

**GUILHERME ANTÔNIO LOPES DE OLIVEIRA
(ORGANIZADOR)**

**O QUE AS
PESQUISAS
REVELAM
SOBRE A
SAÚDE NO
BRASIL**



Editora Inovar

3ª EDIÇÃO

O QUE AS PESQUISAS REVELAM SOBRE A SAÚDE NO BRASIL



**EDITORA
INOVAR**

Guilherme Antônio Lopes de Oliveira
(Organizador)

O QUE AS PESQUISAS REVELAM SOBRE A SAÚDE NO BRASIL

3ª edição



Copyright © das autoras e dos autores.

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original seja corretamente citado. Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons Internacional (CC BY- NC 4.0).



Guilherme Antônio Lopes de Oliveira (Organizador).

O que as pesquisas revelam sobre a saúde no Brasil . Campo Grande: Editora Inovar, 2021. 182p.

Vários autores

ISBN: 978-65-86212-99-0

DOI: 10.36926/editorainovar-978-65-86212-99-0

1. Saúde. 2. Doenças. 3. Diagnósticos. 4. Pesquisa científica. I. Autores.

CDD – 614

As ideias veiculadas e opiniões emitidas nos capítulos, bem como a revisão dos mesmos, são de inteira responsabilidade de seus autores.

Conselho Científico da Editora Inovar:

Franchys Marizethe Nascimento Santana (UFMS/Brasil); Jucimara Silva Rojas (UFMS/Brasil); Maria Cristina Neves de Azevedo (UFOP/Brasil); Ordália Alves de Almeida (UFMS/Brasil); Otília Maria Alves da Nóbrega Alberto Dantas (UnB/Brasil), Guilherme Antônio Lopes de Oliveira (CHRISFAPI - Cristo Faculdade do Piauí).

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
CAPÍTULO 1	7
A EXPERIÊNCIA DE CUIDADORES DE IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON	7
Reginalda Valéria Costa Barboza; Wellen Cristina da Silva Dantas; Danielle Cavalcante de Farias; Ana Beatriz do Nascimento Silva Amaral; Maria Vitoria Alves Dantas; Luana de Souza Lima; Maria Cidney da Silva Soares	
CAPÍTULO 2	23
ANÁLISE DE CUSTO MINIMIZAÇÃO DE DOIS TESTES PARA DETECÇÃO DO COVID-19	23
Stéfany de Lima Gomes; Tatiana do Valle Lovato Sverzut; Keila Cristina Xavier Bertti; Ana Clara Correa Duarte Simões; Vinicius Queiroz Miranda Cedro; Antônio Carlos Pereira	
CAPÍTULO 3	32
ANÁLISE DE CUSTO MINIMIZAÇÃO DE DOIS TRATAMENTOS DE LESÃO DE PRESSÃO GRAU III	32
Stéfany de Lima Gomes; Tatiana do Valle Lovato Sverzut; Keila Cristina Xavier Bertti; Ana Clara Correa Duarte Simões; Vinicius Queiroz Miranda Cedro; Denise de Fátima Barros Cavalcante; Antônio Carlos Pereira	
CAPÍTULO 4	45
ASSISTENTE SOCIAL: LINHA DE FRENTE AO ATENDIMENTO DA POLÍTICA PÚBLICA DO TRABALHO, EMPREGO E RENDA	45
Evelin Reis Castro	
CAPÍTULO 5	55
COORTE RETROSPECTIVA DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON EM GESTANTES ADOLESCENTES: GRUPOS PREDOMINANTES E DESFECHOS	55
Carolina Peres Yoneda; Paula Ferreira Simonetti Alves; Rafaela Marques Freire; Carlos Izaias Sartorão Filho; Maria José Caetano Damasceno	
CAPÍTULO 6	69
CORPO, ALMA E ESPÍRITO: a redescoberta da integralidade do ser humano no processo saúde X doença	69
Roberto Batista de Lima; Sergio Ricardo Siani; Clara Maria Ayres Palasthy; Silvio Roberto Fernandes Soares; Anna Carolina Daltro Pereira	
CAPÍTULO 7	80
DOENÇAS MITOCONDRIAIS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	80
Camila Carvalho Camargo	
CAPÍTULO 8	94
LESÕES DA MUCOSA ORAL ASSOCIADAS AO USO DE PRÓTESES DENTÁRIAS REMOVÍVEIS	94
Jandenilson Alves Brígido; Karla Geovanna Ribeiro Brígido	
CAPÍTULO 9	105
MORTALIDADE DE IDOSOS NO ESTADO DA PARAÍBA, BRASIL NO PERÍODO DE 2014 A 2018	105
Anna Maria Galdino; Danielle Cavalcante de Farias; Laryssa Portela de Araújo; Patrícia Tayse de Lima Soares; Clara Stefhanie Medeiros do Nascimento; Maria Eduarda Araujo Ribeiro; Maria Cidney da Silva Soares	

CAPÍTULO 10	121
O ALARMANTE CRESCIMENTO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ	121
Anderson Moisés de Almeida; Vanessa Gomes Leite; Maria Neurilane Viana Nogueira	
CAPÍTULO 11	137
O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: Uma visão de seus usuários	137
Veruska Seben	
CAPÍTULO 12	145
RELAÇÃO DAS POLÍTICAS AFIRMATIVAS PARA OS HOMOAFETIVOS NO CONTEXTO DAS UNIDADES DE SAÚDE EM AREZ – RN: DESMISTIFICANDO CORPOS, SEXUALIDADE E SAÚDE MENTAL	145
Jufran Alves Tomaz	
CAPÍTULO 13	164
UTILIZAÇÃO DA ESCALA APGAR NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM NEONATAL: um olhar a luz das evidências	164
Joyciane Soares Araújo Mendes; Sabrina Beatriz Mendes Nery; George Marcos Dias Bezerra; Getulivan Alcantara de Melo; Almiro Mendes da Costa Neto; Guilherme Antônio Lopes de Oliveira	
SOBRE O ORGANIZADOR	178
ÍNDICE REMISSIVO	179

APRESENTAÇÃO

Com alegria e satisfação pessoal e acadêmica que apresentamos a terceira edição do livro “O que as pesquisas revelam sobre a saúde no Brasil”. O objetivo dessa obra foi recrutar textos científicos de diversos pesquisadores do Brasil e avaliar o que essa comunidade científica está produzindo para melhorar o entendimento de saúde no país. Encontramos artigos de revisão, prospecções, estudos de casos e experimentais de grande relevância para a literatura científica da área da saúde brasileira. Agradeço o empenho e a confiança de todas as equipes de pesquisa envolvidas nesse projeto e agradeço à Editora Inovar pela oportunidade e pioneirismo.

Desejo a todos uma excelente leitura.

Prof. Dr. Guilherme Antônio Lopes de Oliveira
(Organizador)

CAPÍTULO 1

A EXPERIÊNCIA DE CUIDADORES DE IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON

Reginalda Valéria Costa Barboza¹
Wellen Cristina da Silva Dantas²
Danielle Cavalcante de Farias³
Ana Beatriz do Nascimento Silva Amaral⁴
Maria Vitoria Alves Dantas⁵
Luana de Souza Lima⁶
Maria CIDNEY da Silva Soares⁷

RESUMO

Objetivos: Identificar os sentimentos e as dificuldades vivenciados pelos cuidadores de portadores da Doença de Parkinson diante do agravamento da patologia **Metodologia:** Pesquisa de campo do tipo descritivo, exploratório, qualitativa, realizada em uma Instituição de longa permanência ILP com cuidadores de idosos que cuidassem de portadores da Doença de Parkinson através de entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados conforme a técnica da análise de conteúdo do tipo temático e apresentados segundo a técnica da narrativa após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento através do CAAE nº 42549915.0.0000.5175 **Resultados:** Evidenciou-se que a maioria apresenta formas de enfrentamento que condizem com sentimento de quem realmente sente amor pelo que faz e que mesmo diante da angústia e sentimento de impotência com o agravamento da doença eles expressam sentimentos puros como doação, alegria e amor.

Palavras-chaves: Doença de Parkinson. Cuidadores. Emoções.

ABSTRACT

Objectives: To identify the feelings and difficulties experienced by caregivers of patients with Parkinson's Disease in the face of worsening pathology **Methodology:** This is a descriptive, exploratory field research with a qualitative approach, carried out in a long-term ILP institution that is the I of the municipality of Campina Grande - PB, carried out with caregivers of elderly people who have Parkinson's Disease and work at the aforementioned ILP. The collection of empirical material took place through semi-structured interviews. After the information was

1 Graduanda em Enfermagem pela Unifacisa E-mail: rvaleriab@hotmail.com

2 Graduada em Enfermagem pela Unifacisa E-mail: wellen.dantas@maisunifacisa.com.br.

3 Graduanda em Enfermagem pela Unifacisa E-mail: danielle.farias@maisunifacisa.com.

4 Graduanda em Enfermagem pela Unifacisa E-mail: ana.amaral@maisunifacisa.com.br

5 Graduanda em Enfermagem pela Unifacisa E-mail: maria.dantas@maisunifacisa.com.br

6 Graduanda em Enfermagem pela Unifacisa E-mail: luana.lima@maisunifacisa.com.br

7 Doutora em Enfermagem pela UFPB, professora e coordenadora do Curso de Enfermagem na UNIFACISA - Centro Superior de Ensino e Desenvolvimento - CESED. E-mail: cidney.soares@unifacisa.edu.br

collected, it was analyzed according to the thematic content analysis technique and presented according to the narrative technique, which makes it possible to confront meanings with the literature relevant to the topic discussed. The research obeyed the ethical and legal criteria established by the National Health Council, receiving approval from the Ethics and Research Committee of the Higher Education and Development Center through CAAE nº 42549915.0.0000.5175 Results: It was evidenced that the majority presented ways of coping that they match the feelings of those who really feel love for what they do and that even in the face of anguish and feeling of helplessness with the worsening of the disease, they express pure feelings such as giving, joy and love.

Keywords: Parkinson's disease. Caregivers. Emotions.

1. INTRODUÇÃO

Por tratar-se de uma doença neurológica, no geral seu portador apresenta movimentos involuntários com tremores, lentidão de movimentos, rigidez muscular, desequilíbrio, além de alterações na fala e na escrita. Todo o processo dessa patologia dar-se por causa da degeneração das células situadas numa região do cérebro chamada substância negra. Essas células produzem a substância dopamina, que conduz as correntes nervosas conhecidos por neurotransmissores ao corpo. A falta ou diminuição da dopamina afeta os movimentos provocando os sintomas acima descritos. (ASSOCIAÇÃO BRASIL PARKINSON)

O diagnóstico da doença é feito com base na história clínica do paciente e no exame neurológico. Não há nenhum teste específico para o seu diagnóstico ou para a sua prevenção, o tratamento é basicamente medicamentoso para retardar os sintomas já que não há cura, em alguns casos são realizadas cirurgias, também é necessário a introdução de uma equipe multidisciplinar com fisioterapia, fonoaudiologia, psicológico e outros (NAVARRO-PETERNELLA; MARCON, 2010)

A DP por ser degenerativa, crônica e progressiva que leva seu portador a uma instabilidade na evolução do quadro, onde a tendência é sempre um agravamento dos sintomas e conseqüentemente um comprometimento maior do paciente e das funções exercidas por ele. Inevitavelmente a DP desencadeia no seu portador episódios que vão de tremores até o bloqueio total dos movimentos, o que acaba por comprometer outros Sistemas (FREITAS;PY; XAVIER, 2011).

Do ano de 2010 à 2011 o IBGE mostrou através do CENSO de 2000, que a expectativa de vida devia aumentar para 21% na população acima de 65 anos, estima-se que haja até 200 mil portadores de DP; entre idade de 60 a 69 anos 700 a 100.000, e de 70 a 79 anos é de 1.500

a 100.000. O que significa que avanços como esses deve-se a investimentos para que haja uma melhora significativa da qualidade de vida, e uma facilidade de acesso a programas e políticas voltados em especial para a pessoa idosa tais como: A política Nacional da pessoa idosa criada através da portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006).

O mesmo autor apresenta diretrizes para melhoria da atenção ao idoso como a de promoção do envelhecimento ativo e saudável, que tem entre as suas medidas a promoção da saúde por meio de serviços preventivos primários, a vacinação da população idosa, em conformidade com o Programa Nacional de imunização; ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos; de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas; a inserção da pessoa idosa na vida socioeconômica das comunidades.

Entre essas existe uma específica que é o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Doença de Parkinson. O Protocolo contém o conceito geral da doença, os critérios de inclusão/exclusão de pacientes no tratamento, critérios de diagnóstico, e mecanismos de regulação, controle e avaliação do tratamento. Ele é de caráter nacional, e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes (BRASIL, 2010).

A forma como se constroem a relação entre paciente e cuidador pode gerar situações de estresse, não apenas pela intensificação dos sinais e sintomas da DP mas também pelo enfrentamento do novo por parte do cuidador e pelo o aumento da dependência e perda da autonomia do paciente. Pelo o exposto faz-se então necessário o apoio e o fortalecimento do fatores relacionados a tensão no ambiente familiar ou com o cuidador, vínculo entre paciente e cuidador isso identificando e avaliando as principais características e do portador como também do familiar ou cuidador, é necessário, portanto maior suporte, atenção e interação com os personagens citados por parte do enfermeiro uma vez que pode-se melhorar e aprimorar o tratamento, relacionamento e conseqüentemente a qualidade de vida de ambas as partes através de práticas educativas, dinâmicas integrativas. Isso são ferramentas importantes que devem ser utilizadas pelo profissional da enfermagem por estar mais próximo dos pacientes, familiares e cuidadores tendo com isto a vantagem que deve ser explorada no intuito da manutenção da qualidade de vida de todos os envolvidos neste processo.

Diante dessa situação e na tentativa de contribuir com as discussões que cerceiam essa temática, lança-se a seguinte questão norteadora: Quais os principais sentimentos e dificuldades experienciados por cuidados de idosos com doença de Parkinson?

Para responder esse questionamento apresenta-se os seguintes objetivos: Identificar sentimentos e dificuldades vivenciados pelos cuidadores de portadores da Doença de Parkinson diante do agravamento da patologia e como objetivos específicos: Identificar se há dificuldade em cuidar de idosos com DP a partir do agravamento da doença; Averiguar as estratégias de enfrentamento apresentados pelos cuidadores de portadores da DP ; Conhecer os principais sentimentos experienciados pelos cuidadores durante a evolução da patologia.

2 . METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa.

Pode-se dizer que a pesquisa de caráter exploratória nos permite uma maior afinidade com o problema e nos possibilita a elaboração de hipóteses acerca do mesmo, e a pesquisa de caráter descritiva, descreve as características população e/ou fenômeno estudado (GIL, 2009).

A pesquisa qualitativa é o método que nos permite descobrir processos sociais pouco conhecidos, bem como criar novas categorias e conceitos para investigação, além de nos permitir melhor relacionamento entre o entrevistado e o entrevistador com (MINAYO, 2007). No contexto da problemática que como já vimos movimentar o cotidiano não apenas.

O estudo foi desenvolvido no município de Campina Grande – PB numa Instituição de longa permanência ILP que recebe idosos quer sejam deixados pela família ou que estejam em situação de abandono, tanto do próprio município de Campina grande como oriundos de outras cidades do estado. E tem seu período de funcionamento de 24 horas, atendendo a um cronograma de horários para visitas e atividades internas.

A população foi composta por cuidadores de idosos portadores da Doença de Parkinson que trabalham na ILP citada, e que tinham mais de seis meses de experiência como cuidadores no serviço. A amostra foi por conveniência e ainda por acessibilidade sendo selecionados àqueles que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos por este estudo, e que concordarem em responder ao questionário elaborado como técnica para coleta de dados desse projeto que totalizou 10 cuidadores.

Os Critérios para a participação na pesquisa foram: Cuidadores com idade igual ou superior a 18 anos; Que fossem cuidadores de portadores da DP; Que estivessem trabalhando na ILP a mais de 6 meses; Que desejaram espontaneamente participar da pesquisa. Foram excluídos os cuidadores que não se encaixaram nos critérios de inclusão: Com idade inferior a 18 anos; Que não fossem cuidadores de portadores da DP; Que não estivessem trabalhando na ILP a mais de 6 meses.

Foi utilizada a técnica da entrevista a partir de um roteiro de entrevista semiestruturada onde às falas foram gravadas em formato *MP3* e transcritas na íntegra.

Segundo Minayo (2014) o roteiro de entrevista semiestruturado deverá abordar pontos específicos acerca do tema, permitindo que os objetivos do estudo sejam alcançados através de uma conversa entre o pesquisador e o entrevistado. A entrevista foi constituída por questões que buscaram atender aos objetivos propostos inicialmente, e que facilitaram a compreensão dos entrevistados, para que estes expusessem as práticas desempenhadas na assistência, alcançando assim dados mais fidedignos possíveis.

Esse instrumento nos consente uma flexibilidade na exploração do diálogo, uma vez que as perguntas foram parcialmente estruturadas e também possibilita uma observação completa do entrevistado, pois, além da análise da fala podemos avaliar seu comportamento (GIL, 2009).

Para a apresentação dos dados foi utilizado a técnica da narrativa que possibilita a confrontação de significados com a literatura pertinente ao tema discutido. No tratamento do conteúdo, os discursos foram submetidos a análise de conteúdo do tipo temático, proposto por Bardin (2009), pois segundo essa autora esse tipo de temática se propõe em analisar a fala dos entrevistados, ou seja, busca interpretar aquilo que se encontra por trás das palavras, através de métodos sistemáticos e objetivos para a interpretação das mesmas.

A técnica é composta por três grandes etapas: 1) pré-análise que é constituída da organização do material que pode usar vários procedimentos como leitura flutuante, hipóteses e elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação; Já etapa 2) consiste na exploração do material onde os dados são codificados a partir de unidades de registro e a etapa 3) que consiste na interpretação e tratamento dos dados é formulada a categorização com agrupamentos.

Para o consentimento da pesquisa o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do CESED e para a comissão de apreciação de pesquisa da ILP só sendo operacionalizada após a autorização.

As informações sobre a pesquisa foram repassadas aos participantes e solicitada às assinaturas dos mesmos, juntamente com o termo de compromisso dos pesquisadores e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo respeitado o que vem a ser preconizado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 2012, que atesta diretamente com a autorização de pesquisas que se necessite a participação de seres humanos, onde, os cuidadores, atestaram sua voluntariedade na participação da pesquisa, podendo se retirar do estudo quando desejarem sem risco algum de penalidade ou de qualquer prejuízo pessoal ou financeiro, ou nenhuma ajuda de característica financeira para objetivando sua participação. Asseguramos aos

participantes o anonimato, quando da publicação dos resultados, bem como o sigilo de dados confidenciais, sendo os participantes identificados nos discursos por meio de números.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na busca pela apreensão foi feita a leitura atenta dos dez depoimentos, buscando alcançar nas suas falas o significado desta experiência. Pois, por meio da fala o fenômeno se mostra.

3.1 CARACTERIZAÇÕES DA AMOSTRA

QUADRO 1: APRESENTAÇÃO DOS COLABORADORES DO ESTUDO

PARTICIPANTES	IDADE	GÊNERO	ESTADO CIVIL	TEMPO DE CUIDADOR(A)
E 01	56	FEMININO	DIVORCIADO	15 anos
E 02	28	FEMININO	SOLTEIRO	1.8 anos
E 03	25	FEMININO	SOLTEIRO	11 meses
E 04	44	FEMININO	SOLTEIRA	8 anos
E 05	23	FEMININO	SOLTEIRO	4 anos
E 06	30	MASCULINO	SOLTEIRO	6.2 meses
E 07	18	FEMININO	SOLTEIRO	10 meses
E 08	22	FEMININO	SOLTEIRO	8 meses
E 09	22	FEMININO	CASADA	2 anos
E 10	42	FEMININO	CASADA	16 anos

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Participaram do estudo 10 cuidadores todos com formação de Cuidador exercendo a ocupação na Instituição de Longa Permanência (ILP) São Vicente de Paulo, na cidade de Campina Grande-PB. A idade dos participantes variou de 18 a 56 anos. Com relação à escolaridade 01 tinha ensino fundamental completo, 01 o ensino fundamental incompleto, 01 ensino médio incompleto, 04 tinham ensino médio completo, 02 ensino superior completo e 01 ensino superior incompleto. Quanto à ocupação todos informaram que são satisfeitos com o trabalho realizado na ILP, relataram ainda que veem ali como uma segunda casa e onde todos

se tratam como família, e exatamente assim que os cuidados são dispensados aos institucionalizados.

Os entrevistados comungaram do mesmo pensamento ao descreverem a importância deles para os pacientes da ILP e em particular para os portadores de DP no sentido de que eles precisam de suporte para enfrentar os dramas do dia a dia a exemplo de medo, angústia, tristeza, desenganos por partes do portador, e nestes casos é necessário a participação da família, porém como estes estão ausentes, eles surgem pra suprir essa necessidade. Nesse contexto fica claro a sua importância no processo do cuidador que se tornam aliados na manutenção da capacidade funcional do idoso com DP e de sua qualidade de vida assim como atesta (AIRES, PAZ, PEDROZA, 2009)

Ao serem interrogados sobre as principais dificuldades em cuidar de pessoas com a Doença de Parkinson os entrevistados afirmaram a partir de suas falas expressões que nos permitiram categorizar da seguinte forma:

Categoria 1 – Não observa dificuldade em cuidar

Eis os discursos que selecionou-se para análise:

“Não há dificuldade! Eu acho assim que a gente deve ter mais um pouco de perseverança e paciência com eles, por que eles tem problemas mais difícil, é como uma criança e tá começando a descobrir a vida né? Eu olho assim é como se tivesse começando tudo de novo, perdendo os sentido das coisas né?” (E1)

“ Eu não vejo dificuldade não! A mesma coisa, só que precisa de mais um pouco de cuidados, de um olhar mais atento a eles, mas a dificuldade, dificuldade não vejo não. Tem que saber compreender a linguagem deles né? Por que é muita coisa junta, outras deficiências, então tem que entrar no ritmo” (E2)

Fica claro nos discursos que os cuidadores prestam cuidados a idosos dependentes da DP não constitui uma experiência somente desgastante, sendo que podem enfrentá-la com paciência, perseverança e compreensão. Na pesquisa desenvolvida por Araújo (2009) foi identificado que a dimensão positiva do cuidar representa uma mais-valia para os cuidadores, na medida em que a relação poderá ser fortalecida, quando é reforçado um sentimento de gratificação. Ainda assim segundo (SILVA, 2009) existem demandas maiores para o cuidador como uma vigilância excessiva, ao paciente devido suas dificuldades e também necessidades, o que muitas das vezes pode levar a uma exaustiva rotina no trabalho, sobrecarregando não apenas o físico, mas também o mental.

Tendo em vista que, a partir disto o ato do cuidar que pode as vezes não apresentar muita ou nenhuma dificuldade na visão do cuidador, pode tornasse uma árdua missão, lhe expondo para problemas de saúde. (PEREIRA E FIGUEIRAS 2009)

Categoria 2 – Dificuldade de falar sobre o diagnóstico com o portador

Nesta categoria evidenciou-se através da fala dos entrevistados que eles apresentam dificuldades para falar do diagnóstico de DP com os portadores, de explicar o porquê do surgimento dos sinais e sintomas da doença.

“As dificuldades são as das particularidades de cada um deles, mas ainda tem alguma independência, apesar de que alguns já não andam com aquela agilidade e é preciso estar por perto, mas ainda se adaptam com os outros idosos também. Alguns andam, conseguem se alimentar sem muito esforço. Assim... Tudo ainda é tranquilo. Só que precisa ter mais paciência porque em alguns momentos eles sentem, aí questionam a gente, por que aquela tremedeira? Chegam a questionar algumas vezes e não deixa de ser uma dificuldade isso pra explicar pra eles. A maior dificuldade foi no início pra explicar, levar ao médico tudo assim sabe? Mas depois da medicação ficou melhor pra eles e mais fácil” (E3).

Existem muitas dificuldades pertinentes a particularidades da DP, porém alguns desses ainda tem sua independência, mas relatam que existe maior dificuldade na hora de informar o diagnóstico ao paciente, por alguns motivos como por exemplo uns deles não entendem, já outros não aceitam a doença rejeitam ajuda muitas vezes por isso.

No estudo de Peternella e Marcon (2009) foi evidenciado que o primeiro impacto causado pelo diagnóstico de DP é motivo de surpresa e muita preocupação, sendo até difícil de admiti-lo. Alguns se adaptam e entendem o processo da evolução da doença outros não reagem assim; fazendo assim com a aceitação do diagnóstico seja difícil e o enfretamento da doença se torne pior.

É fundamental que o cuidador obtenha conhecimentos prévios sobre a DP de modo que seja capaz de orientar e esclarecer o portador com relação a quais quer questionamentos feitos por estes, amenizando desta maneira sua ansiedade diante da vivência de algo desconhecido (SOUZA; ALVES; PASSOS, 2010).

Categoria 3 – Dificuldades Emocionais

Concordando com o estudo de Peternella e Marcon (2009) sobre as dificuldades emocionais para cuidar da pessoa com a DP em si, não é fácil de ser enfrentada não apenas pelo paciente, mas também pelo seu familiar, cuidador ou pessoa próxima que conviva e acompanhe o início e desenvolvimento desta patologia. Isso porque leva o paciente a um estado de perda da liberdade, autonomia o que acaba-

o levando ao estado de tristeza e depressão o que abala o seu emocional e o do cuidador que também passa por essa dificuldade. Por tanto ser cuidador é, contudo, saber lidar com essas dificuldades. Elegeu-se então o seguinte depoimento para análise:

“... se fosse pra eleger uma eu diria o emocional, que às vezes fica um pouco abalado, por ter indagações dos pacientes que a gente não sabe responder, até porque eles não entendem. Mas assim, eu tento levar da maneira mais maleável possível pra ficar bem” (E5).

Essa dificuldade de lidar com o emocional se dá mais por conta do vínculo que se forma entre paciente e cuidador, à medida que a doença evolui deixando o paciente mais angustiado com o surgimento dos sinais e sintomas, levando-o muitas vezes a um quadro de tristeza e até depressão, o que acaba sendo sentido também pelo cuidador.

As dificuldades emocionais demonstram preocupação com o portador de DP, o que diferencia o ser humano para a prática do cuidado, implicando diretamente na qualidade do cuidado prestado. “É pelo sentimento que as pessoas, coisas e situações se tornam importantes para nós, e por isso cuidamos” (BRONDANI, et al. 2010, p. 507).

Categoria 4 – Dificuldades em lidar com as manifestações da doença

A percepção dos primeiros sinais e sintomas da DP são lentos e muitas vezes sutis, a exemplo de pequenos tremores, uma diminuição do tônus muscular (SOUSA; ROSAS, 2009). Com isso, muitas vezes o próprio paciente não sabe determinar quando foi o surgimento da doença. O fato é que as manifestações vão surgindo e os que convivem com o portador muitas vezes não sabe enfrentá-las. Isso pode implicar em uma assistência precária.

Abaixo os discursos sinalizam para essa discussão:

“Várias dificuldades porque no caso deles, tem hora que estão alterados, desinquietos, e você vê que às vezes eles ficam como se fosse revoltados por causa da doença, aí a gente nessas horas não pode ficar falando muito. Tem que ter muita calma e saber lidar que as vezes a gente mesmo não sabe aí isso eu acho ruim. Brigam com a gente e 10 minutos depois tão pedindo desculpa, aí se torna uma dificuldade né? Até assim... como posso dizer? De convivência, de lidar sei lá” (E6)

“...nas atividades diárias, ainda fazem algumas coisas só mas já outras tem uma dificuldade, eu diria até um risco, por exemplo na hora de se barbear, se cortam por causa dos tremores, aí oferecemos ajuda mas há uma rejeição, acho que por causa da independência né? O engasgo em um paciente aqui já é comum, aí temos que tá em cima, por que não são todos os cuidadores que sabem lidar com isso” (E8)

“A dificuldade é assim... quando vai se alimentar e não consegue, aí minha “fia” dá um nervoso, assim por não saber agir nessas horas tá entendendo? Por que é uma coisa que a gente quer ajudar e não sabe como e fica nervoso. E isso mesmo sem a gente querer atrapalha, eu vejo que até pra tomar água às vezes atrapalha, aí fico é com medo viu.”(E10)

Os sintomas motores não são os únicos determinantes da qualidade de vida dos parkinsonianos, outros sintomas como desconforto emocional, cognição e até comunicação, podem se acentuar com a evolução da doença, pois surgem novas alterações que certamente levam ao comprometimento de outras dimensões da qualidade de vida. (SILVA, et al. 2010).

Portanto, é importante essa orientação do cuidado, pois auxilia o indivíduo a manter o máximo de sua funcionalidade em seu cotidiano, e maior atenção no caso de fases mais avançadas. A proximidade com o paciente traz também conforto emocional ao indivíduo (ALMEIDA; CRUZ, 2009).

No intuito de saber como esses profissionais enfrentam determinadas situações de cuidar de idosos com doença de Parkinson foi perguntado que estratégias os mesmos utilizam para enfrentar tais situações, assim, foi possível categorizar vossas falas em:

Categoria 1 – Entregar-se ao ato de cuidar

Ouve uma percepção nas falas que para alguns, a melhora na qualidade da assistência do cuidado que eles ofertam aos idosos depende muito mais de fatores subjetivos como expressão de sentimentos, atenção, ser alegre, ter carinho, como também o tempo que é dispensado aos idosos do que a própria qualificação para realizar a função do cuidado.

Concordando com o estudo de Araújo (2009) apesar do papel de cuidador ter suas consequências negativas, também traz consigo aspectos positivos dependendo do ponto de vista destes profissionais, que acabam por enobrecer o ato de cuidar. Um destes dispositivos é justamente o fato de se entregar por inteiro ao ato de cuidar, deixando-se envolver buscando dispositivos e ferramentas que atenuem esta missão que muitas vezes se torna dura e sobrecarrega os cuidadores.

Percebe-se nos depoimentos abaixo falas que sinalizam para a importância do cuidar:

“É... Eu... cada um deles tem uma forma de enfrentar, acho que eu me concentro no cuidado pra dá o melhor sabe? E não gosto de passar nenhuma inquietação pra eles. Tento mostrar que entendo tudo que eles tão passando” (E1).

“Rir! Rir é o melhor remédio com eles, brincar inventar uma história, procurar saber da história deles. Assim... Como foi sua infância? Morou onde? E eles contam bem direitinho. E outra nunca chorar perto deles né? Tem que entrar na conversa, navegar com eles (risos) Assim disfarçando eles nem que por um minuto esquecem da doença” (E4).

“Tentar não ver apenas o lado da doença, assim eu sei que é difícil, mas, tentar esquecer a doença de vez enquanto. Fazer com que eles se sintam importantes. Quando saio falo pra eles” Cuidado viu! Preste atenção no que

acontece pra me contar tudo que vão fazer “(risos) E é tanto que quando chego me contam tudo o que se passou nos outros plantão. Acho que tento ver como alguém com utilidade ainda” (E7).

“Eu uso como ferramenta o cuidado! Visar o que chamamos de complexo C, que são justamente os cuidados, sempre cuidar e dá o melhor, investir nisso e esquecer o resto, dá uma boa qualidade de vida pra eles, tá sempre junto observando e tendo cuidado. Ser companheiro de verdade” (E5).

A entrega ao ato de cuidar desenvolve a sensibilidade e a criatividade no cuidado. Isto pode ser manifestado através de ações, como ligar rádio, ver televisão, oferecer-lhes livros, revistas quem realiza a ação. Isto valoriza também as diferenças, as peculiaridades de cuidar de cada indivíduo (BRONDANI et al, 2010).

O cuidado é uma prática de atenção com o outro e simultaneamente representa preocupação, pois o cuidador é envolvido afetivamente com aquele de quem cuida. Quem cuida, alcança a felicidade e para isso é essencial que quem doa cuidado seja cuidado também (DAMAS; MUNARI; SIQUEIRA, 2004).

Categoria 2 – Usa a paciência

Ao se tornar um cuidador faz-se necessário planejar, desenvolver e avaliar as ações a serem realizadas com os portadores, porém os cuidadores desenvolvem muitas vezes práticas e apresentam sentimentos que ajudam como suporte emocional, conseguindo oferecer assistência com qualidade e ao mesmo tempo satisfatória pra ambos os envolvidos (SOUZA; ALVES; PASSOS, 2010).

Abaixo foram selecionados os seguintes discursos para análise:

“A paciência é a melhor coisa viu! Aí tem a atenção, nunca usar de agressividade com o paciente. Às vezes pode acontecer de querer... assim... sabe se estressar aí a gente para, pensa, se coloca no lugar e vê que tudo que eles querem é ser tratados bem. Então a gente mostra que eles são importantes.”

“Ah! Sempre a calma! A calma! As vezes que tá alterado, acalmar e se acalmar também né?! (risos) (E6)

“Acho que a principal ferramenta é a paciência, acho que de toda a parte terapêutica, o uso de medicação, do que é passado pelo médico... Diante de tudo isso a gente tem que se paramentar com o máximo de conhecimento possível e se adaptar a essa vivência. Por que assim o portador quando é diagnosticado, ele vai descobrindo e a gente tem que ter paciência e conhecimento pra explicar.” (E8).

“Principalmente o amor e o respeito. Principalmente por que as vezes ficam por causa da doença sabe? Nervoso, agitado, inquietos e tristonhos parece que é assim, como uma revolta não sei bem... mas eu vejo assim. Então assim se não tiver muito amor não aguenta não viu.” (E9)

“O Amor, o Carinho e a compreensão por que a gente imagina se o pai ou mãe da gente tivesse nessa situação (emocionada) Aqui a gente somos uma família, e jamais quer ver um idoso mau, especialmente quando tá com um problema desses né”?(E10).

Ao se tornar um cuidador faz-se necessário planejar, desenvolver e avaliar as ações a ser realizadas com os portadores, porém os cuidadores desenvolvem práticas e apresentam sentimentos que ajudam como ferramenta de autocuidado, e assim tem maiores possibilidades de assistência com qualidade e ao mesmo tempo prazerosa pra ambos os envolvidos. (SOUZA; ALVES; PASSOS, 2010).

Em se tratando dos principais sentimentos experienciados pelos cuidadores durante a evolução da patologia, emergiu as seguintes categorias:

Categoria I – sentimento de doação

Cuidar de idosos faz surgir, nas pessoas que os cuidam, confusão, negação e aflição. Tudo isso intervém na condição do cuidado. Porém as necessidades dos idosos necessitam ser aproximadas por aqueles que os cuidam. Experienciar o envelhecimento e seus limites, a obrigação de ajustamento aos fatos, deverá ser de forma natural quando existir a captação do que é cuidar e do que é envelhecer.

Muitos sentimentos emergem de pessoas que cuidam, os próximos discursos apontam para esses sentimentos:

“Ah! Isso é muito importante! isso é muito especial! A gente se sente muito é... A gente dedica amor, eles aqui tão acima de tudo né?! A gente olha e vê eles como filhos, não vê eles como trabalho não, é como criança, como uns filhos que precisa de cuidados. Eu sinto muito amor por eles, além de amor eu vejo eles carente, desprezados e que precisam de atenção. Olhe independente do que você passar tem que guardar pra você e... Vindo pra cá tem que ser diferente” (E1).

“Eu levo muito pra o lado pessoal, é que aqui tenho como minha segunda casa, sei que não devo mais... “emocionada” gosto e amo de cada um deles como eles são. O mesmo é uma criança hoje eles precisam da gente pra tudo tomar banho, comer, as vezes até andar não é sempre mas você sabe né!? Aí sinto como uma vontade de ajudar eles muito, se pudesse poupava eles de tudo isso. A gente aqui rir, chora, se emociona, e quando tão ruins tento controlar eles, e não consigo aí vem outra coisa... A tristeza.”(E3)

Dessa forma, o cuidador deve estar envolvido com o ato de cuidar, a ponto de muitas vezes se entregar ao por completo a sua tarefa, colocando de forma empírica. O cuidado deve ofertar uma relação de confiança, respeito e dignidade isso só poderá ser ofertado quando existe um espírito de doação (FERNANDES, 2010).

As vivências do cuidador com o paciente muitas vezes podem significar um impacto negativo em suas vidas afetando nas dimensões físicas, psíquicas e sociais. Deve-se existir

ações voltadas para cuidar de quem cuida, a fim de que estes continuem exercendo o seu papel, tendo como objetivo não apenas a diminuição do desgaste, mas com intuito de melhorar a qualidade de vida (ALMEIDA, et al. 2010).

Categoria II – Sentimento de Alegria

O sentimento de alegria também foi percebido na relação de cuidar, há de fato, uma troca prazerosa entre o receptor e o doador de cuidados que é importante para os envolvidos, pode-se perceber no relato do participante que ao ver o outro feliz há uma satisfação profissional que transborda em cuidado.

“Uma alegria para mim! Que hoje eu vejo o idoso como algo descartável, usou não presta mais. A sociedade vê com essa visão, mas nós aqui cuidadores temos que mostrar para essa sociedade que amamos e sentimos alegria e prazer, que os compreendemos, e assim vemos eles, os idosos felizes.” (E2)

O amor, a alegria são imprescindíveis quando se cuida de alguém, sentimentos bons devem ser sentidos e demonstrados, ao ponto de transparecerem em cada gesto expressados pelo paciente, e em cada cuidado prestado a ele. Somando-se a isso além de alegria, respeito, responsabilidade carinho, sendo de relevância para a família, para o paciente e para o cuidador.

Concordando com o que Brondani, et al. (2010) revela em seu estudo, que expressões manifestadas através de gestos, sorrisos, um toque, ou até mesmo um olhar são vistos muitas vezes pelo paciente não apenas como um sinal simples, mas também como uma garantia de preocupação com ele e passa realmente a sensação de cuidado.

Categoria III – Sentimento de Piedade

Escolher o trabalho de cuidador muitas vezes é motivado pelo respeito ao idoso, pelo desejo de fazer mais pelo ser humano, por vontade, amor e gosto de cuidar de pessoas idosas. Considerando que a atitude do trabalhador em relação ao idoso, ou seja, a maneira como ele o vê exerce influência significativa nas situações de cuidado. Os sentimentos expressados muitas vezes oscilam e se tornam diversos, ao mesmo tempo que se sente amor, alegria, ao se deparar com a progressão da doença sente-se também piedade, impotência por não poder intervir nessa evolução, contudo não pode haver transparência destes sentimentos com vista a não interferir no processo do cuidar (COLOMÉ, et al. 2011).

Os discursos abaixo remetem para o sentimento de piedade apontado por boa parte dos profissionais cuidadores:

“A princípio olhando pelo lado profissional é o de pena certo? Mas, assim... se eu for ver como profissional de saúde, vejo como uma pessoa que pode ajudar eles, então sinto muito orgulhosa de poder fazer algo mesmo que pouco” (E5).

“Os sentimentos são diferentes, de cuidado, de proteção tem que ter a delicadeza se eles são maltratados maus aí fica pior né?! E aí alteram rápido. Olhe eu tenho Piedade né? Porque eles numa situação dessa e a gente sabe que aí só piora, e aí vão ficando mais pior né?” (E6)

“É só uma peninha! Fico triste demais de vê-los assim e não poder fazer nada? É triste demais visse?” (E7).

“Os sentimentos? Eu vejo assim... O Parkinson é uma doença degenerativa, crônica, então você não tem perspectiva, por mais que controle, mas a gente sabe que vai se agravar, e eles são vítimas disso, e por mais que se tratem além do controle, não há o que fazer pra evitar a progressão. Então eu sinto uma compaixão de certo modo. Definindo Impotência e ao mesmo tempo desengano” (E8).

Assim como existe muitos tipos de cuidadores existem muitos tipos de pacientes, uns mais independentes outros bem mais debilitados, uns vão tendo uma progressão positiva do quadro com a estabilidade ou cura, já outros a tendência é só o agravamento deste. Justamente o que nos remete os portadores de DP, o sentimento se torna piedoso porque são acima de tudo seres humanos, que entram muitas vezes em um estado de decadência, dependência e até abandonado por aqueles que deveriam permanecer ao seu lado.

Em algumas das falas foi lembrado o fato de que os idosos não apenas os com DP tem uma história de vida e atualmente se isolam pelo fato da velhice ou até mesmo pelos sinais e sintomas que chegam algumas vezes a serem constrangedores perante os outros. Isso faz com que haja uma expressão de um sentimento se torna piedoso.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado é uma ação dispensada de uma pessoa para outra e que deve ser dispensado em todas as faixas etárias, sendo ele fundamental para a qualidade de vida da pessoa humana. Ser cuidado muitas vezes é sinônimo de proteção, amor e respeito, é bom pra quem o faz com prazer e melhor para quem o recebe porque enfatiza a importância que tem.

As dificuldades relatadas foram na sua maioria ou nenhuma relacionadas a sentimentos, quase nenhuma a cuidados técnicos como: se preocupar no aperfeiçoamento de primeiros socorros no caso de engasgos e quedas, como visto na literatura por serem acidentes típicos de portadores de DP.

Evidenciou-se que a maioria apresentou formas de enfrentamento que condizem com sentimento de quem realmente sente amor pelo que faz que foram: a paciência e a entrega

absoluta ao ato do cuidar. E que mesmo diante da angústia e sentimento de impotência com o agravamento da doença eles expressam sentimentos puros como doação, alegria e amor.

As limitações para realização das entrevistas aconteceram em decorrência do tempo que os cuidadores tinham para responder as perguntas, pois estavam dispensando cuidados aos idosos e pacientes o que implicou em limitações nesse estudo. Outra limitação e a principal de todas foi a dificuldade de pesquisas científicas na área sobre cuidadores de pacientes com doença de Parkinson.

Por fim, sugerimos a sociedade, academia e demais pesquisadores observar a temática com maior dedicação sendo possível perceber com a realização deste estudo que ainda há necessidade de um maior aperfeiçoamento dos cuidadores, na prática do cuidado em si, a fim de que seja dispensado aos pacientes não apenas cuidados subjetivos, mas também haja uma qualidade maior e melhor na assistência prática.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASIL DE PARKINSON. **Doença de Parkinson**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/251_parkinson.html>. Acesso em: 23 de outubro de 2014

AZEVEDO, J. R. D. **A Terceira Idade ao Longo do Tempo**. Direito do Idoso, 2003. Disponível em: <<http://direitoidoso.braslink.com/01/artigo010.html>>. Acesso em: 18 de outubro de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **ONU registra aumento da expectativa de vida no Brasil**. Portal da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/13999-onu-registra-aumento-da-expectativa-de-vida-no-brasil>>. Acesso em: 23 de outubro de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>>. Acesso em: 23 de outubro de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso, 2010. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/index.php?pag=ind_pol&pol=p_n_s_p_idosa>. Acesso em: 23 de outubro de 2014.

BRASIL. Censo Demográfico de Campina Grande, Paraíba. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250400>>. Acesso em: 18 de outubro de 2014.

FREITAS, E.; PY, L.; XAVIER, F. A. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

JESUS, D. P.; SILVA, C. A. B. Intervenção do Serviço Social na Terceira Idade no Município de General Carneiro – MT. **Revista Eletrônica da UNIVAR**. Mato Grosso, v. 2, n. 12, p. 61-69, 2014. Disponível em: <<http://revista.univar.edu.br>>. Acesso em: 23 de outubro de 2014.

MOZZATO, A. R.; Grzybovski, D. Análise de Conteúdo como Análise Temática de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, Jul./Ago, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v15n4/a10v15n4>>. Acesso em: 10 de outubro de 2014.

NAVARRO-PETERNELLA, F. M.; MARCON, S. S. Qualidade de vida de indivíduos com Parkinson e sua relação com tempo de evolução e gravidade da doença. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**. São Paulo, mar-abr, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_23.pdf>. Acesso em: 10 de outubro de 2014.

CAPÍTULO 2

ANÁLISE DE CUSTO MINIMIZAÇÃO DE DOIS TESTES PARA DETECÇÃO DO COVID-19

COST ANALYSIS MINIMIZATION OF TWO TESTS FOR DETECTION OF COVID-19

Stéfany de Lima Gomes¹
Tatiana do Valle Lovato Sverzut²
Keila Cristina Xavier Bertti³
Ana Clara Correa Duarte Simões⁴
Vinicius Queiroz Miranda Cedro⁵
Antônio Carlos Pereira⁶

RESUMO

Objetivo: O objetivo do presente foi realizar uma análise de custo minimização de dois testes utilizados para detecção do COVID-19. **Metodologia:** Foi realizado uma análise econômica completa, do tipo custo-minimização (ACM), de dois testes para detecção para o COVID-19 e os materiais utilizados para a realização dos curativos. Considerou o cenário da pandemia da COVID-19. Estabeleceu-se que os valores dos preços de março a setembro de 2020. **Resultado:** Após o cálculo do micro custeio, foi constatado que o valor gasto para um teste de RT PCR é de R\$ 412,20 reais e para o teste rápido esse valor foi de R\$ 341,22 (uma diferença de 20,80%). **Conclusão:** O teste Rápido de Antígeno é mais econômico em relação a custo e também a tempo em comparação com o teste de RT PCR para o COVID-19.

Palavras-chave: COVID-19. Custo-efetividade. Antígenos. Reação em Cadeia de Polimerase Via Reversa.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to perform a cost analysis minimizing two tests used to detect COVID-19. **Methodology:** A complete economic analysis, of the type of cost-minimization (ACM), of two tests for detection for COVID-19 and the materials used to perform the dressings was carried out. He considered the COVID-19 pandemic scenario. It was established that the price values from March to September 2020. **Result:** After calculating the

¹Doutoranda em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba. E-mail: stegany.gomes@gmail.com.

²Mestranda em Gestão e Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba. E-mail: tatilovato@bol.com.br.

³Mestranda em Gestão e Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba. E-mail: lilbertti@hotmail.com.

⁴Doutoranda em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba. E-mail: anaclara13simoes@gmail.com.

⁵Mestrando em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba. E-mail: viniciusqedro@outlook.com

⁶Doutor em Saúde Pública pela USP e professor do Departamento Ciências da Saúde e Odontologia Infantil da Universidade Estadual de Campinas –Faculdade de Odontologia de Piracicaba. E-mail: apereira@fop.unicamp.br.

micro costing, it was found that the amount spent for an RT PCR test is R \$ 412.20 and for the rapid test this amount was R \$ 341.22 (a difference of 20.80%). Conclusion: The Rapid Antigen test is more economical in terms of cost as well as time compared to the RT PCR test for COVID-19.

Keywords: COVID-19. Cost-Effectiveness. Antigens. Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction.

Introdução

O SARS-COV-2 é um novo betacoronavírus pertencente a família viral dos coronaviridae, com aproximadamente 40 milhões de casos confirmados e mais de 1 milhão de mortes foram relatados em todo mundo até a data 19 de outubro 2020. Identificado pela primeira vez em um surto de casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, em dezembro de 2019. (RENN LL et al., 2020)

O Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus (International Committee on Taxonomy of Viruses) nomeou o novo Coronavírus, como síndrome respiratória aguda grave – coronavírus-2 (SARS-CoV-2) e foi declarada como pandemia em março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a COVID-19 (doença de coronavírus) como nome dessa nova doença. (OMS, 2020).

No Brasil o primeiro caso foi confirmado na cidade de São Paulo, em fevereiro de 2020, atingindo mais de 5 milhões de casos notificados e aproximadamente 154 mil óbitos relacionados em 19 de outubro de 2020. (BRASIL, 2020).

De acordo com evidências atuais, a transmissibilidade do SARS-CoV-2 ocorre principalmente entre pessoas por meio de gotículas respiratórias ou contato com objetos e superfícies contaminadas. A transmissão por meio de gotículas ocorre quando uma pessoa está em contato próximo com alguém infectado por tosse, espirro ou mantém contato direto por aperto de mãos, seguido de toque nas mucosas. (QUN LI *et al.*, 2020)

O período de incubação de uma doença infecciosa é definido como o tempo decorrido desde o momento em que uma pessoa é exposta a um agente infeccioso e o aparecimento de sinais e sintomas. O período de incubação para o COVID-19, é estimado em até 14 dias, com uma média de 4-5 dias a partir da exposição até o início dos sintomas (SINHA NEERAJ, 2020)

De acordo com a OMS, 80% dos pacientes infectados podem ser assintomáticos, 20% identificados requer atendimento hospitalar por dificuldades respiratórias e 5% tem necessidade de suporte ventilatório.

Uma das estratégias empregada com sucesso em vários países para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 é baseada na testagem laboratorial, dessa maneira conseguimos diagnosticar os indivíduos agudamente infectados, interrompendo o ciclo natural de transmissão da doença na tomada da decisão para o isolamento social imediato dos pacientes e seus contactantes.

Atualmente, os testes laboratoriais disponíveis para identificação do vírus SARS-CoV-2 são realizados por meio de técnicas que detectam partículas virais como reação em Cadeia da Polimerase com Transcrição Reversa (RT-PCR) e Testes de detecção de antígeno ou que detectam anticorpos, como os Testes sorológicos, com diferentes aplicações em momentos diferentes durante o curso da infecção. (CHENG et al., 2020)

O RT-PCR é o teste padrão-ouro para detectar o SARS-CoV-2, cuja técnica foi desenvolvida no Instituto Charité, em Berlim, em janeiro de 2020 que identifica o RNA viral em amostras coletadas por swab da cavidade nasal e orofaringe. A sensibilidade e especificidade podem variar de acordo com a origem da amostra e fase da doença, sendo maior nos primeiros dias de sintomas. Em geral, tem sensibilidade de 70% (variando de 93% para lavado bronco-alveolar, 72% para escarro e 63% para swabnasal) e especificidade de 95% (XAVIER et al., 2020)

Após o sétimo dia a positividade do RT-PCR começa a cair, chegando a 45% entre os dias 15 e 39. Apresenta como desvantagens o tempo necessário entre a coleta e a disponibilização do resultado, além da necessidade de estrutura laboratorial e de equipe técnica qualificada para sua realização (XAVIER et al., 2020)

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda o teste de escolha padrão o RT-PCR para pacientes sintomáticos na fase aguda e que seja coletado entre o 3º e 7º dias de sintomas. (BRASIL, 2020).

Os testes de antígeno procuram proteínas do antígeno na superfície viral. As amostras podem ser coletadas por meio de cotonete nasofaringe, um cotonete das narinas anteriores ou da saliva. A amostra é então exposta a tiras de papel contendo anticorpos artificiais projetados para se ligarem aos antígenos do corona vírus. Os antígenos se ligam às tiras e fornecem uma leitura visual. O processo leva menos de 30 minutos, pode fornecer resultados no local de atendimento e não requer equipamentos caros ou treinamento extensivo (XAVIER et al., 2020)

De acordo com a OMS (2020), a sensibilidade de testes de antígenos semelhantes para doenças respiratórias como a gripe varia entre 34% e 80% sendo assim alguns, com base nessa informação metade ou mais dos pacientes infectados por COVID-19 podem passar despercebidos por esses testes.

Dinnes *et al.* (2020) em uma revisão sistemática relatam que a sensibilidade variou consideravelmente entre os estudos (de 0% a 94%): a sensibilidade média foi de 56,2% (IC 95% 29,5 a 79,8%) e a especificidade média foi de 99,5% (IC 95% 98,1% a 99,9%; com base em 8 avaliações em 5 estudos em 943 amostras).

