

RSPP

Revista de Saúde Pública do Paraná



2023 Escola de Saúde Pública do Paraná



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Rua Dante Romanó, 120 - Taramã CEP:82821-016 - Curitiba - PR

Tel. (41)3342-9818

www.escoladesaude.pr.gov.br

REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ

ISSN ONLINE 2595-4482 | ISSN IMPRESSO 2595-4474

Publicação trimestral (Fluxo Contínuo)

Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp>

CLASSIFICAÇÃO **B4 QUALIS/CAPES/2017-2020** em 11 áreas: Educação, Enfermagem, Ensino, Farmácia, Interdisciplinar, Medicina I, Medicina II, Medicina III, Odontologia, Psicologia e Saúde Coletiva.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP
Biblioteca da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (BIBSESA)

R454 Revista de Saúde Pública do Paraná / Escola de Saúde Pública do Paraná. v. 6, n.4 (out./dez. 2023). Curitiba: SESA, 2023.

il. color. PDF

Trimestral
ISSN 2595-4482 Online
ISSN 2595-4474 Impresso

1. Saúde Pública. I. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde.
Escola de Saúde Pública do Paraná. II. Título

CDD 614.098162

Elaine Cristina Itner Voidelo - CRB9/1239

EDITOR CHEFE Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP) **COMISSÃO EDITORIAL** Eliane Cristina Sanches Maziero (ESPP), Priscila Meyenberg Cunha Sade (ESPP); Solange Rothbarth Bara (ESPP)
EDITOR ADMINISTRATIVO Elaine Cristina Itner Voidelo (ESPP)



Indexada em: Google Scholar

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
Biblioteca virtual em saúde
Informação e Conhecimento para a Saúde

DIADORIM
Diretório de políticas editoriais das revistas científicas brasileiras

MIGULIM
DIRETÓRIO DAS REVISTAS CIENTÍFICAS ELETRONICAS BRASILEIRAS

REDIB | Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico

sumários.org
Sumários de Revistas Brasileiras

LivRe
Periódicos de livre acesso

DOAJ
DIRECTORY OF OPEN ACCESS JOURNALS

MIAR

Oasisbr
Portal Brasileiro de Publicações e Dados Científicos em Acesso Aberto

ABEC BRASIL
Associação Brasileira de Editores Científicos

Associada à:

OS CONCEITOS EMITIDOS NOS MANUSCRITOS SÃO DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO(S) AUTOR(ES), NÃO REFLETINDO OBRIGATORIAMENTE A OPINIÃO DA REVISTA.

Avaliadores que participaram desta edição

RSPP v.6, n.4, dezembro de 2023

Agradecemos a todos os avaliadores participantes.
Sua contribuição é fundamental para a qualidade dos artigos publicados.

1. Adriana Zilly. <https://orcid.org/0000-0002-8714-8205>
2. Camila Franceschi. <https://orcid.org/0000-0002-4983-5979>
3. Daniel Dall'Igna Ecker. <https://orcid.org/0000-0001-5522-2231>
4. Danieli Parreira Silva. <https://orcid.org/0000-0002-5885-4071>
5. Elgison da Luz dos Santos. <https://orcid.org/0000-0001-8090-9457>
6. Emilly Pennas Marciano Marques. <https://orcid.org/0000-0001-7045-9739>
7. Fábila Fernanda dos Passos da Rosa. <https://orcid.org/0000-0002-4171-9965>
8. Fernando Cesar Iwamoto Marcucci. <https://orcid.org/0000-0001-8139-7772>
9. Ismael Mendes da Silva. <https://orcid.org/0000-0002-3921-9902>
10. Jackeline Lourenço Aristides. <https://orcid.org/0000-0003-2982-2705>
11. José Mario Rabone Junior. <https://orcid.org/0000-0001-9482-4833>
12. Juliana Taques Pessoa da Silveira. <https://orcid.org/0000-0003-1193-2762>
13. Ketlyn Lucyani Olenka Rizzotto. <https://orcid.org/0000-0002-0116-2429>
14. Lismeia Raimundo Soares. <https://orcid.org/0000-0003-2873-077X>
15. Luana da Silva. <https://orcid.org/0000-0002-5245-2725>
16. Lucas Lima Moraes. <https://orcid.org/0000-0003-1613-5068>
17. Marcieli Borba Nascimento. <https://orcid.org/0000-0002-8087-0801>
18. Maria Fernanda Larcher de Almeida. <https://orcid.org/0000-0002-6075-6913>
19. Maria Fernanda Pereira Gomes. <https://orcid.org/0000-0003-0577-2264>
20. Patrícia Maria Flores Ferman. <https://orcid.org/0000-0003-1239-5831>
21. Tânia Uchida. <https://orcid.org/0000-0001-8170-1092>
22. Thiago Lopes Silva. <https://orcid.org/0000-0002-6310-5825>
23. Vinicius da Silva Freitas. <https://orcid.org/0000-0003-2920-3998>

Equipe Editorial
Revista de Saúde Pública do Paraná
<http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/>

Associação entre o uso de crack e o desenvolvimento da tuberculose

Association between crack use and the development of tuberculosis

Fabio de Paula Conforto de Oliveira¹, Carlos Henrique Wiedmer Bosch²

1. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-7495-3194>. Graduando do curso de Medicina, Universidade do Contestado, Campus Mafra, Santa Catarina, Brasil.

E-mail: fabio.conforto98@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4747-8779>. Professor Docente da Graduação do curso de Medicina, Universidade do Contestado, Campus Mafra, Santa Catarina, Brasil. Graduado em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR). Título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital Central do Exército. MBA em Gestão de Saúde e Administração Hospitalar pela Universidade Estácio de Sá. Mestrando em Gestão de Cuidados de Saúde da MUST University. Lapa, Paraná, Brasil.

E-mail: carlos.bosch@professor.unc.br

RESUMO

A tuberculose é uma doença infecciosa que agrega além de morbimortalidade, gastos exorbitantes ao sistema de saúde, conhecida por se associar com outras doenças e agravos, causando grande impacto no estado de saúde de um indivíduo. Algumas populações e situações trazem maior risco de contaminação com o bacilo de Koch, sendo uma delas o uso de drogas ilícitas, em especial o crack. Trata-se de uma revisão narrativa fundamentada em artigos, com objetivo de esclarecer a razão pela qual muitos usuários de crack acabam desenvolvendo tuberculose pulmonar, bem como expor o curso da doença e seus fatores de risco. Os resultados demonstraram que crack facilita o desenvolvimento da tuberculose não só pelo comprometimento do sistema imunológico, mas também agrega ao usuário uma série de comportamentos que coincidentemente são os mesmos fatores de risco para tuberculose.

Conclui-se que essas situações atuam sinergicamente, aumentando exponencialmente o risco de o usuário de crack contrair tuberculose.

DESCRITORES: Dependência química. Tuberculose. Drogas ilícitas. Epidemiologia. Fatores de risco.

ABSTRACT

Tuberculosis is an infectious disease, one which not only adds morbimortality, but also huge expenses to the health system, given that it is known for associating with other diseases and health issues, that together are capable of causing great impact to the health of an individual. Some populations and situations can bring up a higher risk of contamination from Koch's bacillus, one of them being the use of illicit drugs, primarily crack. This is a narrative review based on articles, with the goal to uncover the reason why a crack user easily develops pulmonary tuberculosis, the disease course and its risk factors. The results show that the use of crack can fast-track the development of active tuberculosis not only by compromising the immune system, but also making the user have a series of behaviors that are also risk factors of tuberculosis. Therefore, these circumstances together can increase exponentially the risk of a crack user contracting tuberculosis.

DESCRIPTORS: Chemical dependency. Tuberculosis. Illicit Drugs. Epidemiology. Risk factors.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

Atuberculose (TB) é uma doença milenar que acompanha os humanos modernos por praticamente toda a sua história, gerando um rastro de destruição em diversas civilizações em função da alta mortalidade. O desenvolvimento de um antibiótico eficaz resultou em uma rápida redução da incidência e em um declínio significativo da mortalidade. Entretanto, apesar do sucesso da antibioticoterapia desde 1960, a tuberculose continua como um caso de emergência sanitária, especialmente entre os países subdesenvolvidos. A aquisição da doença está associada, principalmente, a fatores socioeconômicos e a agravos que afetam a integridade do sistema imunológico¹.

Existe uma parcela da população que apresenta fatores que aumentam a propensão de adoecer e dentro dela estão os usuários de crack. Esse subgrupo tem ganhado a atenção dos profissionais da saúde em função das altas taxas de infecção com tuberculose pulmonar, pelas taxas de abandono do tratamento e por desenvolverem resistência à terapia antimicrobiana com certa facilidade. Além disso, esse grupo se tornou objeto da atenção da mídia, da sociedade e dos gestores públicos pelo fato de consumirem a droga em locais públicos e em grupos, especialmente nos grandes centros urbanos^{2,3}.

O presente trabalho aborda a associação da drogadição de crack com uma doença infecciosa negligenciada que ainda é considerada uma emergência sanitária, especialmente relevante em países subdesenvolvidos, como o Brasil. A pesquisa, portanto, visa contribuir para a literatura médica sobre o assunto em questão ao servir como ponto de partida para que trabalhos futuros explorem a relação da tuberculose com o crack, bem como fomentar mudanças nas políticas públicas, visando a ampliação de ações preventivas do uso de drogas e melhorias da assistência aos usuários, de forma a garantir a plenitude de seu tratamento e posterior reinserção na sociedade.

Assim, o objetivo principal deste artigo é esclarecer a razão pela qual muitos usuários de crack acabam desenvolvendo tuberculose pulmonar, bem como expor o curso da doença e seus fatores de risco. Além de descrever a apresentação clínica da tuberculose pulmonar, como acontece o contágio da tuberculose entre os usuários de crack e apontar comportamentos dos usuários de crack que favoreçam a infecção por tuberculose.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura narrativa. O início da pesquisa se deu por uma questão norteadora, sendo ela: “Qual o motivo de usuários de crack desenvolverem tuberculose com certa facilidade?”. A busca de artigos foi realizada entre os meses de janeiro e maio de 2023, nas plataformas PUBMED, SCIELO, BIREME e LILACS. Para isso foram usados descritores selecionados no banco de dados DeCS/MeSH: “*Tuberculosis*”, “*Substance-related disorders*”, “*Risk factors*”, “*Epidemiology*”, “*Brain*” e “*Crack cocaine*”. Os critérios de inclusão foram artigos originais e artigos de revisão, referentes ao tema, que abordassem a forma pulmonar da tuberculose e publicados em língua inglesa e portuguesa, no período de 2008 a 2022. O critério de exclusão foi imposto aos artigos que abordavam exclusivamente: do uso de outras drogas, das formas extrapulmonares da tuberculose, estudo genômico do *Mycobacterium*, tratamento da tuberculose ou complicações do tratamento, tuberculose no ambiente prisional, relação tuberculose-migração ou ainda para aqueles trabalhos que abordassem somente testes diagnósticos. Esses critérios se encontram resumidos na Tabela 1.

Tabela 1. Critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de inclusão:	Critérios de exclusão:
Artigos originais	Testes diagnósticos
Artigos de revisão	Relação tuberculose-migração
2008 a 2022	Tuberculose extrapulmonar
Língua inglesa	Estudo genômico do <i>Mycobacterium</i>
Língua portuguesa	Tratamento
	Complicações do tratamento
	Tuberculose no ambiente prisional

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

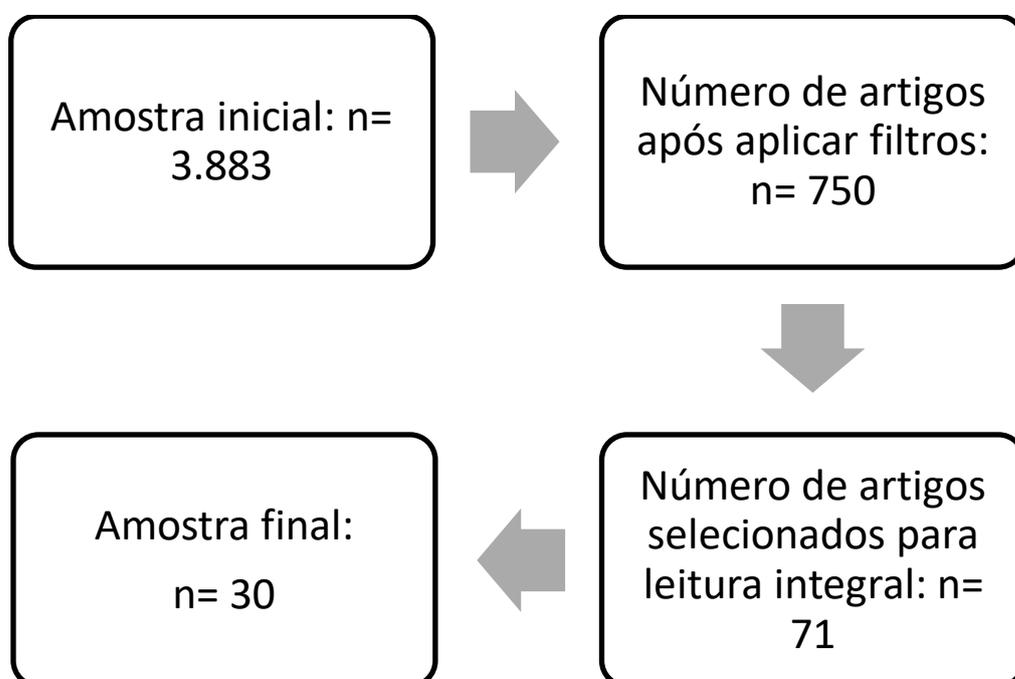
Os artigos foram inicialmente buscados com base nos descritores citados e posteriormente foram aplicados filtros nas buscas. Os filtros utilizados foram a data de publicação e idioma (quando disponível).

Após aplicação dos filtros, a lista completa dos artigos restantes foi exportada no formato PDF e posteriormente unidas em um único arquivo. Em seguida, foi realizada a leitura dos títulos e anotado diretamente no arquivo, através do software

Microsoft Edge Versão 114.0.1823.41, se o trabalho em questão seria descartado ou se seria selecionado para leitura integral.

A busca inicial, totalizou 3883 artigos. Na plataforma de pesquisa PUBMED, foram encontrados 2710 artigos e no LILACAS 78. Já na plataforma BIREME, foram encontradas 1086 publicações e na SCIELO 9. Após a seleção do período específico de 2008 a 2022 e do idioma inglês, restaram 318 artigos no PUBMED, 19 na LILACS, 412 no BIREME, e SCIELO somente 1. Totalizando 750 artigos encontrados após a aplicação dos filtros. Após a leitura dos títulos foram selecionados 71 artigos para leitura integral a fim de selecionar os trabalhos que integrariam essa revisão. A amostra final, que foi de 30 trabalhos, corresponde ao número de artigos selecionados, acrescidos com artigos obtidos por correferência e ainda de relatórios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS) a respeito do crack e tuberculose, que foram retiradas diretamente dos sites dessas entidades. Artigos repetidos tiveram suas cópias desconsideradas. O processo de seleção dos artigos se encontra resumido no Fluxograma 1.

Fluxograma 1. Fluxograma representando a metodologia de seleção de artigos.



Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO E APRESENTAÇÃO CLÍNICA DA TUBERCULOSE

A TB é uma doença infecciosa crônica causada por bactérias do complexo *Mycobacterium*, tendo como principal representante o *Mycobacterium tuberculosis*. A doença acomete principalmente os pulmões, gerando a TB pulmonar, sendo também capaz de acometer outros órgãos, recebendo o nome de tuberculose extrapulmonar. Ainda é possível uma terceira forma da doença, a TB miliar, que ocorre de maneira disseminada^{4,5}.

A forma pulmonar é a mais frequente, sendo a tosse o sintoma broncopulmonar mais relevante durante o raciocínio clínico, que pode ser seca ou produtiva, perdurar durante semanas, podendo ainda ser acompanhada de dispneia e hemoptise. Outros sintomas, como anorexia, linfonodomegalia, febre, sudorese noturna, fadiga e perda de peso são sugestivos de TB e devem ser considerados sinais de alerta⁴.

Em indivíduos com o sistema imunológico competente, a TB evolui lentamente para a doença ativa, se manifestando de forma consumptiva, trazendo como última consequência, a morte, em mais da metade dos casos. Entretanto, nas crianças e nos indivíduos imunocomprometidos, a evolução da doença pode se dar de forma mais abrupta, a TB fulminante^{4,6}.

EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO PARA TUBERCULOSE

A TB é uma das doenças infecciosas crônicas com mais mortes no mundo, sendo um agravo de saúde a nível global. Considera-se que aproximadamente um quarto da população mundial já esteja infectada com o bacilo de Koch, sem necessariamente desenvolver a forma ativa da doença. No Brasil, a TB é uma das doenças infecciosas crônicas com mais mortes, sendo que, em 2017 foram notificados 4,5 mil óbitos e no ano de 2018 foram registrados 72 mil novos casos de infecção. No fim de 2015, a Organização Mundial de Saúde (OMS) priorizou em suas estratégias os países que tiveram maior carga da doença, dentre esses países encontra-se o Brasil. No ano de 2015, novamente nosso país estava entre as nações com dados mais preocupantes, juntamente com China, Nigéria, Paquistão e África do Sul, como os responsáveis por mais da metade dos novos casos de TB em todo o mundo^{1,7,8}.

Apesar da TB ser uma patologia curável na maioria dos casos e passível de ser evitada, atualmente a taxa de cura no Brasil está em torno de 70%, uma taxa inferior à meta recomendada pela OMS, que é de 90%. Diante disso, foi elaborada uma nova estratégia global para enfrentamento de tuberculose, com o desafiador objetivo de um mundo sem TB até 2035. O Brasil teve papel de destaque na elaboração dessa estratégia em função de sua experiência com o Sistema Único de Saúde (SUS)^{7,9}.

Para combater a doença, é fundamental entender o que leva alguns países a possuírem um número alarmante de novas infecções. A TB é transmitida quando um indivíduo infectado expulsa na forma de aerossóis gotículas contendo a bactéria, principalmente durante a tosse, contaminando os indivíduos próximos. Após o patógeno atingir o alvéolo das pessoas que inalaram essas partículas, o desfecho usual não é a instalação da forma ativa da TB. Ao invés disso, em indivíduos imunocompetentes, a multiplicação bacteriana intracelular tende a ser contida nas primeiras semanas após o contato, pela resposta imunológica mediada por células. Somente em uma pequena porcentagem dos casos a doença evolui diretamente para a forma ativa, quando a resposta imune não é capaz de induzir as bactérias a um estado de latência^{1,6}.

Após a forma ativa da TB se estabelecer, uma série de interações entre o hospedeiro e a bactéria resultam em uma resposta da imunidade adaptativa, onde macrófagos são recrutados e células T começam a acumular no tecido, dando origem a um granuloma. Se o granuloma gera uma inflamação local significativa, acaba evoluindo para uma área de necrose, progredindo com a liquefação dos tecidos afetados, gerando um substrato altamente contagioso quando expelido pela tosse, fala ou espirros⁶.

Este curso natural da doença explica o motivo de muitos indivíduos entrarem em contato com o bacilo, mas não manifestarem a doença. Diante disso, ressalta-se a necessidade de que assim que a doença evolua para a fase ativa, se faça o diagnóstico precoce, tratamento correto e completo, pois estes são os pilares básicos para o enfrentamento da doença. O abandono do tratamento e a recidiva da doença são fatores preocupantes e necessitam ser controlados para reduzir a incidência da doença e diminuir a morbimortalidade que recai sobre os pacientes^{3,9}.

A identificação dos sujeitos mais suscetíveis a contrair tuberculose é outro pilar do combate à TB, sendo de suma importância para a elaboração de estratégias e políticas públicas para o enfrentamento da doença^{10,11,12}.

O adoecimento por TB resulta da interação entre três pilares: a interação entre os indivíduos, o ambiente e aspectos individuais. Com relação às questões demográficas, sociais e econômicas destacam-se: a urbanização crescente e desordenada, moradias insalubres e superlotadas, a má distribuição de renda, baixa escolaridade e uma maior dificuldade em acesso aos serviços de saúde, o que contribui na manutenção e propagação da doença. Salientando que além da situação de moradia, o estado nutricional se torna um fator determinante para infecção^{10,11,13,14}.

Outros fatores que podem favorecer a infecção por tuberculose: uso com medicamentos imunossupressores para os pacientes em tratamento de doenças inflamatórias crônicas, alcoolismo, abuso de drogas, infecção prévia pelo HIV e poluição do ar, devido ao impacto negativo que esses fatores causam no sistema imunológico^{1,14}.

Observa-se que a maioria dos indivíduos acometidos são os que se enquadram em boa parte desses aspectos citados nos parágrafos anteriores e, portanto, estes são considerados os principais fatores de risco que favorecem a transmissão e o adoecimento por TB^{5,10,11}.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A dependência química é uma desordem crônica do sistema nervoso central, onde o indivíduo busca repetir o uso de uma substância que altera seu comportamento e a percepção da realidade, apesar dos impactos negativos a sua saúde. O desenvolvimento do vício engloba fatores que vão além do uso repetido da droga. A pressão exercida pelo ambiente, somada a traumas, stress e a vulnerabilidade genética de um indivíduo tem influência tanto no processo de neuroadaptação que uma substância psicoativa induz quanto no aumento de suscetibilidade de desenvolvimento de um transtorno mental^{16,17}.

De modo geral, o uso constante de substâncias psicoativas (SPA) gera uma série de alterações no sistema nervoso. Vias neurais são afetadas, resultando em uma maior ativação do sistema dopaminérgico e alterações do sistema do glutamato, que desempenha um papel significativo no desenvolvimento do vício. Além disso, o uso contínuo de SPA induz alterações no sistema de recompensa e anti-recompensa do cérebro, que juntamente com o fator emocional, são os responsáveis por fazer o usuário buscar a droga de forma excessiva. Somando a isso, o uso crônico leva a

alterações estruturais em diferentes sistemas do cérebro, sendo que as mais relevantes na fisiopatologia do vício ocorrem no neocórtex e sistema mesolímbico. Essas alterações levam a uma disfunção neuroadaptativa que envolvem substâncias relacionados com o crescimento e diferenciação celular, bem como atividade sináptica e neuroplasticidade. Dentre essas substâncias está o fator neurotrófico derivado do cérebro, que costuma estar alterado em desordens psiquiátricas, sendo o vício uma delas. A duração dessas alterações pode ser transitória ou permanente, a depender do período e quantidade do entorpecente utilizado^{16,17,18}.

O reflexo de algumas dessas alterações pode ser evidenciado pela mudança de comportamento que um indivíduo com drogadição apresenta com o uso crônico de uma substância. A alteração mais comum, observada na maioria das drogas ilícitas, ocorre na empatia, que corresponde à capacidade de se identificar e compreender a perspectiva alheia e os sentimentos envolvidos. Essa capacidade é fundamental para o sucesso de interações e vínculos sociais e é por esta razão que o uso crônico de drogas deteriora o aspecto social e familiar de um indivíduo, fato que pode impactar negativamente no tratamento e prognóstico^{19,20}.

O uso abusivo de SPA é um problema de escala global, visto que aproximadamente 29 milhões de pessoas são dependentes de algum tipo de substância psicoativa. Essas substâncias estão divididas em lícitas, como tabaco e álcool e ilícitas, como a maconha, a cocaína e o crack²¹.

Além de promover danos individuais, familiares e coletivos, a dependência química amplia os gastos do estado com segurança pública, serviços de assistência social, atendimentos ambulatoriais e intervenções hospitalares, além de trazer inúmeros desafios às políticas públicas. O potencial que as drogas têm de influenciar e transformar a estrutura das pessoas criam obstáculos para a unidade familiar e repercutem no cotidiano dos serviços de saúde que precisam se adaptar às necessidades evidenciadas na comunidade^{22,23}.

Substâncias que causam dependência são relacionadas a frequentes recaídas, tanto quando se tenta interromper o uso contínuo como também após o êxito em se obter longos períodos de abstinência. Essas recaídas estão relacionadas ao desenvolvimento de mudanças na química cerebral e adaptações celulares moldadas pelo uso de SPA. A nível cerebral, o período de abstinência é caracterizado por um aumento progressivo de enzimas antioxidantes à medida que os dias passam sem ter contato com a substância causadora da dependência, bem como uma melhora da

função endotelial evidenciada pela maior capacidade de produção de óxido nítrico, que antes eram comprometidos pelo uso de SPA. Entretanto, a dinâmica cerebral não retorna totalmente ao estado antes do vício se desenvolver. Alterações induzidas pelo fator neurotrófico derivado do cérebro durante o uso crônico de SPA tende a criar mudanças duradouras no sistema mesolímbico dopaminérgico, que são associadas ao comportamento aditivo que permanece mesmo após longos períodos de abstinência e que participam do processo de recaída²⁴.

DEPENDÊNCIA DO CRACK

O crack é uma das apresentações da cocaína, conhecida também como “cocaína fumada” ou simplesmente por “crack” devido ao barulho que faz ao ser queimada. Caracteriza-se por ser uma droga psicotrópica, de alta potência, ilegal e estimulante do sistema nervoso central (SNC), capaz de desencadear uma rápida e intensa dependência. A droga é composta por uma mistura de pasta base de cocaína acrescentada com água e bicarbonato de sódio que, ao ser aquecida, se transforma em cristais conhecidos como “pedras” de crack. Quando fumada, seus efeitos estimulantes associados a um prazer intenso surgem em questão de segundos, perdurando por volta de cinco minutos. Essas alterações momentâneas no SNC induzem o indivíduo a usar o entorpecente novamente para repetir essas sensações, dando início ao vício^{2,23}.

O crack é consumido por uma pequena, porém relevante parcela da população brasileira e seu uso vem sendo considerado um problema de saúde pública, devido ao crescimento progressivo do número de usuários e problemas de saúde associados. Sabe-se que é a droga ilícita que mais conduz a internações em hospitais psiquiátricos e a que mais gera demanda por atendimento, implicando em um custo significativo para o sistema público de saúde. O abuso dessa substância está associado à violência e criminalidade, a problemas psicológicos, deterioração das relações familiares e à potencialização da contaminação por doenças infecciosas^{2,22,23,25}.

EPIDEMIOLOGIA DO CRACK

Os usuários de crack caracterizam-se por serem uma população de risco vivendo sob inúmeras vulnerabilidades, tornando-se um desafio para os serviços médicos, para as políticas públicas e para a assistência social^{2,22,25}.

O perfil médio dos usuários compreende adultos jovens, predominantemente do sexo masculino, solteiros, pertencentes a grupos marginalizados de áreas urbanas, com um baixo nível educacional, baixa renda, sujeitos à violência sexual e a falta de apoio social durante uma eventual gestação^{2,22,26}.

A situação de moradia tem um papel central no quanto uma pessoa é influenciada pela vulnerabilidade social. No Brasil estima-se que 40% dos usuários de crack moram nas ruas. Sabe-se que essa situação está fortemente relacionada a uma série de agravos de saúde, sociais e legais, que ampliam a marginalização social. Não ter moradia fixa implica que os usuários estão em maior risco de sofrerem abuso sexual, desenvolverem um transtorno mental e múltiplas comorbidades clínicas^{2,25}.

