do aumento dos casos de morbimortalidade materno-fetal nesse período¹⁰.

Segundo Fernandes *et al.*¹¹, a morbimortalidade materna é um forte indício que auxilia na avaliação das políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva, além de apontar a qualidade dos programas de Saúde Integral da Mulher e da Criança no país, uma vez que, ao se identificarem as causas de mortes maternas é possível desenvolver políticas públicas de forma mais efetiva.

No que se refere à hipertensão arterial e seus transtornos na gestação, caracteriza-se a patologia que acomete

as mulheres durante o período gestacional. A hipertensão gestacional apresenta como complicações graves a pré-eclâmpsia, a síndrome HELLP e a eclâmpsia, todas com graves consequências, como diminuição da luz dos vasos arteriais do cérebro, insuficiência renal, aumento de infecções urinárias, lesões hepáticas, alterações oculares, diminuição de células sanguíneas e hemólise¹². Além disso, também está relacionada visão turva, tontura, cefaleia, náuseas e edema de membros¹³.

A síndrome HELLP é uma complicação potencialmente fatal na gravidez devido à morbidade e mortalidade para a mãe e o conceito, como diminuição do crescimento fetal intraútero, descolamento de placenta, prematuridade, hemorragia intracraniana, malformações pulmonares, imaturidade da mucosa intestinal, transtorno respiratório e pneumonia¹⁴. Podendo,

ainda, apresentar dor na porção superior do abdômen, sangramento gengival abundante e crises convulsivas¹⁵.

Estudo de Gonçalves, Fernandes e Sobral¹⁶ realizado na unidade hospitalar pública na zona leste de São Paulo, em gestantes com diagnóstico de distúrbio hipertensivo, constatou as complicações descritas na literatura quanto à hipertensão arterial durante a gestação. Em tal estudo, seus autores identificaram entre as consequências o descolamento prematuro de placenta, óbito fetal

intrauterino, eclampsia, trabalho de parto prematuro e óbito neonatal.

De acordo com os achados no estudo de Antunes *et al.*¹⁷ os transtornos hipertensivos no período gestacional também estão associados à maiores riscos de prematuridade, menor Apgar e baixo peso ao nascer.

O quadro 2 apresenta as principais implicações da hipertensão arterial na gestação, conforme os estudos analisados.

Quadro 2: Principais implicações da hipertensão arterial na gestação.

HIPERTENSÃO ARTERIAL	
GENITORA	CONCEPTO/NEONATO
1- Pré-eclâmpsia; 2- Eclampsia; 3- Síndrome Hellp; 4- Trabalho de parto prematuro; 5- Insuficiência Renal; 6- Descolamento de Placenta.	1- Óbito intraútero; 2- Hipóxia fetal; 3 - Crescimento intrauterino restrito; 4 - Prematuridade; 5 – Malformações pulmonares/cardíacas; 6- Menor Apgar; 7- Baixo peso ao nascer.

Outra patologia crônica e perigosa é o diabetes, sendo uma das patologias mais comuns na gravidez, perdendo somente para as crises hipertensivas. O seu diagnóstico e tratamento são primordiais para evitar as complicações perinatais, já que é um fator de risco para a saúde da genitora e do concepto¹⁸.

Entre as complicações do diabetes gestacional, estão malformações congênitas (gastrosquise e onfalocele), risco de óbito fetal, distócia de ombro

durante o parto e formação de coágulos vascular na genitora¹⁹. Além do mais, está comprovado que o Diabetes Gestacional quando não tratado acarreta macrosomia fetal²⁰.

No estudo de campo de Madi *et al.*²¹, outras implicações também foram identificadas a natimortalidade, menor Apgar ao nascer e maior necessidade de internação em unidade de tratamento intensivo. No trabalho de Rudge e Calderon²², ainda foram descritos maior

risco de hipóxia intrauterina, atraso na maturação do Sistema Nervoso Central e morte neonatal.

Além disso, Reis *et al.*²³, em sua pesquisa com gestantes portadoras de Diabetes *Mellitus* em Minas Gerais, no centro universitário de medicina fetal, foram detectados nos fetos, por meio de exame de ecografia, alterações

estruturais congênitas do coração, cardiomegalia, derrame pericárdico, aumento da musculatura cardíaca, bifurcação intraventricular e diminuição dos batimentos cardíacos.

O quadro 3 apresenta as principais implicações do Diabetes Mellitus na gestação, segundo os estudos analisados.

Quadro 3: Principais implicações da Diabetes Mellitus na gestação.

DIABETES MELLITUS	
GENITORA	CONCEPTO/NEONATO
1- Lesões hepáticas / hemólise; 2- Formação de coágulos vascular; 3- Alterações oculares; 4- Ressecamento da pele; 5- Infecções urinárias recorrentes.	1- Óbito fetal; 2- Malformações congênitas; 3- Macrossomia fetal; 4- Diabetes tipo 1; 5- Cardiomegalia; 6- Natimortalidade.

A associação entre Hipertensão e Diabetes na gestação demonstrou no estudo de Job, Júnior e Pereira²⁴, em gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal do hospital das clínicas em Campinas, São Paulo, o aumento de parto cesárea, alterações anatômicas no feto e incompatibilidade nas situações cefalopélvicas do binômio, o que comprova que a Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* ocasionam implicações diversas e contribuem para o aumento dos casos de morbimortalidade gestacional.

Neste sentido, é necessária uma assistência de pré-natal eficiente, visando à prevenção, identificação e tratamento

de gestantes com Hipertensão e Diabetes, haja vista suas severas consequências maternas e fetais.

CONCLUSÃO

Hipertensão e Diabetes Mellitus representam fatores de risco para a saúde do binômio mãe-feto, uma vez que ambos são fortes aliados durante o período gestacional para a ocorrência de morbimortalidade perinatal.

Além disso, ressalta-se que o conhecimento das implicações da hipertensão e do diabetes contribui para que as gestantes alterem seus comportamentos de risco, além de possibilitar que os profissionais de saúde busquem estabelecer nas consultas de

pré-natal ações de conscientização e promoção da saúde materna e fetal.

REFERÊNCIAS

1. DUNCAN, B. B. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**. 2012; 46 (1): 126-134. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017>. Acesso em: 14 mai. 2018.
2. TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Revista Ciências em Saúde Coletiva**. 2004; 9 (4): 885-895. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000400010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 mai. 2018.
3. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D.S. **Manual de enfermagem médico-cirúrgica**. 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. p. 243.
4. ARAÚJO, L. A.; PORTO, F. Complexidades do período gestacional. In: ARAÚJO, L. A.; REIS, A. T. **Enfermagem na prática materno-neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 114-121.
5. MICHEL, B. Diabetes Melito. In: LEWIS, S. L. *et al.* **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica: Avaliação e assistência dos problemas clínicos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 2 v. p. 1219-1253.
6. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Tratamento do diabetes gestacional e da gestante com diabetes**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/59-tratamento-do-diabetes-gestacional-e-da-gestante-com-diabetes>>. Acesso em: 18 mai. 2018.
7. SOUZA, M. A. S.; LOPES, N. A. R.; BORGES, F. V. A importância do enfermeiro da estratégia saúde da família para a redução da morbimortalidade materna. **Interdisciplinary Scientific Journal**. 2014; 1 (1): 72-192. Disponível em: <<http://revista.srvroot.com/linkscienceplace/index.php/linkscienceplace/article/view/14>>. Acesso em: 18 mai. 2018.
8. SIQUEIRA, F. *et al.* Medicamentos anti-hipertensivos na gestação e puerpério. **Com Ciênc Saúde**. 2011; 22 (1): 55-67. Disponível em: <http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/artigos/medicamentos_anti_hipertensivos.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2018.
9. RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Hipertensão e Diabetes**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/hipertensao-e-diabetes>>. Acesso em: 26 mai. 2018.
10. PRADO, P. F.; DA SILVA, S. S. B. E. Uso da monitoração ambulatorial da pressão arterial nos distúrbios hipertensivos gestacionais. **Arquivos Brasileiros em Ciências da Saúde - ABCS**. 2017; 42 (2): 105-108. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcs/article/view/1011>>. Acesso em: 02 jun. 2018.
11. FERNANDES, B. B. *et al.* Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de