Dado o ambiente atual de assistência médica, no qual há um aumento expressivo nos gastos públicos em saúde, controle de custo são incentivados, e é essencial que pesquisas baseadas em evidências científicas sejam feitas a fim de detectar métodos de tratamentos eficazes e econômicos. Portanto, o objetivo do presente foi realizar uma análise de custo minimização de dois testes utilizados para detecção do COVID-19.

Desenvolvimento

Antes de iniciar a descrição da metodologia, é importante ressaltar que as avaliações econômicas de saúde (AES) não são estudos clínicos, assim, devemos deixar claro que a AES valoriza os resultados de saúde, fornecendo um dado de eficiência da tecnologia, ou seja, verificando o custo em relação ao efeito. Todos os dados são baseados em parâmetros obtidos na literatura ou provenientes de um estudo primário e são construídos modelos e não análises estatísticas para comparar grupos de estudos ou buscar associação de variáveis. Portanto, seguimos as diretrizes para Estudos de Impacto Orçamentário/Financeiro da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias da Saúde e do Ministério da Saúde e não um guia metodológico para estudos clínicos ou observacionais (DIRETRIZES DE AVALIAÇÃO ECONÔMICA, 2014).

Revisão Rápida

A busca dos artigos para a revisão rápida limitou-se àqueles publicados entre os anos de 2019 e 2020. O objetivo foi identificar informações mais recentes, que seriam coerentes com a prática clínica atual. Os artigos foram selecionados considerando-se aqueles que incluíssem: os testes de RT PRC e o Teste Rápido de Antígeno. Teses, dissertações, capítulo de livros, artigos teóricos, carta ao editor foram excluídos. Estudos publicados em português e inglês foram considerados.

Características do estudo

O delineamento desta pesquisa baseou-se em uma análise econômica completa, do tipo custo-minimização (ACM), de dois testes para detecção para o COVID-19 e os materiais utilizados para a realização dos curativos. O protocolo utilizado foi da Associação Médica

Brasileira, e a cartilha de orientações sobre os equipamentos de proteção individual (EPI) do Conselho Federal de Enfermagem e Conselho Regional de Enfermagem.

As estimativas dos custos dos testes, incluindo EPI, realizou-se em três etapas: identificação, quantidade e custo dos recursos consumidos. Os recursos foram identificados e quantificados de acordo com o seu uso por tratamento, sendo atribuídos valores monetários.

Os itens necessários para a realização do curativo foram identificados e listados em uma planilha do Microsoft Office Excel. Um painel de especialistas composto por 3 profissionais experientes alinhou e padronizou as técnicas para o sistema público de saúde. O tempo utilizado para realização de cada foi baseado também no painel de especialistas.

O presente estudo considerou o cenário da pandemia da COVID-19. Foi padronizado para os cenários as seguintes premissas: um total 36 testes ao mês, sendo levado 3 testes por viagem, número de viagens ao mês foram no total de 12. O tempo para coleta d teste RT PCR foi de 2 minutos e 41 segundo e para o Teste de Antígeno de 30 segundos. Estabeleceu-se que os valores dos preços de março a setembro de 2020.

Considerou como padrão de uso, luva cirúrgica, máscara NR95, avental polipropileno, óculos, touca, máscaras. O um par de luva cirúrgica, e máscara, é utilizado para cada teste, enquanto avental polipropileno, óculos, touca e máscaras são utilizados durante todo o período de trabalho ou 12 horas por dia. O cenário pandemia COVID-19 recomenda o uso de luvas, máscara N95/PPF2, máscara descartável, touca descartável, avental SMS, óculos e protetor facial (cartilha do Conselho Federal de Enfermagem). Cada item descartável é trocado após cada teste no cenário pandemia COVID-19. Como a máscara descartável é utilizada sobre uma máscara N95/PPF2, essa última é usada um dia inteiro.

A padronização para cada tratamento foi realizada pelo painel de especialista.

Em relação aos recursos humanos, foram considerados o enfermeiro, médico, motorista e o técnico de enfermagem, com carga horária de 12 horas de plantão e suas respectivas folhas salariais na data da coleta dos dados (julho de 2020). Um cálculo de tempo de trabalho para cada curativo foi realizado.

Após detalhar o EPI necessário, foi utilizada a técnica de microcusteio, onde os insumos foram atribuídos para os materiais para cada tratamento, de acordo com a quantidade.

O acesso as fontes de informação assertivas para obtenção de um valor nacional realista e único para cada item, foi pesquisado na web através do site: O banco de Preços em Saúde. Este site apresenta um resumo das licitações e os preços derivados da aquisição de material em todo território nacional.

Os custos foram ajustados de acordo com o número de curativo trocados por paciente e bem como os itens de EPI utilizados, havendo a diluição dos custos nos itens de uso permanente ou a longo prazo (ex.: óculos de proteção e protetor facial). Os custos foram colocados no valor da moeda local (Reais Brasileiros – R\$).

Não foi aplicado desconto e correções inflacionárias, visto que a avaliação econômica não tem um contexto temporal. Foi realizada uma análise de sensibilidade nos dois cenários, considerando uma variação de 20% para mais ou para menos no pré pandemia e pandemia COVID-19, alguns itens sofreram um aumento exponencial de valor devido a oferta e demanda.

Após o cálculo do micro custeio, foi constatado que o valor gasto para um teste de RT PCR é de R\$ 412,20 reais e para o teste rápido esse valor foi de R\$ 341,22 (uma diferença de 20,80%). Após considerar o custo mensal para o transporte do material para o teste PCR, essa diferença aumenta para 44,24%, sendo seus valores sendo de R\$ 17.719,20 reais para o PCR e R\$ 12.283,92 reais para o teste rápido

Comparando uma técnica a outra no cenário da pandemia, a técnica realizada através do teste rápido de antígeno é mais econômica em comparação com RT PCR, conforme visto na tabela 1.

Tabela 1. Custos dos testes RT PCR e Teste Rápido de Antígeno, juntamente com os materiais utilizados para a realização durante a pandemia do COVID-19.

MATERIAL NECESSÁRIO (36 testes)		
	1 teste	
	RT PCR	RAPIDO
GORRO	R\$ 9,70	R\$ 9,70
CAPOTE	R\$ 32,00	R\$ 32,00
MÁSCARA NR95	R\$ 19,50	R\$ 19,50
PARES DE LUVAS	R\$ 0,38	R\$ 0,38
ÓCULOS	R\$ 5,32	R\$ 5,32
PRO PÉ	R\$ 18,60	R\$ 18,60
SOMA	R\$ 85,50	R\$ 85,50
CUSTO HORA/ PROFISSIONAL	R\$ 1,20	R\$ 0,22
CUSTO TESTE	R\$ 240,00	R\$ 170,00
TOTAL = 01 paciente	R\$ 412,20	R\$ 341,22

Viagem p 36 testes	2880- 3 viagens semanais	0
VALOR P/ 36 TESTES	R\$ 17,719,20	R\$ 12,283,92

*Salário-mínimo vigente = R\$ 1.045,00, Brasil, 2020

Durante o estudo se observou que o teste de RT PCR é mais custoso R\$ 5.435,28 (cinco mil quatrocentos e trinta e cinco reais e vinte e oito centavos) a mais que o teste rápido de antígeno, mesmo sendo utilizado o laboratório indicado para o Município levar para a obtenção dos resultados. Isto se dá, por conta do custo da viagem, visto que o laboratório utilizado não fica no mesmo Município. Já o teste Rápido de Antígeno é realizado nos laboratórios disponíveis dentro no Município que foi utilizado como base para este estudo.

Segundo o painel de testes e diagnósticos do Ministério da Saúde já foram gastos cerca de R\$ 748.194.799,06 (setecentos e quarenta e oito milhões, cento e noventa e quatro mil, setecentos e noventa e nove reais e seis centavos) com testes de RT PCR até o dia sete de março de 2021, pois os testes rápidos não tiveram custos para o governo federal (BRASIL, 2020).

Outrossim, o teste de RT PCR demora em torno de 05 a 10 dias para a obtenção do resultado, enquanto o teste Rápido de Antígeno demora cerca de 02 horas a 2 (dois) dias para o resultado (DIAS et al., 2020). Assim, o teste de Rápido de Antígeno também é mais rápido em comparação com o RT PCR, podendo trazer economia de tempo para os profissionais que estão trabalhando sendo mais eficazes com medição em caso positivo e também quando falamos nos afastamentos do indivíduo que está com o sintoma. Haja vista, que ao saber do resultado mais rápido em caso negativo já pode voltar para as suas funções, sendo que com o RT PCR ele seria afastado de 07 dias a 14 dias pois o resultado do exame demora mais para sair (LIMA et al., 2020)

Confirmando o que foi encontrado neste estudo e também discutido com o painel de especialistas que se encontram na linha de frente nos Hospitais para o COVID-19, um estudo realizado pelo próprio Ministério da Saúde (2020), o teste rápido de antígeno apresenta diversas vantagens como a rapidez e resposta mais rápido, além do exame ser recomendado antecipadamente a partir do 2 dia de sintoma, enquanto o teste de RT PCR é com mais de 7 dias (PARADA-FERNÁNDEZ et al., 2020)

Segundo Scohy (2020), em seu estudo ao comparar o teste rápido de antígeno e de RT PCR, todos os testes que deram positivo pelo antígeno também foram positivos no RT PCR, ficando demonstrado que assim como o RT PCR, o antígeno é eficaz para a detecção do COVID-19.

Sendo assim, neste estudo o teste Rápido de Antígeno é mais recomendado, pois além de ser mais econômico, também o resultado do exame sai com mais agilidade auxiliando num tratamento mais rápido e efetivo para os positivados e também contribuindo para que aqueles que testaram negativo possam voltar mais rapidamente para suas funções no mercado de trabalho.

Considerações Finais

Diante de todo o exposto se conclui que o teste Rápido de Antígeno é o mais recomendado em questão de custo e tempo para pacientes com sintomas do COVID-19 em comparação com o teste de RT PCR.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. COVID – 19 testes. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 Disponível em: https://viz.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19Insumos_TESTES/DEMAS_C19Insumos_TESTES.html
- BRASIL. Ministério da Saúde. Covid-19 – painel coronavírus. 2020. Disponível em: https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde amplia testes para profissionais de saúde e segurança. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46596-saude-amplia-testes-para-profissionais-de-saude-e-seguranca>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019: vigilância de síndromes respiratórias agudas COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. 57 p. Disponível em: <https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/2114>
- CHENG, Matthew P, et al. Diagnostic testing for severe acute respiratory syndrome–related coronavirus 2: a narrative review. **Annals of internal medicine**, v. 172, n. 11, p. 726-734, 2020.
- DIAS, Viviane Maria de Carvalho Hessel et al. Testes sorológicos para COVID-19: interpretação e aplicações práticas. **J. Infect. Control**, v. 9, p. 1-12, 2020.
- DINNES, Jacqueline et al. Rapid, point-of-care antigen and molecular-based tests for diagnosis of SARS-CoV-2 infection. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 2021.
- LIMA, Francisca Elisângela Teixeira et al. Intervalo de tempo decorrido entre o início dos sintomas e a realização do exame para COVID-19 nas capitais brasileiras, agosto de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, p. e2020788, 2020.
- PARADA-FERNÁNDEZ, Fernando et al. Comparación de la Muestra Salival y de Nasofaringe en la Detección de SARS-CoV-2 mediante RT-PCR. **International journal of odontostomatology**, v. 14, n. 4, p. 540-543, 2020.

REN, Li-Li et al. Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study. **Chinese medical journal**, 2020.

SCOHY, Anaïs et al. Low performance of rapid antigen detection test as frontline testing for COVID-19 diagnosis. **Journal of Clinical Virology**, v. 129, p. 104455, 2020.

SINHA, Neeraj; BALAYLA, Galit. Bateria sequencial de testes para COVID-19 para maximizar o valor preditivo negativo antes de operações. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 47, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Laboratory testing for coronavirus disease 2019 (COVID-19) in suspected human cases. Interim guidance.. Reference: WHO/COVID-19/laboratory/2020.5. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/10665-331501>. Acessado em 20 de outubro de 2020.

XAVIER, Analucia R. et al. COVID-19: clinical and laboratory manifestations in novel coronavirus infection. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 56, 2020.

CAPÍTULO 3

ANÁLISE DE CUSTO MINIMIZAÇÃO DE DOIS TRATAMENTOS DE LESÃO DE PRESSÃO GRAU III

COST MINIMIZATION ANALYSIS OF TWO GRADE III PRESSURE INJURY TREATMENTS

Stéfany de Lima Gomes¹
Tatiana do Valle Lovato Sverzut²
Keila Cristina Xavier Bertti³
Ana Clara Correa Duarte Simões⁴
Vinicius Queiroz Miranda Cedro⁵
Denise de Fátima Barros Cavalcante⁶
Antônio Carlos Pereira⁷

RESUMO

Objetivo: O presente estudo teve objetivo realizar uma avaliação econômica completa dos tratamentos mais utilizados para a LP em estágio grau III com o hidrocolóide e colagenase avaliando a eficiência de cada técnica sob a perspectiva do SUS. Metodologia: Foi realizado uma análise econômica completa, do tipo custo-minimização. Considerou-se dois cenários: pré e pós pandemia da Covid-19. Resultado: Foi observado um aumento de 67% no custo comparando antes e durante a pandemia para o tratamento completo com hidrocoloide (antes o valor total era R\$ 265,43 reais e durante R\$ 442,44 reais) e no tratamento de colagenase antes e durante a pandemia diferença foi de 116% (antes o valor total era R\$1.052,27 reais e durante R\$ 2.271,12. Conclusão: Novas recomendações de biossegurança aumentaram significativamente os custos em ambos os tratamentos, sendo a técnica do hidrocoloide a mais eficiente economicamente.

Palavras-chave: Hidrocoloides. Colagenases. Lesão por Pressão. Custos. COVID-19.

¹Doutoranda em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba. E-mail: stegany.gomes@gmail.com.

²Mestranda em Gestão e Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba. E-mail: tatilovato@bol.com.br.

³Mestranda em Gestão e Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba. E-mail: lilbertti@hotmail.com.

⁴Doutoranda em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba. E-mail: anaclara13simoes@gmail.com.

⁵Mestrando em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba. E-mail: viniciusqedro@outlook.com

⁶Doutora em Saúde Coletiva pela FOP/UNICAMP e professora do Mestrado Profissional Gestão e Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Odontologia de Piracicaba. E-mail: dradenisecavalcante@gmail.com.

⁷Doutor em Saúde Pública pela USP e professor do Departamento Ciências da Saúde e Odontologia Infantil da Universidade Estadual de Campinas –Faculdade de Odontologia de Piracicaba. E-mail: apereira@fop.unicamp.br.

ABSTRACT: Objective: The present study aimed to carry out a complete economic evaluation of the most used treatments for LP in stage III with hydrocolloid and collagenase, evaluating the efficiency of each technique from the perspective of SUS. Methodology: Afterwards, a complete cost-minimization economic analysis was carried out. Two scenarios were considered: pre and post pandemic of Covid-19. Result: A 67% increase in cost was observed comparing before and during the pandemic for complete treatment with hydrocolloid (before the total amount was R \$ 265.43 reais and during R \$ 442.44 reais) and in the treatment of collagenase before and during the pandemic the difference was 116% (before the total amount was R \$ 1, 052.27 reais and during R \$ 2, 271.12). Conclusion: New biosafety recommendations significantly increased costs in both treatments, with the hydrocolloid technique being the most economically eficiente.

Keywords: Hydrocolloid. Collagenases. Pressure Ulcer. Costs. COVID-19.

Introdução

Lesões por pressão (LP) são resultados de força por pressão ou cisalhamento na pele de pacientes acamados, encontradas principalmente em pacientes com idade avançada e com problemas de mobilidades (SERRANO, et al., 2017).

Cerca de 3 milhões de adultos nos Estados Unidos apresentam a LP anualmente (SMITH, et al., 2013; TAYYIB et al., 2016). Isto representa um problema sério, visto que acarreta desconforto físico no paciente, aumento de riscos de complicações adicionais, prolongamento da hospitalização, problemas emocionais e elevação de custos (SOARES et al., 2017). A incidência de LP nos Estados Unidos é de 7%, no Reino Unido é de 10%, em contrapartida no Brasil é de 39,81%, um dado preocupante para saúde pública no Brasil (BRASIL, 2017).

A LP é classificada por estágios, dividindo-se em I (pele íntegra com eritema não branqueável), II (perda parcial de espessura da pele com exposição da derme), III (perda total da pele com exposição do tecido adiposo), IV (perda total da pele com perda tissular, exposição de tendões, músculos, dentre outros tecidos) e outras não classificáveis (BRASIL, 103). Vale ressaltar que as LP dos estágios de II a IV são as que apresentam as maiores incidências (TUBAISHAT et al., 2018).

A literatura é vasta em relação aos tipos de tratamento das LP, bem como os materiais e medicamentos utilizados. Basicamente o tratamento dos estágios de I a IV consiste na aplicação de hidrocoloide ou colagenase (AMB, 2013; BRASIL, 2018). Nas LP em estágio III

o tratamento indicado segundo o protocolo da Associação Médica Brasileira (AMB), sugere a utilização de colagenase ou hidrocolóide.

Geralmente pacientes com quadros de saúde mais graves, demandam maior tempo de internação e apresentam maior probabilidade de ocorrência de LP em estágios III e IV, independentemente das suas localizações. Este fato conseqüentemente aumenta os custos de curativos e mão de obra profissional (ARAÚJO et al., 2009).

Atualmente estamos vivendo uma situação única devido a pandemia de COVID-19. A gestão e o financiamento de um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS), que há três décadas tem em seu escopo tarefas desafiadoras, apresenta sua estrutura colocada à prova, fragilizando a capacidade resolutiva do sistema (LANA et al., 2020).

Considerando que os pacientes com os quadros mais graves de COVID-19 geralmente são idosos (apresentando pele mais delicada e comorbidades), a probabilidade maior da presença de LP é considerável, principalmente devido ao maior tempo que esses pacientes permanecem acamados com atividade e mobilidade limitadas (SILVA e GARCIA, 1998; GUIRRA et al., 2020; RICHARDSON et al., 2020). Este agravo pode acometer região glútea e sacral com maior prevalência em decúbito dorsal horizontal, e na posição de, como também prona se observam complicações como lesão de pressão faciais, em tórax e joelho (MENDONÇA et al., 2018). Portanto, é importante a realização de estratégias que levem a uma otimização da alocação de recursos, como também tenha uma boa efetividade no tratamento (DEMARRE et al., 2015).

Dado o ambiente atual de assistência médica, no qual há um aumento expressivo nos gastos públicos em saúde, controle de custo são incentivados, e é essencial que pesquisas baseadas em evidências científicas sejam feitas a fim de detectar métodos de tratamentos eficazes e econômicos. Portanto, o objetivo do presente foi realizar uma avaliação econômica completa de dois tratamentos utilizados para a LP em estágio grau III com o hidrocolóide e colagenase avaliando a eficiência de cada técnica sob a perspectiva do SUS (BRASIL, 2013).

Desenvolvimento

Antes de iniciar a descrição da metodologia, é importante ressaltar que as avaliações econômicas de saúde (AES) não são estudos clínicos, assim, devemos deixar claro que a AES valoriza os resultados de saúde, fornecendo um dado de eficiência da tecnologia, ou seja, verificando o custo em relação ao efeito. Todos os dados são baseados em parâmetros obtidos

na literatura ou provenientes de um estudo primário e são construídos modelos e não análises estatísticas para comparar grupos de estudos ou buscar associação de variáveis. Portanto, seguimos as diretrizes para Estudos de Impacto Orçamentário/Financeiro da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias da Saúde e do Ministério da Saúde e não um guia metodológico para estudos clínicos ou observacionais (BRASIL, 2014).

O delineamento desta pesquisa baseou-se em uma análise econômica completa, do tipo custo-minimização (ACM), de dois curativos para tratamento de lesão de pressão (LP) e os materiais utilizados para a realização dos curativos. O protocolo utilizado foi da Associação Médica Brasileira⁹, e a cartilha de orientações sobre os equipamentos de proteção individual (EPI) do Conselho Federal de Enfermagem e Conselho Regional de Enfermagem (BRASIL, 2020).

Os efeitos (efetividades) das duas técnicas são similares de acordo com as revisões sistemáticas de Pott (2014) e Bugos (2000). Desta forma, o tipo de avaliação econômica recomendada é a de Custo-Minimização.

As estimativas dos custos dos tratamentos, incluindo EPI, realizou-se em três etapas: identificação, quantidade e custo dos recursos consumidos. Os recursos foram identificados e quantificados de acordo com o seu uso por tratamento, sendo atribuídos valores monetários.

Os itens necessários para a realização do curativo foram identificados e listados em uma planilha do Microsoft Office Excel. Um painel de especialistas composto por 3 profissionais experientes alinhou e padronizou as técnicas para o sistema público de saúde. O tempo utilizado para realização de cada curativo foi baseado no estudo de Lima (2015).

O presente estudo considerou dois cenários: pré pandemia e pandemia da COVID-19. Foi padronizado para os dois cenários as seguintes premissas: um total de 8 semanas de tempo de cicatrização das UP, com um total de 56 dias; um tempo médio de 9,94 minutos para cada curativo. Para o cenário pré-COVID-19 estabeleceu-se que os valores dos preços de Outubro a Dezembro de 2019, e para a pandemia COVID-19 os valores de preços consideraram os meses de Abril e Maio de 2020.

O cenário pré-COVID-19 considerou como padrão de uso luva de procedimento, luva cirúrgica, máscara descartável, gaze estéril, fita microporosa, avental polipropileno, óculos, touca, máscaras, soro fisiológico, curativo de hidrocoloide e curativo de colagenase. Um par de luvas cirúrgica e um par de luva de procedimento, máscara, gaze estéril, fita microporosa, soro fisiológico, iodopovidona, ácido graxo, curativo de hidrocoloide e curativo de colagenase é utilizado para cada curativo, enquanto avental polipropileno, óculos, touca e máscaras são utilizados durante todo o período de trabalho ou 08 horas por dia. O cenário pandemia COVID-

19 recomenda o uso de luvas, máscara N95/PFF2, máscara descartável, touca descartável, avental SMS, óculos e protetor facial (cartilha do Conselho Federal de Enfermagem). Cada item descartável é trocado após cada curativo no cenário pandemia COVID-19. Como a máscara descartável é utilizada sobre uma máscara N95/PFF2, essa última é usada um dia inteiro.

A padronização para cada tratamento foi realizada pelo painel de especialistas e também pelo estudo de Lima (2015). Para o hidrocolóide considerou-se o iodopovidona, troca de curativo a cada 5 dias, no total de 8 semanas, enquanto para a colagenase considerou-se o ácido graxo, realização de troca de curativa a cada 2 dias, no total de 8 semanas, além dos materiais utilizados para cada cenário pré pandemia e pandemia COVID-19. Em relação aos recursos humanos, foram considerados o enfermeiro e o técnico de enfermagem, com carga horária de quarenta horas semanais e suas respectivas folhas salariais na data da coleta dos dados (julho de 2020). Um cálculo de tempo de trabalho para cada curativo foi realizado.

Após detalhar o EPI necessário, foi utilizada a técnica de microcusteio, onde os insumos foram atribuídos para os materiais para cada tratamento, de acordo com a quantidade.

O acesso as fontes de informação assertivas para obtenção de um valor nacional realista e único para cada item, foi pesquisado na web através do site: O banco de Preços em Saúde (BRASIL, 2020). Este site apresenta um resumo das licitações e os preços derivados da aquisição de material em todo território nacional.

Os custos foram ajustados de acordo com o número de curativo trocados por paciente e bem como os itens de EPI utilizados, havendo a diluição dos custos nos itens de uso permanente ou a longo prazo (ex.: óculos de proteção e protetor facial). Os custos foram colocados no valor da moeda local (Reais Brasileiros – R\$). Foi realizada uma análise de sensibilidade nos dois cenários, considerando uma variação de 20% para mais ou para menos no pré pandemia e pandemia COVID-19, alguns itens sofreram um aumento exponencial de valor devido a oferta e demanda.

Foi observado um aumento de 67% no custo comparando antes e durante a pandemia para o tratamento completo com hidrocoloide (antes o valor total era R\$ 265,43 reais e durante R\$ 442,44 reais) e no tratamento de colagenase antes e durante a pandemia diferença foi de 116% (antes o valor total era R\$1.052,27 reais e durante R\$ 2.271,12). Comparando uma técnica com a outra no cenário antes da pandemia a técnica com o hidrocolóide é 296% mais barata que a colagenase. E no cenário durante a pandemia essa diferença vai para 413%, sendo a técnica com colagenase mais cara conforme Tabelas de 1 a 4

Tabela 1. Custos do curativo de hidrocoloide e materiais utilizados para tratamento de lesão de pressão grau III, antes da pandemia do COVID-19.

Tratamento Completo	Sem.	Tot. Dias	Intervalo de Aplic.	Qtd Total	Qtd Total Inteiro			
1x/5dias - 8 semanas	8	56	5	11,2	11			
Material- Hidrocoloide Antes COVID	Metri c	Qtdd por embalagem m	Qtdd por procediment o	Valor embalagem m	R\$/procediment o	Tratament o Completo		
Luva de Procediment o	unit	100	2	R\$ 14,94	R\$ 0,30	R\$ 3,29		
Luva cirúrgica	unit	2	2	R\$ 0,92	R\$ 0,92	R\$ 10,12		
Gaze estéril	unit	500	5	R\$ 11,44	R\$ 0,11	R\$ 1,26		
Fita microporosa	cm	1000	82	R\$ 3,09	R\$ 0,25	R\$ 2,79		
Avental Polipropilen o	unit	1	1	R\$ 1,29	R\$ 1,29	R\$ 14,19		
Óculos	unit	1	1	R\$ 2,27	R\$ 2,27	R\$ 2,27		
Touca	unit	100	1	R\$ 4,70	R\$ 0,05	R\$ 0,52		
Mascaras	unit	100	1	R\$ 7,89	R\$ 0,08	R\$ 0,87		
Iodopovidon a	ml	100	10	R\$ 2,31	R\$ 0,23	R\$ 2,54		
Soro Fisiológico	ml	10	20	R\$ 0,15	R\$ 0,30	R\$ 3,30		
Hidrocoloide e 20x20	unit	1	1	R\$ 16,20	R\$ 16,20	R\$ 178,20		
Enfermagem	R\$	s/n	1	R\$ 3.041,22	R\$ 3,02	R\$ 33,22		
Técnico de Enfermagem	R\$	s/n	1	R\$ 1.186,00	R\$ 1,17	R\$ 12,87	Custo mínimo (-20%)	Custo máximo (+20%)
Total					R\$ 26,19	R\$ 265,43	R\$ 212,34	R\$ 318,51

*Salário-mínimo vigente = R\$ 1.045,00, Brasil, 2020.

Tabela 2. Custos do curativo de hidrocoloide e materiais utilizados para tratamento de lesão de pressão grau III, durante a pandemia do COVID-19.

Tratamento Completo	Sem.	Tot. Dias	Intervalo de Aplic.	Qtd Total	Qtd Total Inteiro	
1x/5dias - 8 semanas	8	56	5	11,2	11	
Material-Hidrocoloid e COVID	Metri c	Qtdd por embalagem	Qtdd por procediment o	Valor embalagem	R\$/procediment o	Tratament o Completo
Luva de Procediment o	unit	100	2	R\$ 16,87	R\$ 0,34	R\$ 3,71
Luva cirurgia	unit	2	2	R\$ 0,85	R\$ 0,85	R\$ 9,35
Gaze estéril	unit	500	5	R\$ 6,00	R\$ 0,06	R\$ 0,66
Avental SMS	unit	1	1	R\$ 9,53	R\$ 9,53	R\$ 104,83
Touca	unit	100	1	R\$ 15,30	R\$ 0,15	R\$ 1,68
Protetor Facial	unit	1	1	R\$ 35,63	R\$ 35,63	R\$ 35,63
Óculos	unit	1	1	R\$ 5,32	R\$ 5,32	R\$ 5,32
Máscara cirig		100	1	R\$ 87,35	R\$ 0,15	R\$ 1,68
Fita microporosa	cm	1000	82	R\$ 3,47	R\$ 0,28	R\$ 3,13
Máscaras n95	unit	1	1	R\$ 24,85	R\$ 49,70	R\$ 49,70
Iodopovidon a	ml	100	10	R\$ 2,23	R\$ 0,22	R\$ 2,45
Soro Fisiológico	ml	10	20	R\$ 0,20	R\$ 0,40	R\$ 4,40
Hidrocoloid e 15x15	unit	1	1	R\$ 15,80	R\$ 15,80	R\$ 173,80
Enfermagem	R\$	s/n	1	R\$ 3.041,22	R\$ 3,02	R\$ 33,22

Técnico de Enfermagem	R\$	s/n	1	R\$ 1.186,00	R\$ 1,17	R\$ 12,87	Custo mínimo o (- 20%)	Custo máximo o (+20%))
Total					R\$ 122,63	R\$ 442,44	R\$ 353,95	R\$ 530,93

*Salário-mínimo vigente = R\$ 1.045,00, Brasil, 2020.

Tabela 3. Custos do curativo de colagenase e materiais utilizados para tratamento de lesão de pressão grau III, antes da pandemia do COVID-19.

Tratamento Completo	Sem.	Tot. Dias	Intervalo de Aplic.	Qtd Total	Qtd Total Inteiro			
2xdias - 8 semanas	8	56	2	112	112			
Material- Colagenase Antes COVID	Metri c	Qtdd por embalagem m	Qtdd por procedimento to	Valor embalagem m	R\$/procedimen to	Tratament o Completo		
Luva de Procedimento	unit	100	2	R\$ 14,94	R\$ 0,30	R\$ 33,47		
Luva cirurgia	unit	2	2	R\$ 0,92	R\$ 0,92	R\$ 103,04		
Gaze estéril	unit	500	5	R\$ 11,44	R\$ 0,11	R\$ 12,81		
Fita microporosa	cm	1000	82	R\$ 3,09	R\$ 0,25	R\$ 28,38		
Avental Polipropileno	unit	1	1	R\$ 1,29	R\$ 1,29	R\$ 144,48		
Óculos	1	1	1	R\$ 2,27	R\$ 2,27	R\$ 2,27		
Touca	unit	100	1	R\$ 4,70	R\$ 0,05	R\$ 5,26		
Máscaras cirg	unit	100	1	R\$ 7,89	R\$ 0,08	R\$ 8,84		
Ac. Graxo	ml	200	10	R\$ 3,35	R\$ 0,17	R\$ 18,76		
Soro Fisiológico	ml	10	20	R\$ 0,15	R\$ 0,30	R\$ 33,60		
Colagenase	g	30	5	R\$ 10,29	R\$ 1,72	R\$ 192,08		
Enfermagem	R\$	s/n	1	R\$ 3.041,22	R\$ 3,02	R\$ 338,24		
Técnico de Enfermagem	R\$	s/n	1	R\$ 1.186,00	R\$ 1,17	R\$ 131,04	Custo mínimo (-20%)	Custo máximo (+20%)
Total					R\$ 11,64	R\$ 1.052,27	R\$ 841,81	R\$ 1.262,72

*Salário mínimo vigente = R\$ 1.045,00, Brasil, 2020.

Tabela 4. Custos do curativo de colagenase e materiais utilizados para tratamento de lesão de pressão grau III, durante a pandemia do COVID-19.

Tratamento Completo	Sem.	Tot. Dias	Intervalo de Aplic.	Qtd Total	Qtd Total Inteiro			
2xdias - 8 semanas	8	56	2	112	112			
Material-Colagenase COVID	Metri c	Qtdd por embalagem m	Qtdd por procedimen to	Valor embalagem m	R\$/procedime nto	Tratamento Completo		
Luva de Procedimento	unit	100	2	R\$ 16,87	R\$ 0,34	R\$ 37,79		
Luva cirurgia	unit	2	2	R\$ 0,85	R\$ 0,85	R\$ 95,20		
Gaze estéril	unit	500	5	R\$ 6,00	R\$ 0,06	R\$ 6,72		
Avental sms	unit	1	1	R\$ 9,53	R\$ 9,53	R\$ 1.067,36		
Touca	unit	100	1	R\$ 15,30	R\$ 0,15	R\$ 17,14		
Protetor Facial	unit	1	1	R\$ 35,63	R\$ 35,63	R\$ 35,63		
Óculos	unit	1	1	R\$ 5,32	R\$ 5,32	R\$ 5,32		
Máscara cirúrgica	unit	100	1	R\$ 87,35	R\$ 0,87	R\$ 97,83		
Fita microporosa	cm	1000	82	R\$ 3,47	R\$ 0,28	R\$ 31,87		
Máscaras 95	unit	1	1	R\$ 24,95	R\$ 149,70	R\$ 149,70		
Ac. Graxo	ml	200	10	R\$ 3,21	R\$ 0,16	R\$ 17,98		
Soro Fisiológico	ml	10	20	R\$ 0,20	R\$ 0,40	R\$ 44,80		
Colagenase	g	30	5	R\$ 10,42	R\$ 1,74	R\$ 194,51		
Enfermagem	R\$	s/n	1	R\$ 3.041,22	R\$ 3,02	R\$ 338,24		
Técnico de Enfermagem	R\$	s/n	1	R\$ 1.186,00	R\$ 1,17	R\$ 131,04	Custo mínimo (-20%)	Custo máximo (+20%)

Total	R\$ 209,23	R\$	R\$	R\$
		2.271,12	1.816,8	2.725,3
			9	4

*Salário-mínimo vigente = R\$ 1.045,00, Brasil, 2020.

A lesão de pressão de grau II ao IV são os mais prevalentes em pacientes internados em hospitais (MOORE et al., 2019). Desta forma, a escolha da lesão de pressão grau III foi escolhida para que se pudesse padronizar as técnicas e parametrizar os custos de forma mais adequada. Além disso, não há avaliações econômicas para este assunto, o que é uma lacuna importante diante da escassez de recursos na economia. Na comparação do cenário antes e durante a pandemia do COVID-19, mostrou que a diferença entre o custo dos tratamentos deu-se principalmente pelo acréscimo dos materiais de EPI's, uma vez que é necessário seguir as recomendações do Conselho Federal de Enfermagem e Conselho Regional de Enfermagem (BRASIL, 2020). Os valores dos curativos em si não apresentaram aumento importante

O tempo de tratamento estabelecido foi de 08 semanas para as duas técnicas (GRAUMLICH et al., 2013). Quanto a troca de curativos, o hidrocolóide é realizado 1x a cada 05 dias, totalizando 11 trocas. Em contrapartida, a troca do colagenase acontece com intervalo de aplicação de 2x ao dia, totalizando 112 trocas para um paciente (AMB, 2013).

Observa-se neste estudo que os custos para a realização de um procedimento, foi parecido nos dois tratamentos. Entretanto, mesmo havendo mais trocas do curativo colagenase, este continua sendo mais econômico em relação ao hidrocoloide. Um estudo realizado por Heyneman (2008) corrobora os achados encontrados em nosso estudo onde o curativo hidrocoloide não foi tão eficaz na redução da dimensão da ferida, além de ser mais caro.

Pott (2014) encontraram que a colagenase foi mais efetiva em relação ao tratamento com hidrocoloide, encontrando um sucesso de 91,7% contra 63,6% do hidrocoloide. Já no estudo realizado por Burgos (2000), nota-se superioridade da técnica com colagenase, porém não encontraram diferença estatística quando comparado a hidrocoloide. A cicatrização da lesão de pressão segundo pesquisadores, mostra que os dois tratamentos têm sucesso semelhantes na cicatrização/tempo, sem diferenças estatísticas (GRAUMLICH et al. 2017; BURGO et al., 2000; PATRY e BLANCHETTE et al., 2017). No estudo de Patry (2017), através de revisão sistemática observou que um estudo favorece o colagenase quando se fala de fechamento por completo da ferida, mostrando maior redução do tamanho.

Sendo assim, considerando os resultados desta pesquisa sugere-se que o gestor faça uma escolha pautada entre o tratamento mais barato versus o número de troca. Novas recomendações

de biossegurança aumentaram significativamente os custos em ambos os tratamentos, sendo a técnica do hidrocoloide a mais eficiente economicamente.

Referências

ARAUJO, Meiriele Tavares et al. Análise de custo da prevenção e do tratamento de lesão por pressão: revisão sistemática. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 89, n. 27, 2019.

Associação Médica Brasileira. Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação. Úlcera por pressão: tratamento. 2013. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_DIRETRIZES/ulceras_por_pressao_tratamento/files/assets/common/downloads/publication.pdf. Acesso 25 de maio de 2020.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Covid-19: Orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (Epi). 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf. Acesso 19 de agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: diretriz de avaliação econômica. 2.ed. Brasília, DF; 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_diretriz_avaliacao_economica.pdf. Acesso 1 de setembro de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES Nº 03/2017. PRÁTICAS SEGURAS PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE. DISPONÍVEL EM: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Nota+T%C3%A9cnica+GVIMS-GGTES+n%C2%BA+03-2017/54ec39f6-84e0-4cdb-a241-31491ac6e03e>. ACESSO 19 DE SETEMBRO DE 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO. 2013. DISPONÍVEL EM: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>. ACESSO 13 DE SETEMBRO DE 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de Preços em Saúde –BPS. Disponível em: <http://bps.saude.gov.br/login.jsf>

BURGOS, Angel et al. Cost, efficacy, efficiency and tolerability of collagenase ointment versus hydrocolloid occlusive dressing in the treatment of pressure ulcers. **Clinical Drug Investigation**, v. 19, n. 5, p. 357-365, 2000.

CHACON, Julieta MF et al. Direct variable cost of the topical treatment of stages III and IV pressure injuries incurred in a public university hospital. **Journal of tissue viability**, v. 26, n. 2, p. 108-112, 2017.

DA GUIRRA, Pedro Silva Bezerra et al. Manejo do paciente com COVID-19 em pronação e prevenção de lesão por pressão. **Health Residencies Journal-HRJ**, v. 1, n. 2, p. 71-87, 2020.

DEMARRÉ, Liesbet et al. The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review. **International journal of nursing studies**, v. 52, n. 11, p. 1754-1774, 2015.

GRAUMLICH, James F. et al. Healing pressure ulcers with collagen or hydrocolloid: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 51, n. 2, p. 147-154, 2003.

HEYNEMAN, Alexander et al. A systematic review of the use of hydrocolloids in the treatment of pressure ulcers. *Journal of clinical nursing*, v. 17, n. 9, p. 1164-1173, 2008.

LANA, Raquel Martins et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00019620, 2020.

MENDONÇA, Paula Knoch et al. Prevenção de Lesão por Pressão: ações prescritas por enfermeiros de centros de terapia intensiva. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 27, n. 4, 2018.

MOORE, Zena EH; PATTON, Declan. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 1, 2019.

PATRY, Jérôme; BLANCHETTE, Virginie. Enzymatic debridement with collagenase in wounds and ulcers: a systematic review and meta-analysis. *International wound journal*, v. 14, n. 6, p. 1055-1065, 2017.

POTT, Franciele Soares et al. A efetividade do hidrocoloide versus outras coberturas na cicatrização de úlceras por pressão em adultos e idosos: revisão sistemática e metanálise. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 22, n. 3, p. 511-520, 2014.

RICHARDSON, Safiya et al. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City area. *Jama*, v. 323, n. 20, p. 2052-2059, 2020.

SERRANO, M. LIMA; MÉNDEZ, M.I. GONZÁLEZ; CEBOLLERO, ET AL. Risk factors for pressure ulcer development in Intensive Care Units: A systematic review. *Medicina Intensiva*, v. 41, n. 6, p. 339-346, 2017.

SILVA, Maria do Socorro Moura Lins; GARCIA, Telma Ribeiro. Fatores de risco para úlcera de pressão em pacientes acamados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 51, n. 4, p. 615-628, 1998.

SMITH, ME BETH ET AL. PRESSURE ULCER TREATMENT STRATEGIES: A SYSTEMATIC COMPARATIVE EFFECTIVENESS REVIEW. *ANNALS OF INTERNAL MEDICINE*, v. 159, n. 1, p. 39-50, 2013.

SOARES, RHEA SÍLVIA AVILA ET AL. SIGNIFICADO DO PROTOCOLO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: QUALIFICANDO A GERÊNCIA DO CUIDADO DO ENFERMEIRO. *ENFERM. FOCO (BRASÍLIA)*, p. 19-24, 2017.

TAYYIB, NAHLA; COYER, FIONA. EFFECTIVENESS OF PRESSURE ULCER PREVENTION STRATEGIES FOR ADULT PATIENTS IN INTENSIVE CARE UNITS: A SYSTEMATIC REVIEW. *WORLDVIEWS ON EVIDENCE-BASED NURSING*, v. 13, n. 6, p. 432-444, 2016.

TUBAISHAT, AHMAD ET AL. PRESSURE ULCERS PREVALENCE IN THE ACUTE CARE SETTING: A SYSTEMATIC REVIEW, 2000-2015. *CLINICAL NURSING RESEARCH*, v. 27, n. 6, p. 643-659, 2018.

CAPÍTULO 4

ASSISTENTE SOCIAL: LINHA DE FRENTE AO ATENDIMENTO DA POLÍTICA PÚBLICA DO TRABALHO, EMPREGO E RENDA

SOCIAL ASSISTANT: FRONT OF THE FOLLOW-UP TO THE PUBLIC POLICY FOR LABOR, EMPLOYMENT AND INCOME

Evelin Reis Castro¹

RESUMO

Nesse texto, o objetivo é destacar a atuação do/a assistente social na Política Pública de Trabalho, Emprego e Renda, uma vez que muitas pessoas ainda desconhecem esse trabalho. Para que se possa compreender o ponto de partida da atuação desse profissional nessa política pública faz-se necessário apresentar uma síntese histórica. Para isso, a metodologia utilizada neste artigo consistiu em uma análise documental numa abordagem qualitativa. Diante do exposto, cabe destacar que o cotidiano desse profissional se faz totalmente presencial, não há, portanto, a possibilidade do trabalho remoto, visto que é necessário o diálogo direto com o/a trabalhador/a e por isso consideramos o assistente social dessa política pública como linha de frente no atendimento dos impactos causados pela pandemia da Covid-19.

Palavras-chave: Serviço social, Política pública, Trabalho, Emprego e Renda

ABSTRACT

In this text, the objective is to highlight the role of the social worker in the Public Policy on Labor, Employment and Income, since many people are still unaware of this work. In order to understand the starting point of the performance of this professional in this public policy, it is necessary to present a historical synthesis. For that, the methodology used in this article consisted of a documental analysis in a qualitative approach. Given the above, it is worth noting that the daily life of this professional is completely in person, therefore, there is no possibility of remote work, since it is necessary to have a direct dialogue with the worker and that is why we consider the social worker of this public policy as the front line in addressing the impacts caused by the Covid-19 pandemic.

Keywords: social service, public policy, Labor, Employment and Income

¹ Assistente Social do quadro permanente da PMCG/MS, Especialista em Gestão em Saúde (UFMS, 2017). Contato: evelin.reis@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A pandemia da Covid-19, mais precisamente, a partir de março de 2020 colocou a sociedade de forma geral experienciar sérios impactos frente às Políticas Públicas e Sociais que promoveu perdas e sequelas, não exclusivamente da saúde ou da própria vida, mas em muitos casos a perda, do emprego, da renda, da moradia e da dignidade entre outros problemas de ordem social.

Não temos a mínima intenção de comparar a atuação do/a Assistente Social (AS) que desempenha o seu trabalho na Política Pública de Trabalho, Emprego e Renda com os demais profissionais da mesma área que atuam em outras políticas públicas, pois, o trabalho é realizado em parceria, e temos conhecido da importância de cada um/a deles/as para os atendimentos realizados.

Nesse texto, o objetivo é destacar a atuação do/a AS na Política Pública de Trabalho, Emprego e Renda, uma vez que muitas pessoas ainda desconhecem esse trabalho que tem sido uma contribuição substancial na vida da população.

No atual cenário, os desafios têm sido descomunais e têm exigido desses profissionais não somente a atuação técnica, mas principalmente a dedicação à escuta qualificada que se torna a característica imprescindível para a realização desses atendimentos.

CONTEXTO HISTÓRICO

O momento que vivemos é um momento pleno de desafios, mais do que nunca é preciso ter coragem. É preciso ter esperança para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar [...].

(IAMAMOTO, 2004)

Iniciamos as considerações, pontuando que o objeto de trabalho do Assistente Social são as questões sociais e que, pela formação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa podemos ocupar diversos espaços sócio-ocupacionais.

Para Raichelis (2010):

O trabalho do assistente social é, pois, a expressão de um movimento que articula conhecimentos e luta por espaços no mercado de trabalho, competências e atribuições privativas que têm reconhecimento legal nos seus estatutos normativos e reguladores (regulamentação profissional, código de ética, diretrizes curriculares da formação profissional), projeto ético-político que confere direção social ao trabalho profissional. Ao mesmo tempo, os sujeitos que a exercem, individual e coletivamente, se subordinam às normas de enquadramento institucional, mas também se organizam e se mobilizam no interior de um coletivo de trabalhadores que repensam a si mesmos e a sua intervenção no campo da ação profissional (RAICHELIS, 2010, p. 753).

Desse modo, os Assistentes Sociais se preparam por quatro anos para exercer a profissão pautada no Código de Ética (Lei de Regulamentação da Profissão 8662/93).

Dessa forma, a metodologia utilizada neste artigo consistiu de uma análise documental numa abordagem qualitativa.

Para compreender o ponto de partida do trabalho do Assistente Social na Política Pública de Trabalho, Emprego e Renda faz-se necessário recorrer a uma síntese histórica.

No contexto atual, onde a Pandemia se faz presente algumas políticas públicas se evidenciam como por exemplo a Saúde, Assistência Social e a Previdência. A primeira por atender diretamente à população e muitas vezes seus familiares, também realizam visitas domiciliares entre outras atribuições, sendo os atendimentos de forma presencial. A segunda por dar assistência às famílias em situação de vulnerabilidade e risco social quase sempre indo “*in loco*” na residência ou até mesmo apoiando pessoas em situação de rua. Já a terceira como mais uma possibilidade de atendimento ao cidadão visando esclarecer quanto aos seus direitos sociais e previdenciários e os meios de exercê-los, podendo atuar no âmbito interno ou externo da instituição. Contudo, outras políticas não citadas também são de extrema relevância, mas foram pontuadas as supracitadas apenas como exemplo.

Os serviços oferecidos em âmbito federal, estadual e municipal convergem para o melhor atendimento da população. No entanto, é na esfera local que os desafios aumentam.

Segundo Raichelis (2010):

Esta dinâmica é ainda mais intensa em âmbito municipal, considerando as novas requisições que chegam aos municípios em virtude da descentralização e municipalização dos serviços sociais públicos e diante das inúmeras pressões que sofrem diretamente das populações atingidas pelo desemprego, pobreza, violência, insegurança do trabalho e da moradia (RAICHELIS, 2010, p. 757).

Mas e a Política Pública do Trabalho, Emprego e Renda? Sobre esta podemos mencionar que preconiza e prioriza o atendimento ao trabalhador/a desempregado/a viabilizando o acesso ao seguro-desemprego, à qualificação profissional e o encaminhamento ao mercado de trabalho formal.

Parte do Sistema Nacional de Emprego (SINE) atende também o microcrédito e a economia solidária que visam a promoção e o incentivo às cooperativas e geração de rendas através dos pequenos negócios. Incentiva, ainda, o acesso a informações voltadas ao mercado de trabalho formal e à fiscalização ao trabalho infantil e escravo.

Verificando a, constatamos que uma ascensão de ações: em 1930 a criação do Ministério do Trabalho; em 1943 a Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT; em 1966 o início do Fundo

de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), posteriormente, em 1970 a concepção do Programa de Integração Social (PIS) e Patrimônio do Servidor Público (PASEP) e a relevante iniciativa do Sistema Nacional de Emprego (SINE) em 1975, e do Seguro-Desemprego em 1986.

Vale lembrar que o SINE oficializado por meio do Decreto Federal 76.403, de 1975 teve sua gestão a cargo do Ministério do Trabalho com a finalidade primeira da mediação de mão de obra empregatícia.

Dessa maneira, para a manutenção das despesas do SINE os recursos eram oriundos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) por meio do programa Seguro-desemprego, e para isso normas eram definidas pelo Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador – (CODEFAT) e deveriam ser seguidas.

Assim, o SINE passou a agregar atendimentos como Intermediação de Mão de Obra de Emprego, Seguro Desemprego e Acesso à Qualificação Profissional.

No entanto, considera-se que o mercado de trabalho demonstrava fragilidade frente ao desempenho e mudanças na economia e, por isso, os índices de desemprego e a precarização do trabalho se fizeram presentes no país desde a década de 1990 prejudicando, de certa forma, algumas proteções sociais como, por exemplo, a queda na qualidade das já oferecidas.

Em razão disso e para fazer frente às questões sociais apresentadas, o Governo Federal juntamente com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) adotaram em 2003 a normativa que institui a criação do Trabalho Decente, respeitando os direitos fundamentais dos trabalhadores/as. Foi, assim, constituído o Plano Nacional de Emprego e Trabalho Decente em 2010, que prediz o trabalho produtivo e remunerado adequadamente, garantindo, especialmente, a equidade e segurança entre outros.

Tendendo reduzir a informalidade, rotatividade de emprego, desigualdades sociais reparando as questões de segurança e saúde nos locais de trabalho, houve um imperativo de priorizar três aspectos nesse plano, os quais se resumem em geração de melhores empregos, erradicação do trabalho escravo e infantil e fortalecimento do governo, empregadores e trabalhadores favorecendo o diálogo social.

Até aqui foi contextualizado o cenário das políticas públicas e da criação do SINE como ponto de apoio ao trabalhador/a desempregado/a, mas ainda não mencionamos a atuação profissional do/a Assistente Social no SINE Municipal de Campo Grande - MS.