Diferentemente dos dados internacionais, os usuários de crack no Brasil não eram em sua ampla maioria usuários de drogas injetáveis, sendo que 90% referiram nunca ter usado entorpecente via intravenosa. Existem também algumas diferenças epidemiológicas dentro do próprio Brasil, especialmente quando se compara as capitais e as demais cidades brasileiras. Os usuários de crack das capitais referem o uso de uma maior quantidade do entorpecente, bem como já terem ficado pelo menos um mês sem consumir crack. Outro dado é o tempo de uso médio da droga, que nas cidades não capitais tem uma média de 58 meses. Já entre os usuários que residem nas capitais o consumo foi de 91 meses. Em cidades de menor porte têm se percebido uma menor deterioração dos laços familiares, fato que tem sido atribuído a menor distância geográfica entre a família e o dependente químico, o que resulta na maior possibilidade de intervenção².

Quanto ao motivo do consumo do crack, estatisticamente, mais da metade dos usuários no Brasil iniciou o uso da droga por conta da curiosidade em experimentar e sentir o efeito do entorpecente. Considerando que o crack é uma droga barata, altamente viciante e de relativamente fácil obtenção no Brasil, o ato de fumar crack é um hábito que se estabelece e se perpetua durante inúmeros meses. Entretanto, 77% dos usuários brasileiros manifestam a vontade de realizar um tratamento para dependência química².

CONSEQUÊNCIA DO CONSUMO DE CRACK PARA O ORGANISMO

Sabe-se que o ato de fumar ou inalar o crack induz uma série de repercussões, tanto locais, afetando as vias aéreas quanto sistêmicas. Ao consumir a droga, a fumaça causa lesão térmica direta nas vias aéreas e ao atingir os pulmões pode gerar uma ampla gama de consequências. A tosse intensa, podendo ser seca ou com eliminação de escarro, é um sintoma com alta prevalência entre os usuários de crack. Esse sintoma pode ser acompanhado de dispneia, hemoptise, exacerbação de asma e sibilância. Dor no peito, febre, perda ponderal, desnutrição, pneumotórax e edema pulmonar também fazem parte do quadro clínico. Juntos, esse conjunto de manifestações recebem o nome de síndrome do crack²⁷.

As complicações na cavidade oral e nasal são mais frequentes nos indivíduos que fazem uso da cocaína por via inalatória. No entanto, elas ainda podem ser encontradas em usuários de crack. A fumaça inalada tem o potencial para causar queimaduras no palato mole, lesão supra glótica, trauma na orofaringe, edema severo de via aérea e ainda comprometimento da mobilidade das cordas vocais verdadeiras. A droga em si é a grande responsável pelo efeito lesivo, porém, não é a única culpada. O metal oriundo do cachimbo, que muitas vezes é improvisado, consistindo em uma lata de refrigerante amassada, também tem um papel lesivo, visto que parte do material inalado consiste em metal derretido²⁸.

A droga atua no sistema nervoso central, especificamente no sistema dopaminérgico mesolímbico, que é o centro de recompensa primário do cérebro. Nesse sistema, a droga promove uma intensa sensação de prazer e bem-estar ao impedir a recaptção da dopamina, resultando em um tempo de contato maior entre o neurotransmissor e seu receptor. O crack também é capaz de induzir mudanças morfológicas e funcionais no tecido encefálico em função da diminuição de fatores neurotróficos e pelo aumento do stress oxidativo, o que implica nas alterações emocionais e disfunções cognitivas apresentadas pelos usuários crônicos da droga²⁹.

Um dos grandes efeitos sistêmicos do crack é a capacidade de acelerar o processo de envelhecimento por reduzir o tamanho dos telômeros. Isso decorre do comprometimento da atividade da enzima telomerase, pois o entorpecente promove stress oxidativo de forma sistêmica e aumenta os mediadores inflamatórios, fatores que sabidamente agredem os telômeros³⁰.

Usuários de crack e cocaína frequentemente têm suas relações sociais minadas pelo vício e conseqüente mudanças emocionais, sendo que o grau de comprometimento da socialização tem sido considerado preditor de morbidade e mortalidade. A perda da socialização tem um grande impacto na vida de um usuário, não sendo incomum que o indivíduo acabe se isolando e limitando seu círculo social a outros usuários. Isso tem sido associada com as altas taxas de suicídio, homicídio e lesões não intencionais que são encontradas nessa população¹⁹.

FATORES DE RISCO PARA UM USUÁRIO DE CRACK DESENVOLVER TUBERCULOSE

O consumo de crack contribui para transmissão e contaminação de doenças entre os usuários, por comprometer a atuação do sistema imunológico e por expor seus usuários a diversas situações e comportamentos de risco^{22,27}.

O crack lesa diretamente o pulmão, o que culmina na quebra da barreira epitelial, atenuação do fator protetivo conferido pelos macrófagos, tanto pela diminuição na sua produção quanto na sua atividade. Também ocorre redução da atividade enzimática e comprometimento da produção de citocinas responsáveis por uma resposta pró-inflamatória. Dessa forma, quando um usuário de crack inala o patógeno, o epitélio alveolar não consegue resistir à invasão e posterior multiplicação do *Mycobacterium*, visto que a resposta imunológica está comprometida em vários aspectos, especialmente a resposta Th1. Por conseqüência, o desfecho de grande parte dos casos é o desenvolvimento da forma ativa da tuberculose^{27,31}.

Além do dano pulmonar, os usuários de crack se expõem a uma série de situações que potencializam a infecção por tuberculose, visto que o ato de fumar crack cria um ambiente propício para a transmissão da tuberculose. A estadia prolongada de vários usuários de crack em um ambiente pequeno e mal ventilado, implica em contato muito próximos com outras pessoas. É típico dos usuários de crack apresentarem uma tosse intensa e frequente e isso, somada a outras complicações agudas do uso da droga por via inalatória, promovem um ecossistema propício a transmissão da TB²².

O comportamento de usuários de drogas inalatórias influencia o risco de contrair tuberculose. Atitudes como o compartilhamento do cachimbo ou práticas como *shotgunning* favorecem a infecção. Essa prática consiste em uma forma de

consumir a droga em que a “fumaça” é passada “boca a boca” para o outro usuário. Esses costumes se tornaram banais entre os usuários de crack e estão relacionados com um grande potencial de transmissão de patógenos respiratórios, dentre eles o bacilo de Koch²².

Dentre as drogas ilícitas, sabe-se que o crack é a que atribui maior chance de um indivíduo testar positivo para TB através da baciloscopia. O risco de acabar necessitando de um tempo de tratamento prolongado e o desenvolvimento de cepas resistentes aos antibióticos, bem como o abandono da terapia também são maiores^{22,27}.

Usuários de crack costumam ser diagnosticados com TB mais cedo quando comparados a indivíduos que não fazem uso de drogas, em função da progressão rápida da doença, visto que a atuação dos macrófagos nos pulmões é comprometida, o que faz com que a doença evolua para um estado debilitante rapidamente, o que motiva a busca pelo serviço de saúde²⁷.

CONCLUSÃO

Entre os usuários de crack há um sinergismo de diversas situações que promovem a contaminação pelo *Mycobacterium*: o estilo de vida arriscado, a permanência em aglomerações por longos períodos em um ambiente onde outros usuários estão constantemente tossindo, o compartilhamento de materiais envolvidos no consumo da droga, a má nutrição, a falta de moradia e ainda há presença de outras comorbidades como HIV.

Essas situações, somadas ao dano direto que a droga causa ao corpo, especialmente aos pulmões, com o comprometimento da resposta imunológica aumenta significativamente o risco de infecção pela tuberculose. Além disso, a falta da resposta imune deixa o patógeno livre para se multiplicar dentro das células, resultando na forma ativa da tuberculose pulmonar, sendo a explicação do porquê tantos usuários de crack desenvolvem tuberculose.

Considerando que o crack leva a deterioração da capacidade de socialização do usuário, muitos acabam se afastando de seus amigos e familiares, resultando em uma maior exposição do indivíduo a condições precárias de vida e menor chance de receber ajuda, o que por sua vez aumenta significativamente o risco de contrair tuberculose.

Este fato também tem o potencial de influenciar o desfecho da terapêutica, muitas vezes favorecendo a evasão do tratamento, tanto da dependência química quanto da tuberculose. Portanto, a perda da socialização é um aspecto que deve ser trabalhado e considerado um dos pilares da terapia do dependente químico. Idealmente o tratamento deve ser conduzido por uma equipe multidisciplinar, que dará atenção não somente à questão da enfermidade física, mas também tratará o pilar psicológico, contribuindo para um desfecho mais positivo do tratamento.

Esse artigo é um lembrete para os profissionais da saúde e gestores públicos sobre a importância de reconhecer e não desprezar as altas taxas de drogadição e os numerosos novos casos de tuberculose, visto que essas duas doenças tem uma grande relevância e consequências na nossa sociedade.

Dessa forma, é imprescindível a elaboração de estratégias de acolhimento dos usuários de crack, de medidas que permitam o diagnóstico precoce das doenças infecciosas que afligem essa população e tratamento das complicações que os usuários apresentam, bem como projetos que visem dar dignidade a essa população.

REFERÊNCIAS

1. Glaziou P, Floyd K, Raviglione M. Global Epidemiology of Tuberculosis, *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 2018 Jun 39(3): 271–85. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1651492>. Disponível em: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0038-1651492>.
2. Fiocruz. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. 224p. E-book. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019>
3. Costa KB, Silva CEF, MARTINS AF. Clinical and epidemiological characteristics of patients with tuberculosis in the city with the highest incidence of the disease in Brazil, *Clin Biomed. Res.* 2014 34(1): 40-46. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/43291/28770>
4. Suárez I, Fünker SM, Kröger S, Rademacher J, Fätkenheur G, Rybniker J. The Diagnosis and Treatment of Tuberculosis. *Deutsches Ärzteblatt international*, 2019 Out. doi: [10.3238/arztebl.2019.0729](https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0729). Disponível em: <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/210460>
5. Eddabra R, Neffa M. Epidemiological profile among pulmonary and extrapulmonary tuberculosis patients in Laayoune, Morocco. *Pan African Medical*

- Journal, 2020 Set 37(56): 1-8. doi: [10.11604/pamj.2020.37.56.21111](https://doi.org/10.11604/pamj.2020.37.56.21111). Disponível em: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/37/56/pdf/56.pdf>
6. Dheda K, Barry CE, Maartens G. Tuberculosis. *The Lancet*, 2016 Mar 387(10024): 1211–26. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00151-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00151-8). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00151-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00151-8/fulltext).
 7. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2022. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061729>.
 8. Poersch K, Costa JSD. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: estudo de casos e controles. *Cadernos Saúde Coletiva*, 2022 Jan 29(4): 485-95. doi: [10.1590/1414-462x202129040](https://doi.org/10.1590/1414-462x202129040). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2022005004201&tlng=pt.
 9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico de tuberculose – 2021. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2021/tuberculose/boletim_tuberculose_2021_internet.pdf/view.
 10. Lönnroth K, Jaramillo E, Williams BG, Dye C, Raviglione M. Drivers of tuberculosis epidemics: The role of risk factors and social determinants. *Social Science & Medicine*, 2009 Jun 68(12): 2240–46. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.03.041>
 11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil - 2019. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/manual-de-recomendacoes-para-o-controle-da-tuberculose-no-brasil>
 12. Scholze AR. Análise espacial e temporal da tuberculose entre pessoas em uso crônico de álcool, tabaco e ou drogas ilícitas no Estado do Paraná. [tese] [Internet]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2021. [citado em: 10 de março de 2023] Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-22032022-151416/>.
 13. Ximenes R, Albuquerque MFPM, Souza WV, Montarroyos UR, Diniz GTN, Luna CF et al. Is it better to be rich in a poor area or poor in a rich area? A multilevel analysis of a case-control study of social determinants of tuberculosis, *International journal of epidemiology*, 2009 Aug, 38(5): 1285–96. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2755128/>.
 14. Rasanathan K, Sivasankara Kurup A, Jaramillo E, Lönnroth K. The social determinants of health: key to global tuberculosis control. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2011 Jun, 15(6): 30–6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22405717/>.
 15. Eddabra R, Neffa M. Epidemiological profile among pulmonary and extrapulmonary tuberculosis patients in Laayoune, Morocco. *Pan African Medical*

- Journal, 2020 Set, 37(56): 1-8. Disponível em: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/37/56/full/>
16. Genung, V. Understanding the Neurobiology, Assessment, and Treatment of Substances of Abuse and Dependence: A Guide for the Critical Care Nurse. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 2012 Mar, 24(1): 117–30. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22405717/>
 17. Liu J, Li J. Drug addiction: a curable mental disorder? *Acta Pharmacologica Sinica*, 2018 Dez, 39(12): 1823–29. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41401-018-0180-x>
 18. Ornell F, Hansen F, Schuch FB, Rebelatto FP, Tavares AL, Scherer JN et al. Brain-derived neurotrophic factor in substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 2018 Dez, 193: 91–103. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.08.036>
 19. Pachado MP, Scherer JN, Guimarães LSP, Diemen L, Pechansky F, Kessler FHP et al. Markers for Severity of Problems in Interpersonal Relationships of Crack Cocaine Users from a Brazilian Multicenter Study. *Psychiatric Quarterly*, 2018 Dez, 89(4): 923–36. DOI: <https://doi.org/10.1007/s1126-018-9590-7>
 20. Baez S, Fittipaldi S, de La Fuente LA, Carballo M, Ferrando R, García-Cordero I et al. Empathy deficits and their behavioral, neuroanatomical, and functional connectivity correlates in smoked cocaine users. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2021 Ago, 110. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110328>.
 21. Ribas PGL, Richter TT, Marques FH, Bernuci MP, Silva TMG. Perfil sociodemográfico de usuárias de substâncias psicoativas em um município do Sul do Brasil. *Saúde e Pesquisa*. 2022 Dez, 15(4): 1–12. DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2022v15n4.e11151>
 22. Cruz VD, Harter J, Oliveira MM, Gonzales RIC, Alves PF. Consumo de crack e a tuberculose: uma revisão integrativa, SMAD. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 2013 Abr, 9(1): 48-54. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v9i1p48-55>
 23. Pedrosa SM, Reis ML, Gontijo DT, Teles AS, Medeiros M. A trajetória da dependência do crack: percepções de pessoas em tratamento. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2016 Out, 69(5): 956–63. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0045>
 24. Hirsch GE, Jaskulski M, Hamerski HM, Porto FG, Silva B, Aita CAM et al. Evaluation of oxidative stress and brain-derived neurotrophic factor levels related to crack-use detoxification. *Neuroscience Letters*, 2018 Mar, 670, 62–68. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2018.01.044>
 25. Halpern SC, Scherer JN, Roglio V, Faller S, Sordi A, Ornell F, et al. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, 2017, 33(6): 1-13. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000605002&lng=pt&tlng=pt.

26. Butler AJ, Rehm J, Fischer B. Health outcomes associated with crack-cocaine use: Systematic review and meta-analyses. *Drug and Alcohol Dependence*, 2017 Nov, 180, 401–16. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.08.036>.
27. Story A, Bothamley G, Hayward A. Crack Cocaine and Infectious Tuberculosis. *Emerging Infectious Diseases*, 2008 Sep. 14(9): 1466–69. DOI: <https://doi.org/10.3201/eid1409.070654>
28. Vandjelovic ND, Larson AK, Sugihara EM, Stern NA. Crack cocaine induced upper airway injury. *Annals of burns and fire disasters*, 2020 Jun, 33(2):121–25. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7452604/>.
29. Rosário B, de Nazaré M, Estadella D, Ribeiro D, Viana M. Behavioral and neurobiological alterations induced by chronic use of crack cocaine. *Reviews in the Neurosciences*. 2020;31(1): 59-75. DOI: <https://doi.org/10.1515/revneuro-2018-0118>
30. Levandowski ML, Tractenberg SG, Azeredo LA, Nardi TD, Rovaris DL, Bau CHD, et al. Crack cocaine addiction, early life stress and accelerated cellular aging among women. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2016 Nov, 71, 83–89. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2016.06.009>
31. Silva DR, Muñoz-Torrico M, Duarte R, Galvão T, Bonini EH, Arbex FF, et al. Risk factors for tuberculosis: diabetes, smoking, alcohol use, and the use of other drugs. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2018 Abr, 44(2): 145–152 DOI: <https://doi.org/10.1590/s1806-37562017000000443>

RECEBIDO: 05/09/2023
APROVADO: 21/10/2023

Análise das internações psiquiátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde no Paraná, 2008 a 2021

Analysis of psychiatric hospital admissions carried out by the Brazilian Health System in Paraná, 2008 to 2021

Matheus Jarek¹, Anna Caroline Ulson da Costa²

1. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-4371-033X>. Acadêmico de Medicina. Universidade Positivo, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: matheusjarek@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3114-7008>. Acadêmica de Medicina. Universidade Positivo, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: annacaroline.costa@terra.com.br

RESUMO

O estado do Paraná apresentou mudanças no âmbito da assistência à saúde mental nos últimos anos, e investigar o impacto dessas modificações, em especial no segmento hospitalar da rede, torna-se pertinente. Este estudo objetivou analisar o cenário das internações psiquiátricas realizadas no Paraná pelo Sistema Único de Saúde no período de 2008 a 2021. Trata-se de estudo retrospectivo, observacional, de análise de série temporal, realizado a partir de dados secundários disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. Observou-se um total de 341.852 internações. O principal diagnóstico associado às internações foi esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (26,2%), o qual também apresentou a maior média de permanência (45,6 dias) e maior valor médio por internação (R\$ 2.189,33). As internações foram observadas majoritariamente em homens (68,4%), e concentraram-se na macrorregional leste (48,6%). Salienta-se a necessidade de fortalecimento do modelo de atenção biopsicossocial e de serviços de cuidado extra-hospitalares.

DESCRITORES: Saúde Mental. Hospitalização. Sistema Único de Saúde. Sistemas de Informação em Saúde.

ABSTRACT

The state of Paraná presented changes in mental health care in recent years, and investigating the impact of these changes, especially in the hospital segment of the network, becomes pertinent. This study aimed to analyze the scenario of psychiatric hospital admissions carried out in Paraná by the Brazilian Health System from 2008 to 2021. This is a retrospective, observational, time series analysis study, based on secondary data available in the Brazilian Health System Hospital Information System. A total of 341,852 hospital admissions were observed. The main diagnosis associated with hospital admissions was schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (26.2%), which also had the longest mean length of stay (45.6 days) and highest mean value per hospital admission (R\$ 2,189.33). Hospital admissions were mostly observed in men (68.4%), and were concentrated in the macroregional east (48.6%). The need to strengthen the biopsychosocial care model and extra-hospital care services stands out.

DESCRIPTORS: Mental Health. Hospitalization. Unified Health System. Health Information Systems.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

Na década de 1970, teve início a Reforma Psiquiátrica no Brasil, que ocorreu inscrita em um contexto de esforços pela superação da violência asilar, pela defesa da saúde coletiva e da equidade na oferta de serviços e pelo redirecionamento dos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde. Constituiu-se um processo político e social complexo, o qual compreendeu uma gama de transformações de saberes, serviços e valores, em decorrência tanto da crise do modelo assistencial hospitalocêntrico quanto da luta de movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) protagonizou a denúncia à violência presente nos manicômios, à hegemonia da rede privada e à mercantilização da loucura, o que contribuiu para a construção coletiva de críticas ao modelo assistencial vigente à época¹.

Na década de 1980, passaram a surgir as primeiras propostas e medidas para reorientação da assistência, e foi realizado o II Congresso Nacional no MTSM, cujo lema era “Por uma sociedade sem manicômios”. Ainda nesse período, foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em 1987, e ocorreu o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) com a Constituição de 1988, o que favoreceu a articulação das gestões federal, estadual e municipal. A década de 1990 foi marcada pela Declaração de Caracas e pela II Conferência Nacional de Saúde Mental, que impulsionaram a criação de normas federais que regulamentaram serviços no âmbito da assistência mental. Além disso, ocorreram também nesse período ações em prol da expansão dos CAPS e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS)^{1,2}.

No ano de 2001, foi sancionada a Lei Federal nº 10.216/2001³, que reordenou a assistência à saúde mental no Brasil, visto que privilegiou a oferta de cuidados em base comunitária, dispondo sobre os direitos e a proteção dos indivíduos portadores de transtornos mentais e comportamentais e indicando a internação apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrassem insuficientes. Em dezembro de 2011, por meio da Portaria nº 3.088/2011⁴, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade consiste, no âmbito do SUS, na criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

O estado do Paraná teve seu processo de reorientação na assistência à saúde mental em consonância com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, mas apresentou suas particularidades. O modelo assistencial existente no estado, desde seus primórdios, no início do século XX até a década de 1980, foi fortemente embasado no paradigma manicomial. Mudanças sensíveis nesse padrão passaram a ser observadas a partir da década de 1990. Entre elas, destacam-se o sancionamento da Lei Estadual nº 11.189/95⁵ (conhecida como a Lei de Reforma Psiquiátrica do Paraná), a constituição da Comissão Estadual de Saúde Mental e a elaboração de uma política de saúde mental. No século XXI, a assistência psíquica no estado é marcada pela densificação dessas e outras medidas pela constituição de um novo aparato institucional, com a expansão de pontos de cuidado extra-hospitalares, pelo fechamento de certas instituições psiquiátricas e pela gradativa estruturação dos programas de saúde mental nos municípios paranaenses⁶.

Nesse sentido, frente ao redirecionamento, às reformas e ao desenvolvimento do modelo de assistência no Paraná, convém investigar os impactos dessas medidas e caracterizar o atual cenário da atenção à saúde mental no estado, especialmente no que condiz ao segmento hospitalar da rede. Com base nessas e outras considerações, este estudo objetiva analisar, descrever e discutir a tendência, o perfil, as taxas e as causas das internações psiquiátricas realizadas pelo SUS, no estado do Paraná, no período de 2008 até 2021.

MÉTODO

Trata-se de estudo retrospectivo, observacional, de análise de série temporal. Foi realizado a partir de dados secundários disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), obtidos por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS).

A coleta dos dados foi feita no dia 19 de janeiro de 2023, através do tabulador TABNET, no portal do DATASUS. Foi acessado o setor de informações epidemiológicas e de morbidade, pelo qual as informações de morbidade hospitalar disponíveis no SIH/SUS foram obtidas. Os dados foram coletados de acordo com o local de internação, a partir do ano de 2008, sendo a abrangência geográfica correspondente ao estado do Paraná.

Foi realizada a geração de tabelas, contendo as informações referentes às internações por ano do período de janeiro de 2008 até dezembro de 2021. O ano de 2022 não foi incluído, pois nem todos os meses desse ano apresentavam dados disponíveis. O conteúdo das tabelas consistiu nas seguintes morbidades da Classificação Internacional de Doenças (CID 10): demência; transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool; transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas; esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes; transtornos de humor (afetivos); transtornos neuróticos, relacionados com o 'stress' e somatoformes; retardo mental; outros transtornos mentais e comportamentais.

Neste estudo, foram utilizadas as variáveis diagnósticas associadas às internações, sexo, valor médio por intenção, média de permanência e macrorregionais do Paraná. Foram elaborados gráficos e tabelas para a avaliação dos dados, com a realização de análise descritiva e inferencial. Realizaram-se regressões lineares, com cálculo de coeficiente de determinação (R^2) para identificação de tendências das intenções ao longo da série temporal em estudo para cada morbidade. Para realização das análises, foi utilizado o programa *Microsoft Excel*[®].

O presente estudo foi realizado com modelo de análise teórico-metodológico a partir de trabalhos que contemplem aspectos sociais, históricos e epidemiológicos das internações psiquiátricas realizadas no âmbito do SUS e possibilitem a compreensão de suas características e tendências. Como referenciais, destacam-se os autores Wadi (2009, 2015), Cardoso (2011), Melo (2022), Rocha (2021), entre outros.

Este estudo foi feito com base em dados secundários de domínio público disponíveis *online*. Portanto, encontra-se dispensado de avaliação por Comitê de Ética em Pesquisa nos termos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012.

RESULTADOS

O número total de internações psiquiátricas no estado do Paraná pelo SUS, no período de 2008 até 2021, foi de 341.852, e apresentou diminuição, ainda que de forma descontínua, no número de internamentos. Ao se comparar o ano inicial da série temporal, 2008, com o final, 2021, percebe-se uma diminuição de 14.978 (45,6%) na quantidade de internações. No ano de 2008, foi observado o maior número de casos (32.846), e no de 2020, o menor (16.879). O diagnóstico com o maior número de

internamentos foi o de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, com 89.439 casos, o que representa 26,2% do número total de internações (341.852). Quando se comparam os extremos da série temporal, os anos de 2008 e 2021, observa-se que o diagnóstico com maior diminuição no número de internamentos foi o de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, com 6.021 (64,8%) casos a menos, seguido de transtornos de humor (afetivos), com redução de 3.669 (54,8%).

Tabela 1. Frequência absoluta de internações psiquiátricas por ano no estado do Paraná pelo Sistema Único de Saúde no período de 2008 a 2021

Diagnóstico*	Ano														Total
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Demência	100	105	98	106	84	70	82	71	47	67	68	106	64	60	1128
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	9290	8370	7961	8129	6900	6002	5266	5415	5169	5099	4996	4253	3379	3269	83498
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas	6186	5548	6858	6352	6042	4762	4440	4360	4627	5285	5931	4573	4447	5142	74553
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	8728	7961	7832	7622	7372	6283	5865	5272	5351	5704	5682	5702	4887	5178	89439
Transtornos de humor (afetivos)	6694	6306	6908	6878	6183	5037	4414	3930	3763	4213	4327	3922	2799	3025	68399
Transtornos neuróticos, relacionados com o 'stress' e somatoformes	240	258	312	300	288	209	131	146	202	182	162	99	108	125	2762
Retardo mental	126	135	233	454	422	336	263	358	430	327	377	411	399	338	4609
Outros transtornos mentais e comportamentais	1482	1333	1439	1192	1250	1311	1438	1348	1304	1300	1262	1278	796	731	17464
Total	32846	30016	31641	31033	28541	24010	21899	20900	20893	22177	22805	20344	16879	17868	341852

* Classificação Internacional de Doenças - 10ª revisão (CID-10).

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde.

Nota: tabela elaborada pelos autores (2023).

Ao se analisar o coeficiente de determinação (R^2), observou-se que o diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool apresentou a mais forte correlação entre a frequência de internações e os anos observados na série temporal ($R^2=0,9461$), seguido por transtornos de humor (afetivos) ($R^2=0,8589$) e esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes ($R^2=0,8389$). Todos os diagnósticos apresentaram tendência de diminuição no

número de internações ao longo dos anos, com exceção do diagnóstico de retardo mental, que apresentou tendência de elevação ($R^2=0,3402$).

