

Sumário

| | |
|---|----|
| Aleitamento no seio materno exclusivo: continuidade após a alta hospitalar em gemelares prematuros | 2 |
| Higienização das mãos na assistência aos pacientes de cuidados intensivos: do conhecimento à prática | 14 |
| Perfil nutricional da população privada de liberdade do Distrito Federal | 24 |
| Uso de escores clínicos de bronquiolite viral aguda como preditores para ventilação invasiva e duração da internação em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica | 35 |
| A importância da inserção de uma residência em odontopediatria no sistema de saúde pública | 43 |
| A segurança e eficácia da intervenção fisioterapêutica na assimetria craniana não sinostótica em lactentes: uma revisão sistemática | 49 |
| Racecadotril para manejo da diarreia em unidades de terapia intensiva: proposta de protocolo para uma Secretaria de Estado de Saúde | 62 |
| A implementação de equipes Consultório na Rua: um relato de experiência | 75 |



**Health
Residencies
Journal (HRJ).
2026;7(33):2-13**

**Artigos de
Temas Livres**

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v7i33.1023](https://doi.org/10.51723/hrj.v7i33.1023)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 25/02/2024

Aceito: 13/01/2026

Aleitamento no seio materno exclusivo: continuidade após a alta hospitalar em gemelares prematuros

Exclusive breastfeeding: continuity after hospital discharge in premature twins

Amanda de Siqueira Cabral¹ , Monique Antunes de Souza Chelminski Barreto² 

¹ Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

² Escola Superior de Ciências da Saúde e Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Correspondência: amandasiqueira369@gmail.com

RESUMO

Introdução: em decorrência da possível imaturidade cerebral associada à prematuridade e a disparidade na distribuição de nutrientes, durante a gestação e mesmo no período neonatal e pós-natal, a alimentação no seio materno pode estar comprometida em casos de gemelares prematuros. Além disso, as habilidades motoras orais podem estar alteradas, dificultando o início e a continuidade da amamentação podendo gerar impactos na coordenação das funções orofaciais. **Objetivo:** verificar a continuidade da alimentação em seio materno exclusivo de gemelares prematuros que estiveram internados em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru, após a alta hospitalar em um hospital materno-infantil do Distrito Federal. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa quantitativa e qualitativa, do tipo observacional, transversal e descritiva. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas de forma virtual pelo aplicativo *WhatsApp* com as lactantes de gemelares prematuros e que ficaram internados na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru, tendo alta com alimentação por via oral em seio materno exclusivo. Inicialmente foi realizada a análise dos prontuários e na sequência, a teleconsulta com auxílio de roteiro semiestruturado. **Resultados:** a maioria (75%) dos gemelares (n=6) permaneceram em aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade cronológica e 25% (n=2) desmamou com um mês de idade cronológica. As razões descritas para o desmame precoce foram principalmente a falta ou insuficiência de leite. **Conclusão:** foi possível verificar a continuidade do AME para a maioria dos gemelares prematuros e os fatores determinantes para o sucesso do aleitamento materno.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Neonatologia; Aleitamento materno exclusivo.

ABSTRACT

Introduction: in preterm twins, due to the brain immaturity associated with prematurity and the disparity in nutrient distribution between twins during pregnancy and even in the neonatal and postnatal periods, breastfeeding may be compromised. In addition, oral motor skills may be altered, making it difficult to start and continue breastfeeding, which can have an impact on the coordination of orofacial functions. **Objective:** to verify the continuity of exclusive breastfeeding of premature twins who were admitted to Unidade de Cuidado Intermediário

Neonatal Canguru (UCINCa) after discharge from hospital in a maternal and child hospital in the Federal District. **Methodology:** this is a quantitative and qualitative observational, cross-sectional and descriptive study. Semi-structured interviews were conducted virtually via the WhatsApp application with the nursing mothers of premature twins who were admitted to the NICU and discharged with oral feeding at the exclusive breast. Initially, medical records were analyzed, followed by teleconsultations using a semi-structured script. **Results:** the majority (75%) of twins (n=6) remained exclusively breastfed until six months of chronological age and 25% (n=2) weaned at one month of chronological age. The reasons described for early weaning were mainly lack of or insufficient milk. **Conclusion:** it was possible to verify the continuity of breastfeeding for the majority of premature twins and the determining factors for successful breastfeeding.

Keywords: Speech; Language and hearing sciences; Neonatology; Breast feeding.

INTRODUÇÃO

A prematuridade é definida como o nascimento antes das 37 semanas de gestação sendo considerado um problema de saúde pública, visto que há o aumento de risco de intercorrências neonatais, tais como: desconforto respiratório, maior suscetibilidade a infecções, displasia broncopulmonar (DBP), enterocolite necrosante, convulsões, paralisia cerebral, encefalopatia hipóxico-isquêmica, problemas alimentares, além de dificuldades visuais e auditivas. Devido às complicações decorrentes da prematuridade, há aumento das taxas de internação hospitalar em recém-nascidos pré-termo (RNPT)^{1,2}.

No mundo, estima-se que um a cada dez bebês são prematuros, tendo variações de acordo com as regiões, fatores maternos e socioeconômicos. No Brasil, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹, há registros de 279 mil partos prematuros ao ano, fato este que o coloca em décimo lugar no *ranking* de países com maiores taxas de prematuridade. Dados apontam ainda, que em relação aos bebês gemelares, as taxas de prematuridade são seis vezes maiores comparadas à gestação única e que aumentam proporcionalmente ao número de gêmeos³.

Em gêmeos prematuros devido à possível imaturidade cerebral e a disparidade de distribuição de nutrientes entre os gemelares, a alimentação em seio materno (SM) pode estar comprometida devido à dificuldade em manutenção de estado de alerta, tônus predominantemente extensor e reflexos orais ausentes ou incompletos^{4,5}. Estas são condições que podem dificultar o início e a continuidade da amamentação em seio materno e terão impacto na coordenação das funções de sucção, deglutição e respiração^{4,6}.

Esses fatores somados à gestação múltipla aumentam o desmame precoce, apesar de o leite materno ser suficiente para nutrir e alimentar ambos os gemelares devido à produção láctea depender do ritmo, frequência e sucções adequadas^{7,8}. Além disso, quando há gemelares prematuros, a interrupção da alimentação em SME se torna mais propensa⁹.

Estes casos devem ser acompanhados por profissionais capacitados, como o fonoaudiólogo, que contribuirá de maneira direta realizando avaliação dos órgãos fonarticulatórios e habilitação das funções orofaciais do bebê¹⁰.

Cabe ressaltar que o aleitamento materno exclusivo (AME), ou seja, a alimentação exclusiva de leite humano em seio materno ou de leite materno ordenhado é preconizado até os seis meses de vida do bebê. Isso se deve aos componentes deste alimento, que oferecem os nutrientes necessários, além de prevenir a mortalidade na primeira infância e evitar infecções respiratórias¹¹.

Nesse contexto, essa pesquisa teve o objetivo de verificar a continuidade da alimentação em SME de gemelares prematuros que estiveram internados na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) após a alta hospitalar, em um hospital infantil do Distrito Federal.

METODOLOGIA

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), CAAE: 71227723.9.0000.5553, sob o parecer 6.440.126.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa e qualitativa, do tipo observacional e corte transversal, realizada com lactantes que tiveram parto de ge-

melares prematuros nascidos vivos em um hospital infantil do Distrito Federal (DF), e que a díade mãe-recém-nascido e/ou lactente ficaram internadas na UCINCa durante o período de julho a dezembro de 2022 (6 meses).

Os critérios de inclusão foram: os recém-nascidos (RN) deveriam ter recebido alta hospitalar com alimentação exclusivamente por via oral no SM; a mãe e/ou responsável concordar em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ter acesso à internet e ao *WhatsApp* para realização da teleconsulta e assinatura do TCLE.

Quanto aos critérios de exclusão: mulheres que tiveram parto único; recém-nascidos a termo; partos em Unidade de Saúde diferente da selecionada para este estudo; mulheres cujo RN recebeu alta com Via Alternativa de Alimentação (VAA).

A identificação das lactantes ocorreu por meio da identificação dos RN gemelares que realizaram potenciais evocados auditivos de tronco encefálico (PEATE) com indicador de risco “prematuridade” (n=42) no período de 6 meses. Para isso, foi utilizada uma planilha do *Microsoft Excel* com descrição dos indicadores de risco para deficiência auditiva (IRDA). A Figura 1 (abaixo) ilustra a etapa de elegibilidade dos RN gemelares, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Foi aplicado um questionário semiestruturado (Quadro 1), desenvolvido pela autora da pesquisa, como um guia para a teleconsulta composto por 9 questões abertas acerca do perfil sociodemográfico das lactantes e 11 questões abertas relacionadas à

amamentação e ao processo de internação hospitalar. Após a assinatura do TCLE, os dados acerca dos RN gemelares foram coletados em prontuário eletrônico, sendo eles: nome da mãe do RN, contato telefônico, data de nascimento, peso ao nascer e no momento da alta hospitalar, idade gestacional de nascimento e idade gestacional corrigida no momento da alta, intercorrências durante a internação, tempo de internação, uso de VAA e última conduta fonoaudiológica antes da alta hospitalar.

Em seguida, foi realizado contato telefônico com as mães dos RN gemelares elegíveis para o estudo, convidando-as a participar da pesquisa. As participantes receberam o convite via *WhatsApp*, bem como o TCLE que foi desenvolvido por meio da plataforma *Google Forms* para ser assinado eletronicamente. Ainda neste convite, as participantes receberam todo o conteúdo que seria abordado na teleconsulta.

Após a assinatura do TCLE, as lactantes foram agendadas para a teleconsulta em formato de videochamada com a fonoaudióloga pesquisadora via *WhatsApp* com duração média de 30 minutos. Para favorecer uma tomada de decisão informada, as participantes tiveram acesso aos tópicos abordados na teleconsulta antes de sua realização.

As respostas obtidas foram compiladas em planilha do *Microsoft Excel* e, posteriormente, analisadas seguindo a análise de conteúdo do tipo temática, conforme proposto por Minayo (2007)¹², seguindo as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos com números absolutos e relativos.

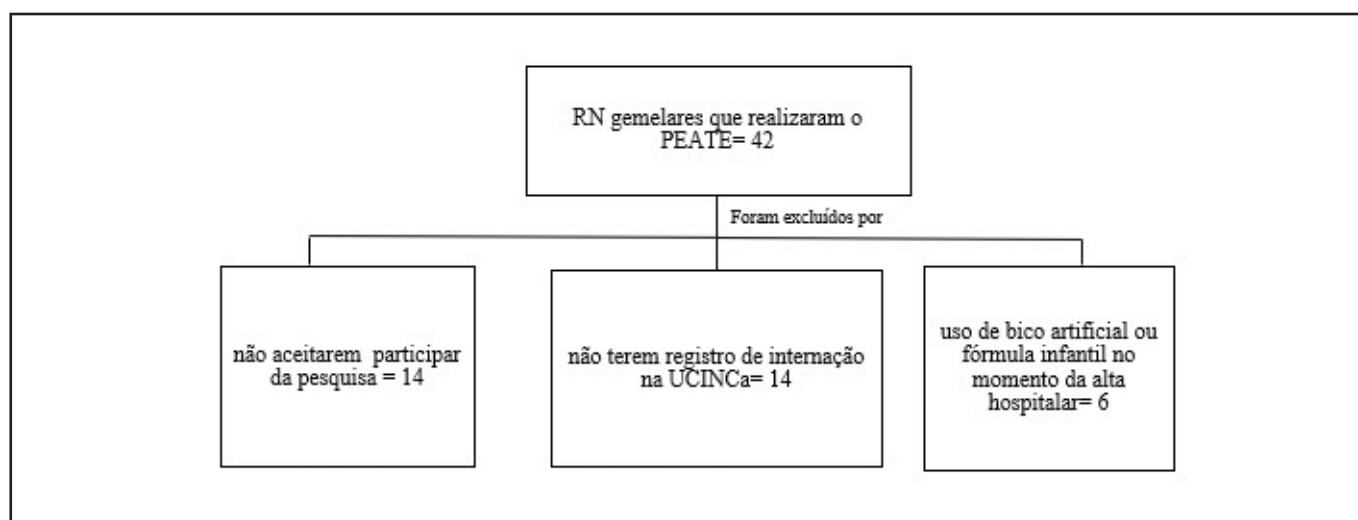


Figura 1 – Etapa de elegibilidade dos RN gemelares segundo os critérios de inclusão e exclusão.

Quadro 1 – Roteiro semiestruturado para teleconsulta. Brasília, 4, 2024.

DADOS DO PRONTUÁRIO

SES:

Identificação do RN (nome da mãe):

Gemelar (1º/2º gemelar):

IG:

Data de nascimento:

Idade atual:

Sexo:

Tempo de internação:

Peso de nascimento:

Peso na alta:

Tempo de uso de VAA:

Apgar:

Intercorrências durante a internação:

Última conduta médica antes da alta hospitalar:

Última conduta fonoaudiológica antes da alta hospitalar:

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA MÃE

Idade materna após o parto:

Idade materna atual:

Nível de escolaridade:

Profissão:

Renda mensal:

Quem mora com você?

Foi sua primeira gestação? Caso não, quantas foram ao total?

Já havia amamentado antes? Caso sim, como foi a experiência?

Já teve aborto?

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

1 – Antes da alta hospitalar, você recebeu alguma orientação acerca do aleitamento materno exclusivo (AME)?

2 – O RN segue em aleitamento materno exclusivo? Caso não, por quê?

3 – Caso não esteja em AME, quais outros alimentos estão sendo ofertados?

4 – Qual a sua maior dificuldade para manter o AME?

5 – Utiliza/utilizou chupeta, mamadeira ou outros bicos artificiais? A partir de quantos meses?

6 – Após alta hospitalar, você teve apoio da família para permanecer com a amamentação?

7 – Necessitou do auxílio do Banco de Leite Humano (BLH)?

8 – Você recebeu atendimento fonoaudiológico durante a internação? Considera que foi importante?

9 – Realizou teste da linguinha? Caso sim, necessitou de intervenção cirúrgica?

10 – Tendo retornado ao trabalho, após licença maternidade, teve flexibilidade para continuar amamentando?

11 – Você tem alguma crítica, elogio ou sugestão ao serviço prestado durante a internação?

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as lactantes participantes da pesquisa (n=4), a idade média no parto foi de 25 anos (20 a 37 anos). Em relação à escolaridade, todas as participantes tinham ensino médio completo. Em relação à empregabilidade, 50% das lactantes estavam empregadas formalmente e 50% não, estando desempregadas. Apenas uma era primípara. 50% relatou aborto espontâneo antes da gestação dos gemelares. Em relação à composição familiar e quem reside no mesmo local, 50% delas relataram residir com os gemelares e companheiro. Por fim, 75% (n=3) das lactantes relataram não ter experiência com aleitamento materno exclusivo anterior à gestação de gemelares. A caracterização sociodemográfica das lactantes participantes encontra-se na Tabela 1.

O aleitamento materno envolve diversos fatores que podem influenciar tanto no desmame precoce quanto na continuidade do AME, como fatores clínicos e psicológicos relacionados à mãe (tabagismo, expectativas e hipogalactia); fatores ambientais (rede de apoio do parceiro e/ou família, ambiente de trabalho e apoio profissional); e por fim, fatores socioculturais e econômicos^{13,14}. Nota-se que quando há apoio à amamentação, experiência prévia com AME, escolaridade em nível médio ou superior e flexibilidade na jornada de trabalho as chances de desmame precoce são reduzidas⁵. Logo, os participantes do estudo apresentam risco para o desmame precoce considerando os fatores citados.

Verificou-se que, apesar de não ser a primeira gestação de três lactantes (Tabela 1), apenas L4 possui experiência prévia com AME, enquanto L2 e L3 relataram não possuir experiência em decorrência de abortos prévios. Nesse contexto, L2 sofreu quatro abortos e L3 um.

Quanto aos RN gemelares, é possível observar na Tabela 2 que não houve registro de RNPT extremo, sendo que 50% da amostra foi composta por RNPT moderado e 50% por RNPT tardio. Ao considerar o peso de nascimento apenas 25% apresentou peso inferior a 1.600 g, enquanto na alta hospitalar 75% apresentou peso superior a 2.000 g. Em relação à idade no momento da teleconsulta, evidencia-se a variação de idade entre 1 ano e 2 meses a 1 ano e 7 meses com prevalência do sexo feminino. Acerca do período de internação, 75% dos bebês permaneceram internados por menos de 30 dias na unidade hospitalar (UTIN e/ou UCINCa) sendo que todos necessitaram de VAA durante a internação (sonda orogástrica e/ou sonda nasogástrica). Destaca-se que em 100% dos casos a última conduta fonoaudiológica foi alimentação por via oral em SMLD.

Sabe-se que RN prematuros estão mais propensos a dificuldades no AME em seio materno devido a sua imaturidade fisiológica que está diretamente relacionada à idade gestacional, gerando impactos no estado de alerta e nos reflexos primitivos (sucção, deglutição e reflexo de procura) relacionados à alimentação. Logo, a eficiência da extração do leite em seio materno poderá ficar comprometida gerando baixo ganho de peso e baixa produção láctea¹⁵.

Estudos apontam que RNPT moderados e extremos apresentam maior risco para morbidades favorecendo períodos de internação prolongados¹⁶. Assim, nota-se que este dado corrobora com os achados da presente pesquisa, visto que, dos quatro RNPT moderados, dois (25%) tiveram tempo de internação maior que 30 dias e os outros dois (25%) permaneceram internados por 29 dias. Em ambos os casos, a internação prolongada ocorreu devido a intercorrências neonatais e para recuperação nutricional. Além disso, todos os RNPT tardios permaneceram internados por menos de 30 dias.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das lactantes participantes do estudo. Brasília, 4, 2024.

| | Idade Atual | Escolaridade | Profissão | Composição familiar | Número de gestações | Experiência em AME | Aborto prévio |
|----|-------------|---------------|--------------|---------------------|---------------------|--------------------|---------------|
| L1 | 20 | E.M. COMPLETO | REPOSITORA | L + G | 1 | Não | Não |
| L2 | 27 | E.M. COMPLETO | DESEMPREGADA | L + G + C | 5 | Não | Sim |
| L3 | 21 | E.M. COMPLETO | DESEMPREGADA | L + G + C | 2 | Não | Sim |
| L4 | 37 | E.M. COMPLETO | GARI | L + G + 2 filhos | 3 | Sim | Não |

Legenda: E.M. = Ensino Médio; L = lactante; G = gemelares; C = companheiro.

Tabela 2 – Caracterização dos gemelares por meio dos dados coletados em prontuário eletrônico. Brasília, 8, 2024.

| Idade Gestacional | N | % |
|--|----------|--------------|
| RNPT moderado (28 até 33 semanas + 6 dias) | 4 | 50 |
| RNPT tardio (34-36 semanas) | 4 | 50 |
| Idade atual* | N | % |
| 1 ano e 2 meses | 2 | 25 |
| 1 ano e 4 meses | 4 | 50 |
| 1 ano e 7 meses | 2 | 25 |
| Sexo | N | % |
| Masculino | 3 | 37,5 |
| Feminino | 5 | 62,5 |
| Tempo de internação | N | % |
| Menor que 30 dias | 6 | 75 |
| Maior que 30 dias | 2 | 25 |
| Peso ao nascer | N | % |
| Entre 1.500 g e 1.600 g | 2 | 25 |
| Entre 1.600 g e 2.000 g | 3 | 37,5 |
| Maior que 2.000 g | 3 | 37,5 |
| Peso na alta hospitalar | N | % |
| Menor que 2.000 g | 2 | 25 |
| Maior que 2.000 g | 6 | 75 |
| Tempo de uso de VAA | N | % |
| Menor que 15 dias | 4 | 50 |
| Entre 15 e 30 dias | 2 | 25 |
| Maior que 30 dias | 2 | 25 |
| CD fonoaudiológica** | N | % |
| SMLD | 8 | 100 |
| Total de RN | 8 | 100,0 |

Legenda: RNPT = recém-nascido pré-termo; VAA = via de alimentação alternativa; CD = conduta. *A idade atual foi calculada no momento da coleta de dados e entrevista com a mãe dos gemelares. **Última conduta fonoaudiológica antes da alta hospitalar.

Ademais, os estudos de Gomes et al. (2021)¹⁷ e Silva et al. (2022)¹⁸ apontam que ao considerar a prematuridade não há diferença estatisticamente significativa entre o sexo feminino e o masculino corroborando com os achados desta pesquisa.