Agora, passamos a pontuar a nossa atuação como profissional nessa política, um trabalho, consideravelmente, novo no SINE de Campo Grande - MS, mas que ganhou força mais especificamente a partir do ano de 2012, no nosso caso, quando apenas uma profissional desenvolvia seus atendimentos mais voltados a um Projeto Social Itinerante junto aos bairros da capital, sempre no atendimento à população, registrando esses atendimentos, realizando

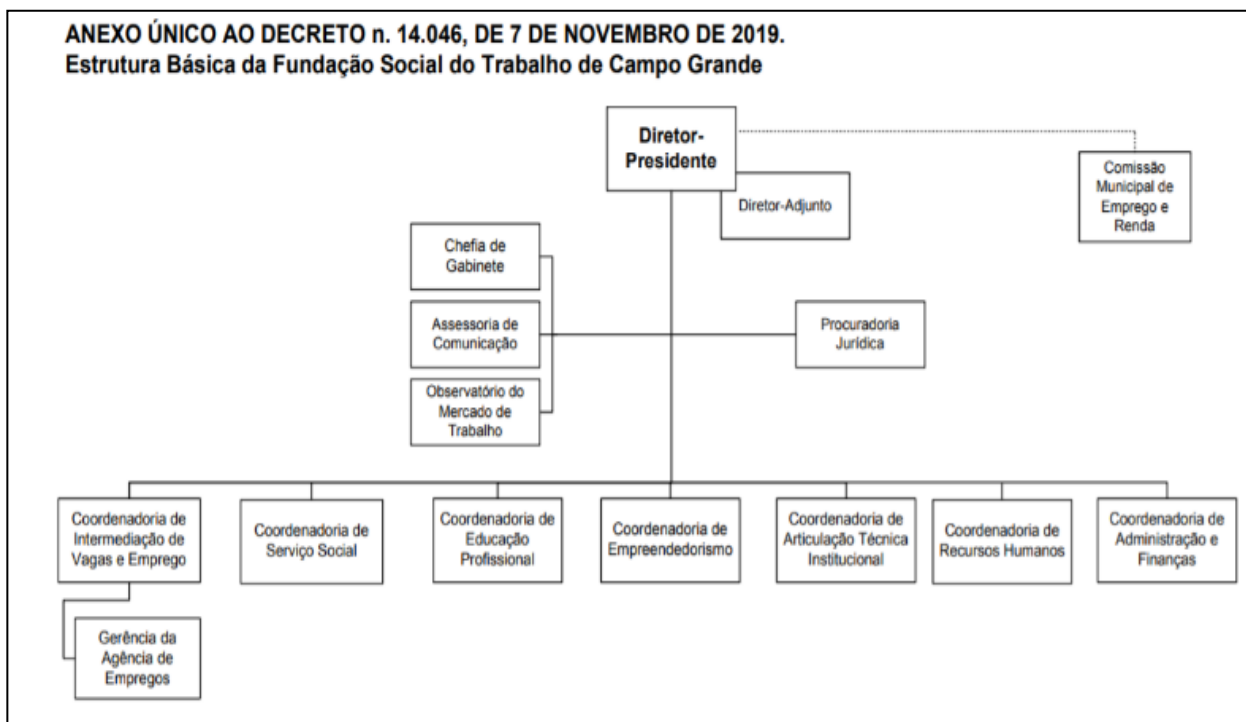
encaminhamentos, fazendo relatórios entre outras atribuições privativas. De lá pra cá, outros profissionais iniciaram sua trajetória na Agência de Empregos, cada um em um setor diferente, porém sempre respeitando suas atribuições privativas, direitos e deveres contidos nas resoluções.

Após muitas reuniões entre os profissionais (AS) desse local, iniciou-se um movimento de sensibilização para a consciência coletiva e a necessidade de originar de fato o setor de Serviço Social.

Esse movimento respeitoso, porém, insistente ganhou força gradativamente, pois, juntos, criamos formulários específicos de atendimento, encaminhamento à rede, reuniões, plano de trabalho, projetos entre outros, todos necessários para evidenciar a necessidade de obter um setor, um espaço sócio-ocupacional adequado para que pudéssemos atender nossa demanda.

Posteriormente, no início de 2020 após todo esse movimento que se estendeu por aproximadamente sete anos conquistamos com devido respeito, importância e significância a Coordenadoria de Serviço Social sendo incluída no Organograma da Instituição (Diogrande n. 5.822, oficial, de 5 de fevereiro de 2020).

Figura 1: organograma da FUNSAT



Fonte: DIOGRANDE, de 05 de fevereiro de 2020, p. 2.

Em decorrência, todos os Assistentes Sociais passam a atender em um único espaço sócio-ocupacional, podendo o serviço ser individualizado ou grupal, se necessário for. Nosso público-alvo são pessoas em situação de desemprego, encaminhadas pela rede socioassistencial ou demanda da própria instituição, os quais são acolhidos pelos funcionários de outros setores.

Nessa perspectiva, é necessário apresentar um conteúdo informativo das vivências e deficiências observadas no atendimento ao trabalhador/a não só durante a Pandemia, mas que se agravaram ou se evidenciaram com ela.

O ASSISTENTE SOCIAL E A POLÍTICA PÚBLICA DE TRABALHO, EMPREGO E RENDA... NA PERSPECTIVA DA PANDEMIA

Nós Assistentes Sociais da Política Pública de Trabalho, Emprego e Renda, como já dito anteriormente, temos como objeto de trabalho “as questões sociais” e o desemprego é senão uma delas.

Nesse sentido, trabalhamos diretamente com as pessoas em processo de desemprego e, durante o atendimento do Serviço Social observamos muitas situações que se tornam relevantes, dentre elas a baixa escolaridade, carência de cursos de qualificação profissional, inexperiência profissional, o negacionismo do processo da busca por conhecimento, a estagnação e até a procrastinação. Temos, ainda, situações que envolvem o cuidado com os filhos, pois temos conhecimento que muitas unidades educacionais (ensino fundamental, educação infantil) paralisaram suas atividades presenciais e assim, os pais ou responsáveis não tiveram com quem deixar suas crianças e adolescentes.

Esse panorama pode ser endossado pelo pensamento de Raichelis (2010) quando declara “A assistência social é um setor intensivo de força de trabalho humana (p. 764)”.

Logo, em nossas escutas qualificadas, identificamos muitas situações complexas, dentre elas a necessidade do abandono aos estudos para trabalhar, o cuidar dos filhos, a violência doméstica, os abusos sofridos, a falta de apoio familiar, procrastinação e o próprio desemprego que muitas vezes derruba o véu motivacional que encobre a vida desse trabalhador/a.

Por outro lado, há também os profissionais que são extremamente qualificados em relação à formação acadêmica, muitos com diplomas de nível superior, capacitados profissionalmente apresentando experiências comprovadas, mas que não conseguem se reinserir no mercado formal. Estes, muitas vezes optam pelo empreendedorismo, alguns logram êxito, outros nem tanto, mas nesta fase a maioria desiste por não conseguir manter os custos de uma empresa.

Outro ponto a ser considerado é o do Empregador, empresas multinacionais, as grandes, médias e pequenas, muitas fechando as portas, dispensando grandes percentuais de funcionários. De modo geral e sucinto algumas empresas, ainda, buscam por trabalhadores/as com grau escolar mínimo “ensino médio completo” ou a partir daí, com espírito de equipe, liderança, pró-atividade, disponibilidade de tempo, em alguns casos experiência mínima de seis meses (anos atrás era solicitado 01 ano de experiência) e disposição para aprender e crescer na empresa.

Outras ponderações é que, às vezes o empregador acredita que o currículo do candidato é tão qualificado e não lhe contrata alegando não ter condições de remunerá-lo adequadamente.

Em outros casos, a disponibilidade do trabalhador não faz ponte com as oportunidades oferecidas pelo empregador e os motivos são os mais variados, alguns já especificados acima. Contudo, com a Pandemia a situação se agravou, principalmente, por conta dos fechamentos das empresas. Vale ressaltar que, os exemplos, aqui, citados não se aplicam a todos, existem exceções, mas estamos discursando de forma geral.

Diante do exposto, cabe, aqui, destacar que o nosso cotidiano profissional se faz totalmente presencial, não há, portanto, para nós, a possibilidade do trabalho remoto, visto que precisamos deste diálogo com o trabalhador, do olho no olho que revelam muitas vezes o clima tenso ocasionado pela Pandemia, entre outros fatores de ordem pessoal e social, já esvaiu todos os seus recursos possíveis para buscar uma oportunidade de emprego, tendo gastos com condução, impressão de currículos, alimentação somando-se a isso o desgaste físico e emocional.

Sobre o trabalho apresentado frente à Pandemia da Covid-19, considera-se que os da política pública de trabalho, emprego e renda, também atuam na linha de frente, pois, com o atendimento presencial e sem saber quem testou ou não positivo para a doença, precisamos reunir forças para o bem atender e realizar a escuta qualificada, mesmo sabendo que muitas vezes não haverá naquele dia e momento uma oportunidade para aquele trabalhador/a, dada as razões já mencionadas.

O cenário do mercado de trabalho nesses últimos meses tornou-se desafiador, pois muitas empresas, na grande maioria pequenas e médias, precisaram diminuir o número de funcionários para se manter abertas, enquanto outras que não tiveram a mesma possibilidade acabaram por dispensar seus funcionários e findaram suas atividades.

Tais empregadores também estão se reinventando, num momento delicado e complexo, estão todos, praticamente, sem renda e é nessa perspectiva que as filas pelo cadastramento ao

Seguro-desemprego e apoio no atendimento ao Auxílio Emergencial aumentaram nas agências dos SINES.

Em decorrência, motivos como: a falta de emprego, o fechamento das empresas, a flexibilização necessária no município, o isolamento social, e o distanciamento entre as pessoas somado a outros fatores como a baixa escolaridade e qualificação profissional, currículos inconsistentes entre outros, além da queda nas inserções profissionais comumente nos meses de janeiro a março em todos os anos, a circulação na agência de empregos de Campo Grande-MS torna-se, portanto, inevitável e não há como impedi-la, apenas organizá-la.

Ainda que, respeitando todas as normas de biossegurança, a adesão ao Seguro-desemprego aumentou, consideravelmente, bem como os problemas ocasionados na solicitação do auxílio emergencial que tem exigido de nossos colaboradores se desdobraram desde o início, para cooperar com a população nesse sentido, orientando e disponibilizando maquinário e seus próprios conhecimentos e habilidades a fim de viabilizar o atendimento, bem como o acesso à internet por meio de wi-fi.

Outro fato que merece ser ressaltado é a emissão da Carteira de Trabalho, pois, atualmente, salvo algumas exceções, a carteira de trabalho impressa foi extinta passando a valer somente a carteira de trabalho digital, mas a segunda, desfavoravelmente, não é válida como documento de identificação.

Considerando isso, temos, cotidianamente, atendido pessoas que não possuem a documentação completa e, não obstante, realizamos muitas orientações, pois, não conseguimos atendê-los sem os documentos mínimos necessários que um cidadão precisa ter. E é nesse sentido que as Políticas Públicas se unem ainda mais para atender esse público.

Sabemos de todos os riscos à nossa própria saúde, de nossas famílias e também dos trabalhadores/as empregados e desempregados e seus entes. Contudo, sabemos, ainda, que o desemprego somado à situação de saúde da população que nos procura, tem deixado as pessoas desesperançadas.

Temos constatado pessoas chorosas e desesperadas por perderem suas rendas, muitas estão percebendo agora a necessidade de retomar os estudos e se qualificar, fala que está sempre presente em nossas orientações constantes e diárias. Algumas famílias presenciaram a dor de uma separação, outras não conseguiram continuar pagando aluguel ficando ainda mais vulneráveis.

Também pontuamos, aqui, o fato de os trabalhadores desempregados neste período, ter buscado um labor autônomo ao menos para arcar com alimentação e aluguel, mas isso nem

sempre é possível. As ruas de Campo Grande-MS estão tomadas por ambulantes, estrangeiros e usuários de substâncias psicoativas.

Outro ponto a considerar são os migrantes e os imigrantes e destaca-se também a contribuição que as Organizações Não Governamentais - ONG'S trazem a estas pessoas somadas ao trabalho governamental.

Com o impedimento das aulas presenciais, as pessoas em situação de rua foram convidadas a se deslocarem e se dirigirem aos abrigos/escolas, locais em que recebem todo apoio, orientação e assistência necessária. Estas pessoas nos são encaminhadas para viabilizar uma vaga de emprego formal ou inserção em programa social.

Como resultado do que foi dito, cabe mencionar que estamos com uma demanda colossal, mas nos deparamos com toda a falta de condições já descritas no percurso deste texto: documentos, experiência, escolaridade, qualificação profissional etc. Considerando que a perspectiva de aberturas de vagas está reagindo gradativamente, as empresas ainda não se recuperaram do reflexo pandêmico “que ainda está presente”. Até então não temos a dimensão do que está por vir, mas acreditamos que poderá haver um agravamento desta crise capital/trabalho e que transformações muito profundas podem acontecer.

Somos assistentes sociais da política pública do Trabalho, Emprego e Renda e, portanto, também nos consideramos linha de frente, esperando a vacina chegar para todos (as), de forma justa, a fim de que possamos ter mais segurança e tranquilidade para trabalhar, e desenvolver nossas atribuições privativas e viabilizando o acesso aos direitos sociais de nossos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quem elegeu a busca não pode recusar a travessia.
GUIMARÃES ROSA

Dada a peculiaridade e complexidade do tema abordado, nosso propósito aqui foi destacar a atuação do/a AS na Política de Trabalho, Emprego e Renda, pois, de certa forma, parte da população desconhece o histórico e, como, por que e para que o trabalho tem sido realizado por estes profissionais que tem contribuído com uma escuta especializada e orientações cabíveis aos usuários.

Portanto, por manter o contato diário com esse público, nos consideramos linha de frente no atendimento à população de nossa capital.

REFERÊNCIAS

Assembleia Legislativa de Minas Gerais. ALMG. **Trabalho, Emprego e Renda**. Disponível em

<https://politicaspUBLICAS.almg.gov.br/temas/trabalho_emplogo_renda/entenda/informacoes_gerais.html?tagNivel1=10&tagAtual=10>. Acesso em 26 de mar de 2021.

Conselho Federal de Serviço Social. **CFESS Manifesta**. Os impactos do Coronavírus no trabalho do/a assistente social. Disponível em

<<http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaEdEspecialCoronavirus.pdf>>. Acesso em 26 de mar de 2021.

Diário Oficial de Campo Grande – MS. DIOGRANDE n. 5.822, de 5 de fevereiro de 2021, p. 2.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional! 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000. Disponível em <

<https://wandersoncmagalhaes.files.wordpress.com/2013/07/livro-o-servico-social-na-contemporaneidade-marilda-iamamoto.pdf>>. Acesso em 26 de mar de 2021.

RAICHELIS, Raquel. Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no Suas. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 104, p. 750-772, out./dez. 2010.

Disponível em < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000400010>. Acesso em 17 de abril de 2021.

CAPÍTULO 5

COORTE RETROSPECTIVA DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON EM GESTANTES ADOLESCENTES: GRUPOS PREDOMINANTES E DESFECHOS

Carolina Peres Yoneda¹
Paula Ferreira Simonetti Alves²
Rafaela Marques Freire³
Carlos Izaías Sartorão Filho⁴
Maria José Caetano Damasceno⁵

RESUMO

Trata-se de estudo observacional tipo Coorte retrospectivo de abordagem quantitativa cujo objetivo consiste em categorizar, de acordo com a Classificação de Robson, proposta pela OMS, os partos das gestantes adolescentes de Assis-SP e compará-las com as mesmas do Estado de São Paulo. Para a coleta de dados utilizou-se as Declarações de Nascidos Vivos do DATASUS, dos partos entre 2014 e 2018. Foram analisados desfechos maternos: tipo de parto, pré-natal, categoria na Classificação de Robson e os desfechos neonatais: idade gestacional, baixo peso ao nascer e APGAR. Observa-se que em Assis há prevalência significativa do parto cesárea em adolescentes, há maiores taxas de adequação ao pré-natal e menos desfechos adversos neonatais, se comparado ao Estado. A prevalência de cesárea suscita a necessidade de reflexões quanto aos riscos e danos desse tipo de parto. Notou-se nas adolescentes, em Assis, menores desfechos adversos neonatais, denotando a importância da assistência pré-natal durante a gestação.

Palavras-chave: Adolescência; Cesárea; Classificação de Robson; Gestantes, Gestação na adolescência

ABSTRACT

The objective of this study is to categorize, according to the Robson Classification, proposed by WHO, the parturitions of teenagers lived in Assis- SP and compare them with the same group in the state of São Paulo. A retrospective cohort study based on quantitative research

1 Graduanda medicina FEMA, *carol.yoneda@gmail.com*

2 Graduanda medicina FEMA, *paula.simonettialves@gmail.com*

3 Graduanda enfermagem FEMA, *rafaela_freire13@hotmail.com*

4 Mestre em Ginecologia e Obstetrícia pela Faculdade de Medicina de Botucatu- Unesp. Professor dos cursos de Medicina e Fisioterapia da FEMA - Fundação Educacional do Município de Assis, *carlos.sartorao@unesp.br*

5 Mestre em Saúde e Envelhecimento pela Faculdade de Medicina de Marília-FAMEMA. Professora dos Cursos de Medicina e Enfermagem da Fundação Educacional do Município de Assis-FEMA *marin.mjfc@hotmail.com*

using the data obtained through the information system on live births (SINASC) based on live births from 2014 through 2018. The used variables were mother conditions: type of delivery, prenatal, group that belongs in the Robson Classification, and child-birth conditions: premature births, low weight at birth and APGAR score. It was concluded that in Assis there is a high rate of cesarean delivery, which raises the need for reflections on the risks and damages of this type of delivery. It was also noted that in the adolescent age group in Assis, there were lower neonatal adverse outcomes, denoting the importance of prenatal care during pregnancy.

Keywords: adolescence; caesarean; Robson Classification; pregnant women; teenage pregnancy

1. Introdução

Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos, critério este usado principalmente para fins estatísticos e políticos (OMS apud EISENSTEIN, 2005, p.1). Os adolescentes representam 23% da população brasileira e a gestação é um dos mais relevantes problemas de saúde nessa faixa etária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A taxa mundial de gestação em adolescentes é estimada em 46 nascimentos para cada 1000 menores de 20 anos de idade, enquanto a taxa na América Latina e no Caribe é de 65,5 nascimentos, superada apenas pela África Subsaariana. No Brasil, a taxa é de 68,4 nascimentos para cada 1000 adolescentes (ONU BRASIL, 2019, p.1).

A OMS considera que gestação nessa faixa etária é de alto risco devido às repercussões negativas que podem ser causadas à mãe e à sua prole (OMS, 1997, p.55).

A adolescência é um processo de vida composto por mudanças sociais, psicológicas, anatômicas e metabólicas que, quando associadas à gestação, proporciona alterações clínicas, obstétricas, culturais e socioeconômicas intensas em um curto período de tempo, podendo afetar de diversas formas a mãe e o recém-nascido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A atenção para a gestação na adolescência deve ser ampliada, englobando a mãe adolescente e os problemas que a cercam, pois, levando-se em conta apenas a idade como fator de risco, exclui-se outros fatores de vulnerabilidade, como por exemplo, os econômicos, sociais e familiares (AZEVEDO et. al, 2015, p.623).

Há controvérsias, na literatura, quanto à indicação do parto abdominal em adolescentes. Enquanto Gama et al. (2014, p.2) relatam que a cesárea nas primíparas gera uma maior tendência à realização subsequente desnecessária desse tipo de parto, Magalhães et al. (2006,

p.5) sugerem que os ossos pélvicos e o canal de parto estão em processo de crescimento, predispondo as adolescentes ao parto cesárea. A cirurgia apresenta riscos e uma taxa significativa de desfechos negativos, entre eles a infecção puerperal, hemorragia grave e necessidade de internação materna e/ou fetal em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (MASCARELLO; HORTA; SILVEIRA, 2017, p.9).

O número de cesáreas em países desenvolvidos e em desenvolvimento é crescente, fato que preocupa autoridades governamentais e profissionais da saúde (OMS, 2015, p.2). No Brasil, a taxa de cesáreas é de 55%, segunda posição no ranking mundial dessa cirurgia (OMS apud FEBRASGO, 2018). As adolescentes primíparas apresentam taxa de 40% de cesárea no país (GAMA et al., 2014, p.4).

Faz-se necessário monitorar e classificar as taxas de cesáreas nas adolescentes assim como os desfechos relacionados à via de parto. Em relação ao desfecho, Mascarello et al. (2017, p.11) observaram um maior número de desfechos adversos maternos e neonatais relacionados à cesárea.

A idade é um fator de risco determinante para o parto pré-termo e o baixo peso ao nascer: quanto mais nova a mãe, maior é a probabilidade desses desfechos. (COSTA; SENA; DIAS, 2011, p.4). Destaca-se também a maior necessidade de cuidado intensivo neonatal (FLEMING et al, 2013, p.6).

Altos índices de mortalidade neonatal estão presentes em grupos de maior pobreza e menor escolaridade, que se concentram na idade dos 10 a 19 anos, culminando em quase três vezes mais mortalidade neonatal nas parturientes adolescentes se comparadas às adultas, e maior risco de ocorrência de óbito no primeiro ano de vida. (SILVA; SURITA, 2012, p. 2,4).

Diante da necessidade de comparar de forma relevante e útil as taxas de cesáreas em diferentes cenários, a OMS adotou a Classificação de Robson como o sistema ideal para preencher necessidades locais e internacionais (OMS, 2015, p.1). Essa ferramenta categoriza as gestantes em um dentre dez grupos, elaborados a partir de cinco critérios obstétricos: paridade, início do parto, idade gestacional, apresentação/situação fetal e número de fetos (CLODE, 2017, p.2).

A OMS recomendou em 2015 que esse instrumento seja utilizado como padrão para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas ao longo do tempo nos hospitais, com a finalidade de otimizar as vias de parto e propor intervenções a grupos específicos que sejam relevantes em cada local (OMS, 2015, p.1).

O objetivo deste estudo consiste em categorizar, de acordo com a Classificação de Robson proposta pela OMS, os partos das gestantes adolescentes residentes no município de

Assis-SP e compará-las com as mesmas do Estado de São Paulo. Também foram determinados os desfechos maternos e neonatais de gestantes adolescentes submetidas à cesárea, estratificando-os de acordo com os grupos de Robson. Deste modo, o estudo permitirá que se criem projetos para a prevenção e promoção de saúde.

2. Métodos

Trata-se de um estudo observacional tipo Coorte retrospectivo de abordagem quantitativa, por meio da análise da base de dados das Declarações de Nascidos Vivos do DATASUS, coletados no período de abril a junho de 2020, para o município de Assis e Estado de São Paulo, em adolescentes (de 10 a 19 anos) e adultas (com 20 anos ou mais) cujos partos tenham ocorrido no período de primeiro de janeiro de 2004 a 31 de dezembro de 2018.

As pesquisas envolvendo apenas dados de domínio público que não identifiquem os participantes da pesquisa, ou apenas revisão bibliográfica, sem envolvimento de seres humanos, não necessitam aprovação por parte do Sistema CEP-CONEP.

A partir dos dados sociodemográficos foram classificadas as gestantes adolescentes em um dos dez grupos da Classificação de Robson (anexo I). Para os desfechos maternos foram avaliadas: faixa etária (adolescentes, e adultas), tipo de parto (vaginal ou cesárea), quantidade de consultas pré-natais (inadequada se menor que 6 e adequadas e maior ou igual a 6), e classificação de acordo com a escala de Robson (varia de 1 a 10). Para os desfechos neonatais foram avaliados: Apgar no 1º minuto (escala de 0 a 10), Apgar no 5º minuto (escala de 0 a 10), peso ao nascer (em gramas) e idade gestacional em semanas no momento do parto.

Adotou-se o valor de 50% para a probabilidade de os eventos serem encontrados, erro de estimativa de 5% (d), confiabilidade e precisão da amostra em 95%, $Z=1,96$ (desvio-padrão normal), tomando-se como base o nível de significância expresso por $\alpha=0,05$ (ou 5%) e $Q=1-0,5$, que, por sua vez, expressa a proporção estimada da população que não corresponde à existência do evento estudado. O teste do Qui Quadrado de duas ou mais amostras independentes foi utilizado para verificar a dependência ou independência entre as variáveis consideradas entre as populações. O efeito da correção de Yates foi usado para evitar superestimação de significância estatística para dados pequenos, quando pelo menos uma célula da tabela teve uma contagem esperada menor do que 5. O nível descritivo do teste (P-valor) menor do que .05 foi determinado como o menor valor do nível de significância para o qual rejeitamos a hipótese nula.

Vantagens e Limitações: o uso de bases de dados assistenciais (ou secundárias) para pesquisa tem como vantagens o baixo custo e a possibilidade de se usar amostras maiores, proporcionando maior força para detectar pequenas diferenças ou eventos raros, bem como dispensa o contato direto com pacientes. Como limitação, as bases de dados assistenciais foram desenhadas para atender processos assistenciais e administrativos. Como consequência, pode haver limitação no conjunto de dados disponíveis. A qualidade das informações pode, em alguns casos, estar comprometida, podendo haver erros de codificação, que podem causar resultados tendenciosos. A validade externa deste estudo é conferida pelo seu delineamento que examina hipóteses claramente estabelecidas, em populações bem definidas.

3. Resultados

Entre 2014 e 2018 em Assis-SP, houve 6.408 nascidos vivos, sendo 868 em menores de 20 anos de idade (13,55%). No mesmo período no estado de SP, 3.079.912 nascidos vivos, dos quais 399.965 de gestantes menores de 20 anos de idade (12,99%), diferença não significativa ($P=0,326$).

A taxa de cesárea em Assis foi significativamente maior no período abordado. Das gestantes adolescentes em Assis, 57,44% realizaram parto cesáreo, enquanto 40,27% das gestantes da mesma faixa etária no Estado de SP passaram pelo parto cirúrgico. Nas gestantes adultas a taxa de cesárea em Assis foi de 78,03% e no Estado de SP 62,40%. Portanto, o índice de cesárea em adolescentes em Assis foi significativamente maior nos anos de 2014 a 201 ($P < .001$).

Na análise dos Grupos de Robson, observa-se um predomínio dos grupos 3 e 5 das adolescentes gestantes em Assis-SP, se comparadas com o estado de SP ($P < .001$ no grupo 3 e $P = .048$ no grupo 5). Não houve alterações significativas nos demais grupos. (Anexo III: gráfico 1).

Em relação ao pré-natal, a cidade de Assis mostrou menor índice de inadequação às consultas se comparado ao Estado de São Paulo, tanto em gestantes adolescentes (21,76% em Assis e 31,53% em SP) como em adultas. (Anexo V: tabela 3)

Na abordagem dos desfechos neonatais, em Assis 9,82% dos bebês de mães adolescentes foram pré-termo enquanto nas mães maiores de 20 anos a porcentagem foi de 9,66%. Não houve diferença significativa entre adolescentes e adultas em Assis. No Estado de SP as adolescentes apresentaram taxa de prematuridade de 14,34% e as adultas de 10,93%.

Observa-se que na cidade de Assis os nascimentos abaixo de 37 semanas foram menos prevalentes em adolescentes se comparados ao Estado de SP com $P < 0.001$. (Anexo V: tabela 3)

Em relação ao índice de APGAR de primeiro minuto, os RN das adolescentes de Assis (4,97%) tiveram escore abaixo de 8 com menor frequência que as gestantes adolescentes do estado de SP (13,66%). Os bebês de mães maiores de 20 anos em Assis que tiveram nota menor que 8 ocupam a porcentagem de 4,41% e no Estado de São Paulo a taxa foi de 11,03%. No quinto minuto não houve alterações significativas. (Anexo V: tabela 3)

Considerando o baixo peso ao nascer, não houve alterações se comparados o município de Assis e o Estado de SP. Já quando se avalia as porcentagens de adolescentes e adultas, há predomínio de menor peso nas adolescentes. Em Assis, 9,33% das adolescentes tiveram neonato com BPN ao nascimento e nas adultas a taxa foi de 8,12%. No Estado de SP 10,26% nas adolescentes e 8,97% nas adultas. (Anexo IV: tabela 2). As inconsistências encontradas foram descartadas. Não foram selecionados registros que apresentaram alguma inconsistência.

4. Discussão

Os dados deste estudo apontam para taxas de cesárea acima do recomendado pela OMS, que é de 15%, ultrapassando em Assis 2/3 da totalidade de partos no período, considerando mulheres adultas (78,03% de realização de cesáreas). Nas adolescentes também se observa elevado número de parto cesáreo, superior a 50% da totalidade para a faixa etária. Em comparação com o estado de São Paulo, as taxas de cesárea em adolescentes em Assis são significativamente maiores (57,44% em Assis e 40,27% no estado). Estudo realizado no Estado de Santa Catarina, identificou que a porcentagem de cesáreas entre mães adolescentes foi de, aproximadamente, 43% entre 2013 a 2016, mostrando um valor muito inferior ao Estado de São Paulo. E a proporção extremamente menor a do município de Assis (SOUZA et. al, 2017, p. 4).

Estudo realizado em três maternidades públicas no Sudeste analisou os custos do parto vaginal e de cesárea eletiva, sem indicações. Constatou-se que o custo médio de um procedimento de parto vaginal somado ao custo da permanência hospitalar de 2,1 dias foi de R\$ 1.113,70. Já para o parto cesariano, o custo médio do procedimento e da permanência hospitalar de 2,6 dias foi de R\$ 1.843,87, o que corresponde a um custo 32% superior ao do parto vaginal (ENTRINGER et. al, 2019, p. 1531).

Outro estudo estimou orçamento do excesso de cesáreas sem indicação clínica em comparação ao parto vaginal no SUS e revela que em uma projeção de 2016 a 2020 o número

de partos cesárea em excesso resultaria um impacto de mais de US\$ 80 milhões ao ano para o SUS (ENTRINGER et. al, 2018, p. 5).

Quanto aos grupos de Robson na cidade de Assis, houve diferença significativa nos grupos 3 e 5 com elevação do parto abdominal nos mesmos na faixa etária adolescente. Nos demais grupos não existiram diferenças. Em um estudo realizado em Lisboa, Portugal, foi observado no grupo 5 de Robson (múltiparas, com pelo menos 1 cicatriz uterina, gestação simples, apresentação cefálica, maior ou igual a 37 semanas) as maiores taxas de cesárea; esses resultados são equivalentes aos deste estudo. Essa provável prevalência relaciona-se com o medo da rotura uterina e a dificuldade de escolher um método de indução de parto que não seja contraindicado (VARGAS; REGO; CLODE, 2018, p. 516).

Um estudo realizado em Santa Catarina mostrou que o grupo 5, composto pelas múltiparas com feto único, cefálico, a termo e que tiveram cesárea prévia, foi responsável pela maior contribuição nas taxas de cesárea. Reforça-se, dessa maneira, a ideia de “efeito dominó” levantada pela OMS, que revela as crescentes de cesárea entre as primíparas e consequente acúmulo de mulheres com cesárea prévia, oferecendo risco elevado de uma nova cesárea (FREITAS; VIEIRA, 2020, p.7). No presente estudo foi observada elevação do grupo 3 – mulheres múltiparas, sem cicatriz uterina prévia, com gestação simples, feto com apresentação cefálica, maior ou igual 37 semanas com trabalho de parto espontâneo - considerado um dos de menor risco ao parto abdominal. Em Santa Catarina, observou-se elevação do mesmo grupo, principalmente, no SUS. (FREITAS; VIEIRA, 2020, p. 8)

De acordo com estudo que abrangeu 23.940 adolescentes primíparas no Brasil foi questionado a cada gestante qual seria o tipo parto mais seguro de acordo com o que tinha compreendido no seu pré-natal. Das gestantes que optaram pelo parto vaginal, apenas 29,1% foram submetidas a cesárea, enquanto das adolescentes que escolheram o parto cesáreo como aquele com menos riscos de complicações cerca de 80% passaram pelo parto cirúrgico. Um índice mais elevado de cesáreas foi associado a maior adequação do pré-natal, pois, provavelmente, o acompanhamento contínuo com um médico, proporciona influência da melhor via de parto segundo a opinião daquele profissional, principalmente, quando é esse mesmo médico que realizará o parto. (GAMA et. al, 2014, p. 120).

Tais fatores podem relacionar-se com a elevação no número de partos cesáreos em adolescentes no município de Assis, assim como o maior comparecimento dessas em pelo menos 6 consultas de pré-natal, configurando adequação ao mesmo.

Em relação aos desfechos neonatais, sabe-se que prematuridade (IG menor ou igual 37 semanas) oferece riscos ao RN, pois o desenvolvimento dos seus órgãos não está completo,

além de possuir prejuízos da função renal e hepática. Eles sofrem riscos e tem mortalidade neonatal aumentada. (GRAVENA et. al, 2013, p.131). Dentre 38.966 óbitos infantis (menores de um ano de idade) ocorridos em 2013, observou-se que mais de 20.000 resultaram de complicações secundárias a prematuridade, e desses 23% eram RN ou lactentes de mães adolescentes. (DATASUS, 2015).

Além da imaturidade biológica impressa pela gestação na adolescência, sabe-se que outros fatores são determinantes na ocorrência de nascimentos com baixa idade gestacional: baixa escolaridade, baixo número de consultas e início tardio da assistência pré-natal. (THOMAZINI et. al, 2016, p. 436). Em Assis, o desfecho favorável em relação a idade gestacional em adolescentes correlaciona-se com a mais adequada assistência pré-natal, não reduzindo a ocorrência da prematuridade a fatores biológicos, mas sim a parâmetros socioeconômicos que compõe o cenário da adolescente e podem ser modificados.

O APGAR é um importante preditor da avaliação inicial do RN e indicador perinatal a longo prazo. Em estudo realizado em Almada, avaliou-se mais de 10.000 partos e RNs de mães adolescentes apresentaram chance 1,44 maior de possuírem índice de APGAR menor que 7 no quinto minuto. Foi associado também índices do score muito baixos e baixos a mães com idade inferior a 18 anos. (GRAVENA et. al, 2013, p. 132).

Em contraposição, estudo do Canadá, publicado em 2000, que não observou mudanças significativas no bem-estar do RN após o parto, incluindo o índice de APGAR de bebês nascidos de mães adolescentes. A explicação encontrada foi um bom suporte ante natal. (METELLO et. al, 2008, p. 624). Em Assis, o fato de adolescentes possuírem APGAR de primeiro minuto menor que 7 em frequência inferior às adolescentes de todo estado, pode ser explicado por essa melhor assistência durante a gestação.

A organização mundial da Saúde define baixo peso ao nascer (BPN) como peso inferior a 2,5kg, configurando importante problema de saúde pública. Em revisão sistemática de literatura até 2011 e metanálise, obteve-se a razão 8,5 de chances, associando mortalidade neonatal em RN a termo com BPN (MOREIRA; SOUSA; SARNO, 2018, p.2).

Em estudo com 9.506 registros de nascimentos em Liverpool, observou-se que quanto menor foi a idade materna, maiores as taxas de BPN. (GRAVENA et. al, 2013, p. 134). A associação BPN e adolescentes, entretanto, apresenta resultados paradoxais: no Brasil, sua ocorrência em gestações de mães adolescentes varia conforme a região de 10 a 23,3%. Porém, não se pode separar a imaturidade biológica das mães adolescentes dos fatores externos que compõe aspectos biopsicossociais.

Estudos apoiam as características biológicas das gestantes menores de 20 anos como adequadas a um desempenho obstétrico satisfatório, não considerando a idade cronológica como fator de impacto individual, mas sim potencializado por outros fatores de risco (SURITA et. al, 2011, p. 287).

Apesar da maior adequação no Pré-natal na cidade de Assis, houve, ainda assim, um predomínio de adolescentes com RN apresentando BPN se comparadas as adultas, no Estado de São observou-se o mesmo padrão. Não foi relevante a diferença existente entre Assis e o Estado. Tal achado, fala a favor da imaturidade biológica ser fator determinante ao baixo peso ao nascer.

5. Conclusões

O município pesquisado supera o valor recomendado de cesárea pela OMS e em contrapartida tem assistência pré-natal adequada proporcionalmente maior que a do Estado. Tal fato pode indicar a influência dos profissionais da saúde na escolha do tipo de parto e os diferentes entendimentos em relação ao significado de “parto seguro”.

A maior frequência dos grupos 3 e 5 de Robson no município de Assis soma-se a essas conclusões sobre o parto cirúrgico e evidencia a disseminação de uma cultura de cesárea no município.

A maior adequação ao pré-natal, na faixa etária adolescente, culminando em menos desfechos adversos para o RN, denota a importância da assistência antenatal e sua capacidade modificadora.

Os relevantes resultados da pesquisa em Assis-SP proporcionam um melhor entendimento da atual situação e das necessidades de assistência obstétrica no Brasil. Medidas preventivas e de saúde pública, assim como debates com a comunidade e equipe de assistência são mandatórias para reduzir os riscos inerentes á gravidez na adolescência e para uma melhor assistência médica.

Referências

- AZEVEDO, Walter Fernandes de et al . Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. Einstein (São Paulo), São Paulo , v. 13, n. 4, p. 618-626, Dec. 2015
- CLODE, Nuno. A classificação de Robson. Apenas uma forma de classificar cesarianas? dataActa Obstétrica e Ginecológica Portuguesa. (2):80 – 82. Nov de 2017.

DA COSTA, Evaldo Lima; SENA, Maria Cristina Ferreira; Dias, Adriano. Gravidez na adolescência – determinante para prematuridade e baixo peso. *Revista comunicação em ciência da saúde*. 22 Sup 1:S183-S188. Ago de 2011

DA GAMA, Silvana Granado Nogueira; VIELLAS, Elaine Fernandes; SCHILITZ, Arthur Orlando Côrrea; FILHA, Mariza Miranda Theme; DE CARVALHO, Márcia Lázaro; GOMES, Keila Rejane Oliveira, et al. Fatores associados à cesárea entre primíparas adolescentes no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 30:S117 – S127. Ago de 2014.

DATASUS. Óbitos infantis. [acesso em 2015 Ago 31]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10uf.def>)

ENTRINGER, Aline Piovezan, Pinto, Marcia Ferreira Teixeira e Gomes, Maria Auxiliadora de Souza Mendes Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesárea eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 4 [Acessado 23 Setembro 2020] , pp. 1527-1536.

ENTRINGER, Aline Piovezan et al. Impacto orçamentário do parto vaginal espontâneo e da cesárea eletiva sem indicação clínica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. 2018, v. 42 [Acessado 23 Setembro 2020] , e116. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.116>>. Epub 17 Set 2018. ISSN 1680-5348. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.116>.

FEBRASGO. Alta taxa de cesáreas no Brasil é tema de audiência pública. 2018. Disponível em: <https://www.FI.org.br/pt/noticias/item/728-alta-taxa-de-cesareas-no-brasil-e-tema-deaudienciapublica>

FLEMING, Nathalie; NG, Natalia; OSBORNE, Christine; BIERDEMAN, Shawna; YASSEEN, AbdoolShafaaz 3rd; DY, Jessica; WHITE, Ruth Rennicks; WALKER, Mark. Adolescent pregnancy outcomes in the province of Ontario: a cohort study. *JournalObstetricsandGynaecology Canada*. 35(3):234-245. Mar de 2013.

FREITAS PF, Vieira HGM. Uso do Sistema de Classificação de Robson na avaliação das taxas de cesárea em Santa Catarina e sua associação com perfil institucional. *J Health BiolSci*. 2020; 8(1):1-9.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da et al . Fatores associados à cesárea entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S117-S127, 2014 .

GRAVENA, Angela Andréia França et al . Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. *Acta paul. enferm.*, São Paulo , v. 26, n. 2, p. 130-135, 2013

MAGALHÃES, Maria de Lourdes Caltabiano; FURTADO, Felipe Magalhães; NOGUEIRA, Marcelo Bezerra; CARVALHO, Francisco Herlânio Costa; DE ALMEIDA, Francisco Manuelito Lima; MATTAR, Rosiane, et al. Gestação na adolescência precoce e tardia – há diferença nos riscos 19 obstétricos? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*. 28(8):446 – 452. Jul de 2006.

MASCARELLO, Keila Cristina; HORTA, Bernardo Lessa; SILVEIRA, Mariângela Freitas. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. *Revista de Saúde Pública*. 51:105. Nov de 2011.

METELLO, José et al . Desfecho da gravidez nas jovens adolescentes. *Rev. Bras. Ginecol.Obstet.*, Rio de Janeiro , v. 30, n. 12, p. 620-625, dez. 2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **01 a 08/02 – Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência**, 2020. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/ultimas-noticias/3123-01-a-08-02-semana-nacional-de-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia>

MOREIRA AI, Sousa PR, Sarno F. Baixo peso ao nascer e seus fatores associados. *einstein* (São Paulo). 2018;16(4):eAO4251.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Taxa de gravidez adolescente no Brasil está acima da média latinoamericana e caribenha. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/taxa-de-gravidez-adolescente-nobrasil-esta-acima-da-media-latino-americana-e-caribenha/>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Necessidades de salud de los adolescentes. Informe de um Comitê de Expertos de La OMS. Ginebra: OMS. 55p. 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/who_rhr_15.02_por.pdf;jsessionid=ff0999a41ddd14ad886fa591dbe50b7b?sequence=3

SILVA, João Luiz Pinto e; SURITA, Fernanda Garanhani Castro. Gravidez na adolescência: situação atual. Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. 2012.

SILVA, SURITA, Fernanda Garanhani Castro et al . Fatores associados ao baixo peso ao nascimento entre adolescentes no Sudeste do Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro , v. 33, n. 10, p. 286-291, Oct. 2011 .

THOMAZINI, Isabela Fleury Skaf et al. Fatores de risco relacionados ao Trabalho de Parto Prematuro em adolescentes gestantes: revisão integrativa da literatura. *Enferm. glob.*, Murcia, v. 15, n. 44, p. 416-427, oct. 2016.

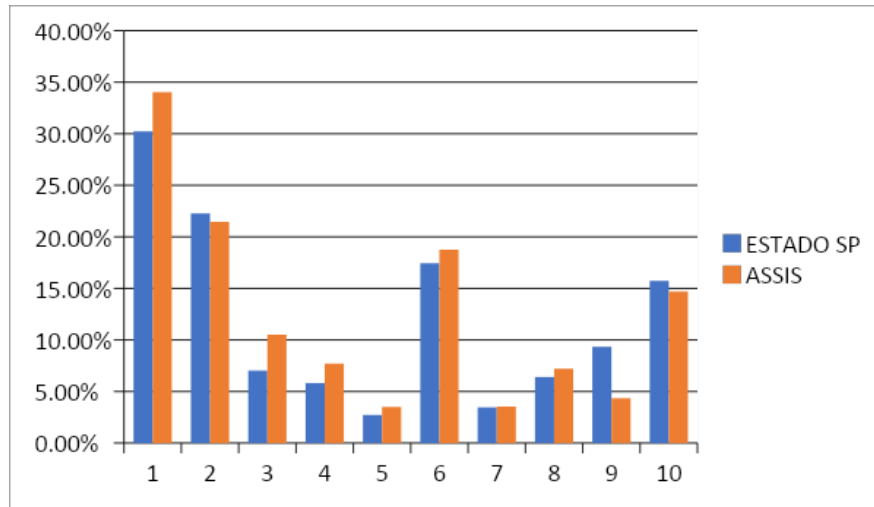
VARGAS, Sara; REGO, Susana; CLODE, Nuno. Robson Classification System Applied to Induction of Labor. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro , v. 40, n. 9, p. 513-517, Sept. 2018.



Tabela 1- Comparação dos Grupos de Robson entre gestantes adolescentes de Assis (n= 868) e do Estado de São Paulo (n=399965).

Robson	<20 anos				Total de gestantes		P-valor
	Assis	%	SP	%	Assis	SP	
1	258	34,04%	117752	30,22%	758	389.681	.108
2	307	21,44%	147835	22,27%	1432	663.804	.561
3	75	10,52%	27866	7,03%	713	396.531	.001
4	51	7,70%	22726	5,81%	662	391.109	.062
5	69	3,50%	20465	2,73%	1970	750.425	.048
6	18	18,75%	7837	17,43%	96	44.971	.879
7	4	3,54%	1864	3,46%	113	53.871	.831
8	8	7,21%	4766	6,41%	111	74.390	.897
9	1	4,35%	608	9,34%	23	6.509	.688
10	74	14,71%	42245	15,72%	503	268.807	.637
n/a	3	11,11%	6001	15,07%	27	39.814	.817
	868	13,55%	399965	12,99%	6408	3.079.912	.326

Gráfico 1 -Comparação dos Grupos de Robson em partos de adolescentes do Estado de São Paulo e da cidade de Assis (P<.05).



Grupo 3 P<.001 Grupo 5 P.048

Tabela 2 – Desfecho Peso do Recém-nascido. Comparação entre gestantes adolescentes de Assis e do Estado de São Paulo.

	Assis			Estado de São Paulo			P-valor
	<20 anos	Total		<20 anos	Total		
Menos de 500g	1	11	9,09%	430	3.051	14,09%	.435
500 a 999	6	18	33,33%	2.688	16.834	15,97%	
1000 a 1499	9	51	17,65%	3.671	25.694	14,29%	
1500 a 2499	65	451	14,41%	34.243	235.761	14,52%	
2500 a 2999g	275	1708	16,10%	111.107	738.618	15,04%	
3000 a 3999	494	3946	12,52%	237.835	1.928.373	12,33%	
> 4000	17	221	7,69%	9.981	130.664	7,64%	

Tabela 3- Desfechos neonatais. Comparação entre gestantes adolescentes de Assis e do Estado de São Paulo.

	Assis		Estado SP		P-valor
	<20 anos	≥20 anos	<20 anos	≥20 anos	
Apgar 1º minuto <8	43	244	54.340	294.100	<.001
Apgar 1º minuto ≥ 8	823	5287	343.412	2.372.479	
Percentual de Apgar 1º minuto<8	4,97%	4,41%	13,66%	11,03%	
Apgar 5º minuto <8	19	63	9.639	49.807	.662
Apgar 5º minuto ≥8	847	5469	388.259	2.617.668	
Percentual de Apgar 5º minuto <8	2,19%	1,14%	2,42%	1,87%	
Parto Vaginal	369	1217	238.810	1.006.952	<.001
Parto Cesárea	498	4323	160.980	1.671.271	
Taxa de cesárea	57,44%	78,03%	40,27%	62,40%	
Pré-natal adequado	622	4617	263.187	2.091.170	<.001
Pré-natal inadequado	173	836	121.221	510.345	
Taxa de pré-natal inadequado	21,76%	15,33%	31,53%	19,62%	
Idade gestacional <37 semanas	85	534	97314	291929	<.001
Idade gestacional 37-41 semanas	770	4962	567.446	2.339.403	
Idade gestacional ≥ 41 semanas	11	33	13.830	38.665	
Taxa de prematuridade	9,82%	9,66%	14,34%	10,93%	<.001

CAPÍTULO 6 CORPO, ALMA E ESPÍRITO: a redescoberta da integralidade do ser humano no processo saúde X doença

Roberto Batista de Lima¹
Sergio Ricardo Siani²
Clara Maria Ayres Palasthy³
Silvio Roberto Fernandes Soares⁴
Anna Carolina Daltro Pereira⁵

RESUMO

Neste capítulo, analisa-se o caráter insolúvel dos problemas de saúde em face da compartimentalização do ser humano, ou seja, de não se concebê-lo em suas dimensões conjuntas: corpo (soma), alma (psico) e espírito (noético). Nesse sentido, em que pese o importante papel dos avanços tecnológicos para a erradicação de doenças que nos séculos passados mataram milhares de pessoas, considera-se que a maior responsabilidade no processo de produção de saúde não foi da medicina biomecânica científicista, focada somente no corpo. A história e estudos científicos revelam que investimentos sociais nos âmbitos sanitário e alimentar foram muito mais decisórios para tal do que propriamente a medicina. Também se somam a essa constatação, a abordagem da Psicologia, a qual se estabeleceu como ciência em resposta às necessidades de tratamento das novas doenças representadas por aquelas desenvolvidas com o estilo de vida e comportamentos da sociedade contemporânea. E, por fim, será abordada a inclusão da espiritualidade no conceito multidimensional de saúde pela OMS, e como a redescoberta do espírito humano pode ser parte essencial do processo saúde X doença para este novo milênio.

Palavras-chaves: Dimensão espiritual. Modelo biomecânico. Medicina e processo saúde X doença. Câncer e depressão.

Introdução

Uma parcela significativa daqueles que lerão o título desse capítulo poderão pensar que o teor do texto esteja mais voltado para o segmento campo religioso ou, de forma mais mística e holística, para o campo esotérico e dessa forma, isso talvez os leve a preconcebê-lo como um documento isento do caráter científico suficiente, que os motive a lê-lo cuidadosa e

¹ Teólogo e mestrando em Assistência ao Paciente Oncológico pela UNICAMP.

² Doutor em Administração pela PUC São PAULO.

³ Educadora Física e Mestranda em Assistência ao Paciente Oncológico pela UNICAMP.

⁴ Engenheiro Agrônomo e Doutor em Manejo de Solo pela UFRN.

⁵ Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva e Pós graduanda em Oncologia pelo Einstein.

detidamente. No entanto, algumas perguntas introdutórias vêm nos dar notícia da essencialidade da temática aqui desenvolvida – portanto, da direção de nossa argumentação –, quais sejam: quando foi que perdemos a noção do valor de se considerar as três dimensões do ser humano (corpo, alma e espírito)⁶ em seus processos de análise e tratamento? Quais foram os fatores que levaram a ciência a tomar somente o corpo como objeto de análise do processo saúde X doença? Como aconteceu – e acontece – a inclusão da alma e do espírito humano nos processos de diagnosticar e tratar doenças?

O modelo biomecânico imperou em todo século XX e ainda é dominante, tendo definido o homem como um ser biológico cujo organismo tinha a normalidade alterada em face do surgimento das doenças. Nesse contexto, entendia-se que a pessoa ou era saudável ou era doente. O problema, nesse modelo, é analisado como o mau funcionamento de alguma parte do corpo, de algum órgão, que precisará ser investigado, concertado, medicado, retirado ou substituído, tornando-se a doença, tirando do foco do médico o indivíduo doente (CAMARGO JR., 2007, p. 63-76).

Quando analisamos o diagrama de Ishikawa e Lu (1985), ou diagrama de causa e efeito, mais conhecido como espinha de peixe, por meio do qual se analisa um problema buscando suas possíveis causas em seis categorias ou dimensões diferentes, os 6Ms: Método (procedimentos e metodologias de trabalho), Matéria-prima (qualidade e especificação adequada), Mão de obra (qualificação e habilidade dos profissionais), Máquina (equipamentos e máquinas envolvidos no processo), Medição (métricas adequadas) e Meio ambiente (fatores ambientais). Cada uma dessas categorias pode ser, sozinha ou em conjunto, a causa do problema analisado.

Certamente se analisássemos um problema sem levar em conta todas essas categorias ou dimensões não chegaríamos a sua verdadeira causa.

É provável que esse processo de análise de causa e efeito desenvolvido nas empresas seja semelhante aos estabelecidos na área da saúde, quando um único profissional determina a hipótese da doença, investiga a causa com base em apenas uma categoria (a biomecânica, o corpo, auxiliado pelos métodos de análise bioquímica), chega ao diagnóstico e define a terapêutica a ser utilizada.

Latrogenia, a doença do sistema de saúde

Assim como não se pode chegar à conclusão exata acerca da causa de um problema sem que todas as categorias (6M) sejam analisadas e sem que outros profissionais especialistas emitam um parecer, também não se pode dar um diagnóstico preciso e adequado a um paciente cuja doença pode ter suas causas em dimensões não analisadas e sem o exame minucioso dessas outras categorias por profissionais especialistas.

Em sua acepção mais usual, a Iatrogenia⁷ (iatro: médico, remédio, medicina; geno: aquele que gera, produz; e “Ia”: uma qualidade) (BRASIL) é entendida como o resultado negativo de uma prática médica, embora possa também ser concebida como qualquer atitude de um médico.

Diante disso, a Iatrogenia se torna uma das três maiores causas de mortes no mundo. Em 2013, pelo menos 250.000 pessoas que procuraram cuidados hospitalares morreram não em decorrência de doenças ou lesões, mas de erros evitáveis (BMJ, 2016). Esse número excede as mortes causadas por derrames e Alzheimer juntas e só fica abaixo das mortes por doenças cardiovasculares e câncer, que matam 600.000 vidas por ano. Ademais, o número de mortos por acidentes médicos seria ainda maior se as casas de repouso e atendimento ambulatorial fossem incluídos nesse levantamento.