- desenvolvimento do milênio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2015; 36: 192-199. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nsp/0102-6933-rgenf-36-spe-0192.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.
12. DOS REIS SPADA, F. *et al.* Alterações retinianas na doença hipertensiva específica da gestação. **Arquivos catarinenses em medicina**. 2005; 34 (1): 20-25. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/191.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.
13. LACERDA, L. C.; MOREIRA, T. M. M. Características obstétricas de mulheres atendidas por pré-eclâmpsia e eclâmpsia. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 33, n. 1, p. 71-76, 2011. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-590362>>. Acesso em: 25 nov. 2019.
14. SOUZA, R. *et al.* Diagnóstico e conduta na síndrome HELLP. **Revista de medicina Minas gerais**. 2009; 19 (4): 30-33. Disponível em: <<http://rmmg.org/exportar-pdf/1097/v19n4s3a07.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.
15. MARÇAL, H. *et al.* Síndrome HELLP com necrose hepática maciça—relato de caso. **Rev. méd. Minas Gerais**, v. 20, n. 3 supl. 3, p. 42-44, 2010. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-881027>>. Acesso em: 23 nov. 2019.
16. GONÇALVES, R.; FERNANDES, R. A. Q.; SOBRAL, D. H. Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2005; 58 (1): 61-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000100011>. Acesso em: 02 jun. 2018.
17. ANTUNES, M.B. *et al.* Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco. **Revista Mineira de Enfermagem**. 2017; 21:e-1057. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1195/e1057.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.
18. MATTAR, R. *et al.* Como deve ser o rastreamento e o diagnóstico do diabetes mellitus gestacional?. **Revista Femina**. 2011; 39 (1): 29-34. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2385.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.
19. SILVA, A.T. *et al.* Macrossomia: conseqüências e estratégias de prevenção. **Revista Femina**. 2007; 35 (5): 317-321. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=458503&indexSearch=ID>>. Acesso em: 02 jun. 2018.
20. KERACHE, Luciane Teresa Rodrigues Lima *et al.* Fatores de risco para macrossomia fetal em gestações complicadas por diabetes ou por hiperglicemia diária. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 580-587, Oct. 2005. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-421950>>. Acesso em: 23 nov. 2019.
21. MADI, J. M. *et al.* Fatores maternos e perinatais relacionados à

- macrossomia fetal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2006; 28 (4): 232-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000400005>. Acesso em: 02 jun. 2018.
22. RUDGE, Marilza Vieira Cunha; CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos. A monitorização da hipóxia fetal nas gestações complicadas pelo diabetes. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 709-711, Dec. 2005. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-429416>>. Acesso em: 23 nov. 2019.
23. REIS, Z. S. N. *et al.* Rastreamento de cardiopatias congênitas associadas ao diabetes mellitus por meio da concentração plasmática materna de frutossamina. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2010; 32 (2): 66-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032010000200003&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 02 jun. 2018.
24. JOB, H. G.C.; JÚNIOR, R. P.; PEREIRA, B. G. Obesidade e gravidez: avaliação de um programa assistencial. **Revista de Ciências Médicas**. 2012; 14 (6): 503-514. Disponível em: <<https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1143>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

SOBRECARGA DE CUIDADORES DE INDIVÍDUOS EM TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

OVERLOAD OF CAREERS OF TREATMENT INDIVIDUALS PSYCHIATRIC

Beatriz Cristina Queiroz Gomes ¹, Malú Gomes de Souza ¹, Ytalo Garcia de Souza,
Ráyssan Cristina Ferreira de Araújo ¹, Ruth Silva Lima da Costa ² *.

1. Enfermagem. Centro Universitário Uninorte. Rio Branco, Ac, Brasil.

2. Enfermagem. Secretaria Estadual de Saúde do Acre. Centro Universitário Uninorte. Rio Branco, Ac, Brasil.

***Autor Correspondente:** ruttilyma@gmail.com

RESUMO

Introdução: Atualmente, a Política Nacional de Saúde Mental estabelece as diretrizes para a atenção ao indivíduo com transtorno mental. Ela está centrada na família e no fortalecimento de uma rede extra-hospitalar de serviços, o que muitas vezes acaba tornando-se uma fonte estressora, gerando grande sobrecarga ao cuidador devido às necessidades de mudanças no cotidiano, implementação de novos hábitos e maiores responsabilidades destes com o paciente. **Objetivo:** identificar as evidências presentes na literatura acerca da sobrecarga de cuidadores de indivíduos em tratamento psiquiátrico. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo de revisão integrativa da literatura, com busca de dados em fontes secundárias de material científico já publicado sobre a temática. **Resultados:** os achados destacam que as pessoas do sexo feminino são mais frequentes na atividade de cuidado ao paciente, tornando-se mais suscetíveis à sobrecarga, pois frequentemente os cuidados domiciliares recaem sobre um único indivíduo e estes tendem a dividir o processo de cuidar a outras atividades do lar. A sobrecarga atinge com mais frequência o cuidador quando este se encontra com dificuldades relacionadas à estabilidade financeira ou emocional, trazendo impactos severos em sua vida, pois os cuidadores, em sua maioria, necessitam, além do cuidado a ser prestado ao indivíduo, também trabalhar fora de domicílio para suprir as necessidades da família, o que pode aumentar ainda mais a sobrecarga, levando ao desgaste físico e psicológico dos mesmos. **Conclusões:** Faz-se necessário o desenvolvimento de intervenções por parte dos profissionais de saúde voltadas aos cuidadores, de forma a proporcionar medidas eficazes de alívio da sobrecarga. É essencial também a realização de mais pesquisas sobre este tema, fornecendo informações que possam direcionar o desenvolvimento de estratégias que possam contribuir para tornar o dia a dia dos cuidadores menos desgastante.

Palavras-chave: Cuidadores familiares. Serviços de saúde mental. Sobrecarga de familiares.

ABSTRACT

Introduction: Currently, the National Mental Health Policy establishes guidelines for the care of individuals with mental disorders. It is family-centered and the strengthening of an out-of-hospital service network, which often ends up becoming a stressful source, causing

a heavy burden to the caregiver due to changing needs, implementation of new habits and greater responsibilities of these with the patient. **Objective:** To identify the evidence in the literature about the burden of caregivers of individuals undergoing psychiatric treatment. **Method:** This is a descriptive study of integrative literature review, seeking data from secondary sources of scientific material already published on the subject. **Results:** The findings highlight that females are more frequent in patient care activity, becoming more susceptible to overload, since home care often falls on a single individual and they tend to share the process of caring for others home activities. The burden most often affects the caregiver when he has difficulties related to financial or emotional stability, bringing severe impacts on his life, as these mostly require the care to be provided to the individual, also working outside the home to meet family needs, which can further increase the burden, leading to their physical and psychological distress. **Conclusions:** It is necessary to develop interventions by health professionals focused on caregivers, in order to provide effective overload relief measures. More research on this topic is also essential, providing information that can guide the development of strategies that can contribute to caregivers' daily life less stressful.

Keywords: Family caregivers; mental health services; Family overload.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a atual Política Nacional de Saúde Mental estabelece que o próprio paciente e sua família são os principais responsáveis pelos cuidados prestados aos indivíduos com transtornos psíquicos e é centrada no fortalecimento de uma rede extra-hospitalar de serviços, tais como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG), inclusão das ações da saúde mental na atenção básica e a reinserção social de pacientes na família e na comunidade, além da Reabilitação Psicossocial¹.

A criação dos CAPS e de tantos outros serviços fez parte de um movimento social que buscava a melhoria da assistência psicossocial no

Brasil. Todavia, é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, prestando o devido tratamento às pessoas que sofrem com transtornos mentais e demais quadros psicológicos graves, tendo como objetivo possibilitar a reabilitação psicossocial, buscando a inclusão de sua clientela e família na sociedade².