A VAA pode ser utilizada em RNPT e baixo peso para recuperação nutricional, até que seja possível a transição para via oral e o estabelecimento da amamentação, isso porque em RNPT as habilidades motoras orais podem estar alteradas, tais como movimentação de língua para extração do leite, baixa tonicidade dos órgãos fonoarticulatórios, vedamento labial ineficaz, abertura de boca ineficaz ou exagerada e fraca pressão intraoral^{4,6}. Neste estudo, 25% (n=2) dos gemelares (ambos RNPT moderados) utilizaram VAA (sonda orogástrica e/ou nasogástrica) por período superior a 30 dias, o que evidencia dificuldades na transição para via oral devido às intercorrências neonatais e ao estado nutricional dos RN.

Ao correlacionar peso ao nascer e idade gestacional, foi possível observar que os RN gemelares nascidos com peso entre 1500 g e 1600 g eram RNPT moderados, permaneceram internados por mais de 30 dias e utilizaram VAA por período superior a 30 dias. Nesse contexto, nota-se que o peso ao nascer está diretamente relacionado ao tempo de uso de VAA e de internação hospitalar, logo, gemelares com baixo peso apresentaram internações prolongadas e uso de VAA por períodos maiores.

Em relação às intercorrências durante a internação hospitalar (Gráfico 1), observa-se maior prevalência da icterícia neonatal com ocorrência em 87,7% dos casos, seguida de 50% de registros de gemelares com desconforto respiratório. Destaca-se ainda que apenas 25% (n=1) da amostra total (n=8) apresentou anquiloglossia com necessidade de intervenção cirúrgica no período de internação hospitalar. A mãe do RN gemelar (L1) referiu melhora após a intervenção e relata que não foi necessário uma reabordagem cirúrgica.

Ao considerar as principais intercorrências durante a internação, destaca-se a icterícia neonatal em 87,5% (7/8) dos casos, o que corrobora com achados bibliográficos que apontam a prematuridade como um dos principais fatores de risco para essa alteração¹⁹. Em RNPT, os altos níveis de bilirrubina podem gerar alterações como hipoglicemia, colestase e sangramentos, devido à imaturidade hepática²⁰.

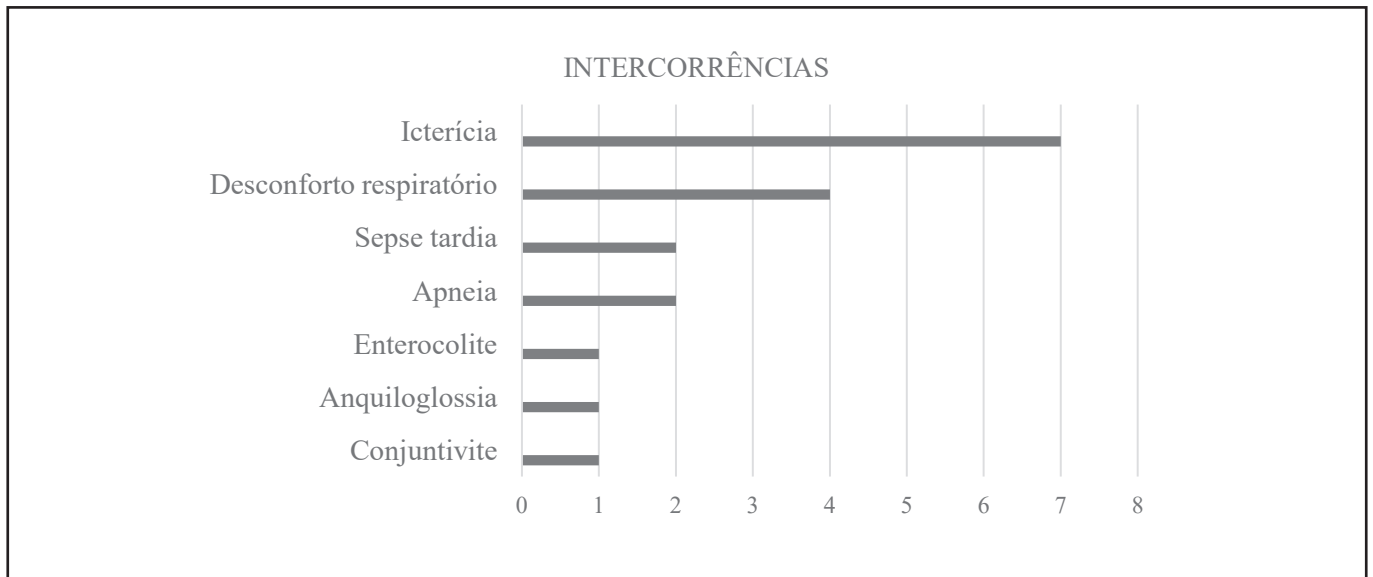


Gráfico 1- Intercorrências durante a internação hospitalar dos gemelares.

Destaca-se ainda a ocorrência de desconforto respiratório em 50% da amostra (n=4), o que corrobora com estudos que descrevem esta intercorrência como de maior gravidade em neonatos, bem como a de maior incidência na sala de parto, o que pode ocasionar a necessidade de manobras de reanimação e internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)²¹. Cabe ressaltar que um dos principais fatores de risco para esta intercorrência é a prematuridade²².

Acerca do AME, todas as lactantes afirmaram terem recebido orientações gerais dos profissionais de saúde antes da alta hospitalar, tais como: pega e posicionamento adequados, sinais de saciedade e de fome, tempo de mamada, revezamento das mamas a cada mamada e estado de alerta durante a oferta. Este achado demonstra o cumprimento do direito preconizado pelo Ministério da Saúde, que evidencia que toda puerpera tem direito a receber orientações sobre amamentação durante a internação hospitalar²³.

Nesse contexto, cabe ressaltar que 100% dos RN gemelares da presente pesquisa não permaneciam em AME no momento da coleta de dados, devido à necessidade nutricional de iniciar a oferta de outros alimentos. Ao serem questionadas sobre o AME pelo período de 6 meses, 75% (n=3) das lactantes referiram AME até os 6 meses de idade (L1, L3 e L4). Dessas, apenas a L3 (25%) manteve a oferta em SM até a idade atual dos gemelares, L1 e L4 (50%) introduziram fórmula infantil após os 6 meses devido à volta ao trabalho e início da creche e L2 (25%) interrompeu a AME quando os

gamelares estavam com um mês de vida considerando que apresentava uma baixa produção láctea. Para todos gemelares, a introdução alimentar foi realizada aos seis meses de idade cronológica e no momento da entrevista, todos estavam com alimentação adequada para a idade (questão 3).

A AME é recomendada até os seis primeiros meses de vida, preferencialmente em seio materno, isso se deve ao fato de que a alimentação em SM favorece o vínculo afetivo entre a mãe e o bebê, bem como promove adequado crescimento craniofacial e desenvolvimento das estruturas orofaciais, essenciais para a realização das funções orofaciais (sucção, mastigação, respiração, deglutição e fala)^{14,24}. O desmame precoce por sua vez, pode gerar consequências como maior incidência de viroses, internações hospitalares e mortalidade infantil²⁵.

Para a introdução alimentar em prematuros, a idade corrigida deve ser considerada devido à maturidade neurológica dessas crianças e a presença dos sinais de prontidão, que tendem a acompanhar a idade corrigida. Cabe ressaltar que, caso a criança apresente todos os sinais de prontidão, o profissional de saúde que a acompanha poderá indicar a introdução alimentar antes dos seis meses de idade corrigida^{26,27}. Os achados dessa pesquisa, evidenciam que todos os participantes (n=8) realizaram a introdução alimentar considerando apenas a idade cronológica, o que demonstra ausência de informação, bem como déficit no acompanhamento longitudinal dessas crianças após a alta hospitalar.

Em relação às dificuldades em manter o AME (questões 2 e 4), as participantes relataram a baixa produção láctea, a dificuldade no manejo para amamentar dois RN ao mesmo tempo e a privação de sono:

Eles não dormiam direito, ficavam no peito o tempo todo e não aceitaram a fórmula, nem a mamadeira. Até hoje só tomam leite no copo de transição (L4).

Olha, foi amamentar os dois. Porque no começo eles revezavam, mas depois eles queriam mamar os dois ao mesmo tempo sempre (L1).

Estudos apontam diversos fatores que contribuem para o desmame precoce, dentre os quais destacam-se a prematuridade, a gemelaridade, os fatores socioeconômicos, a rede de apoio familiar e os mitos relacionados à amamentação^{28,29}. Neste estudo, 25% (n=2) dos gemelares desmamaram no primeiro mês de vida em decorrência da baixa produção láctea, o que corrobora com a pesquisa realizada por Alvarenga et al., 2017²⁹, que após revisão de literatura, identificou que cerca de 10,2% dos casos de desmame precoce estão relacionados à baixa produção ou produção láctea insuficiente. Evidencia-se que, apesar da produção láctea ser adequada às necessidades da criança, pode sofrer influência de fatores intrínsecos como a ansiedade e a privação de sono e extrínsecos, como o padrão de sucção do bebê e pega inadequada. Assim, a diminuição na produção

láctea associada aos mitos da amamentação, podem ocasionar o desmame precoce.

Quando questionadas sobre o uso de bicos artificiais após a alta hospitalar (questão 5), as lactantes referiram que: 40% dos gemelares não utilizaram, 40% fizeram uso de mamadeira e 20% uso de chupeta e/ou sucção digital (Gráfico 2).

A introdução de bicos artificiais pode favorecer o desmame precoce devido à possibilidade do tempo entre as mamadas se tornar mais longo e o RN recusar a oferta em SM, além de ocasionar alterações no padrão de sucção³⁰. A longo prazo, esses hábitos deletérios podem favorecer alterações nas funções miofuncionais orofaciais, quais sejam: sucção, respiração, mastigação, deglutição e fala. Além disso, esses hábitos podem ocasionar alterações dentárias^{31,32}.

No presente estudo, foi verificado que L2 introduziu chupeta e mamadeira com um mês de vida dos gemelares, o que provavelmente ocasionou o desmame precoce que ocorreu nessa mesma idade devido à baixa produção láctea. A L1 introduziu mamadeira após os seis meses e, somado a isso, os gemelares apresentavam o hábito deletério de sucção digital. Em contrapartida, as demais lactantes (L3 e L4) não utilizaram bicos artificiais.

Acerca da rede de apoio familiar para continuidade do aleitamento materno após a alta hospitalar, 75% (n=3) das participantes relatou apoio da família para permanecer amamentando, enquanto 25% (n=1) não teve apoio. Ademais, para as lactantes que possuem emprego formal (n=2), após o término da licença ma-

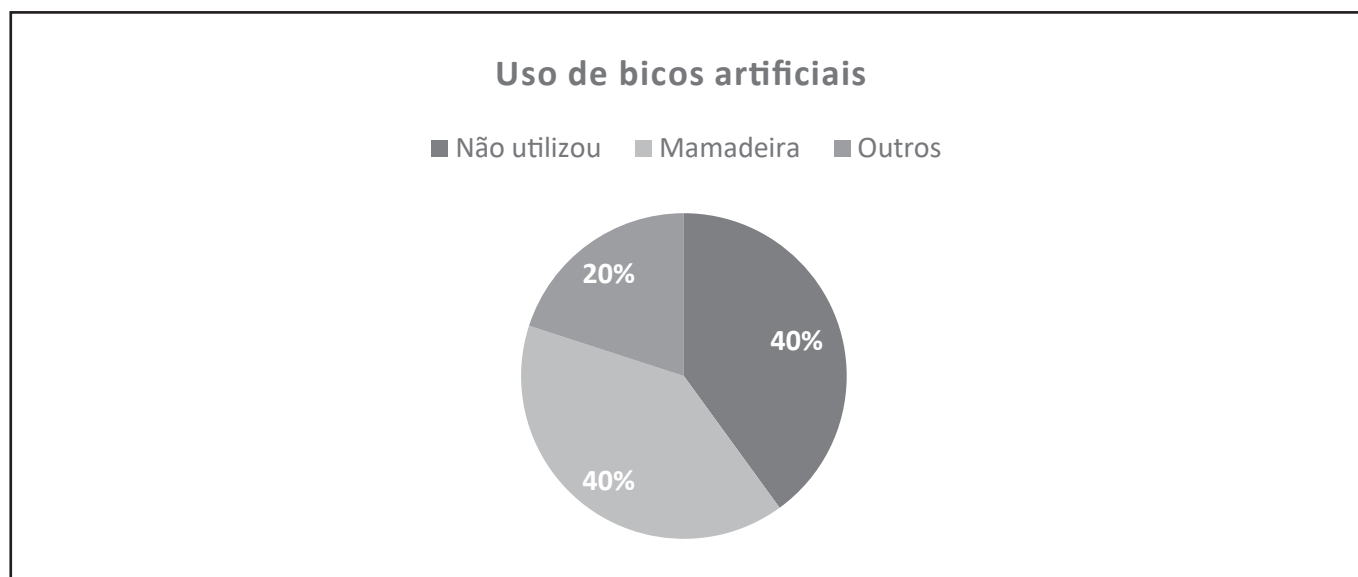


Gráfico 2 - Uso de bicos artificiais após alta hospitalar pelos RN gemelares.

ternidade, 100% das entrevistadas não tiveram flexibilidade para seguir amamentando.

De alguns tive sim, outros falavam que não precisava, que [o leite] não sustentava (L3).

Não tive apoio, era só eu mesmo (L1).

Pra eu continuar amamentando os gêmeos, eu precisava sair do meu horário de trabalho, mas essas horas eram descontadas do meu salário (L4).

Para a continuidade do AME, a rede de apoio torna-se fundamental. Estudos apontam que membros da família fornecem informações acerca da amamentação, bem como, disponibilizam apoio social para as lactantes, favorecendo a alimentação exclusiva em seio materno³³. Em contrapartida, alguns familiares reforçam mitos relacionados à amamentação, potencializando as chances de desmame precoce. Nesse contexto, destaca-se a importância do profissional de saúde enquanto rede de apoio para essa lactente, disponibilizando informações assertivas acerca da amamentação.

Na legislação brasileira a flexibilidade na carga horária na jornada de trabalho da nutriz está prevista em lei para que o AME possa ter continuidade mesmo após o retorno ao trabalho³⁴. No entanto, como relatado pela L4 não houve cumprimento da legislação prejudicando a continuidade do AME.

Os Bancos de Leite Humano (BLH) se configuram como grandes aliados ao estabelecimento e continuidade da amamentação, promovendo orientações e auxílios necessários nesse processo. A unidade de saúde referência para esta pesquisa está vinculada a um BLH, entretanto, apenas uma lactente (L1) relatou a necessidade de utilização desse serviço enquanto o RN estava internado na UTIN (questão 7). As demais lactantes (n=3) não utilizaram o serviço em nenhum momento, inclusive após a alta hospitalar, nem mesmo em BLH próximos as suas residências. Cabe destacar que o BLH possui importância fundamental para a nutrição dos RN principalmente internados, disponibilizando leite pasteurizado sempre que necessário³⁵.

Acerca do atendimento fonoaudiológico durante a internação (questão 8), 100% das entrevistadas relataram que tiveram acesso a esse profissional durante todo o período de internação hospitalar (UTIN

e UCINCa). O fonoaudiólogo é o profissional capacitado a realizar orientações sobre aleitamento materno e outros aspectos fonoaudiológicos que envolvem o desenvolvimento da alimentação, fala e audição. Seu acompanhamento favorece a alta hospitalar precoce, reduzindo gastos e promovendo o AME^{36,6}.

Nesse contexto, o fonoaudiólogo integra a equipe de saúde responsável pela realização do teste da linguinha, possibilitando a identificação da anquiloglossia, que pode prejudicar a amamentação devido ao padrão de sucção inadequado. Logo, a identificação precoce dessa alteração favorece o AME³⁷. Nesta pesquisa, quando questionadas acerca do teste da linguinha (questão 9), 75% (n=3) das entrevistadas afirmaram que o teste foi realizado, sendo que em um destes (RN gemelar de L1), foi necessária intervenção cirúrgica. Em contrapartida, 25% (n=1) alegou que o teste não foi realizado.

Quando questionadas em relação à satisfação dos serviços prestados na unidade hospitalar (questão 11) todas relataram satisfação com o atendimento prestado pela equipe multidisciplinar.

Me senti muito bem tratada, muito cuidada, do pessoal da limpeza até os profissionais do hospital, e isso me ajudou muito porque eu me sentia muito insegura, achava que não ia dar conta (L4).

Eu só tenho elogios, tanto pras fonos que me ajudaram muito, pras enfermeiras também. Elas me ensinaram muita coisa, foi um acolhimento ótimo. Até depois que eu fui embora a enfermeira continuou me acompanhando, então só tenho elogios (L1).

A satisfação das participantes e o acompanhamento após a alta hospitalar dos RN gemelares corroboram com os princípios do atendimento humanizado no Serviço Único de Saúde (SUS) e segue as diretrizes do Método Canguru, que prevê em sua terceira etapa o acompanhamento de forma compartilhada entre a equipe hospitalar e a equipe da atenção primária³⁵.

Salienta-se a necessidade de ampliação de estudos com a temática, a fim de replicar os achados, bem como a ampliação do tempo de referência, na intenção de ampliar a amostra. Assim, estes aspectos podem ser descritos como limitadores da ampliação dos achados da presente pesquisa. Ressalta-se ainda que a presente pesquisa evidenciou a possibilidade da utilização

da telessaúde para prestação de serviços de forma remota. Entretanto, há limitadores para tal uso como a necessidade de acesso à internet e a um dispositivo compatível com o aplicativo proposto (*WhatsApp*).

CONCLUSÃO

Destaca-se que a principal limitação desta pesquisa foi a baixa adesão por parte dos participantes, resultando em uma amostra reduzida. Apesar disso, foi possível identificar que 6 dos RN gemelares que

estiveram internados na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) permaneceram em SME até os seis meses de idade cronológica após a alta hospitalar. A principal motivação para o desmame precoce apontada pelas participantes desta pesquisa foi a produção láctea insuficiente. Em contrapartida, as razões que favoreceram a continuidade do AME após a alta hospitalar incluem o atendimento multidisciplinar e orientações recebidas durante o período de internação, além da rede de apoio familiar.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Preterm birth [Internet]. 2018 [Acesso em 18 Jan 2024].
2. Chawanpaiboon S, Voguel JP, Moller AB, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7(1):e37-e46.
3. Giuffrè M, Piro E, Corsello G. Prematuridade e geminação. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 25(sup3), 6–10. 2012. doi:10.3109/14767058.2012.712350.
4. Castelli CTR, Almeida ST. Avaliação das características orofaciais e da amamentação de recém-nascidos prematuros antes da alta hospitalar. *Revista CEFAC [online]*. 2015, v. 17, n. 6 [Acesso 18 Jan 2024], pp. 1900-1908. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-021620151768415>
ISSN 1982-0216
5. Mikami FCF. Aleitamento materno em gêmeos: efeito do aconselhamento pré-natal e fatores associados ao desmame. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo. 2018.
6. Frois CA, Mangilli LD. Apresentação de um protocolo clínico direcionado ao aleitamento materno no alojamento conjunto. *Audiology – Communication Research [online]*. 2021, v. 26 [Acesso 18 Jan 2024], e2389. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2020-2389>
Epub 13 Ago 2021. ISSN 2317-6431
7. Ostlund A, Nordström M, Dykes F, Flacking R. Breastfeeding in preterm and term twins-maternal factors associated with early cessation: a population-based study. *J Hum Lact* 2010; 26:235-41.
8. Sanches MTC, Buccini GS, Gimeno SGA, Rosa TEC, Bonamigo AW. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. 2011, v. 27, n. 5 [Acesso 18 Jan 2024], pp. 953-965. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500013>
9. Vila-Candel R, Soriano-Vidal FJ, Murillo-Llorente M, Pérez-Bermejo M, Castro-Sánchez E. Maintenance of exclusive breastfeeding after three months postpartum: an experience in a health department of a Valencian Community. *Aten. Primaria* 51, 91-98. 2019.
10. Conselho Federal de Fonoaudiologia. RESOLUÇÃO CFFa nº 320, de 17 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, e dá outras providências. 2006.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [Acesso 18 Jan 2024]. (Caderno de Atenção Básica, 23). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
13. Ballesta-Castillejos A, Gómez-Salgado J, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A. Development and validation of a predictive model of exclusive breastfeeding at hospital discharge: Retrospective cohort study. *Int J Nurs Stud*. 2021 May;117:103898. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103898. Epub 2021.
14. Costa JLF, Neves APSM, Camargo JDAS, Yamamoto RCC. Caracterização da transição alimentar para via oral em recém-nascidos prematuros. *CoDAS [online]*. 2022, v. 34, n. 5 [Acesso 18 Jan 2024], e20210136. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20212021136>
15. Monteiro JRS, Dutra TA, Tenório MCS, Silva DAV, Mello CS, Oliveira ACM. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo em prematuros. *Arq. Catarin Med*. 2020 jan-mar; 49(1):50-65.
16. Méio MDBB, Villela LD, Júnior SCSG, Tovar CM, Moreira MEL. Amamentação em lactentes nascidos pré-termo após alta hospitalar: acompanhamento durante o primeiro ano de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7):2403-2412, 2018.
17. Gomes TGACB, Queiroz MN, Costa ABMP, Moreira ACG. Desfechos perinatais relacionados à idade materna e comorbidades gestacionais nos nascimentos prematuros. *Com. Ciências Saúde*. 2021; 32(1):43-48.
18. Silva MM, Brito ALS, Vasconcelos IA, Souto REM, Rocha RP, Esteche CMGCE et al. Perfil de mulheres acometidas por parto prematuro e desfechos neonatais. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife*, 21 (4): 987-994 out-dez., 2021.
19. Assis ACM, Gabrieli GV, Kashima YM. Icterícia em recém-nascidos prematuros: revisão narrativa da literatura. *Brazilian Journal of Health Review, Curitiba*, v. 6, n.4, p.18481-18500, jul/ago., 2023.
20. Godoy CD, Silva MMA, Santos TC, Santana CJ, Miranda LL. Icterícia neonatal: atuação do enfermeiro frente à identificação precoce e tratamento. *Research, Society and Development*, v. 10, n.15, e386101522765, 2021.
21. Souza AIM, Proença BM, Oliveira LC, Lucena NCL, Rodrigues R, Favaro EGP et al. Fatores de risco para intercorrências em sala de parto em hospital no município de Cuiabá-MT. *COORTE – Revista Científica Do Hospital Santa Rosa*, 16(16). <https://doi.org/10.52908/coorte.v16i16.323>
22. Pontes S, Caxias CC, Silva ANN, Silva SMP, Lima AMF. Repercussões da ventilação não invasiva em recém-nascidos prematuros com síndrome do desconforto respiratório agudo: revisão integrativa. *Revista Ciência Plural*. 2021; 7(2):211-226.
23. Brasil. Ministério da Saúde. LEI Nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília, 2016.