Alguns exemplos comuns podem ser apontados como fontes de Iatrogenia, quais sejam: as interações medicamentosas, a prescrição indiscriminada de antibióticos, quimioterapias e radioterapias (queda capilar, anemia, náuseas etc.), as infecções, dentre outros. E ocorrências dessa natureza se ancoram em situações nascidas do modelo de biomedicina (cartesiano, que inspirou a biomedicina ocidental, na qual se leva em conta somente o corpo do paciente); da relação médico-paciente (em que se caracterizam a figura de um demiurgo em oposição à de um paciente, que não é consultado em momento nenhum sobre o tratamento); das más condições de trabalho (escassez de tempo, excesso de pacientes, carência de medicamentos, prontuários incompletos, falta de equipamentos de diagnósticos, entre outros entraves); da formação médica (questiona-se desde os critérios de aceitação do novo aluno, até a qualidade do ensino, assim como os métodos, os conceitos envolvendo a natureza da relação médico-paciente para se chegar à compreensão do processo do adoecer— abordagem organicista e fragmentada do paciente – e a especialização precoce do estudante, dentre outros aspectos) (PADILHA, 2001).

Os números dos casos iatrogênicos citados há pouco, são reveladores de que o sistema biomecânico de medicina vigente não responde as demandas de uma terapêutica eficaz, embora tenha recebido bilhões de dólares para se desenvolver e uma força política econômica bruta para se estabelecer.

Como podemos nos submeter a um sistema como esse, que mata tanto quanto cura, mas que, porém, consome enorme quantidade de recursos cujo custo x benefício parece não equacionar? Podemos buscar essa resposta muitos séculos antes do estabelecimento desse modelo, em 1500 mais especificamente, no discurso de Ettienne la Bottie (1982), cuja pergunta ecoa de forma tão atual: por que um sistema ineficiente, caro e autoritário submete milhares de pessoas? E a resposta é sempre a mesma de séculos atrás: porque nós deixamos!

A Revolução Industrial e a involução humana

O desenvolvimento industrial, mediante a oferta de empregos e a acessibilidade a bens de consumo, nos trouxe comodidade, nos colocou numa zona de conforto que nos é danosa no longo prazo. Nesse contexto, o sistema biomecânico de medicina tem sua importância assentada em dois aspectos: *primeiro*, garante o rápido atendimento do trabalhador doente, de quem considera somente a parte danificada; e, *segundo*, trata-o numa medida que lhe seja suficiente para ele retornar o quanto antes ao posto de trabalho (GOLSE, 2001). Quando as pessoas começam a adoecer em consequência das condições impostas pelo sistema industrial de trabalho, *cria-se* um sistema de gerenciamento da saúde para garantir a produção e, depois, os medicamentos e a supermedicação, então um novo produto decorrente do adoecimento. Dizendo de outro modo, o sistema industrial *adoece* o trabalhador, *vende-lhe* o remédio e *administra* o paciente. A medicação da vida é apenas um aspecto da dominação destrutiva que o desenvolvimento industrial exerce sobre nossa sociedade, afirma Illich (1975).

A crise e a oportunidade

A formalização da insatisfação com o sistema biomecânico de medicina apresentou-se com muita força na Conferência Mundial de Atenção Primária à Saúde (APS), realizada em Alma-Ata8 em 1978. No evento, dois fatores serviram de crítica ao modelo de saúde: as pessoas passam a ser casos sem personalidade, uma vez que se perde o contato entre quem presta assistência médica e quem a recebe; e os sistemas de saúde são em sua maioria cada vez mais

complexos, custosos, de eficácia duvidosa, deformados pelas imposições da tecnologia médica e pelos esforços mal orientados de uma indústria que favorece a sociedade de bens de consumo de caráter médico.

Naquela mesma ocasião, houve o entendimento de que os fatores psicológicos estão relacionados a diversos tipos de doenças, configurando a inegável interação entre a mente e o corpo no processo saúde X doença. Embora se tenha atrelado a essa ciência um estigma de ferramenta para doentes mentais, a psicologia tem contribuído na compreensão desse processo atuando tanto na promoção e manutenção da saúde, quanto na prevenção e tratamento de certas doenças e distúrbios a elas relacionados.

No entanto, o modelo biomédico centrado na doença começou a ficar defasado, visto que os principais fatores de mortes no século XX eram de origem comportamental e não mais de origem exclusivamente patogênica; portanto, o remédio deixou de ser uma vacina. Se, com a descoberta dos microorganismos, fator etiológico determinante de várias doenças infecciosas, se deu uma primeira revolução na saúde, com a epidemia de fatores comportamentais, que adquiriram grande significância na determinação de doenças se deu a segunda revolução da saúde (HETTLER, 1982; MULLEN; GOLD; BELCASTRO; MCDERMOTT, 1986). Nesse contexto, novas perguntas começaram a ser feitas, novas doenças se evidenciaram como relevantes no cenário mundial e novas formas de avaliação e terapêutica passaram a ser utilizadas.

Já em meados do século XX, conforme estimativas apontam, das mortes prematuras, principalmente em países com alto nível de desenvolvimento econômico, 50% foram devidas ao estilo de vida ou comportamentos inadequados; 20%, a fatores ambientais; 20%, à biologia humana; e 10%, à falta de cuidados adequados de saúde (RICHMOND, 1979), sem contar outros fatores, como a revolução tecnológica, as alterações demográficas, o envelhecimento da população. Com isso, a psicologia tomou para si a atribuição de estudar as influências psicológicas na saúde do paciente, os possíveis fatores responsáveis pelo adoecimento e as mudanças no comportamento das pessoas ao adoecer. Nesse campo, o estresse é um dos fenômenos mais estudados recentemente, visto que ele pode ser resultado de aspectos biológicos, psicológicos e sociais, ou biológicos e psicossociais.

Todavia, reconhecida como profissão no Brasil em 1962, a psicologia precisou aderir aos princípios positivistas para se alçar ao *status* de ciência. Esses princípios definem que a realidade é governada mediante leis racionais passíveis de ser desvendadas a partir da observação sistemática e criteriosa dos fatos. Resumindo, no positivismo os métodos empregados procuram estudar o fenômeno de forma isolada, sem levar em conta o contexto no

qual foi produzido. Será que conseguimos fazer a correlação disso com a visão biomecânica da medicina?

Desde Wundt (1832-1920) a visão mecanicista tem impregnado o pensamento moderno. Os psicólogos reconhecem os fenômenos psicológicos como sendo de natureza biológica e psicossocial, assim se definindo por ser ora estrutura, manifestação, relação, conteúdo, distúrbio, ora experiência. Embora se deem internamente, sua relação se dá também com o externo, razão por que é biológico, psíquico e social, ou biológico e psicossocial; é agente, mas também é resultado; e é fenômeno humano, relacionado ao que é determinado como “eu”.

Até aqui abordamos o corpo como centro de atenção no processo de tratamento de doenças, e temos agora a alma (psiqué) incluída nesse processo porque faltaram as respostas para esta época por parte da medicina biomecânica.

Na Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada no Rio de Janeiro, em 1992, foi incluído no Plano de Ação das Nações Unidas, Agenda 21, o reconhecimento do direito do desenvolvimento físico, mental e espiritual das pessoas (MMA, 1992) Também a OMS incluiu a parte espiritual no conceito multidimensional de saúde, ressaltando a importância de questões como significado e sentido da vida, não se limitando a nenhuma crença ou prática religiosa em particular. Ela define a espiritualidade como o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a ideia de que na vida de um ser humano há mais coisas que o influenciam e o determinam do que pode ser percebido ou plenamente compreendido (VOLCAN, 2003). Por causa dessa abrangência, o INCA – Instituto Nacional do Câncer, em 2010, promoveu um amplo debate sobre questões que envolvem o tratamento e enfrentamento do câncer, entre elas o uso do suporte espiritual.

O conceito integral de saúde, nessa amplitude, obrigou as universidades do mundo inteiro a despertarem para este tema e incluírem a espiritualidade como disciplina nos cursos de saúde. Embora, no meio do século passado, quando tudo indicava que a espiritualidade ficaria cada vez mais distanciada da ciência, a própria ciência através da física quântica, na visão de Fritjot Kapra ao tratar de saúde, se viu obrigada a referenciar a espiritualidade (SALGADO, 2006).

O câncer e o Espírito

Enquanto Sigerist (ILLICH, 1975) assevera que cada civilização cria sua própria doença, Foucault (1997) diz que a loucura é uma doença mais social do que natural, e isso justifica sua localização na história. A sociedade de consumo chegou ao seu limite, e o nome

dele é excesso. O câncer parece ser o resultado físico, palpável de toda expectativa e angústia do ser humano nesta época. Suas características nos levam a pensar numa correlação direta: maior consumo + vazio existencial – relacionamentos profundos – valores absolutos + dor (do corpo, da alma e do espírito) + crescimento do inimigo por dentro (câncer).

Segundo estatísticas, o câncer será a doença que mais matará no século XXI (ANNALS OF INTERNAL MEDICINE, 2018). Já tendo sido chamado de Imperador de Todos os Males, o câncer carrega em sua própria denominação uma brutalidade que lhe é intrínseca, natural: o diagnóstico atrelado ao medo da morte; a perda de relacionamentos devido ou aos efeitos devastadores do tratamento ou ao próprio estigma da doença; o sofrimento causado pelo tratamento tradicional; a restrição da vida social; a possibilidade de desenvolvimento da tríade depressão-pânico-suicídio; as dores insuportáveis; a perda do sentido de vida; o desgaste físico-emocional dos cuidadores; a propagação do medo na comunidade; a deterioração dos recursos familiares; além do alto custo do serviço público de saúde.

Não é sem razão que Leonardo Boff (1994) afirma que o século XXI será o século da espiritualidade, isso decorrendo das situações para as quais não se encontram respostas. Tal constatação também não é novidade, pois muito antes da medicina cientificista o homem já era um ser espiritualizado, místico e mágico. Porém, existe uma abordagem da espiritualidade que vem como resposta adequada nesse período de intensa necessidade de resposta ao câncer e a depressão, mas sem a capa da religião e da mágica. A abordagem da logoterapia, de Viktor Frankl (1991a), da terceira escola de psicologia de Viena.

Frankl, depois de passar por quatro campos de concentração, refuta Freud, para quem o motivo da vida do ser humano é o prazer. De igual modo refuta Adler, de acordo com quem o motivo da vida é a autoestima ou o poder. Para Frankl, o motivo da vida é o sentido e nisso ele se concentra e desenvolve a Logoteoria, terapia que leva em conta a dimensão espiritual do indivíduo, por ele denominada de dimensão noética (do grego nous, que significa espírito). Nessa teoria, não perguntamos para a vida qual é o sentido dela, pois é ela que nos pergunta: qual é o sentido que vocês querem dar para mim? Qual é o valor que vocês vão me atribuir?

Por meio da logoterapia, a execução de valores pode restituir sentido a cada momento da vida, da existência de um indivíduo, não importando a situação que ele está vivendo, seja num país rico seja numa das favelas de Bangladesh, seja um jovem cheio de saúde, seja um idoso cheio de dores, seja um homem estudioso e culto seja um analfabeto. A execução de valores poderá ser utilizada por qualquer um, em qualquer lugar, e dotar de sentido e esperança a sua vida.

Os valores, de acordo com Frankl, podem ser Criativos, Vivenciais e Atitudinais. Os criativos se ligam ao que damos para a vida, por exemplo: uma música, um poema, um quadro, a construção de uma escola, uma ação social, entre outros. Os vivenciais se associam ao que a vida nos dá como presente, por exemplo: a magia de um pôr do sol, o frescor do vento, a água, o sabor de um alimento, o prazer da relação íntima, o amor da pessoa amada, o carinho da amizade, o calor humano da solidariedade, cada uma delas tendo sua força desde que a concebemos como um valor para o momento. Os valores atitudinais se referem a nossa atitude diante do sofrimento, da tragédia, da dor, do insustentável, da injustiça. A postura de coragem, de dignidade, de altruísmo, de paciência, de esperança, de paz em momentos adversos da vida em que a normalidade era o desespero e a desistência da vida produz uma força que vem da sua parte noética (espiritual). Ele define o homem como um ser bio-psico-socio-espiritual.

Segundo Frankl, nosso corpo pode estar machucado, doente, depauperado, mutilado, bem como as nossas emoções, em frangalhos, cheias de mazelas, nossa psiqué fragilizada pela nossa história de fracassos, traumas e abusos. Todos esses elementos definem quem somos, e esse conhecimento da nossa individualidade é importante para sabermos de onde cada um de nós veio e onde cada um de nós está. Porém, para o teórico, o espírito humano é totalmente livre e pode sair desses lugares e ir para um “Lugar-Ser”, não condicionado, totalmente diferente. O ser humano é completamente livre na sua dimensão noética, na sua escolha de como será sua próxima ação, de como será o seu futuro. Seus valores, suas crenças, seu grupo de apoio serão importantes para ajudar nesse desafio existencial.

O vazio existencial não pode ser preenchido por remédios, não pode ser extirpado com cirurgia, nem pode ser tratado com exercícios mentais e psicológicos devendo ser entendido como possível causa de certas doenças ou da ausência de resposta aos tratamentos. Ademais, tal vazio deverá fazer parte do processo de enfrentamento das doenças, mediante uma terapêutica analisada e abordada adequadamente por profissionais qualificados.

Conclusão

A medicina biomecânica não é mais capaz de fornecer as respostas para as questões envolvidas no processo saúde X doença. Embora não possamos deixar de reconhecer a contribuição de suas práticas médicas, nossa análise segue o curso da história e hoje nos permite perceber como o modelo se contaminou com o desenvolvimento industrial e econômico, gerando uma indústria de produtos e serviços com chancela do mercado e da produção científica, excluindo processos terapêuticos holísticos e terapêuticas não convencionais

(FLEXNER, 1910), provados empiricamente e adotados no mundo inteiro. Para o modelo biomecânico de medicina, o corpo é uma máquina que deve ser analisada, concertada, conservada, renovada e medicada para continuar a produzir produtos e serviços cuja aquisição e consumo serão pagos pelo consumidor.

A psicologia se estabeleceu como ciência em resposta às necessidades de tratamento das novas doenças representadas por aquelas desenvolvidas com o estilo de vida e comportamentos da sociedade contemporânea. Não se pode viver como escravo do sistema e não sentir e sofrer os danos decorrentes disso. Apesar da excelente assistência técnica preparada para a manutenção da máquina, esta tem seu *software* danificado em razão de sua própria má utilização, do *hardware*. Em face disso, a psicologia despontou por sua capacidade de análise e de busca por respostas considerando os âmbitos emocionais e psicológicos dos indivíduos, preenchendo importante lacuna deixada pelo tratamento médico tradicional. Enxergar as falhas de *software* abriu espaço para novas terapêuticas e trouxe respostas a várias perguntas ignoradas no processo saúde x doença pela prática da medicina convencional.

Em face do crescente avanço de incidências de câncer, nos vemos diante de uma dúvida contundente cuja resposta requer uma análise mais profunda e mais certa. É notório que os bilhões de dólares investidos em pesquisas e tecnologias não chegaram a uma terapêutica eficaz para a erradicação do câncer e, bem assim, as terapias psicológicas não conseguiram conter a explosão no quadro de pessoas depressão. Logo, se a civilização cria as próprias doenças, é possível que a cura para elas se encontre no interior do próprio ser humano.

Acreditamos que redescobrir o espírito humano como parte essencial do processo saúde X doença é o paradigma para este novo milênio. Continuaremos a enfrentar diversos conflitos com o mercado de produtos e serviços, e a psicologia ainda terá que romper muitos padrões para estabelecer sua autonomia e lugar de protagonismo. Enquanto isso, os bandeirantes dessa nova dimensão deverão ter coragem para se firmar como uma fonte de respostas às perguntas que surgirão e como um bastião de mártires que tentarão não se corromper e tornar a espiritualidade mais um novo produto e serviço a ser consumido pela desesperada e angustiada sociedade contemporânea.

Referências

ANNALS OF INTERNAL MEDICINE. *Socioeconomic Differences in the Epidemiologic Transition From Heart Disease to Cancer as the Leading Cause of Death in the United States, 2003 to 2015: An Observational Study*. 2018. Disponível em: <https://annals.org/aim/article-abstract/2715460/socioeconomic-differences->

epidemiologic-transition-from-heart-disease-cancer-leading-cause#. Acesso em: 20 fev. 2019.

BMJ, *Medical error—the third leading cause of death in the US*, Publicado em 3 de maio de 2016. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/353/bmj.i2139>. Acesso em: 15 fev. 2019.

BOFF, F. B. Leonardo (1994). *Mística e espiritualidade*. Rio de Janeiro: Rocco.

BRASIL. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Décima Segunda Câmara Cível. Apelação Cível 0106857-58.2006.8.19.0001 (2008.001.61749), Rel. Des. Lúcia Miguel S. Lima. 05/02/2009. Disponível em: <https://tj-rj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/396184940/apelacao-apl-1068575820068190001-rio-de-janeiro-capital-13-vara-faz-publica?ref=serp>. Acesso em 15 fev. 2019.

CAMARGO JR, K. R.(2007). *As Armadilhas da “concepção Positiva de Saúde”*. PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 76 (I), p. 63-76.

FLEXNER A. *Medical Education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910. (Bulletin, 4)

FOUCAULT, M. A *História da Loucura na Idade Clássica* (1961). 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FRANKL, V. E. (1991a). *Em busca do Sentido - Um Psicólogo no Campo de Concentração*. São Leopoldo: Sinodal / Petrópolis: Vozes.

FRANKL, V. (1991). *A psicoterapia na prática*. Campinas: Papirus

GOLSE, Anne. *De la médecine de la maladie a la médecine de la santé*. In: Michel Foucault et la médecine, lecture et usages. Paris: Éditions Kimé, 2001. P278 e 290.

HETTLER, B. *Wellness promotion and risk reduction on university Campus*. In: FABER, M.M.; REINHARDT, A.M. (Eds.) Promoting health through risk reduction. New York; Collier Macmillan Publishers, 1982.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde. Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975

INCA. www.inca.gov.br, 2018. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/casos-taxas-brasil.asp>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

ISHIKAWA, K., & Lu, D. (1985). *What is total quality control?* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

LA BOÉTIE, Étienne de. *Discurso Sobre a Servidão Voluntária*, Local: São Paulo. Editora Brasileira. 1982 - 30 Páginas.

LUKAS, E. (1989b). *Prevenção Psicológica: a prevenção de crises e a proteção do mundo interior do ponto de vista da logoterapia*. (Trad. Helga Hinkenickel Reinhold). Petrópolis: Editora Vozes.

MINISTERIO DO MEIO AMBIENTE. *www.mma.gov.br*, 1992. Disponível em: <<http://www.mma.gov.br/informma/item/8067-cap%C3%ADtulo-36-da-agenda-21>>. Acesso em: 08 fev. 2019.

MULLEN, K.; GOLD, R.; BELCASTRO, P.; MCDERMOTT, R. *Connections for health*. Dubuque: Wm.C.Brown Publishers, 1986.

PADILHA, KG. *Considerações sobre as ocorrências iatrogênicas na assistência à saúde: dificuldades inerentes ao estudo do tema*. Rev Esc Enferm USP. 2001; 35(3): 287- 90.

RICHMOND, J. *Healthy people: the surgeon general's report on health promotion and disease prevention*. Washington: U. S. Department of Health, Education, and Welfare, 1979.

SALGADO, M. I. *Pesquisadores do IGC propõem "DNA" de diamantes*. Boletim UFMG, 09 out. 2006. 4.

VOLCAN, S. M. A. . S. P. L. R. . M. J. J. . & H. B. L. *Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal*. Revista de Saúde Pública, p. 37(4), 440-445, 2003. Acesso em: 15 fev. 2019.

CAPÍTULO 7

DOENÇAS MITOCONDRIAIS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Camila Carvalho Camargo¹

RESUMO

As mitocôndrias são organelas presentes nas células eucarióticas, com função principal de fornecer energia para o organismo, pela respiração celular. As mitocondriopatias são causadas por um distúrbio genético, danificando a respiração celular. O trabalho objetiva abranger estudos sobre mitocondriopatias, contribuindo para a divulgação e reconhecimento destas doenças pelos profissionais da saúde, devido sua raridade, e inconsistência de seu diagnóstico. O estudo foi realizado por levantamento bibliográfico, utilizando 22 trabalhos científicos. Aproximadamente 50 mitocondriopatias foram descobertas. Por comprometer a produção energética, os órgãos mais afetados são os que necessitam maior demanda: cérebro, músculo esquelético e cardíaco. No diagnóstico, os exames variam pelo tipo e a gravidade da doença. Os tratamentos são a longo prazo, prevenindo a progressão dos sintomas. Há carência de trabalhos relacionado a área no Brasil, reforçando a atualização dos profissionais da saúde sobre as doenças, ajudando na realização do diagnóstico e tratamento.

Palavras-chave: DNA mitocondrial. Doenças raras. Mitocondriopatias.

ABSTRACT

Mitochondria are organelles present in eukaryotic cells, whose main function is to provide energy for the organism, through cellular respiration. Mitochondriopathies are caused by a genetic disorder, impairing cellular respiration. Mitochondriopathies are caused by a genetic disorder, impairing cellular respiration. The work aims to cover studies on mitochondrial diseases, contributing to the dissemination and recognition of these diseases by health professionals, due to their rarity and inconsistency in their diagnosis. The study was carried out through a bibliographic survey, using 22 scientific works. Approximately 50 mitochondriopathies have been discovered. By compromising energy production, the most affected organs are those that need the greatest demand: brain, skeletal and cardiac muscle. At diagnosis, tests vary by the type and severity of the disease. Treatments are long-term, preventing the progression of symptoms. There is a lack of work related to the area in Brazil,

¹ Graduada em Ciências Biológicas pela Universidade Federal de Roraima (2019). Pós-Graduada lato sensu em Análises Clínicas e Toxicológicas pela Universidade Estácio de Sá (2021). E-mail: milaccamargo@gmail.com.

reinforcing the updating of health professionals about diseases, helping to carry out diagnosis and treatment.

Keywords: Mitochondrial DNA. Rare diseases. Mitochondriopathies.

Introdução

As mitocôndrias são organelas presentes dentro do citoplasma das células dos seres eucariontes, como animais, plantas, algas, fungos e protozoários. Ela possui envolta de si duas membranas, tem formato esferoide ou ovoide, e possui quatro estruturas: membrana externa, a membrana interna, possui as cristas mitocondriais, no qual se projetam para o interior da célula, espaço intermembrana e matriz mitocondrial, o fluido que preenche a cavidade interna das mitocôndrias, onde se encontram diversas enzimas e proteínas que participam da respiração celular, RNA e pequenos ribossomos necessários para a fabricação de algumas proteínas, juntamente com o DNA mitocondrial (mtDNA) (SOUZA, 2005).

As principais funções da mitocôndria no organismo são: respiração celular, onde há obtenção de energia através da produção de ATP (adenosina trifosfato), a apoptose, no qual a organela é responsável pela mediação da morte celular programada, a produção de calor, e contribui com a genética humana através do mtDNA (FINSTERER, 2004).

A respiração celular é essencial para o fornecimento de energia para as células, que consiste em três etapas, glicólise, ciclo de Krebs e fosforilação oxidativa. A última etapa, ocorre nas cristas mitocondriais, consiste na produção de ATP com adição de fosfato ao ADP (adenosina difosfato). Neste processo está envolvido transporte e uso de determinados substratos conduzidos por vários complexos enzimáticos, que juntos formam a cadeia respiratória (NASSEH, et al., 2001).

As doenças mitocondriais ocorrem devido a um distúrbio genético crônico que impede a mitocôndria de efetuar suas funções corretamente no organismo. Essas doenças são causadas por mutações herdadas ou espontâneas do mtDNA ou nDNA (DNA nuclear). Este DNA é responsável pela síntese de proteínas que atuam na mitocôndria, principalmente na cadeia respiratória. As doenças mais comuns afetam diretamente a cadeia respiratória, causando falhas na produção de energia para a célula (MITO ACTION, 2018).

As primeiras descrições sobre as doenças foram feitas por Kearns e Sayre (1958), e logo após por Ernster e colaboradores (1959), e Luft e colaboradores (1962), no qual foi descoberta a doença de Luft, que apresenta sintomas relacionados às alterações morfológicas e bioquímicas da mitocôndria. Na década de 1970 outras doenças começaram ser descritas (SHAPIRA et al., 1977), em 1981, foi publicado o sequenciamento completo do genoma mitocondrial

(ANDERSON et al., 1981). A primeira mutação no mtDNA foi descrita em 1988 (WALLACE et al., 1988).

Atualmente, mais de 300 mutações foram descritas por causar diversas doenças mitocondriais. A falha em produzir quantidade adequada de ATP é considerada a principal razão das patologias mitocondriais resultarem em distúrbios multissistêmicos. Os tecidos afetados gravemente são os que demandam mais energia, como o músculo esquelético, músculo cardíaco e o sistema nervoso central, porém, outros tecidos podem ser afetados (KHAN et al., 2015).

Estudos epidemiológicos sugerem que pelo menos um a cada cinco mil indivíduos são afetados pelas doenças mitocondriais, embora muitas vezes não são diagnosticadas, ou os portadores dessas mutações não desenvolvem disfunções. Bebês, crianças e adultos podem desenvolver distúrbios, podendo causar mortalidade e/ou morbidade crônica (MITOACTION, 2018; KHAN et al., 2015).

Não existe um diagnóstico consistente para a doença, geralmente é personalizado com base nos sintomas, ainda está sendo desenvolvido padrões de diagnóstico e tratamento para a doença. Em geral, pede-se exame de biópsia muscular e testes de DNA, avaliação do histórico familiar do paciente, exame físico, exame neurológico e metabólicos. A análise imuno-histoquímica dos tecidos afetados e a avaliação genética-molecular auxiliam e confirmam o diagnóstico, porém alguns exames podem ser inclusos dependendo dos sintomas apresentados (MITOACTION, 2018; NASSEH et al., 2001).

Com os dados expostos, o presente trabalho tem como objetivo abranger artigos, dados, documentos, livros já publicados sobre as doenças mitocondriais, suas causas, sintomas, diagnósticos, tratamentos disponíveis e descobertas recentes, de forma a contribuir na divulgação e reconhecimento das doenças pelos profissionais da área da saúde, devido a rara ocorrência da doença, assim como a inconsistência de seu diagnóstico.

Metodologia

Para a realização do estudo, foi feito um levantamento bibliográfico, onde os artigos utilizados foram retirados dos seguintes banco de dados: Scielo.br, Google Acadêmico, Repositório Científico do Instituto Nacional de Saúde, Banco de dissertações da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Universidade Federal de São Paulo, National Library of Medicine, National Center for Biotechnology Information, The Indian Journal of Medical Research, MITOMAP: A Human Mitochondrial Genome Database, MitoAction.org, onde foi

utilizada palavras de buscas combinadas como: doenças mitocondriais, disfunções mitocondriais, diagnósticos das doenças mitocondriais, DNA mitocondrial. Os trabalhos que não combinavam com as palavras ou que não eram relacionados ao tema escolhido foram excluídos. Foi preferencialmente escolhido os artigos recentemente publicados, no entanto, sem excluir os dados relevantes que publicações antigas apresentaram para o desenvolvimento do tema. No total foram recrutados 22 trabalhos, dentre eles 16 em inglês, 6 em português.

Resultados

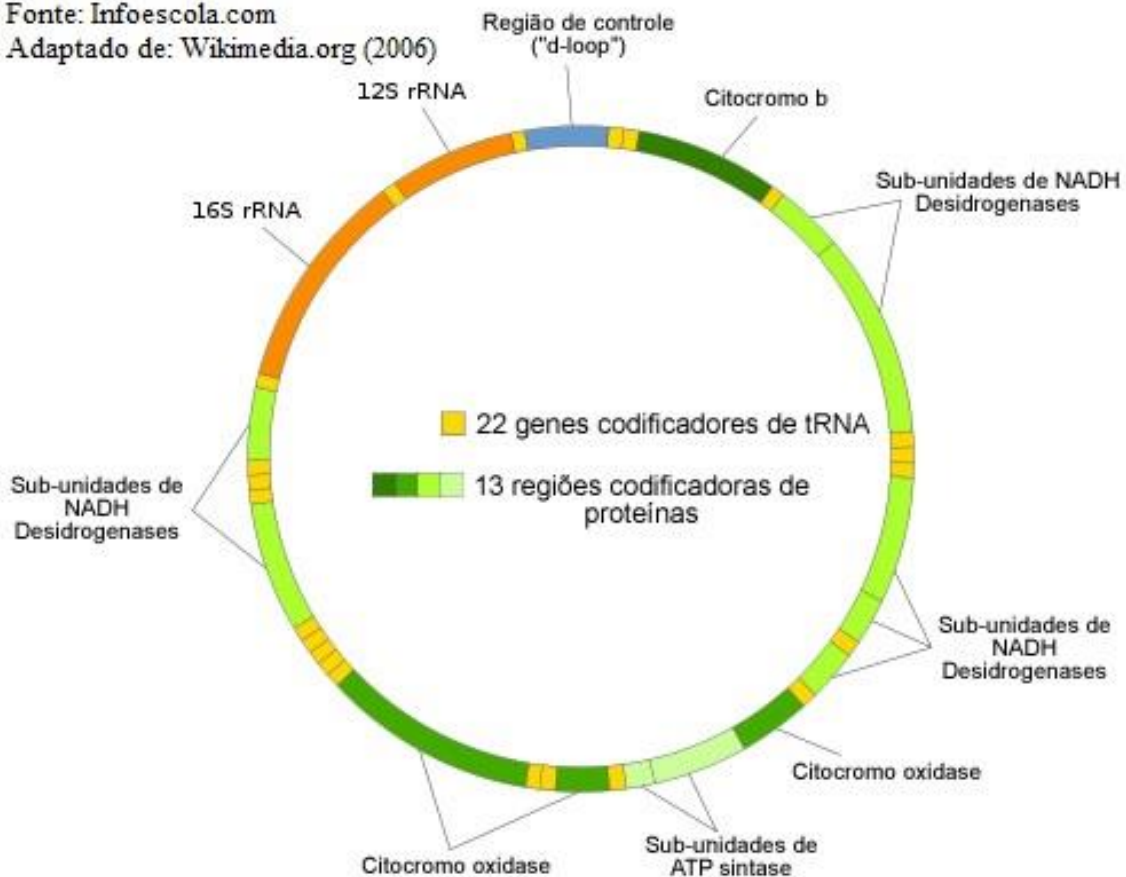
O DNA mitocondrial

Para compreender as manifestações clínicas e as variações das doenças mitocondriais, é necessário conhecer as características do genoma mitocondrial e sua genética. O mtDNA é uma molécula circular, de cadeia dupla, (Figura 1) com 16.569pb (pares de base), composto por 37 genes, incluindo 13 polipeptídios, 22 RNA transportadores e dois genes de RNA ribossômicos. O mtDNA é responsável por sintetizar somente 15% das proteínas da cadeia respiratória, o restante é sintetizado pelo DNA nuclear (NASSEH, et al., 2001). O mtDNA difere do nDNA devido a sua presença de várias cópias em uma única célula, ausência de íntrons e a herança exclusivamente materna (KHAN et al., 2015).

Figura 1 – Organização do DNA mitocondrial humano.

Fonte: Infoescola.com

Adaptado de: Wikimedia.org (2006)



Ainda de acordo com o autor supracitado, as mitocôndrias podem ter de cinco a dez genomas, dependendo do tecido, a quantidade de moléculas pode variar, então, caso exista uma mutação no mtDNA, a célula pode apresentar 100% de mtDNA mutado ou normal, condição denominada homoplasmia, ou pode apresentar uma mistura dos dois tipos de mtDNA, ocorrendo a heteroplasmia. As mutações são transmitidas durante divisão mitótica das mitocôndrias, e a quantidade passada para células filhas é de forma aleatória, que possibilita os descendentes serem não afetados, ou leve a severamente afetados.

Para ocorrer defeitos bioquímicos na célula e desenvolvimento das doenças, a proporção de mtDNA mutante deve exceder o limiar crítico específico do tecido, de 50 a 60% do mtDNA mutante para o tipo normal. Os tecidos que requerem alta demanda energética, como o músculo esquelético, cardíaco e o cérebro, apresentam um limiar mais baixo comparado aos tecidos de baixa demanda energética. A maioria das mutações patogênicas responsáveis pelo desenvolvimento das doenças está presente em condições heteroplásmicas, e devido a diferença de níveis dessa condição, possibilita variabilidade clínica de doenças em diferentes pacientes e em indivíduos da mesma família (NASSEH et al., 2001; KHAN et al., 2015).

Características das doenças mitocondriais

As doenças mitocondriais são causadas pelas mutações herdadas ou espontâneas que ocorrem no mtDNA. Essas mutações podem ocorrer por herança materna, por defeitos no DNA nuclear, por combinação de defeitos entre o mtDNA e nDNA, e por aparecimento espontâneo, que pode ser desencadeado por medicamento ou substâncias tóxicas. Através destas mutações as mitocôndrias passam a desempenhar funções anormais na cadeia respiratória, ocasionando as doenças (mitocondriopatias). As mutações ocorrem nos genes codificantes para as proteínas e RNAs. Afetam proteínas que podem atuar direta ou indiretamente na cadeia respiratória, e afeta o RNA transportador e ribossômico. (NASSEH et al., 2001; RODRIGUES, 2005; CARVALHO; RIBEIRO, 2002; MITOACTION, 2018).

De acordo com Souza (2005), as mitocondriopatias podem ser classificadas segundo critérios:

- Genéticos: doenças causadas por mutações nos genes do mtDNA que codificam proteínas da cadeia respiratória, tRNAs e rRNAs; causadas por mutações geradas nos genes do nDNA que codificam proteínas para a cadeia respiratória; mutações nos genes do nDNA que codificam proteínas fora da cadeia respiratória; e mutações nos genes do nDNA que codificam proteínas não mitocondriais que afetam o funcionamento da cadeia respiratória.

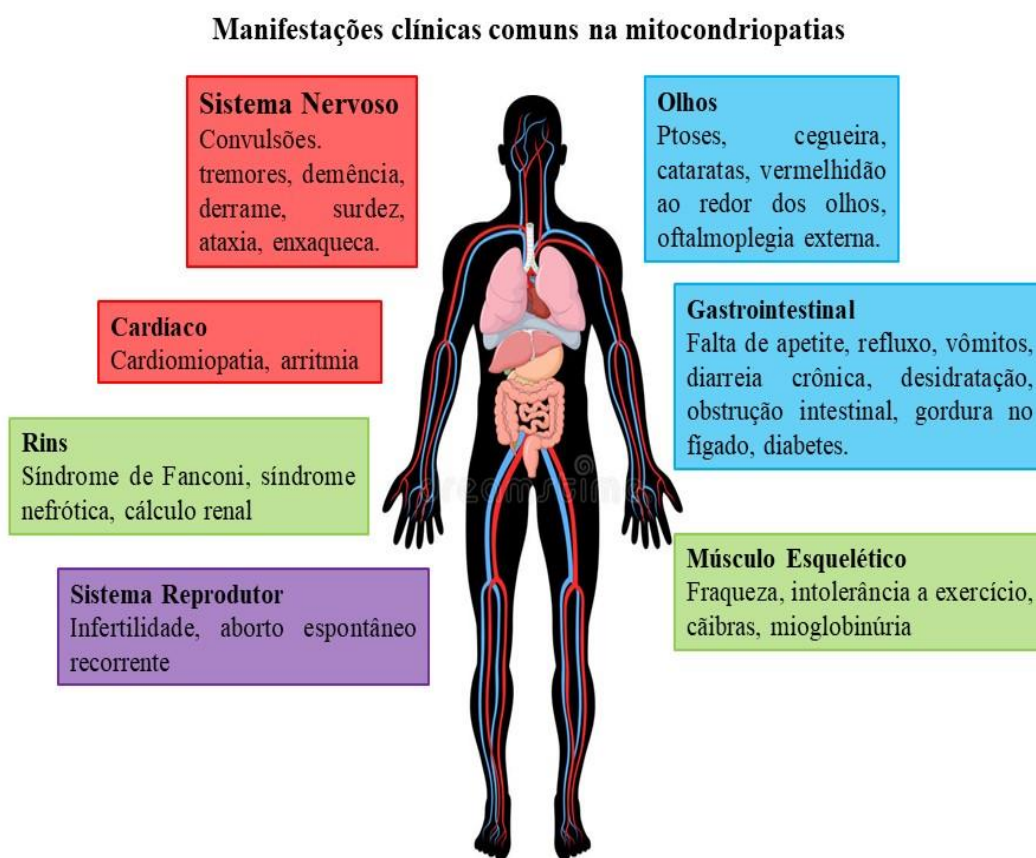
- Bioquímicos: defeitos no transporte inter ou intra-mitochondrial (deficiência da carinitna palmitoil-transferase), deficiência no uso de substratos (piruvato desidrogenase), defeitos envolvendo o ciclo de Krebs (deficiência de fumarase), e deficiência dos complexos da cadeia respiratória.
- Clínicos: pode afetar um único órgão ou multissistêmico. Raramente as doenças aparecem envolvidas com um único órgão, e quando ocorre, a longo prazo torna-se multissistêmica. Na maioria das situações, há dificuldade em estabelecer um limite entre os sintomas associados e a caracterização de uma síndrome mitochondrial clássica, ocorrendo devido a sobreposição dos critérios, tanto no aspecto clínico, quanto laboratorial. No entanto, algumas mitondriopatias apresentam características distintas, possibilitando sua descrição e classificação.

Manifestações clínicas das mitondriopatias

As doenças podem manifestar seus primeiros sinais desde o período embrionário até a vida adulta tardia. O diagnóstico clínico apresenta um grande desafio aos médicos devido a variações clínicas da doença e de seu início. A investigação de qualquer distúrbio é geralmente complicada, pois o mesmo defeito genético e bioquímico pode apresentar diversidade de fenótipos. Contudo, sabe-se que os principais órgãos afetados pelas doenças são os que mais necessitam de demanda energética, como o cérebro, músculo esquelético e cardíaco (KHAN et al., 2015).

É necessário uma avaliação histórica e exame do paciente com suspeita da doença para uma interpretação relevante dos sintomas. Pode-se suspeitar de doenças mitondriais em pacientes que apresentam uma combinação não explicada de sintomas neuromusculares ou não neuromusculares e envolvimento simultâneo de órgãos não relacionados. Na figura 2, é apresentado as principais manifestações clínicas das doenças, estes sintomas, isolados ou em combinação, ocorrem em qualquer estágio, e podem aumentar conforme a progressão da doença. Contudo, os sintomas iniciais podem persistir e progressivamente piorar, quanto melhorar ou até mesmo desaparecer, enquanto outros órgãos são afetados (MUNNICH; RUSTIN, 2001; SOUZA, 2005).

Figura 2 –Manifestações clínicas comuns das mitocondriopatias.



Adaptado de: PFEFFER; CHINNERY (2013); KHAN, et al. (2015)

Principais doenças mitocondriais

No quadro abaixo (Quadro 1), está descrito resumidamente as mitocondriopatias mais conhecidas. Cerca de 50 doenças já foram descobertas, dentre elas, algumas doenças já conhecidas estão sendo associadas as mutações mitocondriais como Diabetes Mellitus, Mal de Alzheimer, e Mal de Parkinson (LOTT et al., 2013).

Quadro 1 – Principais Doenças Mitocondriais

Nome	Características	Origem/ Mutação
Doença de Alpers	Distúrbio neurológico progressivo, inicia-se na infância. Sintomas apresentados: convulsões, demência, espasticidade, cegueira, disfunção hepática e degeneração cerebral.	Mutação na DNA polimerase (POLG) mitocondrial
Atrofia Óptica Autossômica	Condição que afeta os nervos ópticos, começa aos dez anos de idade. A gravidade da doença é variável, a visão pode ter leve comprometimento ou perda total. Em caso mais graves, pode	Gene nuclear codificador de proteínas de

Dominante (ADOA)	apresentar neuropatia periférica, surdez, ataxia, miopatia e paraplegia espástica.	membrana da mitocôndria (OPA1)
Síndrome de Barth/ LIC (Cardiomiopatia Letal Infantil)	Distúrbio metabólico e neuromuscular, ocorre principalmente em homens, afetando o coração, sistema imune, músculos e crescimento. Geralmente inicia-se na infância, mas o início e a gravidade dos sintomas variam entre os indivíduos. Sintomas: cardiomiopatia, miopatia esquelética, neutropenia, atraso do crescimento e níveis aumentados de ácidos orgânicos na urina e sangue.	Gene ligado ao cromossomo X, que atua sobre as proteínas tafazzinas (TAZ)
Deficiência primária de Carnitina	Condição que impede o corpo de usar algumas gorduras para obter energia, principalmente durante o jejum. A gravidade dos sintomas pode variar. Geralmente aparecem na infância, inclui encefalopatia, cardiomiopatia, vômito, fraqueza muscular e hipoglicemia. Alguns indivíduos podem apenas ter fadiga na idade adulta ou nenhum sintoma.	Mutação no gene SLC22A5, herança autossômica recessiva
Deficiência de carnitina-acilcarnitina translocase (CACT)	Impede a conversão de ácidos graxos em energia durante o jejum, devido a um transportado defeituoso que interrompe o papel da carnitina no processamento de ácidos graxos. A ocorrência mais grave é em recém-nascidos, os sintomas apresentam-se nas primeiras 48 horas de vida, hipoglicemia hipocetótica, hiperamonemia, cardiomiopatia, arritmias e hipotermia.	Mutações no gene SLC25A20
Deficiência de Coenzima Q10	Esta condição apresenta cinco fenótipos principais: encefalomiopatia com mioglobulinúria e fibras vermelhas irregulares; doença multissistêmica infantil grave; ataxia cerebelar; síndrome de Leigh com retardo de crescimento, ataxia e surdez; e miopatia isolada. Estes diferentes fenótipos podem ser devido a biossíntese da coenzima Q10.	Autossômica recessiva
Deficiência de Creatina	Erros inatos no metabolismo da creatina, incluem 3 distúrbios: a deficiência de guanidinoacetato metiltransferase (GAMT); deficiência de L-arginina: glicina amidinotransferase (AGAT); deficiência de transportador de creatina (CRTR). Sintomas comuns são convulsões e deficiência intelectual.	Autossômica recessiva (GAMT e AGAT); ligado ao X (CRTR)
Deficiência do Complexo I	Distúrbio neurodegenerativo progressivo, com diversos sintomas clínicos, principalmente em tecidos com alta demanda energética. 3 formas principais da doença: miopatia; encefalomiopatia mitocondrial; transtorno multissistêmico infantil.	Autossômica recessiva
Deficiência do Complexo II	Os sintomas variam muito, sendo graves com risco de vida na infância até miopatia na vida adulta. Mais comuns são encefalomiopatia, falha no crescimento, letargia, ataxia, hipotonia, insuficiência respiratória, mioclonia. Pode causar síndrome de Leigh.	Mutações nos genes SDHA, SDHB, SDHC, SDHD, SDHAF1 e SDHAF2. Autossômica recessiva
Deficiência do Complexo III	A doença apresenta 4 formas principais: encefalomiopatia infantil fatal; Encefalomiopatias tardias (da infância a vida	Mutações no nDNA e mtDNA

	adulta); Miopatia, com intolerância ao exercício evoluindo para fraqueza fixa; Miocardiopatia histiocitóide infantil.	
Deficiência do Complexo IV/COX	4 formas: encefalomiopatia após 12 meses de vida, regressão do desenvolvimento, ataxia, atrofia óptica, problemas respiratórios e convulsões; Síndrome de Leigh; Miopatia infantil fatal, hipotonia, fraqueza, acidose láctica, problemas respiratórios e renais, e fibras vermelhas irregulares; Miopatia infantil benigna, os mesmos sintomas anteriores, porém há melhora espontânea.	Causado por 14 genes, o tipo de herança depende do gene envolvido
Oftalmoplegia Externa Progressiva Crônica (OECP)	Perda das funções musculares no movimento dos olhos e pálpebras. Os sintomas tendem a começar entre os 18 a 40 anos, tendo oftalmoplegia e ptose. Às vezes os indivíduos podem ter sintomas como a miopatia, perda auditiva, neuropatia e ataxia.	Mutações no nDNA e mtDNA
Deficiência de carnitina palmitoil transferase I	Afeta o controle de gordura que pode entrar nas mitocôndrias. Sintomas: hipoglicemia, hipocetose, convulsões, coma, insuficiência hepática, hepatomegalia, falência de órgãos. Geralmente inicia-se na infância.	Mutações no gene CPT1A. Autossômica recessiva
Deficiência de carnitina palmitoil transferase II	Distúrbio raro que impede a entrada de gorduras na mitocôndria. 3 tipos: Neonatal letal; Hepatocardiomuscular infantil. Ambas são doenças multissistêmicas graves com insuficiência hepática com hipoglicemia hipocetótica, cardiomiopatia, convulsões e morte precoce. A forma miopática tem sintomas como dor e fraqueza muscular induzidas pelo exercício e mioglobulinúria.	Mutações no gene CPT2. Autossômica recessiva
Síndrome de Kearns-Sayre (KSS)	Distúrbio neuromuscular com início antes dos 20 anos, retinopatia pigmentar, e oftalmoplegia. Os indivíduos afetados têm um destes fatores: bloqueio da condução cardíaca, concentração de proteína do líquido cefalorraquidiano superior a 100mg/dL ou ataxia cerebelar.	Deleções de genes do mtDNA
Acidose Láctica	Ocorre quando há acúmulo rápido de lactato nos tecidos e fluidos corporais e o corpo não consegue retirá-lo. Esta doença pode ser congênita, afeta muitos sistemas do corpo, e levar a uma variedade de sintomas. Alguns indivíduos podem ter elevados níveis de lactato no sangue, urina e líquido cefalorraquidiano, outros podem ter apenas aumentos ocasionais do lactato provocado por infecções, convulsão ou asma.	Mutações no mtDNA
Deficiência de proteína trifuncional mitocondrial (MTP)	Distúrbio relacionado ao metabolismo de gordura, os indivíduos não conseguem gerar energia suficiente para funções do corpo durante o estresse, doença e jejum, devido ao complexo proteico MTP não funcionar normalmente. Esta doença pode várias formas de deficiência, apresentando diferentes sintomas.	Mutação herdada em um dos genes (HADHa ou HADHb).
Deficiência de 3-hidroxiacil-CoA desidrogenase de cadeia longa (LCHAD)	O LCHAD é umas das enzimas componentes da MTP, bebês que apresentam esta deficiência podem ter hipoglicemia, retinopatia pigmentar, doença hepatocelular. Caso o feto for afetado pela doença, a progenitora pode desenvolver a síndrome de HELLP.	Mutações no gene HADHA. Autossômica recessiva

Neuropatia Óptica Hereditária de Leber (LHON)	Falha visual subaguda bilateral, indolor, que se desenvolve no início da vida adulta. Os homens são mais propensos a ser afetados. São assintomáticos até desenvolverem um embaçamento visual que afeta o centro de visão de um olho, após 2-3 meses o outro olho é afetado. Em seguida a acuidade visual é reduzida e os discos óticos são atrofiados. Anormalidades neurológicas como tremor postural, neuropatia e miopatia também são relatados como sintomas da doença.	Mutação do mtDNA (MT-ND1, MT-ND4, MT-ND4L, MT-ND6)
Síndrome de Leigh (LS)	Distúrbio neurológico grave que se manifesta no primeiro ano de vida, tem como sintomas perda de capacidade mental e motora, muitas vezes resultam em morte devido a insuficiência respiratória. Alguns indivíduos não desenvolvem sintomas até a vida adulta, ou pioram mais lentamente. Os primeiros sinais são vômitos, diarreia, disfagia. Hipotonia, distonia, ataxia, neuropatia também são comuns em pessoas com a síndrome.	Mutações no nDNA e mtDNA
Miopatia mitocondrial, Encefalopatia, Acidose láctica e episódios semelhantes a AVC (MELAS)	Causa episódios recorrentes de AVC no cérebro, enxaqueca, vômitos, convulsões, e pode levar a danos cerebrais permanentes. Outros sintomas comuns são fraqueza muscular geral, intolerância ao exercício, perda auditiva, diabetes e baixa estatura. Seu início pode variar de 4 a 40 anos, mas geralmente os sintomas aparecem antes dos 20.	Mutações no mtDNA
Miopatia mitocondrial	Causa problemas musculares significativos. Principais sintomas: fraqueza muscular, atrofia muscular, intolerância ao exercício, ptose, paralisia dos movimentos oculares, cardiomiopatia, síndrome de Fanconi, obstrução intestinal.	Mutações no mtDNA
Epilepsia mioclônica com fibras vermelhas irregulares (MERRF)	Distúrbio multissistêmico que causa mioclonia, seguido de epilepsia, ataxia e demência. Aparece na infância ou na adolescência, os sintomas variam entre os indivíduos, os mais comuns são perda auditiva, baixa estatura, atrofia óptica e cardiomiopatia.	Mutações no mtDNA
Síndrome de Pearson	Condição que afeta especialmente a medula óssea e o pâncreas, causando anemia, neutropenia, trombocitopenia, dor de estômago, diarreia, problemas para ganhar peso e diabetes. Algumas crianças podem apresentar problemas, no fígado, rins, coração, olhos, ouvido e cérebro.	Deleção de genes do mtDNA

Fonte: Mitoaction.org (2018); Genetic and Rare Diseases Information Center (GARD) (2020); United Mitochondrial Disease Foundation (UMDF) (2017).

Diagnóstico das doenças

Para a investigação das doenças, o diagnóstico deve ter abordagem clínica, bioquímica, histologia e genética para se ter um resultado preciso. Os exames variam dependendo do tipo e gravidade da doença. Inicialmente, é pedido exames de sangue e urina, medindo níveis de lactato, piruvato, creatina cinaase (CK), hemograma completo, função tireoidiana e hepática, química óssea, além medir aminoácidos e ácidos orgânicos específicos. Os níveis de CK são

encontrados na faixa normal geralmente, mas em alguns casos mostram níveis elevados. Em geral, a concentração de lactato e piruvato são altas em pacientes com mitocondriopatias. Embora possa ser útil para diagnóstico, nem sempre é consistente, pacientes com LS e MELAS, apresentam lactato elevado, enquanto pacientes com OECP raramente demonstram nível elevado. A análise de ácido orgânico na urina pode fornecer informações significativas, até mesmo sugerir qual gene é afetado em cada caso (KHAN et al., 2015; MURAYAMA et al., 2018).

Exames histológicos e histoquímicos são um dos diagnósticos padrões para mitocondriopatias. Uma biopsia do músculo esquelético ou biopsia por agulha fornece análise dos defeitos da cadeia respiratória, a coloração com hematoxilina e eosina (HE) geralmente é usada para o exame, para reconhecer as alterações morfológicas dos tecidos, como a presença de fibras vermelhas irregulares, que indica um acúmulo subsarcolemal anormal de mitocôndrias (KHAN et al., 2015; GORMAN et al., 2016).