Tabela 2. Resultado da análise de tendência das internações psiquiátricas no estado do Paraná pelo Sistema Único de Saúde por diagnóstico no período de 2008 a 2021

Diagnóstico*	Equação da linha de tendência	R ²	Tendência
Demência	$y = -2,9231x + 5969,1$	0,3923	Decrescente
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	$y = -439,19x + 890715$	0,9461	Decrescente
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas	$y = -117,51x + 242040$	0,3503	Decrescente
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	$y = -273,5x + 557356$	0,8389	Decrescente
Transtornos de humor (afetivos)	$y = -319,04x + 647582$	0,8589	Decrescente
Transtornos neuróticos, relacionados com o 'stress' e somatoformes	$y = -14,426x + 29259$	0,6865	Decrescente
Retardo mental	$y = 14,56x - 29003$	0,3402	Crescente
Outros transtornos mentais e comportamentais	$y = -36,242x + 74256$	0,4742	Decrescente

*Classificação Internacional de Doenças – 10^a revisão (CID-10); R² = coeficiente de determinação; y = número de internações; x = Ano.

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde.

Nota: tabela elaborada pelos autores (2023).

A média de permanência total foi de 34,4 dias. O diagnóstico que apresentou o maior tempo médio por internação foi o de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, com 45,6 dias, o que representa 304% do valor da menor média de permanência observada, que corresponde ao diagnóstico de transtornos neuróticos, relacionados com 'stress' e somatoformes, com 15 dias. A média de gastos totais fica em R\$1.598,15. O diagnóstico com maior valor médio por internação foi o de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, com R\$2.189,33.

Tabela 3. Quantidade de internações, média de permanência e valor médio por internação psiquiátrica no estado do Paraná pelo Sistema Único de Saúde por diagnóstico no período de 2008 a 2021

Diagnóstico*	Média de permanência (em dias)	Valor médio por internação (em reais)	Internações
Demência	19,4	931,14	1128
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	34,2	1556,52	83498
Transtornos mentais comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas	27,6	1270,26	74553
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	45,6	2189,33	89439
Transtornos de humor (afetivos)	27	1204,04	68399
Transtornos neuróticos, relacionados com o 'stress' e somatoformes	15	633,39	2762
Retardo mental	33,7	1840,76	4609
Outros transtornos mentais e comportamentais	39,3	1844,52	17464
Total	34,4	1598,15	341852

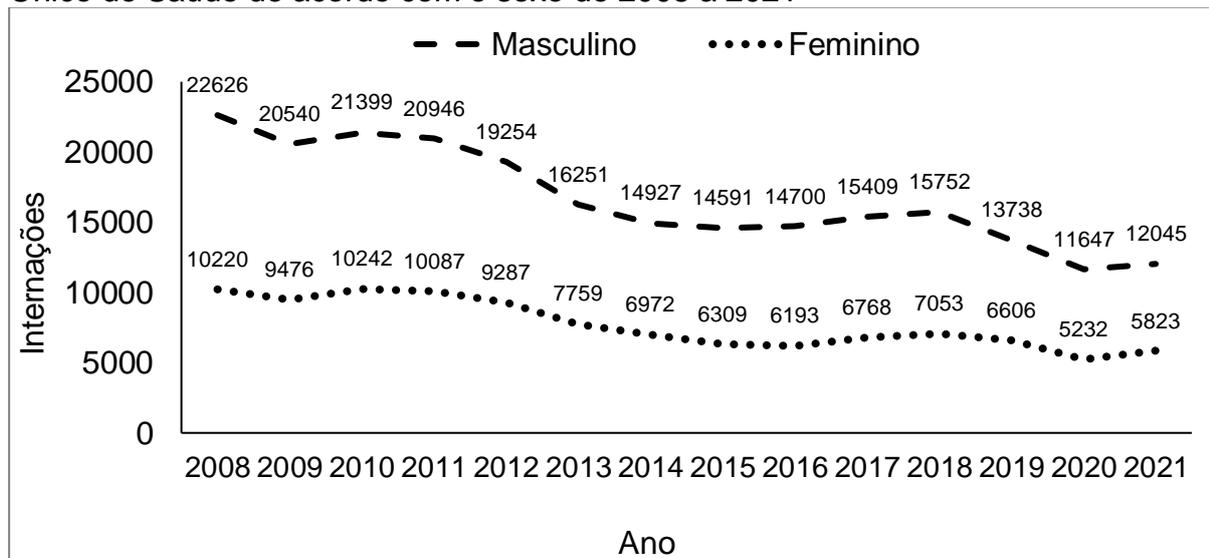
* Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão (CID-10).

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde.

Nota: tabela elaborada pelos autores (2023).

Foi encontrado maior número de internações por indivíduos do sexo masculino ao longo de toda a série histórica, com total de 233.825 (68,4%) internações. A maior diferença no número de internamentos entre os sexos foi registrada em 2008, com 12.406 internações de diferença, e a menor em 2021, com 6.222 internamentos.

Gráfico 1. Quantidade de internações psiquiátricas no estado do Paraná pelo Sistema Único de Saúde de acordo com o sexo de 2008 a 2021

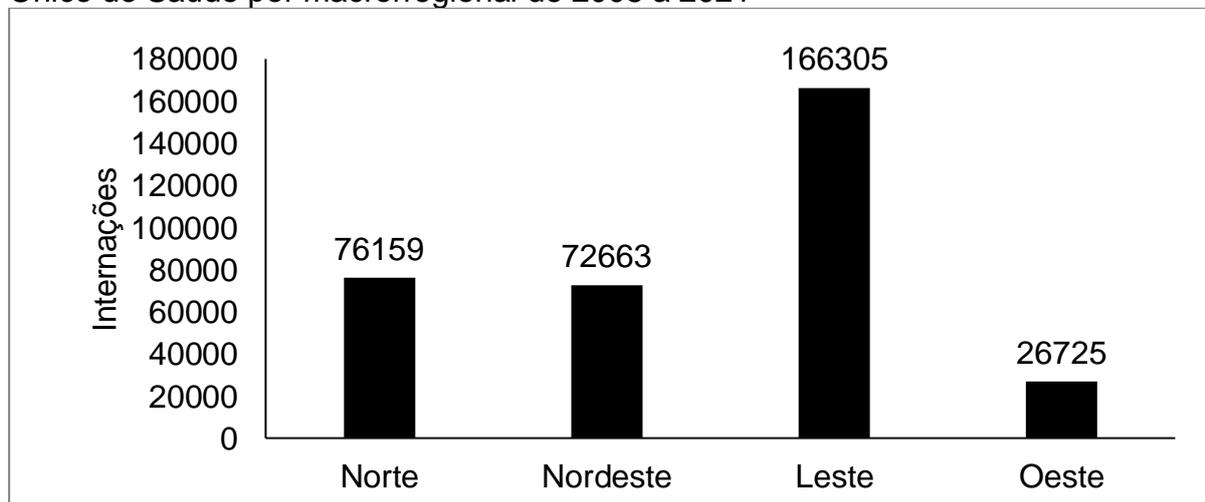


Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde.

Nota: gráfico elaborado pelos autores (2023).

A macrorregional leste concentrou o maior número de internações, com 166.305 (48,6%) casos. A macrorregional oeste apresentou o menor número de internamentos entre as macrorregiões, contabilizando 26.725 (7,8%) casos.

Gráfico 2. Quantidade de internações psiquiátricas no estado do Paraná pelo Sistema Único de Saúde por macrorregional de 2008 a 2021



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

Nota: gráfico elaborado pelos autores (2023).

DISCUSSÃO

A Reforma Psiquiátrica foi um processo complexo que teve impactos sobre as esferas da assistência psiquiátrica à medida que fomentou novos paradigmas éticos, sociais e técnicos. Foram observadas mudanças por meio da execução de políticas públicas consoantes às propostas da reforma em questão. Os pilares centrais consistiram na redução planejada dos leitos psiquiátricos nos hospitais especializados e na consolidação de uma rede de cuidados extra-hospitalares e de base comunitária⁷.

Frente a esse contexto, verificou-se que o estado do Paraná apresentou diminuição na frequência total de internações, o que coaduna com resultados de estudos similares sobre outros estados brasileiros⁸⁻¹¹. Estudo realizado sobre a tendência temporal das internações psiquiátricas em Sergipe, no período de 2008 a 2017, destacou a importância dos CAPS e da Rede de Atenção à Saúde como fatores contribuintes desse cenário, devido à possibilidade de oferta de cuidado contínuo e de facilitar a reinserção social dos indivíduos, evitando o agravamento dos quadros dos pacientes e a consequente necessidade de internação ou reinternação⁸. Outro estudo sobre o estado de São Paulo, no período de 2014 a 2019, também associa a redução das internações psiquiátricas com a expansão dos CAPS, além de salientar o fortalecimento da Atenção Básica e a execução de políticas públicas congruentes com os princípios da Reforma Psiquiátrica como fatores importantes nesse processo⁹.

Nesse sentido, o estado do Paraná apresentou avanços quanto à assistência à saúde mental. A redução de leitos psiquiátricos em hospitais especializados ocorreu de maneira gradativa e significativa no estado⁷. Em associação, medidas de fortalecimento da rede de cuidado foram realizadas, como definição de um mapa estratégico e elaboração de instrumento de estratificação de risco e de plano de cuidados¹². Destaca-se, ainda, a Linha Guia de Atenção à Saúde Mental¹³, que foi publicada em 2014 e visou desenvolver a política estadual de saúde mental, definindo diretrizes terapêuticas, protocolos clínicos e competências dos pontos de atenção. O documento também destacou a importância do aumento do acesso em diversos pontos de atenção, com enfoque na Atenção Primária à Saúde (APS).

Entre os transtornos mentais e comportamentais observados, esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes foi o principal diagnóstico responsável pela ocorrência de internações, demonstrando-se consoante aos resultados encontrados em outros estudos similares⁸⁻¹¹. A alta proporção de internações por essas

morbidades se relaciona a fatores diversos, tais como o sofrimento advindo dos sintomas e as dificuldades socioeconômicas, e ao convívio social. Além disso, para muitos pacientes e familiares, a necessidade de vigilância rigorosa com alimentação e terapia medicamentosa, somada a outros cuidados de rotina, torna a internação uma opção satisfatória de tratamento¹⁴. Outro fator que contribui para esse cenário é o curso adverso dessas morbidades, o que favorece a ocorrência de reinternações¹⁵, e pode resultar no acontecimento do fenômeno da porta giratória caracterizado pela ocorrência de sucessivas internações em função de episódios agudos do transtorno em alternância com momentos estáveis na comunidade¹⁶.

Ao se analisar os dados obtidos, há notável decréscimo no número de internações associadas a transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool ao longo dos anos. Estudo sobre o Piauí, no período de 2008 a 2020, também encontrou forte correlação de queda dos internamentos relacionados ao uso de álcool ao longo dos anos¹⁰. Entretanto, trabalho realizado sobre as internações psiquiátricas realizadas pelo SUS no Brasil, entre 2000 e 2014, apontou maior redução no número de internações por esquizofrenia, e não apresentou queda significativa nos casos associados ao uso de álcool¹⁷. Este estudo destaca e associa tal achado à baixa cobertura de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III). No estado do Paraná, houve medidas em prol da expansão desses centros nos últimos anos, como a Resolução Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) nº 715/2013¹⁸, que instituiu o Incentivo Financeiro Estadual direcionado para implantação dos CAPS AD III e Unidades de Acolhimento (UAs) nos municípios paranaenses.

Os CAPS acolhem pessoas com necessidades decorrentes do álcool e/ou de drogas e ofertam auxílio psicológico e social, como psicoterapia, acompanhamento psiquiátrico, terapia ocupacional, ajuda neuropsicológica, medicação assistida, atendimentos familiares e domiciliares, para que a família compreenda o transtorno e ajude no tratamento, entre outros serviços¹⁹. Dessa forma, os CAPS reduzem a chance de o quadro do paciente atingir um nível avançado, a ponto de comprometer sua funcionalidade e a sua boa vivência, conseqüentemente contribuindo para a diminuição do número de internações²⁰.

A elevação do número de internações por retardo mental observada não é descrita em outros estudos similares^{9,10,17}. O estudo sobre o Piauí, no período de 2008 a 2020, inclusive apontou redução no número de internações por essa morbidade¹⁰.

Trabalho realizado em 2014 no Hospital Escola Portugal Ramalho identificou uma alta proporção de pacientes de internação prolongada com diagnóstico de retardo mental. A possível associação apontada no estudo entre a alta taxa de internação e a morbidade em questão reside nas características do retardo mental, como comportamento tipificado, autodestrutivo e recorrente, intolerância à frustração, labilidade emocional, entre outras, que fazem o indivíduo recorrer ao internamento¹⁵.

Nesse sentido, destacam-se, apesar da ampliação e do desenvolvimento do modelo assistencial, as fragilidades e os desafios ainda existentes tanto na efetivação da rede de atenção à saúde mental quanto na garantia da adequada reinserção social dos indivíduos. No estado do Paraná, há a necessidade, para além da expansão de centros de atenção, do fortalecimento e da ampliação da articulação entre níveis e pontos de atenção, promoção de qualificação de profissionais e da rede, implantação de serviços residenciais terapêuticos (SRT) e busca por integração entre comunidade, familiares, profissionais e pacientes¹².

Referente ao tempo de internação, esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes é o diagnóstico que apresentou a maior média e, conseqüentemente, o maior valor médio por internação. O tempo prolongado de internamento por essa morbidade e o seu alto custo são indicados por outros estudos^{10,15}. Episódios de agravo do transtorno, reinternações, declínio funcional e despesas ligadas ao tratamento farmacológico e psicossocial são condições que contribuem para um alto custo e longo período de internação para pacientes acometidos por essas morbidades¹⁵.

Além disso, outros fatores também contribuem para esse cenário. Estudo realizado por uma pesquisadora brasileira apontou que fatores como ser do sexo feminino, não residir no município do hospital ou no entorno hospitalar e passar por processo de internação compulsória tendem a aumentar a média de permanência hospitalar de pacientes com esquizofrenia, conseqüentemente elevando o custo das internações²¹. Também é importante destacar a maior prevalência da doença em indivíduos do sexo masculino, os quais apresentam maior exposição ao uso de substâncias psicoativas e menor adesão ao tratamento medicamentoso, o que contribui para a ocorrência de crises psicóticas²².

A maior frequência de internações foi observada em pessoas do sexo masculino, o que é congruente com os resultados de diversos estudos similares^{8-11,17}. Pode-se apontar como razão para isso a maior prevalência de transtornos mentais

relacionados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas em homens²³. Outro fator que explica a proporção superior de internações em indivíduos do sexo masculino é que esses, usualmente, desenvolvem esquizofrenia mais precocemente do que as mulheres, além de apresentarem um curso mais severo da doença²⁴.

A macrorregional leste, na qual se encontra a capital do Paraná, possui o maior índice de internamentos psiquiátricos. A concentração das internações na região da capital já foi descrita em estudos sobre outros estados^{10,11}. No estado do Paraná, pode-se relacionar tal fato com a movimentação de pacientes de cidades menores à capital, devido à existência de vazios assistenciais nas regiões do interior do estado e à concentração de serviços especializados na área da metrópole^{7,25}.

CONCLUSÃO

Neste estudo, observou-se uma diminuição considerável do número de internações psiquiátricas no Paraná no período de 2008 até 2021 pelo SUS. Isso é reflexo de avanços no modelo de cuidado em saúde mental no estado, em decorrência de ações estratégicas de planejamento, consolidação da RAPS, desenvolvimento dos CAPS, adoção da classificação de risco para cada paciente, entre outras medidas. Entretanto, mesmo com as ações e implantações substitutivas do modelo manicomial, os resultados são gradativos, e necessitam de um desenvolvimento cada vez melhor das redes extra-hospitalares, pois ainda existem fragilidades na rede de atenção à saúde mental no Paraná, como a presença de vazios assistenciais e a necessidade de articulação entre níveis e centros de atenção.

Ademais, entre outros achados relevantes deste estudo, aponta-se que: esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes foi o diagnóstico responsável pelo maior número de internamentos, bem como pela maior média de permanência e maior custo; retardo mental foi o único diagnóstico a apresentar tendência de elevação no número de internações; o sexo masculino apresentou maior frequência de internamentos; e a macrorregional leste apresentou maior concentração de internações.

Entre as limitações deste estudo, encontra-se a utilização de dados secundários disponíveis no SIH-SUS, visto que, em caso de ausência ou inconsistência de envio de dados, isso pode constituir uma subnotificação do número de internações em determinados períodos. Além disso, é pertinente destacar que a

Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento utilizado para obtenção das informações a respeito dos internamentos, é gerada a cada contato do paciente com o sistema hospitalar, o que pode ocasionar registros adicionais de AIH para um mesmo paciente²⁶.

Isso posto, salienta-se a necessidade da realização de investimentos e políticas públicas que promovam a articulação, a ampliação, a coordenação, a organização e a qualificação da rede de atenção à saúde mental no estado. Os resultados demonstram a importância do fortalecimento do modelo de atenção biopsicossocial e dos serviços em base comunitária, pois essas ações podem colaborar para a redução da proporção de internações psiquiátricas. Por fim, nota-se que este estudo possui dados referentes às internações psiquiátricas no Paraná, contribuindo com a análise desses frente ao contexto particular do estado e podendo auxiliar na elaboração de futuras estratégias de cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. [citado em 2023 fev. 10]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
2. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos [Internet]. 2002 jan.-abr. [citado em: 2023 fev. 10]; 9(1):25-59. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>
3. Presidência da República (Brasil). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [Internet]. Diário Oficial da União. 2001 abr. 06 [citado em 2023 fev. 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União. 2011 dez. 23 [citado em 2023 fev. 10]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
5. Paraná. Lei nº 11.189, de 09 de novembro de 1995. Dispõe sobre condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares, de cidadãos

- com transtornos mentais. [Internet]. Diário Oficial da União. 1995 nov. 09 [citado em 2023 fev. 12]. Disponível em: <https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=4261&indice=1&totalRegistros=1&dt=12.3.2020.14.23.55.322>
6. Wadi YM. Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná. Revista Tempo e Argumento [Internet]. 2009 jan.-jun. [citado em 2023 jan. 17];1(1):68-98. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338130370005>
 7. Zurita RCM. Assistência psiquiátrica no estado do Paraná: análise das internações hospitalares no período de 2000 a 2013. [tese] [Internet]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2015. [citado em: 2023 jul. 26]. Disponível em: <http://repositorio.uem.br:8080/jspui/bitstream/1/1983/1/000222640.pdf>
 8. Lima ALP, Santos L dos, Nery FS. Tendência temporal das internações psiquiátricas em Sergipe, entre 2008 a 2017. Cad. Grad. Ciênc. Biol. Saúde Unit [Internet]. 2019 out. [citado em 2023 fev. 06];5(3):179-92. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/6633>
 9. Dias BM, Badagnan HF, Marchetti SP, Zanetti ACB. Gastos com internações psiquiátricas no estado de São Paulo: estudo ecológico descritivo, 2014 e 2019. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2021 maio [citado em 2023 jan. 25];30(2):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000200024>
 10. Melo FCP, Oliveira ASS de, Oliveira AKS de, Júnior EB de M, Campelo LL de CR, Ibiapina AR de S, et al. Análise das internações psiquiátricas pelo SUS no Piauí, Brasil, de 2008 a 2020. Cogitare Enferm. [Internet]. 2022 set. [citado em 2023 jan. 18];27(0):1-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.81576>
 11. Lara APM, Volpe FM. Evolução do perfil das internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2001-2013. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2019 fev. [citado em 2023 jan. 25];24(2):659-68. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.14652017>
 12. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Saúde Mental [Internet]. Curitiba: SESA; [data desconhecida] [citado em 2023 jan. 29]. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Saude-Mental>
 13. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Linha Guia de Atenção à Saúde Mental [internet]. Curitiba: SESA; 2014. [citado em 2023 jan. 30]. Disponível em: http://www.conims.com.br/arquivo_usu/documentos/alterados/sgsites-huner-20180205-103120.pdf
 14. Pereira AR, Joazeiro G. Percepção da internação em hospital psiquiátrico por pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. O Mundo da Saúde [Internet]. 2015 out. [citado 2023 fev. 07];39(4):476-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.20153904476483>

15. Peixoto ALA, Magalhães IM, Oliveira JEB, Filho ERB. Paciente de internação prolongada em hospital psiquiátrico: condições clínicas ou sociais? Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2016 dez. 15 [citado em 2023 jul. 27];10(6):4885-93. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11269/12904>
16. Cardoso L, Galera SAF. O cuidado em saúde mental na atualidade. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2011 jun. [citado em 2023 jan. 27];45(3):687–91. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300020>
17. Rocha HA, Reis IA, Santos MAC, Melo APS, Cherchiglia ML. Internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ocorridas entre 2000 e 2014. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2021 abr. [citado em 2023 jan. 25];55(14):1-11. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002155>
18. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Resolução SESA nº 715/2013. Instituir o Incentivo Financeiro Estadual para implantação de CAPS AD III Regional e Unidade de Acolhimento Regional, na modalidade de repasse “Fundo a Fundo”, na Rede de Atenção à Saúde Mental [Internet]. Diário Oficial nº 9104. 2013 dez. 09 [citado em 2023 jan. 31]. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/resolucao7152013.pdf
19. Ministério da Saúde (Brasil). Centro de Atenção Psicossocial - CAPS [Internet]. Brasília: MS; [data desconhecida] [citado em 2023 fev. 03]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps#:~:text=Caps%20AD%20IV%3A%20Atendimento%20a,a%20essa%20parcela%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o>.
20. Macedo EV, Camargos MCS. Evolução da cobertura de CAPS e das internações por transtornos mentais e comportamentais em Minas Gerais. Saúde (Sta. Maria) [Internet]. 2022 dez. [citado em 2023 mar. 12];48(1):1-9. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/67207>
21. Rodrigues LAM. Perfil e custos de hospitalização de pacientes com esquizofrenia no Sistema Único de Saúde de Minas Gerais [dissertação] [Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2015. [citado em 2023 mar. 12]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-B32HVW>
22. Ferreira AAA, Sena GS, Galvão MVM, Felix RHM, Mendonça RM, Guerra GCB, et al. Tendência temporal da esquizofrenia: um estudo realizado no âmbito hospitalar. J. bras. psiquiatr. [Internet]. 2008 jan. [citado em 2023 fev. 03];56(3):157-61. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000300001>
23. Santos RS, Sena EP, Aguiar WM. Perfil de internações psiquiátricas em unidade hospitalar de Salvador, Bahia. Rev. Ciênc. Méd. Biol. [Internet]. 2017 dez. 19 [citado em 2023 fev. 06];16(3):374-9. DOI: <https://doi.org/10.9771/cmbio.v16i3.24385>

24. Mari JJ, Leitão RJ. A epidemiologia da esquizofrenia. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet]. 2000 maio [citado em 2023 fev. 06];22(1):15-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500006>
25. Wadi YM, Olinto BA, Casagrande ADB. Filantropia, privatização e reforma: cenários da assistência psiquiátrica no estado do Paraná. Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos [Internet]. 2015 out.-dez. [citado em 2023 fev. 19];22(4):1353-1371. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000400009>
26. Barbosa MN. Possibilidades e limitações de uso das bases de dados do DATASUS no controle externo de políticas públicas de saúde no Brasil. [Trabalho de Conclusão de Curso] [Internet]. Brasília: Instituto Serzedelo Corrêa, TCU; 2019. [citado em 2023 fev. 27]. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/possibilidades-e-limitacoes-de-uso-das-bases-de-dados-do-datasus-no-controle-externo-de-politicas-publicas-de-saude-no-brasil.htm>

RECEBIDO: 28/03/2023
APROVADO: 18/09/2023

Estudo qualitativo sobre os cuidados paliativos e a relação de cuidado na atenção domiciliar em um município de médio porte

Qualitative study about palliative care and care relationship at home care in a medium-sized municipality

Stefan Wolanski Negrão¹, Maria Cecília Da Lozzo Garbelini², João José Batista de Campos³, William Augusto Gomes de Oliveira Bellani⁴, Marcio Jose de Almeida⁵

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3727-0982>. Médico da Prefeitura Municipal de Guarapuava. Mestre em Educação e Ciências da Saúde. Secretaria Municipal da Saúde. Guarapuava, Paraná, Brasil.
E-mail: swnegrao@hotmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8536-584X>. Docente no Departamento de Pós-Graduação no Ensino nas Ciências da Saúde. Doutora em Biologia de Sistemas. Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: ceciliagarbelini@hotmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7992-6276>. Médico e Professor Universitário. Doutor em Saúde Pública. Centro Universitário de Jaguariúna (UniFAJ). Jaguariúna, São Paulo, Brasil
E-mail: ejocampos@gmail.com

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1429-616X>. Odontólogo e Docente. Doutor em Saúde Coletiva. Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: william.bellani@gmail.com

5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7094-9906>. Médico e Professor Universitário. Doutor em Saúde Pública. Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: marciojalmeida2015@gmail.com

RESUMO

No Brasil, ainda há poucos estudos sobre quais são os cuidados paliativos e como eles são desenvolvidos na atenção domiciliar. O objetivo desta pesquisa foi compreender a relação de cuidado entre os pacientes, os familiares e os profissionais de saúde do Programa Melhor em Casa, envolvidos com os cuidados paliativos, em um município paranaense. Foi uma pesquisa

descritiva exploratória, de abordagem qualitativa, com entrevistas semiestruturadas. Identificou-se que a relação entre profissionais de saúde, pacientes e familiares acontece com sentimentos de carinho, respeito e gratidão, destacando-se a importância da humanização exercida pela equipe. Entraves para a prática dos cuidados paliativos relacionam-se com a capacitação profissional e a pouca sistematização do serviço de atenção domiciliar. Considerou-se que, apesar das melhorias ocorridas desde a implantação do serviço de atenção domiciliar e da prática dos cuidados paliativos, essa temática precisa ser mais bem explorada para a efetivação dessas modalidades como integrantes do Sistema de Saúde.

DESCRITORES: Serviços de Assistência Domiciliar. Cuidados Paliativos. Saúde Pública. Humanização da Assistência.

ABSTRACT

In Brazil, there are still few studies on what palliative care is and how it is developed in home care. The objective of this research was to understand the care relationship between patients, family members, and health professionals from the Program *Melhor em Casa* (Better at Home), involved with palliative care, in a municipality in Paraná. It was an exploratory descriptive study, with a qualitative approach, with semi-structured interviews. It was observed that the relationship among health professionals, patients and family members occurs with feelings of affection, respect and gratitude, highlighting the importance of the humanization exercised by the team. Obstacles to the practice of palliative care are related to professional training and the lack of systematization of the home care service. It was considered that, despite the improvements that have occurred since the implementation of the home care service and the practice of palliative care, this topic needs to be further explored for the implementation of these modalities as part of the Health System.

DESCRIPTORS: Home Care Services. Palliative Care. Public Health. Humanization of Assistance.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) contemporânea surgiu nos EUA em 1947, como extensão do Hospital Montefiore, voltada a encurtar o tempo de internação e a diminuir custos¹. No Brasil, a primeira forma organizada de atenção domiciliar surgiu dois anos depois, em 1949, com o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social (SAMDU). De lá para cá, essa modalidade vem evoluindo e expandindo-se, em resposta às demandas e necessidades da população, decorrentes do envelhecimento populacional, das transições epidemiológica, demográfica e da crise do modelo de assistência médico-hospitalar².