24. Lemes EF, Silva THMM, Correr AMA, Almeida, EOC, Luchesi KF. Estimulação sensoriomotora intra e extra-oral em neonatos prematuros: revisão bibliográfica. Revista CEFAC [online]. 2015, v. 17, n. 3 [Acesso 19 Jan 2024], pp. 945-955. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-021620159414> Epub May-Jun 2015. ISSN 1982-0216.
25. Pinto RRO, Godinho JSL, Souza AS, Silva EA, Vieira CLJ, Rodrigues LMS. Repercussões do desmame precoce para a saúde dos recém nascidos e lactentes. Revista Pró-univerSUS. 2023 set./dez.; 14 (3): 81-88.
26. Sociedade Brasileira de Pediatria [homepage na internet]. Departamento de Científico de Neonatologia. Seguimento ambulatorial do prematuro de risco. 1ª edição. 2012. [acesso 19 jan 2024].
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília, DF; 2021.
28. Santos JCJ, Alves YVT, Barreto IDC, Fujinaga CI, Medeiros AMC. Influência de fatores maternos no desempenho da amamentação. Distúrb Comun, São Paulo, 31(4): 575-584, dezembro, 2019.
29. Alvarenga SC, Castro DS, Leite FMC, Brandão MAG, Zandonade E, Primo CC. Fatores que influenciam o desmame precoce. Aquichan [Internet]. 2017 Jan [acesso 19 Jan 2024];17(1):93-103. Disponível em: http://www.scielo.org/co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972017000100093&lng=en <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.1.9>
30. Carreiro JA, Francisco AA, Abrão ACFV, Marcacine KO, Abuchaim ESV, Coca KP. Dificuldades relacionadas ao aleitamento materno: análise de um serviço especializado em amamentação. Acta Paulista de Enfermagem, v. 31, n. 4, pp. 430-438, jun-ago. 2018.
31. Pereira TS, Oliveira F, Cardoso MCAF. Associação entre hábitos orais deletérios e as estruturas e funções do sistema estomatognático: percepção dos responsáveis. CoDAS. 2017;29(3):1-6.
32. Gisfrede TF, Kimura JS, Reyes A, Bassi J, Drugowick R, Matos R et al. Hábitos bucais deletérios e suas consequências em Odontopediatria. Rev. bras. odontol. 2016;73(2):144-9.
33. Prates LA, Schmalfluss JM, Lipinski JM. Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 19(2) Abr-Jun 2015.
34. BRASIL. Decreto-lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943. Aprova a consolidação das leis do trabalho. Lex: coletânea de legislação: edição federal, São Paulo.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
36. Conselho Federal de Fonoaudiologia. RESOLUÇÃO CFFa nº 320, de 17 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, e dá outras providências. 2006.
37. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Berretin-Felix G. Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. Revista CEFAC, mai-jun, 15(3):599-610. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n3/162-11>





Health
Residencies
Journal (HRJ).
2026;7(33):14-23

Artigos de
Temas Livres

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v7i33.1025](https://doi.org/10.51723/hrj.v7i33.1025)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 27/02/2024

Aceito: 10/12/2025

Higienização das mãos na assistência aos pacientes de cuidados intensivos: do conhecimento à prática

Hand hygiene in the care of intensive care patients: from knowledge to practice

Raquel Lúcio Walverde¹ , Lucas Leite dos Santos¹ , Gicélia Lombardo Pereira¹ 

¹ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Correspondência: raquel.walverde@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde representam um dos principais desafios da segurança do paciente nos serviços de saúde. Entre 20% e 30% dessas infecções podem ser evitadas por meio de medidas simples de prevenção, como a higienização das mãos. **Objetivo:** analisar o conhecimento e a adesão dos técnicos de enfermagem, que atuam na assistência ao paciente de cuidados intensivos, quanto à higienização das mãos. **Método:** estudo descritivo e observacional realizado em três setores de cuidados intensivos em um hospital militar do Rio de Janeiro com uso de questionário e ferramenta de observação elaborados pelos autores, com base nas recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e da Organização Mundial de Saúde, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** 32 técnicos de enfermagem participaram deste estudo, totalizando 722 oportunidades observadas de higienização das mãos, com taxa de adesão de apenas 20%. O conhecimento foi substancial, porém ainda existem lacunas que necessitam ser preenchidas. **Conclusões:** o conhecimento e a prática de higiene das mãos dos técnicos de enfermagem ainda requerem aperfeiçoamentos, além de sensibilização acerca da importância desta conduta como medida preventiva para a redução das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

Palavras-chave: Lavagem das mãos; Cuidados intensivos; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: healthcare-associated infections represent one of the main patient safety challenges in healthcare settings. Between 20% and 30% of these infections can be prevented through simple preventive measures, such as hand hygiene. **Objective:** to analyze the knowledge and adherence of nursing technicians, who assist patients in intensive care, regarding hand hygiene. **Method:** descriptive and observational study conducted in three intensive care units in a military hospital in Rio de Janeiro using a questionnaire and observation tool developed by the authors, based on the recommendations of the National Health Surveillance Agency and the World Health Organization, after signing the Informed Consent Form. **Results:** 32 nursing technicians participated in this study, with 722 hand hygiene opportunities observed, with a compliance rate of only 20%. The knowledge gained was substantial, but there are still gaps that need to be filled. **Conclusion:** the knowledge and

practice of hand hygiene among nursing technicians still requires improvement, in addition to greater awareness about the importance of this conduct as a preventive measure for reducing Healthcare-Associated Infections.

Keywords: Hand disinfection; Critical care; Nursing.

INTRODUÇÃO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) representam um dos principais desafios da segurança do paciente nos serviços de saúde, por estarem associadas ao aumento da morbidade, mortalidade, tempo de internação e custos hospitalares¹. Essas infecções ocorrem em diferentes contextos assistenciais, sendo mais prevalentes nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), onde os pacientes se encontram em estado crítico e frequentemente expostos a procedimentos invasivos^{2,3}.

Estima-se que a incidência de IRAS em UTIs brasileiras possa chegar a 47,9 infecções por mil pacientes-dia, com destaque para pneumonias associadas à ventilação mecânica, infecções da corrente sanguínea e do trato urinário associadas a dispositivos³. Além disso, entre 20% e 30% dessas infecções podem ser evitadas por meio de medidas simples de prevenção, como a higienização das mãos⁴.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)^{5, p.1} define higiene das mãos como “a ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de microrganismos impedindo que pacientes e profissionais de saúde adquiram Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde”. A higienização das mãos é reconhecida como a principal ação isolada de prevenção das IRAS. Trata-se de um procedimento de baixo custo e alta eficácia, capaz de interromper a cadeia de transmissão de microrganismos entre profissionais, pacientes e o ambiente hospitalar⁶. No entanto, apesar de sua importância, as taxas de adesão a essa prática ainda são insatisfatórias em muitos contextos assistenciais⁷.

Para padronizar e fortalecer essa prática, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu a Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos, que inclui a definição dos “Cinco Momentos para Higienização das Mãos”: antes do contato com o paciente, antes da realização de procedimentos as-

sépticos, após risco de exposição a fluidos corporais, após contato com o paciente e após contato com áreas próximas ao paciente⁶.

No Brasil, a ANVISA incorporou as recomendações da OMS e publicou protocolos que normatizam a prática da higienização das mãos nos serviços de saúde, orientando desde a infraestrutura necessária até a capacitação profissional⁸. A adoção dessas diretrizes tem como objetivo promover uma cultura institucional de segurança e qualidade do cuidado.

Diante desse contexto, surge a necessidade de compreender como a higienização das mãos é de fato aplicada pelos profissionais que atuam diretamente no cuidado. Técnicos de enfermagem estão entre os profissionais com maior contato com os pacientes em UTIs, sendo responsáveis por uma parcela significativa dos cuidados diretos. Apesar de afirmarem conhecer a técnica, há evidências de que sua adesão prática ainda é insuficiente⁹. Esse descompasso entre conhecimento declarado e comportamento observável fragiliza a segurança assistencial e compromete a prevenção de infecções.

Portanto, este estudo tem como objeto a análise do conhecimento e da adesão dos técnicos de enfermagem à higienização das mãos.

Com o fim de operacionalizar o estudo, foram formuladas as seguintes questões: o que os técnicos de enfermagem, que trabalham na assistência aos pacientes de cuidados intensivos, conhecem sobre higienização das mãos? E, qual é a adesão destes técnicos de enfermagem à higienização das mãos na utilização da técnica correta?

Com o intuito de responder aos questionamentos foi formulado o objetivo geral: analisar o conhecimento e a adesão dos técnicos de enfermagem, que atuam na assistência aos pacientes de cuidados intensivos, quanto à higienização das mãos; e, como objetivos específicos: identificar o conhecimento e a adesão dos técnicos de enfermagem, que atuam

na assistência aos pacientes de cuidados intensivos, sobre higienização das mãos; observar se há adesão da higienização das mãos dos técnicos de enfermagem, que atuam na assistência aos pacientes de cuidados intensivos; e, constatar a técnica correta da higienização das mãos pelos técnicos de enfermagem, que atuam na assistência aos pacientes de cuidados intensivos.

A pesquisa se justifica porque a higienização das mãos é o método mais simples e mais econômico para evitar infecções relacionadas à assistência à saúde; sendo as mãos dos profissionais as principais fontes de transmissão de microrganismos no ambiente hospitalar¹⁰.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e observacional, realizado em um hospital militar de grande porte, situado na cidade do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi realizada ao longo de três meses, apenas em dias úteis, nos setores que prestam assistência a pacientes de cuidados intensivos: uma Unidade Coronariana e três Unidades de Terapia Intensiva.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Pesquisas Biomédicas, localizado no Município do Rio de Janeiro, por meio da Plataforma Brasil, tendo sido aprovado sob o Parecer Consubstanciado n.º 6.144.237 e o número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 67300523.2.3001.5256.

A população-alvo foi composta por técnicos de enfermagem que atuam diretamente na assistência aos pacientes internados nos setores de cuidados intensivos, escalados pelo Departamento de Enfermagem do hospital, abrangendo profissionais dos turnos diurno e noturno, independentemente do tempo de atuação profissional. Foram excluídos os profissionais que se encontravam de férias, licença ou afastamento durante o período da coleta de dados.

Após a aprovação do CEP, os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo sido informados sobre os objetivos, procedimentos e possíveis implicações do estudo, com ênfase das duas etapas da pesquisa: o questionário e a observação.

Decorrido os esclarecimentos e a assinatura do termo, iniciou-se a coleta de dados com a aplicação de um questionário estruturado, composto por perguntas fechadas, com tempo estimado de resposta de até dez minutos. O instrumento foi elaborado pelos autores, com base nos manuais e protocolos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e da Organização Mundial da Saúde^{5,11}, com o objetivo de avaliar o conhecimento dos técnicos de enfermagem sobre a higienização das mãos. As perguntas abordaram tópicos como: a principal via de transmissão cruzada de microrganismos em ambientes hospitalares, o tempo de duração recomendado para a higienização simples das mãos e para a fricção antisséptica com preparação alcoólica, os métodos mais adequados em diferentes situações clínicas, além dos “Cinco Momentos para Higienização das Mãos”. Também foram coletadas informações para caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes, como idade, sexo, grau de instrução, tempo de formação como técnico de enfermagem e tempo de experiência na assistência aos pacientes de cuidados intensivos.

A etapa de observação foi realizada aproximadamente um mês após a aplicação do questionário, com base no consentimento já previsto no TCLE, que incluía a concordância dos participantes para as duas etapas da pesquisa. Durante essa fase, foram realizadas observações *in loco* nos setores de cuidados intensivos, previamente comunicados às equipes, com o objetivo de verificar a adesão dos profissionais à higienização das mãos.

A observação foi realizada de forma não identificada, o que significa que não houve qualquer tentativa de associar os dados de conhecimento (obtidos via questionário) às condutas observadas. Todos os técnicos de enfermagem dos setores participaram da etapa do questionário, mas, por não haver identificação individual durante a observação, nem registro do nome ou qualquer dado que permitisse vincular o comportamento à resposta anterior, não foi possível estabelecer uma correlação direta entre o conhecimento teórico e a adesão prática à higienização das mãos. O foco foi unicamente na verificação da adesão à higienização das mãos nos “Cinco Momentos para Higienização das Mãos” e não na identificação pessoal dos sujeitos.

Para a coleta dos dados observacionais, foi elaborada pelos autores uma ferramenta própria intitulada “Observação da Higienização das Mãos”, baseada nos critérios do *Manual do Observador – Indicadores de Avaliação das Práticas de Higiene das Mãos* da ANVISA¹². Essa ferramenta permitia registrar o momento em que a higienização das mãos era indicada, conforme os “Cinco Momentos” definidos pela OMS, e observar se a ação foi realizada ou não. Quando a higienização era executada, avaliava-se se a técnica utilizada correspondia aos padrões estabelecidos ou se apresentava falhas, permitindo classificar a prática como correta ou incorreta. Também era registrada a forma de higienização adotada, distinguindo entre a higiene simples com água e sabão e a fricção antisséptica com preparação alcoólica. O objetivo do instrumento foi avaliar a adesão prática dos profissionais às recomendações técnicas e identificar eventuais falhas na execução da higienização das mãos.

Segundo a ANVISA¹³, existem formas de praticar a higienização das mãos, são elas: higienização simples das mãos, higiene antisséptica das mãos, fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica. Sendo a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica (gel ou solução) e higienização simples das mãos com água e sabão as mais comuns nas unidades de assistência aos pacientes de cuidados intensivos, essas foram a de escolha da pesquisa para a observação.

A classificação da técnica como correta ou incorreta seguiu as orientações da ANVISA¹³, considerando não apenas o tipo de higienização adotado, mas também o tempo de duração recomendado para cada procedimento e a adequada execução dos passos técnicos envolvidos.

Para a análise da adesão à higienização das mãos, considerou-se a presença de “oportunidades”, isto é, situações em que a higiene era indicada conforme os cinco momentos preconizados. A ação efetivamente realizada (ou não) foi contrastada com essas oportunidades. Quando, diante de uma oportunidade indicada, a higienização não era realizada, registrou-se como “não realizada”, ou seja, uma ação de higiene que deixou de ser executada no momento apropriado. Assim, a avaliação se baseou na correspondência entre as

situações que exigiam higienização e a resposta prática observada.

Além disso, foi elaborado o instrumento “Conferência do Setor”, com o intuito de verificar previamente as condições estruturais e a disponibilidade de insumos nos ambientes observados, conforme critérios da OMS¹³. Foram considerados adequados os setores que dispunham de: pia em proporção adequada (1 para cada 10 leitos), água corrente, sabão líquido, toalha descartável e dispensador com preparação alcoólica em funcionamento constante e seguro. As observações foram realizadas apenas em ambientes que cumpriam todos os critérios; quando não conformes, a observação foi adiada até a regularização do setor.

As sessões de observação seguiram as recomendações da OMS¹⁴, com duração de até 20 minutos, podendo ser estendidas conforme a atividade do profissional observado, de modo que fosse possível acompanhar todo o cuidado prestado. Cada sessão contemplou a observação de um único técnico de enfermagem por vez, visando garantir a atenção adequada às suas ações.

Os dados obtidos por meio dos questionários e das observações foram consolidados em planilhas eletrônicas e submetidos à análise sistemática quantitativa, conforme os objetivos do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi realizado com 32 técnicos de enfermagem que assistem pacientes de cuidados intensivos nos setores de Unidade de Tratamento Intensivo e Unidade Coronariana.

Verificamos que a composição da amostra foi igualmente distribuída entre os gêneros, com 50% dos participantes identificando-se como do sexo feminino e 50% como do sexo masculino. A faixa etária de 31 a 40 anos foi a mais prevalente (Tabela 1). Em relação ao nível máximo de escolaridade dos técnicos de enfermagem, 9% têm formação de nível superior, não necessariamente na área da saúde, e 25% possuem pós-graduação. Quanto ao tempo de formação técnica, 37% estavam formados há 10 anos ou mais, e 3% formados há menos de 1 ano (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e profissionais dos profissionais.

| VARIÁVEL | CATEGORIA | (n) | (%) |
|----------------------|------------------------|-----|-----|
| Faixa Etária | 21 a 30 anos | 12 | 38 |
| | 31 a 40 anos | 17 | 53 |
| | 41 a 50 anos | 3 | 9 |
| Sexo | Feminino | 16 | 50 |
| | Masculino | 16 | 50 |
| Grau de Instrução | Ensino médio + técnico | 21 | 66 |
| | Graduação | 3 | 9 |
| | Pós-graduação | 8 | 25 |
| Tempo de Formado | Menos de 1 ano | 1 | 3 |
| | 1 a 3 anos | 6 | 19 |
| | 4 a 6 anos | 6 | 19 |
| | 7 a 9 anos | 7 | 22 |
| | 10 anos ou mais | 12 | 37 |
| Tempo de Experiência | Menos de 1 ano | 1 | 3 |
| | 1 a 3 anos | 11 | 34 |
| | 4 a 6 anos | 11 | 34 |
| | 7 a 9 anos | 4 | 13 |
| | 10 anos ou mais | 5 | 16 |

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados coletados.

Quando se tratou do conhecimento dos técnicos de enfermagem acerca da higiene das mãos, 94% afirmaram que as mãos dos profissionais são a principal via de transmissão cruzada de microrganismos entre doentes em um hospital (Tabela 2). Em concordância, ANVISA¹⁵ declara que a disseminação de microrganismos durante o atendimento ao paciente se dá, especialmente, através das mãos, pois a pele pode hospedar diversos microrganismos. Esses microrganismos podem ser transferidos de pessoa para pessoa através do contato pele com pele ou quando o contato ocorre primeiro com um objeto e, em seguida, com outra pessoa.