O cuidado prestado ao familiar varia desde intervenções simples até as mais especializadas, tornando-se uma fonte estressora, gerando grande sobrecarga ao cuidador, implicando graves consequências a ele e até mesmo ao doente e sua família devido a mudanças no cotidiano, implementação de novos hábitos e maiores responsabilidades³.

Segundo Galera⁴, a sobrecarga pode ser definida como um estado psicológico que advém da combinação

de trabalho físico, emocional e pressão social, assim como a restrição econômica que emerge do cuidar dos pacientes.

A sobrecarga (*family burden*) pode ser apresentada em duas dimensões: objetiva e subjetiva. A objetiva se refere ao impacto causado no meio familiar devido a presença de uma pessoa com transtorno mental, decorrente do acúmulo de tarefas, aumento de custos financeiros, limitação das atividades cotidianas e fragilização dos relacionamentos entre os familiares. A sobrecarga subjetiva diz respeito à percepção pessoal do familiar sobre a experiência de conviver com o doente, as preocupações que envolvem o cuidado diário e a responsabilidade com ele⁵.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), uma em cada três pessoas têm pelo menos um evento de transtorno mental no transcorrer da vida, e, no período de um ano, um entre cinco indivíduos encontra-se em fase ativa da doença, necessitando de cuidados constantes dos familiares⁶.

Dessa forma, compreendendo a relevância da temática, o objetivo deste estudo centrou-se em identificar as evidências presentes na literatura acerca da sobrecarga de cuidadores de indivíduos em tratamento psiquiátrico.

MATERIAL E MÉTODO

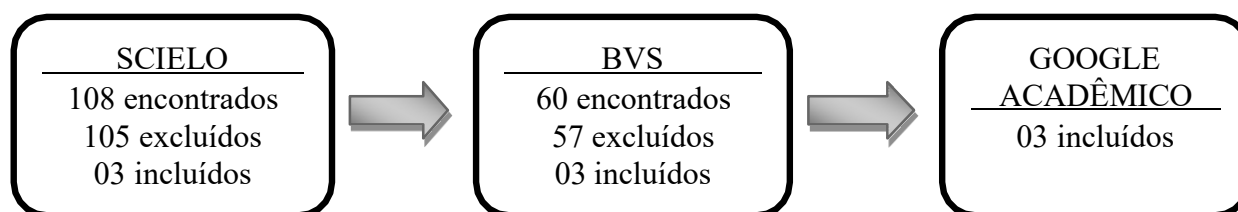
Trata-se de um estudo descritivo de revisão integrativa da literatura sobre a sobrecarga de familiares de pacientes portadores de transtornos psiquiátricos. Para Mendes, Silveira e Galvão⁷ a revisão integrativa permite a síntese de múltiplos estudos publicados, possibilitando conclusões gerais a respeito de determinado assunto, contudo proporciona aos profissionais de saúde dados relevantes sobre determinado tema, mantendo-os atualizados e facilitando as mudanças na prática clínica como consequência da pesquisa.

Realizou-se a coleta de dados a partir de dados secundários, por meio de levantamento bibliográfico, baseado na experiência vivenciada pelos autores através de artigos anteriormente publicados dentro da temática em bases de dados oficiais, uma vez que uma das melhores formas de iniciar um estudo é através da pesquisa bibliográfica, mediante comparações entre artigos levantados nos documentos de referência, com o intuito de evidenciar o que se pretende estudar.

Para a produção deste artigo realizou-se busca de estudos na *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), tendo como palavra-chave:

sobrecarga de familiares. Foram encontrados 108 artigos em português, e destes foram utilizados 03 artigos nesta revisão. Além, disso, realizou-se uma busca de estudos junto à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio das palavras-chave: Sobrecarga de familiares, cuidadores de familiares e serviços de saúde mental. Os critérios de seleção foram: artigos completos e disponíveis em português, no período de 2007 a 2018 e dessa forma foram encontrados 60 artigos, e destes foram utilizados 03 artigos que preenchiam os requisitos da pesquisa. Também foi utilizado o Google Acadêmico, onde

Figura 1. Seleção dos artigos.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da reforma psiquiátrica, houve a motivação da inclusão da família no cuidado aos familiares com transtornos mentais, a reforma permite a modificação do modelo de assistência psiquiátrica.¹

Nesse sentido a partir nas mudanças na legislação vigente vários

foram encontrados 03 artigos que atendiam o objetivo desta revisão (Figura 1). Tendo como critérios de exclusão: artigos que não se encontravam no período de 2007 a 2018, não abordavam a temática proposta e que não estavam disponíveis no idioma português.

Portanto, foram utilizados 09 artigos que atendiam os critérios de inclusão, para a produção dos resultados que foram tabulados, listados e apresentados na forma de quadros e em textos/discursos. Nos quadros foram analisados autor/ano, periódico, título do artigo e resultados.

estudos têm evidenciado o perfil dessas famílias que assumem integralmente o cuidado ao portador dos transtornos mentais, sendo assim o quadro 01 evidencia o perfil sócio demográfico dos familiares que passaram a assumir essa responsabilidade frente a esses pacientes.

Quadro 01: Perfil sociodemográfico de cuidadores de indivíduos em tratamento psiquiátrico.

Autor/Ano	Periódico	Título	Resultado
Farias <i>et al.</i> 2014 ⁸	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>	Sobrecarga em cuidadores de usuários de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil no sul do Brasil.	Em relação às características dos cuidadores, 38,9% eram casados ou moravam juntos; 95,6% eram mulheres, com idades entre 25 e 70 anos; 36% tinham de 4 a 8 filhos; 60% pertenciam à classe econômica C e 66,7% não trabalhavam. As mulheres tiveram maior sobrecarga, com a pontuação média na escala de sobrecarga dos cuidadores foi de 37,4 (dp \pm 16,7).
Thiengo <i>et al.</i> 2015 ⁹	<i>Caderno de Saúde Coletiva</i>	Satisfação de familiares com o atendimento oferecido por um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi) da cidade do Rio de Janeiro.	Dos pesquisados, 71,6% eram do sexo feminino, 54,0% eram mães, e destas 53,9% tinham apenas o ensino fundamental, e 62,7% pertenciam à classe socioeconômica C. A idade dos familiares variou de 21 a 80 anos, com uma média de 45,3 anos, e a média de filhos por famílias foi de 2,36. Destes, 31,4% afirmaram viver maritalmente, 45,1% se declararam de cor branca e 32,5% tinham trabalho formal.
Schein e Boeckel, 2012 ¹⁰	<i>Saúde & Transformação Social</i>	Análise da sobrecarga familiar no cuidado de um membro com transtorno mental.	Dos sete familiares entrevistados cinco eram do sexo feminino e dois do masculino, com idades de 28 a 53 anos. Destes, uma era mãe do usuário, sendo dois irmãos e duas irmãs do usuário, uma esposa e uma esposa do primo; cinco eram casados, uma era solteira e uma era divorciado.
Reis <i>et al.</i> , 2016 ¹¹	<i>Revista Saúde Debate</i>	Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial.	A maioria dos cuidadores era do sexo feminino, 80,00%, sendo 46,73% casadas. Neste grupo de cuidadores, 14,01% apresentaram baixa escolarização; 32,71% apresentaram escolaridade básica; e 44,87% haviam cursado 9 anos ou mais do ensino regular; destas 57,94% residiam com o paciente, 84,11% moravam em casa própria. Quanto à renda familiar, 52,34% recebiam o benefício previdência do paciente e 62,62% tinham uma renda que variava de 01 a 04 salários mínimos. A idade dos familiares variou de 41 a 60 anos.