A proposta da AD é de um cuidado individualizado e contextualizado com a realidade do paciente, visando favorecer a recuperação da condição de saúde do usuário e sua autonomia no processo de saúde e doença. O cuidado prestado na AD deve contribuir para o processo de educação e promoção de saúde para o paciente e família, buscando melhor qualidade de vida para eles³.

Em 2011, o governo federal lançou a Política Nacional de Atenção Domiciliar por meio da qual instituiu, com a Portaria nº 2.029, o Programa Melhor em Casa (PMC)⁴. A partir de 2014, o Programa foi implantado em um município paranaense de porte médio, localizado na região central do estado e um dos líderes nacionais na produção agrícola.

Ao longo dos anos, essa política sofreu modificações com a finalidade de ampliar a oferta dessa modalidade de atenção. Atualmente, a AD é regida pela Portaria Ministerial nº 825 de 2016, que preconiza que ela seja organizada em três modalidades – AD1, AD2 e AD3⁵. A determinação da modalidade está condicionada pelas necessidades de cuidados de cada caso, em relação à periodicidade das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos.

As equipes devem ser multiprofissionais e podem ser de atenção direta aos pacientes – EMAD, ou de apoio - EMAP 4. Além da AD, a segunda metade do século XX foi palco do surgimento dos Cuidados Paliativos (CP). Além de terem “clientelas” semelhantes, a modalidade da AD e a forma de cuidar dos CP possuem semelhanças quanto à práxis do cuidado. A integralidade e a humanização são princípios comuns. Nem sempre praticados com afinco, mas preconizados sem dúvida alguma. Também

são comuns os objetivos de diminuição do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida⁶.

No cenário internacional, a concretização dos CP ocorreu inicialmente na Inglaterra, em 1967, com a fundação do St. Christopher's Hospice, e o desenvolvimento de ações específicas por Cicely Saunders, enfermeira, assistente social e médica. Na década de 1970, teve início um movimento hoje conhecido como "hospice moderno", pois não se limita às características dos hospices ou hospedarias da Idade Média e tem no revolucionário conceito de "dor total" um dos seus pilares⁷.

Os CP foram definidos inicialmente pela OMS na década de 1990, como ações voltadas ao alívio da dor e ao conforto dos pacientes e familiares no ciclo final da vida. Atualmente, a OMS conceitua-os como sendo uma forma de cuidado ou de abordagem de pacientes e familiares que enfrentam uma doença ameaçadora da vida. Para garantir qualidade de vida, bem-estar, conforto e dignidade humana, os cuidados paliativos devem ser centrados na pessoa, valorizando as necessidades do paciente de forma que este receba informações adequadas e apropriadas sobre seu estado de saúde⁸.

Nos últimos anos, a OMS aprovou uma série de Resoluções voltadas à implementação dos CP nas políticas e nos serviços nacionais de saúde. No Brasil, ocorreu a criação, em 2002, do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos no âmbito do SUS e, em 2005, da Política Nacional de Atenção Oncológica, incluindo os CP⁹.

Em 2017, os CP passaram a fazer parte da Política Nacional de Atenção Básica. Mais recentemente, em 2018, houve a aprovação da Resolução 41 pela Comissão Inter Gestores Tripartite (CIT), que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos CP, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do SUS, definindo, entre outros aspectos, que eles deverão ser ofertados no âmbito da rede de atenção à saúde⁹.

Em alguns estados brasileiros, passaram a surgir iniciativas legislativas, como no Paraná, em 2019, quando foi sancionada uma lei que, além de reforçar os princípios dos CP, estabeleceu que eles devem ser ofertados em qualquer ponto da Rede de Atenção à Saúde, inclusive na atenção básica e na atenção domiciliar¹⁰.

Os autores deste manuscrito são profissionais comprometidos há anos com a atenção básica e constatam, no dia a dia, a existência de vários estudos envolvendo

os CP nos serviços de alta complexidade e de poucos^{9,10} a respeito dessa forma de cuidado na modalidade AD.

Neste percurso, percebem, a partir das realidades vivenciadas, que há pouco acúmulo no cuidado a partir das tecnologias leves, centradas nas relações entre profissionais, pacientes e familiares durante a produção de atos de saúde *versus* a supervalorização das tecnologias duras¹¹, centradas no uso de aparelhos e instrumentos de trabalho.

Com a intenção de contribuir para a melhoria dos serviços produzidos na modalidade de AD, esta pesquisa teve como objetivos reconhecer as ações paliativas realizadas no domicílio e compreender as relações de cuidado estabelecidas entre os usuários, os familiares e os profissionais de saúde do Programa Melhor em Casa do município estudado.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória com abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa oito profissionais da equipe multiprofissional de atendimento domiciliar atuantes no Programa Melhor em Casa, lotados na Secretaria Municipal de Saúde, quatro pacientes e quatro familiares de pacientes atendidos pelo programa, todos maiores de 18 anos.

A coleta de informações ocorreu mediante consulta aos prontuários dos pacientes e por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, realizadas no período de janeiro a abril de 2020. As entrevistas foram conduzidas pelo pesquisador principal, em locais reservados, respeitando a privacidade dos participantes e em períodos pré-determinados, observando os momentos indicados pelos usuários e/ou familiares e pelos profissionais do programa.

Todas as entrevistas foram gravadas em dispositivo eletrônico de áudio e transcritas na íntegra. Foram utilizados dois roteiros, sendo um específico para o usuário e/ou para o familiar e outro para o profissional de saúde. As questões abordaram as características sociodemográficas, alguns aspectos relacionados ao serviço de atenção domiciliar do PMC e outros aspectos referentes aos CP.

As questões que fizeram parte do primeiro roteiro foram: 1. Como você entende o significado do cuidado? 2. Como você é tratado? 3. Tem críticas? 4. Você sabe receber o cuidado? De que maneira? 5. Como e por quais meios você recebe o

cuidado? 6. Como o paciente se sente e reage quando está sendo cuidado? 7. Como e por quais meios você retribui o cuidado? 8. Que pessoas participam do seu cuidado? 9. Já foi atendido no hospital? 10. Na sua percepção, em que condições o cuidado deixa de existir? 11. Conhece ou já ouviu falar em cuidados paliativos? 12. Quais ações da equipe de atenção domiciliar podem ser chamadas de cuidados paliativos?

Do segundo roteiro, as questões foram: 1. Você poderia falar sobre como compreende o significado do cuidado? 2. Como se cuida? Exemplifique sua prática de cuidado. 3. Mudaria sua forma de cuidar? Por quê? Em qual situação? 4. Como e por quais meios o paciente recebe o cuidado? 5. Como se sente e reage quando está cuidando? 6. Como e por quais meios o cuidado é retribuído? 7. Que pessoas participam do cuidado? 8. O contexto interfere no cuidado? 9. Existe diferença entre o cuidado no hospital e no domicílio? 10. Em quais condições o cuidado deixa de existir? 11. Como compreende os cuidados paliativos? 12. Defina as principais ações de CP realizadas pela equipe.

Para a análise do material adotou-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Minayo¹², que se desdobra em três momentos: pré-análise com elaboração de indicadores que orientaram a compreensão do material e interpretação final por meio da leitura flutuante, para constituição do *corpus* textual; exploração do material onde se buscou encontrar nas falas dos entrevistados as expressões ou palavras que constituíram as ideias centrais; tratamento dos resultados obtidos e interpretação, realizando as inferências possíveis com base nos dados registrados.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Este manuscrito é um dos produtos da pesquisa de Dissertação de Mestrado, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Pequeno Príncipe, em 18/12/2019 conforme o Parecer Nº 3.783.709. Para respeitar o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos por códigos: U1, U2... para usuários; F1, F2... para familiares e P1, P2... para profissionais.

RESULTADOS

Os resultados emergiram dos dados coletados nos prontuários dos pacientes e das entrevistas realizadas. Quanto ao gênero dos usuários, predominaram os homens (75%). A faixa etária variou entre 50 e 71 anos, predominando a de 61 a 70 (50%).

Quanto à escolaridade, todos tinham ensino médio completo. Com respeito às ocupações, verificou-se uma diversidade, sendo elas: latoeiro, professor, dona de casa (do lar), comerciante, aposentado, motorista, pedreiro e operador de máquinas.

Na cidade pesquisada, o PMC atende pessoas com necessidades de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica. Na amostra, todos os usuários participavam do programa dentro do tempo previsto, ou seja, há 12 meses. Desde sua implantação até o ano de 2020 foram admitidos no serviço cerca de 1.000 pacientes e, durante a coleta de informações, 40 estavam em acompanhamento domiciliar. Dentre os motivos por estarem sendo atendidos, o câncer foi o mais frequente (75%), sendo de esôfago, laringe, intestino, pulmão, próstata e pâncreas.

Quanto à procedência dos pacientes matriculados no programa, eles são predominantemente da área urbana, e identificou-se que 59% foram referidos pelas Unidades Básicas de Saúde da rede municipal.

No que se refere aos profissionais de saúde, que atuam de segunda a segunda, durante 12 horas por dia, incluindo os feriados, eram predominantemente mulheres e todos servidores da Secretaria Municipal de Saúde. Os profissionais de nível superior totalizaram 62,5% da amostra e os demais eram profissionais de nível médio. Quanto à categoria profissional, eram: três técnicos de enfermagem, duas enfermeiras, uma fisioterapeuta, um psicólogo e uma nutricionista.

Com a organização e codificação das informações coletadas foram construídas três categorias temáticas, sendo a primeira **“As relações de cuidado entre usuários e equipe multiprofissional na realização dos cuidados paliativos domiciliares”**; a segunda, **“A percepção do familiar no contexto da atenção domiciliar”**; e a terceira, **“A vivência da equipe Multiprofissional do Programa Melhor em Casa na realização dos Cuidados Paliativos”**.

DISCUSSÃO

Antes de serem desenvolvidas as análises e considerações em torno das categorias temáticas construídas, é importante frisar uma característica distintiva desse estudo. Ela refere-se ao fato já mencionado no capítulo de Resultados, de que a maioria dos usuários do PMC em questão foram encaminhados pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde existentes na cidade.

Isso difere de outras experiências, como a de Belo Horizonte, em que o acesso à atenção domiciliar se restringe à demanda dos hospitais, motivada pelo esforço de desospitalização, e das unidades de pronto atendimento, em que o ponto de partida é a pré-hospitalização¹³.

Não houve intenção de realizar comparações entre experiências. Essa pode ser uma ideia a ser desenvolvida futuramente, até mesmo para identificar as diferenças que provavelmente existam quanto às relações de cuidado, às percepções e às vivências que serão abordadas em seguida.

A primeira categoria temática, “**As relações de cuidado entre usuários e equipe, multiprofissional na realização dos cuidados paliativos domiciliares**”, emergiu principalmente dos depoimentos de usuários. A AD é permeada por condições complexas e específicas, sendo relevante o vínculo positivo entre usuários, cuidadores e profissionais da saúde. É neste contexto que a equipe multiprofissional é essencial, no que tange ao apoio em relação a questões técnicas, emocionais e psicológicas, com a intenção de diminuir a insegurança e promover o cuidado¹⁴. Algumas evidências dessa relação foram constatadas nos depoimentos abaixo:

[...] com muita confiança. Consegue ver o carinho e a responsabilidade de todos que estão empenhados no tratamento, mesmo quando parece que a melhora é pouca ou muito demorada. (U2)

[...] toda equipe e minha família me dão apoio nesse momento muito difícil. Sou tratado com respeito e da mesma forma como se eu não fosse doente, isso é muito importante. Não parecer inválida. (U3)

Diante do que foi apresentado, entende-se que é primordial aliar os CP ao cuidado humano com respeito, solidariedade e empatia. Autores¹⁵ ponderam que os profissionais da saúde que atendem no domicílio têm potencial para colaborar na assistência às pessoas em uma condição que exige atenção intensa.

A atenção domiciliar no contexto dos cuidados paliativos exige uma potencialidade na qualificação da assistência à saúde. Os depoimentos a seguir abordam o significado desse cuidado para os usuários.

[...] é permanecer ao lado da pessoa quando ela mais precisa, mesmo sendo muito difícil [...]. (U2)

O cuidado engloba várias coisas, não só remédio e comida. É amor e carinho. (U4).

O cuidado em saúde significa dar atenção, tratar, respeitar, acolher o ser humano. O cuidado é uma dimensão da integralidade que deve permear as práticas de saúde, notadamente quando se trata de práticas como as preconizadas pelo PMC, que se situam no campo oposto ao modelo biomédico, apostando no trabalho em equipes multiprofissionais, no estabelecimento de vínculos e na corresponsabilização pela saúde do outro, entre outras¹⁶. Os CP são compreendidos como aqueles realizados de forma harmoniosa pela equipe multidisciplinar, sendo o paciente, e não a doença, o foco da atenção. Nessa forma de cuidado, o paciente tem direito a informações e autonomia diante das decisões relacionadas ao seu tratamento¹⁷.

Nesse sentido, foi possível evidenciar o desencontro entre o conceito e a sua aplicação, conforme depoimentos abaixo:

[...] o cuidado deveria ser melhor, não fazem tudo o que peço. Querem me deixar com sonda e não precisa. Isso não é cuidado. Cuidado é fazer o que eu quero. Não me respeitam [...]. (U4)

[...] quando recebo visita é só da fisioterapeuta. O resto da equipe só sabe falar de sonda e remédio. Também querem que eu saia da cama o tempo todo [...]. (U1)

Os princípios que norteiam os CP são convergentes com aqueles que orientam a AD; porém, nota-se que sua aplicação no contexto desta amostragem é frágil, sobressaindo manifestações de inconformismo frente a uma abordagem mais do tipo paciente-objeto do que paciente-sujeito.

Foi possível constatar que a maioria dos usuários percebe a importância da atenção domiciliar.

[...] excelente, com cuidado, atenção e respeito. Nunca falta nada, tenho tudo que é preciso para o tratamento... Recebo o cuidado com os exames que são realizados, com a visita do médico, com a conversa com o psicólogo. (U4)

[...] não tem como cuidar se não sentir amor. Se não gostassem de mim já teriam me abandonado. Me sinto a pessoa mais cuidada do mundo já que minha doença é grave e não sabem quanto tempo eu ficarei viva. (U2)

A AD é considerada como um fator facilitador da abordagem em CP, pois tem como foco a reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde com a

humanização, atenção e autonomia dos indivíduos. Corroborando o teor do documento do Ministério da Saúde¹⁸, o depoimento a seguir expressa como as relações de cuidado configuram um ponto crucial nos CP e como elas apresentam dificuldades.

[...] bem tratado, nunca fiquei desamparado. Sempre me explicam o que tem pra fazer. Não desistem de cuidar, mesmo sabendo que eu vou morrer em breve. (U3)

Assim, vale ressaltar a importância da visita domiciliar enquanto instrumento de trabalho para a equipe. Segundo autoras de um Manual de Enfermagem¹⁹, a visita domiciliar é uma atividade que prioriza o diagnóstico da realidade vivida pelo paciente e as ações educativas.

Um grande desafio para a prática adequada dos CP é realizar uma avaliação eficiente, com a identificação de parâmetros clínicos que apoiem de forma científica o diagnóstico. São necessários conhecimentos técnicos e habilidades humanísticas²⁰, aliados à percepção da pessoa como principal ator envolvido no processo de adoecer e morrer. Além disso, é fundamental o envolvimento da equipe, da família e do paciente para as tomadas de decisões que levarão ao evento final.

No âmbito da segunda categoria temática, **A percepção do familiar no contexto da atenção domiciliar**, temos que o cuidado no domicílio é complexo, pois envolve lidar com pessoas com privação da mobilidade e autonomia, inseridas em um contexto familiar de vulnerabilidade, e com um cuidado individualizado, único e contextual, não definido apenas por patologia, grupo etário ou de risco.

A assistência em ambiente domiciliar com o apoio da família favorece a aplicação de princípios dos cuidados paliativos, integram aspectos psicossociais e espirituais, e dão suporte para que a família possa auxiliar nos cuidados à doença além de trabalhar o luto e a perda²¹. Corroborando essa autora, segue a fala de um familiar participante:

[...] ela no início quando ainda falava sempre agradeceu os médicos, enfermeiros e fisioterapeuta. Ela ficava feliz [...] que isso era muito bom [...] antes de piorar ela sorria sempre para a equipe e para a família. (F1)

Os familiares, quando se tornam cuidadores, colaboram com a continuidade da assistência necessária ao paciente formando uma conexão com a equipe^{21,23}. Ao

desempenhar esta função em relação aos cuidados e proteção, podem apresentar transformações no âmbito emocional, físico e social. É compreensível a probabilidade de situações decorrentes da evolução da doença e do tratamento ressoarem no cuidador. Desse modo, a família tem expectativas que podem ser divergentes do paciente e que devem ser levadas em conta.

[...] as visitas são poucas, deveriam vir mais vezes por semana, a gente acaba ficando sozinho [...]. (F2)

Autores brasileiros²² apontam para a importância de o paciente e a família serem considerados pelos profissionais de saúde como parte do cuidado, ambos merecendo atenção e assistência. Essa assistência pode ocorrer quando, por exemplo, a família não tem preparo técnico ou até mesmo emocional para assumir o manejo terapêutico do paciente. Neste caso são essenciais as orientações e esclarecimentos por parte da equipe multiprofissional, preferencialmente de forma contínua e repetitiva, facilitando a compreensão acerca dos cuidados.

Na percepção do familiar, o significado do cuidado domiciliar está atrelado a particularidades subjetivas construídas no contexto familiar e social. A relação entre o cuidador e o paciente é muito dinâmica, revelando diferentes significados como a obrigação ou o desejo de retribuir aquilo que a pessoa doente anteriormente ofereceu, seja afetiva ou financeiramente. Estes significados podem estar associados aos diferentes papéis construídos ao longo da vida.

[...] ele é meu pai, tenho obrigação de cuidar [...]. (F1)

Eu faço tudo o que posso, ele já cuidou tanto de mim [...] agora tenho que retribuir [...] é o que posso fazer [...]. (F2)

Como pode ser constatado nos depoimentos, o cuidado, quando realizado com abnegação, amor e responsabilidade, também pode significar a certeza de que o bem ao outro está sendo feito. Esta certeza de que a pessoa está sendo cuidada pode significar tranquilidade na vida do cuidador, ou seja, qualidade de vida.

Segundo autores²³, o significado do cuidado é elaborado historicamente e culturalmente por meio das relações sociais, pois os sentimentos envolvidos no processo de cuidado no domicílio influenciam diretamente na construção de seu significado.

A AD no contexto dos CP significa uma potencialidade na qualificação da assistência à saúde. Os depoimentos a seguir abordam o significado desse cuidado para os familiares.

Atender as necessidades de alguém que já não consegue cuidar de si próprio[...]. (F1)

Cuidar é se doar para alguém. É ajudar num momento difícil. É dar atenção a quem precisa. (F4)

Hidratação, cuidar da pressão, dar remédio para dor, alimentar corretamente, cuidar dos curativos para não piorar e preparar a família para o pior. (F1)

O contexto familiar engloba questões sociais, econômicas, culturais e relacionais que adquirem uma perspectiva especial, que deve ser observada pelos profissionais ao realizarem o cuidado domiciliar. É necessário atentar aos padrões culturais dos pacientes, da família e da comunidade circundante, respeitando suas tradições, hábitos, sentimentos e necessidades, a fim de enaltecer a humanização e a autonomia dos envolvidos no cuidar.

Assim, é necessário o acompanhamento psicológico para os familiares cuidadores, no sentido de auxiliá-los na tarefa do cuidar e no autocuidado. Autores de um estudo²⁴ indicam a modalidade do aconselhamento psicológico, uma vez que o processo se direciona para a tomada de decisões, mas acrescentam que o cuidador pode se beneficiar de outras formas de atendimento, como a terapia breve ou mesmo a psicoterapia.

Enfim, o sucesso do cuidado domiciliar está em olhar o indivíduo e sua família em seu contexto, visualizando e considerando seu meio social, inserções, moradia, hábitos, relações e qualquer outra coisa ou situação que faça parte de seu existir e estar no mundo²⁵.

A análise das entrevistas com os profissionais deu origem à terceira categoria temática: **A vivência da equipe Multiprofissional do Programa Melhor em Casa na execução dos Cuidados Paliativos.**

Para a equipe, a vivência de promover CP no contexto domiciliar ensejou a reflexão sobre os seguintes temas: significados atribuídos aos cuidados paliativos, as ações desenvolvidas nos cuidados paliativos e as percepções na assistência domiciliar.

O significado atribuído pela equipe multiprofissional aos CP foi relacionado à execução de cuidados básicos, técnicos e profissionais, prestados ao paciente, para trazer o alívio do sofrimento, melhorar a qualidade de vida e da dor, como descrito nas falas a seguir.

Promover as necessidades do paciente, cuidados profissionais [...] melhora a qualidade de vida e o alívio da dor. (P1)

[...] cuidados básicos e técnicos, executar procedimentos prescritos e acompanhamento da rotina [...]. (P2)

Essa percepção coincide com a filosofia dos CP que, de acordo com a literatura, propõe oferecer o conforto e alívio necessários para minimizar o sofrimento e a dor do paciente, proporcionando qualidade de vida, que é um componente essencial para manter a dignidade na finitude humana²⁶.

Para que o paciente seja cuidado em todos os aspectos, os CP pressupõem a ação de uma equipe multiprofissional. É fundamental que a equipe esteja familiarizada com a condição de vida e saúde do paciente e familiares, podendo, assim, promover conforto dentro das possibilidades.

A vivência da equipe multiprofissional foi relacionada às ações executadas com o paciente e a família no domicílio. Quando os profissionais foram indagados a respeito das ações desenvolvidas nos cuidados paliativos, os depoimentos apresentaram fragilidade e superficialidade no conteúdo das respostas e apenas um profissional trouxe o contexto familiar.

Mesmo os profissionais estando cientes de que o cuidado paliativo engloba múltiplos aspectos, acreditam que o que mais acomete estes pacientes são sinais e sintomas ligados aos aspectos físicos e psicológicos. Pode-se observar que os profissionais possuem conhecimento limitado sobre o significado dos CP, tanto em relação aos aspectos físicos, emocionais, psicológicos e espirituais, do cuidado que esse paciente necessita, quanto da importância da equipe multiprofissional.

Ou seja, o significado do cuidado está muito mais voltado para uma ação técnica e a cuidados fisiológicos, conforme atestam os depoimentos a seguir:

[...] sedação, curativos, exames laboratoriais, medicações, sondagens, administração de O₂, fisioterapia respiratória e motora. (P1)

Administrar medicamentos para aliviar a dor, oxigênio quando necessário. (P5)

Infere-se aqui a existência de lacunas de conhecimento, por parte da equipe, no que se refere a ações humanizadoras nos CP. A comunicação eficaz entre a equipe multiprofissional, o paciente e seus familiares ajuda a orientar, apoiar, esclarecer e, também, auxilia no atendimento das necessidades humanas básicas. Apenas em um depoimento o profissional abordou a humanização do cuidado ao paciente e à família:

[...] atendimento humanizado aos pacientes e também aos familiares e cuidadores, promover o alívio de dores e desconfortos, dar suporte psicológico ao paciente e familiar. (P6)

Uma assistência harmônica e convergente ao indivíduo portador de doença sem possibilidades de cura, e à sua família, depende de uma abordagem multidisciplinar. Os integrantes da equipe necessitam ter, como objetivo, uma opção de tratamento adequado para estes pacientes de maneira humanizada²⁷.

Dessa maneira, devido à concepção social e cultural de que o domicílio é o ambiente que pode conferir conforto, proteção, local de maior identificação e aproximação dos familiares e amigos e, por isso, ser facilitador no tratamento, tem-se proposto a transferência desta clientela, quando possível, do cuidado hospitalar para o cuidado ambulatorial ou domiciliar²⁸.

A família, quando se torna cuidadora, contribui com a permanência da assistência necessária ao paciente formando um elo com a equipe. No depoimento a seguir o profissional reconhece a importância da equipe e da família.

[...] o ambiente hospitalar promove um monitoramento 24 horas com a maioria dos cuidados sendo responsabilidade das equipes [...] no ambiente domiciliar a maioria dos cuidados e monitoramento passa aos cuidadores e familiares, amparados por uma equipe promotora de saúde como, por exemplo, o Programa Melhor em Casa [...]. (P6)

Ao analisar as falas dos profissionais percebeu-se que a vivência desse cuidado é expressa de uma maneira superficial e às vezes simplista. Esta percepção mereceria uma análise por parte da coordenação do programa para verificar se de fato corresponde à realidade e para providências.

Levando em consideração todos os aspectos relevantes para os CP destinados a pacientes sem possibilidades de cura, e às suas famílias, os integrantes da equipe precisam ter condições de abordar a finitude da vida.

Nesse sentido, torna-se primordial o resgate da humanização do processo de morrer, ou seja, a morte deve ser vista como parte da vida²⁶. Isso tanto no plano da assistência individual como no da atenção coletiva. Assumimos como nosso o discurso de um renomado pesquisador brasileiro que tem contribuído para o desenvolvimento do SUS com qualidade: “(...) a humanização da saúde passa pela radicalidade democrática do Bem comum. Não se cuida efetivamente de indivíduos sem Cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento Cuidado de cada um de seus sujeitos”²⁹. Nesse sentido, a morte e o morrer precisam fazer parte desses compromissos.

As dificuldades para a prática dos cuidados paliativos relacionam-se com a formação geral dos profissionais, a falta de profissionais especializados e a ausência de sistematização dos serviços existentes. A teoria e a prática dos cuidados paliativos são desafios que necessitam ser discutidos e difundidos entre profissionais de saúde e no seio da sociedade.

A aprovação da Resolução 03/2022³⁰ do Conselho Nacional de Educação, inserindo os cuidados paliativos nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de medicina, pode representar um importante passo, assim como a mobilização realizada por ocasião da 17ª Conferência Nacional de Saúde, em 2023, aprovando deliberações em torno da necessidade de uma Política e de um Plano Nacional de CP, com a destinação de recursos orçamentários específicos. São iniciativas que projetam cenários mais promissores do que os que a pesquisa realizada permitiu vislumbrar.

Os profissionais de saúde de uma forma geral, e em especial os da atenção primária, precisam conhecer e explorar essas temáticas. A AD e os CP são temas difíceis e complexos, que dizem respeito à construção de identidades e à tomada de responsabilidades na relação com o outro. Merecem a devida atenção.

Fomentar a participação dos cuidadores em grupos de apoio e oficinas pedagógicas é importante para propiciar a troca de experiências e saberes, estimular a empatia e promover uma reflexão sobre o cuidado. Os participantes aprendem e ensinam juntos sobre suas vivências, frustrações e conquistas. Isso traz alívio às angústias e aos medos, além de criar redes de apoio social, uma vez que essas são formadas por cuidadores e familiares de diferentes domicílios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que os CP oferecidos buscam proporcionar um ambiente de conforto e de controle de sintomas físicos e psicológicos, com uma abordagem familiar incipiente. Assumem papel destacado as formas de cuidar voltadas ao alívio da dor, aos curativos e à sedação.