Juntamente com a avaliação enzimática dos complexos da cadeia respiratória, são úteis no diagnóstico das doenças de início na fase adulta. A atividade enzimática pode ser avaliada em mitocôndrias isoladas de tecidos ou células cultivadas por espectrofotometria. Através de técnicas de imunofluorescência, onde se usam anticorpos marcados contra subunidades dos complexos I-IV, fornece dados precisos sobre a abundância relativa do complexo I e IV. Anormalidades morfológicas e o aumento de número de mitocôndrias não são diagnósticos específicos para as mitocondriopatias. Além disso, alguns distúrbios não apresentam anormalidades histopatológicas, como LHON e LS (KHAN et al., 2015; GORMAN et al., 2016; MURAYAMA et al., 2018).

A investigação genética em pacientes com suspeita destes distúrbios deve ser realizada após exames clínico, bioquímico e histopatológico detalhados, as informações fornecidas por estes exames ajudam numa abordagem racional para a investigação molecular e correlação genótipo-fenótipo. Aproximadamente, foram identificados 300 genes causadores de mitocondriopatias, por isso é necessária uma análise genômica abrangente do mtDNA e nDNA para identificar as mutações associadas aos distúrbios mitocondriais (KHAN et al., 2015; MURAYAMA et al., 2018).

Os rearranjos do mtDNA, como deleções, depleções, duplicações únicas ou múltiplas são geralmente detectadas por hibridização Southern-Blot e PCR em tempo real. As depleções do mtDNA detectadas, podem ser indicativas de mutações nos genes nucleares, e são predominantes em bebês com miopatia ou fenótipo hepatocerebral. Mutações pontuais que causam as doenças, e mutações que causam LHON podem ser rastreadas usando a técnica RFLP

(Polimorfismo no Comprimento de Fragmentos de Restrição) ou sequenciamento direto de mtDNA amplificado. Técnicas como eletroforese em gel com gradiente desnaturante (DGGE), Cromatografia líquida de alta performance (HPLC), e métodos de sequenciamento de nova geração tornaram o sequenciamento de todo mtDNA mais prático e confiável (KHAN et al., 2015; NOGUEIRA; VILARINHO, 2016; NOGUEIRA et al., 2018).

Outros exames são pedidos para o diagnóstico, como ressonância magnética, tomografia cerebral, eletrocardiografia e eletromiografia, para investigar possíveis alterações e anormalidades cardíacas e cerebrais. Algumas alterações em ressonâncias, como anormalidades da substância branca são características de algumas doenças, como a KSS (KHAN et al., 2015; NOGUEIRA; VILARINHO, 2016).

Tratamentos

Como não há cura para as doenças, os tratamentos são a longo prazo, prevenindo ou mitigando a progressão dos sintomas, melhorando a função da cadeia respiratória, aumentando a produção de ATP. Uma das formas de tratamentos é a prática de exercícios físicos, que melhora a função mitocondrial, aumentando a produção de ATP, e diminui a carga de mitocôndrias prejudiciais (KHAN et al., 2015).

A mudança de dieta é uma necessidade nos pacientes com mitocondriopatias, pois necessitam de mais calorias que o normal. A dieta cetogênica, rica em gorduras e com baixa glicose, estimula o uso de lipídeos por beta oxidação e a produção de corpos cetônicos pelo fígado. Essa dieta é eficaz para crianças que sofrem convulsões, reduzindo as crises, também melhora o metabolismo energético cerebral, regulando a biogênese mitocondrial, contribui no funcionamento da cadeia respiratória, na transferência de prótons e elétrons para o complexo II, promovendo a produção de FADH₂. Além disso, o uso desta dieta altera o nível de heteroplasmia em células que possuem deleção de mtDNA (KHAN et al., 2015; MURAYAMA et al., 2018).

Várias vitaminas e cofatores são amplamente usadas para tratar as doenças, devido a deficiência de enzimas ou defeitos no transporte. A administração da coenzima Q10 no tratamento de sua deficiência se mostrou benéfico, além de não apresentar efeitos colaterais negativos. A creatina é administrada para aumentar a energia no tratamento, e pode ser combinada com coenzima Q10, aumentando mais a produção de ATP. A L-arginina administrada diminui a gravidade dos sintomas do AVC e reduziu a lesão tecidual em pacientes com MELAS. A carnitina é usada para tratar a deficiência de carnitina, geralmente em conjunto

com a coenzima Q10. O dicloroacetato (DCA) é usado como agente redutor de ácido láctico, ativando o complexo de piruvato desidrogenase, inibindo a atividade da piruvato desidrogenase cinease, mantendo o complexo ativo, reduzindo o acúmulo de lactato nos tecidos. A idebenona é um análogo da coenzima Q que facilita a transferência de elétrons, ela tem sido usada em pacientes com LHON, que mostrou melhora acentuada na atividade do complexo I, nas acuidades visuais e recuperação visual (KHAN et al., 2015).

Conclusão

Com base nas pesquisas, foi possível observar a crescente descoberta das diversas doenças mitocondriais desde o primeiro registro de sua ocorrência. Apesar das doenças serem consideradas raras, tem mais registro de ocorrência na Europa, enquanto no Brasil poucos casos clínicos foram registrados em artigos, demonstrando uma carência de trabalhos atuais relacionado a área. Conhecer sobre essas doenças ajudam os profissionais da área da saúde a realizarem um diagnóstico mais precoce, obtendo o tratamento mais cedo, resultando na mitigação do avanço dos sintomas.

Referências

- ANDERSON, S. et al. Sequence and organization of the human mitochondrial genome. **Nature**, [s.l.], v. 290, p. 457-465, abr. 1981.
- CARVALHO, M. F. P.; RIBEIRO, F. A. Q. As deficiências auditivas relacionadas às alterações do DNA mitocondrial. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** São Paulo, v. 68, n. 2, p. 268-275, mar-abr. 2002.
- ERNSTER, L.; IKKOS, D.; LUFT, R. Enzymic activities of human skeletal muscle mitochondria: A tool in clinical metabolic research. **Nature**, [s.l.], v. 184, p. 1851-1854, dez. 1959.
- FINSTERER, J. Mitochondriopathies. **European Journal of Neurology**, Vienna, v. 11, n. 3 p. 163-186, mar. 2004.
- GENETIC AND RARE DISEASES INFORMATION CENTER. **Diseases**. Gaithersburg, 2020. Disponível em: <<https://rarediseases.info.nih.gov/diseases>>. Acesso em: 22 jun. 2020.
- GORMAM, G. S. et al. Mitochondrial diseases. **Nature Reviews – Disease Primers**, Newcastle, v. 2, n. 2, p. 1-22, out. 2016.
- KEARNS, T. P.; SAYRE, G. P. Retinitis pigmentosa, external ophthalmoplegia and complete heart block: unusual syndrome with histologic study in one of two cases. **AMA Arch. Ophthalmol.** [s.l.], v. 60, n. 2, p. 280-289, ago. 1958.
- KHAN, N. A. et al. Mitochondrial disorders: Challenges in diagnosis & treatment. **Indian J. Med. Res.**, Hyderabad, v. 141, n. 1, p. 13-26, jan. 2015.

LOTT, M. T. et al. mtDNA variation and analysis using MITOMAP and MITOMASTER. **Current Protocols in Bioinformatics**, Nova Jersey, v.44, n. 1, p. 1-26, dez. 2013.

LUFT, R. et al. A case of severe hypermetabolism of nonthyroid origin with a defect in the maintenance of mitochondrial respiratory control: a correlated clinical, biochemical, and morphological study. **J. Clin. Invest.**, [s.l.], v. 41, n. 9, p. 1776-1804, set. 1962.

MITOACTION.ORG. **Mitochondrial Disease**. Novi, 2018. Disponível em: <<https://www.mitoaction.org/>>. Acesso em: 22 jun. 2020.

MUNNICH, A.; RUSTIN, P. Clinical spectrum and diagnosis of mitochondrial disorders. **American Journal of Medical Genetics**, Paris, v. 106, n. 1, p. 4-17. maio. 2001.

MURAYAMA, K. et al. Recent topics: the diagnosis, molecular genesis, and treatment of mitochondrial diseases. **Journal of Human Genetics**, Tóquio, v. 64, p. 113-125, nov. 2018.

NASSEH, I. E. et al. Doenças Mitocondriais. **Rev. Neurociências**, São Paulo, v. 9, n. 2 p. 60-69, 2001.

NOGUEIRA, C. et al. Avanços no diagnóstico das doenças mitocondriais através da sequenciação de nova geração. **Instituto Nacional de Saúde**, Porto, v. 21, n.1, p.5-8, 2018.

NOGUEIRA, C.; VILARINHO, L. Doenças mitocondriais: síndrome da depleção do mtDNA. **Instituto Nacional de Saúde**, Porto, v. 7, n. 6, 2016.

PFEFFER, G.; CHINNERY, P. F. Diagnosis and Treatment of Mitochondrial Myopathies. **Ann. Med.**, [s.l.], v. 45, n. 1, p. 4-16, fev. 2013.

RODRIGUES, A. S. **A EXPRESSÃO DA PROTEÍNA MITOCONDRIAL CI-39kDa NA IDENTIFICAÇÃO DE DOENÇAS MITOCONDRIAIS ASSOCIADAS A DEFEITOS DO COMPLEXO I**. 2005. 100f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

SHAPIRA, Y.; HAREL, S.; RUSSEL, A. Mitochondrial encephalomyopathies: a group of neuromuscular disorders with defects in oxidative metabolism. **Isr. J. Med. Sci.**, [s.l.], v. 13, n. 2, p. 161-164, fev. 1977.

SOUZA, C. F. M. **Um estudo clínico, bioquímico, histoquímico e genético-molecular de pacientes com doenças do DNA mitocondrial**. 2005. 157f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Genética e Biologia Molecular< Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

UNITED MITOCHONDRIAL DISEASE FOUNDATION (UMDF). **Understanding Mitochondrial disease**. Pittsburgh, 2017. Disponível em: <<https://www.umdf.org/>>. Acesso em 22 jun. 2020.

WALLACE, D. C. et al. Mitochondrial DNA mutation associated with Leber's hereditary optic neuropathy. **Science**, [s.l.], v. 242, n. 4994, dez. 1988.

CAPÍTULO 8 LESÕES DA MUCOSA ORAL ASSOCIADAS AO USO DE PRÓTESES DENTÁRIAS REMOVÍVEIS

ORAL MUCOSAL LESIONS ASSOCIATED WITH WEARING REMOVABLE DENTURES

Jandenilson Alves Brígido¹
Karla Geovanna Ribeiro Brígido²

RESUMO

Fatores como má adaptação da prótese dentária, uso inadequado e falta de higienização podem promover lesões na cavidade oral. O objetivo desse estudo foi, por meio de uma revisão de literatura, identificar as principais lesões orais relacionadas ao uso de prótese dentária, além de entender como realizar os seus diagnósticos, tratamentos e acompanhamento profissional. Foi realizada busca na base de dados PubMed/Medline e SciELO, utilizando as palavras-chave: “Lesões orais”, “Prótese dentária” e “Reabilitação oral”, e seus correspondentes em inglês, sendo selecionados 11 estudos. Observou-se que as lesões mais comuns são as estomatites protéticas, as úlceras traumáticas e as hiperplasias fibrosas inflamatórias, que poderiam ser evitadas com um ajuste adequado pelo profissional e orientação do paciente quanto às técnicas de higienização. É possível reduzir a possibilidade de ocorrência das lesões orais relacionadas ao uso de próteses dentárias se for estabelecido um plano de tratamento eficiente e controle periódico posterior.

Palavras-chave: Lesões orais. Prótese dentária. Reabilitação oral.

ABSTRACT

Factors such as poor adaptation of dental prostheses, improper use and lack of hygiene can promote lesions in the oral cavity. The objective of this study was, through a literature review, to identify the main oral lesions related to the use of dental prosthesis, in addition to understanding how to make their diagnoses, treatments and professional follow-up. A search was performed in the PubMed/Medline and SciELO database, using the keywords: "Oral lesions", "Dental prosthesis" and "Oral rehabilitation", and their correspondents in english, with 11 studies selected. It was observed that the most common injuries are prosthetic stomatitis, traumatic ulcers and fibrous inflammatory hyperplasia, which could be avoided with an appropriate adjustment by the professional and guidance of the patient regarding hygiene

¹Mestre em Odontologia, Professor do Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO. E-mail: jandenilson.brigido@professor.unifametro.edu.br

² Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente, Professora do Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO E-mail: karla.brigido@professor.unifametro.edu.br

techniques. It is possible to reduce the possibility of the occurrence of oral lesions related to the use of dental prostheses if an efficient treatment plan and subsequent periodic control are established.

Keywords: Oral lesions. Dental prosthesis. Oral rehabilitation.

Introdução

Historicamente, a odontologia tradicional prestava assistência basicamente por meio de procedimentos curativos, em que dentes eram perdidos e substituídos por prótese dentária (NETO; CARREIRO; BARBOSA, 2011). Com a inserção da odontologia preventiva, foi possível modificar essa realidade e os pacientes passaram a receber orientação sobre higiene oral, além de maior acessibilidade aos consultórios odontológicos, possibilitando o diagnóstico precoce de lesões orais, obtendo tratamentos mais resolutivos (LAPORT et al., 2017).

Silva, Filho e Nepomuceno (2003) afirmaram que é de suma importância a atuação de equipes de saúde bucal na educação e motivação do paciente, enfatizando a necessidade de realizar e manter uma higiene correta da cavidade oral, incluindo as próteses e regiões edêntulas adjacentes. Apesar dos avanços na odontologia preventiva e nas políticas públicas de saúde bucal, o Brasil ainda possui elevado número de indivíduos com edentulismo parcial ou total, necessitando de confecção de próteses dentárias (CHEFFER et al., 2013).

Goiato et al. (2002) afirmaram que pacientes idosos, por apresentarem uma série de características bucais e sistêmicas peculiares, como rebordo alveolar reduzido, mucosa menos resiliente, tecido muscular em degeneração, que exigem maior precisão na adaptação de suas próteses aos tecidos orais. Além disso, esses pacientes apresentam maior possibilidade de xerostomia, que é uma diminuição da secreção de saliva, que pode causar dor ou sensação de queimação na boca, dificuldade de deglutição, problemas na fala e na mastigação, ocasionando também diminuição do paladar, colaborando com formação de lesões na cavidade oral (VEIGA et al., 2016).

Fatores como má adaptação da prótese sobre o rebordo, uso frequente e falta de higienização podem causar lesões na cavidade oral (TRINDADE et al., 2018). A literatura nos revela uma variada gama de lesões da mucosa bucal que podem aparecer em associação ao uso de próteses removíveis, sendo mais frequentes as hiperplasias, as estomatites, as úlceras traumáticas, as lesões periodontais e as candidoses (CARLI et al., 2013).

Diante desse contexto, o objetivo dessa revisão de literatura foi identificar as principais lesões orais relacionadas ao uso de prótese dentária, além de entender como realizar os seus diagnósticos, tratamentos e acompanhamento profissional.

Metodologia

Este trabalho consistiu em uma revisão de literatura, abrangendo artigos nacionais e internacionais. A coleta de dados deu-se através de um levantamento bibliográfico, reunindo o maior número de informações pertinentes à temática.

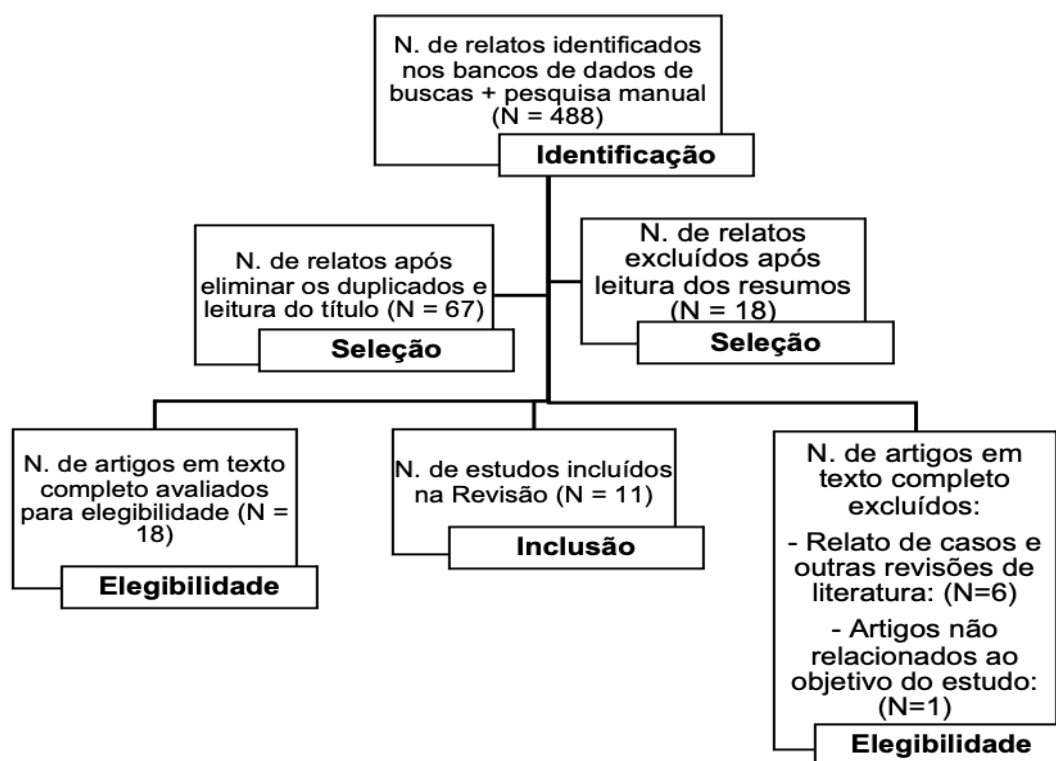
Foi realizada uma pesquisa por artigos publicados até abril de 2021, nas bases de dados SciELO e Pubmed/Medline, utilizando as palavras-chave: “lesões orais”, “prótese dentária” e “reabilitação oral”, além de seus termos relacionados em inglês.

Os critérios de inclusão para esta revisão foram: (1) estudos publicados nos últimos 15 anos; (2) estudos de língua portuguesa e inglesa que ajudassem a responder a temática abordada; (3) revisões sistemáticas; (4) pesquisas clínicas e (5) estudos *in vitro*. Já os critérios de exclusão foram: (1) texto integral não disponível, (2) opiniões de experts e anais, (3) artigos de revisão de literatura narrativa, (4) relatos de caso e (5) estudos em animais.

A busca foi realizada de maneira independente, por 2 revisores, que realizaram a leitura criteriosa de todos os artigos referentes aos estudos, para verificar a aderência ao tema e a capacidade de responder ao objetivo definido para esta revisão.

A amostra obtida, após a busca nas bases de dados estabelecidas, foi de 488 artigos. Inicialmente, realizaram-se as leituras de todos os títulos e eliminado os duplicados, obtendo 67 artigos. Realizado posteriormente a leitura dos resumos, respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão, elegendo-se 18 estudos, para análise detalhada. Após a avaliação do texto completo, excluíram-se sete artigos, restando 11 artigos selecionados (Figura 1).

Figura 1- Fluxograma da busca e obtenção dos estudos que compuseram a pesquisa, conforme metodologia empregada.



Fonte: Elaborada pelos autores

Resultados e Discussão

O levantamento abordou publicações do período de 2008 a 2021. Dentre os 11 artigos selecionados, nove são artigos de estudos clínicos transversais, 1 artigo clínico prospectivo e 1 retrospectivo. As amostras variaram de 28 a 400 pacientes, demonstrados na tabela 1.

Tabela 1 - Características dos artigos selecionados.

AUTOR E ANO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO	AMOSTRA	PRINCIPAIS ACHADOS
Rawal et al., 2021	Estudo transversal	Avaliar casos de estomatite protética.	180 usuários de prótese total	Os fatores de risco comuns para estomatite protética foram usuário crônicos de dentaduras e higiene oral deficiente.
Mahboubi et al., 2020	Estudo transversal	Determinar a frequência das lesões orais causadas pelo uso de próteses totais convencionais e investigação de sua	47 pacientes usuários de próteses totais	Os pacientes devem ser orientados sobre a importância do exame periódico para diagnosticar lesões mucosas precoces e reparar as dentaduras.

		relação com diversos fatores.		
Ghiță et al., 2020	Estudo transversal	Relatar a incidência de alterações na mucosa oral associado ao uso de próteses acrílicas removíveis.	45 usuários de prótese dentária removível	A presença de lesões da mucosa oral induzidas por próteses acrílicas foram destacadas em mais de um terço dos participantes do estudo, principalmente associadas ao sexo feminino sexo, acima de 60 anos, hábito de fumar e falta de higiene.
Silva et al., 2019	Estudo transversal	Investigar a presença de lesões bucais em pacientes usuários de próteses dentárias removíveis atendidos em uma Unidade Básica de Saúde em um município do Recôncavo da Bahia.	66 pacientes usuários de prótese removível	Observou-se que 75,8% dos pacientes apresentavam lesões bucais, sendo que as principais foram úlcera traumática, queilite angular, hiperplasia fibrosa inflamatória e estomatite protética, sendo esta última a mais presente.
Ercalik-Yalcinkaya e Ozcan, 2015	Estudo prospectivo	Avaliar a influência de próteses e hábitos de uso de próteses na presença de lesões da mucosa oral.	400 usuários de prótese removível total e parcial	O uso noturno, a idade da prótese e as condições de armazenamento demonstraram um impacto mais significativo na incidência de lesões do que na frequência de limpeza.
Mubarak et al., 2015	Estudo transversal	Determinar a prevalência de lesões orais entre usuários de próteses.	210 usuários de prótese removível	A diversidade das lesões orais depende da qualidade e materiais utilizados nas próteses, das técnicas usadas e dos métodos de instruções fornecidos aos pacientes.
Mandali et al., 2011	Estudo transversal	Determinar a frequência das lesões orais relacionadas ao sexo, idade, tempo de uso da prótese, nível de escolaridade e situação econômica.	153 usuários de prótese total	Os usuários de prótese total devem ser aconselhados a visitar o dentista regularmente para evitar lesões da mucosa oral devido à mudança dos tecidos de suporte durante o uso da dentadura e para melhorar sua qualidade de vida.
Paraguassú et al., 2011	Estudo transversal	Avaliar a prevalência de lesões bucais relacionadas ao uso de próteses dentárias removíveis.	28 indivíduos usuários de prótese	Deve-se realizar prótese adequadas, controles periódicos e fornecer instruções sobre higiene bucal aos pacientes que vierem fazer uso de próteses dentárias removíveis.
Jainkittivong et al., 2010	Estudo Retrospectivo	Determinar a prevalência lesões mucosas relacionadas a próteses e relacionar a prevalência com idade, sexo, tipo de prótese e condições sistêmicas.	380 usuários de próteses	A prevalência de lesões orais foi maior em usuários de próteses totais do que em parciais. Essa diferença foi afetada pela idade.
Turker et al., 2010	Estudo transversal	Determinar a frequência das lesões orais relacionadas ao	106 usuários de	Os usuários de próteses totais devem ser orientados na importância do exame periódico

		sexo, idade, tempo de uso de prótese e métodos de limpeza.	prótese total	para detecção precoce de lesões na mucosa e manter a higiene bucal num nível ideal.
Bomfim et al., 2008	Estudo transversal	Identificar a prevalência de lesões de mucosa na cavidade bucal de indivíduos usuários de prótese dentária e sua relação com hábitos de higiene.	94 usuários de prótese dentária	A estomatite protética e a hiperplasia fibrosa inflamatória representaram as lesões mais frequentemente associadas ao uso da prótese, e as condições físicas e de higiene das próteses dentárias foram desfavoráveis, podendo colaborar para o aparecimento destas lesões.

Fonte: Elaborada pelos autores

A saúde bucal da população brasileira, principalmente adultos e idosos, é reflexo de uma assistência que era baseada em técnicas curativistas (CORRÊA *et al.*, 2016). A baixa resolutividade de problemas odontológicos sucedeu-se em alta taxa de edentulismo, maior necessidade do uso de próteses e conseqüentemente maior ocorrência de lesões orais causadas por esses aparelhos, que na maioria das vezes, estão associadas à má higienização e a adaptação deficiente (TURKER *et al.*, 2010; PARAGUASSÚ *et al.*, 2011; RAWAL *et al.*, 2021). Spezzia, Carvalheiro e Trindade (2015), Austregésilo *et al.* (2015) e Souza (2016) esclarecem que por muitos anos a acessibilidade ao atendimento odontológico foi dificultada, uma vez que as políticas públicas asseguravam apenas tratamento parcial ou emergencial e de baixa complexidade, sendo ofertado para uma parcela reduzida da população.

As lesões agudas podem ocorrer principalmente em caso de próteses novas mal ajustadas e a forças oclusais mal distribuídas, que provocam isquemia e irritação nos tecidos em contato, causando ulceração e dor. Já as lesões crônicas, são causadas pela alteração gradual do tecido de apoio, uma vez que a prótese se encontra desadaptada, levando a alterações dos tecidos pela fricção exercida (PARAGUASSÚ *et al.*, 2011; GHIȚĂ *et al.*, 2020).

Quanto às abordagens terapêuticas adotadas, os estudos selecionados destacam a utilização de soluções antifúngicas nos casos de candidíase atrófica, conforme orientado por outros estudos (SCALERCIO *et al.*, 2007). A regularização da superfície interna da prótese, orientação de higienização e conscientização do hábito de não dormir com o aparelho protético também devem ser adotadas (ERCALIK-YALCINKAYA; OZCAN, 2015; MAHBOUBI *et al.*, 2020; RAWAL *et al.*, 2021).

A redução da ocorrência das doenças bucais, aliada à maior oferta de serviços públicos de saúde bucal e à prática mais direcionada à promoção da saúde, permite que no futuro o uso

e a necessidade de prótese possam ser menores. Prevenção de cárie dentária, maior responsável pela perda dos dentes, o estímulo ao cuidado com a higienização bucal e orientação sobre uma alimentação equilibrada e mais saudável, podem diminuir a necessidade de uso de próteses (TURKER et al., 2010; MANDALI et al., 2011; MUBARAK et al., 2015; MAHBOUBI et al., 2020).

Entre as lesões mais incidentes devido ao uso de próteses, a que mais afeta os usuários é a estomatite protética, que também pode ser referida como candidíase atrófica (BOMFIM et al., 2008; SILVA et al., 2019). O processo inflamatório varia de moderado a intenso, podendo ainda progredir de maneira assintomática, mas que podem ser identificados durante o exame bucal de rotina (SESMA; MORIMOTO, 2011). O diagnóstico dá-se por meio do exame clínico, reconhecendo mudanças na cor, textura e sintomatologia, podendo ser necessário proceder com a solicitação de exames complementares citológicos e histopatológicos (TRINDADE et al., 2018). O tratamento é basicamente por meio de higiene bucal e de higienização da prótese, bem como sua desinfecção durante a noite com soluções químicas, como a clorexidina e hipoclorito de sódio (GONÇALVES et al., 2011).

A queilite angular também é encontrada em usuários de prótese dentária, associada principalmente à perda de dimensão vertical dos pacientes (SILVA et al., 2019). Apresenta-se como um processo inflamatório agudo ou crônico podendo ser unilateral ou bilateralmente às comissuras labiais. Começa com um espessamento branco acinzentado com eritema adjacente, evoluindo com agravamento do eritema, presença de descamação, fissura, úlcera e formação de crosta. O tratamento inicial é simples e costuma não ser demorado, basicamente realizado por meio de terapia medicamentosa tópica e orientação ao paciente para que evite alimentos e bebidas ácidas que irritam o local. Deve ser feito ainda a correção dos fatores desencadeantes, por exemplo, adequação de próteses dentária (RIZENTAL et al., 2018).

Outra lesão que se apresenta prevalente é a Hiperplasia Fibrosa Inflamatória, resultante de condições crônicas estressantes de baixa intensidade, como traumas mecânicos constantes provocados por próteses mal ajustadas, má higienização, aresta de dentes cortantes, manobras iatrogênicas profissionais, além de estar associada à prótese inadequada. Inicialmente, sua evolução é lenta e indolor, fazendo com que o paciente procure não procure tratamento precoce (BOTELHO; VIEIRA; PEDRO, 2010). Os achados clínicos mostram que é uma lesão exofítica ou elevada bem definida, de consistência firme ou flácida à palpação, superfície lisa, com base sésil ou pediculada, com coloração que pode ser similar à mucosa adjacente à eritematosa, de crescimento lento e, na maioria dos casos, assintomático. O tratamento consiste na retirada da lesão por procedimento cirúrgico ou ainda pode haver sua regressão com a remoção da prótese

quando as lesões iniciais são pouco elevadas (FALCÃO et al., 2009; BRIDI et al., 2015; VEIGA et al., 2016).

A úlcera traumática da mucosa oral é também bem comum em pacientes com reabilitação protética (MUBARAK et al., 2015; SILVA et al., 2019), e geralmente decorre de um trauma ocasionado por mordedura da mucosa, abrasão por prótese removível, por escova dental. Clinicamente, tem uma aparência oval e ligeiramente deprimida, borda com uma área eritematosa que tende a clarear e o meio geralmente amarelado e cinzento. O tratamento fundamenta-se primeiramente no afastamento dos fatores causais e posteriormente na terapêutica medicamentosa (BARBOSA et al., 2018; VEIGA et al., 2016).

Já a candidose oral é uma infecção oportunista, apresentando aspecto clínico variado. Inúmeras causas podem ser atribuídas ao seu desenvolvimento, sendo algumas associadas ao hospedeiro (RIZENTAL et al., 2018; FERREIRA et al., 2019). Desenvolve-se como lesões brancas removíveis à raspagem que recobrem manchas eritematosas e atróficas. Sua sintomatologia inclui dor, queimação, dificuldade em engolir e halitose (SIMÕES; FONSECA; FIGUEIRAL, 2013). Quando essa infecção se dá em tecidos que suportam a prótese, essas áreas podem ser tratadas com cremes antifúngicos aplicados na prótese antes de sua adaptação na boca (KLUK et al., 2016).

Muitos pacientes acreditam que os cuidados com a saúde bucal terminam quando é concluída a reabilitação protética, por isso cabe ao cirurgião-dentista orientar que tal reabilitação não elimina totalmente a ocorrência de patologias orais, uma vez que podem surgir novos problemas em virtude do uso de prótese dentária mal adaptada ou com higienização ineficiente.

É necessário que estudos longitudinais e ensaios clínicos randomizados possam ser realizados para que os resultados sejam extrapolados para a realidade e novas formas de tratamentos possam ser avaliadas e aplicadas.

Considerações Finais

O cirurgião-dentista deve ter atenção em realizar um bom planejamento da reabilitação protética, além de acompanhar os pacientes, uma vez os principais fatores que causam lesões relacionadas ao uso de prótese são a má adaptação do aparelho, o uso inadequado e a higienização oral insatisfatória.

É possível reduzir a possibilidade de ocorrência das lesões orais relacionadas ao uso de próteses dentárias, se for estabelecido um plano de tratamento eficiente, seguindo corretamente os passos de confecção e instalação das próteses, além do controle periódico posterior.

Referências

- AUSTREGÉSILO, S. C. *et al.* Acessibilidade a serviços de saúde bucal por pessoas idosas: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 189-199, 2015.
- BARBOSA, M. T. *et al.* Lesões bucais provocadas pelo uso de próteses removíveis. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, v. 22, n. 2, p. 62-66, 2018.
- BOMFIM, I. P. R. *et al.* Prevalência de lesões de mucosa bucal em pacientes portadores de prótese. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, v. 8, n. 1, p. 117-21, 2008.
- BOTELHO, G. A.; VIEIRA, E. M. M.; PEDRO, F. L. M. Prevalência dos Casos de Hiperplasia Fibrosa Inflamatória em Mucosa Bucal. **Rev. UNICIÊNCIAS**, v. 14, n. 1, 2010.
- BRIDI, M. P. *et al.* Prevalência de cirurgias pré-protéticas em pacientes atendidos na disciplina de Cirurgia Bucomaxilofacial II da UFES no período de 2010 a 2013. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 17, n. 1, p. 73-80, 2015.
- CARLI, J. P. *et al.* Lesões bucais relacionadas ao uso de próteses dentárias removíveis. **SALUSVITA**, v. 32, n. 1, p. 103-115, 2013.
- CHEFFER, L. A. *et al.* Lesões bucais associadas ao uso de próteses dentárias removíveis: experiência do serviço de estomatologia da faculdade de odontologia da UFBA. **Rev. Fac. Odontol. Univ. Fed. Bahia**, v. 43, n. 1, p. 7-14, 2013.
- CORRÊA, H. W. *et al.* Saúde bucal em usuários da atenção primária: análise qualitativa da autopercepção relacionada ao uso e necessidade de prótese dentária. **Physis**, v. 26, n.2, 2016.
- ERCALIK-YALCINKAYA, S.; ÖZCAN, M. Association between Oral Mucosal Lesions and Hygiene Habits in a Population of Removable Prosthesis Wearers. **J Prosthodont.**, v. 24, n. 4, p. 271-278, 2015.
- FALCÃO, A. F. P. *et al.* Hiperplasia fibrosa inflamatória: relato de caso e revisão de literatura. **Rev. Ciên. Méd. Biol.**, v. 8, n. 2, p. 230-236, 2009.
- FERREIRA, J. S. L. *et al.* Comparação da atividade antifúngica do extrato aquoso e do extrato etanólico de *Rhaphiodonechinus* (Lamiaceae) contra cepas *Candida tropicalis*. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 17, n. 1, p. 1, 2019.
- GHIȚĂ, R. E. *et al.* Oral Mucosa Changes Associated with Wearing Removable Acrylic Dentures. **Curr Health Sci J.**, v. 46, n. 4, p. 344-351, 2020.
- GOIATO, M. C. *et al.* Condições intra e extra orais dos pacientes geriátricos portadores de prótese total. **PCL**, v. 4, n. 21, p. 380-386, 2002.
- GONÇALVES, L. F. F. *et al.* Higienização de Próteses Totais e Parciais Removíveis. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 1, p. 87-94, 2011.

JAINKITTIVONG, A.; ANEKSUK, V.; LANGLAIS, R. P. Oral mucosal lesions in denture wearers. **Gerodontology**, v. 27, n. 1, p. 26-32, 2010.

KLUK, E. *et al.* Uma abordagem sobre a clorexidina: ação antimicrobiana e modos de aplicação. **Revista Gestão & Saúde**, v. 14, n. 1, p. 7-13, 2016.

LAPORT, L. B. R. *et al.* Reabilitação oral com prótese total e prótese parcial removível - relato de caso. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, v. 20, n.1, p.108-114, 2017.

MAHBOUBI, S. H.; KHOSRAVI, M. R.; MOHAMMADI, S. H.; KASHEFI, H. The prevalence of direct and indirect sequelae of conventional complete dentures in an Iranian population. **Eurasia J Biosci.**, v. 14, p. 6705-6711, 2020.

MANDALI, G.; SENER, I. D.; TURKER, S.B.; ULGEN, H. Factors affecting the distribution and prevalence of oral mucosal lesions in complete denture wearers. **Gerodontology**, v. 28, n. 2, p. 97-103, 2011.

MUBARAK, S.; HMUD, A.; CHANDRASEKHARAN, S.; ALI, A. A. Prevalence of denture-related oral lesions among patients attending College of Dentistry, University of Dammam: A clinico-pathological study. **J Int Soc Prev Community Dent.**, v. 5, n. 6, p. 506-512, 2015.

NETO, A. F.; CARREIRO, A.F. P.; BARBOSA, C. M. R. A Prótese parcial removível no contexto da odontologia atual. **Odontol. Clín.-Cient.**, v. 10, n. 2, p.125-128, 2011.

PARAGUASSÚ, G. M. *et al.* Prevalência de lesões bucais associadas ao uso de próteses dentárias removíveis em um serviço de estomatologia. **Revista Cubana de Estomatologia**, v. 48, n. 3, p. 268-276, 2011.

RAWAL, A.; BALAJI, D. L.; KHANNA, K. R.; NASHA, D.; NASHA, A.; SINGH, S. Prevalence of denture stomatitis among complete denture wearer - A clinical study. **J Adv Med Dent Scie Res.**, v. 9, n. 1, p. 76-78, 2021.

RIZENTAL, P. C. C. *et al.* Prevalência de queilite angular em pacientes idosos hospitalizados. **RSBO**, v. 15, n. 2, p. 93-100, 2018.

SCALERCIO, M. *et al.* Estomatite protética versus candidíase: diagnóstico e tratamento. **RGO**, v. 55, n. 4, p. 395-8, 2007.

SESMA, N.; MORIMOTO, S. Estomatite protética: etiologia, tratamento e aspectos clínicos. **Journal of Bi dentistry and Biomaterials**, n. 2, p. 24-29, 2011.

SILVA, E. M. M.; FILHO, C. E. S.; NEPOMUCENO, V. C. Uma grande descoberta: o prazer que uma higienização bucal correta e bem orientada pode proporcionar. **Rev Odontol Araçatuba**, v. 24, n. 2, p. 39-42, 2003.

SILVA, J. R. T. C.; *et al.* Lesões bucais decorrentes do uso de próteses dentárias removíveis. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 165-179, 2019.

SIMÕES, R. J.; FONSECA, P.; FIGUEIRAL, M. H. Infecções por *Candida spp* na Cavidade Oral. **Odontol. Clín. Cient.**, v.12, n., 2013.

SPEZZIA, S.; CARVALHEIRO, E. M.; TRINDADE, L. L. **Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil.** *Rev. Bras. Odontol.*, v. 72, n. 1/2, p. 109-13, 2015.

TURKER, S. B.; SENER, I. D.; KOÇAK, A.; YILMAZ, S. OZKAN, Y. K. Factors triggering the oral mucosal lesions by complete dentures. *Arch Gerontol Geriatr.*, v. 51, n.1, p. 100-104, 2010.

TRINDADE, M. G. F. Lesões Associadas à má Adaptação e má Higienização da Prótese Total. *Rev. Mult. Psic. Bahia*, v.12, n. 42, p. 956-968, 2018.

VEIGA, N. *et al.* As lesões orais associadas com uso de próteses removíveis entre do paciente idoso. *Int. J. Dent. Oral. Saúde*, v. 3, n.1, 2016.

CAPÍTULO 9
MORTALIDADE DE IDOSOS NO ESTADO DA PARAÍBA,
BRASIL NO PERÍODO DE 2014 A 2018

Anna Maria Galdino
Danielle Cavalcante de Farias
Laryssa Portela de Araújo
Patrícia Tayse de Lima Soares
Clara Stefhanie Medeiros do Nascimento
Maria Eduarda Araujo Ribeiro
Maria Sidney da Silva Soares

RESUMO

Objetivos: Descrever a disposição de mortes de idosos no estado da Paraíba no período compreendido entre 2014 a 2018. **Metodologia** Trata-se de um estudo documental, descritivo-exploratório, transversal, com abordagem quantitativa, onde os dados foram adquiridos diretamente no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde referente aos indivíduos com 60 anos e mais de idade do estado da Paraíba – Brasil durante o período de 2014 a 2018. Os dados foram agrupados em tabelas e apresentados para análise ordenada e objetiva dos dados, com ênfase na sua quantificação, visando obter resultados precisos do conteúdo analisado, tem como característica, a sumarização dos dados de forma numérica. **Resultados** Entre 2014 a 2018 ocorreu 1.316.719 mortes na população Paraibana, destas, 90.684 (22,6%) foram entre idosos. Foi identificado que pessoas acima de 80 anos representa a maior quantidade de óbitos correspondendo a 44.561 de óbitos o que equivale a 11,4% óbitos.

Palavras-chaves: Envelhecimento. Mortalidade. Transição demográfica.

ABSTRACT

Objectives: To describe the disposition of elderly deaths in the state of Paraíba in the period from 2014 to 2018. **Methodology:** This is a documentary, descriptive-exploratory, cross-sectional study, with a quantitative approach, where the data were acquired directly on the Department's website of Informatics of the Unified Health System for individuals aged 60 and over in the state of Paraíba - Brazil during the period from 2014 to 2018. The data were grouped in tables and presented for an orderly and objective analysis of the data, with emphasis on its quantification, aiming to obtain precise results of the analyzed content, has as a characteristic, the summarization of data in numerical form. **Results:** Between 2014 and 2018, 1,316,719 deaths occurred in the population of Paraíba, of which

90,684 (22.6%) were among the elderly. It was identified that people over 80 years old represent the largest number of deaths, corresponding to 44,561 deaths, which is equivalent to 11.4% deaths.

Keywords: Aging. Mortality. Demographic transition.

INTRODUÇÃO

O crescente envelhecimento da população brasileira é uma tendência contínua que está causando uma mudança no perfil demográfico do País. Com o aumento da expectativa de vida, com isso os idosos procuram um estilo de vida, uma alimentação equilibrada e prática de atividade física se tornam mais comuns (FORTES; SUFFREDINI, 2014).

Portanto no Brasil, a preocupação com os aspectos demográficos no processo de envelhecimento de seus habitantes é relativamente recente, veio após o impacto sobre os gastos governamentais com a saúde e previdência que aumentaram com o envelhecimento populacional, o que produziu estudos científicos sobre o assunto que buscam soluções para esta faixa populacional que demanda cuidados de longa duração, o que recai sempre sobre a família (CAMARANO, 2008).

Tendo em conta a citação supracitada acima, nota-se que o Brasil envelhece em crescente evolução, em parte pelas melhorias das condições de trabalho, urbanização dos locais de moradia, da mesma forma pelo acesso a medicamentos, às tecnologias para diagnóstico precoce e também pela prevenção de doenças, principalmente por meio de imunizações oferecidas pelas vacinas.

E assim, estima-se que em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhão de pessoas com mais de 60 anos no mundo, no Brasil pode-se acompanhar uma tendência crescente do envelhecimento populacional, em 2012 a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões, em cinco anos houve um crescimento de 18% atingindo a marca dos 30,2 milhões em 2017 (BORGES, 2015).

Por isso aproximando ao processo de transição demográfica, o padrão de adoecimento e morte da população vem além disso sofrendo modificações, o perfil epidemiológico resultado de uma série complexa de mudanças interrelacionadas no procedimento de saúde e doença que ocorrem nas populações ao longo do tempo, são repercussões de um conjunto de mudanças sociais, econômicas e principalmente demográficas (SCHNEIDER, 2008).

Sendo assim a observação da mortalidade entre os idosos evidencia o aumento da longevidade tanto entre homens como em mulheres e a mudança no perfil da mortalidade por causas como: doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, doenças respiratórias crônicas, câncer e demência. Sabendo que as análises mais detalhadas para explicar esse declínio devem considerar hábitos alimentares, tabagismo, prática de atividade física, entre outros fatores que estão associados às doenças cardiovasculares (DANTAS, 2017).

Assim desde a década 1970 que a Enfermagem Gerontológica ganhou ênfase nesse cenário ampliando sua atuação em diversos campos, como na educação, na assistência, na assessoria e/ou consultoria, no planejamento e coordenação de serviços e outros, sendo, no momento, um dos campos mais favoráveis para a ação da Enfermagem, principalmente no tocante à promoção da saúde dos idosos, seja atuando em grupos de idosos saudáveis, seja realizando cuidados domiciliares a idosos dependentes. Sabendo que Enfermagem cuida do cliente idoso em todos os níveis de saúde, por isso, surge uma denominação que vem sendo muito utilizada nessa área do saber, por enfermeiras especialistas, que é a Enfermagem Geronto-geriátrica (AGUIAR, 2013).

Sabendo que a enfermagem abrange todos aspectos, como os cuidados, capacitação, as orientações e a própria supervisão, todos os integrantes da equipe de enfermagem necessitam ter o conhecimento de como avaliar o risco do paciente idoso, o planejamento para pacientes idosos deve considerar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais, econômicas e políticas envolvidas no processo de envelhecimento, pois, essa população precisa de uma assistência multidisciplinar e contínua (BRAGA, 2015).

Desta maneira a enfermagem torna-se fundamental para os cuidados preventivos e de promoção da saúde de idosos, englobando o atendimento em relação às mudanças, as necessidades vivenciadas do decorrer dos anos, orientar na prevenção de agravos da saúde, cuidar da recuperação e na reabilitação, sendo assim, encaminhando a profissionais capacitados na área para aplicar estratégias e elaborar condutas que beneficie estas pessoas, tendo uma longevidade satisfatória (GONÇALVES, ALVAREZ E SANTOS, 2017).

Face ao exposto, questiona-se: Qual a mortalidade entre a pessoa idosa, especificamente no estado da Paraíba?

Acredita-se que o compilado desse estudo poderá ajudar a traçar estratégias que visem a redução de causas de óbitos no estado da Paraíba através de ações estratégicas em saúde.

Para responder ao questionamento, o estudo teve como objetivo geral: Descrever a disposição de mortes de idosos no estado da Paraíba no período compreendido entre 2014 a 2018.

E como objetivos específicos, caracterizar em idosos no período compreendido; identificar a paraíba com maior número de óbito em idosos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental, descritivo-exploratório, transversal, com abordagem quantitativa dos dados.

A escolha pela pesquisa de caráter descritivo, tem o propósito de descrever as características de uma população ou determinar relações entre variáveis, descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, causas ou relações com outros fatos (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Já a abordagem quantitativa estabelece uma análise ordenada e objetiva dos dados, com ênfase na sua quantificação, visando obter resultados precisos do conteúdo analisado, tem como característica, a sumarização dos dados de forma numérica (MARCONI; LAKATOS, 2011). O que se tornam apropriadas para o estudo em questão.

Os dados foram obtidos diretamente no site do Departamento de Informática do SUS – DATASUS (www.datasus.gov.br) especificamente o banco de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS), que apresenta os óbitos do país, de Estados e Municípios (DO) (DATASUS, 2020).

O (SIM), desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em 1975, é produto da unificação de mais de quarenta modelos de instrumentos utilizados, ao longo dos anos, para coletar dados sobre mortalidade no país. A partir da causa *mortis* comprovado pelo médico, favorece indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde tendo sido informatizado em 1979. Com a implantação do SUS e sob a premissa da descentralização teve a coleta de dados repassada à atribuição dos Estados e Municípios, através das suas respectivas Secretarias de Saúde. Tendo como objetivo coletar dados sobre óbitos em todo o território nacional, formando um banco de dados nacional sobre mortalidade, mediante a agregação dos dados estaduais (CHANG, 2011).

O universo são dados contidos no Sistema de mortalidade do Ministério da Saúde – SIM e a amostra foi composta por dados referentes ao estado da Paraíba no período de cinco anos, compreendido entre 2014 a 2018.

As variáveis para amostra são: faixa etária de ambos os sexos, município de residência do idoso que foi a óbito e as causas de morte no período entre 2014 a 2018.

Os dados foram agrupados em uma planilha e apresentados em Gráficos e tabelas do *Microsoft Excel 2013*®.

Posteriormente, foram analisados quanto às suas ideias principais e respondendo aos objetivos propostos inicialmente para possibilitar uma melhor explanação dos resultados obtidos pelo estudo, referenciais teóricos encontrados em bases de dados como; PUBMED, Scielo e LILACS para embasar a análise do material obtido, pois consiste em sintetizar, de maneira completa e imparcial, toda a informação produzida sobre um assunto ou fenômeno (MATTAR, 2018).

Nesse estudo, foi utilizado o banco de dados do Sistema Nacional de Mortalidade (SIM), sem identificação nominal, de domínio público, razão pela qual não houve necessidade de submissão a um comitê de ética.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

FAIXA ETÁRIA DE ÓBITOS DE IDOSOS NO ESTADO DA PARAÍBA ENTRE 2014 A 2018

O fator da mortalidade do idoso é a própria idade, quanto mais se vive, maior é a chance de morrer. São dependentes de uma complexa interação entre o indivíduo e o meio ambiente, que, varia de cultura para cultura e de tempos ocasionais. O levantamento das condições de saúde da população idosa pode ser demarcado através do seu perfil de morbimortalidade (MIRANDA, 2016).

Entre 2014 a 2018 ocorreu 1.316.719 mortes na população Paraibana destas 90.684 (22,6%) foram entre idosos como demonstrado na tabela 1 abaixo. A tabela abaixo apresenta os óbitos registrados no período nos domicílios dos municípios paraibanos entre 2014 a 2018 entre pessoas acima de 60 anos. Foi identificado que pessoas acima de 80 anos representa a maior quantidade de óbitos em domicílio correspondendo a 44.561 de óbitos o que equivale a 11,4% óbitos.

Desta forma é necessário compreender o processo do envelhecimento de acordo com suas faixas etárias, de mortalidade, observando uma séria histórica nos anos de 2014

a 2018 (tabela 1). Idosos com faixa etária 80 anos a mais mostra aumento em todos os anos 44.561 (11,14%).

Tabela 1 - Óbitos registrados em domicílio entre 2014 a 2018 no estado da Paraíba – Brasil

Ano de Ocorrência	Faixa etária						TOTAL
	60 a 69 anos		70 a 79 anos		80 anos e mais		
	n	%	n	%	n	%	
2014	3.552	21,26	4.980	29,80	8.177	48,98	16.709
2015	3.747	21,04	5.261	29,55	8.797	49,41	17.805
2016	4.137	21,37	5.639	29,12	9.586	49,51	19.362
2017	4.065	21,93	5.293	28,55	9.180	49,52	18.538
2018	3.902	21,36	5.546	30,36	8.821	48,28	18.269
Total	19.403		26.719		44.561		

Fonte: DATASUS, 2020.

Sendo assim, portanto, para melhor compreender foi necessário identificar e observar o número de mortalidade entre idosos, notando uma séria de anos de 2014 a 2018, mas enfatizando este de estudo, embora haja um aumento significativo no número de idosos na Paraíba.

Diante disto é fundamental apresenta estratégias para o estilo de vida, promoção de saúde, além de diagnósticos precoces e tratamentos adequados para estes idosos para uma longevidade de qualidade e ativa.

Tabela 2 - Óbitos hospitalares registrados entre 2014 a 2018 no estado da Paraíba – Brasil

Ano de Ocorrência	Faixa etária						TOTAL
	60 a 69 anos		70 a 79 anos		80 anos e mais		
	n	%	n	%	n	%	
2014	4.697	27,50	5.696	33,35	6.687	39,15	17.080
2015	4.886	27,66	5.785	32,75	6.992	39,59	17.663
2016	4.994	26,32	5.996	31,60	7.982	42,07	18.972
2017	4.986	27,14	5.783	31,48	7.602	41,38	18.371
2018	4.971	26,73	5.986	32,19	7.641	41,09	18.598
Total	24.534		29.246		36.904		

Fonte: DATASUS, 2020.

Em estudo realizado por Oliveira, Medeiros e Lima (2015) no estado do Rio Grande do Norte, Brasil dados semelhantes ao estudo em questão foram encontrados, pois, foram registrados 163.896 óbitos no período em que foi realizado o estudo, sendo

que 21.813 (13,31%) ocorreram em idosos de 60 a 69 anos e 50.637 (30,9%) em idosos de 80 anos ou mais de idade.

Sendo assim o estudo realizado por Romero et al (2020) no estado Rio de Janeiro, Brasil dados aproximando foram registrados 9.215 (36%) óbitos idosos hospitalares. No entanto o estudo de Dunk (2020) evidenciou que a maior proporção de óbitos nos idosos de 2000 ocorreu em domicílio (52%), porém, em 2010 (52%) e em 2015 (54%), ocorreu em hospitais.