Batista <i>et al.</i> , 2013 ¹²	<i>Caderno de Saúde Coletiva</i>	Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: influência do gênero do cuidador.	No grupo de homens cuidadores, a média de idade foi de 50,80 anos e a maioria deles era casada (58%). Dentre eles, 36% eram pais dos pacientes e 34% eram irmãos. No grupo das mulheres cuidadoras, a média de idade foi de 52,66 anos. Com relação ao estado civil, 52% das mulheres eram casadas, 20% eram solteiras, 20% eram viúvas, 4% viviam como casadas e 4% eram separadas ou divorciadas.
--	----------------------------------	--	---

Mediante os resultados demonstrados no quadro 01 a partir dos resultados obtidos por diferentes autores, evidencia-se que muitos familiares possuem dificuldades financeiras e com a situação econômica desfavorável, torna-se vulnerável, pois a família vivencia um processo complicado, ao qual exige mudanças nas relações e inter-relações no ambiente de trabalho e também no orçamento familiar, para que o mesmo não comprometa a única fonte de renda da família e para que possa acompanhar e atender as demandas de cuidados do portador de transtorno mental¹³.

Esse fato evidencia-se ainda na pesquisa de Albuquerque, Cintra e Bandeira¹⁴, na qual os pais apresentaram maior sentimento de incômodo do que os irmãos em relação ao aspecto financeiro, quanto a fazer compras de alimentos, roupas ou outros objetos para o paciente. Isso pode estar relacionado a dificuldades financeiras enfrentadas pelas famílias, uma vez que a sobrecarga dos pais também foi maior do que a dos

irmãos.

De acordo com Kantorski *et al.*¹⁵, baseado em outros autores, a escolaridade dos cuidadores é muito importante, pois, geralmente, quanto maior a escolaridade melhor é o entendimento dos familiares para que possam saber sobre o uso de medicamentos e os cuidados de saúde no domicílio, informações e orientações passadas pelos profissionais. Muitos estudos demonstram que mesmo com escolaridade elevada os familiares têm o mesmo nível de estresse que o cuidador com menos estudo, e isso pode ser explicado pelo fato de as emoções serem subjetivas e resultarem de complexas interações de fatores, estando muito além da compreensão das informações recebidas.

Ainda neste contexto, frente à renda familiar, na pesquisa de Barroso, Bandeira e Nascimento¹⁶, a principal fonte de sobrecarga familiar foi a questão de ter que cumprir as tarefas como cuidador. Portanto, revelaram que a

sobrecarga objetiva está relacionada: ao cuidador trabalhar fora, possuir renda mais baixa, fazer tratamento de saúde e ter filhos. Além disso, os fatores relacionados à sobrecarga subjetiva foram: o paciente estar em crise, apresentar mais comportamentos problemáticos, conviver com crianças em casa e não possuir renda.

De acordo com a pesquisa de Monteiro *et al.*¹⁷, as mães de crianças e adolescentes portadores de transtorno psíquico, por terem o sentimento de amor intenso, frente a necessidade de sair para o mercado de trabalho, em busca de melhorar a renda familiar, possuem dificuldades em lidar com a situação, uma vez que sentem que deixam os filhos desamparados pelo fato de eles serem totalmente dependentes delas assim representando um grande fardo a ser carregado.

Estes dados podem ser confirmados

Quadro 02: Sobrecarga de familiares de indivíduos em tratamento psiquiátrico.

Autor/Ano	Periódico	Título	Resultado
Reis <i>et al.</i> , 2016 ¹¹ .	<i>Revista Saúde Debate</i>	Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial.	Os resultados indicam a presença de sobrecarga nas famílias analisadas, principalmente ao auxiliar nas atividades cotidianas, como preparo de refeições, higiene pessoal e medicação.
Barroso, Bandeira e Nascimento, 2007 ¹⁶ .	<i>Revista de Psiquiatria Clínica</i>	Sobrecarga de familiares de pacientes Psiquiátricos atendidos na rede pública	A maioria dos cuidadores apresentou elevada sobrecarga objetiva relacionada à alta frequência em ajudar os pacientes nas tarefas cotidianas e elevada sobrecarga subjetiva, referente às preocupações com este familiar doente.

Batista, Bandeira e Oliveira, 2015 ¹⁹ .	<i>Revista Ciência & Saúde Coletiva</i>	Fatores associados à sobrecarga subjetiva de homens e mulheres cuidadores de pacientes psiquiátricos	Foram analisados dois grupos e encontrados diferentes fatores associados à sobrecarga subjetiva. No grupo de mulheres, os fatores de maior sobrecarga foram: ausência de crianças em casa, maior número de pessoas morando com o familiar, presença de pacientes que apresentavam um outro diagnóstico associado ao diagnóstico principal e o maior número de comportamentos problemáticos do paciente. No grupo de homens, os fatores associados foram: o familiar não morar com o paciente, doença resultante do papel de cuidador e número de filhos deste familiar cuidador.
Pegoraro e Caldana, 2008 ²⁰ .	<i>Revista Comunicação saúde educação</i>	Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial	Foi identificada a presença de sofrimento psíquico como: o nervoso e depressão em familiares cuidadores, sendo assim possível a realização de tratamento psiquiátrico.
Borba, Schwartz, Kantorski, 2008 ²¹ .	<i>Acta Paulista Enfermagem</i>	<i>A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental</i>	Os familiares que convivem com o paciente com transtorno mental estão submetidos a três tipos de sobrecarga: a sobrecarga financeira, relacionada aos gastos com consultas e medicamentos; a sobrecarga do cuidado, pois este fica sob responsabilidade de uma única pessoa, a sobrecarga física, e a emocional representada pela tensão e nervosismo pelo excesso de cuidados a serem prestados ao paciente.

A sobrecarga familiar pode ser definida como sendo estresse emocional e econômico aos quais as famílias se submetem ao prestar cuidados ao parente que recebeu alta de uma unidade, para dar continuidade ao tratamento em casa²².

Ante os cuidados que a família precisa ter com os pacientes, o estudo de Reis *et al*¹¹. evidenciou que a maioria dos familiares presta assistência ao paciente

entre 3 vezes por semana a todos os dias, ocasionando um elevado grau de sobrecarga objetiva desses cuidadores. Com relação ao auxílio cotidiano, pôde-se constatar o peso mais alto de algumas tarefas, como por exemplo, ajudar no preparo das refeições, e também contribui para uma sobrecarga objetiva como assessorar o paciente na higiene pessoal, lembrá-los de tomar a medicação ou dar o remédio, auxiliar nas

tarefas do lar e pedir que os pacientes ocupassem seu tempo ocioso.

Esses resultados coincidem ainda com dados da pesquisa de Nolasco et al.²³ que, ao se referirem à assistência cotidiana, constataram que os cuidadores de pacientes com esquizofrenia apresentaram uma maior sobrecarga objetiva em relação a auxiliar estes pacientes a tomar os medicamentos, tendo algumas vezes que os administrar pessoalmente ou às escondidas. Já os familiares de pacientes com depressão maior, relataram sentir mais incômodo ao prestar assistência na higiene corporal, ao auxiliar nas compras de alimentos ou outros objetos, como também na administração do dinheiro e ao acompanhar em consultas médicas, também apresentaram frequência mais elevada na supervisão dos comportamentos autoagressivos.

Ainda referindo-se à pesquisa de Reis et al.¹¹ em relação a supervisão dos comportamentos problemáticos dos pacientes e preocupações com a segurança e futuro deles, esteve presente uma elevada sobrecarga subjetiva na maioria dos familiares. Esses dados podem alertar os serviços de saúde mental sobre a necessidade de um suporte especial a estes familiares, sobre como lidar com os comportamentos problemáticos dos

pacientes.

Já o estudo de Batista, Bandeira e Oliveira¹⁹ chama a atenção para o fato de que a assistência aos pacientes psiquiátricos, baseada em serviços fora do ambiente hospitalar, tem resultado em sobrecarga para os seus familiares, pois estes passaram a auxiliar nos cuidados para estes pacientes, sem muitas das vezes terem preparo e orientação necessários. Os familiares necessitam de auxílio de informação dos profissionais a respeito do transtorno psiquiátrico e de como lidar com comportamentos problemáticos desses pacientes, e principalmente o que fazer nessas situações.