Os temas da morte e do morrer, do luto antecipatório ou após o desfecho final, não foram objeto de registro nos depoimentos dos entrevistados e este foi um fator limitante da pesquisa.

Essa situação é indicativa não só de pouca vivência e reflexão dos membros da equipe dos CP que participou da pesquisa como também dos próprios pesquisadores, visto que esses temas não foram devidamente incluídos nos roteiros de questões preparados previamente para as entrevistas, apesar de existirem estudos que destacam a importância desses temas para o desenvolvimento dos CP com a qualidade necessária.

Nos casos de pacientes em fase final de vida, o processo de trabalho no qual os cuidados paliativos se iniciam deve contemplar o paciente de uma forma integral e completa. Isto requer conhecimento especializado dos profissionais na área, a fim de atender as demandas de cuidados.

Apesar dos avanços significativos, ocorridos desde o início da implantação dos serviços de atenção domiciliar e de cuidados paliativos, ainda há muitos desafios a serem vencidos. A falta de serviços e a formação profissional ainda voltada para a prática curativa e hospitalar são alguns dos entraves que impedem a consolidação tanto da modalidade de atenção domiciliar como da forma de praticar os cuidados paliativos.

As dificuldades durante a realização da pesquisa foram decorrentes principalmente da pandemia da COVID-19, cujo início coincidiu com a fase de coleta dos dados, na qual o distanciamento social e o uso de medidas preventivas interferiram na aproximação dos participantes com os pesquisadores.

Apesar das dificuldades, os resultados obtidos confirmam a potencialidade da atenção domiciliar como um espaço rico em possibilidades para a construção de práticas integrais, conforme já apontado na literatura. Considera-se que essas reflexões finais motivadas pela pesquisa poderão ser úteis para quem estiver também

se dedicando a estudar e praticar a atenção domiciliar como modalidade de atenção e os cuidados paliativos como formas de cuidar.

AGRADECIMENTOS

Aos gestores e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava, destacadamente aos dirigentes e profissionais que atuam no Programa Melhor em Casa; aos usuários e familiares que abriram as portas das suas casas e destinaram parte dos seus preciosos tempos para nos receber e manifestar suas opiniões que tornaram essa pesquisa uma realidade. Muito obrigado a todos!

REFERÊNCIAS

1. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2008 [citado 24 ago 2021];24(3):180-8. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a04v24n3.pdf>
2. Seixas CT, Souza CG, Silva KL, Sena RR. Experiências de atenção domiciliar em saúde no mundo: lições para o caso brasileiro. In: Organização Pan-Americana da Saúde Ministério da Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar/Ministério da Saúde [internet] Brasília DF. 2014 [citado 24 ago 2021]. p.17-41. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_sus_resu ltados_laboratorio_inovacao.pdf
3. César VCG. Relações de cuidado entre usuários e profissionais de saúde: avaliação qualitativa do serviço de atenção domiciliar [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2014, Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva [Internet]. [citada 24 ago 2021]. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/12982/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20Vasco%20Gomes%20de%20Albuquerque%20C%c3%a9sar.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2019 mar 17]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, nº 26, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html

6. Marcucci FCI, Cabrera MAS. Morte no hospital e no domicílio: influências populacionais e das políticas de saúde em Londrina, Paraná, Brasil (1996 a 2010). *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2015 [citado 24 ago 2021]; 20(3):833-840. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04302014>
7. Kübler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: wmfmartinsfontes; 2017.
8. World Health Organization. *Definition of Palliative Care*. Geneva: WHO. [Internet]. 2017 [citado 12 fev 2021]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
9. Silva AE. *A produção de cuidados paliativos no contexto da atenção domiciliar*. [tese na internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2018 [citado 24 ago 2021]. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-B4GFE9/1/tese_final_alexandre_ernesto_silva.pdf
10. Rodrigues LF, Pacheco LS, Chubaci EF, Zabeu GV, Souza GL, Colombino, ICF. Perfil e indicadores da assistência de um serviço de atenção domiciliar em cuidados paliativos de um Hospital de Câncer. *R. Saúde Publ. Paraná* [internet]. 2020 [citado 24 ago 2021]; 3(1):05-17. DOI: <https://doi.org/10.32811/25954482-2020v3n1p05>
11. Martins AA, Franco TB, Merhy EE, Feuerwerker LCM. A produção do cuidado no programa de atenção domiciliar de uma cooperativa médica. *Physis* [internet]. 2009 [citado 24 ago 2021]; 19(2):457-474. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Vb8cpwYnQmqMcnbdvZyx6Ys/?format=pdf&lang=pt>
12. Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
13. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2015 [citado 24 ago 2021]; 44(1):166-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910201000100018>
14. Martins SB, Cordeiro FR, Zillmer JGV, Arrieira ICO, Oliveira AT, Santos. Percepções de cuidadores familiares sobre o uso da hipodermóclise no domicílio. *Enferm. Actual Costa Rica* [Internet]. 2020; [citado 12 fev 2021]; 38 Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i38.38509>
15. Oliveira MBP, Souza NR, Bushatsky M, Dâmaso BFR, Bezerra DM, Brito JA. Atendimento domiciliar oncológico: percepção de familiares/cuidadores sobre cuidados paliativos. *Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro* [Internet]. 2017 [citado 12 fev 2021]; 21(2):1-6 . DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170030>
16. Seixas CT, Merhy EE, Baduy, RS, Slomp Jr H. La integralidad desde la perspectiva del cuidado em salud: una experiencia del Sistema Único de Salud

- em Brazil. *Salud Colectiva*. Universidad Nacional de Lanús. 2016; 12(1):113-123. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2016.874>
17. Hermes, HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [citado 24 ago 2021];18(9):2577-2588. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília, Ministério da Saúde; 2013. [Internet] [citado 22 ago 2021] Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa
19. Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: Manual de Enfermagem [internet]. 2001 [citado 24 ago 2021];43-46. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/ede3f251-2d4d-46a3-8604-372ac2e3fe30/TAKAHASHI%2C%20R%20F%20doc%2050.pdf>
20. Siqueira, JE Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. *Bioética* [internet]. 2005 [citado 22 ago 2021];13(2): 37-50. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/106/111
21. Fripp J. Ação prática do profissional de cuidados paliativos no domicílio. In: Manual de cuidados paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.
22. Ferreira NMLA, Souza CLB, Stuchi Z. Cuidados Paliativos e família. *Rev. Ciênc. Méd.* [Internet]. 2008 [citado 12 set 2021];17(1):33-42. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/742/772>
23. Marcon SS, Andrade OOG, Silva DMP. Percepção de cuidadores familiares sobre o cuidado no domicílio. *Texto & contexto enferm* Florianópolis [Internet]. 1998 [citado 21 set 2021];7(2):289-307. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-275501>.
24. Volpato FS, Santos GRS. Pacientes oncológicos: um olhar sobre as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores. *Imaginário* [Internet]. 2007 [citado 10 out 2021];13(14):511- 544. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ima/v13n14/v13n14a24.pdf>.
25. Lacerda MR. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família na perspectiva da área pública. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010 [citado 24 out 2021];15(5):2621-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500036>.
26. Rodrigues IG, Zago MMF. A morte e o morrer: maior desafio de uma equipe de cuidados paliativos. *Cienc Cuid Saude* [internet]. 2012 [citado 24 out 2021]; 11(suplem.):31-38. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i5.17050>
27. Martineli LRL, Carvalho MVB. A atuação multidisciplinar em cuidados paliativos: o lidar com crianças e adolescentes oncohematológicos. *Rev.*

enferm. UFPE [Internet]. 2011 [citado 24 out 2021];5(6):1444-1451. DOI: <https://doi.org/10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0506201118>

28. Sanchez KOL, Ferreira NMLA, Dupas G, Costa DB. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2010 [citado 20 out 2021];63 (2): 290-299. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000200019>.
29. Ayres, JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade [Internet]. 2004 [citado 10 out 2021];13(3):16-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>.
30. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3, de 3/11/2022. Altera os Arts. 6º, 12 e 23 da Resolução CNE/CES nº 3/2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

RECEBIDO: 13/07/2023
APROVADO: 24/10/2023

Índice de massa corporal pré-gestacional de mulheres com gravidez de alto risco na Amazônia Legal: um estudo descritivo

Pre-pregnancy body mass index of women with high-risk pregnancies in the Legal Amazon: a descriptive study

Amanda Silveira Mariano¹, Mônica Pereira Lima Cunha²,
Mônica Nascimento Cruz³, Filipe Augusto Alves Marques⁴

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0791-0790>. Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal de Rondônia. Departamento de Enfermagem. Porto Velho – RO, Brasil.
Email: asilveriamariano@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0130-9846>. Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Rondônia. Departamento de Enfermagem. Porto Velho – RO, Brasil.
Email: monicapl@unir.br

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3812-8582>. Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal de Rondônia. Departamento de Enfermagem. Porto Velho – RO, Brasil.
Email: monicacruz1701@gmail.com

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0301-1605>. Acadêmico de Enfermagem. Universidade Federal de Rondônia. Departamento de Enfermagem. Porto Velho – RO, Brasil.
Email: lipealvesmarques1@gmail.com

RESUMO

Este estudo objetiva descrever a frequência do índice de massa corporal pré-gestacional em gestantes de alto risco em um hospital de referência na Amazônia Legal, entre 2019 e 2020. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo, realizado na Região Norte do Brasil. Foram investigadas variáveis sociodemográficas e dados antropométricos da gestante; registro de complicações durante a gravidez; e variáveis clínicas do parto e nascimento. 330 puérperas participaram da coleta de dados e 309 foram selecionadas para este estudo. Destas, apenas 150 (48,5%) eram eutróficas. 228 (73,8%) das mulheres tiveram alguma complicação durante a

gravidez ou parto. O parto cesárea foi o procedimento entre a maioria das mulheres, com alto percentual de prematuros entre as de baixo peso (63,6%) e de recém-nascidos grandes para a idade gestacional em mulheres com IMC elevado (13,1%). Observou-se alta frequência de sobrepeso e obesidade pré-gestacional, evidenciando a necessidade de políticas públicas voltadas para a questão nutricional.

DESCRITORES: Índice de Massa Corporal. Gravidez de Alto Risco. Nutrição da Gestante.

ABSTRACT

This study aims to describe the frequency of pre-gestational body mass index in high-risk pregnant women in a reference hospital in the Legal Amazon, between 2019 and 2020. This is a descriptive, cross-sectional and quantitative study, carried out in the North Region of Brazil. Sociodemographic variables and anthropometric data of the pregnant woman were investigated; record of complications during pregnancy; and clinical variables of labor and birth. 330 postpartum women participated in data collection and 309 were selected for this study. Of these, only 150 (48.5%) were eutrophic, 228 (73.8%) had some complication during pregnancy or childbirth. Cesarean delivery was the majority among them, with a high percentage of premature births among low weight women (63.6%) and large newborns for gestational age in women with high BMI (13.1%). A high frequency of pre-pregnancy overweight and obesity was observed, highlighting the need for public policies focused on nutritional issues.

DESCRIPTORS: Body Mass Index; Pregnancy, High-Risk; Prenatal Nutrition



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

O estado nutricional no período pré-concepcional é um importante preditor de desfechos adversos à saúde materna e neonatal¹. Desse modo, como forma de favorecer que as alterações fisiológicas e metabólicas esperadas pelo período gestacional ocorram dentro da normalidade e a fim de evitar situações de risco para o binômio mãe/bebê, é recomendado que a mulher, ainda no período que antecede a concepção, mantenha seu peso de acordo com os parâmetros recomendados².

Nos últimos anos, o ganho de peso pré-gravidez de mulheres em idade reprodutiva tornou-se uma preocupação pelas agências de saúde em todo o mundo. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) alerta para graves situações alimentares e nutricionais onde o percentual de sobrepeso e obesidade ultrapassa 60% entre as mulheres adultas³, fazendo com que muitas cheguem ao período gestacional já em estado nutricional inadequado, evidenciando, assim, um fator de alerta para a gravidez e uma maior suscetibilidade ao adoecimento neste período⁴.

Mulheres em idade fértil e no período pré-gestacional, além do sobrepeso e obesidade, destaca-se também a relevância em identificar e acompanhar àquelas classificadas como baixo peso, uma vez que este pode ser um indicador de alimentação e nutrição insuficientes, bem como de condições socioeconômicas desfavoráveis, sendo esta uma condição altamente associada a maiores taxas de morbimortalidade materna e neonatal^{5,6}.

Dessa forma, a avaliação do estado nutricional por meio do índice de massa corporal (IMC) é um importante indicador para avaliar a saúde materna e promover um parto e nascimento seguros, ademais, a avaliação desse indicador no período pré-concepcional possibilita a predição do ganho de peso esperado para a mãe para uma gestação saudável. Portanto, a avaliação do IMC pode auxiliar na classificação de risco gestacional predizendo o risco de complicações como: diabetes gestacional e doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), além de outras condições crônicas e agudas potencialmente graves⁷.

Não obstante, além das repercussões do IMC materno prévio à gravidez no ganho de peso gestacional e nos riscos associados a esse período, existe, ainda, correlação entre o peso e os hábitos alimentares da mãe na futura formação do comportamento alimentar da criança⁸. Assim, identificar antecipadamente o peso

excessivo ou insuficiente da mãe antes da concepção, é oportunizar não somente uma gestação saudável, mas também uma nova configuração alimentar e nutricional positiva para o crescimento e desenvolvimento futuro da criança.

Considerando que o peso materno é uma variável passível de alteração e controle a partir de estratégias, como recomendações e intervenções dietéticas para adoção de melhores hábitos de vida⁹, e que por meio do cálculo do IMC pré-gestacional é possível antecipar e prevenir possíveis riscos gestacionais, destaca-se a importância de fomentar a discussão e disseminar o conhecimento a respeito da temática entre os profissionais da saúde, especialmente aqueles responsáveis pelo acompanhamento das mulheres durante o período reprodutivo¹⁰.

No que tange às mulheres classificadas como de alto risco gestacional, a necessidade de atenção a esses aspectos básicos se torna ainda mais expressiva, devido à maior vulnerabilidade a agravos e intercorrências^{11,12}. Todavia, por se tratar de mulheres muitas vezes com complicações ou intercorrências em gestações prévias ou doenças preexistentes, a atenção dos profissionais tende a se voltar, com maior intensidade, ao uso de tecnologias duras e intervenções focadas na doença, deixando em segundo plano o preenchimento das informações nutricionais da caderneta e a dedicação no fornecimento de orientações e realização de práticas educativas¹¹⁻¹³. Nesse sentido, esse estudo tem como objetivo descrever a frequência do IMC pré-gestacional materno em puérperas atendidas em uma maternidade de alto risco da Amazônia Legal, no período entre 2019 e 2020.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa, realizado em um hospital situado no município de Porto Velho, capital do estado de Rondônia, sendo esta a instituição pública estadual para qual as mulheres classificadas como de alto risco gestacional são referenciadas para acompanhamento do parto, e citada neste estudo como HBAP. Os dados foram selecionados a partir do projeto matriz intitulado “Influência de metais pesados e agrotóxicos nos desfechos adversos da gravidez no estado de Rondônia”, cuja coleta ocorreu no período de fevereiro de 2019 a fevereiro de 2020, tendo sido empregada a técnica de amostragem não probabilística por conveniência, onde foram recrutadas puérperas admitidas na instituição de estudo, após prévia autorização por escrito.

As puérperas foram convidadas a participar da pesquisa após o esclarecimento de seus objetivos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No caso das menores de 18 anos, o consentimento foi realizado pelo responsável, também após o informe dos objetivos da pesquisa e assinatura dos termos de autorização. As informações sobre a gestação e estilo de vida foram coletados a partir de formulário específico, com perguntas sobre características sociodemográficas, história gestacional anterior e atual, dados do parto, estilo de vida, hábito alimentar pelo questionário de frequência alimentar (QFA) e antecedentes familiares, na busca de fatores de risco ou variáveis que melhor identifiquem ou que possam afetar os desfechos adversos durante a gestação e ao nascimento, sendo o questionário utilizado testado previamente. Foram adicionados também como base dados o prontuário das mães e dos recém-nascidos, principalmente a impressão diagnóstica e outros dados que se fazem necessários para contribuir com os objetivos de desfecho da pesquisa.

Para este estudo, foram incluídas puérperas de todas as idades acompanhadas pelo serviço público de saúde, e excluídas todas aquelas que não informaram ou que tiveram dados antropométricos incompletos. Foram utilizadas variáveis sociodemográficas (idade, cor, estado civil, escolaridade, ocupação e renda familiar); dados antropométricos da gestante (altura, peso e IMC pré-gestacional); dados de registro de intercorrências durante a gravidez; e variáveis clínicas do parto e nascimento (tipo de parto, idade gestacional e peso e comprimento ao nascer).

Para a classificação do estado nutricional, foi considerado o IMC pré-gestacional de acordo com os valores de referência da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹, sendo classificadas como baixo peso ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$), eutróficas ($18,5 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 25,0 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($25,0 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($IMC \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$)⁴.

Os dados coletados foram armazenados, tabulados e analisados utilizando o Programa Microsoft Excel, no qual a amostra foi organizada em grupos de acordo com a sua classificação de IMC, de forma a permitir a visualização das variáveis de acordo com o estado nutricional dos casos.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia, sob Parecer nº 3.036.366 e CAAE: 00961618.2.0000.5300

RESULTADOS

No período entre 2019 e 2020, participaram da coleta de dados 330 puérperas. Destas, 21 foram excluídas por não apresentarem o registro dos dados antropométricos (peso e altura) pré-gestacionais, totalizando 309 mulheres para este estudo. Dentre as mulheres incluídas, somente 150 (48,5%) eram eutróficas (Tabela 1), ou seja, menos da metade da amostra de mulheres apresentava IMC considerado como adequado.

Tabela 1. Classificação do IMC pré-gestacional das puérperas do serviço de alto risco gestacional do HBAP, Porto Velho-RO, no período entre 2019 e 2020.

Classificação do IMC pré-gestacional	Puérperas	
	n	%
Baixo peso	22	7,1
Eutrofia	150	48,5
Sobrepeso	89	28,8
Obesidade	48	15,5
TOTAL	309	100

Fonte: Elaborada pelos autores (2023)

Quanto ao perfil sociodemográfico das puérperas, a maioria apresentava idade entre 20 e 34 anos (66,3%), autodenominava-se raça/cor parda (67,0%), solteira (77,0%), apresentava 12 anos ou mais de escolaridade (58,9%), era desempregada (59,9%) e possuía renda familiar entre 1 e 2 salários-mínimos (64,1%) (Tabela 2). Tal prevalência foi elevada entre as mulheres independentemente de sua classificação de IMC pré-gestacional, com exceção da variável estado civil, em que as mulheres classificadas como baixo peso eram, em sua maioria, casadas/em união estável (86,4%).

Tabela 2. Distribuição do perfil sociodemográfico das puérperas do serviço de alto risco gestacional do HBAP de acordo com a classificação do IMC pré-gestacional, Porto Velho-RO, no período entre 2019 e 2020.

Variáveis	Baixo peso		Eutrofia		Sobrepeso e obesidade		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade								
≤ 19 anos	10	45,5	26	17,3	16	11,7	52	16,8
20 a 34 anos	12	54,5	107	71,3	86	62,8	205	66,3
≥ 35 anos	-	-	17	11,3	35	25,5	52	16,8
Raça/cor								
Parda	15	68,2	106	70,7	86	62,8	207	67,0
Branca	4	18,2	25	16,7	30	21,9	59	19,1
Preta	2	9,1	12	8,0	18	13,1	32	10,4
Outros*	1	4,5	7	4,7	3	2,2	11	3,6
Estado civil								
Casada/união estável	19	86,4	15	10,0	33	24,1	67	21,7
Solteira	3	13,6	134	89,3	101	73,7	238	77,0
Outros**	-	-	1	0,7	3	2,2	4	1,3
Escolaridade (em anos)								
≤ 4 anos	4	18,2	30	20,0	27	19,7	61	19,7
5 a 8 anos	4	18,2	14	9,3	8	5,8	26	8,4
9 a 11 anos	6	27,3	18	12,0	16	11,7	40	12,9
≥ 12 anos	8	36,4	88	58,7	86	62,8	182	58,9
Ocupação								
Desempregada	19	86,4	86	57,3	80	58,4	185	59,9
Trabalho fora do lar remunerado	3	13,6	64	42,7	57	41,6	124	40,1
Renda Familiar ***								
< 1	1	4,5	13	8,7	17	12,4	31	10,0
1 a 2	17	77,3	97	64,7	84	61,3	198	64,1
3 a 5	3	13,6	35	23,3	31	22,6	69	22,3
> 5	-	-	4	2,7	4	2,9	8	2,6
Não informado	1	4,5	1	0,7	1	0,7	3	1,0

Fonte: Elaborada pelos autores (2023)

*Inclui mulheres indígenas, amarelas ou que não informaram raça/cor.

**Inclui mulheres viúvas, divorciadas ou que não informaram estado civil.

***Considerando o valor do salário-mínimo para o ano de 2020 (R\$1.039,00)

Quanto às intercorrências de saúde, observou-se que 228 (73,8%) das mulheres, participantes do estudo, apresentaram alguma complicação ou intercorrência durante a gestação ou o parto (Tabela 3).

Tabela 3. Ocorrência de complicações e intercorrências durante a gravidez ou o parto de gestantes de alto risco do HBAP de acordo com o IMC pré-gestacional, Porto Velho-RO, no período entre 2019 e 2020.

Classificação IMC pré-gestacional	Complicações e intercorrências			
	Sim		Não	
	N	%	n	%
Baixo-peso	16	5,2	6	1,9
Eutrofia	107	34,6	43	13,9
Sobrepeso e obesidade	105	34,0	32	10,4
TOTAL	228	73,8	81	26,2

Fonte: Elaborada pelos autores (2023)

Dentre estas complicações, destacaram-se a anemia entre as mulheres com baixo peso (18,2%), sangramentos e perda de líquido em mulheres eutróficas (7,3%) seguido de diabetes gestacional (7,3%) e Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) (21,2%) em mulheres com IMC elevado (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição das complicações e intercorrências encontradas entre as gestantes de alto risco do HBAP, de acordo com a classificação do IMC pré-gestacional, no período entre 2019 e 2020, Porto Velho-RO.

Complicações e intercorrências*	Classificação do IMC pré-gestacional					
	Baixo peso		Eutrofia		Sobrepeso e obesidade	
	n	%	n	%	n	%
Anemia	4	18,2	9	6	6	4,4
Sangramentos/perda de líquido	1	4,5	11	7,3	5	3,6
DHEG	2	9,1	23	15,3	29	21,2
Intercorrências placentárias**	1	4,5	5	3,3	5	3,6
Diabetes gestacional	-	-	3	2	10	7,3
Amniorrexe prematura	-	-	3	2	2	1,5
Outros***	11	50	75	50	71	51,8

Fonte: Elaborada pelos autores (2023)

*Uma mesma puérpera pode apresentar mais de um tipo de complicação e intercorrência na gestação/parto concomitantemente. Não foram consideradas, nesta variável, mulheres que não relataram complicações e intercorrências durante a gestação/parto;

**Inclui placenta prévia, descolamento da placenta e outras intercorrências relacionadas à placenta;

***Inclui infecções sexualmente transmissíveis e outras doenças infectocontagiosas, candidíase, infecções do trato urinário ou de outros sistemas, restrição do crescimento intrauterino, alergias e afecções diversas.

LEGENDA: DHEG - Doença Hipertensiva Específica da Gravidez.

Em relação aos desfechos da gestação, o tipo de parto cesárea foi o mais realizado entre todas as classificações de IMC pré-gestacional, com destaque para as mulheres com IMC elevado (67,9%), elevado percentual de nascimento prematuro entre RN de mulheres classificadas como baixo peso (63,6%) e significativo percentual de RN classificados como grandes para a idade gestacional (GIG) entre as mulheres com IMC elevado (13,1%) (Tabela 5).

Tabela 5. Características do parto e nascimento entre gestantes de alto risco do HBAP, de acordo com a classificação do IMC pré-gestacional, no período entre 2019 e 2020, Porto Velho-RO.

Variáveis	Classificação do IMC pré-gestacional					
	Baixo peso		Eutrofia		Sobrepeso e obesidade	
	n	%	n	%	n	%
Tipo de parto						
Vaginal	8	36,4	56	37	46	34,3
Cesárea	14	63,6	94	63	91	67,9
Idade gestacional						
Prematuro	14	63,6	86	57,3	80	58,4
A termo	8	36,4	63	42	57	41,6
Pós-termo	-	-	-	-	-	-
Ignorado	-	-	1	0,7	-	-
Peso ao nascer						
PIG	5	22,7	32	21,3	31	22,6
AIG	16	72,7	115	76,7	88	64,2
GIG	-	-	2	1,3	18	13,1
Ignorado	1	4,5	-	-	-	-

Fonte: Elaborada pelos autores (2023)

LEGENDA: PIG - pequeno para a idade gestacional; AIG - adequado para a idade gestacional; GIG - grande para a idade gestacional.

DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se que a maioria das mulheres no período pré-gestacional apresentava peso corporal inadequado em relação à altura, com destaque para aquelas classificadas como sobrepeso e obesidade. É importante destacar que o índice de massa corporal (IMC) materno pré-gravidez e/ou ganho excessivo de peso gestacional tem sido relatado em outros estudos^{15,16} e com as estimativas da OMS¹⁷, as quais avaliam que mais de 60% da população adulta da região das Américas está acima do peso, seja com sobrepeso ou obesidade em algum grau.

Dentre as participantes, a maioria apresentou idade entre 20 e 34 anos, independente da classificação do IMC pré-gestacional. Tal achado corrobora com a idade fértil considerada no Brasil, entre 10 e 49 anos, onde o auge da fertilidade feminina ocorre por volta dos 20 anos de idade, e começa a entrar em declínio a partir dos 35 anos, diminuindo em até 50% as chances de implantação, e com redução ainda mais expressiva com o passar da idade¹⁸, justificando a faixa etária prevalente neste estudo. Assim, o estudo demonstra menor percentual de gravidez precoce (< 15 anos) ou tardia (> 34 anos) em comparação à idade ideal para um bom desenvolvimento da gestação e a concepção, visto que é observado menor risco perinatal quando a idade materna está compreendida entre 20 e 30 anos¹⁹.

No entanto, destaca-se o fato de que, entre as mulheres com idade superior a 34 anos, a maioria tinha sobrepeso ou obesidade, e nenhuma era classificada como baixo peso, reforçando estudos que demonstram que mulheres mais velhas possuem piores padrões alimentares, e que aquelas com 35 anos de idade ou mais tem 2,5 vezes mais chances de apresentar obesidade do que mulheres mais jovens²⁰. Além disso, autores²¹ descrevem que, entre mulheres adolescentes e jovens-adultas, há uma maior ocorrência de restrições dietéticas e prática de atividade física intensa por motivos estéticos quando comparado às mulheres mais velhas, sendo o público mais pressionado pela mídia e sociedade a atingir um padrão corporal magro.