Pois, em relação à estratificação etária, nota-se um aumento dos óbitos em idades mais avançadas. Decerto que esta relação já era esperada, uma vez que, quanto maior a idade, maior também é a susceptibilidade de mortalidade entre idosos, pois, com o passar dos anos, há uma diminuição da reserva funcional, o que torna as pessoas mais suscetíveis a doenças e ocorrências fatais. Desta forma espera que os eventos fatais entre os idosos em velhice avançada não sejam precedidos de longos períodos de doenças, incapacidade e sofrimento (FREITAS, 2013).

Portanto, sugere-se com esses dados, que os serviços públicos de saúde invistam em serviços que ofertem qualidade de vida aos idosos para que tenham uma vida ativa e saudável e ainda que cuidados paliativos seja uma realidade, mas políticas públicas para cuidar de forma privilegiada dos idosos em tratamento domiciliar.

A estimativa da população idosa do Estado da Paraíba alcançou um número de 410.140 idosos, houve um aumento de 23,43% (IBGE, 2009). Sendo assim o acréscimo significativo no número de idosos na Paraíba, observa-se a disparidade entre os sexos, com o masculino apresentando-se em maior número em relação ao feminino.

Tabela 3 - Óbitos de idosos de ambos os sexos entre 2014 a 2018 no estado da Paraíba – Brasil

Ano de Ocorrência	Faixa etária						TOTAL
	60 a 69 anos		70 a 79 anos		80 anos e mais		
	n	%	n	%	n	%	
2014	4.593	26,73	5.797	33,73	6.796	39,54	17.186
2015	4.884	27,66	5.784	32,75	6.992	39,59	17.660
2016	4.964	26,34	5.898	31,29	7.985	42,37	18.847
2017	4.987	27,13	5.786	31,48	7.608	41,39	18.381
2018	4.976	26,74	5.987	32,17	7.647	41,09	18.610
Total	24.404		29.252		37.028		

Fonte: DATASUS, 2020.

O estudo de Santos et al (2015) apresenta as taxas de mortalidade entre os sexos masculino e feminino. Com tendência estatisticamente significativa, observou-se o

crescimento da taxa de mortalidade padronizada ao longo da série histórica analisada para ambos os sexos.

Já o estudo Dunk et al (2020) que foi realizado no Maranhão de 2000 a 2015 apontou conformidade com este estudo onde foi evidenciado que aumento da taxa de mortalidade para os idosos de ambos os sexos, com acréscimo maior para os homens.

A observação da mortalidade entre os idosos demonstra o aumento da longevidade e a mudança no perfil da mortalidade. Observando mais detalhadas para explicar esse declínio devem considerar hábitos alimentares, tabagismo, prática de atividade física, entre outros fatores que estão associados as patologias.

O estudo de Levorato (2014) os cuidados com a saúde, tem uma visão de senso comum que para o homem é um ser forte, que dificilmente adoece, razão pela qual a procura pelos serviços de saúde é escassa e apresenta predominância feminina. Apresenta nas entrevistas, foram identificados diferenciais na procura pelos serviços de saúde, a estrutura social e econômica, que estabelecem diferentes grupos sociais, cujas condições de saúde também são desiguais, e se fazem presentes na procura pelos serviços de saúde, contribuindo para reprodução e acentuação das desigualdades existentes.

DIVISÃO POR REGIÃO DO ESTADO DA PARAÍBA COM MAIOR NÚMERO DE ÓBITOS EM IDOSOS ENTRE 2014 A 2018

A Paraíba representa o quinto estado mais populoso do Nordeste em 2015, na qual possui uma população de 3.972.202 pessoas, composto por 1.925.643 homens e 2.046.559 mulheres. Considerando a quantidade de óbitos, a mesma também ocupa a quinta posição, com um total de 26.422 mortes, em que, a mortalidade masculina e feminina é de 14.619 e 11.788, respectivamente (VASCONCELOS, 2012). Desta forma a hospitalar apresentou distribuição diferente entre os anos, aumentando com o passar dos anos como mostra na tabela abaixo.

Tabela 4 - Óbitos de idosos por Regiões no estado da Paraíba entre 2014 a 2018

Ano de Ocorrência	1ª Região	6ª Região	9ª Região	2ª Região	10ª Região	7ª Região	TOTAL
	João Pessoa	Patos	Cajazeiras	Guarabira	Sousa	Vale do Piancó	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
2014	6.766 (37,41)	4.540 (25,10)	2.633 (14,56)	1.878 (10,38)	1.252 (6,92)	1.019 (5,63)	18.088
2015	6.534 (37,21)	4.582 (26,09)	2.524 (14,37)	1.647 (9,38)	1.193 (6,79)	1.081 (6,16)	17.561
2016	6.865 (39,13)	4.394 (25,05)	2.388 (13,61)	1.796 (10,24)	1.095 (6,24)	1.004 (5,72)	17.542
2017	6.626 (36,33)	4.633 (25,40)	2.656 (14,56)	1.855 (10,17)	1.331 (7,30)	1.136 (6,23)	18.237
2018	7.347 (38,15)	4.761 (24,72)	2.832 (14,71)	1.934 (10,04)	1.292 (6,71)	1.090 (5,66)	19.256
Total	34.138	22.910	13.033	9.110	6.163	5.330	

Fonte: DATASUS, 2020.

Diante disto como mostra na tabela supracitada a região que apresentar maior número de óbitos no estado da Paraíba 1ª região (João Pessoa) tendo aumento gradativamente no decorrer dos anos o que já era de se esperar pela quantidade de habitantes nessa região da Paraíba.

No entanto, sugere-se que políticas públicas efetivas para população idosa sejam concretizadas em todo o estado para que idosos possam viver mais e com qualidade de vida em todo estado.

CAUSAS DE ÓBITOS NO ESTADO DA PARAÍBA ENTRE 2014 A 2018

É necessário compreender o processo de envelhecimento para identificar as principais causas mortalidade, observando os anos 2014 a 2018. As quatro principais de mortalidade que apresentaram os maiores coeficientes foram as Doenças do aparelho circulatório (32.358 e 8,08%), Neoplasias (tumores) (38.274 e 9,56%), Doenças do aparelho respiratório (12.633 e 3,15%), Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (9.391 e 2,34%).

Conforme a informação do Datasus o estado da Paraíba com maior número de óbitos em idosos em todos os anos estudados. As principais causas de óbitos em idosos são: diabetes mellitus, doenças protozoárias, doenças cardíacas, doenças cerebrovasculares, doença do aparelho respiratório, septicemia, doenças virais, doenças

bactéria, doenças infecciosas intestinais, pneumonia, tuberculose, doenças do aparelho digestório.

Tabela 5 - Causas de óbitos de idosos no estado da Paraíba, Brasil entre 2014 a 2018

Causas de Óbitos	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 N (%)	2018 n (%)	TOTAL n (%)
Doenças do aparelho circulatório	6.389 (37,9)	6.353 (35,5)	6.844 (35,0)	6.464 (34,9)	6.308 (34,3)	32.358 (35,5)
Neoplasias (tumores)	2.501 (14,8)	2.634 (14,7)	2.651 (13,6)	2.702 (14,6)	2.778 (15,1)	13.266 (14,5)
Doenças do aparelho respiratório	2.085 (12,4)	2.463 (13,7)	2.788 (14,3)	2.684 (14,5)	2.613 (14,2)	12.633 (13,8)
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.872 (11,1)	1.825 (10,2)	1.967 (10,1)	1.855 (10,0)	1.872 (10,2)	9.391 (10,3)
Sint. Sinais e achd. Anorm. Ex. clín. e laborat.	936 (5,5)	1.069 (6,0)	1.203 (6,2)	1.127 (6,1)	1.021 (5,5)	5.356 (5,9)
Doenças do aparelho digestivo	809 (4,8)	842 (4,7)	880 (4,5)	797 (4,3)	805 (4,4)	4.133 (4,5)
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	518 (3,1)	641 (3,6)	860 (4,4)	666 (3,6)	702 (3,8)	3.405 (3,7)
Doenças do aparelho geniturinário	504 (3,0)	659 (3,7)	729 (3,7)	666 (3,6)	760 (4,1)	3.318 (3,6)
Doenças do sistema nervoso	421 (2,5)	465 (2,6)	493 (2,5)	477 (2,6)	486 (2,6)	2.342 (2,6)
Causas externas de morbidade e mortalidade	456 (2,7)	504 (2,8)	602 (3,1)	565 (3,0)	593 (3,20)	2.720 (3,0)
Doenças sist. osteomuscular e tec. Conjuntivo	122 (0,7)	154 (0,9)	182 (0,9)	158 (0,9)	135 (0,7)	751 (0,8)
Transtornos mentais e comportamentais	79 (0,5)	91 (0,5)	114 (0,6)	125 (0,7)	113 (0,6)	522 (0,6)
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	71 (0,4)	89 (0,5)	103 (0,5)	123 (0,7)	106 (0,6)	492 (0,5)
Doenças do sangue órgãos hemat. e transt. Imunitár.	84 (0,5)	106 (0,6)	106 (0,5)	92 (0,5)	95 (0,5)	483 (0,5)
Malf. cong. deformid. e anomalias cromossômicas	15 (0,1)	14 (0,1)	13 (0,1)	11 (0,1)	19 (0,1)	72 (0,1)
Algumas afec. Originadas no período perinatal	6 (0,0)	8 (0,0)	6 (0,0)	5 (0,0)	2 (0,0)	27 (0,0)
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0 (0,0)	4 (0,0)	1 (0,0)	1 (0,0)	2 (0,0)	8 (0,0)
TOTAL	16.868	17.913	19.542	18.542	18.410	91.275

Fonte: DATASUS, 2020.

Em um estudo foi realizado Silva et al (2017) no Estado da Paraíba Brasil o padrão da mortalidade da população idosa sob a perspectiva da sua heterogeneidade e dos fatores socioeconômicos relacionados ao mesmo, o que fornece subsídios para as decisões em saúde, contribuindo para que a atual conquista da longevidade esteja acompanhada de níveis satisfatórios de saúde e de qualidade de vida, dados semelhantes ao estudo em questão foram encontrados, pois, dentre as cinco principais causas de mortalidade em idosos na Paraíba têm-se, respectivamente: Doenças do aparelho circulatório (35%); Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório (19,4%); Neoplasias (12%); Doenças do aparelho respiratório (9,8%) e Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (9,8%), que, juntas, somaram um total de 197.202 (86%) casos de morte.

Na mesma linha de pensamento do estudo também foi encontrado as doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais são o quinto grupo principal dentre as causas de morte entre idosos na Paraíba. Destaca-se o Diabetes mellitus como principal doença metabólica que leva ao óbito dentre esse grupo de causas representando um total de 17.644 óbitos em idosos; a doença emerge no Brasil, com a transição nutricional e epidemiológica como um importante problema de saúde pública com crescimento significativo da mortalidade. Em seguida vem a desnutrição, com 2.672 óbitos de idosos e outras doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais somam 2.129 dos casos.

O estudo de Kernkamp *et al* (2016) afirma que as doenças dos aparelhos circulatório e respiratório foram responsáveis pelas maiores taxas de internação para homens (45,01% e 29,85%) e para mulheres (37,92% e 22,8%, respectivamente).

Já o estudo de Lima *et al* (2016) apresenta que as principais causas de morte na população idosa são as doenças do aparelho circulatório. Esse dado reforça o resultado encontrado que as doenças circulatórias (isquêmicas do coração e cerebrovasculares) primeiro e segundo lugar, respectivamente, se sobressaíram pela maior prevalência entre as principais causas de mortalidade na população idosa da Paraíba em 2009.

Desta maneira, o estudo de Conte, Alvarenga e Massuda (2017) as doenças que mais foram causar de mortes em idosos nos últimos 30 anos variam consideravelmente entre as diferentes faixas etárias dos idosos e entre os períodos avaliados pelo CID9 e pelo CID 10, e pouco variam entre os sexos. as doenças do aparelho circulatório são as principais que mais matam independentemente dos períodos (CID 9 e CID 10). As mortes por doenças do aparelho circulatório diminuíram ao longo do tempo, porém continuaram a ser a principal causa de morte.

CONCLUSÕES

A sociedade idosa mundial está em constante crescimento, no Estado da Paraíba esse aumento também é concreto. Desta forma, faz-se necessário o planejamento de ações para se promover saúde e prevenir doenças que mais vulnerabilizam essa parcela populacional.

Sendo assim o aumento da expectativa de vida deve ser acompanhado por uma melhoria ou manutenção da qualidade de vida, sobretudo devido à grande carência de informações acerca da saúde da pessoa idosa e os desafios trazidos pelo processo de envelhecimento no contexto social da saúde pública.

O conhecimento do perfil epidemiológico e a qualidade das informações sobre as causas de morte são de extrema relevância, visto que melhoram a compreensão dos índices observados em estudos, além de possibilitarem a construção e execução de políticas públicas de saúde direcionadas aos grupos prioritários, haja vista as iniquidades presentes no perfil epidemiológico brasileiro, sobretudo em idosos.

Entretanto o principal causa de mortalidade em idosos encontra-se as doenças do aparelho circulatório, é comum aos dois grupos de idade, entretanto a maior parte das causas apresentam importâncias diferentes entre os mesmos. Desta maneira as neoplasias, doenças do aparelho digestivo e causas externas dispõem maior prioridade de atenção por parte das políticas públicas para os idosos mais jovens, à proporção que as causas mal definidas e as doenças do aparelho respiratório são mais consideráveis para os idosos de idade mais avançada.

Desta forma, por essa razão como um trabalho de equipe, pois juntos necessitamos fornecer a evidência e apresentar a efetividade das várias estratégias de ação propostos. Em último caso, caberá às nações e comunidades locais ampliar metas e objetivos realistas, específicos para cada gênero e adequados a cada cultura, e implementar as políticas e os programas adaptados a cada circunstância.

Entretanto o processo de envelhecimento ativo possibilita uma base para o crescimento de estratégias locais, nacionais e globais sobre a população que está envelhecendo. Deste modo ao reunir os três pilares para a ação de saúde, participação e segurança, mostra uma plataforma para uma elaboração consensual que abrange as preocupações de vários setores e de todas as regiões. As propostas de políticas e as

recomendações são de pouca eficácia, a não ser que ações subsequentes sejam implementadas, a hora de agir é agora.

REFERÊNCIAS

AGUIAR RS. **O enfermeiro na promoção da qualidade de vida dos idosos.** RAGG, 2013; 5(1): 46-52.

ARAÚJO, JD. **Polarização epidemiológica no Brasil.** Epidemiol Serv Saúde 2012; 21(4): 533-8.

BÁRRIOS, M. J., & Fernandes, A. A. (2014). **A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica.** Revista Portuguesa de Saúde Pública, 32(2), 188-196.

BEZERRA, A. C. **Concepções sobre o processo de envelhecimento.** 2012. 34 p. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, Picos, 2012.

BODSTEIN, A.; LIMA, V.V.A.; BARROS, A.M.A. **A vulnerabilidade do idoso em situações de desastres: necessidade de uma política de resiliência eficaz.** Ambiente & Sociedade, São Paulo, v. XVII, n. 2, p. 157-174, abr-jun, 2014.

BORGES, G. M, Campos, MBC, Silva, LGC. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. In: Ervatti LR, Borges GM, Jardim AP. (Org). **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI Subsídios para as projeções da população.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2015.

BRAGA, Lorena Carvalho et al. **Demandas de atenção do enfermeiro em unidade de terapia intensiva pediátrica: uma investigação qualitativa.** Arquivos de Ciências da Saúde, v. 22, n. 4, p. 52-57, dez. 2015.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília-DF, 2005.

BRAY, F., et al Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. **Lancet Oncol**, v. 13, p. 790-801, 2012.

CAMARANO, A. A. **Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos – Região Nordeste.** Brasília: IPEA, 2008.

CARNEIRO, João Bosco da Silva. **O sujeito no tempo da velhice.** 2016. 122 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2016.

CHANG, J. et al. **Decreasing Trends of Neonatal and Infant Mortality Rates in Korea: Compared with Japan, USA, and OECD Nations.** J. Korean Med. Sci., Seoul, v. 26, p.1115-1123, 2011.

- DANTAS, I. C. et al. **Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro.** Revista Kairós: Gerontologia. 2017.
- DIAS, A.M; UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAI. O processo de envelhecimento humano e a saúde do idoso nas práticas curriculares do curso de fisioterapia da UNIVALI campus Itajaí: um estudo de caso. 2007. 189 f. Dissertação de Mestrado – Universidade do Vale do Itajai, 2007.
- FORTES, T. M. L.; SUFFREDINI, I. B. Avaliação De Pele Em Idoso: Revisão Da Literatura. **Journal of The Health Sciency Institute**, [s.l], v. 32, n. 1, p. 94-101, 2014.
- FREITAS, E. V., Py, L., Neri, A. L., Cançado, F. A. X., Gorzoni, M. L., & Rocha, S. M. (2013). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- GONÇALVES, LÚCIA HISAKO TAKASE; ALVAREZ ÂNGELA MARIA; SANTOS SÍLVIA MARIA AZEVEDO. **Cuidados na enfermagem gerontológica: conceito e prática.** In: Polaro SHI, Montenegro LC. Fundamentos e práticas do cuidar em enfermagem gerontológica. Rev. Bras. Enferm; jul-ago, 70(4): 699-700, 2017.
- KERNKAMP, C. L., et al. **Perfil de morbidade e gastos hospitalares com idosos no Paraná, Brasil, entre 2008 e 2012.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(7):e00044115, jul, 2016.
- LEVORATO, C. D.; MELLO, L. M.; SILVA, A. S.; NUNES, A. A. **Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero.** Ciência & Saúde Coletiva, 19(4):1263-1274, 2014.
- LIMA, M. G., et al. **Comparative Study of Morbidity and Mortality Among the Elderly in the state of Paraíba.** REBES - ISSN 2358-2391 - (Pombal – PB, Brasil), v.6, n.4, p.10-21, out-dez, 2016.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.
- MENDES, M.R.S.S.B.; Gusmão, J.L.; Faro, A.C.M.; Leite, R.C.B.O. **A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração.** Acta Paul Enferm.; vol.18, no.4, 2005.
- MIRANDA GMD, et al. **O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras.** Rev. bras. geriatr. gerontol., 2016; 19(3).
- MOULAERT, T; PARIS, M. **Política social sobre envelhecimento: o caso do Envelhecimento Ativo como Metáfora Teatral.** Revista Internacional de Estudos em Ciências Sociais, v. 1, n. 2, p. 113-123, 2013.
- MOURA EC, GOMES R, FALCÃO MTC, Schwarz E, Neves ACM, Santos W. **Gender inequalities in external cause Mortality in Brazil, 2010.** Ciência & saúde coletiva. 2015.

MONIZ, J. **Cuidar de pessoas idosas: as práticas de cuidados de enfermagem como experiências formadoras.** Revista Kairós. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 39-57, 2008.

NASCIMENTO BES, et al. **Conduta de enfermagem ao portador de doença cardiovascular e diabetes na atenção básica.** REIcEn - Revista de Iniciação Científica e Extensão, 2018; 1(5): 439 - 442.

NUNES, MARIA ROSA GONÇALVES; SANTOS, ABENILDA DA SILVA; NASCIMENTO, KELLY CRISTINA DO. **Promoção da saúde e de um envelhecimento saudável: contribuição da enfermagem.** Congresso internacional do envelhecimento humano, 2017.

POUBEL PB, Lemos ELC, Araújo FC, Leite GG, Freitas IS, Silva RMA, et al. **Autopercepção de saúde e aspectos clínico-funcionais dos idosos atendidos em uma unidade básica de saúde no norte do Brasil.** J Health Biol Sci [Internet]. 2017 [cited 2017 Mar 27];5(1):71-8. Available from: <http://periodicos.unichristus.edu.br/index.php/jhbs/article/view/1054>.

PRODANOV, CLEBER CRISTIANO; FREITAS, ERNANI CESAR DE. **Metodologia do trabalho científico: método e técnicas de pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RIBEIRO, A.P.; et.al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1265-73, jul./ago. 2008.

SILVA, EDIJANE HELENA da et al. **Desafios e perspectivas para um envelhecimento saudável.** Congresso internacional do envelhecimento humano, 2014.

SOUSA LL, et al. **Análise do perfil epidemiológico de idosos hipertensos cadastrados no programa hiperdia.** Rev. enferm. UFPE online, 2016; 10(3): 1407-1414.

SOUSA, Simone L. S. **Direito à Saúde e Políticas Públicas.** Belo Horizonte: Del Rey, 2015.

SOUSA, Valmiene Florindo Farias. **Cidadania e Envelhecimento em Parintins: um enfoque para o Programa de Atenção Integral ao Idoso.** 153 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas. Manaus. 2012.

SCHNEIDER RH, Irigaray TQ. **O envelhecimento na atualidade: cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais.** Estudos de Psicologia 2008;25(4):585-93.

TAVARES, Renata Evangelista et al. **Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 889-900, 2017.

VALER, DAIANY BORGHETTI et al. **O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 809-819, 2015.

VALCARENGHI, RAFAELA VIVIAN et al. **Produção científica da Enfermagem sobre promoção de saúde, condição crônica e envelhecimento.** Rev Bras Enferm., v. 68, n. 4, p. 705-12, jul-ago; 2015.

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Forte. **Transição demográfica: a experiência brasileira.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

VITORINO, L.M.; et.al. **Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 20, n. 6, a.2012.

WICHMANN, F.M.A.; et.al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 821-32, a. 2013.

CAPÍTULO 10

O ALARMANTE CRESCIMENTO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ

THE ALARMING GROWTH OF HEALTH JUDICIALIZATION IN THE STATE OF CEARÁ

Anderson Moisés de Almeida¹
Vanessa Gomes Leite²
Maria Neurilane Viana Nogueira³

RESUMO

Analisa-se os principais pressupostos e consequências do crescente aumento nos processos de judicialização da saúde no âmbito do estado do Ceará, levando a compreender a Saúde como direito fundamental e social, de acesso universal e igualitário, e dever do Estado. Para tanto, avalia-se a constitucionalização do direito à saúde. Ademais, enumeram-se os aspectos que legitimam e limitam o controle exercido pelo Poder Judiciário sobre a Administração Pública, no que tange às prestações estatais no âmbito da saúde. Por fim, levantam-se e aferem-se dados da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa) relativos ao número, tipos e custos de demandas judiciais referentes à saúde. Constatou-se que os maiores índices de pedidos são de medicamentos, dietas, exames, cirurgias, equipamentos médicos e UTIs. A metodologia utilizada baseia-se em pesquisa bibliográfica e qualitativa, mas também apresenta elementos quantitativos decorrentes de dados numéricos colhidos da Sesa.

Palavras-Chave: Direito à Saúde. Judicialização da Saúde. Estado do Ceará.

ABSTRACT

The main assumptions and consequences of the increasing increase in health judicialization processes in the scope of the State of Ceará are analyzed, leading to understand Health as a fundamental and social right, universal and equal access, and State duty. Therefore, analyze the constitutionalisation of the right to health. In addition, it is evaluated the aspects that legitimize and limit the control exerted by the Judiciary Power on the Public Administration, regarding the State benefits in the scope of health. Finally,

1 Graduado do curso de Direito da Unifametro. E-mail: anderson.moises@hotmail.com

2 Mestre em Direito e ordem constitucional (UFC-CE), Especialista em Direito e processo constitucionais (UNIFOR), docente do Curso de Direito da UNIFAMETRO, Advogada. E-mail: vanessa.leite@professor.unifametro.edu.br

3 Doutora e Mestre em Educação (UFC-CE), Especialista em Direito Público (Faculdade Cândido Mendes-RJ), graduada em Direito (UNIFOR), Avaliadora do INEP, Docente do Curso de Direito da UNIFAMETRO. E-mail: maria.nogueira@professor.unifametro.edu.br

data are collected and analyzed from the Health Department of the State of Ceará (Sesa) regarding the number, types and costs of health claims. It was found that the highest indices of orders are of medicines, diets, exams, surgeries, medical equipment and ICUs. The methodology used is based on bibliographic and qualitative research, but also presents quantitative elements derived from numerical data collected from Sesa.

Keywords: Right to Health. Health Judicialization. State of Ceará.

1 INTRODUÇÃO

Esse processo de judicialização tem se desenvolvido, à frente da crescente procura do Poder Judiciário para garantir o direito constitucional à saúde, e perante a obrigação do gestor público de cumprir decisões proferidas pelo magistrado, para uma coletividade de indivíduos que esperam de diversas maneiras tratamentos com medicamentos, dietas, exames, cirurgias e leitos de UTIs, acarretando impacto inegável nas contas públicas e dificultando a efetivação dos princípios organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

A indagação a ser respondida com a elaboração desta pesquisa diz respeito ao impacto da judicialização, seu alarmante crescimento e como ele vem afetando o orçamento da Administração Pública, com enfoque espacial no estado do Ceará. Há que se tratar a questão com razoabilidade, levando em consideração o que o Estado pode ofertar ao público, o que no direito alemão significa a “reserva do possível”, princípio absorvido pela doutrina e jurisprudência brasileira que poderia limitar a responsabilidade do Estado na prestação de diversos serviços, propriamente pelo fato da escassez dos recursos destinados a esse fim.

Contudo, para tal estudo, surgem os seguintes questionamentos: até que ponto se pode exigir do Estado a garantia de uma saúde plena prevista na Constituição de 1988? Outrossim, quais os parâmetros legitimadores e limitadores da efetivação judicial do direito à saúde? De certo modo, no estado do Ceará, que tipo de demanda vem demonstrando maior índice de judicialização e quais as consequências disso?

Para responder a tais mencionados problemas de pesquisa, a metodologia utilizada constitui estudo descritivo-analítico de natureza qualitativa, pois analisa fatos sociais. Ademais, é desenvolvido mediante pesquisa do tipo bibliográfica em livros e revistas, bem como documental, amparada pela legislação específica concernente à matéria. Além disso, a pesquisa também apresenta traços quantitativos, na medida em que reproduz

dados numéricos coletados junto à Superintendência Jurídica da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, valendo-se de gráficos para ilustrar a intensidade em que se verifica a judicialização da saúde no estado do Ceará.

O estudo do tema aqui apresentado é relevante, tendo em vista tratar-se de problemática atual que envolve e exige o trabalho cooperativo, e não exclusivo, de órgãos que desempenham funções estatais nos três âmbitos: Legislativo, Executivo e Judiciário.

O presente artigo divide-se em três capítulos de desenvolvimento, ladeados por esta introdução e as considerações finais. No segundo capítulo, aborda-se o direito à saúde na Constituição vigente, seu conceito e a influência dos determinantes sociais em sua delimitação. Já no terceiro capítulo, retrata-se os elementos que legitimam e limitam a intervenção judicial e a positivação do direito à saúde, que fez recair sobre o Estado o dever de proporcionar o concreto acesso a esse direito. Por fim, no quarto capítulo, expõem-se, por meio de gráficos, os dados dos recorrentes casos judicializados e seus respectivos gastos orçamentários obtidos da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

2 O DIREITO À SAÚDE E A CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA DE 1988

A Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) inovou ao dedicar um capítulo próprio aos direitos sociais dentro do Título II, reunindo os artigos do 6º ao 11º, nos quais a saúde está inserida. Por outro lado, os arts. 196 e seguintes, em uma seção específica sobre o tema, expõem a saúde como direito de todos e dever do Estado, o que implica que ao ente estatal compete proporcionar essa condição de bem-estar físico, mental e social para toda a sociedade, abrangida no próprio dispositivo quando garante o acesso universal e igualitário às ações e serviços dessa natureza. A positivação do direito à saúde foi extremamente necessária, mas fez pesar sobre o Estado esse dever de prover o concreto acesso à saúde.

Assim sendo, as ações e os serviços de saúde no Brasil são de relevância pública e devem se remeter às práticas de controle social de uma democracia, para que se afastem do cenário eventuais violações a esse direito. Cabe enfatizar que a saúde não deve ser entendida somente como condição de ausência de enfermidade, mas como estado de completo bem-estar físico, mental e social, segundo prevê a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1946 (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO [USP], 1946).

Dessa maneira, o entendimento sobre o que venha a ser saúde supera a ideia de simples ausência de doença, abrangendo a sua concepção enquanto qualidade de vida. No

entanto, quando se aborda a saúde sob esse aspecto, evidenciam-se as disparidades existentes no cunho social que influenciam a sua composição.

Nesse contexto, os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) reúnem diversas abordagens de estudo daquilo que provoca as injustiças no âmbito desse direito. A primeira delas favorece a percepção dos impactos exercidos pelos aspectos “físico-materiais” na geração da saúde e da doença, identificando que a carência de recursos dos indivíduos e a falta de investimentos em infraestrutura comunitária, abrangendo a prestação dos serviços de transporte, saneamento, habitação, educação, saúde, entre outros, decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas, compromete o alcance desse estado de completo bem-estar pelos indivíduos de menor poder aquisitivo (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 82).

Outra ótica privilegia os “fatores psicossociais”, examinando as relações entre percepções de desigualdades sociais, dispositivos psicológicos e situação de saúde, com base no conceito de que as noções e experiências de pessoas em sociedades desiguais causam estresse e prejuízos à saúde. Já os enfoques “ecossociais” e os chamados “enfoques multiníveis” aspiram integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas em uma visão ativa, histórica e ecológica (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 82).

Por fim, há os enfoques que se destinam a explorar as relações entre a saúde das populações, por intermédio das desigualdades de vida e o grau de desenvolvimento do enredo de vínculos e associações entre indivíduos e grupos. Esses estudos identificam a corrosão do chamado “capital social”, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, como importante dispositivo por meio do qual as desigualdades de renda impactam negativamente na situação de saúde. Também procuram mostrar porque não são as sociedades mais ricas as que apresentam melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Na verdade, os países com frágeis laços de coesão social, ocasionados pelas iniquidades de renda, são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

O modelo denominado “Determinantes Sociais da Saúde”, proposto por Dahlgren e Whitehead (2006 apud BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 83-84), é um dos mais estudados e evidenciados em se tratando desse tema. Tal modelo propõe que as

desigualdades socioeconômicas irão refletir desfavoravelmente sobre as condições de saúde das pessoas. Os DSS são dispostos em camadas diferentes. Essas camadas estão ordenadas de maneira que os determinantes individuais são a camada mais próxima, enquanto os determinantes mais gerais estão na camada mais afastada.

Na base do modelo, encontram-se os indivíduos, apresentando características próprias, como idade, sexo e fatores genéticos, evidenciando sua influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Na camada posterior, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Essa camada está situada no começo, entre os fatores individuais e os DSS. A camada mostra a atuação das redes comunitárias e de apoio, cujo trabalho é de grande importância para a saúde da sociedade.

No próximo nível, estão representados os fatores que apontam as condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambiente e serviços como saúde e educação, indicando que as pessoas desfavorecidas socialmente correm risco diferenciado, criado pela existência em condições habitacionais precárias, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e disponibilidade de menores condições de acesso aos serviços.

No último nível, estão situados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que agem influenciando todas as demais camadas.

Comparando-se esse modelo com as políticas públicas, pode-se perceber que as políticas que abrangem tão somente os serviços de saúde não podem melhorar a situação da população. Revela-se necessária a implementação simultânea de todo o conjunto de políticas dirigidas à melhoria das condições de vida da população, nas quais restam incorporados outros itens, como educação, infraestrutura e renda, possibilitando a oferta de melhores condições de vida aos mais fracos e tentando corrigir situações sociais desiguais, criando, dessa forma, condições materiais mais propícias ao aferimento da igualdade real. A concretude dessas políticas auxiliaria na erradicação do fenômeno da judicialização, já que o desequilíbrio dos DSS, de diversos modos, influencia a população a acionar o Poder Judiciário para intervir e garantir a eficácia plena do direito à saúde.

3 O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: ELEMENTOS QUE LEGITIMAM E LIMITAM A INTERVENÇÃO JUDICIAL

A Constituição Federal, em seu art. 2º, inscreve o princípio da separação dos poderes, o qual assegura que nenhuma das funções estatais desempenhadas por seus

respectivos órgãos pode ultrapassar os limites estabelecidos pela Constituição. Esse princípio constitui um pressuposto de validade para a concretização de um Estado Democrático de Direito.

Entretanto, a atual conjuntura brasileira não permite que se cogite uma atuação independente dos poderes, mas interdependente, marcada pela ação conjunta entre os órgãos políticos e judiciais para a plena eficácia dos direitos constitucionalmente garantidos, em especial o da saúde. Nesse contexto, a Constituição vigente contemplou disposições de competência próprias da saúde, como o art. 23, II, colocando-a como competência comum dos entes federativos, estabelecendo uma seção específica sobre saúde entre os arts. 196 a 198.

Nesse contexto, outra importante ferramenta usada para assegurar o exercício desse direito está na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 45 (BRASIL, 2004), que trata do direito fundamental de segunda geração⁴, julgada pelo ministro do Supremo Tribunal Federal Celso de Mello.

No julgamento, os interesses econômicos do Estado foram postos acima das garantias fundamentais do cidadão, ainda a se vislumbrar a razoabilidade e a proporcionalidade, conforme transcrição a seguir:

Vê-se, pois, que os condicionamentos impostos, pela cláusula da ‘reserva do possível’ ao processo de concretização dos direitos de segunda geração – de implantação sempre onerosa -, traduzem-se em um binômio que compreende, de um lado, (1) a razoabilidade da pretensão individual/social deduzida em face do Poder Público e, de outro, (2) a existência de disponibilidade financeira do Estado para tornar efetivas as prestações positivas dele reclamadas. Desnecessário acentuar-se, considerado o encargo governamental de tomar efetiva a aplicação dos direitos econômicos, sociais e culturais, que **os elementos componentes do mencionado binômio (razoabilidade da pretensão + disponibilidade financeira do Estado) devem configurar-se de modo afirmativo e em situação de cumulativa ocorrência, pois ausente qualquer desses elementos, descaracterizar-se-á a possibilidade estatal de realização prática de tais direitos.** (BRASIL, 2004) (Grifo nosso)

Assim, a presente ADPF também surgiu para proteger e garantir o direito à saúde, quando impugnou um ato do poder público, no caso, um veto presidencial atentatório contra os recursos públicos a serem destinados à saúde.

Esse importante precedente reconheceu a possibilidade desse direito fundamental ser exigido judicialmente, como objetivo de assegurar o mínimo existencial para um exercício digno do direito à saúde. Revelou-se, portanto, paradigma que ratificou para o

⁴Em que pesem as críticas de alguns doutrinadores, como Humberto Ávila, que prefere utilizar a terminologia “dimensões” em vez de “gerações” para o enquadramento dos direitos fundamentais, adota-se neste trabalho a classificação de Paulo Bonavides (2014) a partir de um perfil histórico.

Estado a obrigação de prestar os serviços de saúde com a finalidade de proporcionar um bem-estar em sua maior amplitude possível ao cidadão.

Por outro lado, existe o princípio da reserva do possível, que fundamenta as situações em que o Estado poderá não atender a determinada demanda, mesmo sendo relativa a um direito fundamental, diante dos limites orçamentários. Tal princípio possui berço no Direito Alemão, e, estando “[...] sob o fato da inexistência de recursos públicos suficientes, visa justificar o não atendimento de determinada prestação social” (ROCHA, 2011, p. 163). Assim, leva em consideração a limitação material, orçamentária e orgânica do próprio Estado.

De fato, os direitos sociais são extensos e perduram no tempo e no espaço, realizando-se por meio de políticas públicas gradativas. De certa forma, o Estado é traçado pela lei, pela legalidade, e o mesmo ocorre com o seu orçamento e a disponibilidade de suas ações. O que se procura é harmonizar a responsabilidade do Estado com a limitação orçamentária, econômica e orgânica do ente político.

O desejo de acesso a um serviço constitucionalmente assegurado e não limitado a determinadas classes sociais faz com que a população se sinta prejudicada e demande, na Justiça, a prestação de tal serviço pelo Estado, que se obriga a fazê-lo por meio de decisões judiciais.

A forma como acontece é ponto de críticas, como as de Cristina Freitas (2014, p. 64), que, no contexto do fornecimento de medicamentos, alerta sobre as consequências na distribuição das atribuições estatais:

A possibilidade de bater às portas do Judiciário para pleitear tutela jurisdicional que determine ao Poder Público o fornecimento gratuito de medicamentos e outros tratamentos com base no direito à saúde tem levado à judicialização das políticas públicas de forma a transferir aos magistrados a atribuição de definir tratamentos medicamentosos complexos e invasivos aos pacientes que têm condições de acesso à justiça.

No mesmo sentido, as palavras de Vanessa Leite (2017, p. 157) elucidam as tensões que se formam entre os elaboradores e os executores das políticas públicas:

É certo que os indivíduos destituídos de recursos, que necessitam de tratamento e medicamentos que não lhes são concedidos pelo Poder Público, podem recorrer juridicamente, sob o fulcro dos artigos 5º, XXXV, 6º, 196 e 197, da Constituição. Por outro lado, as decisões judiciais têm significado um forte ponto de tensão entre os elaboradores e os executores das políticas públicas, que se veem compelidos a garantir prestações de direitos sociais as mais diversas e muitas vezes contrastantes com a política estabelecida pelos governos para a área de saúde e afora das possibilidades orçamentárias. Por conta disso, por mais que o órgão judicial detenha independência e liberdade de decisão, podendo-se até falar em discricionariedade de decisão, haverá

sempre limites (processuais ou substanciais) que devem pesar sobre a escolha do magistrado. Até porque não se pode olvidar o fato de que o Executivo é quem possui a primazia da definição das políticas públicas da saúde, além de deter o domínio do orçamento público, bem como uma visão mais macroscópica das necessidades da população, e não o Judiciário.

É fato que o Judiciário se apresenta como um importante órgão de tomada de decisões sociais, muitas vezes até como o único meio de acesso à Justiça, porém, em estudo sobre a atuação do Supremo Tribunal Federal (STF) na seara da saúde, Lima (2015) entende que a racionalidade jurídica da Corte Suprema tem se restringido apenas à circunferência da microjustiça, dando ensejo a uma atuação simbólica quando nada faz em favor dos inúmeros jurisdicionados que tiveram o seu direito à saúde envilecido. Com efeito, “A microjustiça, nesse diapasão, enfileira-se com uma nova elite: aquela que possui instrumentos técnicos para chegar ao STF” (LIMA, 2015, p. 225).

Contudo, o Poder Judiciário, enquanto órgão estatal incumbido, via de regra, de dirimir os conflitos existentes, encontra-se aparelhado para a solução de situações específicas que lhe são postas. Dessa forma, busca realizar a chamada microjustiça, ou justiça do caso concreto.

Assim sendo, verifica-se a ausência de uniformidade em algumas decisões judiciais. Diante da mesma situação, os diferentes órgãos julgadores, por vezes, decidem em posições completamente opostas. Ora beneficia-se o Estado, ora o indivíduo que pleiteia prestações materiais na área da saúde.

Dessa forma, diante da considerável relevância pública que assume o direito à saúde, bem como em razão da divergência jurisprudencial em torno da matéria, entre outros fatores, o Poder Judiciário deve estabelecer critérios razoáveis e maior uniformidade em suas decisões, com a busca da conjugação dos interesses individuais e sociais. Afinal, tutelar-se judicialmente situações semelhantes de modo completamente diverso pode gerar grave insegurança jurídica e a não observância do princípio da equidade, implicando a não realização da justiça para a sociedade como um todo – macrojustiça.

A justiça do caso concreto deve ser sempre aquela que possa ser assegurada a todos que estão ou possam vir a estar em situação similar, sob pena de se quebrar a isonomia. Essa é a tensão que se pode identificar entre a microjustiça e a macrojustiça.

Outra crítica apresentada é sobre a não igualdade entre os usuários do serviço público, considerando-se que nem todos possuem ciência da possibilidade de propor ação exigindo tratamento de saúde, e que quem é detentor dessa informação, requisita na

justiça o serviço de que necessita e é atendido prioritariamente perante o paciente que aguarda nas filas do SUS.

Para tratar a matéria do ponto de vista da equidade, vale destacar que não há discriminação, mas a existência de diferenças entre as pessoas é uma realidade que não deve ser ignorada pelo Estado, razão pela qual lhe cabe admitir que o indivíduo ingresse com ações destinadas a reduzir as desigualdades existentes, inclusive no âmbito da saúde, quando se observa o grau de morbidade apresentado por cada paciente.

Além do mais, questiona-se a atuação do Poder Judiciário com base na separação de poderes, tendo em vista a interferência desse Poder na seara do Executivo no momento de compulsar as medidas e os serviços que devem ser implementados.

Contudo, o Poder Judiciário opera com presteza quando se busca certificar de que as políticas públicas, já existentes e asseguradas constitucionalmente, sejam executadas, e não se procura gerar novas, logo, não haveria desrespeito ao princípio da separação dos poderes.

Trata-se a judicialização da saúde de matéria que vem sendo objeto de constante discussão em todas as áreas envolvidas, tendo em vista ser tratada como “fenômeno”, considerando-se o alto número de ações que ainda estão em alarmante crescimento, sem possuir um limite, nas quais interesses individuais sobressaem perante os interesses coletivos.

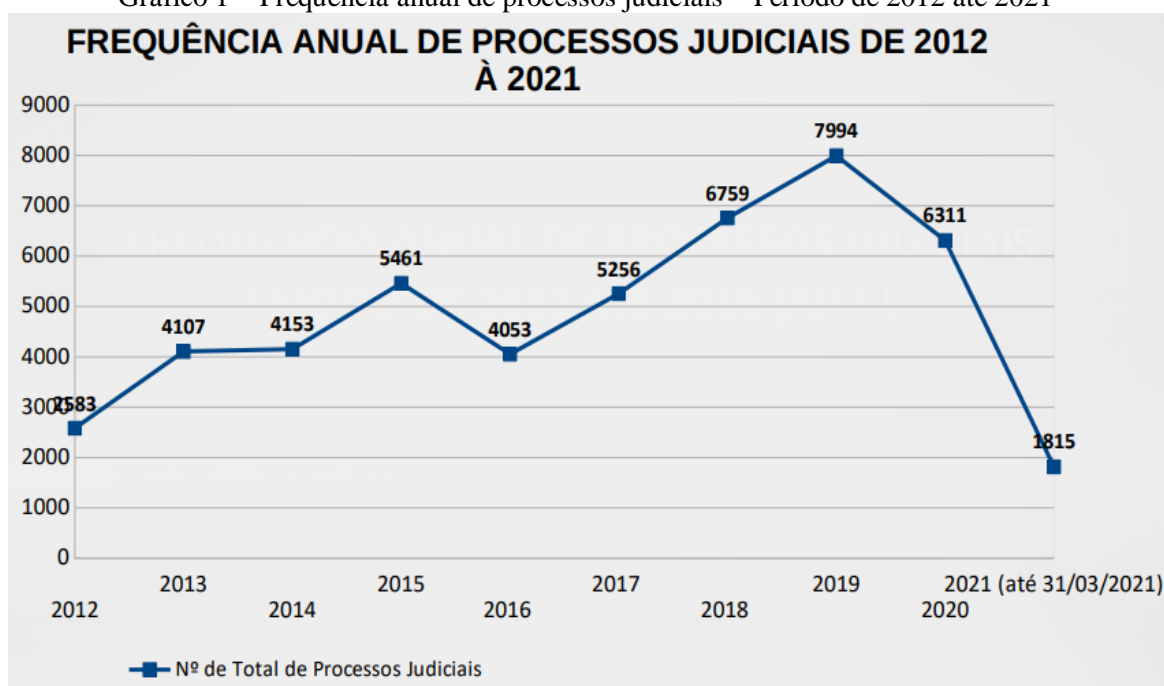
Assim sendo, as ideias iniciais da judicialização da saúde são próprias ao usuário não atendido satisfatoriamente pelo SUS, ou mesmo por seu plano de saúde, conforme será mais bem entendido com a exposição de dados e gráficos peculiares à saúde a seguir.

4 O ALARMANTE CRESCIMENTO DA JUDICIALIZAÇÃO NO ESTADO DO CEARÁ

Em conformidade com dados computados pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, de 2012 até 2021, a tal progressividade que se afirmar e que dá nome e fundamento ao fenômeno da judicialização da saúde é comprovada quantitativamente.

Vale salientar que o Gráfico 1, a seguir, aponta a drástica oscilação entre o número total de processos judiciais de 2012 a 2021, voltados às demandas recepcionadas cuja razão de pedir se relaciona com o acesso à saúde na prestação de medicamentos, exames, cirurgias de alta complexidade ou de alto custo, insumos, leitos e outros, comparando a quantidade de entrada de processos com o ano da ação.

Gráfico 1 – Frequência anual de processos judiciais – Período de 2012 até 2021



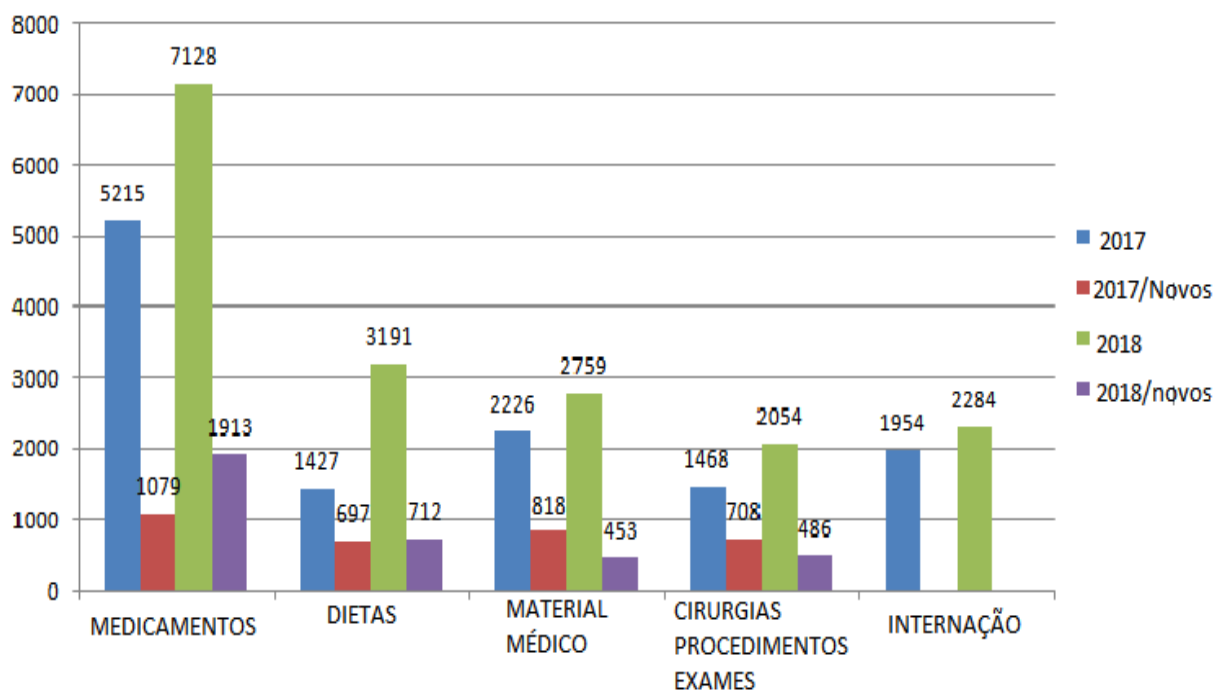
Fonte: Dados fornecidos pela Superintendência Jurídica da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (CEARÁ, 2021)

Como se observa, a frequência anual de processos judiciais é crescente desde o período de 2012, destacando-se que durante o ano 2019 já foram requeridos muito mais que o dobro de todas as ações de 2012, superando inclusive os anos de 2015 e 2018, que apresentaram os mais altos números de ações judiciais depois de 2019.

O Gráfico 1 demonstra que, a cada ano que se passa, aumenta a procura do Poder Judiciário, por meio do qual a sociedade, insatisfeita com a atuação do Poder Executivo, requer o atendimento de seus direitos fundamentais. O ajuizamento de ações judiciais é uma das formas que os cidadãos encontram para garantir seus direitos, porém o aumento excessivo das ações resulta em sobrecarga de processos e desvio da porta de entrada do SUS.

No Gráfico 2, apresentado a seguir, demonstram-se as cinco demandas mais recorrentes judicializadas entre os anos de 2017 e 2018.

Gráfico 2 – Quantidade de pacientes judicializados por demandas – Período de 2017 e 2018

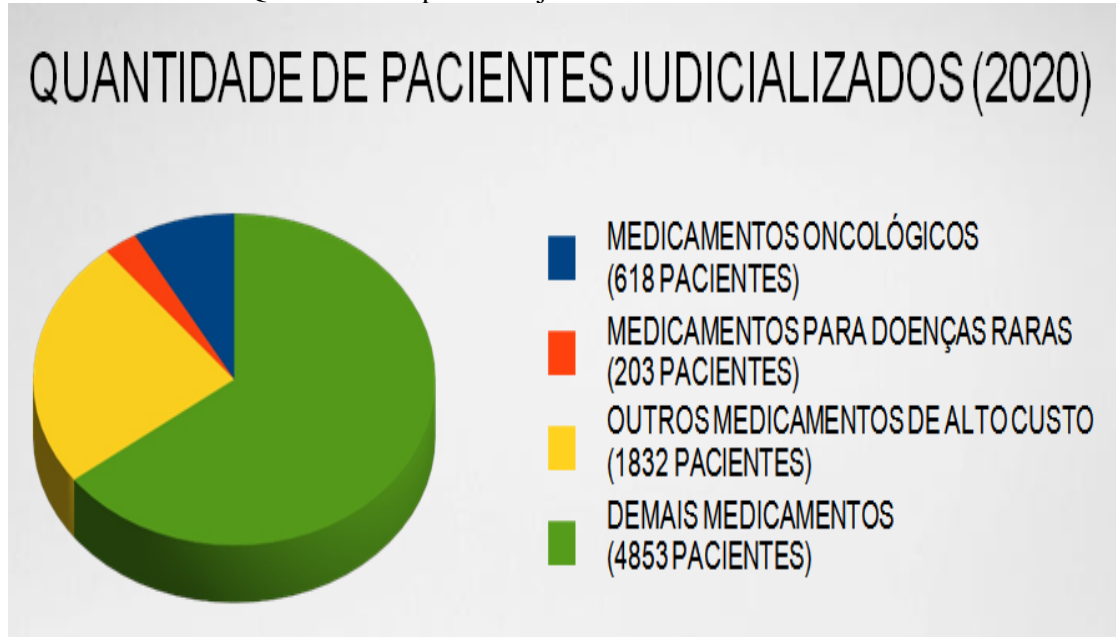


Fonte: Elaboração própria, com base nos dados fornecidos pela Assessoria Jurídica da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (CEARÁ, 2021.)

Como pode ser visto, dos pedidos mais corriqueiros da judicialização, entre medicamentos, dietas, material médico, cirurgias, procedimentos médicos, exames e internações, os primeiros são os mais pleiteados. Fazendo-se uma comparação entre os anos de 2017 e 2018, evidencia-se que há sempre um aumento das demandas Judiciais de um ano para o outro.

A seguir, no âmbito do fornecimento de medicamentos, o Gráfico 3 demonstra a quantidade de pacientes judicializados e as demandas formalizadas por médico prescritor em 2020.