Conforme pesquisa de Batista, Bandeira e Oliveira¹⁹, a presença de crianças em casa e o número de pessoas que moram com o familiar foram os fatores associados à sobrecarga subjetiva em mulheres. Os resultados indicaram que a sobrecarga era maior quando não havia crianças morando na mesma casa e quando era menor o número de pessoas que moravam com o familiar cuidador. Em relação aos homens cuidadores, a sobrecarga subjetiva era maior quando eles relatavam apresentar alguma doença decorrente do fato de cuidar do paciente, além disso, também estava relacionada à quantidade de filhos

do familiar, quanto maior o número de filhos maior a sobrecarga.

Com base no estudo de Pegoraro e Caldana²⁰, 6 de 9 cuidadores entrevistados enfrentaram ou ainda enfrentavam, até a data da coleta de dados, situações descritas como depressão, nervoso, desgaste emocional e ideação suicida, ligados à sobrecarga devido ao cuidado exercido ao paciente.

Segundo Maciel *et al.*²⁴, devido à enorme carga de cuidados exigidos por um paciente em tratamento, o familiar cuidador é um dos principais atingidos pela sobrecarga, consequentemente causando a diminuição da sua qualidade de vida e do seu bem-estar de forma geral, devido ao excesso de atenção exigida. Já para Cardoso, Galera e Vieira²⁵, muitas vezes a sobrecarga relaciona-se à incapacidade dos pacientes em realizar tarefas de vida diária, desta forma causando forte sobrecarga nos cuidadores.

De acordo com a pesquisa de Barroso, Bandeira e Nascimento¹⁶ em relação ao impacto permanente na vida dos familiares por serem cuidadores, os resultados mostraram que a maioria dos familiares relatou uma elevada sobrecarga subjetiva. Devido ao fato de se tornarem cuidadores, os familiares tiveram de reduzir ou eliminar sua vida

social, reduzir o número de visitas em casa ou deixar de recebê-las, deixar de tirar férias, aumentar ou diminuir sua jornada de trabalho ou abandonar o emprego, se aposentar para cuidar do paciente e perderam amizades.

Os atuais serviços de saúde mental têm colocado os familiares como principais responsáveis no tratamento em unidades extra hospitalares, com o intuito de manter a pessoa na família, porém ainda não se alcançou de certa forma o envolvimento efetivo da família no tratamento e, portanto, essa nova dinâmica consegue proporcionar o alívio da sobrecarga familiar que dentro dessa nova roupagem tem que ser olhada. Contudo, é de extrema importância acolher o sofrimento do cuidador e minimizar sua sobrecarga emocional por meio da oferta de espaços acolhedores e facilitadores de trocas de experiências entre os cuidadores, desta forma permitindo o compartilhamento de dúvidas, angústias e alegrias, em direção à autonomia das pessoas com transtorno mental e à diminuição do sofrimento das famílias²².

Portanto, os serviços de saúde mental precisam oferecer assistência à saúde que contemple cuidados que identifiquem e aliviem a sobrecarga dos cuidadores, além de promover a autonomia e a reabilitação psicossocial

de pessoas com transtorno mental²⁰.

CONCLUSÃO

O estudo destaca que cuidadores do sexo feminino são mais comuns nesse processo, já por serem mais suscetíveis a sobrecarga, pois tende a dividir o processo de cuidar a outras atividades domiciliares, fora que são mais acometidas por estresses emocionais nas alterações desse processo.

A sobrecarga atinge o cuidador de forma direta quando se encontra dificuldades relacionadas à estabilidade financeira ou emocional. A falta de suportes traz impactos severos na vida do mesmo, já que a maioria dos cuidadores de baixa renda necessitam trabalhar fora de domicílio, aumentando mais ainda a sobrecarga, relacionada a preocupação com o doente, refletindo na forma de cuidar e na reabilitação do mesmo.

É necessário o desenvolvimento de intervenções, como acompanhamento psicológico ao familiar cuidador de forma integrada ao paciente, assistência e orientações por parte da equipe de enfermagem relacionada sobre a importância de atividades que possibilitem uma melhor qualidade de vida a estes cuidadores, proporcionando desta forma o alívio da sobrecarga. É essencial também a realização de mais

pesquisas sobre este tema, fornecendo conhecimento suficiente a toda sociedade assim como também aos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli Aparecida Frari. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 687-691, 2011.
2. BRASIL. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: 2004.
3. CARDOSO, Lucilene *et al.* Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 513, 2012.
4. GALERA, Sueli Aparecida Frari *et al.* Pesquisas com famílias de portadores de transtorno mental. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 64, n. 4, p. 774-8, 2011.
5. ELOIA, Sara Cordeiro *et al.* Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa. **Revista Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 996-1007, 2014.
6. BRASIL. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
7. MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na

- enfermagem. **Texto contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p.758-764, 2008.
8. FARIAS, Clarisse de Azambuja *et al.* Sobrecarga em cuidadores de usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil no sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.12, p. 4819-4827, 2014.
9. THIENGO, Daianna Lima *et al.* Satisfação de familiares com o atendimento oferecido por um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Colet**, v. 23, n. 3, p. 298- 308, 2015.
10. SCHEIN, Silvia; BOECKEL, Mariana Gonçalves. Análise da sobrecarga familiar no cuidado de um membro com transtorno mental. **Sau. & Transf. Soc.**, v.3, n.2, p.32-42, 2012.
11. REIS, Thaíssa Lima dos *et al.* Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. **Revista Saúde Debate**, v. 40, n. 109, p. 70-85, 2016.
12. BATISTA, Cynthia Mara Felicio *et al.* Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: influência do gênero do cuidador. **Cad. Saúde Colet.**, v.21 n.4, p. 359-69, 2013.
13. BORBA, Letícia de Oliveira; SCHWARTZ, Eda; KANTORSKI, Luciane Prado. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paul Enferm**, v.21, n.4, p. 588-94, 2008.
14. ALBUQUERQUE, Ellen Pinheiro Tenório; CINTRA, Ana Maria de Oliveira; BANDEIRA, Marina. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: comparação entre diferentes tipos de cuidadores. **J Bras Psiquiatr**, v.59, n.4, p. 308-316, 2010.
15. KANTORSKI, Luciane Prado *et al.* Perfil dos familiares cuidadores de usuários de centros de atenção psicossocial do sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.33, n.1, p. 85-92, 2012.
16. BARROSO, Sabrina Martins; BANDEIRA, Marina; NASCIMENTO, Elizabeth do. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Rev. Psiqu. Clín.**, v.34, n.6, p. 270-277, 2007.
17. MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo *et al.* Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes - a busca pelo tratamento. **Esc Anna Nery (impr.)**, v.16, n.3, p. 523-529, 2012.
18. BARROSO, Sabrina Martins; BANDEIRA, Marina; NASCIMENTO, Elizabeth do. Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.9, p.1957-1968, 2009.
19. BATISTA, Cynthia Felicio; BANDEIRA, Marina; OLIVEIRA, Daniela Ramires. Fatores associados à sobrecarga subjetiva de homens e mulheres cuidadores de pacientes psiquiátricos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2857-2866, 2015.
20. PEGORARO, Renata Fabiana; CALDANA, Regina Helena Lima. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Comunicação saúde educação**, v.12, n.25, p.295-307, 2008
21. DE OLIVEIRA BORBA, Letícia;

- SCHWARTZ, Eda; KANTORSKI, Luciane Prado. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008.
22. SOARES, Carlene Borges; MUNARI, Denize Bouttelet. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. **Cienc Cuid Saude**, v.6, n.3, p.357-362, 2007.
23. NOLASCO, Marcela *et al.* Sobrecarga de familiares cuidadores em relação ao diagnóstico de pacientes psiquiátricos. **J Bras Psiquiatr.**, v.63, n.2, p.89-97, 2014.
24. MACIEL, Silvana Carneiro *et al.* Cuidadoras de Dependentes Químicos: um Estudo sobre a Sobrecarga Familiar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 34, 2018.
25. CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli Aparecida Frari; VIEIRA, Mariana Verderoce. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Acta Paul Enferm.**, v.25, n.4, p.517-23, 2012
26. .