Com relação às características de raça/cor, as mulheres se declaram, em sua maioria, como pardas, independentemente da classificação de IMC, como uma característica marcante do local de estudo, uma vez que, na Região Norte, 70,2% da população é autodeclarada parda²², e que vai de encontro com outros estudos realizados na mesma região¹⁵.

Por outro lado, quanto à variável estado civil, as mulheres classificadas como eutróficas e as que apresentavam sobrepeso ou obesidade eram, em sua maioria, solteiras, correspondendo à tendência crescente da independência feminina nos âmbitos familiar e profissional que leva algumas mulheres a não optarem pela união conjugal²³, porém, a ausência de um parceiro pode representar uma desvantagem para a gestação e puerpério, devido à possível fragilidade de uma rede de apoio, falta de estrutura familiar e repercussões financeiras²⁴. Em contrapartida, as mulheres classificadas como baixo peso eram, em sua maioria, casadas ou em união estável, divergindo de outros estudos que demonstram viver com o companheiro como um fator associado ao excesso de peso²⁵.

A escolaridade, participação no mercado de trabalho e renda familiar mensal também demonstraram ser fatores marcantes no padrão nutricional e peso corporal das mulheres, sendo que, neste estudo, a maior parte das mulheres de todas as classificações de IMC apresentou escolaridade elevada (12 anos ou mais de estudo); em contrapartida, a maioria não exercia nenhuma atividade remunerada fora do lar, tal como os resultados apresentados por outros estudos²⁶. A renda familiar relatada foi majoritariamente de um a dois salários-mínimos entre os casos, sendo este um indicador de vulnerabilidade socioeconômica interferindo, portanto, no consumo alimentar e acesso aos serviços de saúde, sendo um fator frequentemente associado a inadequações de peso²⁷.

A ocorrência de complicações e intercorrências durante a gestação ou parto foi presente na maioria das mulheres independentemente do peso. É provável que devido a amostra ser composta por mulheres atendidas em uma maternidade de alto risco, torna-as predispostas a apresentarem uma série de complicações neste período por já apresentarem algum problema de saúde prévio. No entanto, destaca-se o número expressivo de agravos entre mulheres com sobrepeso e obesidade.

Estudos²⁸ recomendam que as mulheres em idade reprodutiva deveriam manter um peso adequado antes e durante a gravidez para prevenir complicações perinatais. Destacam ainda que quanto maior o IMC pré-gestacional da mulher, maiores seriam as chances de complicações na gravidez, sendo que mulheres com sobrepeso e obesidade apresentaram 2,5 vezes maior risco de desfechos desfavoráveis na gestação quando comparado a mulheres eutróficas. Outros autores apontam também para a maior ocorrência de distúrbios metabólicos ao longo da

gestação em mulheres com IMC elevado²⁰, corroborando com os achados deste estudo.

Em relação aos tipos de complicações e intercorrências encontradas, destacou-se a anemia em mulheres com baixo peso. A anemia é uma doença caracterizada pela deficiência de ferro²⁹, e a demanda por ferro tende a aumentar durante o período gravídico devido às necessidades fetoplacentárias, aumentando assim o risco da deficiência deste mineral em mulheres gestantes³⁰.

Observa-se que as questões dietéticas estão fortemente relacionadas à ocorrência de anemia neste período, principalmente pela falta do consumo de alimentos ricos em ferro, o que pode acontecer por diversos fatores como: questões socioeconômicas, carência de alimentos em quantidade suficiente e nutrição inadequada, sendo estes também ligados à ocorrência de baixo peso nas mulheres antes de engravidar e com consequentes repercussões no período gestacional^{29,30}.

Embora a anemia ferropriva seja tratável e prevenível mesmo durante a gestação através da suplementação de sulfato ferroso, disponibilizado gratuitamente pelo SUS desde o primeiro trimestre gestacional, alguns fatores podem dificultar o acesso às medicações para prevenção e tratamento da doença, como condições socioeconômicas desfavoráveis e dificuldades no acesso aos serviços de saúde, que levam à busca tardia por atendimento pré-natal e, conseqüentemente, contribuem para o atraso no início das medidas de prevenção, levando a um diagnóstico tardio da doença e retardando o início do tratamento.

Considerando outras complicações, observou-se maior percentual de ocorrência de sangramentos e perda de líquidos entre mulheres eutróficas, possivelmente associado a outras comorbidades, visto que os sangramentos estão entre as principais causas de internação na gestação e são muito prevalentes entre gestantes de alto risco, estando muitas vezes relacionados a fatores emocionais, eventos estressantes, violências e multiparidade, dentre outras razões¹⁵.

Entre as mulheres com sobrepeso e obesidade, observou-se elevados percentuais de diabetes gestacional e DHEG, em consonância com o achado em outros estudos que demonstram que o peso pré-gestacional elevado aumenta a chance de distúrbios hipertensivos e metabólicos na gravidez, e apontaram significância entre a obesidade e a ocorrência de pré-eclâmpsia e diabetes gestacional, tendo desfechos negativos no parto e nascimento^{20,28}.

Quanto à via de nascimento, a cesárea foi mais prevalente. Embora as gestações de alto risco requeiram intervenção cirúrgica, é importante destacar que o sobrepeso e obesidade podem contribuir para o aumento da ocorrência de cesárea²¹. Outro ponto a ser destacado refere-se ao percentual de nascimentos prematuros entre as mulheres classificadas como baixo peso, o que pode ter associação com elevado índice de anemia entre esse grupo de mulheres, em razão do déficit de ferro durante a gestação está fortemente associado à prematuridade¹⁵.

Ainda sobre os desfechos perinatais dessa amostra, foi notório que os RNs, nascidos de mães com sobrepeso ou obesidade, foram classificados como GIG, o que pode ter correlação com os distúrbios metabólicos na gestação de mulheres acima do peso, principalmente a diabetes gestacional, já que a resistência à insulina leva a um aumento exacerbado na disponibilidade de nutrientes para o feto, que recebe maior quantidade de insulina através da placenta e cresce em demasia, ocasionando na macrosomia fetal e dificultando, inclusive, o parto via vaginal²¹. Além disso, estudos apontam que o peso ao nascer está diretamente relacionado ao IMC materno e que, no caso da obesidade, aumenta o risco de morte perinatal²⁰.

CONCLUSÃO

O IMC pré-gestacional demonstra ser um importante fator a ser observado nas mulheres que pretendem ou correm o risco de engravidar, visto que é um possível indicador de riscos e desfechos nos períodos de gestação, parto e nascimento.

Neste trabalho, a frequência de sobrepeso e obesidade pré-gestacional entre as puérperas de alto risco gestacional foi preocupante, uma vez que ultrapassam a metade da população selecionada para o estudo. Nesse sentido, a atenção em relação aos parâmetros antropométricos deve ser dada não somente no momento em que se inicia o acompanhamento pré-natal, mas em todas as mulheres em idade reprodutiva, de forma a evitar que, na iminência de uma gestação, haja inadequações prévias no IMC que possam prejudicar a saúde da gestante e do feto.

Além disso, os resultados são relevantes para despertar a atenção dos profissionais de saúde sobre o perfil clínico e sociodemográfico de gestantes de alto risco e suas especificidades de acordo com as diferentes classificações de IMC, especialmente aquelas com sobrepeso e obesidade, de forma a identificar precocemente os fatores de risco para a gestação, os problemas estabelecidos

agravados pelo excesso de peso e os cuidados para um desfecho favorável e um nascimento seguro.

Por fim, destaca-se a necessidade de planejamento, implementação e fortalecimento de políticas públicas voltados às questões nutricionais nos diferentes ciclos de vida, de forma a conscientizar a população quanto às repercussões do IMC na saúde a longo prazo e sensibilizar e capacitar os profissionais da saúde quanto à atenção aos parâmetros antropométricos e hábitos de vida dos cidadãos.

CONFLITO DE INTERESSES

Todos os autores declaram não existir conflito de interesses de qualquer ordem no planejamento, redação e publicação deste artigo.

APOIO FINANCEIRO

Este estudo contou com o financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Chamada MCTIC/CNPq Universal processo 424808/2018-8.

REFERÊNCIAS

1. Vats H, Saxena R, Sachdeva MP, Walia GK, Gupta V. Impact of maternal pre-pregnancy body mass index on maternal, fetal and neonatal adverse outcomes in the worldwide populations: A systematic review and meta-analysis. *Obes Res Clin Pract.* 2021;15(6):536-545. DOI: <<https://doi.org/10.1016/j.orcp.2021.10.005>>
2. Beitune P, Jiménez MF, Salcedo MM, Ayub AC, Cavalli RC, Duarte G. Nutrição durante a gravidez. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 14/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal). Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096087/femina-2019-484-245-256.pdf>>. Acessado em: janeiro de 2023
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Situação alimentar e nutricional no Brasil: excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde. Brasília: 2020.
4. Rasmussen KM, Kjolhede CL. Maternal obesity: a problem for both mother and child. *Obesity A Research Journal.* 2008;15(5):929-931. DOI: <<https://doi.org/10.1038/oby.2008.36>>
5. Zimmermann MB, Hurrell RF. Nutritional iron deficiency. *The Lancet.* 2007;370(9586):511-20. DOI: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61235-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61235-5)>

6. Rodriguez OTS, Szarfarc SC, Benicio MH. Anemia e desnutrição maternas e sua relação com o peso ao nascer. *Revista de Saúde Pública*. 1991;25(3):193-7. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89101991000300006>>
7. Nogueira MDA, Santos CC, Lima AM, Lima MRS, Souza FIS, Vieira LCO, et al. Associação entre estado nutricional, diabetes gestacional e doenças hipertensivas em gestantes de risco. *Braz Jour of Development*. 2020;6(2):8005-8018. Disponível em: <<https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/6994/6147>>. Acessado em: janeiro de 2023
8. Silva CRE, Barbosa KRB, Santana TNG, Gratão LHA, Gois BP. Influência dos pais sobre o hábito alimentar na infância: revisão integrativa. *Enciclopedia Biosfera*. 2021;18(37):286. DOI: <https://doi.org/10.18677/EnciBio_2021C23>.
9. Tanentsapf I, Heitmann BL, Adegboye ARA. Systematic review of clinical trials on dietary interventions to prevent excessive weight gain during pregnancy among normal weight, overweight and obese women. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2011;11(81). DOI <<https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-81>>.
10. Sun Y, Shen Z, Zhan Y, Wang Y, Ma S, Zhang S, et al. Effects of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain on maternal and infant complications. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 Jul 6;20(1):390. DOI: <<https://doi.org/10.1186/s12884-020-03071-y>>.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: Manual técnico*. 5° ed. Brasília, 2010.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco - CAB n° 32*. 1° ed. Brasília: 2013.
13. Medeiros FF, Santos IDL, Ferrari RAP, Serafim D, Maciel SM, Cardelli AAM. Acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 3):213-20. DOI: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0425>>.
14. World Health Organization - WHO. *Physical status: the use and interpretation of report anthropometry – report of a WHO Expert Committee*. Geneva. WHO. 1995. Disponível em: <https://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en>. Acessado em fevereiro de 2023
15. Sampaio AFS, Rocha MJF, Leal EAS. Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco – AC. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2018;18(3):567-575. DOI: <<https://doi.org/10.1590/1806-93042018000300007>>.
16. Neves PAR, Gatica-Domínguez G, Santos IS, et al. Poor maternal nutritional status before and during pregnancy is associated with suspected child developmental delay in 2 year-old brazilian children. *Nature Scientific Reports*. 2020;10(1851). DOI: <<https://doi.org/10.1038/s41598-020-59034-y>>.

17. World Health Organization - WHO. Department of Nutrition for Health and Development. Turning the tide of malnutrition: responding to the challenge of the 21st. Century. Geneva, 2002.
18. Sauer MV. Reproduction at an advanced maternal age and maternal health. Fertility and Sterility. 2015;103(5):1136-46. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.03.004>>.
19. Meller TC, Santos LC. A Influência do Estado Nutricional da Gestante na Saúde do Recém-Nascido. Rev. Bras. Ciên. Saúde. 2009;13(1):33-40. DOI: <<https://doi.org/10.25248/reas.e206.2019>>.
20. Madi SRC, Garcia RMR, Souza VC, Rombaldi RL, Araujo BF, Madi JM. Effect of obesity on gestational and perinatal outcome. Rev Bras Ginecol Obstet. 2017;39(7):330-336. DOI: <<https://doi.org/10.1055/s-0037-1603826>>.
21. Xie D, Yang W, Wang A, Xiong L, Kong F, Liu Z, et al. Effects of pre-pregnancy body mass index on pregnancy and perinatal outcomes in women based on a retrospective cohort. Nature Scientific Reports. 2021;11. DOI: <<https://doi.org/10.1038/s41598-021-98892-y>>.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro, 2016.
23. Moraes KD, Araújo AP, Santos AF, Barbosa JMA, Martins MLB. Correlação Entre o Índice De Massa Corporal e Indicadores Antropométricos de Risco Cardiovascular em Mulheres. Revista de Pesquisa em Saúde. 2016;16(3). Disponível em: <<http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4517>>. Acessado em: janeiro de 2023.
24. Camassari JS, Martins MCO, Santos AMS, Delgado AM, Maio R, Burgos MGPA. Fatores associados ao peso do recém-nascido em gestações de baixo e alto risco. Research, Society and Development. 2022;11(10). DOI: <<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32825>>
25. Ferreira RAB, Benicio MHDA. Obesidade em mulheres brasileiras: associação com paridade e nível socioeconômico. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(4/5):337-42. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v37n4-5/v37n4-5a22.pdf>. Acessado em: fevereiro de 2023
26. Aji AS, Lipoeto NI, Yusrawati Y, Malik SG, Kusmayanti NA, Susanto I, Majidah NM, Nurunnayah S, Alfiana RD, Wahyuningsih W, Vimalleswaran KS. Association between pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain on pregnancy outcomes: a cohort study in Indonesian pregnant women. BMC Pregnancy Childbirth. 2022 Jun 15;22(1):492. DOI: <<https://doi.org/10.1186/s12884-022-04815-8>>.
27. Dias FD, Silva JCR, Martins MC, Maio R, Lima TC, Burgos MGP. Excess weight in high-risk pregnant women and factors associated with excessive weight gain. Research, Society and Development. 2022;11(11):e477111133814: DOI: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33814>>

28. Choi H, Lim JY, Lim NK, Ryu HM, Kwak DW, Chung JH, Park HJ, Park HY. Impact of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain on the risk of maternal and infant pregnancy complications in Korean women. *Int J Obes (Lond)*. 2022 Jan;46(1):59-67. DOI: <<https://doi.org/10.1038/s41366-021-00946-8>>.
29. Magalhães EIS, Maia DS, Netto MP, Lamounier JA, Rocha DS. Prevalência de anemia e determinantes da concentração de hemoglobina em gestantes. *Caderno de Saúde Coletiva*. 2018;26(4):384-390. DOI: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X201800040085>>.
30. Garzon S, Cacciato PM, Certelli C, Salvaggio C, Magliarditi M, Rizzo G. Iron Deficiency Anemia in Pregnancy: Novel Approaches for an Old Problem. *Oman Med J*. 2020 Sep 1;35(5):e166. DOI: <<https://doi.org/10.5001%2Fomj.2020.108>>.

RECEBIDO: 27/05/2023
APROVADO: 20/11/2023

Atuação de Fisioterapeuta residente em Atenção Primária durante a pandemia de Covid-19: Relato de Experiência

Role of Resident Physical Therapist in Primary Care during the Covid-19 pandemic: An Experience Report

Anna Flávia de Freitas Loiola

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2795-0180>. Fisioterapeuta. Especialista em Atenção Primária com Ênfase em Saúde da Família. Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO, Guarapuava, Paraná, Brasil.
E-mail: crf_aninha@hotmail.com

RESUMO

O presente estudo traz a experiência vivenciada por uma fisioterapeuta residente, inserida na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Guarapuava, com o objetivo de descrever sua atuação em seu primeiro semestre como residente em saúde, considerando o contexto da pandemia de Covid-19. Dentre as atividades realizadas pela residente de Fisioterapia, citam-se atendimento em Call-Center Covid-19, monitoramento de pacientes em oxigenoterapia domiciliar, atendimentos fisioterapêuticos individuais e atendimentos domiciliares, além do cumprimento de carga horária teórica. A experiência descrita neste estudo permite a visualização de como o fisioterapeuta pode atuar na APS, além de demonstrar que, mesmo com as modificações e adequações necessárias ao momento vivenciado devido à pandemia de Covid-19, a prática profissional e de ensino dos residentes não foi de toda forma afetada, mas ampliada e potencializada, possibilitando a exploração até mesmo de áreas dentro da APS antes incogitáveis, como o telemonitoramento.

DESCRITORES: Especialidade de Fisioterapia. Atenção Primária à Saúde. Covid-19.

ABSTRACT

The present study brings the experience of a resident physical therapist, inserted in Primary Health Care (PHC) in the city of Guarapuava, aiming at describing her performance in her first semester as a healthcare resident, considering the context of the COVID-19 pandemic. Among the activities carried out by the Physical therapy resident, there are COVID-19 Call Center, monitoring of patients undergoing home oxygen therapy, individual physiotherapeutic care and home care, as well as compliance with theoretical workload. The experience described in this study allows us viewing how physical therapists can work in PHC, in addition to demonstrating that, even with the necessary modifications and adjustments to the current situation due to the COVID-19 pandemic, the professional and teaching practice of residents was not in every way affected, but expanded and enhanced, allowing to explore even areas within PHC that were previously unthinkable, such as telemonitoring.

DESCRIPTORS: Physical Therapy Specialty. Primary Health Care. COVID-19.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

Criados em 2005 a partir da promulgação da Lei nº 11.129, os programas de Residência em Área Profissional da Saúde consistem em uma modalidade de ensino de pós-graduação do tipo *lato sensu*, caracterizada pela formação em serviço, destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde e desenvolvida em regime de dedicação exclusiva, sendo realizada sob supervisão docente-assistencial¹.

Os programas de residência em saúde proporcionam aprendizagem por meio da articulação entre teoria e prática profissional, estimulando competências e habilidades para ações de atenção, assistência e gestão, possibilitando ao residente um aprendizado singular no âmbito da saúde. Os residentes são profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), especializando-se em diversas áreas de concentração, como por exemplo, Atenção Primária à Saúde (APS) e Saúde da Família, contexto em que este relato está inserido.

Definida como um conjunto de ações de saúde desenvolvido nos âmbitos familiar, individual e coletivo, contemplando a promoção e a proteção da saúde, bem como a prevenção de agravos e limitação de danos, favorecimento de diagnóstico precoce e preciso, o tratamento efetivo, a reabilitação e a manutenção da saúde, os cuidados paliativos e a vigilância em saúde, a APS também tem a característica de considerar os usuários de forma integral, abrangendo sua complexidade e sua inserção sociocultural. Doutrinariamente, a APS trabalha na perspectiva do acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, sendo suas ações focadas em um território bem delimitado e ao público adstrito a este território. Atualmente, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a principal representante de atuação na APS².

Em dezembro de 2019, foi notificado o primeiro caso de contaminação por um novo tipo de Coronavírus, denominado SARS-Cov-2, na cidade de Wuhan, na China. Apenas três meses após este primeiro caso, no dia 11 de março de 2020, foi declarada a Pandemia Mundial da Covid-19, doença originada por este novo tipo de Coronavírus³, ainda com prognóstico incerto, e que não teve todas suas características desvendadas, mas que provocou grande comoção devido a sua alta taxa de mortalidade.

Considerando a Lei Federal nº 13.979, sancionada em 6 de fevereiro de 2020⁴, e o Parecer Técnico nº106/2020 publicado pelo Conselho Nacional de Saúde⁵, foram

estabelecidas medidas restritivas a fim de conter o avanço da pandemia de Covid-19 no país, promovendo uma reestruturação de várias atividades, entre as quais aquelas desempenhadas por profissionais da saúde, acarretando assim na alteração das ações usuais do programa de residência.

Para conter o avanço da pandemia da Covid-19 e tentar frear as curvas de mortalidade decorrentes da doença, o Brasil e o mundo adotaram medidas de isolamento e distanciamento social, determinando a interrupção de atividades presenciais como aulas e diversos tipos de trabalho; os grupos terapêuticos de diferentes finalidades foram extintos, e toda a dinâmica social foi alterada.⁶

As reflexões do presente relato surgiram a partir da atuação de uma fisioterapeuta pertencente a turma R1 do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária com Ênfase em Saúde da Família, durante o primeiro semestre do ano de 2021, considerando as competências profissionais previstas e o cenário vivenciado no Brasil e no mundo, com o advento da Pandemia de Covid-19.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, de caráter retrospectivo e descritivo, acerca das atividades realizadas entre os meses de março e junho de 2021 por uma fisioterapeuta residente atuante na cidade de Guarapuava, estado do Paraná.

O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária com Ênfase em Saúde da Família ofertado pela Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO) foi implantado no ano de 2015, com a primeira turma iniciando as atividades em 2016. Atualmente, este conta com quatro equipes, sendo duas referentes ao primeiro ano de residência, denominada turma R1, e duas referentes ao segundo e último ano de programa, denominada turma R2, ambas compostas por profissionais das áreas de Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição, sendo um profissional representante de cada área, atuantes em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Guarapuava - PR.

Os profissionais residentes cumprem carga horária de 60 horas semanais, sendo 40 horas de atuação em serviço e 20 horas destinadas às atividades teóricas. Ao todo, ao término dos 24 meses de programa, cada residente deve ter cumprido 5.760 horas⁷.

A cidade de Guarapuava localiza-se na região centro-sul do estado do Paraná e é identificada como o maior município em área territorial do estado⁸. O território divide-se em três territórios de saúde, compostos por 33 unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF). Essas unidades estão estruturadas com equipe mínima de ESF e algumas contam com equipe multiprofissional, que proporcionam maior segurança e qualidade na prestação dos serviços de saúde. Atualmente, o quadro de profissionais atuantes na APS em Guarapuava, entre servidores, trabalhadores temporários, residentes e estagiários é composto por: 52 médicos, 52 enfermeiros, 91 técnicos de enfermagem, 20 auxiliares de enfermagem, 1 técnico de saúde bucal, 35 auxiliares de saúde bucal, 163 agentes comunitários de saúde, 33 odontólogos, 4 fonoaudiólogos, 7 psicólogos, 13 fisioterapeutas, 5 profissionais de educação física (5) e 7 nutricionistas⁹.

Operacionalmente, como já mencionado, cada equipe de residentes é lotada em quatro UBS distintas, indicadas pela Secretaria Municipal de Saúde, de modo que os residentes passam a fazer parte das equipes de saúde daquela determinada UBS, devendo interagir e integrar-se com os demais profissionais das equipes de ESF e da Rede Integrada de Atenção à Saúde do município.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Enquanto ingressante no programa, houve o acolhimento dos novos profissionais residentes por parte da coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária, dos tutores de campo, dos preceptores da rede, bem como do Secretário de Saúde da cidade, onde de modo expositivo e em forma de roda de conversa houve a familiarização com a proposta da residência e a importância da efetiva integração com os profissionais da rede de atenção básica do município. Houve também exposição dos principais indicadores de saúde a serem trabalhados durante o período da residência, visita monitorada aos pontos de atenção que constituem a APS do município, bem como às quatro UBS, para que as equipes de residentes conhecessem seus campos de atuação e das demais equipes que compõem o programa.

Como profissionais de múltiplas especialidades, dentro da APS os residentes devem seguir a mesma linha de atuação dos profissionais que compõem o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), atuando de forma a

apoiar a organização da clínica e do cuidado em saúde, a partir da integração e cooperação com as equipes de APS. Deste modo, as atividades previstas para serem desenvolvidas ao longo da residência devem abranger as discussões de casos, os atendimentos compartilhados, os atendimentos individuais, os grupos operativos, a elaboração de planos de cuidado e as ações de educação popular e promoção da saúde, devendo estas ações ocorrer tanto dentro das unidades de saúde, quanto em espaços externos, como as academias ao ar livre, domicílios e espaços da comunidade, como igrejas e escolas¹⁰.

Sendo assim, no que diz respeito à prática a ser desenvolvida, com a impossibilidade de realização de grupos e atividades coletivas, devido às restrições impostas pela Pandemia de Covid-19, foi necessário abrir mão de uma das principais estratégias de atendimento disponíveis neste nível de atenção - os grupos de intervenção e educação em saúde. Essa ferramenta pode ser considerada uma das táticas mais viáveis e resolutivas, especialmente no nível primário de atenção à saúde, considerando o tamanho do público atendido nas UBS e a quantidade reduzida de profissionais, sobretudo aqueles denominados multiprofissionais, que não fazem parte da equipe mínima prevista na legislação da ESF.

Diante desta proibição das atividades em grupo, houve uma priorização dos atendimentos individuais, que por sua vez deviam compreender apenas casos emergenciais, algo bastante limitante e não abrangente o suficiente para promover a valorização do trabalho multiprofissional priorizado pelo programa.

Quanto ao embasamento teórico previsto na grade curricular dos Programas de Residência em Saúde, assim como em todas as outras modalidades de ensino, foi necessária uma adaptação. As atividades que anteriormente ocorriam de forma presencial passaram a ocorrer de maneira remota, no formato de aulas síncronas e assíncronas, por meio da plataforma *Google Meet*. Uma das vantagens desse método é que as aulas ocorrem ao vivo, podendo ser gravadas, e posteriormente adicionadas ao portal do aluno via plataforma *Moodle*, possibilitando reassistir essas aulas sempre que as dúvidas surgissem ou que se julgasse necessário.

As legislações já citadas, bem como o Comunicado Coremu nº 1, de 30 de março de 2020¹¹, previam que todas as ações dos residentes em saúde deveriam ser voltadas ao combate à pandemia e, de fato, grande parte das ações desenvolvidas durante o primeiro semestre na residência foram em prol do atendimento a usuários afligidos pela doença. As ações foram direcionadas tanto àqueles ainda em período

de isolamento social devido ao vírus ativo, por meio do *Call Center Covid-19*, quanto aos pacientes com sequelas e distúrbios pós-infecção, e que necessitaram de suporte de oxigênio domiciliar, ou de reabilitação cardiopulmonar para limitação do dano.

No âmbito da fisioterapia, por meio da Resolução nº 516 de 20 de março de 2020, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) autorizou que os profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, durante o enfrentamento da pandemia de Covid-19, realizassem atendimentos não presenciais, mas apenas por meio das modalidades de teleconsulta, teleconsultoria e telemonitoramento¹².

Já bem estabelecido em diversos países, este modelo de atendimento à distância ganhou notoriedade durante o enfrentamento da pandemia no país, tornando-se um forte aliado dos profissionais de saúde para evitar que o isolamento e distanciamento social, necessários para evitar a contaminação pela Covid-19, acarretassem uma descontinuação da atenção. Diante disto, estabeleceu-se na cidade de Guarapuava o *Call Center Covid-19*, uma central de atendimento via ligação 0800 para comunicação de casos suspeitos/confirmados, bem como monitoramento diário dos portadores da doença durante o período de isolamento domiciliar exigido para tratamento da afecção. Esta central de atendimento funciona de domingo a domingo e conta com equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e profissionais da educação física, dando todo o suporte para os usuários, desde a emissão de atestados e receitas ao encaminhamento para consultas médicas presenciais quando necessário, tudo feito remotamente.