Tabela 2 – Principal via de transmissão cruzada de microrganismos.

| VIAS DE TRANSMISSÃO | (n) | (%) |
|---|-----|-----|
| Exposição a superfícies colonizadas | 1 | 3 |
| As mãos dos profissionais | 30 | 94 |
| Circulação de microrganismos pela água | 0 | 0 |
| Compartilhamento de objetos não invasivos | 1 | 3 |
| Circulação pelo ar | 0 | 0 |

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados coletados.

A higienização das mãos demanda um tempo adequado para ser realizada corretamente. Conforme as recomendações da ANVISA⁵, o tempo ideal para a higiene simples das mãos com água e sabão varia entre 40 e 60 segundos. Nesta pesquisa, 66% dos técnicos de enfermagem indicaram esse intervalo como o tempo praticado, o que demonstra conhecimento alinhado com as recomendações (Figura 1).

Por outro lado, 34% dos participantes relataram tempos inferiores ou superiores ao recomendado, o que evidencia lacunas no conhecimento técnico sobre a duração correta do procedimento (Figura 1). Esses achados apontam para a necessidade de reforço nas estratégias educativas, mesmo em equipes que atuam em unidades de cuidados intensivos, onde a adesão correta à higienização das mãos é essencial para a segurança do paciente.

Segundo a ANVISA⁵, o tempo recomendado para o procedimento de fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica é de 20 a 30 segundos. No entanto, os resultados obtidos indicam que apenas 47% dos técnicos de enfermagem conhecem o tempo adequado, conquanto que 53% não possuem tal conhecimento (Figura 2).

As indicações da higiene simples das mãos mais recomendadas pela ANVISA¹³ são:

quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais; ao iniciar e terminar o turno de trabalho; antes e após ir ao banheiro; antes e depois das refeições; antes do preparo e manipulação de medicamentos; antes e após contato com pacientes colonizados ou infectados por *Clostridium difficile*; após várias aplicações consecutivas de produto alcoólico; nas situações indicadas para o uso de preparações alcoólicas.

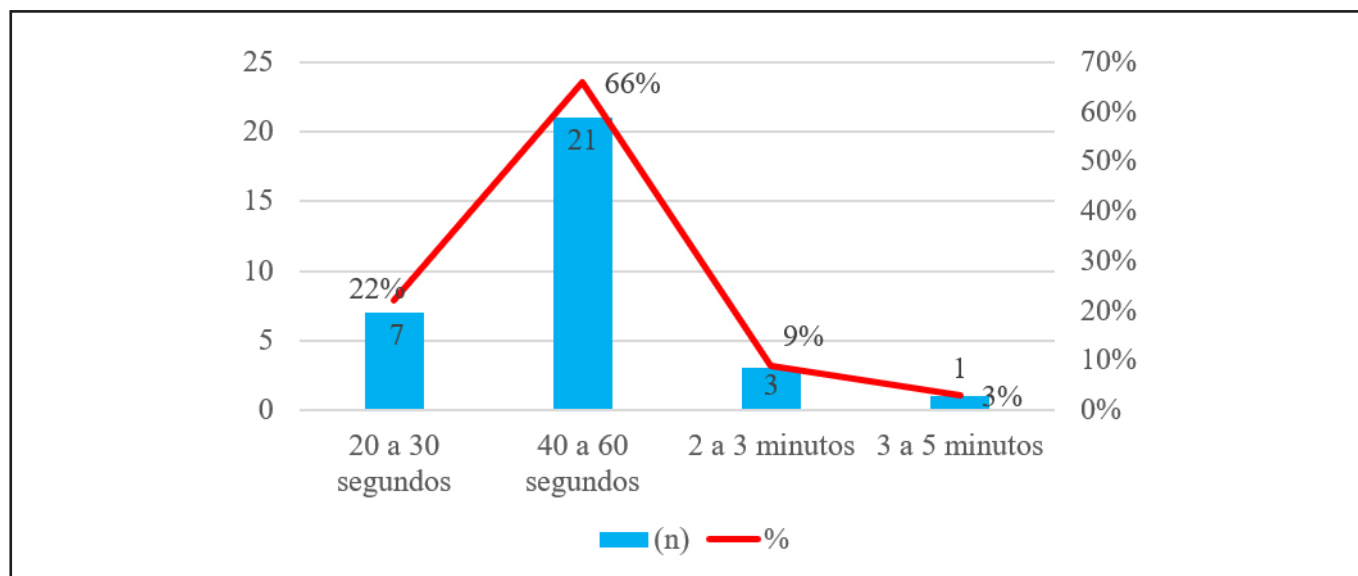


Figura 1 – Tempo de duração do procedimento de higiene simples das mãos.

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados coletados.

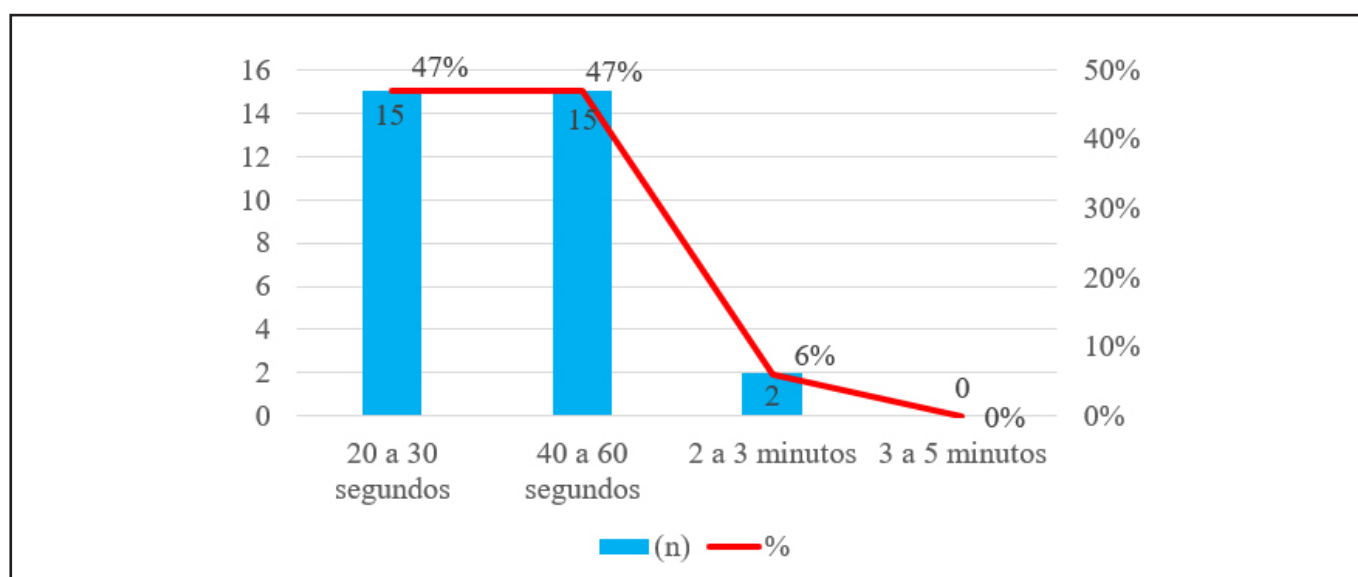


Figura 2 – Tempo de duração do procedimento de fricção antisséptica das mãos.

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados coletados.

Conforme observado na Tabela 3, verifica-se que a maioria declara que a higiene simples com água e sabão é o principal método preconizado, quando: as mãos estão visivelmente sujas (91%), antes e após as refeições (91%), antes e após o uso do banheiro (85%), ao iniciar e terminar o turno de trabalho (84%), após o contato com o paciente (72%), após o risco de exposição a fluidos corporais (72%), mãos contaminadas com sangue (62%), antes de manipular dispositivos invasivos (59%) e antes de manusear medicações (56%).

Enquanto a realização do procedimento de fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica,

como método mais recomendado, revelou que a prevalência das respostas foi após ter contato com objetos e superfícies próximas ao paciente (63%), antes e após remover luvas (60%) e antes de ter contato com o paciente (50%).

Um dos técnicos de enfermagem contradiz as diretrizes da ANVISA afirmando que a higienização das mãos não é necessária antes e após remover as luvas. Tal afirmação contrasta com as recomendações da ANVISA¹³, para fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica, quando não houver sujidade visível, como nos casos de:

antes do contato com o paciente; após contato com o paciente; antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos; antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico; após risco de exposição a fluidos corporais; ao mudar de um sítio corporal contaminado, para outro, limpo, durante o cuidado com o paciente; após contato com objetos inanimados e em superfícies imediatamente próximas ao paciente; antes e após remoção de luvas.

A pesquisa evidenciou, conforme evidenciado na Tabela 3, que ambos os métodos foram indicados como necessários em alguns procedimentos, sendo os mais prevalentes nos momentos de: mãos contaminadas com sangue (22%), após risco de exposição a fluidos corporais (16%), ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro limpo e durante o cuidado ao paciente (16%).

Observa-se que 91% dos indivíduos possuem conhecimento adequado para o procedimento quando as mãos estão visivelmente sujas. No que tange

ao momento antes e após o uso do banheiro, 85% demonstram conhecimento. Para a situação em que as mãos estão contaminadas com sangue, registra-se um conhecimento de 62%. Antes do manuseio de medicamentos, constatou-se que tão somente 56% demonstram conhecimento sobre a técnica adequada. Após o contato com o paciente, 72% exibem conhecimento. Para o momento antes de calçar e remover luvas, obteve-se um índice de conhecimento de 60% (Tabela 3).

A análise dos dados revelou que, quanto ao conhecimento da recomendação de higiene das mãos adequada para o momento antes de iniciar e ao terminar o turno de trabalho, 84% dos participantes conhecem a recomendação. No momento antes e após as refeições, o conhecimento foi ainda mais elevado, alcançando 91%. Em contraste, antes do contato com o paciente, o conhecimento foi de 50%. Observou-se também uma grande lacuna no conhecimento referente ao momento antes da manipulação de dispositivos invasivos, com um índice de 72% de desconhecimento (Tabela 3).

Tabela 3 – Método de higiene das mãos mais recomendado.

| | HIGIENE SIMPLES | | FRICÇÃO ANTISSÉPTICA | | NÃO É NECESSÁRIO | | AMBOS | |
|--|-----------------|-----|----------------------|-----|------------------|-----|-------|-----|
| | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) |
| Mãos visivelmente sujas | 29 | 91 | 1 | 3 | 0 | 0 | 2 | 6 |
| Antes e após o uso do banheiro | 27 | 85 | 3 | 9 | 0 | 0 | 2 | 6 |
| Mãos contaminadas com sangue | 20 | 62 | 5 | 16 | 0 | 0 | 7 | 22 |
| Antes de manusear medicações | 18 | 56 | 12 | 41 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| Após o contato com o paciente | 23 | 72 | 7 | 22 | 0 | 0 | 2 | 6 |
| Antes de calçar e após remover luvas | 10 | 31 | 19 | 60 | 1 | 3 | 2 | 6 |
| Ao iniciar e terminar o turno de trabalho | 27 | 84 | 4 | 13 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| Antes e após as refeições | 29 | 91 | 3 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Antes de ter contato com o paciente | 13 | 41 | 16 | 50 | 0 | 0 | 3 | 9 |
| Antes de manipular dispositivos invasivos | 19 | 59 | 9 | 28 | 0 | 0 | 4 | 13 |
| Após risco de exposição a fluidos corporais | 23 | 72 | 4 | 12 | 0 | 0 | 5 | 16 |
| Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente | 15 | 47 | 11 | 34 | 1 | 3 | 5 | 6 |
| Após ter contato com objetos inanimados e superfícies próximas ao paciente | 10 | 31 | 20 | 63 | 0 | 0 | 2 | 6 |

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados coletados.

A respeito dos resultados sobre o método de higiene mais recomendado para o momento após o risco de exposição a fluidos corporais, apresentados na Tabela 3, registrou-se um índice elevado de 88% de desconhecimento. Quanto ao momento de mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado com o paciente, constatou-se, também, significativo desconhecimento de 66% dos técnicos de enfermagem. Por fim, para o momento após ter contato com objetos inanimados e superfícies próximas ao paciente, obteve-se 63% de conhecimento.

O período de observação direta da higiene das mãos totalizou 2080 minutos (equivalente a 34 horas e 40 minutos). Foram observadas 722 oportunidades de higienização das mãos (HM), predominantemente no turno da manhã.

Para o cálculo da adesão dos técnicos de enfermagem à higienização das mãos, foi considerado as recomendações da ANVISA¹² que é realizado com a utilização do indicador “Adesão (%)” que se dá pelo número de episódios (ações) de higiene das mãos realiza-

dos pelos profissionais de saúde divididos pelo número de oportunidades ocorridas e multiplicadas por uma constante 100. A adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos nos cinco momentos foi de 20%.

A taxa de adesão à higiene das mãos foi maior na indicação “após tocar no paciente”, equivalendo a 69% de oportunidades observadas, corroborando com o estudo de Vasconcelos et al.¹⁶ que evidenciou este mesmo fato equivalendo a 88,1% de adesão. A adesão antes de tocar no paciente foi de 14%, de 3% antes de realizar procedimentos assépticos, e após tocar em superfícies próximas ao paciente foi de 9%. Vale ressaltar que não houve adesão dos técnicos de enfermagem após exposição a fluidos corporais (Tabela 4).

Ao analisar os cinco momentos evidenciou-se que houve maior adesão dos técnicos de enfermagem a aplicação técnica correta (100%), em todas as oportunidades em que foram realizadas a higiene das mãos, nas indicações: antes de realizar procedimentos assépticos e após tocar em superfícies próximas ao paciente (Tabela 5).

Tabela 4 – Adesão à higiene das mãos.

| INDICAÇÕES | OPORTUNIDADES | | REALIZADAS | | NÃO REALIZADAS | |
|---|---------------|-----|------------|-----|----------------|-----|
| | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) |
| Antes de tocar no paciente | 162 | 100 | 23 | 14 | 139 | 86 |
| Antes de procedimento asséptico | 184 | 100 | 6 | 3 | 178 | 97 |
| Após risco de exposição a fluidos corporais | 88 | 100 | 0 | 0 | 88 | 100 |
| Após tocar o paciente | 144 | 100 | 100 | 69 | 44 | 31 |
| Após tocar superfícies próximas ao paciente | 144 | 100 | 13 | 9 | 131 | 91 |

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados coletados.

Tabela 5 – Adesão à técnica correta de higiene das mãos.

| INDICAÇÕES | TÉCNICA CORRETA | | TÉCNICA INCORRETA | |
|---|-----------------|-----|-------------------|-----|
| | (n) | (%) | (n) | (%) |
| Antes de tocar no paciente | 15 | 65 | 8 | 35 |
| Antes de procedimento asséptico | 6 | 100 | 0 | 0 |
| Após risco de exposição a fluidos corporais | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Após tocar o paciente | 72 | 72 | 28 | 28 |
| Após tocar superfícies próximas ao paciente | 13 | 100 | 0 | 0 |

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados coletados.

Quanto à solução utilizada para HM, destacou-se a utilização de água e sabão em 63% das ações como a principal escolha, as 37% restantes utilizaram a fricção com solução alcoólica.

CONCLUSÕES

O conhecimento e a prática de higiene das mãos dos técnicos de enfermagem que assistem os pacientes de cuidados intensivos, ainda precisam ser aperfeiçoados, além de serem sensibilizados acerca da importância desta medida preventiva para redução das IRAS.

Sugere-se que novas pesquisas sobre os fatores que interferem na adesão à prática de higiene das mãos

no ambiente hospitalar sejam realizadas, bem como revitalizar os programas de Educação Permanente para treinamentos, sensibilização e aprimoramento da adesão e conhecimento sobre higienização das mãos.

A contribuição desse estudo foi apresentar um *feedback* dos dados coletados ao SCIH da instituição; alertar os profissionais de saúde a aderirem a higienização das mãos, de acordo com as recomendações da ANVISA e estimular os profissionais iniciantes a prática correta.

O estudo alcançou seus objetivos propostos, fornecendo dados relevantes que poderão subsidiar pesquisas futuras. Ressalta-se, ainda, a escassez de trabalhos semelhantes na literatura atual, o que reforça a importância dos resultados obtidos.

REFERÊNCIAS

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Healthcare-associated infections acquired in intensive care units. Annual Epidemiological Report for 2020. Stockholm: ECDC; 2024.
2. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 National and State Healthcare-Associated Infections Progress Report. Atlanta: CDC; 2022.
3. Silva UV, Silva AR, Oliveira CMC, Santos VR. Infecções relacionadas à assistência à saúde em unidades de terapia intensiva brasileiras: uma revisão sistemática. Rev Bras Ter Intensiva. 2021;33(1):23-31.
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS): 2016-2020. Brasília: Anvisa; 2016.
5. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília; 2013.
6. World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care: a summary. Geneva: WHO; 2020.
7. Pessoa-Silva CL et al. Compliance with hand hygiene in healthcare settings: a systematic review and meta-analysis. J Hosp Infect. 2021;109:49-61.
8. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolos para padronização da higienização das mãos nos serviços de saúde. Brasília: Anvisa; 2021.
9. Silva LCA, Souza AR, Ferreira MLV. Conhecimento e adesão dos técnicos de enfermagem à higienização das mãos em unidades de terapia intensiva. Rev Enferm UFPE. 2022;16:e246846.
10. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Higienização das Mãos. Brasília; 2009.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
12. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Manual do Observador – Indicadores de Avaliação das Práticas de Higiene das Mãos. Brasília: ANVISA; 2018.

13. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Higienização das Mãos. Brasília, 2009.
14. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Guia para a implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a melhoria da higiene das mãos. Brasília: ANVISA; 2012.
15. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília; 2007.
16. Vasconcelos RO, Alves DCI, Fernandes LM, Oliveira JLC. Adesão à higienização das mãos pela equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Enfermería Global. 2018;17(50):430-476.





**Health
Residencies
Journal (HRJ).
2026;7(33):24-34**

**Artigos de
Temas Livres**

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v7i33.1054](https://doi.org/10.51723/hrj.v7i33.1054)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 14/04/2024

Aceito: 12/12/2025

Perfil nutricional da população privada de liberdade do Distrito Federal

Nutritional status of incarcerated population in the Federal District

Nathália França Freire¹ , Ana Carolina de Faria Silva Guimarães¹ , Alexandre Vaz Machado¹ 

¹ Escola Superior de Ciências da Saúde.

Correspondência: ana-guimaraes@escs.edu.br

RESUMO

O objetivo deste estudo é analisar o perfil nutricional de pessoas privadas de liberdade atendidas e submetidas a avaliação antropométrica pelas equipes de saúde no período de 2020 a 2022. Trata-se de um estudo transversal e descritivo, com dados extraídos do Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional. Os dados encontrados foram compilados no Google Sheets e foram desenvolvidos gráficos das informações agregadas. Desta forma, foram extraídas informações nutricionais de 9 unidades de saúde prisionais do Distrito Federal. Dentre a população estudada, apenas 3% de 15.429 custodiados foram avaliados antropometricamente no primeiro ano, 4,8% de 14.987 no segundo e 13,4% de 15.243 no terceiro ano. Das 467 avaliações antropométricas realizadas em 2020, as pessoas apresentavam eutrofia, com uma unidade de saúde prisional apresentando prevalência de baixo peso. No ano de 2021, das 718 avaliações realizadas, a maioria apresentava sobrepeso, com prevalência de baixo peso em duas unidades de saúde prisionais. Das 2.041 avaliações realizadas no ano de 2022, a maior prevalência foi de eutrofia. O estudo destaca a necessidade de melhorar a realização e o registro das avaliações antropométricas, além de aprimorar o perfil social dos detentos para possibilitar uma análise mais detalhada do estado nutricional dessa população.

Palavras-chave: Estado nutricional; População privada de liberdade; Vigilância alimentar e nutricional.

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the nutritional profile of people deprived of their liberty who have undergone anthropometric assessment by health teams between 2020 and 2022. This is a cross-sectional, descriptive study, with data extracted from the Food and Nutrition Surveillance Information System. The data found was compiled in Google Sheets and graphs of the aggregated information were developed. In this way, nutritional information was extracted from 9 prison health units in the Federal District. Among the population studied, only 3% of 15,429 inmates were anthropometrically assessed in the first year, 4.8% of 14,987 in the second and 13.4% of 15,243 in the third year. Of the 467 anthropometric assessments carried out in 2020, people were eutrophic, with one prison health

unit showing a prevalence of underweight. In 2021, of the 718 assessments carried out, the majority were overweight, with a prevalence of underweight in two prison health units. Of the 2,041 assessments carried out in 2022, the highest prevalence of weight status was eutrophic. When analyzing the entire period of this study, there was a progressive increase in underweight in the population, although there was a higher prevalence of eutrophic people. There is a need to improve the way anthropometric assessments are carried out and/or recorded, as well as the social profile of people deprived of their liberty in the Federal District, so that a more consistent analysis of the nutritional status of this population is possible.