ACESSO DOS USUÁRIOS INDÍGENAS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

ACCESS OF INDIGENOUS USERS TO THE MEDIUM AND HIGH COMPLEXITY HEALTH SERVICES

Jair Alves Maia¹, Alessandra Moraes de Santana¹, Brandhon Gadelha de Assis¹ Rafaela Rodrigues Correa¹

1 Enfermagem. Centro Universitário Uninorte. Rio Branco, AC, Brasil.

***Autor correspondente:** jairalvesac@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A assistência à saúde dos povos indígenas no Brasil é executada pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) que é responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** descrever como é realizado o acesso dos povos tradicionais indígenas nos serviços de saúde de média e alta complexidade. **Método:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada no período de outubro a novembro de 2018, e as bases eletrônicas de dados pesquisadas foram: SCIELO, MEDLINE, LILACS e BVS. **Resultados:** Na base de dados MEDLINE, foram identificados 05 artigos que cumpriram os critérios de inclusão, e 03 foram selecionados; na LILACS foram identificados 12 artigos que cumpriram os critérios de inclusão, e 04 foram selecionados, no SCIELO foram identificados 208 artigos que cumpriram os critérios de inclusão, e 05 foram selecionados e na BVS foram identificados 134 artigos e manuais que cumpriram os critérios de inclusão e 7 foram selecionados. Totalizando 19 publicações entre artigos e manuais que cumpriram os critérios de inclusão. **Conclusão:** O acesso dos pacientes indígenas aos serviços de média e alta complexidade depende de um encaminhamento do indígena do seu município de origem pelo polo base para a casa de saúde indígena (CASAI) que, realizará o agendamento e conduzirá o indígena até os serviços de saúde de acordo com sua necessidade e especialidade encaminhada.

Palavras-chave: Saúde de populações indígenas; Acesso aos serviços de saúde; encaminhamento.

ABSTRACT

Introduction: Health care for indigenous peoples in Brazil is carried out by the Special Secretariat for Indigenous Health (Sesai), which is responsible for coordinating and implementing the National Policy on Health Care of Indigenous Peoples and the entire process of management of the Subsystem of Attention to Indigenous Health (SasiSUS) in the Unified Health System (SUS). **Objective:** To describe how indigenous traditional peoples' access to high and medium complexity health services is achieved. **Method:** This is a narrative review of the literature, carried out from October to November 2018, the electronic bases of data searched were: SCIELO, MEDLINE, LILACS and VHL. **Results:** In the MEDLINE database, 5 articles were identified that met the inclusion criteria and 3 were selected. In LILACS, 12 articles were identified that met the inclusion criteria and 4

were selected; in the SCIELO, 208 articles were identified that met the criteria of inclusion and 5 were selected and in the VHL were identified 134 articles and manuals that met the inclusion criteria and 7 were selected. Totaling 19 publications between articles and manuals that met the inclusion criteria. **Conclusion:** The access of indigenous patients to services of medium and high complexity, depends on a referral of the indigenous person from the municipality of origin to the indigenous health home (CASAI), which will carry out the scheduling and lead the indigenous to the services health care according to your need and specialty referred.

Keywords: Health of indigenous peoples; Access to health services; referral.

INTRODUÇÃO

Diversas barreiras de acesso dos povos indígenas têm sido descritas como limitadoras da atenção à saúde dirigida aos povos indígenas tradicionais em distintas regiões do mundo. Entre os principais obstáculos, apontam-se barreiras organizacionais, geográficas e culturais, incluindo limitações relativas à ausência ou incipiência de intérpretes culturais que permitam maior comunicação das etnias com os serviços de saúde de média e alta complexidade, das distintas regiões do Brasil e do mundo^{1,2}.

Na Guatemala foram identificadas barreiras geográficas, como as longas distâncias e elevado custo das passagens de transporte, organizacionais limitações nos horários de funcionamento das unidades de saúde e culturais. Ausência de tradutores da língua indígena como elementos limitadores do acesso dos povos indígenas aos serviços de saúde locais, além de discriminação e preconceito por parte dos profissionais de

saúde no atendimento dessas populações³. Dessa forma podemos observar também que essas mesmas limitações são muito comuns no Brasil e no estado do Acre, onde se concentram várias tribos indígenas, mas algumas etnias se encontram ameaçadas de extinção por diferentes problemas⁴.

No Brasil foi instituído o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde (SUS), criado e definido pela Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999, com o qual funcionará em perfeita integração com a União, com seus recursos próprios, financia o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o Sistema Único de Saúde (SUS), promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena de saúde em todo o território nacional⁵.

Os Estados e os Municípios da federação juntamente com outras instituições governamentais e não governamentais poderão atuar

complementarmente no custeio e execução das ações. Devendo levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional, de forma que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena seja executado obedecendo aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizado, hierarquizado e regionalizado⁵.

A assistência à saúde dos povos indígenas no Brasil é executada pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), é responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Enquanto os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) são responsáveis por desenvolver ações de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde, em consonância com as políticas e os programas do SUS e observando as práticas de saúde tradicionais indígenas.

Durante a realização dos estágios, observamos um alto número de pacientes indígenas que adentravam os serviços de saúde de média e alta complexidade nos hospitais de Rio Branco, Acre. Daí surgiu o interesse em pesquisar e conhecer melhor, como é realizado o acesso desses usuários no Sistema Único de Saúde (SUS).

Este estudo teve como objetivo descrever como é realizado o acesso dos povos tradicionais indígenas nos serviços de saúde de média e alta complexidade.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada no período de outubro a novembro de 2018, utilizando-se artigos científicos que foram publicados em revistas eletrônicas e foram realizadas pesquisas nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Também foram utilizados os manuais do ministério da saúde.

A revisão de literatura é essencial para que o pesquisador construa seu trabalho. Assim, a revisão proporciona o apoio indispensável para justificativa,

objetivos e formulação da problemática na pesquisa, permitindo uma melhor estratégia para o estudo e análise do problema e seus dados. Dessa forma, a revisão de literatura deve ser realizada em função do presente problema de pesquisa, explicitando o contexto teórico no qual o problema se insere ⁽⁶⁾.

Para coletar os dados, foram utilizados os seguintes descritores: saúde indígena, acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), política nacional de saúde indígena, livre acesso ao SUS, acessibilidade reprimida ao Sistema Único de Saúde (SUS). Foram selecionadas 393 publicações entre artigos científicos e manuais, e somente 21 publicações enquadraram-se dentro dos critérios de inclusão da pesquisa.

Após a leitura dos resumos, foram selecionados os artigos científicos e os manuais que versavam sobre a temática saúde indígena e utilizamos 19 publicações entre artigos e manuais do ministério da saúde, excluindo os que não se enquadravam no objetivo do estudo. Os dados foram processados, organizados, armazenados e analisados em uma pasta no *Microsoft Word* (Office 2010) para a realização da descrição da presente pesquisa.

Este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), por

não envolver pesquisa com seres humanos, ficando apenas em base de dados secundários, mas a pesquisa obedeceu às recomendações da resolução 466/2012, que regulamenta a realização de pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na base de dados MEDLINE, no período entre 2000 e 2018 foram identificados 05 artigos que cumpriram os critérios de inclusão, e 05 foram selecionados; no LILACS foram identificados 12 artigos que cumpriram os critérios de inclusão, e 04 foram selecionados; no SCIELO foram identificados 208 artigos que cumpriram os critérios de inclusão e 5 foram selecionados e na BVS, foram identificados 134 artigos e manuais que cumpriram os critérios de inclusão, e 07 foram selecionados. Totalizando 21 publicações entre artigos e manuais que cumpriram os critérios de inclusão.

Os principais motivos para exclusão dos artigos e manuais foram: descrever os assuntos relacionados à cultura indígena, educação indígena, transportes indígenas, experiências e percepções dos profissionais e o tempo de publicação maior que 18 anos, que foi o corte temporal das publicações selecionado para a construção do estudo.

Quadro 1: Principais resultados das pesquisas referente a acessibilidade dos pacientes indígenas aos serviços de média e alta complexidade.