Durante alguns meses, estive envolvida semanalmente com este projeto do *Call-Center Covid-19*, até chegar o momento em que o sistema de fornecimento de suporte de oxigênio domiciliar da cidade entrou em colapso, e houve a necessidade de um redirecionamento de atividades, onde juntamente às demais residentes e aos profissionais fisioterapeutas vinculados à rede municipal de saúde, assumi a responsabilidade de monitorar e auxiliar no desmame de oxigênio daqueles pacientes que estavam em uso domiciliar devido a complicações da Covid-19.

Inicialmente, todo o território da cidade foi dividido entre os fisioterapeutas da rede municipal de saúde e as quatro fisioterapeutas residentes. No entanto, com a necessidade de realocação dos fisioterapeutas municipais para atendimento em unidades de pronto atendimento, houve a redistribuição do território, e somente nós

residentes, as fisioterapeutas do Programa Melhor em Casa, e estagiários do último ano do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO) ficamos responsáveis por este serviço. Ou seja, a interação ensino-serviço foi essencial para não deixar a população do município desassistida.

O atendimento a esses pacientes em oxigenoterapia domiciliar aconteceu por via de teleatendimento e também de visita domiciliar, focando principalmente nas orientações acerca do uso correto e seguro do dispositivo auxiliar de oxigênio e na realização e potencialização do processo de desmame do oxigênio.

Inicialmente, era feito contato telefônico com o paciente ou o familiar de referência, caso este estivesse muito debilitado, e por meio de anamnese contendo informações socioeconômicas, histórico de saúde do paciente, patologias associadas, uso de medicamentos, histórico da doença e de sintomas, nível de entendimento sobre a oxigenoterapia, bem como informações de quantidade de litragem utilizada, uso ou não de umidificador, tempo de uso diário do oxigênio, sintomas apresentados ao tentar realizar o desmame, e limitações da vida diária, era feita a triagem deste paciente. Se esse apresentasse muitas dúvidas, estivesse em uso contínuo de oxigênio, apresentasse comorbidades e sintomas de alerta ao tentar realizar o desmame, uma visita domiciliar imediata era agendada para este paciente, por vezes de forma individual, por vezes acompanhada da equipe multiprofissional. Se o paciente estivesse já em processo avançado de desmame de oxigênio, eram fornecidas informações do uso seguro do dispositivo e da forma correta de proceder o interrompimento da terapia, sendo estabelecido e repassado, por meio da ligação, um plano de desmame com orientações de exercícios respiratórios a serem realizados, sendo este paciente acompanhado diariamente via ligações, e orientado a procurar atendimento presencial em caso de qualquer intercorrência.

É importante mencionar que, ao longo deste monitoramento, as visitas domiciliares se tornaram uma grande dificuldade, visto que na divisão dos territórios não constaram apenas aqueles circunscritos ao da UBS em que eu estava atendendo. Muitas vezes, era necessário meio de transporte para o deslocamento e, mesmo agendando com antecedência as visitas com pacientes e o setor responsável pelo transporte em saúde do município, por se tratar de um momento atípico, de alta demanda e escassez de recursos, em muitos momentos não havia carros disponíveis, dificultando bastante o trabalho de monitoramento e segmento domiciliar.

Apesar das dificuldades enfrentadas, este serviço prestado contribuiu para o manejo da falta de cilindros suficientes para suprir a demanda municipal, pois houve uma captação dos cilindros que já não estavam sendo utilizados, e também aceleração do processo de desmame dos usuários ativos. A supervisão fisioterapêutica durante esse processo trouxe maior segurança ao paciente, fortaleceu o vínculo entre usuário e a rede de atenção à saúde, além de colocar em prática os preceitos de integralidade e longitudinalidade do cuidado previstos na Política Nacional de Saúde².

Como forma de preparar os profissionais residentes para receber e manejar os pacientes pós Covid-19 da melhor forma possível, foram realizadas tutorias de área individualmente para cada profissão envolvida no programa, e também coletivamente, envolvendo as quatro especialidades, onde foram idealizados protocolos de atendimento e de avaliação, padronizando o atendimento a estes usuários, e proporcionando que todos os profissionais residentes atuassem em conformidade.

Com relação aos atendimentos prestados na UBS de referência, a agenda era estruturada de modo a abranger ações de visita domiciliar em equipe multiprofissional, especialmente aos idosos, para evitar que esses tivessem que se expor indo à UBS; atendimentos individuais de demandas variadas; além do já mencionado monitoramento de pacientes em oxigenoterapia e atendimento de reabilitação cardiopulmonar pós Covid-19, havendo uma filtragem por meio de anamnese presencial para atendimento somente a casos leves, com encaminhamento dos casos de média e alta complexidade às Clínicas Especializadas do município, uma vez que a estrutura da APS não é adequada nem suficiente para atendimento aos casos mais complexos.

Corroborando as ações desenvolvidas e descritas neste relato, uma revisão conduzida por pesquisadoras baianas¹³ acerca da inserção do fisioterapeuta na ESF identificou que nas regiões que contam com a atuação fisioterapêutica no nível primário de saúde, há potencialização do cuidado integral e resolutivo, sendo o cuidado prestado de forma mais qualificada, específica e completa, apresentando também maior efetividade nas ações de prevenção de agravos, reduzindo a sobrecarga da atenção terciária à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência exposta neste manuscrito evidencia a atuação do fisioterapeuta na APS e contempla a integração dos princípios de ensino e serviço da residência multiprofissional; sobretudo, demonstra que mesmo com as modificações e adequações necessárias ao momento vivenciado devido à pandemia de Covid-19, a prática profissional e de ensino dos residentes não foi de toda forma afetada, mas ampliada e potencializada, permitindo que os profissionais fisioterapeutas explorassem áreas dentro da APS antes incogitáveis, como o telemonitoramento.

A perspectiva aqui representada serviu também para promover e propagar as diversas formas de inserção e atuação do profissional fisioterapeuta na APS que, mesmo diante desta crise sanitária, não deixou de fornecer o suporte necessário ao município e aos usuários do SUS, e de atuar em diversas frentes de prevenção, promoção e atenção integral à saúde no contexto da pandemia de Covid-19.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, 2005. Lei 11.129 de 30 de junho 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. 2005. p. 1-4. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm
2. Brasil. Portaria GM n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília (2017 sep 21); Sec 1.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Folha informativa - COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus), 2020. [internet]. [acesso em 13 ago 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>.
4. Brasil, 2020. Lei 13.979 de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. 2020. p. 1-10. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm
5. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 018, de 26 de março de 2020. [internet]. [acesso em 13 ago 2021]. Disponível

em:<https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1086-recomendacao-n-018-de-26-de-marco-de-2020>.

6. Hammerschmidt, KSA. Santana, RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. *Cogitare enfermagem*, v. 25, 2020.
7. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS Nº 3, de 4 de maio de 2010. Diário Oficial da União. Poder Executivo. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília (5 maio 2010) Seção I, p. 14-15.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama de estados e cidades: Guarapuava. 2022. [internet] [acesso em 10 jun, 2023]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/guarapuava/panorama>.
9. Prefeitura Municipal de Guarapuava. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2022-2025. Guarapuava, 2021. [internet]. [acesso em 10 jun, 2023]. Disponível em: <https://www.guarapuava.pr.gov.br/wp-content/uploads/2022/03/Plano-Municipal-de-Saude-2022-2025.pdf>.
10. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) - Diretrizes e Processos. SESA, Curitiba, PR, 2018.
11. Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde. Comunicado Coremu nº 1, de 30 de março de 2020. [internet]. [acesso em 13 ago, 2021]. Disponível em: <https://www.unifesp.br/reitoria/proec/noticias-anteriores/item/4378-comunicado-coremu-n-1-de-30-de-marco-de-2020>.
12. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 516, de 20 de março de 2020 – Teleconsulta, Telemonitoramento e Teleconsultoria. [internet]. [acesso em 13 ago, 2021]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=15825>.
13. Silva ACC da, Santana T dos S, Silva DN, Lima BS, Novaes AJ, Souza MQ. Inserção do Fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família: da graduação à atuação profissional. *Rev. Bras. Saúde Funcional*. [Internet]. 21 de dezembro de 2020. [Acesso em 10 de jun, 2023];8(3):8. Disponível em: <https://adventista.emnuvens.com.br/RBSF/article/view/1203>

RECEBIDO: 25/07/2023
APROVADO: 20/11/2023

Caracterização do perfil dos estudantes que utilizam álcool e outras drogas no território educacional brasileiro: Uma Revisão de Escopo

Characterization of the profile of students who use alcohol and other drugs in the Brazilian educational territory: A Scoping Review

Francois Isnaldo Dias Caldeira¹, Jonatas Reis Bessa da Conceição², Luana Silvestre Pereira dos Santos³, Rafaella Ugrin de Oliveira Silva⁴, Josué Miguel de Oliveira⁵, José Jocilson Nascimento Silva⁶, Rebeca Chabar Kapitansky⁷, Guilherme Tannus Dutra Pereira⁸, Kellen Cristina da Silva Gasque⁹

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4688-2059>. Cirurgião-Dentista. Mestrando em Odontologia com área de concentração em Periodontia. Departamento de Diagnóstico e Cirurgia. Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista (FOAr/UNESP), Araraquara, São Paulo, Brasil.
E-mail: fraqncoisdias@hotmail.com
2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2918-9666>. Psicólogo. Doutor em Psicologia do Desenvolvimento. Faculdade de Psicologia, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil.
E-mail: jonatas.reisbessa@gmail.com
3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4571-9425>. Cientista Social. Mestre em Saúde Coletiva com área de concentração em Bioética e Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (CCS/UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
E-mail: luana.silvestre@gmail.com
4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0350-9713>. Graduanda em Odontologia. Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Alfenas (FO/UNIFAL-MG), Alfenas, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: rafaella.oliveira@sou.unifal-mg.edu.br
5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3263-1387>. Cirurgião-dentista. Mestrando em Odontologia com área de concentração em Saúde Bucal e Coletiva. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (FS/UnB), Brasília, Distrito Federal, Brasil.
E-mail: josuemoliv@gmail.com
6. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9002-6305>. Sanitarista Pesquisador. Graduado. Gerência Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz (GEREB/FIOCRUZ), Brasília, Distrito Federal, Brasil.
E-mail: josejnascimentosilva@gmail.com

7. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2726-0841>. Psicóloga. Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial com área de concentração em uso e abuso de substâncias. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (CCS/UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
E-mail: rebecack@gmail.com

8. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6960-836X>. Graduando em Ciências Biológicas. Centro de Ensino Unificado de Brasília (UNICEUB), Brasília, Distrito Federal, Brasil.
E-mail: guilherme.tannus8@gmail.com

9. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2015-2717>. Cirurgiã-Dentista. Doutora em Ciência com área de concentração em Estomatologia e Biologia Oral. Gerência Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz (GEREB/FIOCRUZ), Brasília, Distrito Federal, Brasil.
E-mail: kellengasque@fiocruz.br

RESUMO

O objetivo deste estudo foi caracterizar as principais publicações que avaliaram o perfil dos estudantes brasileiros que utilizam álcool e outras drogas entre 2012 e 2022. Trata-se de uma Revisão de Escopo, realizada a partir de buscas nos bancos de dados virtuais: BVS, Scielo, Scopus, Web of Science e PubMed. Foram obtidos 31 artigos que analisaram os perfis dos estudantes usuários de drogas lícitas e ilícitas no território educacional brasileiro. Os resultados demonstraram que os prejuízos sociais, psíquicos e biológicos são consequências da utilização de álcool e outras drogas entre os adolescentes. Essa classe, por sua vez, revelou-se vulnerável ao início precoce e manutenção do uso dessas substâncias. Ademais, o uso de drogas lícitas e ilícitas relacionou-se a estudantes com renda salarial baixa, declarados não brancos, com núcleo familiar ruim e, em alguns casos, com comportamentos mais agressivos.

DESCRITORES: Adolescente. Ensino Fundamental e Médio. Drogas Ilícitas.

ABSTRACT

This study aimed at characterizing the main studies published from 2012 to 2022 that evaluated the profile of Brazilian students who use alcohol and other drugs. For that, a Scoping Review was conducted using the virtual databases of BVS, Scielo, Scopus, Web of Science, and PubMed. A total of 31 articles were included in the final sample. Results showed that social, psychological,

and biological harms are consequences of alcohol and other drug usage among adolescents. Also, studies have shown that students are more vulnerable to an early onset and to the maintenance of substance usage. Moreover, there was an association between the use of licit and illicit drugs and social status, showing that low wage income, declared non-white, poor family nucleus and, in some cases, more aggressive behavior students were more susceptible to the drugs usage.

DESCRIPTORS: Adolescents; Primary and secondary education; Illicit Drugs



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas por adolescentes é uma questão de saúde pública e tem gerado preocupação entre pais e educadores. Estratégias visando educação, prevenção e combate ao uso abusivo de drogas são essenciais para orientar políticas públicas relacionadas a esse problema¹. Estudos prévios indicam uma ampla variabilidade na prevalência do uso de substâncias entre estudantes do ensino médio em diferentes países². Sendo assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem priorizado o monitoramento do comportamento, fatores de risco e proteção dos adolescentes, conduzindo inquéritos como o Global School-based Student Health Survey³.

A adolescência caracteriza-se por transições e mudanças inerentes ao desenvolvimento humano e aumenta a vulnerabilidade ao uso de álcool e outras drogas⁴. O consumo de bebidas alcoólicas, uso de drogas ilícitas, tabagismo, sedentarismo, violência familiar, falta de supervisão dos pais, bullying, evasão e reprovação escolar, baixa autoestima e baixo nível socioeconômico são fatores de risco relacionados ao consumo excessivo dessas substâncias¹.

O consumo excessivo de álcool e derivados do tabaco contribuem não apenas para o aumento da sua prevalência de uso, mas também para o aumento da incidência de doenças relacionadas³. O problema se torna mais complexo quando relacionado a comunidades periféricas, que enfrentam influências ambientais, econômicas, políticas e culturais. Isso resulta em exclusão, discriminação e enfraquecimento de grupos vulneráveis, aumentando os riscos que afetam as interações individuais, familiares e sociais³.

Medidas socioeducativas que consideram todos os atores envolvidos no desenvolvimento da personalidade têm o potencial de prevenir efetivamente o uso de álcool e outras drogas no contexto escolar. Nesse sentido, a responsabilidade recai sobre toda a comunidade para orientar os jovens e reduzir sua vulnerabilidade⁴.

O uso de abordagens que promovam o engajamento positivo dos adolescentes com suas famílias, escolas e comunidades oferece maior proteção contra o uso de substâncias psicoativas⁵. É crucial destacar que os programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas podem ter efeitos positivos e negativos nos adolescentes,

dependendo da abordagem utilizada⁵. Diante disso, considerando a importância de se conhecer o perfil de adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas no contexto escolar, essa revisão de escopo procurou caracterizar os estudos produzidos em um período de dez anos sobre a temática.

MÉTODO

Nessa Revisão de Escopo, optou-se por seguir o percurso metodológico descrito pelos pesquisadores da *University Of York*⁶, com o objetivo de sintetizar e sumarizar os resultados obtidos à luz da literatura científica. Deste modo, foram conduzidas cinco etapas importantes para sua construção: i) Delineamento da pergunta orientadora; ii) Fichamento dos artigos incluídos; iii) Determinação dos critérios de inclusão e exclusão; iv) Coleta das informações fornecidas nos estudos; e v) Análise crítica, categorização dos resultados e conclusões das investigações.

Para esta Revisão de Escopo elaborou-se a seguinte pergunta norteadora: “Qual é o perfil dos estudantes que utilizam álcool e outras drogas no território escolar brasileiro em uma retrospectiva de dez anos?”. O acrônimo PCC (P= representa a população, C= Conceito e C= Contexto) foi utilizado de forma que a População se refere aos “Estudantes”; Conceito, a “identificar qual é o perfil dos estudantes brasileiros”; e Contexto analisado, ao “uso de álcool e outras drogas no território educacional nos últimos dez anos”.

A coleta das informações foi realizada em abril de 2022 e, para isso, foram realizadas pesquisas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, Scielo, Scopus, Web of Science e o buscador de pesquisa da PubMed. Foram utilizados os descritores com base na pergunta norteadora, sendo separados pelos algoritmos booleanos OR (aditivo) e AND (delimitador) como categorizado na estratégia de busca para cada base (Quadro 1).

Quadro 1. Informações das bases de dados e a busca estratégica acerca perfil dos estudantes que utilizam álcool e outras drogas no território educacional brasileiro em um período de dez anos.

Base de dados	Número de Artigos	Busca estratégica
PubMed	368 artigos	((((((((adolescent[Title/Abstract]) OR (teen[Title/Abstract])) OR (young[Title/Abstract])) OR (youth[Title/Abstract])) AND (students[Title/Abstract])) AND ("risk factors"[Title/Abstract])) OR ("adolescent behavior"[Title/Abstract])) AND ("substance abuse"[Title/Abstract])) OR ("drug use"[Title/Abstract])) OR ("street drugs"[Title/Abstract])) AND (Brazil[Title/Abstract])
Scopus	52 artigos	adolescent OR teen OR young OR youth AND students AND "risk factors" OR "adolescent behavior" AND "substance abuse" OR "drug use" OR "street drugs" AND Brazil
BVS	10 artigos	Título, resumo, assunto= adolescent OR teen OR young OR youth AND students AND "risk factors" OR "adolescent behavior" AND "substance abuse" OR "drug use" OR "street drugs" AND Brazil
Scielo	0 artigos	Todos os índices= adolescent AND students AND "adolescent behavior" AND "drug use" AND Brazil
WOS	536 artigos	((((((((((TS=(adolescent)) OR TS=(teen)) OR TS=(young)) OR TS=(youth)) AND TS=(students)) AND TS=("risk factors")) OR TS=("adolescent behavior")) AND TS=("substance abuse")) OR TS=("drug use")) OR TS=("street drugs")) AND TS=(Brazil)

Fonte: Elaborado pelos autores do estudo (2022)

Legenda. WOS= Web of Science; BVS= Biblioteca Virtual em Saúde.

As referências encontradas nas bases de dados selecionadas foram exportadas para o programa Rayyan - Intelligent Systematic Review, sendo excluídos estudos que não enquadrados aos critérios de inclusão e duplicatas. Dois pesquisadores independentes (F.I.D.C e R.U.O.S) selecionaram inicialmente os artigos pelo título, resumo e a leitura na íntegra, conforme critérios estabelecidos. No caso de avaliações conflitantes, um terceiro pesquisador (K.C.S.G) foi convidado para realizar a análise crítica dos estudos.

Foram incluídos artigos na íntegra, escritos em português, inglês e espanhol que analisassem o perfil dos estudantes que utilizam álcool e outras drogas nas escolas do ensino fundamental e médio e estudos publicados no período de 2012 e 2022. Não foram incluídas revisões de literatura, cartas para o editor, dissertações, teses e comunicações breves.

Por se tratar de uma revisão de escopo, não foi realizada a avaliação da qualidade do desenho metodológico dos artigos incluídos. As informações referentes aos estudos podem ser identificadas no quadro 2.

Quadro 2. Banco de dados dos estudos incluídos na Revisão de escopo acerca perfil dos estudantes que utilizam álcool e outras drogas no território educacional brasileiro em um período de dez anos.

	Autor(es)	Título original do estudo	Título do periódico	Desenho do estudo	Território educacional brasileiro	População estudada		Idade dos estudantes
						Feminina	Masculina	
1	Oliveira GCS, Oliveira Filho AB, Alcantara RM; 2017	Epidemiological aspects of illicit drug use by teenage students in the municipality of capanema, Pará	Adolescência & Saúde	Estudo transversal	Pará	N= 269 estudantes	N= 210 estudantes	Idades entre 14-19 anos
2	Andrade SS, Yokota RT, Sá NN, Silva MM, Araújo WN, Mascarenhas MD, et al.; 2012	Association between physical violence, consumption of alcohol and other drugs, and bullying among Brazilian adolescents	Caderno de Saúde Pública	Estudo transversal	Todos os estados brasileiros	N= 32.550 estudantes	N= 28.423 estudantes	Idades entre 13-15 anos
3	Backes DS, Zanatta FB, Costenaro RS, Rangel RF, Vidal J, Krueel CS, et al.; 2014	Risk indicators associated with the consumption of illicit drugs by schoolchildren in a community in the south of Brazil	Ciência e Saúde Coletiva	Estudo transversal	Rio Grande do Sul	N= 228 estudantes	N= 178 estudantes	Idade mínima de 14 anos
4	Cruz JF, Lisboa JL, Zarzar PMPA, Santos CDFBF, Valença PAM, Menezes VA et al.; 2020	Association between cigarette use and adolescents' behavior	Revista de Saúde Pública	Estudo transversal	Pernambuco	N= 565 estudantes	N= 494 estudantes	Idades entre 13-19 anos
5	Malta DC, Mascarenhas MD, Porto DL, Barreto SM, Morais Neto OL; 2014	Exposure to alcohol among adolescent students and associated factors	Revista de Saúde Pública	Estudo longitudinal	Todos os estados brasileiros	N= 19.314 estudantes	N= 18.214 estudantes	Idade mínima 13 anos
6	Malta DC, Machado IE, Porto DL, da Silva MM, de Freitas PC, da Costa AW et al.; 2014	Alcohol consumption among Brazilian Adolescents according to the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012)	Revista Brasileira de Epidemiologia	Estudo transversal	Todos os estados brasileiros	N= 56.952 estudantes	N= 52.152 estudantes	Idades entre 13-15 anos

7	Granville-Garcia AF, Clementino MA, Gomes Mda N, Firmino RT, Ribeiro GL, Siqueira MB; 2014	Alcohol consumption among adolescents: attitudes, behaviors and associated factors	Ciência e Saúde Coletiva	Estudo transversal	Paraíba	N= 305 estudantes	N= 267 estudantes	Idades entre 10-19 anos
8	Healy S, Martins SS, Fidalgo TM, Sanchez ZM; 2020	Belief patterns and drug use in a sample of Brazilian youth: an exploratory latent class analysis	Revista Brasileira de Psiquiatria	Estudo clínico randomizado	São Paulo, Brasília, Santa Catarina, Ceará	N= 3. 120 estudantes	N= 3. 056 estudantes	ENFI
9	Fidalgo TM, Sanchez ZM, Caetano SC, Maia LO, Carlini EA, Martins SS; 2016	The Association of Psychiatric Symptomatology With Patterns of Alcohol, Tobacco, and Marijuana Use Among Brazilian High School Students	The American Journal on Addictions	Estudo transversal	São Paulo	ENFI	ENFI	Idades entre 15-18 anos
10	Beserra MA, Carlos DM, Leitão MNDC, Ferriani MDGC; 2019	Prevalence of school violence and use of alcohol and other drugs in adolescents*	Revista Latino-Americana de enfermagem	Estudo transversal	P Pernambuco	N= 413 estudantes	N= 230 estudantes	Idades entre 14-19 anos
11	Azeredo CM, Levy RB, Peres MF, Menezes PR, Araya R; 2016	Patterns of health-related behaviours among adolescents: a cross-sectional study based on the National Survey of School Health Brazil 2012	BMJ Open	Estudo transversal	Todos os estados brasileiros	ENFI	ENFI	ENFI
12	Freitas LMF, Souza DPO; 2020	Prevalence of drug use and family relationships among school adolescents in Cuiabá, MT, Brazil: a cross-sectional study, 2015	Epidemiologia e serviços de saúde	Estudo transversal	Mato Grosso	N= 438 estudantes	N= 427 estudantes	Idades entre 10-19 anos
13	Jorge KO, Oliveira Filho PM, Ferreira EF, Oliveira AC, Vale MP, Zarzar PM; 2012	Prevalence and association of dental injuries with socioeconomic conditions and alcohol/ drug use in adolescents between 15 and 19 years of age	Dental Traumatology	Estudo transversal	Minas Gerais	N= 539 estudantes	N= 352 estudantes	Idades entre 15-19 anos

14	Garcia-Cerde R, Lopes de Oliveira CW, Ferreira-Junior V, Caetano SC, Sanchez ZM; 2021	Psychiatric Symptomatology is Associated with Polydrug Use and School Violence in Early Adolescence	Child Psychiatry & Human Development	Estudo transversal	São Paulo	N= 1123 estudos	N= 1192 estudantes	Idades entre 10-17 anos
15	Horta RL, Horta BL, da Costa AW, do Prado RR, Oliveira-Campos M, Malta DC; 2014	Lifetime use of illicit drugs and associated factors among Brazilian schoolchildren, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012)	Revista Brasileira de Epidemiologia	Estudo transversal	Todos os estados brasileiros	ENFI	ENFI	Idades entre 13-16 anos
16	Horta RL, Mola CL, Horta BL, Mattos CNB, Andreazzi MAR, Oliveira-Campos M et al.; 2018	Prevalence and factors associated with illicit drug use throughout life: National School Health Survey 2015	Revista Brasileira de Epidemiologia	Estudo transversal	Todos os estados brasileiros	ENFI	ENFI	Idades entre 11-19 anos
17	Teixeira VA, Paz FM, Teixeira RA, Pattussi MP, Garcez A, Horta RL; 2021	Parental Monitoring of Computer Use and its association with Drug Use among Students in Southern Brazil	Substance Use & Misuse	Estudo transversal	Rio Grande do Sul	N= 1620 estudantes	N= 1360 estudantes	Idades entre 12-17 anos
18	Bonilha AG, Ruffino-Netto A, Sicchieri MP, Achcar JA, Rodrigues-Júnior AL, Baddini-Martinez J; 2014	Correlates of experimentation with smoking and current cigarette consumption among adolescents	Jornal Brasileiro de Pneumologia	Estudo transversal	São Paulo	N= 1067 estudantes	N= 946 estudantes	
19	Bitancourt T, Tissot MC, Fidalgo TM, Galduróz JC, da Silveira Filho DX; 2016	Factors associated with illicit drugs' lifetime and frequent/heavy use among students results from a population survey.	Psychiatry Research	Estudo transversal	São Paulo	N= 1959 estudantes	N= 1802 estudantes	Idades entre 10-22 anos
20	Andrade ME, Santos IHF, Souza AAM, Silva ACS, Leite TDS, Oliveira CCDC et al.; 2017	Experimentation with psychoactive substances by public school students	Revista de Saúde Pública	Estudo transversal	Sergipe	N= 567 estudantes	N= 419 estudantes	Idades entre 10-24 anos