Keywords: Nutritional status; Prisoners; Food and nutritional surveillance.

INTRODUÇÃO

Segundo dados do Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (SISDEPEN), a População Privada de Liberdade (PPL) no Brasil, no primeiro semestre de 2020, era composta, em média, por 700 mil pessoas, sendo majoritariamente pretas e pardas.

No Distrito Federal (DF), esse número é de aproximadamente 15 mil indivíduos, com predominância de homens autodeclarados pretos e pardos, que representam 81,8% do total. Em todos os contextos, as mulheres são minoria, e não há informações sobre orientação sexual, evidenciando uma lacuna quanto ao número de pessoas LGBTQIAP+ no sistema prisional¹.

Em 2014, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)². Essa política tem como diretriz a atenção integral, resolutiva, contínua e de qualidade às necessidades de saúde da PPL, com ênfase em atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais — alinhando-se aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde³.

No âmbito do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) é composta por diferentes equipes, como a Equipe de Saúde da Família (eSF), Equipe de Atenção Primária (eAP) e Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP). Esta última é formada por profissionais multiprofissionais atuantes em unidades prisionais ou vinculadas a elas, com composição diferenciada em relação à eSF, dado às especificidades da PPL. Conforme a quantidade de custodiados, as equipes são constituídas e integram o ambiente físico prisional⁴.

No contexto atual brasileiro, observa-se um número expressivo de pessoas com excesso de peso e

obesidade, refletindo a transição nutricional. Antes, esse cenário era caracterizado por carências nutricionais, desnutrição e menor consumo de ultraprocessados e *fast foods*⁵.

Diante desse problema de saúde pública, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) torna-se essencial para o diagnóstico de populações específicas. Ela se baseia em avaliação antropométrica, realizada por profissionais capacitados, por meio da aferição de peso, altura e circunferência da cintura em adultos, com monitoramento a partir do Índice de Massa Corporal (IMC), conforme o Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica⁶.

A alimentação adequada e saudável é um direito humano básico, previsto na Constituição Federal de 1988⁷. Para garanti-lo, é fundamental o desenvolvimento de estratégias eficazes. A Regra nº 22 de Mandela estabelece que a alimentação oferecida deve ser de boa qualidade, nutritiva, adequada à saúde e em quantidade suficiente. Além disso, deve ser distribuída de forma regular e em horários definidos. Ainda que a privação de liberdade imponha restrições, os direitos sociais, como o acesso à alimentação, devem ser assegurados aos custodiados⁸.

Esse direito é viabilizado por meio de licitações, contratos ou da produção de refeições por custodiados, conforme definido pelas secretarias de administração penitenciária, sendo ajustado às comorbidades quando necessário^{9,10}. Tal prática está diretamente relacionada ao estado nutricional da PPL, tornando a VAN uma atividade essencial no processo de trabalho da APS, sobretudo em ambientes prisionais⁶. Por estarem sob tutela estatal, os dados referentes à PPL devem estar disponíveis ao público e ser continuamente monitorados, garantindo a efetivação dos direitos e prevenindo violações.

A avaliação nutricional, via antropometria, é realizada por profissionais das equipes de saúde prisional e registrada no sistema eSUS. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo analisar o perfil nutricional de pessoas privadas de liberdade atendidas e submetidas à avaliação antropométrica pelas eAPP, no período de 2020 a 2022.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal e caráter descritivo, no qual utilizou-se dados oriundos do Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional, do Ministério da Saúde, que é alimentado pelo e-SUS, sistema de informação da Atenção Primária à Saúde. Os dados são referentes às equipes de saúde básica prisional, vinculadas às nove unidades prisionais do Distrito Federal e a análise foi realizada no período de 2020 a 2022.

Para geração dos dados foi necessário que os profissionais de saúde registrassem no eSUS o peso e altura aferidos nesse período, resultando no quantitativo de 3.226 pessoas avaliadas no período estudado. Em relação ao número de PPL no Distrito Federal, os dados foram coletados através do site da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária.

As unidades prisionais em questão foram as seguintes: Centro de Detenção Provisória – CDP, Centro de Detenção Provisória II – CDP II, Penitenciária do Distrito Federal I – PDF I, Penitenciária do Distrito Federal II – PDF II, Centro de Internamento e Reeducação – CIR, Penitenciária Feminina do Distrito Federal – PFDF e Centro de Progressão Penitenciária – CPP. Foram excluídas as pessoas inseridas no Centro Integrado de Monitoração Eletrônica – CIME devido à heterogeneidade de local de moradia, não sendo possível rastreá-los.

As informações referentes ao perfil nutricional das PPL foram extraídas a partir dos relatórios de acesso público, relativos ao estado nutricional dos indivíduos, disponíveis no SISVAN, na aba: *Módulo Gerador de Relatórios*, acesso em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>, sendo utilizados os gráficos do Boletim de Saúde Prisional do Distrito Federal.

A situação nutricional foi baseada no cálculo de IMC, no qual são classificados como: abaixo de 20 kg/m² baixo peso, entre 20 e 24 kg/m² eutrófico, acima de

24,9 a 30 kg/m² sobrepeso, de 30 a 34,9 kg/m² obesidade grau I, acima de 34,9 a 40 kg/m² obesidade grau II e acima de 40 kg/m² obesidade grau III.

Os dados foram compilados na plataforma do *Google Sheets*, para elaboração dos gráficos e comparações necessárias para as discussões do estudo. As análises referentes ao estado nutricional foram realizadas por meio de percentuais, calculados a partir do número total de PPL e das avaliações antropométricas realizadas.

Considerando que o estudo foi desenvolvido com base em dados de acesso público provenientes de sistemas oficiais do Ministério da Saúde, sem identificação dos participantes, não houve necessidade de apreciação ética pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 2016, que trata das normas éticas para pesquisas envolvendo seres humanos.

As informações utilizadas neste estudo são de acesso público e estão disponíveis para consulta a qualquer momento nos sites da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Distrito Federal (SEAPE), da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e do SISVAN.

RESULTADOS

Na Figura 1 temos a comparação do quantitativo de avaliações antropométricas que foram realizadas em relação à PPL do Distrito Federal. É possível observar que no ano de 2020 o número de medições de peso e altura realizadas pelos profissionais da eAPP correspondem a 3% em relação ao número do grupo estudado neste ano. No ano de 2021, as medições de peso e altura aumentaram para 4,8%, sendo que o número da população privada de liberdade diminuiu para 14.987. E por fim, no ano de 2022, as avaliações antropométricas resultaram em 13,4%, levando em consideração que possuíam 15.243 mil custodiados em média.

Vale ressaltar que as pessoas em uso de tornozeleira eletrônica, componentes do CIME, são atendidas nas Unidades Básicas de Saúde próximas ao seu domicílio. Por isso, não foi possível quantificar e analisar o número de avaliações antropométricas realizadas nesse grupo de PPL. O quantitativo de pessoas no Centro Integrado de Monitoração Eletrônica contabiliza em 2020, 851 pessoas; no ano de 2021, 1.181

e por fim, em 2022, 951 pessoas nesse regime, sendo desconsideradas do gráfico apresentado.

A relação de IMC/kg² divididos por Unidades Básicas de Saúde Prisionais referente ao ano de 2020, extraídos do SISVAN são apresentados na Figura 2.

No ano de 2020, foram realizadas pelos profissionais de saúde 467 avaliações antropométricas das

PPL. O perfil da população avaliada neste período estava em sua maioria eutrófica, e além disso pode-se observar que o maior percentual de baixo peso estava concentrado na unidade prisional CDP, onde possuem pessoas do regime provisório.

A Figura 3 apresenta os dados acerca do estado nutricional das PPL em 2021.

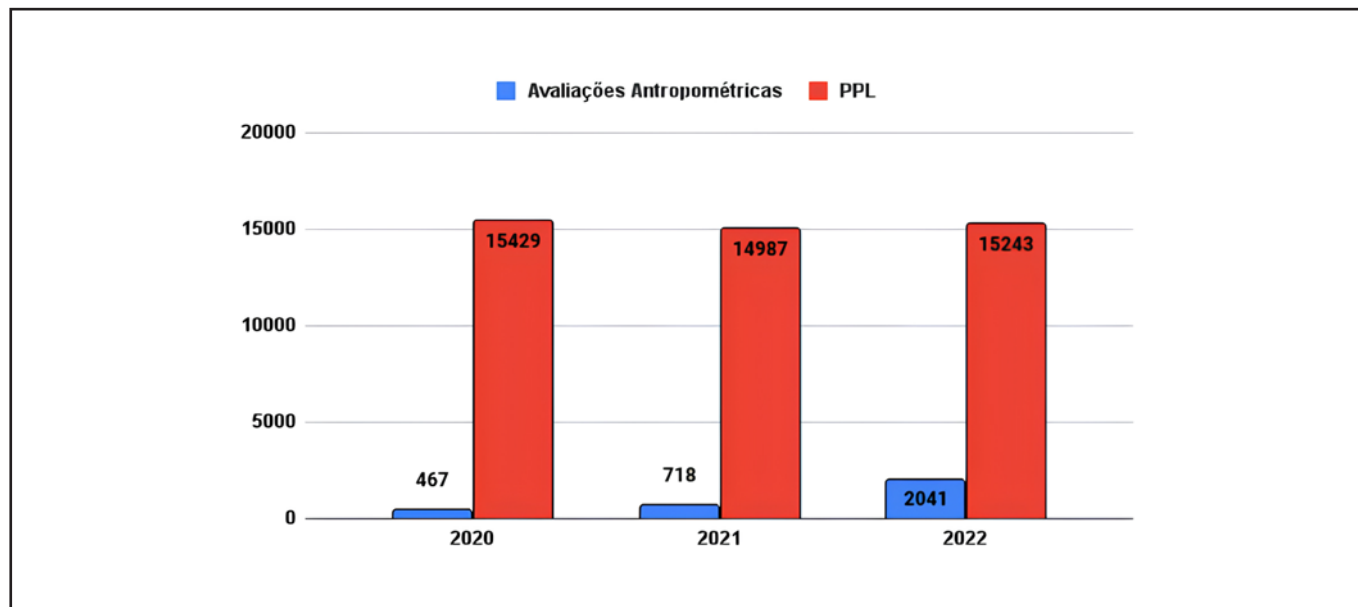


Figura 1 – Relação da quantidade de avaliações antropométricas registradas no eSUS e total de Pessoas Privadas de Liberdade por Unidade Básica Prisional do Distrito Federal entre 2020 a 2022.

Fonte: eSUS-APS e SEAPE.

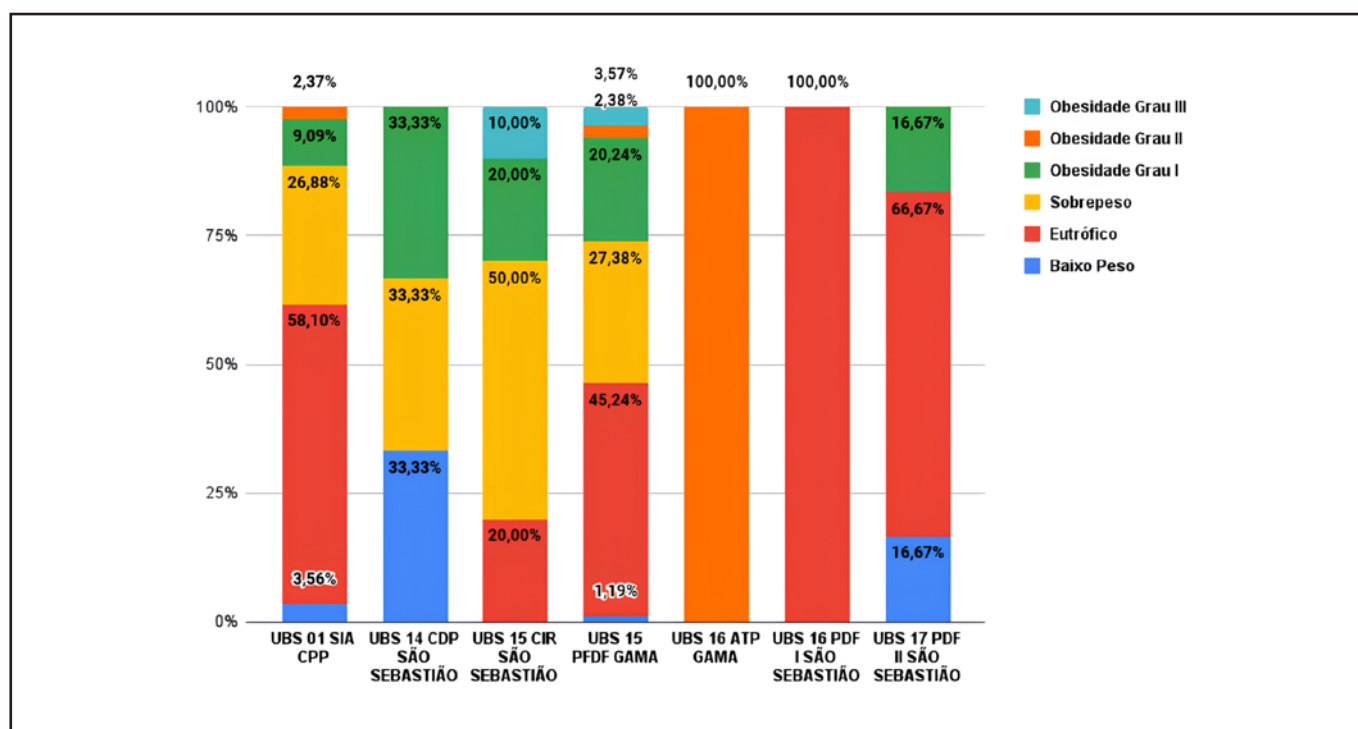


Figura 2 – Estado nutricional das PPL separadas por Unidades Básicas Prisionais em 2020.

Fonte: Boletim Saúde Prisional do Distrito Federal e SISVAN.

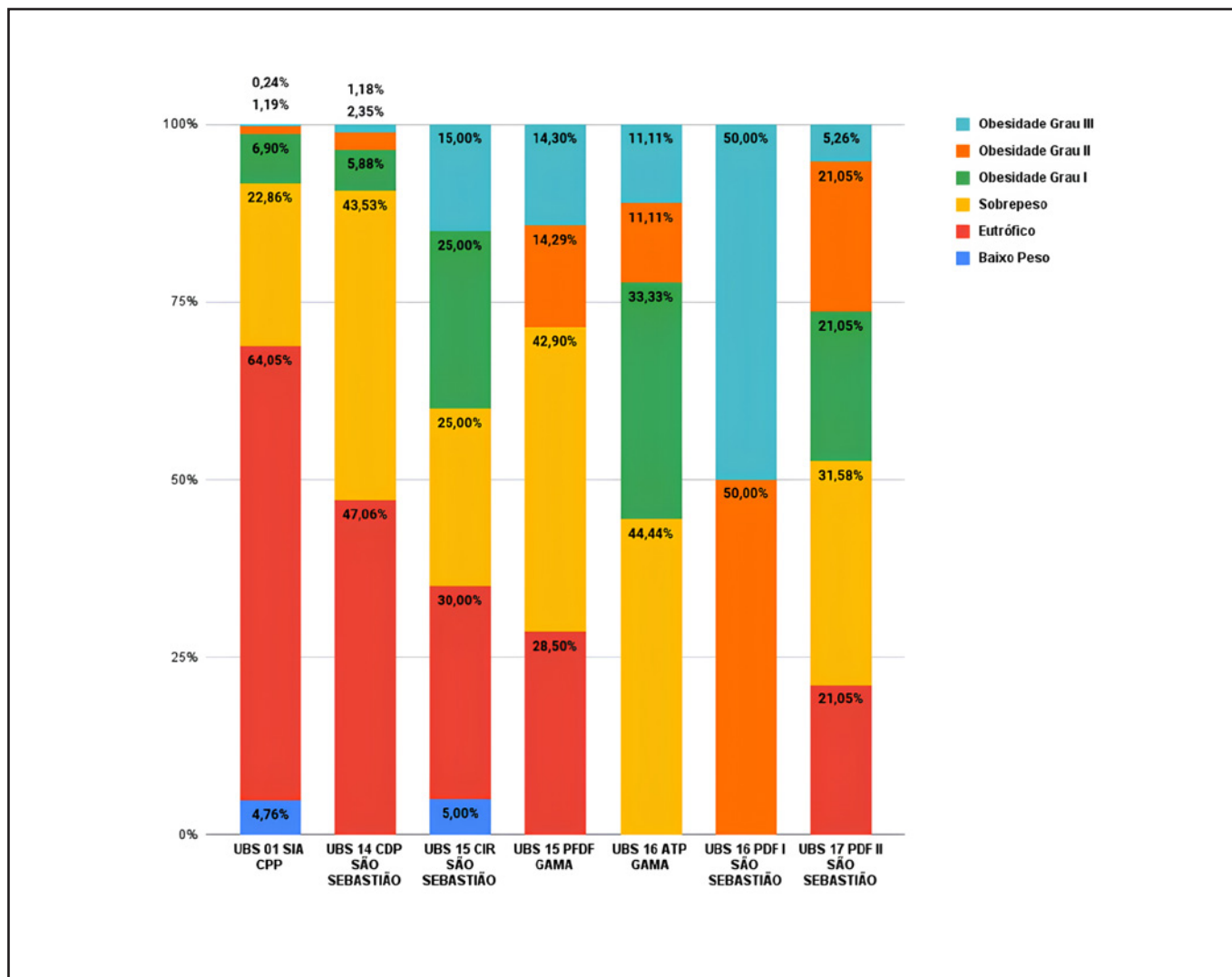


Figura 3 – Estado nutricional das PPL separadas por Unidades Básicas Prisionais em 2021.

Fonte: Boletim Saúde Prisional do Distrito Federal e SISVAN.

Os dados referentes a 2021 mostram que houve um aumento na quantidade de avaliações antropométricas realizadas, e uma queda no número de custodiados, para 14.987. Observa-se que neste ano, a maioria das PPL apresentavam em sua maioria na condição de sobrepeso, seguido de eutrofia, obesidade grau II, grau III e grau I. Pessoas em situação de baixo peso foram identificadas apenas nas unidades do CIR e CPP.

E por fim, temos as classificações de IMC/kg² do ano de 2022, apresentados na Figura 4.

Duas unidades básicas prisionais foram incorporadas no DF, sendo a UBS 01 DCCP e UBS 20 CDP II São Sebastião. Ao todo, somaram-se 2.041 mil avaliações nutricionais, sendo um aumento importante em comparação aos outros anos. A maioria das PPL estavam em situação de eutrofia, seguidas de sobrepeso, obesidade grau II, grau I, baixo peso sendo o com menor percentual as pessoas classificadas com obesidade grau III.

Observando o panorama geral (Figura 5) do estado nutricional dos usuários das UBSP, entre os anos de 2020 a 2022, houve a manutenção de eutrofia, seguido de sobrepeso, obesidade grau II, grau I e baixo peso.

Considerando os dados durante todo o período analisado, verificou-se que o percentual de pessoas em situação de baixo peso manteve-se constante e com menor incidência entre as demais (2,9%; 3%; 3,6%); a porcentagem de pessoas eutróficas aumentou gradativamente (41,7%; 52,5%; 63,3%); em relação a pessoas com sobrepeso, houve uma diminuição (28,6%; 29,5%; 24,9%), com obesidade grau I também houve redução (17,4%; 8,8%; 5,6%), sendo da mesma forma com obesidade grau II (6,4%; 3,5%; 1,8%) e III (3%; 2,6%; 0,7%). Os percentuais entre parênteses correspondem aos anos de forma crescente.