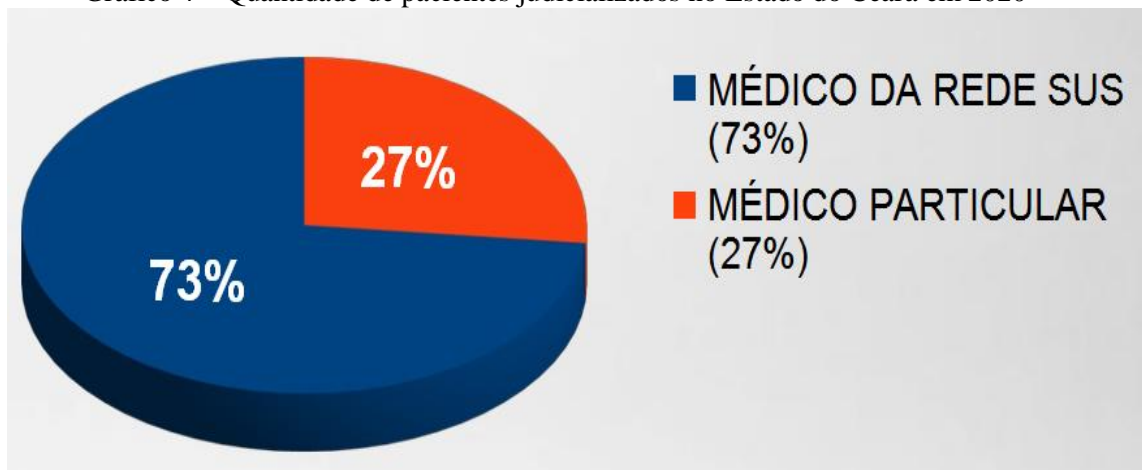
Gráfico 3 – Quantidade de pacientes judicializados no Estado do Ceará em 2020



Fonte: Dados fornecidos pela Superintendência Jurídica da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (CEARÁ, 2021.)

Como demonstrado no Gráfico 2, os medicamentos são a parte dos tratamentos de saúde mais procurada pela sociedade, consistindo no ‘carroção de frente’ para os grandes gastos que o Estado tem que fazer com a judicialização. Já o gráfico 3, aponta que, dentre os medicamentos mais demandados, encontram-se os específicos para tratamento de câncer. Ademais, Chama também bastante atenção o fato de que esses medicamentos são prescritos por médicos públicos do SUS, como mostra o Gráfico 4.

Gráfico 4 – Quantidade de pacientes judicializados no Estado do Ceará em 2020

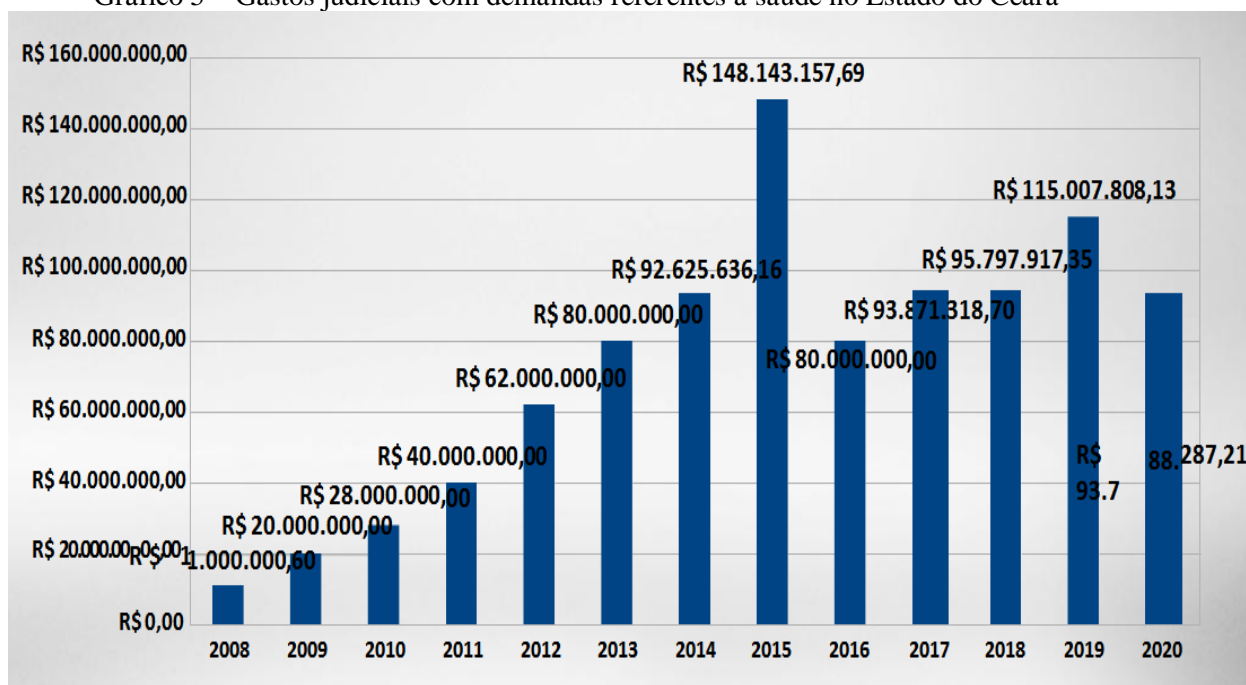


Fonte: Dados fornecidos pela Superintendência Jurídica da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (CEARÁ, 2021)

Para tanto, em análise, evidencia-se que, dentro do próprio Estado, há uma complicação administrativa que impacta a sociedade, deixando-a descontente com o atendimento deficitário oferecido pelo SUS, entre outros mais em que a sociedade precisa de um retorno. Diz-se isso quando o médico público, ao prescrever uma medicação não disponível, incentiva a sociedade a acionar o Ministério Público ou a Defensoria Pública para garantir do Estado o fornecimento do que é pleiteado, produzindo grandes impactos no orçamento estatal e fazendo emergir essa problemática de recursos e gastos.

Assim, o que deveria ser exceção, está virando regra, o que produz sério impacto no orçamento do ente estatal, como apresenta o Gráfico 5.

Gráfico 5 – Gastos judiciais com demandas referentes à saúde no Estado do Ceará



Fonte: Dados fornecidos pela Superintendência Jurídica da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (CEARÁ, 2021)

Os dados estatísticos demonstram perfeitamente o impacto da judicialização da saúde no planejamento do Estado, no que se refere ao orçamento, e quando se visualiza o que foi gasto com os serviços de saúde requeridos em conjunto no ano de 2008 à 2020, evidencia-se o caráter gradativo em todos os anos do que é gasto judicialmente na saúde.

Diante dessa problemática de recursos e da judicialização, a Superintendência Jurídica da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SPJUR/SESA) atualmente é a responsável pelo acompanhamento e monitoramento das demandas judiciais do Estado em todo o seu trâmite, do momento da intimação do secretário ao cumprimento da liminar ou da sentença.

Apesar de a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará buscar trabalhar a redução de custos com a judicialização e o aumento da eficácia, os gastos com as decisões judiciais ainda são substanciais, conforme demonstrado nos gráficos apresentados. Dessa forma, a SPJUR/SESA tem dificuldade de controlar o orçamento, que sempre se encontra abaixo do necessário para o cumprimento da demanda judicial. Em outros termos, entende-se que, mesmo com a atuação da Secretaria da Saúde do Estado, por intermédio da Superintendência Jurídica, na redução de gastos e no enquadramento das demandas dentro do orçamento, os recursos não são suficientes para suprir as demandas judiciais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao abordar o alarmante crescimento da judicialização da saúde no Estado do Ceará, discorreu-se sobre o direito fundamental à saúde, destacando-se a garantia presente na Constituição Federal de 1988 de que se trata de prerrogativa universal, direito de todos e dever do Estado que, entretanto, só poderá ser exigido do ente estatal na medida da razoabilidade e proporcionalidade, amparado pelo princípio da reserva do possível.

A atuação jurisdicional é mecanismo fundamental para o cumprimento dos direitos sociais, por meio do qual se exerce pressão sobre a Administração Pública, ante a ineficiência do acesso às ações de saúde. O Estado não está propiciando aos seus cidadãos condições mínimas de existência, haja vista que a ineficiência do acesso às ações de saúde é uma realidade, ocasionando um colapso no sistema.

A indisponibilidade de leitos de UTIs, medicamentos, suplementações, cirurgias e exames, entre outras requisições pertinentes, é justificada pelo Estado sob o fundamento do princípio da reserva do possível, por conta da escassez dos recursos que custeiam os serviços por ele providos.

Apesar disso, o magistrado, sob o papel de efetivador do direito à saúde, determina que o Estado forneça tais serviços, sob pena de se submeter a sanções de natureza civil, de diversos valores. Por conseguinte, o Estado se obriga a fornecer serviços fora do planejamento orçamentário, produzindo grande impacto na Administração Pública, conforme ilustrado quantitativamente, em que se visualiza o que foi gasto com os serviços de saúde requeridos judicialmente desde 2008, uma vez que mostra o caráter gradativo em todos os anos do que é gasto judicialmente na saúde. Esses gastos também produzem impactos administrativos, tendo em vista que progridem ano a ano, em uma frequência anual crescente de processos judiciais.

Nesse contexto, verificou-se que os pedidos mais demandados são de medicamentos, dietas, exames, cirurgias, equipamentos médicos e UTIs. Dentre estes, o primeiro é o de maior índice, sendo demasiadamente prescrito por médicos do próprio SUS, o que revela uma surpresa e uma falta de conexão entre o que é proposto e o que é demandado pelo SUS.

Conclui-se que, enquanto a Administração Pública não conseguir prestar assistência de saúde com excelência, vai permanecer essa crescente judicialização das demandas de saúde. Portanto, a excessiva Judicialização não decorre somente de um problema na esfera judicial, mas também das esferas políticas, tornando-se evidente a necessidade de interação entre os órgãos políticos e jurídicos, com o fim de desenvolver ações que possam atender melhor a população.

REFERÊNCIAS

- BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Malheiros, 2014.
- BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 45, de 29 de abril de 2004**. MC. Arguente: Partido da Social Democracia Brasileira-PSDB. Arguido: Presidente da República. Relator(a): Min. Celso de Mello, julgado em 29/4/2004. DJ 04/05/2004 PP-00200-01 PP-001911. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28ADPF%24%2ESCLA%2E+E+45%2ENUME%%20E%29&base=baseMonocraticas>. Acesso em: 20 nov.2018.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 126, n. 191-A, p. 1-32, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 15 nov. 2018.
- BUSS, Paulo Marchiori, PELLEGRINI FILHO, Alberto, **A Saúde e seus Determinantes Sociais**, Physis Rev Saúde Coletiva. 2007 Apr;17(1):77-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em 03 dez. 2018
- CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Dados fornecidos pela Superintendência Jurídica da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará**. 2021
- FREITAS, Cristina Leitão Teixeira de. **Judicialização da saúde no Brasil**. Campinas – SP: Saberes, 2014.
- LEITE, Vanessa Gomes. **Saúde em Juízo: o excesso do Judiciário e a escassez dos leitos de UTI no estado do Ceará**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017.
- LIMA, Fernando Rister de Sousa. **Saúde e Supremo Tribunal Federal**. Curitiba: Juruá, 2015.

ROCHA, Eduardo Braga. **A justiciabilidade do direito fundamental à saúde no Brasil**. São Paulo: Letras Jurídicas, 2011.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946**. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 30 nov. 2018.

CAPÍTULO 11
O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: Uma visão de seus usuários
THE PUBLIC HEALTH SYSTEM IN BRAZIL: A view of its users

Veruska Seben¹

RESUMO

É direito de todos à saúde e dever do Estado. A maioria da população não tem acesso aos cuidados de saúde, senão pelo setor público. O presente artigo visa avaliar o sistema único de saúde por meio das opiniões dos pacientes que utilizam este sistema, analisando as necessidades pessoais, além das expectativas com o intuito de fornecer informações ao Estado para buscar melhoria ao sistema. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental de doutrina e legislação brasileira que trata sobre a temática da saúde no Brasil, bem como dados obtidos por meio de pesquisas divulgadas por meio dos sites eletrônicos. Com isso, conclui-se que, embora o sistema de saúde seja deficitário, a população tem conhecimento que um dos graves problemas é a corrupção, devendo o Estado melhorar o sistema reduzindo o tempo de espera para a realização de consultas, exames e cirurgias.

Palavras-chave: Saúde no Brasil. Atualidade. Ponto de vista dos usuários.

ABSTRACT

It is right of all to the health and duty of the State. The majority of the population has no access to health care, except through the public sector. This article aims to evaluate the single health system through the opinions of patients who use this system, analyzing personal needs, in addition to expectations in order to provide information to the State to seek improvement in the system. It is a bibliographic and documentary research of Brazilian doctrine and legislation that deals with the theme of health in Brazil, as well as data obtained through research disseminated through electronic websites. Thus, it is concluded that, although the health system is deficient, the population is aware that one of the serious problems is corruption, and the State must improve the system by reducing the waiting time for consultations, exams and surgeries.

Keywords: Health in Brazil. Present. Users' point of view.

¹ Pós-graduada em Direito Constitucional pela Faculdade Internacional SIGNORELLI, servidora pública estadual do Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul, email: veruskaseben@yahoo.com.br

Introdução

É direito constitucional de todos os brasileiros e residentes neste país a saúde, o que inclui aqueles que transitoriamente venham necessitar, independentemente de contribuição, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196 da Constituição Federal).

Nos termos do artigo 197, da Carta Magna de 1988 são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

O Sistema Único de Saúde – SUS, foi criado pela Constituição Federal de 1988 e é regulamentado pela Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), que o define como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

O presente artigo visa avaliar o sistema único de saúde por meio das opiniões dos pacientes que utilizam este sistema, analisando as suas necessidades pessoais, além das expectativas com o intuito de fornecer informações ao Estado para buscar melhorias ao sistema.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental de doutrina e legislação brasileira que trata sobre a temática da saúde no Brasil, bem como dados obtidos por meio de pesquisas divulgadas por meio dos sítios eletrônicos.

Com isso, conclui-se que pela ótica da população, embora o sistema de saúde seja deficitário, a população tem conhecimento que um dos graves problemas é a corrupção, devendo o Estado melhorar o sistema reduzindo o tempo de espera para a realização de consultas, exames e cirurgias. A péssima administração, conforme observações dos usuários, associada ao subfinanciamento, forma um grande entrave para a entrega de um trabalho de qualidade.

Desenvolvimento

É direito constitucional de todos os brasileiros e residentes neste país a saúde, o que inclui aqueles que transitoriamente venham necessitar, independentemente de contribuição, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196 da Constituição Federal).

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua

execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (art. 197 da Constituição Federal).

Hodiernamente, a saúde no Brasil é livre à iniciativa privada, podendo as instituições privadas participarem de forma complementar ao sistema único de saúde, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (art. 199, §1º da Constituição Federal).

A saúde pública está estruturada dentro do Sistema Único de Saúde, mais conhecido como SUS, já a saúde complementar é a saúde privada, que compreende os planos de saúde. Atualmente, 75% dos brasileiros dependem exclusivamente do SUS, enquanto o restante da população utiliza a saúde privada.

O Sistema Único de Saúde – SUS, foi criado pela Constituição Federal de 1988 e é regulamentado pela Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), que o define da seguinte forma:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

No escólio de José Afonso da Silva (2007, p.767):

É espantoso como um bem extraordinariamente relevante à vida humana só na Constituição de 1988 tenha sido elevado à condição de direito fundamental do homem. E há de informar-se pelo princípio de que o direito igual a vida de todos os seres humanos significa também que, nos casos de doenças, cada um tem um direito a tratamento condigno de acordo com o estado atual da Ciência Médica, independentemente de sua situação econômica, sob pena de não ter muito valor sua consignação em normas constitucionais.

Lenza (2009, p.759), por sua vez, afirma que:

a doutrina aponta a dupla vertente dos direitos sociais, especialmente no tocante à saúde, que ganha destaque, enquanto direito social, no texto de 1988: a) natureza negativa: o Estado ou terceiros devem se abster de praticar atos que prejudicam terceiro; b) natureza positiva: fomenta-se um Estado prestacionista para implementar o direito social.

O Brasil é um país de dimensões continentais, marcado por desigualdades sociais, econômicas e importantes disparidades regionais. Tem, por definição constitucional, um sistema de saúde público e universal descentralizado até o nível dos municípios, o que pode ser considerado característica peculiar e dificuldade adicional, porquanto há falta de escala requerida para o funcionamento de alguns serviços públicos (SciELO – Saúde Pública, 2020).

Destarte, a maioria da população não tem acesso aos cuidados de saúde, senão pelo setor público. Apesar do subfinanciamento crônico jamais resolvido, independentemente dos governos que se sucederam ao longo do tempo, tem sido capaz de proporcionar melhorias objetivas nos indicadores de saúde da população, conforme atestam numerosas publicações nacionais e internacionais.

Uma das medidas para se aprimorar com o sistema de saúde é o conhecimento dos déficits que a população em geral vivencia, já que a limitação orçamentária impossibilita uma melhoria significativa em todos os seus aspectos.

Assim, a análise da opinião de seus usuários poderá direcionar o orçamento público nestas melhorias, razão pela qual a relevância das pesquisas realizadas pelas diversas instituições públicas e privadas, dentre elas, a pesquisa realizada pela revista Boa Saúde (2021) em que aborda a questão dos índices, internações e plano de saúde, retrata os fatos a seguir.

Observa-se, por estes usuários, que o atendimento de saúde no Brasil foi considerado bom ou muito bom por 86,2% dos entrevistados para o estudo Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, suplemento da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 1998.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em convênio com o Ministério da Saúde, realizou o levantamento em setembro de 1998. Apenas 2,4% dos entrevistados classificaram o atendimento como ruim ou muito ruim. Das 112,6 milhões de pessoas (71,2% da população brasileira) que usam regularmente os serviços, 42% delas vão aos postos e centros de saúde.

Esse procedimento corresponde às expectativas do governo federal. O Ministério da Saúde estimula o atendimento nos postos como forma de prevenção de doenças mais graves. As consequências imediatas são o acompanhamento médico do paciente e o descongestionamento dos hospitais.

A demanda por esse serviço vai diminuindo à medida que aumenta a renda familiar mensal. Cerca de 55% da população com renda média de até dois salários-mínimos declarou, na pesquisa, procurar os postos ou centros de saúde. Isso prova que o SUS vem cumprindo seu papel, ou seja, atende às necessidades das pessoas que mais precisam do serviço.

A população idosa com maior poder aquisitivo é a mais assídua nos consultórios particulares. Já a população de 19 a 39 anos, bem como a que possui renda de até um salário-mínimo, vai com mais frequência às farmácias. De 86,5 milhões de pessoas, os grupos que mais recorreram aos médicos foram: mulheres (62,3%), crianças menores de quatro anos (68,4%) e maiores de 65 anos (73,2%).

A pesquisa realizada pela revista Boa Saúde contém também índices de satisfação da população referentes à própria saúde. De uma população de 158,2 milhões de brasileiros, estimada

pela PNAD em 1998, 79,1% avaliaram seu estado de saúde como bom ou muito bom e apenas 3,6% o consideraram ruim ou muito ruim.

O índice de satisfação em relação à saúde é idêntico entre homens e mulheres até os 14 anos de idade (92,0%). Mas, a partir daí, quando começa a idade reprodutiva, a mulher apresenta índices bem menores de satisfação do que os do homem, tanto na zona rural como na urbana.

Apesar de índices elevados de satisfação, os brasileiros têm, em média, 10 dias por ano de interrupção em suas atividades habituais por motivos de saúde. Além disso, cerca de 31,6% da população relatou ser portadora de doença crônica.

Das 20,5 milhões de pessoas que procuraram assistência médica nos 15 dias anteriores à pesquisa, 98% foram atendidas. Desse total, 35,8% utilizaram o plano de saúde para o pagamento do atendimento recebido, mas a maioria (49,3%) utilizou os serviços do SUS. Apenas 15,8% delas pagaram diretamente pela assistência.

Cerca de 11 milhões de pessoas tiveram uma ou mais internações no ano que antecedeu a entrevista, numa média de 6,9 internações por 100 habitantes. Entre as mulheres, o número foi de 8,7 por 100 habitantes e entre os homens, 5,1 por 100. Já nos idosos, a proporção foi de 14,8 casos por 100.

A pesquisa ainda registra 8,7 internações por 100 habitantes entre pessoas com menor renda familiar (até um salário-mínimo). Já a população com renda acima de 20 salários-mínimos apresentou o índice de 6,1 internações por 100. Ao considerar apenas a última internação ocorrida no ano da pesquisa, 63,1% dos pacientes foram atendidos no SUS. Desse total, 6,3% declararam ter plano de saúde e 5,2% afirmaram ter pago algum dinheiro por esse serviço.

Segundo os dados da pesquisa, um quarto da população brasileira, o equivalente a 38,7 milhões de pessoas, tem planos de saúde. Dessa parcela, 75% têm planos de saúde privados, enquanto os 25% restantes estão vinculados a planos de assistência ao servidor público (civil ou militar), todos com uma cobertura expressivamente maior nas áreas urbanas do que nas rurais.

O Ministério da Saúde, por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vem cadastrando e regulamentando todos os planos oferecidos, com a finalidade de proteger os segurados e garantir o cumprimento dos serviços contratados.

Por derradeiro, as informações demonstradas pela revista Boa Saúde (2021) mostram que a cobertura dos planos é maior entre as pessoas que julgam bom e muito bom (25,9%) o seu estado de saúde. Quando essa avaliação piora, a cobertura é menor. Por exemplo, entre os que consideram seu estado ruim ou muito ruim, a cobertura é de 14,5%. Quando relacionado à renda familiar, a taxa de cobertura dos planos é de 2,6% nas classes que ganham menos de um salário-mínimo. Esse índice cresce progressivamente à medida que aumenta o poder aquisitivo da população, até chegar a 76% de assistência entre os que ganham 20 ou mais salários.

Já em relação ao levantamento realizado pela Datafolha (2019), quando o assunto foi acesso ao SUS, 97% dos entrevistados disseram ter buscado algum tipo de atendimento no

sistema, o que representa uma marca altíssima. No ranking de serviços mais procurados, o primeiro lugar foi acesso a vacinas (80%), seguido por atendimento em postos de saúde (78%) e consultas com médicos em postos de saúde (72%).

A pesquisa revelou também que o cidadão está contente com a qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde, visto que 39% avaliaram como bom/excelente e 38% como regular, sendo apenas 22% aqueles que consideram o serviço péssimo/ruim.

O serviço com melhor avaliação foi o de vacinas, tido como bom/excelente por 66% daqueles que fizeram uso. Outras funções que tiveram taxa alta de bom/excelente foram realização de cirurgias (53%), exames de laboratório (52%) e atendimento domiciliar com médico da rede pública (51%).

Por outro vértice, quanto aos pontos negativos levantados, o tempo de espera para atendimento foi relatado por 24% dos pacientes. Outra questão alvo de reclamações foi a falta de recursos financeiros para o sistema de saúde, alcançando 15% das pessoas consultadas.

Em entrevista à Revista Consensus, o presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Wilames Freire Bezerra, afirmou que “nos últimos 30 anos, o financiamento da saúde vem sendo debatido em várias instâncias, e há um consenso quanto à insuficiência de recursos para viabilizar um sistema universal, garantido constitucionalmente, em um território continental e com mais de 200 milhões de habitantes”.

Vale lembrar que, de acordo com o que está previsto em lei, os estados devem aplicar à saúde no mínimo 12% dos impostos arrecadados. No caso dos municípios, a lei aponta que os investimentos precisam ser de, no mínimo, 15%.

Além da falta de financiamento, o estudo mostrou que 12% dos entrevistados identificaram a má gestão do SUS como principal motivo pelo atendimento deficiente do sistema. Pela ótica da população, a péssima administração associada ao subfinanciamento formam um grande entrave para a entrega de um trabalho de qualidade.

Contudo, o grande problema relatado pelos entrevistados talvez seja o alto tempo de espera para procedimentos mais específicos e complexos. Dos cinco itens relacionados a atendimento que tiveram avaliação negativa de mais de 50%, três estão relacionados a prazos: tempo de espera para fazer cirurgias (61%), tempo de espera para realizar exames de imagem (56%), tempo de espera para conseguir consulta (55%).

Outra deficiência relatada foi a dificuldade em ser atendido por médicos especialistas, avaliada por 52% como péssima/ruim. A mesma porcentagem indicou como é difícil conseguir um leito de unidade de terapia intensiva (UTI) quando há necessidade.

Considerações finais

É direito constitucional de todos os brasileiros e residentes neste país a saúde, o que inclui aqueles que transitoriamente venham necessitar, independentemente de contribuição, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196 da Constituição Federal).

Segundo a Constituição Federal/1988, são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (art. 197).

Hodiernamente, a saúde no Brasil é livre à iniciativa privada, podendo as instituições privadas participarem de forma complementar ao sistema único de saúde, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (art. 199, §1º da Constituição Federal).

A saúde pública está estruturada dentro do Sistema Único de Saúde, mais conhecido como SUS, já a saúde complementar é a saúde privada, que compreende os planos de saúde. Atualmente, 75% dos brasileiros dependem exclusivamente do SUS, enquanto o restante da população utiliza a saúde privada.

O Sistema Único de Saúde – SUS, foi criado pela Constituição Federal de 1988 e é regulamentado pela Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), que o define como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

Não é tarefa simples, menos ainda tarefa fácil. No entanto, é imprescindível persistir e ir além. De forma concomitante, são necessário incremento financeiro no setor saúde e na pesquisa vinculada a este e, também, a garantia de existência de mecanismos objetivos para que os cidadãos possam ter satisfeitas suas necessidades e expectativas com respeito sistema único de saúde.

No tocante a pesquisa na área da saúde, o diferencial pode estar no poder transformador da qualificação da demanda, de modo a aproximá-la das necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde, fazendo com que os parcos reais consigam fazer o sistema universal brasileiro desenvolver-se nas mais promissoras direções (SciELO – Saúde Pública, 2020).

A população, ao que demonstra a pesquisa, sabe muito bem o que é necessário para fazer com que a saúde brasileira consiga trilhar melhores caminhos e apresentar um serviço eficiente e efetivo. Afirmaram que a grande prioridade, tanto para políticos quanto para administradores, deveria ser combater a corrupção na área da saúde.

Outra ação fundamental para a melhoria do serviço seria a necessidade de reduzir o tempo de espera para a realização de consultas, exames e cirurgias.

Referências

BRASIL. Constituição Federal

SILVA, José Afonso da. **Comentário Contextual à Constituição**. 4.ed. Malheiros Editores. 2007.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado**. 10. ed. São Paulo: Editora Método. 2006.

BRASIL: Pesquisa Revela que Avaliação da Saúde é Considerada Positiva. Terra Saúde, 29 de mai. de 2021. Disponível em:
<[https://www.boasaude.com.br/noticias/385/brasil-pesquisa-revela-que-avaliacao-da-saude-e-considerada-positiva.html#:~:text=Not%C3%ADcias%20de%20sa%C3%BAde%20Pesquisa%20Revela%20que%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20%C3%A9%20Considerada%20Positiva,Domic%C3%ADlio%20\(PNAD\)%20de%201998](https://www.boasaude.com.br/noticias/385/brasil-pesquisa-revela-que-avaliacao-da-saude-e-considerada-positiva.html#:~:text=Not%C3%ADcias%20de%20sa%C3%BAde%20Pesquisa%20Revela%20que%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20%C3%A9%20Considerada%20Positiva,Domic%C3%ADlio%20(PNAD)%20de%201998)> Acesso em: 26.5.2021

SAÚDE Pública. CDD Crônicos do dia dia. Disponível em: http://cdd.org.br/saude-publica/?gclid=EAIaIQobChMIjKupqvLx8AIVjoeRCh11LAP-EAAYASAAEgLLv_D_BwE#1

A PESQUISA em saúde no Brasil: desafios a pensar. SciELO Saúde Pública. 19 de jun. de 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/126-136/>

SAÚDE Brasil: Como o brasileiro vê a saúde pública no País. Estadão Summit Saúde. Brasil 2021. 18 de mai. de 2021. Disponível em:
<https://summitsaude.estadao.com.br/desafios-no-brasil/saude-brasil-como-o-brasileiro-ve-a-saude-publica-no-pais/>

SAÚDE pública: um panorama do Brasil. Politize!. 26 de abril de 2018. Disponível em: <https://www.politize.com.br/panorama-da-saude/>

CAPÍTULO 12
RELAÇÃO DAS POLÍTICAS AFIRMATIVAS PARA OS HOMOAFETIVOS NO
CONTEXTO DAS UNIDADES DE SAÚDE EM AREZ – RN:
DESMISTIFICANDO CORPOS, SEXUALIDADE E SAÚDE MENTAL
RELATIONSHIP OF AFFIRMATIVE POLICIES FOR HOMOAFECTIVES IN THE CONTEXT OF
HEALTH UNITS IN AREZ - RN: DEMYSTIFYING BODIES, SEXUALITY AND MENTAL HEALTH

Jufran Alves Tomaz¹

RESUMO

Este trabalho tem a pretensão de analisar a relação da política brasileira como produto facilitador de uma nova reforma no atendimento dos homoafetivos nas unidades básicas de saúde (UBS), identificando-os como parte da sociedade que ainda lutam para conquistar, preservar e ampliar direitos iguais para todos. O objetivo aqui é uma análise, sem pretensões de trazer um “tom novo”, mas inserida nos atuais debates acadêmicos sobre a questão sexual e a saúde. Proponho uma reflexão sobre o atendimento desses sujeitos nas “UBS” e a Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que estabelece no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Adotamos uma metodologia de pesquisa de natureza histórica e bibliográfica baseados em três documentos institucionais: Coleção Caravana de Educação em Direitos Humanos, Mulheres Lésbicas e Bissexuais: direitos, saúde e participação social e Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - Ministério da Saúde, nos anos de 2013 e 2015. A observação consiste na participação real do observador (observação participante artificial), na vida da comunidade arezense, integrando-se ao grupo de homossexuais para realizar seu estudo. Por fim, abordam-se os desafios que estão postos à saúde e aos homoafetivos vítimas do desrespeito e mau tratamento, em especial nos prejuízos que essas ações (distintas visões de mundo e os conflitos decorrentes), ao serem realizadas de maneira errada, provocam à saúde mental entre seus membros.

Palavras-Chave: Homoafetivos. Política. Saúde. Saúde Mental.

¹ Graduado em Pedagogia pela UERN, História pela UNINTER. Com Pós-Graduação em: Psicopedagogia Institucional e Clínica pela IESN/FIP e em Saúde Coletiva e Saúde Mental pela EPP/ISED. Atua desde 2009 como professor da rede pública municipal de ensino no município de Arez - RN.
E-mail: jufranalves@gmail.com.

ABSTRACT

This work intends to analyze the relationship of Brazilian politics as a product that facilitates a new reform in the care of homo-affective patients in basic health units (UBS), identifying them as part of the society that still struggle to conquer, preserve and expand equal rights. for all. The objective here is an analysis, without pretending to bring a “new tone”, but inserted in the current academic debates on the sexual issue and health. I propose a reflection on the care of these subjects in the “UBS” and Ordinance No. 2,836, of December 1, 2011, which establishes, within the scope of the Unified Health System (SUS), the National Policy for Integral Health for Lesbians, Gays, Bisexuals , Transvestites and Transsexuals (National LGBT Comprehensive Health Policy). We adopted a historical and bibliographic research methodology based on three institutional documents: Caravan Collection of Human Rights Education, Lesbian and Bisexual Women: rights, health and social participation and the National Comprehensive Health Policy for Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals - Ministry of Health, in the years 2013 and 2015. Observation consists of the real participation of the observer (artificial participant observation), in the life of the Arezense community, joining the group of homosexuals to carry out their study. Finally, we address the challenges facing health and homo-affective victims of disrespect and poor treatment, especially in the damage that these actions (different worldviews and the resulting conflicts), when carried out in the wrong way, cause to the mental health among its members.

Keywords: Homo-affective. Politics. Health. Mental Health.

INTRODUÇÃO

Este artigo tem a pretensão de analisar a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e transexuais em nosso país, como produto de lutas efetivadas nos municípios brasileiros, em especial em Arez – RN, por parte dos “homoafetivos”, atores que tem obtido conquistas nos últimos nove anos da Portaria nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011 como resposta à persistência por um SUS (Sistema Único de Saúde) que atenda às necessidades em saúde de todos/as às pessoas sem distinção ou preconceito.

Inicialmente, faz-se um histórico sobre os principais conceitos fundamentais do SUS como modelo de organismo vivo, indicando-o como uma nova etapa do modelo de

gestão em saúde. Em seguida, contextualiza-se as formas de atendimento e acolhimento da população homoafetiva nas UBS (Unidades Básicas de Saúde) no município de Arez – RN, associando a urgente necessidade de ações “*in loco*” da oferta de uma saúde integral/biopsicossocial dos gays, acrescentando um planejamento que abarque desde a formação em serviço dos profissionais da saúde que recebem essa demanda humana até a oferta de cuidados ou recomendações sobre estruturação do serviço de psicologia (saúde mental) em UBS/hospitais dos municípios brasileiros que possuem como público pessoas assumidamente homossexuais. Por fim, abordam-se os desafios que estão postos à saúde e aos profissionais envolvidos nas UBS arezenses, desse início de século, considerando-se as exigências em relação ao fluxo dos atendimentos do serviço, objetivo das intervenções, locais de atendimento e acompanhamento dos clientes/usuários homoafetivos ao SUS.

Estudiosos como FOUCAULT (1961), GAIARSA (1986), HACK (2012), dentre outros, têm alertado para a relevância de bases teóricas na prática em saúde. Nessa perspectiva, o leitor/pesquisador/especialista em saúde coletiva e em saúde mental necessita conhecer e adotar suportes teóricos na sua prática. Dentre esses suportes, o conhecimento sobre a manutenção de comunicação clara e efetiva entre a população LGBT e os profissionais e gestores diretos de saúde.

RELAÇÃO DAS POLÍTICAS AFIRMATIVAS PARA OS HOMOAFETIVOS NO CONTEXTO DAS UNIDADES DE SAÚDE EM AREZ – RN: desmistificando corpos, sexualidade e saúde mental.

O título deste trabalho, constitui um elemento muito importante, embora nem sempre seja tratado como tal. Não são muitos os pesquisadores interessados pela temática homossexual em contexto de saúde pública.

Porém, já nos primeiros contatos com a temática em desenvolvimento, nos questionamos sobre “de que forma a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e transexuais colabora no processo de aproximação entre essa população estigmatizada socialmente aos serviços de saúde? Estariam os funcionários/profissionais das UBS preparados para atendê-los de maneira integral com base nas ações em saúde direcionadas a este indivíduo, e que partem, em geral, de uma queixa, do doente?

Reflitam, o sistema de saúde atua de forma integrada para atender aos homossexuais em suas demandas? Tratam os problemas de doença apresentados por

eles/as a curto prazo, mas olhando também a médio e longo prazo, direcionando-os, quando necessário, em níveis de maior complexidade, realizando a prevenção, estendendo os cuidados para a família em uma abordagem familiar? Realizam as referências, encaminham para outros setores, como centros de referência em assistência social, psicologia ou educação (às vezes, há pessoas mesmo adultas que necessitam de escolas pela vulnerabilidade social da família) e outros?

A queixa ou questão que o usuário do SUS traz (e que os profissionais devem escutar cuidadosamente) pode estar escondendo ou estar “na frente” de inúmeros outros problemas.

Enfim, poderíamos escrever muito mais sobre a integralidade no SUS, porque cada pessoa é única, como é única e criativa a sua estratégia de abordagem nas UBS, mas tentamos sintetizar/justificar as ideias centrais que nos despertaram interesse em abordá-las nas páginas seguinte deste trabalho.

Descrição e Análise das Políticas Afirmativas para Homoafetivos

As transformações que vêm ocorrendo no Brasil nas últimas três décadas no campo político e da saúde apontam para sistematização de um novo modelo de organização no atendimento, prática e diálogo dos diversos atores que compõem a sociedade humana.

Somente em meados de 2013, enquanto o Governo Dilma lançava o programa Mais Médicos, criado para suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do Brasil, surge na produção de material explicativo, cartilhas com fins a instituir/formalizar uma proposta de convivência profissional entre os setores de saúde e populações vulneráveis (negros, homossexuais, mulheres, etc.).

Entretanto, ao analisarmos com mais atenção os serviços de saúde e as políticas afirmativas para homoafetivos (termo criado para diminuir a conotação pejorativa que se dava aos relacionamentos homossexuais e uma expressão jurídica para tratar do direito relacionado a união de casais do mesmo sexo), vemos tanto na Declaração Universal dos Direitos Humanos em seu artigo primeiro, quanto na Constituição de 1988 em seu artigo 5º, direitos previstos abrangentes quanto a aplicabilidade da “igualdade” aos brasileiros, estrangeiros que estejam no país - humanos.

De acordo com Hack (2012, p. 81), um dos valores mais destacados pela Constituição e que norteia todos os direitos e garantias expressos no artigo 5º é o da igualdade.

Percebe-se, assim, que nenhuma pessoa pode sofrer qualquer tipo de violência ou discriminação em razão de nacionalidade, gênero, raça/etnia, condição física, religião, opinião, ou qualquer outra característica.

Não obstante essa reflexão sobre políticas afirmativas para homoafetivos e o direito a um atendimento igualitário a saúde, não são temas tão recentes assim. A visibilidade das questões de saúde da população LGBT deu-se a partir da década de 1980, quando o Ministério da Saúde adotou estratégias para o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids em parceria com os movimentos sociais vinculados à defesa dos direitos de grupos gays (BRASIL, 2013, p. 06). As pesquisas sobre a homoafetividade/sexualidade no mundo surge como estratégias para lidar com essa doença. Já no Brasil, partiu de uma perspectiva oposta, embasada na argumentação do filósofo francês Michel Foucault (1979), que propõe uma crítica à hipótese da repressão do sexo, mostrando que a nossa sociedade é marcada por uma vontade de saber sobre sexo, que estimula a multiplicação dos discursos sobre o corpo e os seus prazeres.

Em outras palavras, cada vez mais, a sociedade exige do indivíduo que ele fale sobre sua sexualidade para o psicólogo, para o padre, para o médico, diante do juiz e para um grupo crescente de especialistas no assunto, a fim de atestar a sua normalidade sexual.

Nesse sentido, os estudos brasileiros assumiram que o dispositivo de sexualidade sempre operou no controle da sexualidade feminina e infantil, porém subordinava igualmente todas as práticas sexuais que se desviassem do modelo heterossexual reprodutivo.

É nesse cenário epidemiológico de Aids, que estudiosos do mundo inteiro começam a desenvolver trabalhos sobre diversidade sexual, especificamente sobre a homoafetividade.

Os princípios filosóficos, como aqueles emanados da Declaração Universal dos Direitos Humanos em seu artigo primeiro, quanto na Constituição de 1988 em seu artigo 5º, contribuem por si só, para direcionar as grandes linhas de ação nas políticas públicas de saúde dos governos/executivo brasileiros. No entanto, os fundamentos legais (Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011) que, via de regra, apontam o caminho a ser trilhado pelos sistemas de saúde, pelos profissionais em saúde nas UBS no trato de suas práticas aos homoafetivos, são por vezes, esquecidos ou pouco divulgados entre esses

profissionais. Por vezes, os próprios usuários do SUS (público em análise), interessados na temática e mesmo pesquisadores descobrem esse material (leis, decretos, direitos e deveres etc.) de maneira abrupta e ou via de regra, após anos de efetivação no papel, distante da prática.

É comum nas UBS profissionais manifestarem aversão ao estudo das leis. Isso ocorre por se defrontarem com uma linguagem técnica e rebuscada, como também pela crença de que leis quase nunca sejam cumpridas.

Embora essa percepção tenha um fundo de verdade, é fundamental que tanto os homoafetivos ou usuários do SUS, quanto os profissionais da área da saúde, conheçam a legislação pertinente à saúde, tendo em vista que geralmente as decisões sobre seus rumos queiram se efetivar “por decreto”, isto é, ignorando-se a necessária contribuição dos trabalhadores em saúde, os conselhos de saúde e a própria população beneficiada em relação aos possíveis desdobramentos que elas têm.

Como se sabe, não são os dispositivos legais que definem, por si só, as práticas em saúde desenvolvidas nas UBS; ao contrário, a concretude de aspectos da vida material que envolve as relações humanas é que inspira a escritura de textos legais, ainda que essa abstração apenas reflita o germe de mudanças em curso nas práticas sociais. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que complementou a Lei Orgânica de Saúde trouxe a participação da comunidade na gestão do SUS (BRASIL, 2013, p. 23). Em termos jurídicos/políticos, inegáveis são as conquistas das pessoas homoafetivas decorrentes do processo de luta desde os aspectos interpessoais, relacionados à promoção de acesso desse grupo, envolvendo a eliminação de estereótipos, comunicativas e socioculturais nas atitudes que empreendem em relação às suas diferenças no contexto do atendimento no SUS.

Acontece que a natureza atribuída à saúde pela comunidade gay no Brasil a vincula muito mais a uma abordagem como parte dos direitos humanos a um grupo específico de pessoas que possam dela se beneficiar. No entanto, na prática, há inúmeros debates que põem em xeque a vagueza que a transição dos LGBT de terem seus direitos reconhecidos em virtude de sua orientação sexual ou de sua identidade de gênero. Este é um princípio constitucional e a principal diretriz da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assim, é preciso reiterar: direitos da população homoafetiva são direitos humanos!

Concepção de Corpos

A luta contra a discriminação está longe do fim. No livro de João W. Nery (2011), “Viagem solitária: memórias de um transexual 30 anos depois”; revelando a vida de um transexual – “o João que nasceu homem e virou mulher”, encontramos um retrato fiel sobre a verdade dos corpos e suas vicissitudes – coisa modificada enquanto “qualidade alterada” na constituição de uma determinada percepção organizada das questões referentes ao homem no mundo da saúde, sempre oscilando entre os dois polos: o do corpo e o do espírito, o do corpo e o da mente, denotando uma visão fragmentada e dicotomizada do homem.

A concepção antiga do corpo como objeto, algo nocivo, veículo e instrumento da alma do qual esta precisa libertar-se, coteja com a concepção da doença/castigo, produto da “ira” ou “alerta” dos deuses, por causa de determinado comportamento humano e ou social. Registra-se, ainda, outro olhar, uma tendência a ver um corpo “interior” e um corpo “exterior”, compartimentalizando em dois invólucros, um externo e outro interno; é o externo o protetor das partes nobres e vitais. O invólucro interno contém em si certa magia, certo mistério, é alvo das dissecações, das punções e das interpretações dos médicos e de demais componentes da equipe de saúde. O corpo externo é o que é visto, é o evidente, o concreto.

O modo dominante de viver e construir a identidade de gênero é fortemente reforçado pelas instituições modernas e, nesse sentido, podemos observar os estereótipos de gênero no discurso e na prática política, religiosa, nas instituições sociais de lazer e entretenimento, na lógica de mercado e produção, na indústria de brinquedos, na produção midiática entre outros. Ademais, nos interessa aqui a reflexão sobre a reprodução estereotipada de gênero que as UBS contribuem para disseminar. Nesse sentido, é importante que as unidades de saúde experimentem visitar seus valores, rever seus jargões, repensar de modo crítico os discursos e realinhar a prática em saúde relativa à esta temática - à população homoafetiva e as ações cotidianas nas UBS, desde a convivência no atendimento no local de domicílio desse usuário até um hospital (e nos outros níveis). Falar de gênero sexual implica, incontestavelmente, transitar pelas discussões sobre corporeidade. E ao debruçarmos sobre esta, entramos em um terreno movediço. Não que o corpo seja algo por demais complicado, ao menos não o gênero e corporeidade deveriam ser. No entanto, como afirma Gaiarsa (1986), a sociedade fala muito sobre o corpo, mas, na prática, não apenas o maltrata como luta por escondê-lo.

A civilização ocidental contribuiu bastante para formarmos muitas ideias descabidas sobre o que é e como é o nosso corpo. Como exemplo disto, crescemos com inúmeros preconceitos em relação ao sexo e à sexualidade, ao como devemos andar, sentar, nos expressar diante das outras pessoas ou reagir frente às situações cotidianas. Distancia-se, com isto, da pressuposição de que os efeitos psicológicos no atendimento de homoafetivos, conforme dissemos, têm sua origem em uma falta de moral (perseguição religiosa), já que os atos do sujeito não são diretamente responsáveis por determinada configuração estrutural da sua percepção. É o que se tem no exemplo de que citamos anteriormente na história de vida de Nery (2011) de que o “homem não é culpável por ter um corpo feminino e vice-versa” mais exposto às oscilações dos humores, na manifestação sexual, na manifestação de sua própria história de vida.

Com isso, a experiência moral ou amoral frente à corporeidade são essenciais para a dignidade e humanidade de cada pessoa e não devem ser motivo de discriminação ou abuso, entretanto, violações de direitos humanos que atingem pessoas por causa de sua identidade sexual ou de gênero, real ou percebida, ainda é uma realidade que atinge muitas pessoas. As violações incluem desde execuções extrajudiciais, tortura, maus-tratos, agressões sexuais e estupro à invasão de privacidade, detenção arbitrária, negação de oportunidades de emprego, educação e acesso à saúde. Essas violações são, com frequência, agravadas por outras formas de violência, ódio, discriminação e exclusão, como aquelas baseadas na raça, idade, religião, deficiência ou status econômico. Nas palavras de Foucault (1997, p. 295), “o que era cegueira vai tornar-se inconsciência, o erro se tornará falta”, em virtude do efeito determinante de uma sensibilidade mais débil ou mais frágil.

O combate ao estigma tem um lado político e envolve melhorar a qualidade de vida dos homoafetivos, sempre respeitando a diversidade e lembrando que ela envolve questões estruturais, como a classe social, a origem regional, o meio familiar, a idade, o estilo de vida, etc. Além disso, viver sob o preconceito não é tarefa fácil e produz efeitos nocivos à saúde psíquica de qualquer pessoa discriminada.

A manifestação do corpo e sua sexualidade representa aqui um grande perigo para a ordem institucional, devendo, por isso, ser proibida. Há um silenciamento sobre o assunto, reduzindo a sexualidade a um sintoma de enfermidade mental e descaracterizando sua singularidade, a ordem para muitos profissionais da saúde é a de se manterem intocáveis ao mesmo tempo em que legitimam a utilização dos meios tecnológicos ou conceituais da Psiquiatria para contê-la. Lembramos que foi só em 17 de

maio de 1990, há 30 anos, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) retirou a homossexualidade da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID). Um passo importante, sem dúvida, mas que ainda não representou a cidadania plena para essa população.

No entanto, a população homoafetiva de um bairro/cidade está vinculada a uma equipe de saúde que conhece a todos e chama muitos dos usuários pelo nome próprio sem necessitar dos prontuários, porque já os tem de cor. Esta equipe pode atender de maneira integral e multiprofissional, encaminhando para atenção de maior complexidade apenas os casos necessários, mas mantendo o vínculo de gerenciamento do cuidado por parte da equipe.

Portanto, conhecendo o usuário mais de perto, sua família e modos de viver, formando vínculos, a integralidade no cuidado virá de forma mais natural, pois muitos dos aspectos deste conhecimento só são possíveis com a convivência. A convivência com vínculos vai criando relações de confiança e revelando parte das dores que causam os sintomas da pessoa doente. Muitas vezes estas não estão no organismo físico, mas nas situações difíceis que a pessoa está vivenciando.

Assim, aos estigmatizados e aos não estigmatizados cabe um enquadramento ao modelo social construído, o que efetivamente resulta em condições limites. O SUS não é uma utopia socialista, embora tenha muitos críticos. Também não é um sistema de saúde primário para atender aos mais pobres. O SUS propõe um processo civilizatório, com profundas mudanças na sociedade. Muitas já foram conquistadas. Muitas outras são promessas por cumprir. Cabe aos que iniciam sua caminhada agora, no âmbito da academia e depois na atuação em saúde, familiarizar-se com nossas leis e sistema de saúde e sua história. E continuar em seu papel de ator social crítico: aquele que conhece a sua história, a história de seu país e de sua gente, e se sente participante dela, responsável pela continuidade das conquistas daqueles que o antecederam.

Buscando sempre a universalidade, um dos princípios fundamentais do SUS, como acesso igualitário aos serviços de saúde, independente das condições laborais deste usuário. Não existem para o acesso ao SUS nem exclusões, nem condições preexistentes, nem carências e nem nacionalidades. Todos os indivíduos que vivem neste país, brasileiros ou não e independente de sua condição legal ou política, têm legalmente acesso ao SUS.

É possível observarmos que os preconceitos de gênero, assim como a pouca compreensão e respeito sobre o corpo, estão fortemente presentes no contexto da

sociedade brasileira, não apenas entre os cidadãos de um modo geral, mas também no seio das UBS, entre o SUS, médicos e à grande maioria dos profissionais em saúde.

Caracterização de Sexualidade no Município de Arez – RN

O município de Arez – RN, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), traz em seu último censo – 2010 a informação de que sua população é de 12.924 pessoas. A principal característica da pesquisa realizada pelo IBGE é uma multidimensionalidade uma vez que combina uma variedade de atributos sociodemográficos e políticas associadas usando múltiplas bases de dados referentes a momentos distintos, isto num país de dimensões continentais com níveis de desigualdade e heterogeneidade do Brasil. Esta complexidade por mais resumida que seja, não nos permite dados estatísticos, em particular através do processamento de uma formidável coleção de microdados, correspondendo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) e às representações sobre a quantidade de pessoas entrevistadas pelos recenseadores que se definem ao serem entrevistadas, por meio de questionários sobre sua sexualidade. Essas entrevistas ainda separam o contingente populacional pelo sexo masculino ou feminino.

Contudo, o censo demográfico de 2010 foi o primeiro da história a perguntar sobre a opção sexual das pessoas no Brasil. Mesmo assim, muitas pessoas sentiram-se com medo ou timidez, desconfortáveis em declarar sua sexualidade.

Em Arez, os dados sobre o contingente da população gay não é diferente da maioria das cidades brasileiras, não é algo de relevância para os sistemas/órgãos públicos; no entanto, nossa reflexão aqui, não é elaborar um mapa de conhecimento sobre o universo das pessoas auto declaradas homoafetivas, mas contribuir para identificarmos um perfil neste cenário municipal, através de informações sobre a vulnerabilidade quanto ao atendimento de seus direitos humanos, incluindo o acesso aos serviços públicos de saúde a fim de contribuir para ações junto a Secretaria Municipal de Saúde do município supracitado.

Caracterizar a sexualidade constitui-se como elemento fundamental para a referência nos estudos de gênero de um determinado grupo de pessoas, haja vista que não se limita apenas à reprodução humana ou ao ato sexual, envolvendo também sentimentos, desejos e relacionamentos interpessoais. Pensar sobre a sexualidade homoafetiva requer uma visão crítica acerca dos diversos sentidos que as descobertas e mudanças ocorrem

sobre os gêneros, devendo-se considerar aspectos que competem ao tempo e ao lugar onde ocorrem esses acontecimentos, além disso, muitas vezes as práticas sociais e o estilo de vida são determinados por aspectos sociais, religiosos e culturais diferentes entre os diversos grupos sociais.