AUTOR	ANO	PRINCIPAL RESULTADO
BRASIL ⁷	2017	No Brasil, são 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) divididos estrategicamente por critérios territoriais, e não necessariamente por estados, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. Além dos DSEIs, a estrutura de atendimento conta com postos de saúde, com os Polos base e as Casas de Saúde Indígena (CASAs).
BRASIL ⁸	2017	Em território acreano existem os distritos do Alto Rio Purus e Alto Rio Juruá, que viabilizam serviços de média e alta complexidade na rede do SUS, no âmbito do estado do Acre. No município de Rio Branco, capital do Acre atua o distrito do Alto Rio Purus, que presta serviços aos estados do Acre, Amazonas e Rondônia.
BRASIL ⁹	2001	O polo base tem como objetivo atender grande parte das demandas de saúde das comunidades indígenas, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) possuem Polos Base para o atendimento dos indígenas. Os polos são a primeira referência para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena que atuam nas aldeias.
BRASIL ⁹	2001	Na DSEI do Alto Rio Purus existe uma população de aproximadamente 14 mil indígenas dos quais 06 mil indígenas já foram atendidos, referenciados pelos 06 polos bases localizadas nos municípios de Boca do Acre, Pauini, Assis Brasil, Manoel Urbano, Rio Branco e Santa Rosa do Purus, com profissionais de enfermagem, médicos (clínicos gerais) e os agentes indígenas de saúde.
BRASIL ¹⁰	2017	O atendimento primário aos pacientes indígenas é iniciado pelo agente indígena de saúde (AIS) o qual faz a primeira abordagem na aldeia. Posteriormente os casos que não estão sobre sua competência são encaminhados para os polos base ou aos postos de saúde dos municípios sobre os cuidados dos AIS.
APARECIDA ¹¹	2008	Os casos que não são solucionados nos polos ou posto de saúde são encaminhados para unidade de referência em busca de tratamento especializado e uma assistência devidamente prestada, sobre responsabilidade de traslado do DSEIs para a CASAI. Na CASAI local de referência o paciente indígena é assistido por profissionais de saúde, recebendo atendimento médico especializado na rede SUS, de acordo com suas necessidades, ficando assim sob os cuidados da CASAI onde é realizada a logística de atendimento desses pacientes.
BRASIL ¹² .	2001	A equipe multidisciplinar de saúde das Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAs) é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionista, psicólogo, assistente social, farmacêutico, e em algumas, até serviços odontológicos, além de contar com serviços de restaurante, segurança, transporte, limpeza, serviços gerais, manutenção e setor administrativo. Estes profissionais prestam serviços com carga horária de 40 horas semanais e são lotados com seus respectivos plantões semanais.

BRASIL ¹³	2017	Nos casos de urgência e de emergência, o médico do DSEI articula a vaga com o médico do hospital de referência, assegura o deslocamento adequado à situação e um profissional do local de origem para acompanhar o paciente até a entrada na referência. Após a admissão na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), a equipe da Casa de Apoio à Saúde Indígena CASAI dará continuidade ao acompanhamento do tratamento do paciente ¹⁴ .
CARDOSO ¹⁴	2014	O problema da saúde indígena esbarra, assim, na questão organizacional e assistencial. Talvez por essa razão a questão organizacional tenham precedido a assistencial do ponto de vista dos gestores, particularmente no que concerne à baixa resolutividade das ações em saúde nos distritos sanitários indígenas, marcadas por carências de profissionais habilitados para atender a população local, alta rotatividade dos profissionais em área, falta de recursos e infraestrutura e equipamentos para determinados procedimentos e ações operados pelos DESEIs.
GARNELO ¹⁵	2012	A interação entre associações indígenas e ONGS não indígenas tem viabilizado a provisão de assessoria e parceria para o desenvolvimento de intervenções em diversos aspectos da vida social, tais como saúde, educação, direito, desenvolvimento econômico (sustentável ou não), comunicação social, registro escrito e audiovisual de produções culturais, qualificação técnica profissionalizante, e muitas outras de interesse da população indígena.
DIEHL ¹⁶	2014	A atual atenção à saúde dos povos indígenas brasileiros, expressa em 1999 como um subsistema vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), é fruto de movimentos surgidos na década de 1980, pautados na ideia do direito à diferença e do multiculturalismo, e em um modelo que, além da biomedicina, considera formas específicas de atenção à saúde e à doença usadas pelos diversos povos e comunidades indígenas.

Segundo a lei 9.836, de 1999, do Subsistema de Atenção à Saúde indígena, estados, municípios e instituições governamentais e não governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações que está regida pela lei em vigor, buscando prestar uma assistência humanitária e de maneira que estes povos possam ser atendidos na atenção primária, secundária e terciária, conforme o regimento do SUS¹⁷.

No âmbito municipal a responsabilidade de diligência e apoio à saúde dos povos indígenas está sobre tutela da Casa de Saúde Indígena (CASAI), que é parte integrante do Subsistema de atenção à Saúde Indígena. É uma unidade de caráter nacional, que tem por finalidade prestar apoio a pacientes indígenas referenciados pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), Trata-se de um modelo de organização de serviços orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e

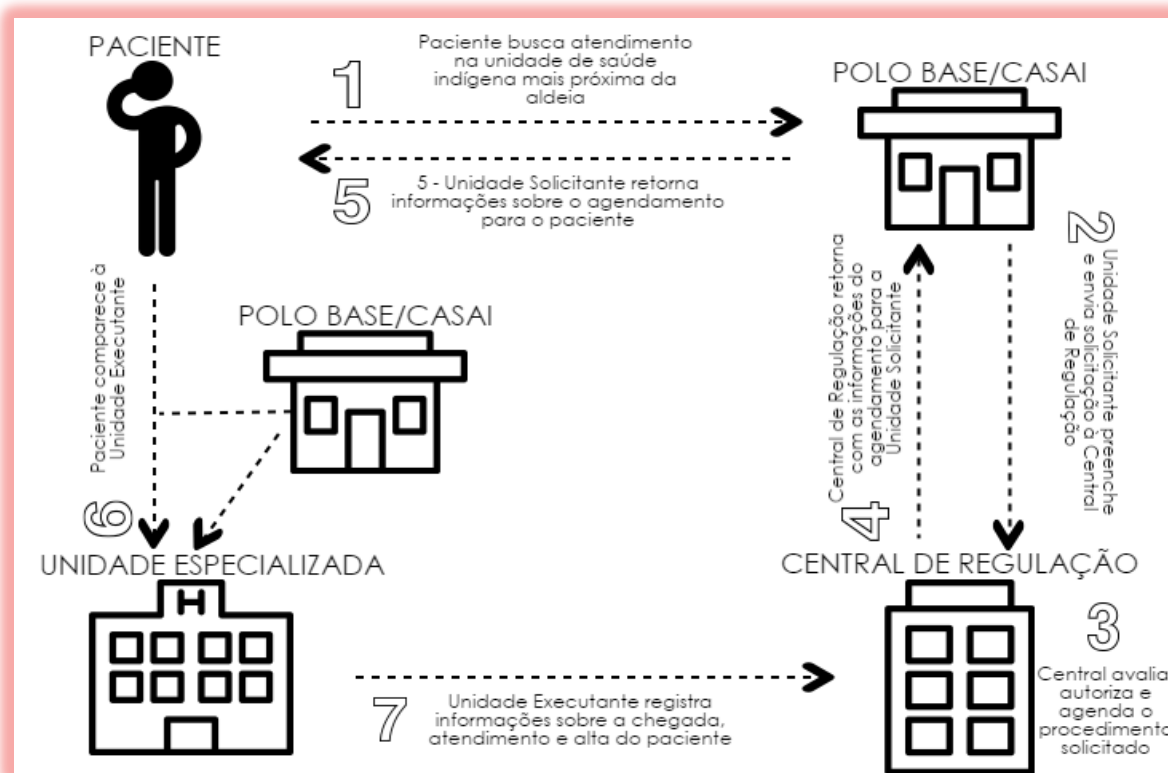
administrativo bem delimitado que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando a medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência à saúde da população indígena.