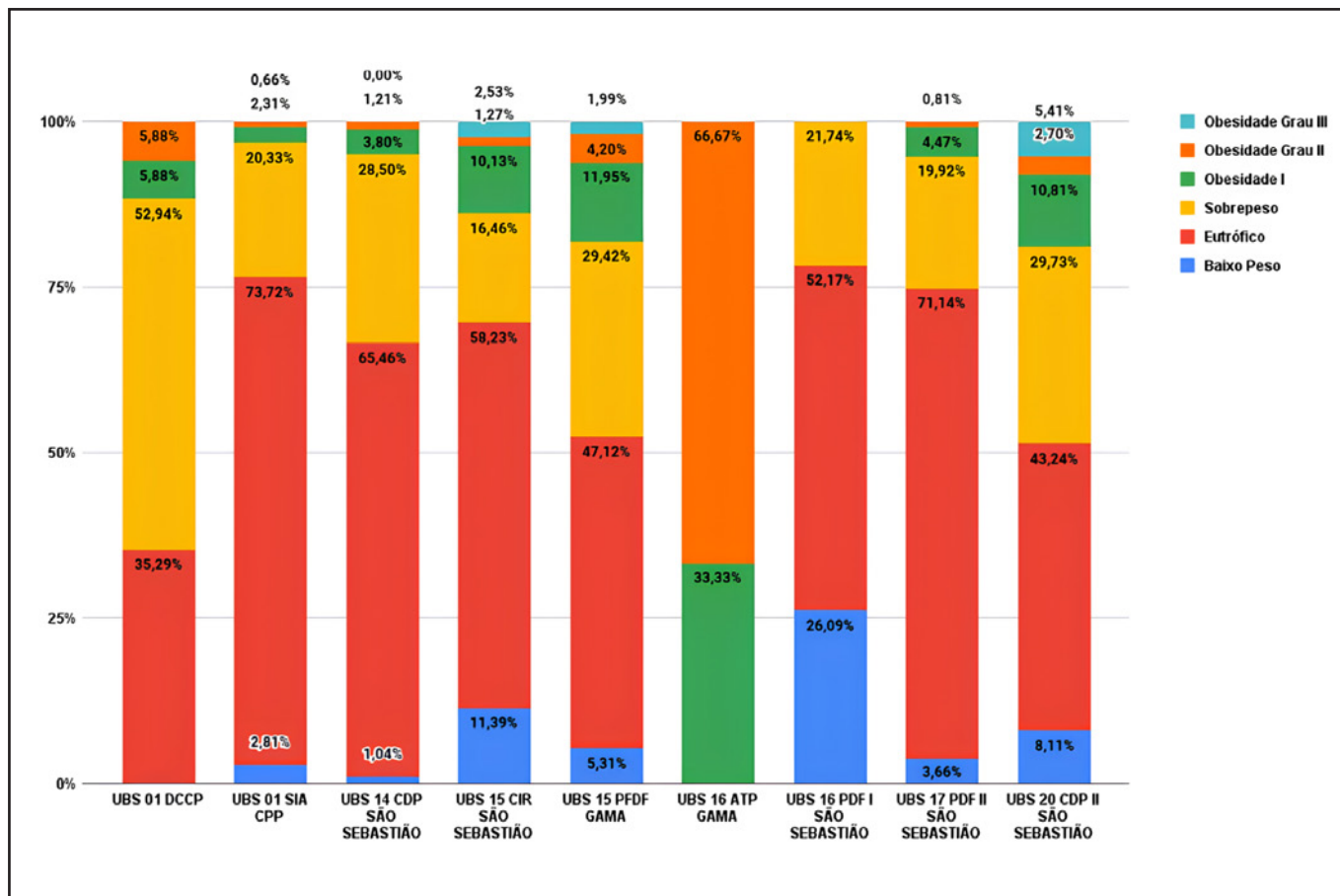


Figura 4 – Estado nutricional das PPL separadas por Unidades Básicas Prisionais em 2022.

Fonte: Boletim Saúde Prisional do Distrito Federal e SISVAN.

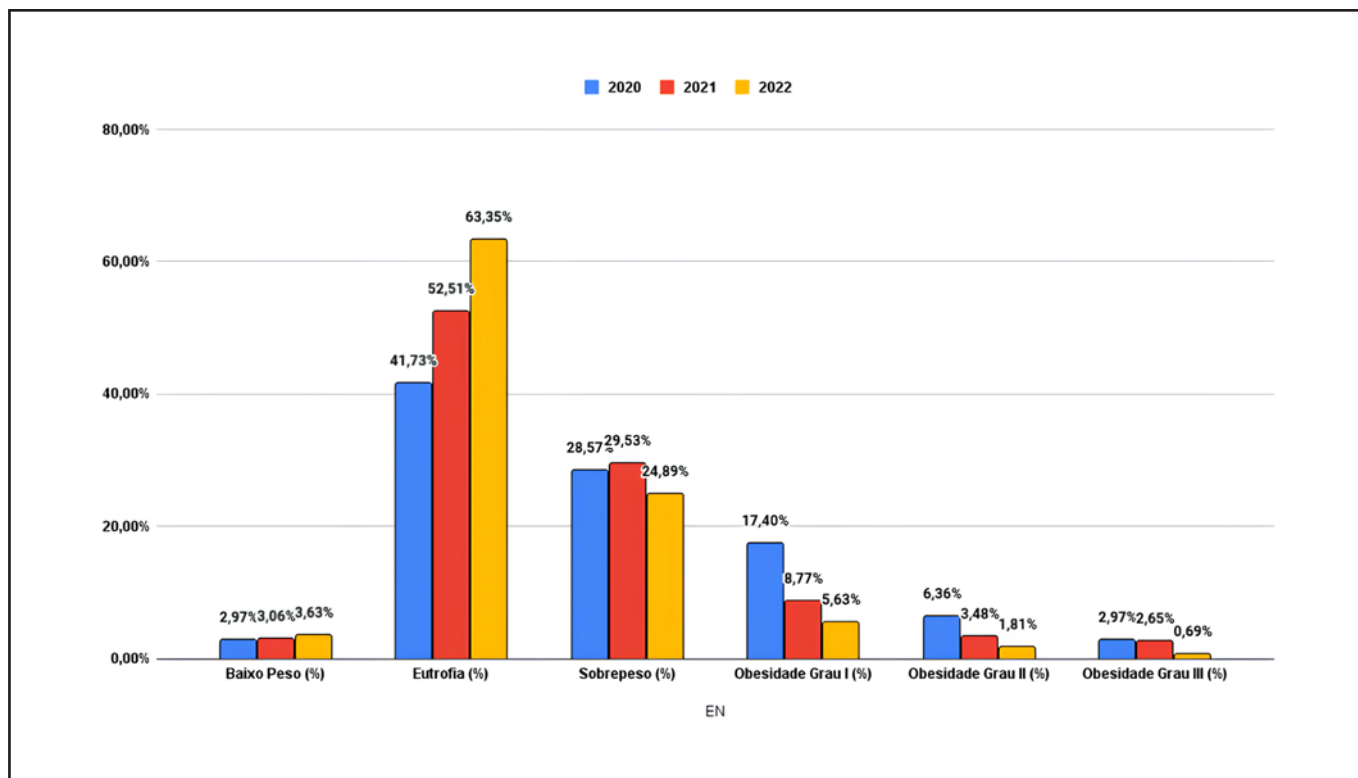


Figura 5 – Evolução do estado nutricional das PPL entre 2020 e 2022.

Fonte: Boletim Saúde Prisional do Distrito Federal e SISVAN.

DISCUSSÃO

O Guia Alimentar para a População Brasileira traz como regra de ouro que o consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados deve predominar nas diversas refeições, com menor ingestão de alimentos processados e evitando os ultraprocessados¹¹.

Segundo a Lei de Execução Penal, os custodiados possuem o direito à assistência à saúde em caráter preventivo e curativo¹². Já a PNAISP prevê a “integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção”¹¹. A garantia da alimentação adequada e saudável, bem como a assistência multiprofissional para prevenção da desnutrição, sobrepeso e obesidade, integram esse escopo previsto na política, visando ao cuidado integral do usuário.

Um estudo realizado por Lima et al.¹³ (2022) demonstrou que 62% das pessoas privadas de liberdade no Paraná apresentavam excesso de peso, caracterizado por sobrepeso e obesidade. Em contrapartida, neste estudo realizado no Distrito Federal, 33% das PPL apresentaram o mesmo diagnóstico. Na população total do DF, em 2023, observou-se que 62,4% dos adultos estavam com excesso de peso, sendo predominante entre o público feminino¹⁴.

O sistema de alimentação e nutrição nas unidades prisionais do Distrito Federal funciona por meio de contrato com uma empresa de alimentação institucional, oferecendo quatro refeições diárias, com custo entre R\$ 9,00 e R\$ 10,00/dia. O contrato detalha os tipos de alimentos, variedade e quantidade fornecida¹⁵.

Além disso, os custodiados podem receber alimentos em dias de visita, conforme lista controlada que inclui: biscoitos tipo maizena, rosquinha ao leite ou coco, biscoitos de água e sal; doces como pé de moleque ou doce de leite; e castanhas-de-caju ou-do-pará. As gramaturas e tipos de embalagens permitidos são definidos pelo Núcleo de Visita da Polícia Penal do DF¹⁶.

Quanto às refeições de desjejum e lanche noturno, predominam alimentos com alta densidade energética e baixo valor nutricional, como margarina, achocolatados, mortadela, embutidos e biscoitos doces ou salgados. Já as grandes refeições – almoço e jantar – são compostas majoritariamente por alimentos *in natura* e minimamente processados. As bebidas

ofertadas incluem refrescos e néctares, sendo especificado no contrato a quantidade de polpa de fruta a ser utilizada¹⁶.

Há também variedade de alimentos para composição das saladas e frequência mínima semanal de sua oferta. É disponibilizada uma fruta por dia, com gramatura definida conforme o tipo e variando de acordo com a sazonalidade. Todas as refeições seguem estratégias para evitar repetição dos alimentos, promovendo diversidade alimentar ao longo da semana.

Entre os alimentos permitidos nas visitas às PPL, predominam ultraprocessados e de alto valor calórico – excetuando-se as castanhas, que apresentam maior densidade nutricional¹⁶.

Estudos como os do Conselho Nacional de Direitos Humanos¹⁷ (2018) e Feitosa et al.¹⁸ (2021) relatam denúncias de mulheres custodiadas sobre o não cumprimento do Direito Humano à Alimentação Adequada. Esses relatos apontam insuficiência de alimentos, condições higiênico-sanitárias inadequadas, monotonia alimentar, locais insalubres para as refeições, baixa disponibilidade de alimentos e reprovação dos itens servidos pelo sistema prisional¹⁹.

A Organização Mundial da Saúde²⁰ (2020) recomenda, para prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), uma ingestão diária de 400 gramas ou 5 porções de frutas, verduras e legumes – o que difere do cenário observado nas unidades prisionais.

A avaliação do estado nutricional vai além da classificação do IMC, pois cada indivíduo possui especificidades de composição corporal²¹. Identificar os fatores que levam ao desenvolvimento ou agravamento do sobrepeso e da obesidade no sistema prisional é essencial para que ações sejam propostas – seja pelas equipes de saúde, seja nas contratações com empresas fornecedoras ou na implementação de hortas, que auxiliam na ressocialização e contribuem para remição de pena²².

A população privada de liberdade é frequentemente discutida sob o prisma da privação de direitos – sejam eles relacionados à violência física, psicológica ou verbal, ou ao direito à alimentação adequada e saudável^{18,23}.

A Segurança Alimentar e Nutricional contempla não apenas a qualidade e quantidade do alimento, mas também sua segurança microbiológica, prevenindo doenças transmitidas por alimentos (DTAs)²⁴.

Segundo relatório do Conselho Nacional dos Direitos Humanos¹⁷ (2018), inspeção realizada em penitenciária feminina no DF identificou violações relacionadas ao acondicionamento de marmitas, condições higiênicas precárias e má apresentação da comida — gerando desconfiança nas custodiadas, que preferiam consumir apenas alimentos ultraprocessados.

Considerando que sobrepeso e obesidade são fatores de risco para o desenvolvimento de DCNTs, torna-se essencial realizar vigilância alimentar e nutricional nesse público, com foco na prevenção de agravos e de mortes precoces por doenças cerebrovasculares, cardíacas isquêmicas, entre outras²⁵.

As causas de morte citadas são as que mais afetam a população negra no Brasil, associadas a determinantes sociais como racismo, vulnerabilidade social, falta de acesso aos serviços de saúde, baixa escolaridade, entre outros²⁶. Por isso, a promoção, prevenção e recuperação da saúde — conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica²⁷ (2017) — deve ocorrer de forma intersectorial entre os setores de saúde, segurança alimentar e nutricional, assistência social, justiça, sistema penitenciário e áreas correlatas.

Não é possível presumir o nível de alteração do estado nutricional das pessoas após sua entrada no sistema prisional, o que revela uma lacuna de conhecimento sobre o impacto da privação de liberdade na saúde do indivíduo. Além disso, o percentual de aferições de peso e altura está muito aquém do total de pessoas no sistema, o que evidencia fragilidades nos processos das equipes de saúde.

Esses dados são fundamentais para orientar condutas frente às DCNTs, sendo o estado nutricional um fator de risco ou proteção, especialmente no que diz respeito à saúde cardiovascular.

Considerando as limitações de acesso aos serviços extramuros da atenção secundária e terciária, reforça-se ainda mais a importância do fortalecimento da APS no sistema prisional, com foco no cuidado longitudinal²⁸.

Uma das estratégias de monitoramento é o boletim do estado nutricional publicado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, que incentiva os profissionais de saúde das unidades prisionais a realizarem medições²⁹.

O presente estudo apresenta viés amostral, devido ao pequeno número de indivíduos avaliados, o que impossibilita uma análise fidedigna da situação nutricional da PPL do DF. Dessa forma, são necessários estudos com amostragem ampliada e estatísticas mais robustas.

CONCLUSÃO

Diante dos dados apresentados e das limitações na quantidade de informações coletadas, identificou-se a baixa realização e/ou registro das avaliações antropométricas das pessoas privadas de liberdade.

Por essa razão, a inclusão da antropometria nos processos de trabalho é essencial para garantir a vigilância alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo necessária a padronização da realização das medidas de peso e altura durante o acolhimento, em atendimentos individuais e coletivos.

Segundo a Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária, a realização da antropometria é uma competência universal, sendo aplicável a todos os ciclos de vida e públicos, com variações na abordagem e nos valores de referência conforme cada grupo populacional.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais. Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (2020). Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen>
2. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/S nº 2.298, de 9 de Setembro de 2021. Dispõe sobre as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2021. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauolegis/gm/2021/prt2298_10_09_2021.html

3. Brasil. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; set 20. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 2.298, de 9 de setembro de 2021. Dispõe sobre as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2021/prt2298_10_09_2021.html
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/sau/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf
7. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
8. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Cartilha de direitos das pessoas privadas de liberdade e egressas do sistema prisional [recurso eletrônico] / Conselho Nacional de Justiça, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Secretaria Nacional de Políticas Penais; coordenação de Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi ... [et al.]. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2023. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/07/cartilha-direitos-ppl-egressos.pdf>
9. Brasil. Ministério da Justiça e Cidadania. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 3, de 05 de outubro de 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/pt-br/composicao/cnpcp/resolucoes/2017/resolucao-no-3-de-05-de-outubro-de-2017.pdf>
10. Garau MGR, Lira JA, Kopke V. Políticas públicas de direito à alimentação no sistema prisional do Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. Sociologias Plurais, v. 8, n. 2, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5380/sclplr.v8i2.87019>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira [Internet]. 2014. Disponível em: <http://portalsaude.sau.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf>
12. Brasil. Presidência da República. Lei nº 7210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. [S. l.], 11 jul. 1984. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm
13. Lima FAA, Medeiros H, Corona C, Benvegnú D. Estado Nutricional, Perfil Lipídico E Glicêmico Relacionado Aos Transtornos Mentais Em Indivíduos Privados De Liberdade. Jornada de Iniciação Científica e Tecnológica, V. 1, N. 12, 2022. Disponível em: <https://portaleventos.uuffs.edu.br/index.php/JORNADA/article/view/16813>

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023* [recurso eletrônico]. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico>
15. Brasília. Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Distrito Federal. Contrato de Prestação de SERVIÇOS Nº 038/2020-SSPDF, nos termos do Padrão nº 04/2002, instituído pelo Decreto/DF nº 23.287/2002. Disponível em: <https://seape.df.gov.br/vogue-alimentacao-e-nutricao-ltda-cnpj-04-675-771-0001-30-n038-2020-ssp/>
16. Brasília. Secretaria de Estado de Administração Penitenciária. Portaria nº 80, de 15 de março de 2023. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/14ca4beedd7d4db9ab2a4505e8c448e6/Portaria_80_15_03_2023.html
17. Conselho Nacional dos Direitos Humanos Relatório sobre direito humano à alimentação adequada na penitenciária feminina do Distrito Federal / Conselho Nacional dos Direitos Humanos – Brasília: Conselho Nacional dos Direitos Humanos; 2018. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/RelatrioAlimentaoAdequadaPFDFFINAL_APROVADO.pdf
18. Feitosa ACB et al. Sistema carcerário feminino no Brasil e segurança alimentar e nutricional, uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 3, p. 31369-31385, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n3-726>
19. Dunck JAM, Santos N. A efetividade do direito humano à alimentação adequada às pessoas privadas de liberdade nos cárceres brasileiros e o papel das instituições de justiça. *Revista de Direitos Humanos e Efetividade*, v. 3, n. 2, p. 58-73, 2017. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/2388/pdf>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde lança livro para estimular o consumo de alimentos saudáveis. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/ministerio-da-saude-lanca-livro-para-estimular-o-consumo-de-alimentos-saudaveis/>
21. Muniz EM. Avaliação nutricional de adultos no Brasil e sua associação com características sociodemográficas, comportamentais e de saúde. 2017. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/14852>
22. Nascimento FJ. Agroecologia, horta urbana e educação: uma experiência no sistema prisional, penitenciária padrão, complexo penitenciário serrotão, Campina Grande – PB. 2017. 35f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Agroecologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Agrárias e Ambientais, 2017. Disponível em: <https://dspace.bc.uepb.edu.br/xmlui/handle/123456789/18627>
23. Bandeira MMB et al. Contando e recontando histórias: leitura e subjetividade no sistema prisional. 2010. Disponível em: <http://www.bdttd.uerj.br/handle/1/15422>
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf

25. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde: instrutivo para profissionais e gestores [recurso eletrônico]. Brasília, 2022. Disponível em:
<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA3Ng==>
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico, número especial vol. 1. Saúde da População Negra, Brasília, 2023. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-1-out.2023>
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
28. Fernandes LH, Alvarenga CW, Santos LL, Pazin-Filho A. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. Revista de Saúde Pública, v. 48, p. 275-283, 2014. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048004934.
29. Brasília. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Diretoria de Áreas Estratégicas da Atenção Primária. Coordenação de Atenção Primária à Saúde. Gerência de Saúde do Sistema Prisional. Boletim Informativo Saúde Prisional nº 1, maio de 2023. Estado nutricional das pessoas privadas de liberdade (PPL) no Distrito Federal – 2020 a 2022. Disponível em:
<https://www.saude.df.gov.br/sa%C3%BAde-prisional1>
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]. Brasília, 2022. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz_organizacao_cuidados_alimentacao_aps.pdf





Health
Residencies
Journal (HRJ).
2026;7(33):35-42

Artigos de
Temas Livres

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v7i33.1105](https://doi.org/10.51723/hrj.v7i33.1105)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 05/09/2024

Aceito: 23/12/2025

Uso de escores clínicos de bronquiolite viral aguda como preditores para ventilação invasiva e duração da internação em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Use of clinical scores for acute viral bronchiolitis as predictors for invasive ventilation and hospitalization time in Pediatric Intensive Care Unit

Dayana Carla de Oliveira¹ , Ana Paula de Almeida Placido Lima¹ , Adriana de Rezende Dias¹ , Lucieny Silva Martins Serra¹ 

¹ Hospital Materno Infantil de Brasília.

Correspondência: oliveiraday88@gmail.com

RESUMO

Objetivo: analisar a acurácia de dois escores clínicos, Wang Bronchiolitis Severity Score (WBSS) e Kristjansson Respiratory Score (KRS), quanto à necessidade de ventilação mecânica (VMI) e predição de tempo médio de internação na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). **Métodos:** estudo descritivo de coorte retrospectivo. Foram utilizados dados de pacientes, com 29 dias de vida a 2 anos de vida, internados diagnosticados com bronquiolite viral aguda (BVA) de janeiro/2022 a maio/2022 na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital terciário de Brasília, respeitando os critérios de inclusão e exclusão para seleção da amostra. **Resultados:** não foram encontrados valores estatisticamente significativos na correlação entre os valores de WBSS e KRS e o uso de VMI assim como também não foi encontrado na correlação das escalas com o tempo médio de internação das crianças em UTIP. **Conclusão:** nesse estudo tenta-se utilizar pela primeira vez escores do pronto atendimento para avaliação de pacientes na UTIP. No entanto, observou-se que os mesmos apresentam baixa acurácia para esta avaliação.