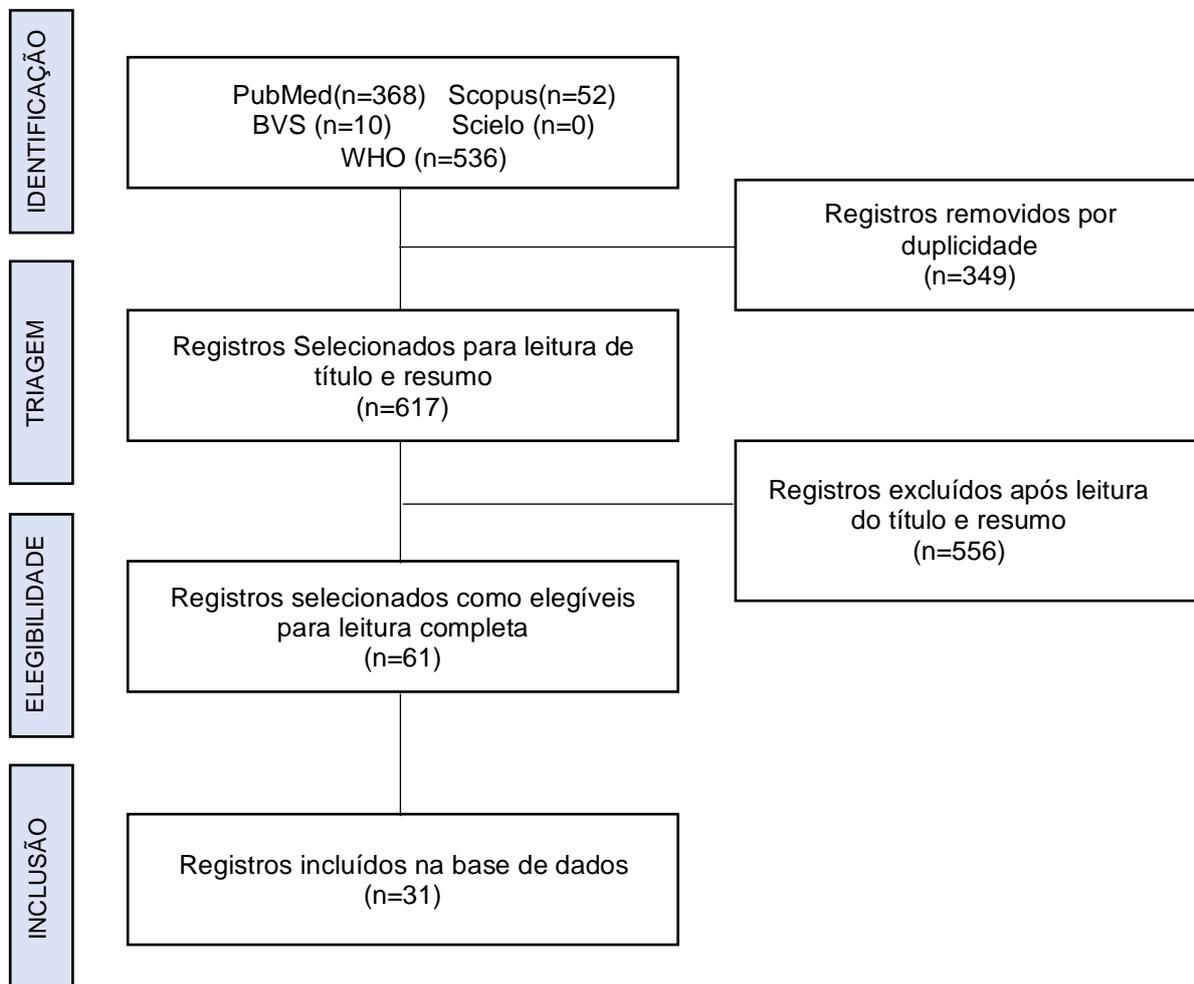
21	Jorge KO, Ferreira RC, Ferreira EFE, Kawachi I, Zarzar PM, Pordeus IA; 2018	Peer group influence and illicit drug use among adolescent students in Brazil: a cross-sectional study.	Cadernos Saúde Pública	Estudo transversal	Minas Gerais	N= 352 estudantes	N= 539 estudantes	Idades entre 15-19 anos
22	Vargas LS, Lucchese R, Silva ACD, Guimarães RA, Vera I, Castro PA; 2017	Determinants of tobacco use by students	Revista de Saúde Pública	Estudo transversal	Goiás	N= 363 estudantes	N= 338 estudantes	Idade mínima de 14 anos
23	Sanchez ZM, Sañudo A, Andreoni S, Schneider D, Pereira AP, Faggiano F; 2016	Efficacy evaluation of the school program Unplugged for drug use prevention among Brazilian adolescents	Public Health	Estudo clínico randomizado	São Paulo, Santa Catarina	N= 1.574 estudantes	N= 2.685 estudantes	Idades entre 11-15 anos
24	Sanchez ZM, Ribeiro LA, Moura YG, Noto AR, Martins SS; 2013	Inhalants as intermediate drugs between legal and illegal drugs among middle and high school students.	Journal of Addictive Diseases	Estudo clínico randomizado	São Paulo	N= 2623 estudantes	N=2513 estudantes	Idade mínima de 10 anos
25	Giacomozzi A, Itokasu M, Luzardo A, de Figueiredo C, Vieira M, Giacomozzi AI, et al.; 2012	Survey on Drug Use and Vulnerabilities among Students from Public Schools Participating in the School Health Program/Health and Prevention in Schools in the City of Florianopolis.	Saúde e Sociedade	Estudo transversal	Santa Catarina	N= 428 estudantes	N= 361 estudantes	Idades entre 11-21 anos
26	Guimarães MO, Paiva PCP, Paiva HN, Lamounier JA, Ferreira EFE, Zarzar PMPA; 2018	Religiosity as a possible protective factor against "binge drinking" among 12-year-old students: a population-based study.	Ciência e Saúde Coletiva	Estudo transversal	Minas Gerais	N= 245 estudantes	N= 207 estudantes	Idade de 12 anos
27	Prado MC, Schneider DR, Sañudo A, Pereira AP, Horr JF, Sanchez ZM; 2016	Transcultural Adaptation of Questionnaire to Evaluate Drug Use Among Students: The Use of the EU-Dap European Questionnaire in Brazil.	Substance Use & Misuse	Estudo quantitativo e qualitativo	São Paulo, Santa Catarina	N= 1576 estudantes	N= 1.729 estudantes	Idades entre 11-16 anos

28	Paz FM, Teixeira VA, Pinto RO, Andersen CS, Fontoura LP, Castro LC et al.; 2018	School health promotion and use of drugs among students in Southern Brazil.	Revista de Saúde Pública	Estudo transversal	Rio Grande do Sul	N=1.878 estudantes	N=1.586 estudantes	Idades entre 12-17 anos
29	Rios LE, Freire MDCM; 2021	Religiosity is Associated with Motivation to Start and Stop Smoking Among Adolescent Students in Brazil.	Journal of Religion and Health	Estudo transversal	Goiás	N=1.200 estudantes	N=986 estudantes	Idades entre 13-19 anos
30	Sanchez ZM, Prado MC, Sanudo A, Carlini EA, Nappo SA, Martins SS; 2015	Trends in alcohol and tobacco use among Brazilian students: 1989 to 2010.	Revista de Saúde Pública	Estudo transversal	Paraná, São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Pará, Ceará, Bahia, Brasília	ENFI	ENFI	ENFI
31	Raposo JCDS, Costa ACQ, Valença PAM, Zarzar PM, Diniz ADS, Colares V et al.; 2017	Binge drinking and illicit drug use among adolescent students.	Revista de Saúde Pública	Estudo transversal	Pernambuco	N=81 estudantes	N=97 estudantes	Idades entre 13-19 anos

Fonte: Elaborado pelos autores do estudo (2022).

Inicialmente foram identificados 966 artigos, com 349 duplicidades. Após a leitura dos títulos e resumos, 557 artigos foram excluídos por não responderem à pergunta norteadora, resultando em 61 estudos selecionados para leitura completa. A amostra final foi composta por 31 artigos, como esquematizado no fluxograma do processo de síntese das informações (Figura 1).

Figura 1. Processo de síntese dos estudos incluídos na revisão de literatura acerca do perfil dos estudantes que utilizam álcool e outras drogas no território educacional brasileiro em um período de dez anos, 2022.



Fonte: Elaborada pelos pesquisadores do estudo (2022).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação ao ano de publicação dos estudos, houve predominância de trabalhos publicados em 2014 com 19.35% (n=6)^{3,7-11}; 16.13% em 2016 (n=5)^{2,4,12-14}, e, por fim, 2017(n=4)¹⁵⁻¹⁸ e 2018(n=4)¹⁹⁻²² com 12,90% cada um. Além disso, verificase uma predominância de estudos publicados em revistas de saúde pública e estudos com delineamento transversal.

Na adolescência, mudanças de ordem física, social e comportamental ocorrem conjuntamente com a construção de vínculos e da personalidade. O adolescente começa a se conhecer; a buscar privacidade, autonomia e livre arbítrio em todos os ambientes que frequenta (incluindo o lar, escola, igreja, amigos etc.^{23,24}. Nesse momento, tornam-se expostos a novas experiências, quando são questionados por seus pares ou por jovens mais experientes e, na busca pela autoafirmação, podem realizar escolhas equivocadas e gerar momentos conflituosos dentro e fora de casa e da escola²³. Nesse ponto, tornam-se vulneráveis para o início precoce do uso de álcool e outras drogas²⁴. Discute-se que a falta de postura dos pais em impor limites, a influência de demais membros familiares, a facilidade de acesso e compra a baixos custos, além do incentivo de grupos iniciados, sejam fatores associados a essa vulnerabilidade. Além das consequências diretas do uso de álcool e outras drogas, a violência também se configura como resultante do uso dessas substâncias²⁵⁻²⁹.

O uso de drogas lícitas e ilícitas, mais prevalente em indivíduos do sexo masculino (como mostra os estudos incluídos em nossa revisão de escopo), é um fator preditor de impactos negativos na qualidade de vida. A elevada prevalência do uso de álcool e outras drogas entre adolescentes no contexto escolar pode ser justificada pela fase da adolescência, na qual a curiosidade, a busca por inserção em grupos e a propensão a experimentar novas experiências, como o consumo de substâncias, se tornam recorrentes. Essa tendência é respaldada por estudos que investigaram fatores contextuais e individuais relacionados ao consumo de álcool por adolescentes, reafirmando a necessidade de implementar estratégias pedagógicas que visem à prevenção e conscientização sobre o uso de drogas no ambiente escolar^{8,9,25,30}.

A análise dos estudos incluídos revelou que o uso de álcool e outras drogas ocorreu predominantemente em jovens entre 12 e 19 anos. Essa constatação reforça as evidências que apontam para a prevalência cada vez mais precoce do uso dessas

substâncias no ambiente escolar⁸, destacando a necessidade urgente de implementar estratégias pedagógicas abrangentes e eficazes relacionadas à prevenção e conscientização sobre o uso de álcool e outras drogas^{1-4,8,9,11,12,16-18,20-22,30-38}.

Além disso, o bullying é marcadamente uma forma de violência que ocorre principalmente durante a adolescência, sendo uma das mais prevalentes no espaço escolar. Consiste na incidência frequente de ações negativas intencionais que podem ser perpetuadas em nível psicológico, físico e sexual, por ocorrer por meio do uso da constante intimidação, provocação e hostilidade para com uma (ou mais) vítima no ambiente escolar³⁹.

Sinônimo de violência escolar ou intimidação sistemática, o bullying se caracteriza pelo desequilíbrio de forças entre as partes envolvidas, onde há de uma parte o desejo de prejudicar e humilhar constantemente a outra parte. As situações de bullying contam com os seguintes atores: aquele em condição de instigador da violência (agressor), o alvo (vítima), por alvo/autor (agressor e vítima simultaneamente) e as testemunhas (presenciam as situações de bullying)³⁹. O bullying pode ser classificado em duas formas, a direta na qual agressões físicas e verbais são recorrentes, e a indireta que consiste na exclusão social⁴⁰.

Durante a adolescência, a vítima possui poucos recursos para evitar ou defender-se de agressões, de modo que vivenciar experiências de bullying pode repercutir de modo nocivo sob a saúde física, emocional, psíquica e social da vítima. Nesta direção, os efeitos do bullying nos adolescentes são variados, uma vez que eles se encontram na fase do seu desenvolvimento como indivíduos⁴⁰.

Adolescentes vítimas de bullying apresentam riscos de desenvolver depressão, ansiedade, distúrbios do sono e outros prejuízos para ajustamento escolar, enquanto, autores de bullying tem propensão para o uso de substâncias psicoativas e propensão a comportamentos violentos³⁹. O bullying na infância figura como fator de risco para o potencial uso de drogas no final da adolescência e princípio da idade adulta. As vítimas de bullying apresentam maior chance de se envolverem com o consumo de drogas psicoativas, incluindo, padrões avançados de uso abusivo de drogas, o que se relaciona a tentativas fracassadas por parte do jovem de enfrentar a situação de vitimização e rejeição pelos pares.

Não existem critérios universais para estabelecer uma relação de causalidade entre o uso de drogas e bullying, porém algumas hipóteses podem ser levantadas. Por parte da vítima, presume-se que o uso de droga figure como mecanismo de

enfrentamento às experiências de bullying vivenciadas. No que diz respeito aos autores, nota-se que os estressores familiares e escolares configuram-se como gatilhos que podem resultar em comportamentos violentos e uso de drogas. Pode-se afirmar que adolescentes envolvidos em situação de bullying ou agressão fazem uso de drogas com maior frequência, quando comparados aos demais,^{11,21} configurando como problema de saúde pública a ser enfrentado pela equipe educacional e familiar⁴¹.

O consumo de substâncias lícitas e/ou ilícitas por adolescentes apresenta um relacionamento com o estado mental/cognitivo e emocional dos mesmos. Esse uso dessas substâncias pelos adolescentes deve ser visto como um mecanismo de escape ou de sobrevivência frente a algum gatilho estressor. Portanto, o seu uso é uma forma de estratégia de enfrentamento, também conhecida como coping⁴².

Baseado nesta premissa, Cruz e colaboradores³² buscaram investigar a prevalência do uso de cigarro entre adolescentes de escolas públicas de Pernambuco e identificar os comportamentos de risco associados a esse uso. Para tal, 1059 estudantes participaram deste estudo que mostrou que o uso foi associado a sentimentos de tristeza, ideações suicidas e comportamentos relacionados a experiências sexuais. Dados semelhantes foram reportados por Garcia-Cerde e colaboradores⁴³, em estudo conduzido com 2316 adolescentes, no qual foi encontrada uma associação positiva entre o uso de múltiplas substâncias e sintomas psiquiátricos.

Apesar do uso de substâncias muitas vezes ser feito como uma estratégia de enfrentamento do adolescente ao gatilho estressor⁴⁴, suas consequências podem acarretar prejuízos significativos a vida desses indivíduos. Para Sousa e colaboradores³⁹ os maiores danos por conta do uso de substâncias entre os adolescentes são de ordem psiquiátrica/psicológicas, na dinâmica da família e em sua competência social. Assim, implementar estratégias preventivas ao uso de drogas e à promoção de saúde mental no âmbito escolar é fundamental para este público.

O papel da família e da escola na prevenção do uso de álcool e outras drogas por adolescentes é inquestionável. Resultados do Levantamento Nacional de Saúde nas Escolas apresentaram, dentre outros determinantes, que a ausência às aulas sem o conhecimento dos pais, a falta de conhecimento dos pais sobre as atividades de seus filhos nas horas vagas, o descaso dos pais em relação aos cuidados com seus filhos, a presença de pais alcoolizados em casa e a vivência de violência doméstica

pelos adolescentes representam variáveis associadas ao consumo de álcool entre os adolescentes. Esses resultados ressaltam que se trata de um fenômeno complexo, multifatorial e sujeito a influências dos determinantes sociais⁹.

Por fim, como limitações do estudo, destacam-se a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos e a ausência de estudos que avaliem o perfil socioeconômico longitudinalmente desses estudantes. Apesar disso, os artigos incluídos nessa revisão de escopo permitiram identificar quais são os prejuízos sociais, psíquicos e biológicos que são consequências da utilização de álcool e outras drogas entre os indivíduos entre 12 e 19 anos.

CONCLUSÃO

Dessa forma, o uso de drogas lícitas e ilícitas relacionou-se a estudantes com renda salarial baixa, com núcleo familiar ruim e, em alguns casos, com comportamentos mais agressivos. Também, as vítimas de bullying, os adolescentes com ideações suicidas e com sintomatologias psiquiátricas são os mais propensos ao uso de álcool e outras drogas. Portanto, faz-se necessária a construção e implementação de políticas em saúde mental, estratégias preventivas e promoção de saúde mental no âmbito escolar e familiar visando a prevenção e/ou contenção dos dados relacionados ao uso de álcool e outras drogas no território educacional brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Andrade SS, Yokota RT, Sá NN, Silva MM, Araújo WN, Mascarenhas MD et al. Association between physical violence, consumption of alcohol and other drugs, and bullying among Brazilian adolescents. *Cad Saude Publica*. 2012;28(9):1725-36. doi: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2012000900011>
2. Fidalgo TM, Sanchez ZM, Caetano SC, Maia LO, Carlini EA, Martins SS. The association of psychiatric symptomatology with patterns of alcohol, tobacco, and marijuana use among Brazilian high school students. 2016;25(5):416-25. doi: <https://doi.org/10.1111/ajad.12407>
3. Rahman MM, Rahman MM, Khan MMA, Hasan M, Choudhury KN. Bullying victimization and adverse health behaviors among school-going adolescents in South Asia: Findings from the global school-based student health survey. *Depress Anxiety*. 2020;37(10):995-1006. doi: <https://doi.org/10.1002/da.23033>

4. Backes DS, Zanatta FB, Costenaro RS, Rangel RF, Vidal J, Krueel CS, et al. Risk indicators associated with the consumption of illicit drugs by schoolchildren in a community in the south of Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(3):899-906. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.00522013>
5. Prado MC, Schneider DR, Sañudo A, Pereira AP, Horr JF, Sanchez ZM. Transcultural Adaptation of Questionnaire to Evaluate Drug Use Among Students: The Use of the EU-Dap European Questionnaire in Brazil. *Subst Use Misuse*. 2016;51(4):449-58. doi: <https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1117108>
6. Arksey H, & O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32.
7. Bonilha AG, Ruffino-Netto A, Sicchieri MP, Achcar JA, Rodrigues-Júnior AL, Baddini-Martinez J. Correlates of experimentation with smoking and current cigarette consumption among adolescents. *J Bras Pneumol*. 2014;40(6):634-42. doi: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132014000600007>
8. Granville-Garcia AF, Clementino MA, Gomes Mda N, Firmino RT, Ribeiro GL, Siqueira MB. Alcohol consumption among adolescents: attitudes, behaviors and associated factors. *Cien Saude Colet*. 2014;19(1):7-16. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1989>
9. Malta DC, Mascarenhas MD, Porto DL, Barreto SM, Morais Neto OL. Exposure to alcohol among adolescent students and associated factors. *Rev Saude Publica*. 2014;48(1):52-62. doi: <https://doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048004563>
10. Malta DC, Machado IE, Porto DL, da Silva MM, de Freitas PC, da Costa AW et al. Alcohol consumption among Brazilian Adolescents according to the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(Suppl1):203-14. English, Portuguese. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400050016>
11. Horta RL, Horta BL, da Costa AW, do Prado RR, Oliveira-Campos M, Malta DC. Lifetime use of illicit drugs and associated factors among Brazilian schoolchildren, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(Suppl1):31-45. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400050004>
12. Bitancourt T, Tissot MC, Fidalgo TM, Galduróz JC, da Silveira Filho DX. Factors associated with illicit drugs' lifetime and frequent/heavy use among students results from a population survey. *Psychiatry Res*. 2016;237-290. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.026>
13. Azeredo CM, Levy RB, Peres MF, Menezes PR, Araya R. Patterns of health-related behaviours among adolescents: a cross-sectional study based on the National Survey of School Health Brazil 2012. *BMJ Open*. 2016;10;6(11):e011571. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011571>
14. Sanchez ZM, Sanudo A, Andreoni S, Schneider D, Pereira AP, Faggiano F. Efficacy evaluation of the school program Unplugged for drug use prevention

- among Brazilian adolescents. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1206. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3877-0>
15. Andrade ME, Santos IHF, Souza AAM, Silva ACS, Leite TDS, Oliveira CCDC et al. Experimentation with psychoactive substances by public school students. *Rev Saude Publica*. 2017;51:82. doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051006929>
 16. Raposo JCDS, Costa ACQ, Valença PAM, Zarzar PM, Diniz ADS, Colares V et al. Binge drinking and illicit drug use among adolescent students. *Rev Saude Publica*. 2017;51:83. doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051006863>
 17. Oliveira GCS, Oliveira Filho AB, Alcantara RM. Epidemiological aspects of illicit drug use by teenage students in the municipality of capanema, Pará. *Adolesc. e saúde*. 2017;14(2):47-57.
 18. Vargas LS, Lucchese R, Silva ACD, Guimarães RA, Vera I, Castro PA. Determinants of tobacco use by students. *Rev Saude Publica*. 2017;51:36. doi: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006283>
 19. Jorge KO, Ferreira RC, Ferreira EFE, Kawachi I, Zarzar PM, Pordeus IA. Peer group influence and illicit drug use among adolescent students in Brazil: a cross-sectional study. *Cad Saude Publica*. 2018;34(3):e00144316. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00144316>
 20. Guimarães MO, Paiva PCP, Paiva HN, Lamounier JA, Ferreira EFE, Zarzar PMPA. Religiosity as a possible protective factor against "binge drinking" among 12-year-old students: a population-based study. *Cien Saude Colet*. 2018(4):1067-1076. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.04872016>
 21. Horta RL, Mola CL, Horta BL, Mattos CNB, Andreazzi MAR, Oliveira-Campos M et al. Prevalence and factors associated with illicit drug use throughout life: National School Health Survey 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21(suppl1):e180007. Portuguese, English. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180007>
 22. Paz FM, Teixeira VA, Pinto RO, Andersen CS, Fontoura LP, Castro LC et al. School health promotion and use of drugs among students in Southern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2018;52:58. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000311>
 23. Franco MS, Martírios DSS, Carvalho DS, Moreira WM, Lira JAC, Santos LES. Prevention of the use of alcohol in school teenagers. *Journal of Nursing UFPE*. 2019;13. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241935>
 24. Lopes GT, Bernardes MMR, Ribeiro APLP, Belchior PC, Delphim LM, Ferreira RdS. Perceptions of adolescents regarding drug use/addiction: theater as the pedagogical strategy. *Esc. Anna Nery*. 2014;18:202-8. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140029>
 25. Cogo-Moreira H, Gusmões JD, Valente JY, Eid M, Sanchez ZM. Does #Tamojunto alter the dynamic between drug use and school violence among youth? Secondary analysis from a large cluster-randomized trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021. doi: <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01863-x>

26. Sanchez ZM, Ribeiro LA, Moura YG, Noto AR, Martins SS. Inhalants as intermediate drugs between legal and illegal drugs among middle and high school students. *J Addict Dis.* 2013;32(2):217-26. doi: <https://doi.org/10.1080/10550887.2013.795472>
27. Lima Argimon II, Campana A, Estefenon S, Terroso LB, Lopes RMF, Terroso LB. Alcohol consumption among children and adolescents of a city in southern Brazil. 2016;25(3):267-74.
28. Freddo SL, da Cunha IP, Bulgareli JV, Cavalcanti YW, Pereira AC. Relations of drug use and socioeconomic factors with adherence to dental treatment among adolescents. *BMC Oral Health.* 2018;18(1):221. doi: <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0674-4>
29. Garcia-Cerde R, Lopes de Oliveira CW, Ferreira-Junior V, Caetano SC, Sanchez ZM. Psychiatric Symptomatology is Associated with Polydrug Use and School Violence in Early Adolescence. *Child Psychiatry Hum.* 2021. doi: <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01228-0>
30. Beserra MA, Carlos DM, Leitão MNDC, Ferriani MDGC. Prevalence of school violence and use of alcohol and other drugs in adolescents. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019;27:e3110. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2124.3110>
31. Malta DC, Felisbino-Mendes MS, Machado ÍE, Passos VMA, Abreu DMX, Ishitani LH et al. Risk factors related to the global burden of disease in Brazil and its Federated Units, 2015. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(Suppl1):217-232. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050018>
32. Cruz JF, Lisboa JL, Zarzar PMPA, Santos CDFBF, Valença PAM, Menezes VA et al. Association between cigarette use and adolescents' behavior. *Rev Saude Publica.* 2020;54:31. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001534>
33. Freitas LMF, Souza DPO. Prevalence of drug use and family relationships among school adolescents in Cuiabá, MT, Brazil: a cross-sectional study, 2015. *Epidemiol Serv Saude.* 2020;29(1):e2019118. doi: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000100020>
34. Giacomozzi A, Itokasu M, Luzardo A, de Figueiredo C, Vieira M, Giacomozzi AI, et al. Survey on Drug Use and Vulnerabilities among Students from Public Schools Participating in the School Health Program/Health and Prevention in Schools in the City of Florianópolis. *Saúde e soc.* 2012;21(3):612-22. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300008>
35. Jorge KO, Oliveira Filho PM, Ferreira EF, Oliveira AC, Vale MP, Zarzar PM. Prevalence and association of dental injuries with socioeconomic conditions and alcohol/drug use in adolescents between 15 and 19 years of age. *Dent Traumatol.* 2012;28(2):136-41. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1600-9657.2011.01056.x>
36. Rios LE, Freire MDCM. Religiosity is Associated with Motivation to Start and Stop Smoking Among Adolescent Students in Brazil. *J Relig Health.* 2021;60(6):4467-4479. doi: <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01269-8>

37. Sanchez ZM, Prado MC, Sanudo A, Carlini EA, Nappo SA, Martins SS. Trends in alcohol and tobacco use among Brazilian students: 1989 to 2010. *Rev Saude Publica*. 2015;49:70. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005860>
38. Teixeira VA, Paz FM, Teixeira RA, Pattussi MP, Garcez A, Horta RL. Parental Monitoring of Computer Use and its Association with Drug Use among Students in Southern Brazil. *Subst Use Misuse*. 2021;56(9):1295-1304. doi: <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1922448>
39. Sousa BOP, Stelko-Pereira AC, Chaves ÉCLC, Moreira DS, Santos MA, Pillon SC. Drug use and risk factors among school adolescents. *Acta Scien. Health Scien*. 2017;39(2):233-40. doi: <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v39i2.32450>
40. Mota RS, Gomes NP, Campos LM, Cordeiro KCC, Souza CNP, Camargo CL. Adolescentes escolares: associação entre vivência de bullying e consumo de álcool/drogas. *Texto Cont.-Enferm*. 2018;27. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018003650017>
41. Córdova Alcaráz AJ, Ramón Trigos EM, Jiménez Silvestre K, Cruz Cortés CdJ. Bullying y consumo de drogas. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*. 2012;4(2):21-48.
42. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*, Springer Publishing & Company. Inc. 1984.
43. Garcia-Cerde R, Lopes de Oliveira CW, Ferreira-Junior V, Caetano SC, Sanchez ZM. Psychiatric Symptomatology is Associated with Polydrug Use and School Violence in Early Adolescence. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2021. doi: <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01228-0>
44. Healy S, Martins SS, Fidalgo TM, Sanchez ZM. Belief patterns and drug use in a sample of Brazilian youth: an exploratory latent class analysis. *Braz J Psychiatry*. 2020;42(3):278-285. doi: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0706>

RECEBIDO: 10/04/2023
APROVADO: 18/09/2023