Para compreender essa demanda, é necessário que se entenda o processo de entrada do paciente indígena no sistema de saúde, o agente de saúde indígena dá início ao acompanhamento realizando orientações de saúde nas aldeias e se o problema de saúde não for solucionado, o agente encaminha o paciente para o polo base do município. mais próximo onde receberá atendimento em uma unidade básica de saúde do município. Se o paciente concluir o tratamento, voltará para a aldeia; se necessitar de atendimento especializado será encaminhado para a (CASAI).

Quando o paciente dar entrada na Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) ele recebe atendimentos médicos, e os profissionais de uma equipe multidisciplinar atuantes nas CASAIs realizam toda uma logística de atendimento nos hospitais de média e alta complexidade, oferecido pela rede SUS onde o paciente indígena recebe tratamento.

Após o paciente indígena receber os atendimentos e realizar os tratamentos e procedimentos necessários, ele recebe alta dos hospitais de alta complexidade e são encaminhados novamente para a Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI), onde dará continuidade ao tratamento, sendo em seguida encaminhado para o polo base do município de origem, que providenciará o retorno desse paciente para a sua aldeia de origem como mostra o fluxograma abaixo.

Figura 1. Fluxo de regulação de pacientes indígenas na rede do Sistema Único de Saúde (SUS).



FONTE: SESAI, 2017.

Os povos indígenas vêm experimentando mudanças no estilo de vida que têm repercutido na emergência das doenças crônicas não transmissíveis, a destacar: dislipidemias, diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças psiquiátricas e alcoolismo. A procura por serviços de saúde especializados tende a aumentar com a crescente mudança no perfil epidemiológico desses povos¹⁷.

É fundamental que os serviços de saúde de média e alta complexidade conheçam os aspectos socioculturais que interferem nos processos de saúde-doença dos diferentes povos indígenas,

para acolher e intervir segundo suas necessidades, propondo projetos de cuidados mais efetivos e condizentes com o entendimento e a realidade de cada grupo populacional¹⁸.

Esse processo se faz necessário hoje, porque a saúde é uma política que apresenta mais demanda do que oferta de serviços. Tal fato é consequência não só da falta de investimentos, apesar de ser um dos pontos principais, pois a falta da estrutura física faz com que os procedimentos sejam adiados, para deixar lugar para as urgências e emergências^{19,20}.

Porém pode-se ressaltar também a falta de profissionais qualificados, ou até mesmo de materiais, criando assim a demanda reprimida. Neste contexto reconhece-se que a fila para aguardar exames, consultas e cirurgias no setor público cresce cada dia mais, aumentando assim o tempo de espera dos pacientes indígenas e não indígenas em geral^{21,22}.

CONCLUSÃO

Levando em conta as inúmeras barreiras que são enfrentadas tanto pelo indígena, quanto pelo agente indígena de saúde para a promoção e atendimento de saúde nas aldeias de todo o estado, foi observado que grande parte dos casos que necessitam de atendimento básico ou até mesmo especializado, foram acolhidos e solucionados pela CASAI, tanto os pacientes quanto os acompanhantes, prestando serviços básicos, de enfermagem, e outras especialidades, deixando-os sob sua responsabilidade total o indígena que ali é atendido.

Observa-se grande importância da DSEI, que tem o papel de transporte desses pacientes indígenas para o polo base e até mesmo para as unidades de referência do estado, para a manutenção e apoio técnico da CASAI. Nota-se que a DSEI possui disponibilidade total para

atender a CASAI, e que exclui qualquer burocracia na solicitação dos serviços de busca e transporte de indígenas, sendo assim realizado tudo por e-mail ou telefone.

O acesso dos pacientes indígenas aos serviços de média e alta complexidade do município de Rio Branco - Acre depende de um encaminhamento do indígena do seu município de origem para a CASAI de Rio Branco - Acre, em seguida a CASAI realizará o agendamento e conduzirá o indígena até os serviços de saúde de acordo com sua necessidade e especialidade encaminhada.

REFERÊNCIAS

1. GAO, Song. *et al.* Access to health care among status Aboriginal people with chronic kidney disease. **Jornal home page**, 17-22. Guatemala, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles655pdf>. Acesso em: 01 de nov. de 2018.
2. ZUCKERMAN, Hale Roubideaux de. Health service Access, use, and insurance coverage among American Indians/Alaska Natives and whites: what role does the Indian health service play? **AMJ Public Health**, 94: 53-9. Guatemala, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles655980854323456pdf>. Acesso em: 01 de nov. de 2018.
3. MENDOZA, Elvies Moraes de. Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica.

- El caso Del sureste de Veracruz, México. **Salud Colect.** México, 2011; 7:73-86. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/fem/v17n3/original4pdf>. Acesso em: 10 de nov. de 2018.
4. HAUTECOEUR, Vissandjee Berrat de. Las barreras de acceso a los servicios de salud em la población indígena de Rabinal en Guatemala. **Salud Pública Méx**, 2007; 49:86-93. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/fem/v17n3/original4pdf>. Acesso em: 10 de nov. de 2018.
 5. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. FNS, 2002. 40 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politicasaudeindigena.pdf>. Acesso em: 17 de nov. de 2018.
 6. GIL, Antônio Carlos de. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. Editora Atlas: São Paulo (SP), 2009.
 7. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena/san/dseis>. Acesso em: 17 de nov. de 2018.
 8. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Distrito sanitário especial indígena do alto Rio Purus - sede: Rio Branco – Acre. Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. FNS. Brasília, 2017. Disponível em: www.bvsde.paho.org/bvsapi/pfultext/distritos/purus.pdf. Acesso em: 17 de nov. de 2018.
 9. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria executiva. Programa Saúde Indígena. Etino desenvolvimento das sociedades indígenas. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saudeindigena.pdf>. Acesso em: 18 de nov. de 2018.
 10. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Ministério da saúde. **Protocolo de Acesso à Casa de Saúde do Índio do Distrito Federal**. Ministério da saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalquivos2.saude.gov.br/2017/feveProtocolodeacesso-CASAI-DF.pdf>. Acesso em: 17 de nov. de 2018.
 11. APARECIDA, Roseane de Sousa Martins de. CRISTHYAN, Brenda Alves Nolasco. RODRIGUES, Renata Severino. **Estratégias de efetivação do acesso à saúde: a busca ativa de pacientes mediante demanda reprimida na saúde no HC/UFTM**. Belo Horizonte, 2008.
 12. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Especial de Saúde Indígena. Casa de Saúde do Índio do Distrito Federal do Brasil. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalquivos.saude.gov.br/2017/feveProtocolodeacessoCASAIDF.pdf>. Acesso em: 17 de nov. de 2018.
 13. BRASIL. Ministério da saúde (MS). **Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs)**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-eddseis>. Acesso em: 18 de nov. de 2018.
 14. CARDOSO, Marina Denise. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equivocados na política atual. **Cad. Saúde Pública**,

- Rio de Janeiro, 30(4):860-866, abr, 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0860.pdf>.
Acesso em 05 de dez. de 2018.
15. GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia. Saúde Indígena. – Brasília, 2012. 280 p. disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102311Xcsp3040860.pdf>. Acesso em: 05 de dez. de 2018.
16. DIEHL, Eliana Elisabeth; PELLEGRINI, Marcos Antônio. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 (4): 867 - 874, abr, 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0867.pdf>. Acesso em: 06 de dez. de 2018.
17. BRASIL. Ministério da saúde (MS) **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999**. Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Presidência da República. Brasília, DF, 1999. Disponível em:
<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1999/lei983623se-normaplhtml>. Acesso em: 18 de nov. de 2018.
18. PEREIRA, Érica Ribeiro *et al.* A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.3, p.1077-1090, 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-1077.pdf>. Acesso em: 06 de dez. de 2018.
19. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria N° 252/ GM de 06 de fevereiro de 2006. Disponível em:
<http://saude.gov.br>. Acesso em 02 de nov. de 2018.
20. BRAVO, Maria Inês Souza de. *et al.* Saúde e Serviço Social. 3. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Cortez; UERJ, 2007. 264 p.
21. CARVALHO, Guido Ivan de. **Sistema único de Saúde: Comentários à lei Orgânica da Saúde.**
22. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.7-14, jan. 2004.