Palavras-chave: Bronquiolite viral aguda; Tempo de internação; Escores clínicos.

ABSTRACT

Objective: to analyze the accuracy of two clinical scores, Wang Bronchiolitis Severity Score – WBSS and Kristjansson Respiratory Score – KRS, regarding the need for mechanical ventilation (MV) and prediction of hospitalization time in the Pediatric Intensive Care Unit (PICU). **Methods:** descriptive retrospective cohort study. Data from patients aged 29 days to 2 years old, hospitalized with Acute viral bronchiolitis (AVB) from January 2022 to May 2022 in the PICU of a tertiary hospital in Brasília, were used, respecting the inclusion and exclusion criteria for selection of the sample. **Results:** no statistically significant values were found in the correlation between the WBSS and KRS values and the use of IMV, nor was it found in the correlation of the scales with the average hospitalization time of children in the PICU. **Conclusion:** this study attempts to use emergency care scores for

the first time to evaluate patients in the PICU. However, it was observed that they present low accuracy for this assessment.

Keywords: Acute viral bronchiolitis; Hospitalization time; Clinical scores.

INTRODUÇÃO

O uso de instrumentos que permitam avaliar de forma quantitativa uma doença e balisar a tomada de decisão do médico no atendimento a pacientes criticamente enfermos confere inúmeros benefícios, dentre os quais se destaca segurança no atendimento prestado. Para tanto, faz-se necessário o uso e disseminação de escalas fidedignas e validadas que possam auxiliar o médico nesse processo.

Das doenças com maior frequência de atendimento na pediatria, destacam-se aquelas virais que acometem o trato respiratório inferior, principalmente nos períodos de sazonalidade, dentre as quais figura a bronquiolite. Bronquiolite viral aguda (BVA) é uma doença sazonal, resultante da inflamação e obstrução dos bronquíolos, causada principalmente por Influenza, Vírus Sincicial Respiratório (VSR), Rhinovírus, Adenovírus e Parainfluenza¹⁻³. Os fatores de risco incluem o desmame precoce, exposição ao cigarro, idade < 6 meses, convivência com escolares sibilantes, condições socioeconômicas, sexo masculino, entre outros¹⁻³.

A BVA é uma infecção comum de trato respiratório inferior que acomete neonatos e lactentes menores de 2 anos, usualmente com ocorrência entre março-abril, no Brasil³. Usualmente ela é caracterizada por coriza, tosse persistente, podendo progredir para desconforto respiratório com presença de sibilos e crepitações à ausculta pulmonar quando acomete os bronquíolos distais⁴. Aproximadamente 1 a 3% das crianças infectadas desenvolvem dificuldades de alimentação, desconforto respiratório moderado, apneia ou queda da saturação (SpO₂) o que exige internação hospitalar para terapia de apoio^{1,2,5,6}.

Atualmente, a base do tratamento é suporte clínico, incluindo suporte respiratório e hidratação intravenosa para casos mais graves, sem evidências sólidas sobre terapia intervencionista². Pacientes que apresentam sinais clínicos de exaustão, marcadores de insuficiência respiratória aguda (PaO₂/FiO₂ < 300 mmHg) ou apneia devem ter sua internação em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP)^{2,4}.

O VSR é o principal agente causador de internações por infecção do trato respiratório inferior (ITRI) em crianças, principalmente as relacionadas à bronquiolite e pneumonia. A maior incidência de hospitalização ocorre abaixo dos 6 meses de idade, e estima-se que aproximadamente 99% das mortes ocorram em países de baixa e média renda⁷. Reduções acentuadas na incidência de ITRIs em decorrência do VSR foram relatadas em vários países durante os períodos de distanciamento social mais controlado, com as restrições de atividades para mitigar a pandemia de covid-19. Apesar das evidências epidemiológicas robustas da eficácia das medidas não farmacológicas no controle da disseminação do VSR, a manutenção desses esforços não é factível e a incidência de ITRIs relacionadas ao VSR aumentou significativamente logo após a retomada das atividades habituais na maioria dos países⁷. Ainda, durante e após o último período pandêmico, verificou-se um possível aumento do número absoluto de acometidos por BVA, além de maior gravidade, tempo de internação e incidência de complicações^{8,9}.

A Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda uma SpO₂ de 90% como limite para a administração de oxigênio suplementar. Na ausência de evidências claras sobre os níveis de SpO₂ para prever a progressão da bronquiolite, o Comitê do Instituto Nacional para a Saúde e Excelência Clínica (NICE) determinou uma SpO₂ de 92% como ponto de corte da suplementação. Outros fatores, inclusive uma avaliação clínica abrangente e uma avaliação de condições de vida e fatores de risco social, também devem contribuir para o processo de tomada de decisões em serviços de saúde^{4,10}.

Atualmente, a literatura médica relata a utilização de vários escores de avaliação, segundo parâmetros clínicos, para determinação da severidade da BVA, como o Wang Bronchiolitis Severity Score (WBSS)³, o Kristjansson Respiratory Score (KRS), e o Respiratory Distress Assessment Instrument (RDAI)⁶. O Wang Bronchiolitis Severity Score (WBSS) é aplicado em infecções do trato respiratório inferior nos últimos 30 anos. Já, o escore Kristjansson Respiratory Score (KRS), que é semelhan-

te ao WBSS, demonstra maior confiabilidade entre avaliadores e parece mais adequado para uso rápido no Departamento de Emergência^{2,4,5,11}.

Ambas as classificações se baseiam em sinais e sintomas clínicos e são de rápida acessibilidade e aplicabilidade no pronto atendimento. No entanto, não há consenso sobre qual escore é mais eficaz em avaliar a severidade dos casos na terapia intensiva pediátrica e prever o tempo médio de internação dos pacientes nessas Unidades. Portanto, o objetivo do presente estudo é comparar a acurácia de dois escores clínicos (WBSS e KRS) em prever a necessidade de ventilação mecânica e tempo médio de internação em lactentes com BVA da UTIP de um hospital terciário.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de coorte retrospectivo com dados obtidos por meio da revisão dos prontuários eletrônicos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o número da CAAE 74902223.2.0000.5553, parecer 6.593.652.

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital terciário na cidade de Brasília-DF no período de janeiro a maio de 2022. Foram incluídos neste estudo crianças com idade entre 29 dias a 2 anos de vida, que estiveram internadas na UTIP HMIB, com diagnóstico clínico-epidemiológico de BVA. Todos os pacientes foram submetidos aos seguintes testes laboratoriais para identificação etiológica do quadro respiratório: painel de vírus respiratórios e RT-PCR para identificação do Sars-COV-2.

Os participantes excluídos do estudo consistiram em pacientes hospitalizados em UTIP com as seguintes características: idade menor ou igual a 28 dias de vida; internação apenas por apneia ou por qualquer condição de risco, como cardiopatia congênita, alterações neurológicas e imunodeficiências, que eram elegíveis para uso de palivizumabe; informações clínicas incompletas.

Foi realizada coleta de dados de forma manual, com confecção de planilha em Microsoft Excel 2017 Office. Os dados foram submetidos a revisão com o objetivo de identificação de erros de digitação e classificação, fazendo correções quando necessário. As variáveis analisadas incluíram gênero, idade ges-

tacional, idade e peso na admissão, uso de oxigênio suplementar, tempo de internação em UTIP HMIB, e agente etiológico da BVA.

Para avaliação do escore WBSS foram utilizadas as seguintes variáveis: frequência respiratória da admissão, condições gerais, presença de sibilos e retrações torácicas. Para cada item foi atribuído um valor entre 0 e 3, exceto pelas condições gerais, que se dividem entre 0 (normal) e 3 (anormal). Pontuação total entre 0 e 12^{2,5}.

Para a avaliação do escore KRS utilizaram-se as seguintes variáveis: frequência respiratória da admissão, condições gerais, retrações torácicas, presença de ruídos adventícios e cor da pele. Para cada item foi atribuído um valor entre 0 e 2, com uma pontuação total entre 0 e 10^{2,6}.

Quanto as hipóteses da pesquisa estas incluíram:

- H1: Os escores de avaliação estariam positivamente relacionados ao tempo de internação.
- H1a: WBSS (Wang Bronchiolitis Severity Score) estaria positivamente relacionado ao tempo de internação.
- H1b: KRS (Kristjansson Respiratory Score) estaria positivamente relacionado ao tempo de ventilação mecânica.
- H2: Os escores de avaliação seriam capazes de classificar corretamente o desfecho de ventilação mecânica.
- H2a: WBSS (Wang Bronchiolitis Severity Score) classificaria os pacientes que utilizaram ventilação mecânica.
- H2b: KRS (Kristjansson Respiratory Score) classificaria os pacientes que utilizaram ventilação mecânica.

ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Ressalta-se que este foi um estudo descritivo e causal (regressão), de abordagem predominantemente quantitativa. Para a regressão linear (Hipótese 1), com o intuito de manter a utilização da média e do desvio padrão como métricas da análise, utilizou-se o processo de *bootstrapping* do banco de dados (1000 reamostragens; 95% IC BCa) para corrigir os desvios de normalidade das variáveis da amostra, mostrando um intervalo de confiança de 95% para as diferenças entre as médias. Com esse procedimento, os dados tendem à normalidade e evita-se o uso de testes não paramétricos ou de ajustes de variáveis¹². A multico-

linearidade dos dados foi verificada pelo diagnóstico VIF, no qual valores próximos a 1 indicam bom modelo de análise. Por fim, a independência entre resíduos foi avaliada pelo coeficiente de Durbin-Watson. Utilizou-se a Curva ROC (Receiver Operator Characteristic) para analisar a sensibilidade (probabilidade de um caso clínico ser corretamente diagnosticado pelo teste) e a especificidade (probabilidade de um caso não-clínico ser corretamente não diagnosticado no teste) dos escores WBSS e KRS. Ou seja, espera-se classificar corretamente os casos clínicos verdadeiros positivos e os verdadeiros negativos, evitando ao máximo os erros do Tipo I (falsos positivos) e Tipo II (falsos negativos)¹². As análises de dados (Regressão Linear e Curva ROC) foram realizadas no *software* SPSS (Statistical Package for the Social Sciences versão 23).

RESULTADOS

A amostra da pesquisa foi composta por 90 prontuários eletrônicos de pacientes internados no período estabelecido para o estudo. O número da amostra foi obtido após análise estatística que determinou o tamanho mínimo da amostra que era de 68 indivíduos ($N > 68$). Do total de participantes, 32 prontuários eram de indivíduos do sexo feminino e 58 do sexo masculino (Tabela 1), com idade variando entre 0 a 20 meses ($M = 4,73$; $DP = 4,45$; $Med = 3$) e peso entre 3 a 12 kg ($M = 6,39$; $DP = 2,24$; $Med = 6,1$). O tempo de internação médio foi de 6,78 dias ($M = 6,78$; $DP = 4,15$; $Med = 6$).

O agente etiológico mais prevalente na amostra foi o VSR, sendo 57 pacientes (63,3%) dos casos isolados em painel viral disponível no serviço de saúde. Além do VSR, 4 (4,4%) pacientes foram diagnosticados com Influenza, 14 (15,55%) com Rhinovírus, 7 (7,7%) com Metapneumovírus e 3 (3,3%) com covid (Tabela 1).

Após aplicação das escalas clínicas na população estudada, no momento da admissão em UTIP, foram obtidos: o escore WBSS ($M = 5,27$; $DP = 1,51$; $Med = 5$) e o escore KRS ($M = 4,41$; $DP = 1,36$; $Med = 4$). Entre os casos acometidos pelo VSR, o valor encontrado para WBSS foi de $M = 5,33$; $Med = 5$; e para KRS obtivemos $M = 4,49$; $Med = 4$.

A Figura 1 retrata o modelo hipotético-dedutivo utilizado para testar a Hipótese 1.

Tabela 1 – Caracterização da amostra do estudo.

| Variáveis | n | % |
|---|----|-------|
| Gênero | | |
| Feminino | 32 | 35,6 |
| Masculino | 58 | 64,4 |
| Idade gestacional menor que 32 semanas | | |
| Sim | 2 | 2,22 |
| Não | 88 | 97,78 |
| Vírus | | |
| Algum | 73 | 81,1 |
| Nenhum | 17 | 18,9 |
| VSR | | |
| Positivo | 57 | 63,3 |
| Negativo | 33 | 36,7 |
| Influenza | | |
| Positivo | 4 | 4,4 |
| Negativo | 86 | 95,6 |
| Rhinovírus | | |
| Positivo | 14 | 15,6 |
| Negativo | 76 | 84,4 |
| Metapneumovírus | | |
| Positivo | 7 | 7,8 |
| Negativo | 83 | 92,2 |
| Covid | | |
| Positivo | 3 | 3,3 |
| Negativo | 87 | 96,7 |
| Outros vírus | | |
| Positivo | 1 | 1,1 |
| Negativo | 89 | 98,9 |
| COT na internação | | |
| Sem ventilação mecânica | 22 | 24,4 |
| Com ventilação mecânica | 68 | 75,6 |

Fonte: Elaborado pela autora.

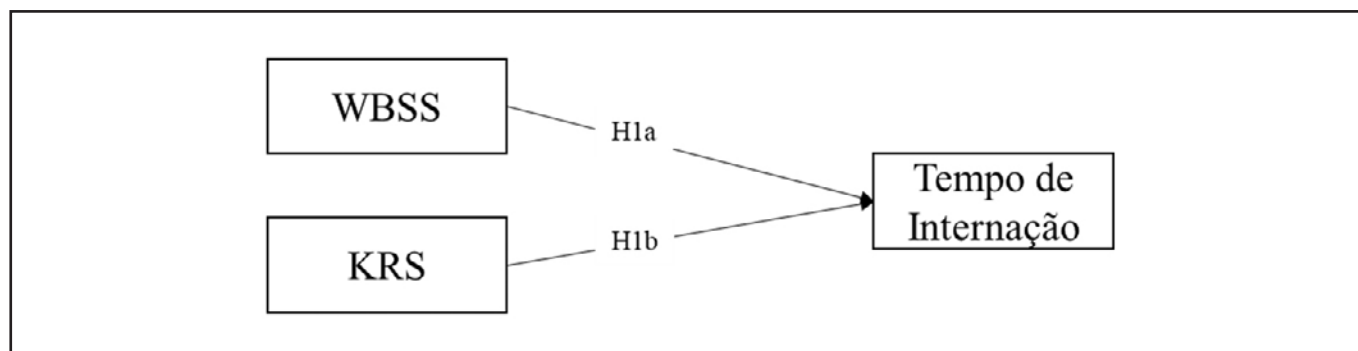


Figura 1 – A Figura retrata o modelo hipotético-dedutivo utilizado para testar a Hipótese 1. WBSS, Wang Bronchiolitis Severity Score; KRS, Kristjansson Respiratory Score.

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 2 reporta os coeficientes de regressão múltipla da Hipótese 1 do estudo. As análises foram realizadas, utilizando-se o método de entrada e *bootstrapping* dos dados (1000 reamostragens; 95% IC Bca), ocorrendo a interpretação da análise de significância pelos intervalos de confiança¹². A Hipótese 1 não apresentou resultados estatisticamente significativos [$F(2,87) = 1,410$, $p = 0,250$; $R2_{ajustado} = 0,009$; Durbin Watson = 1,977]. Para esta amostra, o escore WBSS ($b = -0,210$, $p = 0,172$, IC 95% Bca $[(-1,381 - 0,310)]$) e o escore KRS ($b = 0,050$, $p = 0,742$, IC 95% Bca $[(-1,014 - 1,271)]$) não explicam o tempo de internação. Ou seja, a Hipótese 1 foi rejeitada.

Para testar a Hipótese 2 foi realizada uma análise de Curva ROC, com o intuito de testar a sensibilidade e a especificidade dos escores WBSS e KRS. Para o escore WBSS, os resultados demonstraram uma curva estatisticamente significativa (AUC = 0,277, EP = 0,064; $p = 0,02$; 95% CI = 0,151 – 0,403), demonstrando que, em sendo escolhidos aleatoriamente, 27,7% (IC 0,855 – 0,942) dos casos com ventilação

mecânica apresentarão escores maiores do que os casos sem ventilação mecânica (Figura 2).

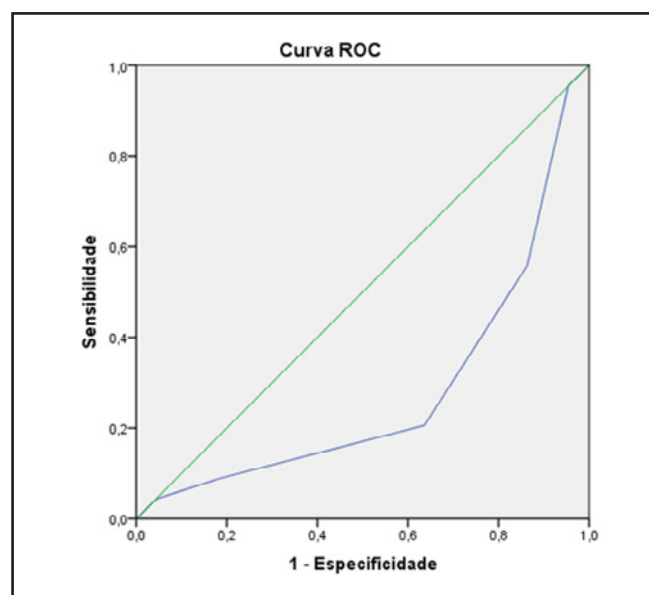


Figura 2 – Curva ROC do escore WBSS. WBSS, Wang Bronchiolitis Severity Score.

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 2 – Coeficientes de regressão para a Hipótese 1.

| Modelo | Coeficientes não padronizados | | Coeficientes padronizados | | IC 95% Bca | | Estatísticas de colinearidade | |
|---------------|-------------------------------|-------------|---------------------------|---------|-----------------|-----------------|-------------------------------|-------|
| | B | Erro Padrão | Beta (β) | p valor | Limite inferior | Limite superior | Tolerância | VIF |
| 1 (Constante) | 9,151 | 1,659 | | ,000 | 5,813 | 12,483 | | |
| WBSS | -,580 | ,421 | -,210 | ,172 | -1,381 | ,310 | ,479 | 2,087 |
| KRS | ,154 | ,467 | ,050 | ,742 | -1,014 | 1,271 | ,479 | 2,087 |

Notas: *Bootstrapping* baseado em 1000 replicações.

Coeficiente padronizado baseado na mediada da distribuição por *bootstrapping*.

Não é possível relatar o ponto de corte que maximiza a sensibilidade e a especificidade, já que AUC para WBSS foi de 27,7. A Tabela 3 demonstra que a sensibilidade e a especificidade da amostra são díspares. Na análise do valor da curva, o WBSS apresentou maior capacidade de classificar quem não utilizou ventilação mecânica (20,6% dos casos) quando comparado a quem tinha utilizado (36,4% dos casos), no ponto de corte 5,5 (i.e. escores até 5 e a partir de 6). O resultado ficou abaixo da linha que classifica em 50% de sensibilidade e 50% de especificidade.

Para o escore KRSS, os resultados demonstraram uma curva sem significância estatística (AUC = 0,437, EP = 0,076; $p = 0,375$; 95% CI = 0,288 - 0,586). Não foi verificada distinção dos casos com e sem ventilação mecânica a partir deste escore. A Figura 3 demonstra este resultado, em que a Curva ROC está praticamente sobreposta à curva central, a qual representa 50% de sensibilidade e 50% de especificidade.

DISCUSSÃO

É possível verificar na literatura a ocorrência de estudos que relatam o uso dos escores WBSS e KRS na avaliação de pacientes com bronquiolite admitidos em serviços de emergência^{2,5,6,11}. Importante destacar que essas escalas foram concebidas especificamente para esses serviços. No caso da Terapia Intensiva Pediátrica ainda faltam evidências capazes de identificar se essas escalas podem ser utilizadas com confiabilidade na avaliação da gravidade de lactentes com BVA².