Desse ponto em diante, podemos pensar na nossa sociedade e com foco no município de Arez – RN, em pleno ano de 2020, que ainda pode ser considerada machista, em que a mulher é vista como sexo frágil, inferior e passível de dominação, traz também no seu interior práticas violentas no tocante às relações familiares, E ainda há o fato de que existem pessoas que são contra as políticas de igualdade entre os sexos, as quais acham que lugar de mulher é na cozinha, calada e submissa. Nesse contexto, chamamos a atenção do leitor para o crime de homofobia, que se caracteriza pelo ódio contra os homossexuais. Há muitos casos de violência física, assassinatos e maus-tratos de toda natureza contra essas pessoas, bem como, o aumento das barreiras impostas ao acesso e à qualidade nos serviços de saúde. Como afirma Ferraz; Kraiczky, (2010, p. 72):

“As dimensões de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), bem como da qualidade de seus serviços, estão ameaçadas pela existência das desigualdades sociais, a exemplo da desigualdade de gênero, que se estende para além das diferenças entre as identidades opostas, considerando também as categorias de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT)”.

Por vezes, a comunidade LGBT arezense centraliza em si mesma a culpa do que é vivido pelos próprios sujeitos, que são vítimas de uma estrutura social heteronormativa, machista e homofóbica, refletindo em seus discursos esse processo de tipificação das condutas homoafetivas como sujeitos de comportamento vil, fruto da degenerência moral, típica de um criminoso nato. Diante desse cenário, temos muito o que fazer. Nada justifica essa violação dos direitos humanos em pelo século XXI.

Vinculação do Acesso ao Atendimento em Saúde e o Perfil dos Homoafetivos no Município de Arez – RN

O direito a saúde é provisionado na constituição de 1988, onde é descrita entre os direitos fundamentais, devendo ser garantida pelo Estado de forma universal, gratuita e equânime. A Lei Orgânica do SUS, teve a sua promulgação no ano de 1990, em duas etapas, com as leis nº 8.080 e nº 8.190. Depois disto, algumas emendas constitucionais se fizeram necessárias, pois como todos os processos, o sistema de saúde e a sociedade são dinâmicos e, portanto, passíveis de discussão, acertos e mudanças. A Constituição

constitui como o direito à saúde de todo cidadão e subsequentemente o dever do Estado em fornecer condições para a sua obtenção.

Sendo assim, é preciso que entendamos um pouco mais sobre o acesso e à qualidade nos serviços de saúde, instituída, no âmbito do SUS, como Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) através da Portaria GM/MS nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, ficando a cargo das secretarias estaduais a definição das estratégias e do plano de ação para sua implementação e das secretarias municipais sua efetivação, a partir da identificação das necessidades de saúde da população LGBT em cada município (Brasil, 2011).

Verificamos por meio de entrevistas (ver modelo de questionário estruturado para entrevistas em Apêndices - B), onde 10 participantes com idade entre 18 e 35 anos, em que 06 homossexuais masculinos e 04 homossexuais femininos contribuíram com dados para a obtenção das variáveis pesquisadas. Entre elas, a falta de conhecimento sobre uma portaria que trata das políticas Públicas em Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais foi algo relatado por 100% dos entrevistados.

Outro fator curioso foi de que a unidade de saúde do bairro como porta de entrada do sistema não reconhece a orientação sexual e ou identidade de gênero nos atendimentos em saúde. Lembrando que o local de domicílio de um usuário será também a base territorial de seu tratamento. É em sua casa que ele recebe a ACS (agente comunitário de saúde) e as visitas da equipe, caso necessite. São os profissionais da USF (unidade saúde da família), que encaminharão, se necessário, os tratamentos de maior complexidade que não poderiam ser feitos na sua unidade de saúde. Para isto é importante que entendamos o conceito de território.

Baseada em modelos bem-sucedidos de atenção primária à saúde, implantados em Cuba e em outros países de orientação socialista, como a França e o Canadá, construiu-se no Brasil a estratégia de dirigir os atendimentos aos diferentes territórios em que se localiza a população a ser atendida. A territorialização é um dos princípios da ESF. Cada unidade de saúde como porta de entrada do sistema, atende a uma população adscrita a seus limites territoriais. Cerca de quatro mil pessoas, no máximo, por equipe de saúde. Embora seja um importante critério organizativo, a territorialização não é excludente. Existem usuários que não têm domicílio fixo, tais como trabalhadores itinerantes, profissionais do sexo, andarilhos e pessoas em situação de rua. Estes deverão ser atendidos em todas as unidades por onde circulam, por não ter domicílio fixo e pelo alto grau de risco social e sanitário que podem vir a apresentar.

Os dados coletados também demonstram que 90% dos entrevistados assinalaram que a condução do atendimento nas UBS no município de Arez – RN, é baseado somente em práticas relacionadas a vida heterossexual, sem ampliar seu conhecimento sobre o contexto de vida homoafetiva/LGBT. Os 10% disseram não se importar com esse tipo de abordagem em saúde. Sobre se sofreram algum tipo de discriminação direta ou velada nas UBS arezenses, 100% foram objetivos ao declararem que não de forma direta e apenas 30% revelaram terem sido alvo de comentários velados, com carga preconceituosa por parte de alguns funcionários (a esses não iremos denominá-los de profissionais) em serviço na saúde. Entre as insinuações estão àquelas relacionadas a ida do homossexual a UBS por motivo relacionado quase sempre a suspeitas de ter contraído alguma infecção sexualmente transmissível (IST), com destaque para HIV/AIDS.

Quanto ao uso do nome social no momento da triagem/recepção nas UBS, 100% dos usuários homoafetivos responderam categoricamente nunca terem sido informados que poderiam ter acesso a esse recurso no cartão SUS e 20% dos entrevistados que detém nome social, na verdade tiveram esse nome ignorado as vezes que necessitaram de atendimento médico/hospitalar. Para Sara (nome fictício foram usados para garantir a privacidade dos entrevistados), travesti - pessoa que tem sua identidade de gênero oposta ao seu sexo biológico, assumindo, portanto, papéis de gênero diferentes da norma social -, ela afirmou: “sinto-me desconfortável e até evito ir a UBS. Na hora que me chamam para a consulta médica, sempre aos gritos, ouço na recepção o meu nome de batismo. Fico nervosa. Já imaginou como é difícil para uma mulher de quase 1,80m de altura, usando saias, ter que levantar em meio a um monte de pessoas depois de ouvirem chamar um homem?”.

Podemos demonstrar a área de abrangência das unidades de saúde do município de Arez, cenário de nossa pesquisa, da seguinte forma: o atendimento de urgência e emergência, composta pela unidade mista de saúde Doutor Juca, localizada na zona urbana. O atendimento de especialidade, centro de saúde Manoel da Costa Souza, zona urbana e pelo atendimento de atenção primária dividida em cinco unidades/postos de saúde PSF (programa saúde da família), sendo dois localizados na zona urbana, unidades PSF I e IV, outras três distribuídas na zona rural do município, unidades do posto de saúde de Patané - PSF II, Posto de saúde de Urucará - PSF III e posto de Areias - PSF V.

Assim, perfilhamos da posição de Oliveira (2016) ao descrever a resistência dos “subalternos sexuais”, que fazem de tudo para driblar as normas sociais heteronormativas, sem excessão do SUS e sua ausência de em muitos municípios brasileiros de um

atendimento no qual compreenda as necessidades e expectativas desse cliente/usuário de saúde. Ele ainda corrobora ao afirmar:

“A bicha é um conjunto de máscaras moldadas com purpurinas, paetês, sangue e suor de corpos que pela resistência se fortalecem nos espaços e tempos; é uma vestimenta rasgada em si, é uma posição micropolítica. Existem pessoas que, mesmo vivendo suas sexualidades discretamente, em um dado contexto, assumem as máscaras de bicha e soltam o corpo, afrouxam os parafusos que tornam endurecidas as articulações, fazem barulho e fechação (pois, como diria a visão formada socialmente da bicha estereotipada, “bicha que é bicha tem que fechar”); depois, ao saírem de tal realidade, voltam à sua discrição. Nesse “giro”, algo aconteceu como um devir-silencioso que não se percebe, mas que acrescentou algo de novo àquela pessoa. Existem as bichas que saem pelas ruas no cotidiano, envenenando pelos caminhos, perturbando as moralidades e agenciando vidas, impondo-se como outra forma de ser pessoa (pois, as bichas são agitadoras socialmente), suas práticas referem-se a um ativismo de um corpo que, sendo mutante diante daquilo que é colocado como normal, busca edificar novos cenários.” (OLIVEIRA, 2016, P. 72).

Neste sentido, os clientes/usuários arezenses, homoafetivos ou não, do país inteiro, esperam no atendimento em saúde tanto na rede privada como pública de hospitais/UBS: confiança, responsabilidade, segurança, empatia e as tangíveis (lugar com instalações físicas em excelente estado de conservação), imprescindível, uma vez que os pacientes e/ou clientes de saúde buscam esse tipo de atendimento como complemento no tratamento de saúde no momento em que estes buscam a ajuda médico-hospitalar.

SAÚDE MENTAL E POSIÇÕES IGUALITÁRIAS NAS UNIDADES DE SAÚDE

As políticas afirmativas em Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais vieram contribuir para um melhor acesso do usuário ao sistema. Destacamos a igualdade como uma mudança fundamental para a credibilidade do SUS. Ninguém pode ter privilégios por apadrinhamento político, nível social, raça, gênero. Ninguém pode solicitar atendimento prioritário através do tráfico de influência (a velha história do padrinho político). Tal atitude é considerada crime, passível de punição para todos os envolvidos.

Porém, muitos trabalhadores de saúde contam que foram assediados por pessoas importantes para arranjar um “encaixe” na agenda de uma consulta, procedimento ou exame. Os que trabalharam e trabalham na gestão de serviços de saúde pública ainda recebem bastante pressão neste sentido.

É impossível falarmos sobre igualdade no SUS sem comentarmos outro princípio fundamental que compõe este sistema, o da Universalidade (entre os princípios da

integralidade, igualdade, descentralização, participação popular), este princípio é o que sempre se menciona. A universalidade nada mais é do que o acesso para o SUS por parte de todos/as, é a porta aberta à todos/as, sem diferenciação e sem exceção. Quando se constituiu o arcabouço jurídico legal do SUS, somente os contribuintes do INPS – Instituto Nacional de Previdência Social –, trabalhadores de carteira assinada, que contribuíam mensalmente para a previdência, é que detinham o direito à assistência de saúde prestada pelo sistema anterior. E antes disto, algumas categorias que se organizaram, como ferroviários, bancários, entre outros, detinham este direito. Os trabalhadores rurais foram tardiamente incluídos, mas também de forma desigual. Imagine para a população LGBT em análise nesse estudo?! Resumindo: o acesso à saúde era desigual, injusto e diferenciado.

Esta foi a primeira coisa que o sistema se propôs a universalizar: o acesso igualitário aos serviços de saúde, independente das condições laborais deste usuário. Não existem para o acesso ao SUS nem exclusões, nem condições preexistentes, nem carências e nem nacionalidades. Todos os indivíduos que vivem neste país, brasileiros ou não e independente de sua condição legal ou política, têm legalmente acesso ao SUS.

Naturalmente que o SUS encontra problemas para cumprir tudo aquilo que a lei diz. Falta financiamento, existem filas e, como já mencionamos antes, muitos municípios brasileiros sem sequer um único médico. Mas o que está na lei é o horizonte para onde temos que mirar, a direção para onde orientar nossa participação política. Os esforços no sentido de cumprir as metas da “Reforma Sanitária” tornaram e tornam caráter de urgência para o Brasil tornar-se um país mais justo e mais igualitário, com mais qualidade de vida.

Evidentemente, este estudo considera relevante a extensão do serviço em saúde mental a comunidade homoafetiva no município de Arez – RN, em consonância aos demais serviços em saúde coletiva. Ações de fluxo municipal, incluindo Atenção Especializada e Atenção Psicossocial, além de indicar a rede de suporte para cada unidade PSF, podem acarretar ampla influência nos indicadores/taxas/aumento do acesso da população LGBT nos diversos serviços oferecidos pelas UBS.

Afinal, para a comunidade homoafetiva, ir à UBS em busca dos serviços em saúde, é por vezes algo estressante e incômoda. Precisamos operar a educação permanente nas UBS, a partir do processo de trabalho das equipes profissionais em saúde de um modo geral, pois os homossexuais estão sempre em busca de apoio e não seria diferente ao procurarem o SUS. Com apoio social, tenta-se assegurar o controle emocional do

indivíduo a partir de um suprimento externo, principalmente por meio de profissionais capacitados em saúde. Ratificamos que isso é de suma importância para os indivíduos que estão diante de uma situação estressante e não encontram o apoio social adequado para enfrentar tal problema – a ausência de saúde. Um dos apoios sociais mais importantes no enfrentamento desses eventos estressantes é o afetivo. Na ausência desse apoio e presença de problemas de relacionamentos afetivos, aumenta o risco de transtorno mental, como a depressão e, conseqüentemente, o comportamento suicida.

Por último, importa assinalar que a saúde mental deve ser (re)vista como parte do fortalecimento da rede de atenção à população LGBT.

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Foram sujeitos válidos, dez pessoas auto declaradas homossexuais, com idade entre 18 e 35 anos, em que 06 homossexuais masculinos e 04 homossexuais femininos contribuíram com dados para obtenção das variáveis pesquisadas. Utilizamos questionário estruturado para fundamentar a pesquisa das características do acolhimento em saúde pela população homoafetiva no município de Arez.

Adotamos uma metodologia de pesquisa de natureza histórica, que consiste em investigar os fatos, fenômenos, instituições ou acontecimentos do passado, a fim de verificar sua influência na sociedade de hoje. A abordagem varia conforme a concepção teórica de história adotada pelo pesquisador. Nesse estudo, a história e evolução do SUS passam a serem de extrema relevância para a compreensão da efetivação de políticas públicas em saúde para a população LGBT. Têm como foco bibliográfico três documentos institucionais: Coleção Caravana de Educação em Direitos Humanos, Mulheres Lésbicas e Bissexuais: direitos, saúde e participação social e Política Nacional de Saúde Integral de pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - Ministério da Saúde, nos anos de 2013 e 2015.

O local é o município de Arez – RN, onde realizamos a coleta de dados e observação (observação participante artificial), que consiste na participação real do observador na vida da comunidade arezense, integrando-se ao grupo de homossexuais para realizar nosso estudo. O questionário elaborado para a pesquisa, requisitava dez questões e vinte minutos para ser respondido. Após o cômputo dos escores abordados no questionário, os dados foram cruzados a fim de encontrar as relações mais evidentes.

Por fim, abordam-se os desafios que estão postos à saúde e aos homoafetivos vítimas do desrespeito e mau tratamento, em especial nos prejuízos que essas ações (distintas visões de mundo e os conflitos decorrentes), ao serem realizadas de maneira errada, provocam à saúde mental entre seus membros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todas essas contribuições canalizaram para a construção desse trabalho, que tinha de estar pronto até o final de maio. Era preciso aproveitar a chance delegada pela orientadora Ana Karina da Cruz Machado.

Nesse conjunto, destacamos as políticas públicas de saúde dos governos/executivo brasileiros, embasadas pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 que, via de regra, apontam o caminho a ser trilhado pelos sistemas de saúde, pelos profissionais em saúde nas UBS no trato de suas práticas aos homoafetivos. O município de Arez – RN, não poderia ficar de fora desse estudo, haja vista, a portaria supracitada dizer respeito à toda população LGBT que se encontra em território brasileiro.

Ao começar a concluir essa análise acerca da população homoafetiva e as formas como são recebidos nas UBS arezenses, preocupa-nos a desproporção entre o trato dispensado à população em geral e o que é destinado em termos de “acolhimento” às dezenas de homossexuais no contexto do SUS. O contingente de gays ouvidos por nós é ínfimo diante da realidade por trás da qual se mantém um sem números de Joãos e Marias, seres abstratos, que se refugiam sob máscaras normativas de uma heterossexualidade institucionalizada, que por vezes incapacitam a implementação dos fluxos de atendimento à população LGBT nas UBS.

A Constituição (1988), trata da saúde como direito:

Seção II - DA SAÚDE Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197 São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198 As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - Participação da comunidade.

E, para terminar, é preciso esforços para que essa Lei continue crescendo, horizontal e verticalmente, ensinando e ajudando todos/as brasileiros/as que necessitam de um SUS que atenda aos apelos da comunidade de Norte a Sul, Leste à Oeste desse imenso país, quanto ao atendimento e oferta de seus serviços extensos em saúde. E o mais importante, que possamos ainda este ano, festejarmos os nove anos dessa política de Saúde Integral da População LGBT. Nove anos de luta em favor de grupos vulneráveis, arquétipo desprezado em nossa sociedade que se projetam e se multiplicam em realizações – o direito aos serviços de saúde. O município de Arez precisa compreender isso, o Brasil deve reconhecer os homoafetivos como gente!

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil sem homofobia: plano de combate à violência e à discriminação contra GLBT e de promoção da cidadania homossexual**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.

FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. **Gênero e políticas públicas de saúde: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS**. Revista de Psicologia da Unesp, Assis, v. 9, n. 1, p. 70-82, 2010.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade clássica (1961)**. São Paulo: 5. ed. Perspectiva, 1997.

GAIARSA, José Ângelo. **O que é corpo**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

GIACOMINI, Sônia Maria. **Estereótipos e preconceito racial no Brasil**. In: PAIVA, Angela Randolpho. (Org.). Notícias e reflexões sobre discriminação racial. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio/Pallas, 2008, p. 77-96.

HACK, Érico. **Direito constitucional: conceitos, fundamentos e princípios básicos**. Curitiba: InterSaberes, 2012.

NERY, João W. **Viagem solitária: memórias de um transexual 30 anos depois**. São Paulo: Leya, 2011.

OLIVEIRA, João Batista Figueredo de. **Corpos em mutações – Cartografia das sexualidades nômades na praça mits**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, 2016. 110 f.

CAPÍTULO 13

UTILIZAÇÃO DA ESCALA APGAR NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM NEONATAL: um olhar a luz das evidências

Joyciane Soares Araújo Mendes¹
Sabrina Beatriz Mendes Nery¹
George Marcos Dias Bezerra¹
Getulivan Alcantara de Melo¹
Almiro Mendes da Costa Neto¹
Guilherme Antônio Lopes de Oliveira¹

RESUMO

O índice Apgar é um método simples, eficaz e de rápida execução realizado logo após o parto que tem como finalidade, avaliar as condições de nascimento do recém-nascido (RN), e identificar aqueles que necessitam de uma maior assistência, prevenindo assim sequelas e uma provável asfixia. Evidencia-se que o enfermeiro como profissional que está diretamente ligado a assistência ao neonato em sala de parto, tem o dever de conhecer alterações no índice e saber agir diante de uma intercorrência. Questiona-se: Como é feita a utilização do índice Apgar pelo enfermeiro na avaliação neonatal? Tem como objetivo geral demonstrar a utilização do índice de Apgar na prática neonatal do enfermeiro. Tratou-se de revisão integrativa de caráter descritivo com abordagem qualitativa. Os dados foram retirados da plataforma de informação online: Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e seus sites indexados, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Como critérios de inclusão, as publicações selecionadas datam do período de 2009 a 2019, estivessem disponíveis na íntegra e gratuitamente, em português e que estivessem presentes pelo menos dois dos três descritores já mencionados. Para organizar, descrever e categorizar os principais achados, foram construídos 2 (dois) quadros sinópticos para posterior discussão. Evidenciou-se que este método de avaliação da vitalidade neonatal é comumente utilizado pelos profissionais que atuam diretamente nos primeiros cuidados ao recém-nascido, em especial o enfermeiro que está mais diretamente ligado a esse pronto atendimento, aplicando a escala de forma clara e objetiva.

Palavras- chaves: Índice Apgar. Enfermeiro. Neonato.

¹ Christus Faculdade do Piauí – CHRISFAPI, Piripiri – PI, Brasil.

ABSTRACT

The Apgar index is a simple, effective and fast-performing method performed shortly after delivery to evaluate newborn (NB) birth conditions and to identify those who need further assistance, thus preventing sequelae and probable suffocation. It is evidenced that the nurse as a professional who is directly connected to assistance to the neonate in the delivery room, has the duty to know changes in the index and to know how to act in the face of an intercurrent. Question: How is the Apgar index used by the nurse in the neonatal evaluation? Its general objective is to demonstrate the use of the Apgar index in the neonatal practice of nurses. This was a descriptive integrative review with a qualitative approach. The data were taken from the online information platform: Regional Portal of the Virtual Health Library (VHL) and its indexed sites, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS). As inclusion criteria, the selected publications date from the period 2009 to 2019, were available in full and free of charge in Portuguese and that at least two of the three descriptors already mentioned were present. To organize, describe and categorize the main findings, two (2) synoptic tables were constructed for further discussion. It was evidenced that this method of evaluation of neonatal vitality is commonly used by professionals who act directly in the first care of the newborn, especially the nurse who is more directly connected to this prompt care, applying the scale clearly and objectively.

Keywords: Apgar Index. Nurse. Neonate

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade neonatal resulta de uma complexa e estreita afinidade entre as variantes sociais, biológicas e de assistência à saúde. Os níveis ainda elevados no Brasil, mostram a necessidade de compreender melhor o papel da assistência no processo de estabelecimento da saúde. O monitoramento da mortalidade neonatal é primordial para identificar possíveis impactos de mudanças sociais, econômicas e dos avanços, e eventual regresso da cobertura e da qualidade dos serviços de saúde (LANSKY *et al.*, 2014).

No Brasil, cerca de três milhões de crianças nascem ao ano, sendo 98% em hospitais. Um em cada 10 RN precisa de ventilação com pressão positiva para iniciar e/ou conservar os movimentos respiratórios efetivos; um em cada 100 neonatos requer intubação e/ou massagem cardíaca; e um em cada 1.000 necessita de intubação,

massagem e medicações, desde que a ventilação seja realizada da maneira adequada (BRASIL, 2012).

Uma das mais importantes causas de morbidade e mortalidade neonatal é a asfixia que esteve presente em metade dos óbitos neonatais e é mais frequente em recém-nascidos (RN) com menos de 2.000g. Mesmo que algumas causas da asfixia sejam inevitáveis, há outras que podem ser evitadas com a prestação de uma assistência mais eficaz para gestantes de alto risco em unidades obstétricas e com boa assistência neonatal (CUNHA *et al.*, 2004).

O enfermeiro é um dos profissionais responsáveis por proporcionar assistência imediata ao neonato, colaborando para que o número da morbimortalidade neonatal seja diminuído, possibilitando boas condições que intentam auxiliá-lo em sua adaptação à vida extrauterina. Coloque em risco a vida do RN (MENDES; BONILHA, 2003).

Um dos parâmetros utilizados pelos enfermeiros e de maior relevância para a assistência imediata ao RN é o índice de Apgar (IA) que atribui uma pontuação para a frequência cardíaca, respiração, irritabilidade reflexa, choro, tosse, espirro, cor da pele e tônus muscular, verificados no 1º e 5º minuto de vida. O IA tem como finalidade verificar a situação clínica do recém-nascido de forma rápida e determinar se ele precisa ou não de alguma intervenção. (GONÇALVES *et al.*, 2017).

No momento do parto, e pelo contexto exposto, a asfixia é um fator de considerável importância para óbito neonatal, seu pronto reconhecimento pode contribuir sensivelmente para a sobrevivência do RN. O enfermeiro, como profissional que está diretamente ligado à avaliação imediata do recém-nascido, tem o dever ético e profissional de reconhecer situações potencialmente fatais, o que implica na aplicação de instrumentos valiosos como o score de Apgar, que pode direcionar a tomada de decisões e procedimentos a serem realizados ou não no RN. Diante do exposto, chegou-se a seguinte questão: Como é feita a utilização do índice Apgar pelo enfermeiro na avaliação neonatal?

Pressupõe-se que a aplicação da escala de Apgar muitas vezes não é realizada, respeitando o tempo e dando um número exato para os parâmetros ou é feita apenas por especialistas. Alguns autores preocupam-se com o preparo do pessoal e com a execução prática do esquema Apgar que executa esta atividade.

É necessário que o enfermeiro esteja conscientizado sobre sua relevância a despeito da avaliação de Apgar, pois este é fundamental para identificar a necessidade de

uma abordagem mais invasiva ou para a identificação de problemas futuros, além de que não interfere em outros cuidados realizados ao RN após seu nascimento.

A iniciativa deste trabalho deu-se por notar que o profissional da saúde deve possuir conhecimento técnico-científico, buscando construir em si os contornos da multiplicidade das suas práticas, mas também a vontade de torná-las simples em cada ato profissional, fazendo-o competente e concentrado, em cada ação de bem fazer e fazer bem.

Espera-se que a presente pesquisa sirva de subsídio para outros trabalhos, sendo aplicada como fonte de pesquisa para os profissionais que atuam nessa área, proporcionando um maior conhecimento teórico sobre o assunto e destacando quais as implicações para a prática segura de cuidados ao Neonato utilizando o score de Apgar. Dessa forma, essa pesquisa teve como objetivo geral: Demonstrar a utilização do índice de Apgar na prática neonatal do enfermeiro, e como objetivos específicos: descrever o índice Apgar; Indicar medidas facilitadoras para a aplicação da avaliação de Apgar e explicar os benefícios da aplicação correta da avaliação de Apgar na prática assistencial do enfermeiro

O estudo torna-se relevante, pois propiciará um levantamento sobre a assistência de enfermagem e do fundamental desempenho multiprofissional de profissionais comprometidos e capacitados que, ao mesmo tempo em que lidam com emocionais difíceis, devem possuir habilidade técnica, agilidade, conhecimentos específicos e atualizados, além da sensibilidade de perceber as necessidades de cada neonato e estar apto a resolver intercorrências.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Cenário da assistência perinatal no Brasil

Historicamente, os partos ocorriam em âmbito domiciliar na presença de outra mulher de confiança da parturiente, as chamadas parteiras ou “aparadeiras” e amparada pela família. No entanto, após a Segunda Guerra Mundial, durante o século XX, o momento do parto passou a ser dentro de uma instituição, saiu do domicílio para dentro de um hospital com todos os meios de medicalizações, a fim de diminuir a mortalidade materna e infantil (GONÇALVES *et al.*, 2017).

Ocorrendo nas primeiras 24 horas (25%), a maioria dos óbitos infantis indica estreita relação com a atenção ao parto e ao nascimento. Segundo a literatura, as principais

causas das mortes são malformação congênita, prematuridade, asfixia intraparto, infecções perinatais e os fatores maternos. A mortalidade neonatal, principal componente da mortalidade infantil, se mantém em níveis elevados, com taxa de 11,2 óbitos por mil nascidos vivos em 2010 e em 2011 foi de 15,3 por mil nascidos vivos (LANSKY *et al.*, 2014).

A preocupação com o cenário materno-infantil, impulsionada pela pressão popular, produziu diversos tipos de programas para a melhoria da qualidade de assistência da criança e da mãe. Essa forte pressão popular culminou na criação e aprovação de leis e políticas públicas que se intensificaram na década de 1990 e se estenderam até o ano 2000 com a execução de programas e estratégias de saúde pública à atenção materno-infantil (NETO *et al.*, 2008).

Um importante indicador de risco para a morbimortalidade perinatal é o baixo índice de Apgar. Estudos apontam que ele é um fator para a morbidade e está ligado à mortalidade neonatal. Condições socioeconômicas e características neonatais também apontam para um baixo índice de Apgar. Ainda de acordo com estudos, a mortalidade neonatal precoce atinge nascidos vivos com um baixo escore de Apgar (KILSZTAJN *et al.*, 2007).

No entanto, as condições de nascimento possuem uma relação estreita com determinantes para a saúde de uma criança, e que podem ser bastante influenciadas pela idade materna, tanto sobre a saúde materna quanto a saúde do recém-nascido, ou seja, sobre as condições perinatais (CUNHA *et al.*, 2004).

2.2 Atuação da enfermagem na sala de parto

O parto é um processo singular, inserido no universo das mulheres e, muitas vezes de seus parceiros, envolve também a família e a comunidade, e por esse motivo os eventos ocorridos durante o trabalho de parto podem marcar de forma positiva ou negativa este momento. É essencial para o parto o preparo adequado da gestante, que deve ser iniciado precocemente, durante o pré-natal (BRASIL, 2002).

Baseando-se nas necessidades apresentadas pela puérpera o Ministério da Saúde desenvolveu a Rede Cegonha que é um pacote de ações que garantem a qualidade no atendimento, segurança e humanização a todas as mulheres. Essas ações objetivam oferecer assistência desde o planejamento familiar, passando pelos momentos da confirmação da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (puerpério), até

os dois primeiros anos de vida da criança (BRASIL, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde, a presença do pediatra na sala de parto é indispensável. Da mesma forma a Portaria GM/MS Nº. 569 (2000) preconiza a importância do pediatra/neonatalogista na sala de parto quando institui a equipe profissional mínima para Unidades Mistas, Hospitais Gerais e Maternidade para a realização de parto que são eles: clínico geral, obstetra, pediatra/neonatalogista, enfermeiro (preferencialmente com especialização em obstetrícia), auxiliar de enfermagem e auxiliar de serviços gerais (BRASIL, 2000).

Quanto ao cuidado do enfermeiro no atendimento direto ao paciente sugere um déficit na qualidade da assistência, já que este profissional atende de uma forma mais humanizada, visando à melhora nas condições de saúde do paciente. Quando há uma distância entre o paciente e o enfermeiro se perde a chance de detectar falha no atendimento (MELO E GERMANO, 2004).

2.3 Assistência imediata ao Recém-nascido

Imediatamente após o nascimento acontecem vários processos no organismo do RN que exigem adaptação repentina e crucial do sistema corporal. O que destaca uma maior precaução é o da respiração pulmonar que acontece por dois tipos de estímulos, o químico que está relacionado às condições sanguíneas e o estímulo térmico que acontece quando o bebê deixa a cavidade uterina, um ambiente aquecido, e chega à vida extrauterina gerando impulsos nervosos ao centro respiratório (FRANCESCHINI; CUNHA, 2007).

O índice de Apgar, amplamente empregado para avaliar a vitalidade do recém-nascido, julga cinco parâmetros com pontuações que variam de 0 a 10, são elas: frequência cardíaca, frequência respiratória, irritabilidade reflexa, tônus muscular e cor da pele. Este índice mostra que, nascidos vivos com Apgar de 7 a 10 no quinto minuto de vida, são considerados normais e com Apgar de 0 a 6 são considerados índices baixos. (KILSZTAJN et al, 2007).

Mas, Almeida e Guinsburg (2005) enfatizam que quaisquer uns dos procedimentos de reanimação não se fazem necessários quando o recém-nascido apresentar boas condições de vida, contudo deveram ser prestados cuidados de rotina que são: secar, aspirar vias aéreas e fornecer calor.

Segundo o Ministério da Saúde é importante haver uma capacitação técnica dos profissionais que propiciam atendimento ao RN, fazendo-o de forma humanizada, seguindo o modelo assistencial em que os profissionais foram inseridos durante sua formação que se pautavam no aspecto prático com o objetivo de melhorar o andamento do serviço e o conhecimento prático desses profissionais (BRASIL, 2001).

3 METODOLOGIA

O trabalho, visando o cumprimento dos objetivos propostos, foi desenvolvido como, revisão integrativa de abordagem qualitativa. Esse método de pesquisa tem como principal característica incluir fundamentos à prática clínica, agrupando e resumindo resultados de estudos sobre certos questionamentos ou temas. Essa forma de estudo aspira desempenhar uma avaliação sobre estudos científicos, já construídos anteriormente, referentes a determinados conteúdos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Preferiu-se pela busca de publicações divulgadas entre 2009 e 2019 com texto completo, artigos, monografias e teses, disponíveis de forma gratuita, na língua vernácula e atendessem até três descritores utilizados. Foram excluídos trabalhos com data inferior a 2009 (exceto em casos da descrição de leis, portarias e manuais), também àquelas que apresentavam apenas resumos e citações com idiomas diferentes dos citados anteriormente.

As pesquisas foram feitas utilizando as bases de dados online Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e seus sites afiliados. A procura sucedeu fazendo uso de palavras que representam o assunto tratado no corpo do trabalho, isto é, os chamados descritores com existência constatada através do vocabulário estruturado (DeCS) (Descritores em Ciência da Saúde), sendo eles: “neonato”, “índice de Apgar” e “Enfermagem”.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a consulta nas bases de dados por meio dos descritores e após a utilização dos critérios de inclusão e exclusão determinados, foram selecionados 09 artigos presentes no quadro 1 para análise da revisão integrativa. Em seguida foi realizada a delimitação de três categorias que melhor sistematizaram a temática.

Quadro 1 - Artigos para análise da revisão integrativa.

TÍTULO	AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO
Óbitos neonatais de recém-nascidos de baixo peso ao nascer.	GAIVA, M.A.M. et al.	2018
Parâmetros utilizados na avaliação de bem-estar do bebê em nascimento.	SCHARDOSIN; RODRIGUES; RATTNER.	2018
Síndrome da aspiração meconial: identificando situações de risco obstétricos e neonatais	MENDONÇA, S. D. et al.	2015
A relação do índice de Apgar com sequelas neuropsicomotoras em recém-nascidos.	LUZ; ROCHA; BENEVIDES.	2016
Fatores associados à vitalidade ao nascer.	PRADO; FONTES; SCHMIDT.	2015
O índice de Apgar em bebês recém-nascidos em um hospital de pequeno porte de um município do vale do Paranhana.	ERMEL; GRAVE.	2011
Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo.	OLIVEIRA, T. G. et al.	2012
Adolescentes grávidas precoces e tardias e resultados neonatais: um estudo de coorte.	COSTA, C.C. et al.	2013
Posição materna no parto e Apgar do recém-nascido: estudo transversal.	SANTOS, P.Q. et al.	2009

Fonte: Próprio autor, 2019.

4.1 O escore de Apgar

Segundo Ermel; Grave (2011) a escala de Apgar é um método de avaliação bem elaborada do recém-nascido (RN), realizado após o parto e tem por utilidade avaliar as condições de adaptação do neonato a vida extrauterina e identificar aqueles que precisam de assistência imediata.

Schardosim; Rodrigues; Rattner (2018) elucidam em seu estudo que o escore de Apgar foi um método desenvolvido em 1953, pela anestesista Virginia Apgar, que tem por objetivo avaliar as respostas fisiológicas do neonato de frequência cardíaca e respiratória, coloração da pele, tônus muscular, e irritabilidade reflexa.

Corroborando Oliveira *et al.* (2012) explica em sua pesquisa que em países em desenvolvimento, os exames laboratoriais nem sempre estão disponíveis, portanto, o método é a única forma de avaliação possível para identificar crianças que necessitam de atenção adicional. Existe um consentimento que o escore <7 é sinal de alerta para a vitalidade do neonato.

O baixo Apgar tem relações diretas com a mortalidade neonatal, e alguns fatores são relacionados a essa afirmação. Conforme o estudo de Prado; Fontes; Schmidt (2015), variáveis como: condições de moradia, estado civil e peregrinação para obtenção de uma assistência hospitalar e número insuficiente de consultas de pré-natal são preditivas para um escore baixo.

4.2 O índice de Apgar como parâmetro avaliativo do bem-estar neonatal

Ermel; Grave (2011) comenta que a escala Apgar no primeiro minuto de vida conjectura a qualidade de adaptação do neonato e está ligado à qualidade do cuidado durante o nascimento. Além do que, pontuações baixas no quinto minuto de vida mostram deficiência na recuperação do índice baixo no primeiro minuto após o nascimento, indicando que o neonato ainda está em sofrimento, o que relevar um prognóstico negativo.

No estudo de Gaíva *et al.* (2018) em uma cidade da região sul da cidade de São Paulo, o Apgar menor que 7 no quinto minuto de vida, associou-se a mortalidade neonatal durante as primeiras 24 horas de vida. Schardosim; Rodrigues; Rattner (2018) também constataram em sua publicação que o Apgar é benéfico não apenas no nascimento, mas também no período pós-neonatal, pois quanto menor a pontuação do neonato após o 5º minuto, maiores chances do óbito do RN.

Luz, Rocha e Benevides (2016) reafirmam que em uma pontuação entre 0 e 10, em uma estimativa abaixo de 7 no 1º minuto ao nascimento, continuando em um valor baixo depois do 5º minuto, o neonato é reconhecido com hipóxia fetal, baseando-se no IA. Pela importância ao se detectar asfixia neonatal, o IA passou a ser um processo de avaliação da reação do RN, determinando as manobras a serem realizadas com o mesmo.

Costa *et al.* (2013) ratificam a associação da escala Apgar abaixo de 7 no quinto minuto de vida e a asfixia perinatal já foi caracterizada como significativamente, bem como a relação entre Apgar e a acidose metabólica grave, a paralisia cerebral e o peso baixo ao nascer.

Santos *et al.* (2009) em sua pesquisa mostra que bebês com pontuação menor do que 7 no quinto minuto, o Ministério da Saúde preconiza a realização de nova avaliação de cinco em cinco minutos, até os primeiros 20 minutos de vida. Um escore de Apgar entre 5 e 7 indica estado regular e pode existir a necessidade e se utilizar aparelhos para ajudar na respiração ou de algum outro processo específico, abaixo de 5, mostra que o RN precisa de ajuda médica específica e melhor assistência.

4.3 A importância do índice de Apgar na prática assistencial do enfermeiro

Em seu estudo Mendonça *et al.* (2015) reafirma que a enfermagem é respaldada pela sua lei profissional 7.498/96, com seu decreto 94.406/87 e o código de ética dos profissionais de enfermagem (CEPE) é habilitada legalmente a atuar na prática ao RN, com devido exame físico, avaliação de anormalidades, diagnósticos e prescrições do enfermeiro. O RN deve ser examinado ainda na sala de parto em quatro situações: imediatamente ao seu nascimento, na admissão ao berçário, diariamente e no momento da alta hospitalar

A avaliação de Apgar é realizada nos neonatos de 1 a 5 minutos depois do nascimento, realizado por um pediatra ou neonatologista, ora pelo enfermeiro na ausência dos outros 2 profissionais. Dentre os parâmetros avaliados: reflexos, esforço respiratório, frequência cardíaca, tônus muscular, coloração da pele do bebê, cada categoria é marcada por 0, 1 ou 2 dependendo da situação observada (COSTA *et al.* 2013).

Este teste é muito importante para a prática do enfermeiro, já que irá detectar se o neonato carece de assistência para respirar ou se está com problemas no coração. Quanto mais alto o valor, melhor o bebê está depois de nascer. A pontuação de 7, 8 ou 9 é normal e é sinal de que o recém-nascido está bem de saúde. Um valor de 10 não é muito comum,

visto que praticamente todos os RN perdem 1 ponto para mãos e pés cianóticos, o que é absolutamente comum após o nascimento (OLIVEIRA *et al.* 2012).

Pontuação abaixo de 7 evidencia que o RN necessita de atenção médica para se ajustar a vida extrauterina. Esse baixo índice pode ser decorrente de parto difícil, cesariano ou fluido nas vias respiratórias do bebê, necessitando de oxigênio e limpeza das vias aéreas ou ainda estimulação manual cardíaca para que o coração bata de forma saudável.

Este índice é apenas mais um instrumento utilizado pelo enfermeiro ou pelo médico neonatologista, que recebe o bebê na sala de parto para descrever qual

o progresso de ajuste do RN ao meio extrauterino. Mas apanhar um bebê ao nascer exige uma avaliação cuidadosa do estado geral do mesmo, sendo o escore de Apgar mais uma ferramenta (GAÍVA *et al.* 2018).

5 CONCLUSÃO

Identificou-se como parâmetro mais frequentemente utilizado em estudos que analisaram o bem-estar do RN durante as primeiras 24 a 48 horas de vida, a escala Apgar. Mesmo sujeito a questionamentos e críticas no meio acadêmico é o único método sistemático difundido na avaliação neonatal em sala de parto.

Por ser um teste de fácil aplicação é amplamente usado para avaliar a vitalidade do recém-nascido após o nascimento e sua adaptação a vida extrauterina, por considerar características do RN como respiração, batimento cardíaco, cor, atividade e reflexos naturais como preditivas.

Apesar de ter sido criado há muitos anos, o enfermeiro reconhece que o IA é uma ferramenta atual e muito útil na avaliação neonatal. Visto que ajuda a identificar os neonatos que estão com dificuldades de adaptação e como um fator de alerta sobre a mortalidade neonatal. Conclui-se que todos os objetivos propostos foram alcançados, ainda há poucos estudos sobre a temática, o que eleva a importância dessa pesquisa ao meio acadêmico e a comunidade científica

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. B; GUINSBURG, R. A reanimação do prematuro extremo em sala de parto: controvérsias. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v. 81, n. 1, p. 13, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n1s1/v81n1s1a02.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional De Saúde; **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 01 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569**. 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html>. Acesso em: 18 de out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do pré-natal e nascimento**. 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 26 de out. 2018.

COSTA, C. C. et al. Adolescentes grávidas precoces e tardias e resultados neonatais: um estudo de coorte. **Revista Online Brazilian Journal of Nursing**. São Paulo, v. 12, n. 4, 2013. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/4269/html_22>. Acesso em 19 mai. 2019.

CUNHA, A. A. et al. Fatores Associados à Asfixia Perinatal. **Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 26, n.10, p. 799-805, Jul. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbgo/v26n10/22907.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2018.

ERMEL, A. C.; GRAVE, M. T. Q. O índice de Apgar em bebês recém-nascidos em um hospital de pequeno porte de um município do vale do Paranhana. **Revista Destaques Acadêmicos**. Rio Grande do Sul, v. 3, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/107>>. Acesso em: 04 mai. 2019.

FRANCESCHINI, D. T. B.; CUNHA, M. L. C. Associação da vitalidade do recém-nascido com o tipo de parto. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 224-330, Jul. 2007. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4678/2605>>. Acesso em: 10 out. 2018.

GAÍVA, M. A. M. et al. Óbitos neonatais de recém-nascidos de baixo peso ao nascer. **Rev. Eletr. Enf.** Mato Grosso, v. 20, p. 10, 2018. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/47222>>. Acesso em 27 mai. 2019.

GONÇALVES, M. F. et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, p. 2016-2063, Jun. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-e006314472017000300401&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2018.

KILSZTAJN, S. et al. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. São Paulo, v. 23, n. 8, p. 1886-1892, Fev. 2007. Disponível em: <ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800015>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

- LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 192-207, Fev, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>. Acesso em: 04 out. 2018.
- LUZ, T. R; ROCHA, T. V. S; BENEVIDES, S. S. B. A relação do índice de apgar com sequelas neuropsicomotoras em recém-nascidos. **Acervos temáticos**. Picos, v. 2, n. 1, p. 11, 2016. Disponível em:<http://www.faculdadersa.com.br/Arquivos/downloads/semana_cientifica/Trabalhos%202016/Fisioterapia/A_relacao_do_indice_de_apgar_com_sequelas_neuropsicomotoras_em_recem_nascidos.pdf>. Acesso em 18 abr.2018 .
- MENDONÇA, S.D. et al. Síndrome da aspiração meconial: identificando situações de risco obstétricos e neonatais. **Revista pesq. cuid. fundam**. Rio Grande do Norte, v. 7, n. 3, p. 2910-2918, Jul/Set., 2015. Disponível em:<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3659/pdf_1647>. Acesso em 19 mai. 2019.
- MELO, M. N. B. GERMANO, R. M. No caminho das pedras: a supervisão de enfermagem em hospitais públicos. **Biblioteca Virtual em Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 74, p. 39-44, Jul. 2004. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=16454&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 out. 2018.
- MENDES, E. N. W; BONILHA A. L. L. Procedimento de enfermagem: uma dimensão da comunicação com o recém-nascido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.24, n.1, p.109-18, Abr, 2003. Disponível em: < <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23509/000397013.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2018.
- MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Out./Dez., 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2018.
- NETO, E. T. S. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Artigos Temáticos**. São Paulo, 2008. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902008000200011&script=sci_arttext. Acesso em: 29 out. 2018.
- OLIVEIRA, T. G. et al. Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. **Revista Einstein**. São Paulo, v. 10, n. 1, p. 22-8, 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082012000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 14 mai. 2019.

PRADO, V; FONTES, K. B; SCHMIDT, K. T. Fatores associados a vitalidade ao nascer. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 19, n. 1, p, 39-40, Jan./Abr. 2015. Disponível em:<<http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5263>>. Acesso em 25 mai. 2019.

SANTOS, P. Q. et al. Posição materna no parto e Apgar do recém-nascido: estudo transversal. **Revista Online Brazilian Journal of Nursing**. São Paulo, v. 8, n. 3, 2009. Disponível em:<<https://bdpi.usp.br/>>. Acesso em 25 mai. 2019.

SCHARDOSIM, J. M; RODRIGUES, N. L. A; RATTNER, D. Parâmetros utilizados na avaliação do bem-estar do bebê no nascimento. **Av Enferm**. Brasília, v. 36, n. 2, p. 197-208, 2018. Disponível em:<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-45002018000200197&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 27 mai. 2019

SOBRE O ORGANIZADOR

Guilherme Antônio Lopes de Oliveira - Doutor em Biotecnologia pela Rede Nordeste de Biotecnologia - UFPI, com estágio de Doutorado Sanduíche no Departamento de Farmacologia da Universidade de Sevilla - Espanha. Especialista em Docência do Ensino Superior e em Análises Clínicas e Microbiologia pela Universidade Cândido Mendes. Bacharel em Biomedicina pela Faculdade Maurício de Nassau/Aliança. Tem experiência em Bioprospecção de Produtos Naturais com ênfase em Antioxidantes e Antiinflamatórios. Professor da Cristo Faculdade do Piauí - CHRISFAPI. Defendeu a Tese de Doutorado aos 26 anos, foi considerado um dos doutores mais jovens do Brasil gerando grande repercussão nacional e internacional em decorrência da história de superação. Foi condecorado com a Insígnia de Comendador da Ordem do Mérito Renascença do Estado do Piauí, concedeu entrevistas à nível nacional como no Programa Encontro com Fátima Bernardes da Rede Globo e o Programa Domingo Espetacular da Record TV. Mais informações podem ser conferidas na aba Produção - Produção Técnica - Entrevistas, Mesas-redondas, programas e comentários na mídia. Contato no Instagram: @drguilhermelopes

ÍNDICE REMISSIVO

- A**
- Adolescência, 56, 65
 Agravamento, 8, 9, 11, 21, 22, 54, 100
 Antígenos, 24
- B**
- Biomecânico, 69, 70, 72, 77
 Biopsia, 90
 Bucal, 95, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104
- C**
- Câncer, 69, 74
 Cavidade oral, 94, 95
 Cesárea, 56, 68
 Cirurgias, 9, 102, 121, 122, 130, 131, 134, 135, 137, 138, 142, 143, 144
 Colagenases, 33
 Consultas, 59, 60, 62, 63, 137, 138, 142, 144
 Covid-19, 4, 31, 33, 34, 44, 46, 47, 52
 COVID-19, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45
 Cuidadores, 8, 11
 Custo-efetividade, 24
- D**
- Depressão, 16, 69, 75, 77, 161
 Diagnóstico, 9, 10, 15, 70, 71, 75, 80, 82, 85, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 100, 103, 106
 Diagnósticos, 30, 71, 82, 83, 90, 94, 96, 110
 DNA, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 92, 93
 Doença, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 31, 52, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 80, 81, 82, 85, 86, 87, 88, 89, 106, 113, 115, 119, 123, 124, 138, 139, 141, 143, 149, 150, 152, 163
 Doença de Parkinson, 8, 10, 11, 14, 22
 Doenças, 26, 69, 70, 71, 73, 74, 76, 77, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 99, 106, 107, 111, 113, 115, 116, 139, 140
- E**
- Emoções, 8
 Enfermagem, 10, 28, 37, 56, 107, 118, 119
 Envelhecimento, 10, 19, 73, 106, 107, 110, 113, 116, 117, 118, 119, 120
 Envelhecimento, 56, 105, 117, 118, 119, 120
 Escravo, 48, 49, 77
 Exames, 80, 82, 89, 90, 91, 100, 115, 121, 122, 130, 131, 134, 135, 137, 138, 142, 143, 144
- G**
- Genética, 81, 82, 83, 89, 90
 Gestantes, 56
- H**
- Hidrocoloides, 33
 Homoafetivos, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 153, 158, 159, 162, 163
- I**
- Idosos, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 35, 45, 95, 99, 103, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 141
 Infantil, 48, 49, 51, 87, 88, 150
- J**
- Judicialização, 121, 135

L

Lesão, 33, 44, 45
Lesões, 34, 94, 102, 103, 104

M

Medicina, 56, 69, 71, 72, 74, 75, 76, 77
Medicina, 32, 44, 45, 56, 69, 78, 93
Mitocondrial, 80, 81, 83, 85, 86, 87, 88,
89, 91, 92, 93
Mitocondriopatias, 80
Mortalidade, 105, 108, 109

P

Pacientes, 10, 14, 16, 21, 22, 25, 26, 31,
34, 35, 43, 45, 60, 71, 84, 85, 90, 91,
93, 95, 97, 98, 100, 101, 102, 103,
107, 127, 131, 132, 137, 138, 141,
142, 159
Pandemia, 24, 25, 26, 28, 29, 33, 35, 36,
37, 38, 39, 41, 42, 43, 46, 47
Parto, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64,
65
Polimerase, 24, 26
Política, 10, 46, 47, 49, 52, 54, 72, 117,
128, 146, 152, 155, 160, 161, 163
Política pública, 46, 52, 54
Prótese, 94, 103, 104
Protocolo, 10, 44
Psicologia, 73, 75, 77, 148, 149

R

Reabilitação oral, 94, 103

S

Saúde, 10, 15, 21, 27, 28, 31, 34, 35, 36,
44, 45, 47, 49, 53, 57, 58, 59, 63, 64,
69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78,
79, 80, 82, 92, 95, 99, 101, 102, 104,
106, 107, 108, 109, 110, 111, 112,
115, 116, 117, 118, 119, 120, 121,
122, 123, 124, 125, 126, 127, 128,
129, 130, 132, 133, 134, 135, 136,
137, 138, 139, 140, 141, 142, 143,
144, 145, 146, 147, 148, 149, 150,
151, 152, 153, 154, 155, 156, 157,
158, 159, 160, 161, 162, 163, 164
Serviço social, 46, 55

T

Trabalho, 4, 13, 14, 19, 20, 28, 31, 36,
37, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54,
55, 62, 70, 71, 72, 80, 82, 96, 106,
116, 119, 123, 125, 126, 138, 143,
146, 148, 149, 161, 162
Transcriptase, 25
Transição demográfica, 105, 120
Tratamento, 9, 10, 12, 28, 31, 33, 34,
35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 69,
70, 71, 73, 74, 75, 77, 80, 82, 91, 92,
94, 99, 100, 101, 103, 111, 128, 129,
132, 139, 146, 157, 159, 162
Tratamentos, 27, 33, 35, 36, 43, 44, 76,
80, 82, 91, 94, 95, 96, 101, 110, 122,
127, 132, 157

Apresentamos a terceira edição do livro “O que as pesquisas revelam sobre a saúde no Brasil”. O objetivo dessa obra foi recrutar textos científicos de diversos pesquisadores do Brasil e avaliar o que essa comunidade científica está produzindo para melhorar o entendimento de saúde no país.

Encontramos artigos de revisão, prospecções, estudos de casos e experimentais de grande relevância para a literatura científica da área da saúde brasileira.

Agradecemos o empenho e a confiança de todas as equipes de pesquisa envolvidas nesse projeto.