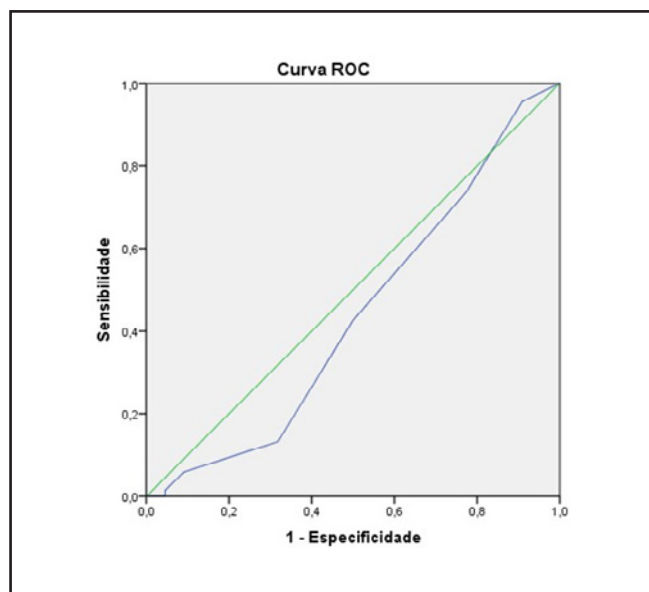


Figura 3 – Curva ROC do escore KRS. WBSS, Wang Bronchiolitis Severity Score. KRS, Kristjansson Respiratory Score.

Fonte: Elaborado pela autora.

Estudos realizados demonstram que o VSR é um dos principais agentes etiológicos das infecções que acometem o trato respiratório inferior entre lactentes e crianças menores de 2 anos de idade^{2,13}. Esse achado também foi observado no presente estudo, em que o VSR foi o agente etiológico prevalente em 63,7% dos prontuários analisados.

Pacientes que apresentaram painel viral com VSR, em muitos casos, cursam com manifestações clínicas mais exuberantes, documentados com valores mais elevados para o escore WBSS e KRS². Na amostra deste estudo, os pacientes que são admitidos em UTIP,

Tabela 3 – Coordenadas da Curva ROC.

| Positivo se maior ou igual à | Sensibilidade | Especificidade | 1 - Especificidade |
|------------------------------|---------------|----------------|--------------------|
| 2,0000 | 1,000 | 0,000 | 1,000 |
| 3,5000 | ,956 | 0,045 | ,955 |
| 4,5000 | ,559 | 0,136 | ,864 |
| 5,5000 | ,206 | 0,364 | ,636 |
| 6,5000 | ,147 | 0,591 | ,409 |
| 7,5000 | ,088 | 0,818 | ,182 |
| 8,5000 | ,044 | 0,955 | ,045 |
| 10,0000 | 0,000 | 1,000 | 0,000 |

Fonte: Elaborado pela autora.

essas escalas não demonstraram serem adequadas para uso em rotina clínica, embora existam alguns valores semelhantes.

A mediana obtida pelos lactentes no escore KRS, neste trabalho, foi de 4,0 semelhante aos valores descritos por De Rose et al.², que foi 4, embora a população e o momento da avaliação tenham sido distintos, limitando a comparação dos trabalhos. Quanto à mediana obtida pelos lactentes no escore WBSS, neste trabalho foi de 5,0 e comparada à mediana demonstrada por De Rose e colaboradores, que foi de 4, apresentou-se maior².

As variáveis utilizadas nos escores são elencadas em mais de 10 escalas de avaliação de gravidade da BVA descritas atualmente, corroborando, assim, para a importância dos aspectos de avaliação dos lactentes na admissão. Existem ao menos 2 escalas (M-WCAS, Wood-Downes)^{14,15}, amplamente utilizadas na atualidade, que discorrem sobre a saturação periférica e frequência cardíaca dos doentes, apontando assim uma possível falha dos escores utilizados neste trabalho¹⁶.

A existência de uma escala de avaliação em terapia intensiva que pudesse prever necessidade de VMI e tempo médio de internação seria um ganho para a prática clínica nos serviços, além de ser um método objetivo de avaliação que poderia ser aplicado em diferentes unidades de terapia intensiva. Considerando que as escalas KRS e WBSS já são difundidas e amplamente utilizadas em serviços de emergência, vislumbrou-se a necessidade de avaliar os escores na população da UTIP. No entanto, a partir dos dados obtidos neste estudo não foi possível alcançar índices estatísticos que demonstrassem que as escalas podem ser utilizadas em UTIP com segurança.

Uma limitação importante do estudo consiste no fato de que a população avaliada recebeu uma pontuação final para cada escore, sendo nestes instrumentos cada critério que compõe o WBSS e KRS igualmente

relevantes para a avaliação da gravidade da criança; entretanto essa pontuação final pode avaliar de maneira não confiável a gravidade da criança, conforme demonstrado no estudo.

Do ponto de vista da análise das frequências respiratórias que definem a gravidade nos escores há divergências quando comparada à severidade da taquipneia. Isso ocorre em virtude de parâmetros diferentes, segundo a idade das crianças avaliadas. Assim, conforme dados preconizados pela Sociedade Brasileira de Pediatria, para a faixa etária da população estudada, a gravidade da doença pode ter sido subestimada¹⁷⁻¹⁹. A propositura de uma escala ideal para o uso em UTIP deve levar em consideração a taquipneia de acordo com a faixa etária, e não apenas os valores absolutos de frequência respiratória.

Esta pesquisa, considerou 90 prontuários de crianças com idade até 2 anos, internadas em UTIP, sendo esta uma amostra, embora representativa da população do hospital onde foi feito o estudo, restrita e ainda, selecionada de maneira intencional e não aleatória. Com isso, os resultados descritos, ainda que válidos para a exclusão da utilização destes escores na UTIP, necessitam de ampliação da amostra estudada e de possível escolha de maneira aleatória dos casos.

O estudo aponta para a necessidade de que a equipe assistente ainda precisa se concentrar não em escalas de pontuação do paciente segundo os escores, mas sim na ausência de sinais e sintomas de alerta para a gravidade do quadro, uma vez que ainda não existem escalas fidedignas que possam ser amplamente utilizadas em terapia intensiva pediátrica.

CONCLUSÕES

Os escores clínicos WBSS e KRS não demonstraram acurácia estatística capaz de prever o tempo de internação e necessidade de VMI das crianças, com até 2 anos incompletos, com BVA em UTIP.

REFERÊNCIAS

1. De Rose DU, Caoci S, Auriti C, Maddaloni C, Capolupo I, Salvatori G et al. Lessons from SARS-CoV-2 Pandemics: How Restrictive Measures Impacted the Trend of Respiratory Infections in Neonates and Infants up to Three Months of Age. *Pathogens*. 2022;11(10).
2. De Rose DU, Maddaloni C, Martini L, Braguglia A, Dotta A, Auriti C. Comparison of three clinical scoring tools for bronchiolitis to predict the need for respiratory support and length of stay in neonates and infants up to three months of age. *Front Pediatr*. 2023;11:1040354.

3. Pereira EQ, Santos M, Uchimura TT, Menezes E. Temporal-spatial analysis of hospitalizations for bronchiolitis in Brazil: prediction of epidemic regions and periods for immunization against the Respiratory Syncytial Virus. *Rev Paul Pediatr.* 2023;41:e2021304.
4. Caballero MT, Polack FP, Stein RT. Viral bronchiolitis in young infants: new perspectives for management and treatment. *J Pediatr (Rio J).* 2017;93 Suppl 1:75-83.
5. Wang EE, Milner RA, Navas L, Maj H. Observer agreement for respiratory signs and oximetry in infants hospitalized with lower respiratory infections. *Am Rev Respir Dis.* 1992;145(1):106-9.
6. Pinto FR, Correia-Costa L, Azevedo I. Comparison of Kristjansson Respiratory Score and Wang Respiratory Score in infants with bronchiolitis in a hospital emergency department. *Hong Kong Physiother J.* 2020;40(2):145-53.
7. Scotta MC, Stein RT. Current strategies and perspectives for active and passive immunization against Respiratory Syncytial Virus in childhood. *J Pediatr (Rio J).* 2023;99 Suppl 1(Suppl 1):S4-s11.
8. Mount MC, Ji X, Kattan MW, Slain KN, Clayton JA, Rotta AT et al. Derivation and Validation of the Critical Bronchiolitis Score for the PICU. *Pediatr Crit Care Med.* 2022;23(1):e45-e54.
9. Pollack MM, Holubkov R, Funai T, Dean JM, Berger JT, Wessel DL et al. The Pediatric Risk of Mortality Score: Update 2015. *Pediatr Crit Care Med.* 2016;17(1):2-9.
10. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, Alverson BK, Baley JE, Gadomski AM et al. Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics.* 2014;134(5):e1474-502.
11. Kristjánsson S, Lødrup Carlsen KC, Wennergren G, Strannegård IL, Carlsen KH. Nebulised racemic adrenaline in the treatment of acute bronchiolitis in infants and toddlers. *Arch Dis Child.* 1993;69(6):650-4.
12. Field A. *Descobrimos a estatística usando o SPSS-5*: Penso Editora; 2020.
13. *Pediatria SBd. Diretrizes para o manejo da infecção causada pelo vírus sincicial respiratório (VSR)*. SBP Rio de Janeiro; 2011.
14. Duarte-Dorado DM, Madero-Orostegui DS, Rodriguez-Martinez CE, Nino G. Validation of a scale to assess the severity of bronchiolitis in a population of hospitalized infants. *J Asthma.* 2013;50(10):1056-61.
15. Ferres J. [Inhalation therapy in the newborn]. *An Esp Pediatr.* 1992;36 Suppl 49:160-3.
16. Granda E, Urbano M, Andrés P, Corchete M, Cano A, Velasco R. Comparison of severity scales for acute bronchiolitis in real clinical practice. *Eur J Pediatr.* 2023;182(4):1619-26.
17. da Fonseca JG, Sette AML, Oliveira ARF. Avaliação e manejo inicial da insuficiência respiratória aguda na criança. *Rev Med Minas Gerais.* 2013;23(2):196-203.
18. Burns DAR, Júnior DC, Silva LR, Borges WG, Blank D. *Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria*. Barueri, SP. 2017.
19. Martins MA, Viana MR, de Vasconcellos MC, Ferreira RA. *Semiologia da criança e do adolescente*: Medbook; 2020.





Health
Residencies
Journal (HRJ).
2026;7(33):43-48

Artigos de Temas Livres

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v7i33.1133](https://doi.org/10.51723/hrj.v7i33.1133)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 04/01/2024

Aceito: 20/01/2026

A importância da inserção de uma Residência em Odontopediatria no sistema de saúde pública

The importance of including a residency in Pediatric Dentistry in the public health system

Erika do Socorro Ramos Costa¹ , Isabel Resende de Andrade Dantas¹ ,
Danielle Mendonça Sousa Ferreira¹ , Roberta Gonçalves Gomes Marques² 

¹ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

² Universidade Federal Rural de Pernambuco

Correspondência: roberta@escs.edu.br

RESUMO

Objetivos: contextualizar a importância de uma Residência em Odontopediatria. **Metodologia:** estudo de natureza exploratória que envolveu o levantamento da literatura e da legislação pertinente, assim como observação das condições físicas e de disponibilidade de recursos humanos com formação técnica, em um hospital materno-infantil público. **Resultados:** a proposta de implementação da Residência em Odontopediatria num hospital materno-infantil público está fundamentada na legislação, na qualidade dos profissionais implicados no programa e na infraestrutura preparada para acolher os residentes. **Conclusão:** o estudo aponta para que a implantação de um serviço de Residência em Odontopediatria num sistema de saúde público será enriquecedor no âmbito da educação e da assistência à saúde, o que possibilita a formação de dentistas capacitados, aptos a desenvolver suas atividades no contexto ambulatorial e hospitalar.

Palavras-chave: Internato e residência; Odontopediatria; Saúde da criança.

ABSTRACT

Objectives: to contextualize the importance of a residency in Pediatric Dentistry. **Methodology:** a narrative review of the literature and relevant legislation will be carried out, as well as an observation of the physical conditions and availability of human resources with technical training in a public maternal and child hospital. **Results:** the proposal to implement a Residency in Pediatric Dentistry in a public maternal and child hospital is based on the legislation, the quality of the professionals involved in the program and the infrastructure prepared to welcome the residents. **Conclusion:** the study points to the need to implement a residency in pediatric dentistry in a public health system, which will be enriching in terms of education and health care, enabling the training of qualified professionals who are able to carry out their activities in outpatient and inpatient settings.

Keywords: Residency; Pediatric dentistry; Child health.

INTRODUÇÃO

A Odontologia, no âmbito hospitalar, tem crescido e mostrado sua importância para a saúde integral dos pacientes, entretanto, encontra-se mais ênfase nos relatos da abordagem sistêmica de adultos e idosos nos cursos de pós-graduação oferecidos para os profissionais da Odontologia. Comparativamente, uma fase muito importante do desenvolvimento humano, a infância, tem sido preterida nesse contexto, uma vez que, em se tratando de cursos de residências em Odontopediatria no Brasil, esses são ofertados apenas no estado do Paraná.

Em relação às crianças sistemicamente comprometidas, a importância da formação de dentistas capacitados para assistir essa população é uma necessidade primordial em ações de promoção e prevenção, possibilitando a manutenção da saúde bucal da criança durante a internação e contribuindo para o bem-estar geral¹.

Após ampla busca por cursos de pós-graduação, observou-se que há no Brasil poucas experiências na Residência em Odontopediatria, todas ligadas às faculdades públicas, como a da Universidade Estadual de Maringá e a da Universidade Estadual de Londrina, ambas no Paraná, e esse tipo de pós-graduação, para a referida especialidade, não existe no distrito do referido estudo. Por isso, o interesse da implantação de uma residência de referência no atendimento materno-infantil, para a formação de cirurgiões-dentistas capacitados em desenvolver pesquisas e atividades especializadas, nas diversas fases de desenvolvimento, desde o bebê até a pré-adolescência, em ambiente hospitalar.

Após visitas e consultas à direção, documentos e profissionais de saúde que exercem suas funções no hospital público referenciado neste estudo, observou-se que a assistência à saúde da criança, como é encontrada nessa Unidade de Saúde, é um campo rico e vasto para o desenvolvimento do conhecimento de uma Odontopediatria Hospitalar de excelência. Hoje, os cirurgiões-dentistas, lotados neste hospital, desenvolvem suas atividades no ambulatório, nas enfermarias, nas Unidades de Terapia Intensiva (pediátrica, materna e neonatal) e no centro cirúrgico, uma assistência diferenciada e especializada no âmbito da Odontologia Pediátrica.

Além das equipes médica e de enfermagem que compõem o corpo clínico, há ainda psicólogos, nutri-

cionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e assistentes sociais, que oferecem um amplo escopo de tratamentos e terapias direcionadas para a infância. Além disso, é um hospital-escola que já conta com a estrutura acadêmica necessária para o desenvolvimento e a construção do conhecimento técnico e científico.

A implantação de uma Residência em Odontopediatria seria necessária e enriquecedora, pois o hospital em questão constitui um cenário perfeito para o desenvolvimento de atividades de ensino, devido à experiência especializada dos profissionais cirurgiões-dentistas, ao corpo clínico multiprofissional, à estrutura física e, por fim, à possibilidade da formação de profissionais qualificados para um mercado de trabalho em expansão e carente de pessoas competentes na teoria e na prática.

Ainda, trata-se de um hospital com vasta experiência em residências médicas e multiprofissionais, sendo oferecidos cursos de pós-graduação nessa modalidade para médicos e não médicos. Podem-se citar diversas áreas, a saber: Genética Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Oftalmologia, Pediatria, Cirurgia Pediátrica, Reprodução Assistida, Alergia e Imunologia Pediátrica, Endoscopia Ginecológica, Infectologia Pediátrica, Medicina Fetal, Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatologia; além de uniprofissional em enfermagem, em centro cirúrgico; multiprofissional em saúde da criança, em enfermagem, em obstetrícia, não havendo a participação da Odontologia como disciplina curricular em nenhuma delas. Há, sim, atuação como apoio profissional, ao atender pedidos de parecer e resolver as condições de saúde bucal da maior parte dos pacientes das especialidades citadas.

Portanto, o objetivo deste estudo é contextualizar a necessidade da implantação de uma Residência em Odontopediatria no âmbito do hospital público materno-infantil, levantar a literatura e a legislação pertinente e as experiências já relatadas na literatura em diversas especialidades da Odontologia.

METODOLOGIA

O percurso metodológico do estudo se deu por meio de um estudo de natureza exploratória que, de acordo com Minayo² (2005) tem como objetivo fornecer a compreensão de um fenômeno ou problema específico. Pesquisou-se ainda a literatura e a legisla-

ção relacionada às residências médicas, odontológicas e ao ensino em serviço.

A pesquisa bibliográfica foi realizada no PubMed, no Semantic Scholar, na legislação vigente e nos canais oficiais do Governo Federal. Ademais, a observação da estrutura física e de disponibilidade de recursos humanos com formação técnica que, por ser um hospital-escola, propicia fornecer os recursos necessários para o desenvolvimento das atividades de ensino em serviço aqui propostas. Por fim, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa, com foco social, com o objetivo de contextualizar a necessidade de um produto para a sociedade, tanto na área da saúde, quanto na educação com ênfase no serviço público.

RESULTADOS

A Odontopediatria vai além do tratamento de lesões de cárie. Ela assume a responsabilidade pelo cuidado integral de crianças e adolescentes, abrangendo a saúde bucal, que pode interferir em suas comorbidades e em doenças sistêmicas que têm sua manifestação na cavidade oral, e considera as questões emocionais e familiares que surgem durante as consultas.

Segundo a Resolução 163 do Conselho Federal de Odontologia (CFO) de 09 de novembro de 2015³, “a Odontologia Hospitalar é a área da Odontologia que atua em pacientes que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar, internados ou não, ou em assistência domiciliar. Tem como objetivos: promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças orofaciais, de manifestações bucais de doenças sistêmicas ou de consequências de seus respectivos tratamentos”.

O cuidado da criança hospitalizada apresenta suas particularidades, pois se encontra debilitada e mais vulnerável às doenças bucais, tem mais acesso a dieta cariogênica, a medicamentos açucarados e com edulcorantes que são ministrados em horários de risco, além da higiene, que normalmente não ocorre de forma correta e orientada⁴. Ximenes⁵ (2008) reforça a mesma idéia e preocupações com dieta, medicação e higiene oral deficitária, assim reforça a necessidade de haver um cirurgião-dentista na equipe integrada dos hospitais infantis, para que o paciente, durante a hospitalização, trate de sua doença, não adquira outras condições de morbidade e não descompense as que eventualmente já possua.

A carteira de serviços do hospital deste estudo inclui diversas especialidades, a saber: Alergia e Imunologia; Cardiologia; Cirurgia Pediátrica; Clínica Médica; Coloproctologia; Dermatologia; Endocrinologia e Metabologia; Ginecologia e Obstetrícia; Mastologia; Medicina Intensiva Pediátrica; Neonatologia; Neurologia Pediátrica; Oftalmologia; Otorrinolaringologia; Pediatria; Psiquiatria; Urologia; Odontologia; Psicologia e Nutrição.

Sendo assim, a Residência em Odontopediatria, além da vivência nas áreas do Centro de Especialidades Odontológicas, contará também com a colaboração de várias especialidades médicas e pediátricas para a sua formação, já que, além de hospital-escola, é um hospital de referência em pediatria. Os residentes estarão incluídos em experiências únicas, que serão agregadas na sua formação pessoal e profissional.

DISCUSSÕES

As Diretrizes Curriculares Nacionais⁶ (2021) da Odontologia delineiam a formação do bacharel, e define, entre seus princípios, fundamentos e finalidades, a atuação do profissional no âmbito do Sistema Único de Saúde, a atenção integral à saúde, a regionalização, a hierarquização da referência e da contrarreferência, e o trabalho em equipe interprofissional. E a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde⁷ (2004) contribui para a organização, a articulação e a integração entre o ensino e o serviço.

Nos caminhos a serem trilhados na busca da formação profissional do cirurgião-dentista nos dias de hoje há uma grande valorização e estímulo para o desenvolvimento do profissional em serviço. Não obstante, a lei nº 11.129/2005⁸ vem para instituir a residência em área profissional de saúde, voltada para a educação em serviço, onde está incluída a Odontologia. O objetivo da legislação citada é inserir no mercado de trabalho e qualificar jovens, principalmente nas áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde. Ainda, estabelece a dedicação exclusiva do discente e a supervisão do docente, em ambiente assistencial.

Portarias Interministeriais, dos Ministérios da Educação e da Saúde, foram editadas, discorrendo sobre os programas de residências multiprofissionais, onde são definidas comissões, carga horária, parcerias entre gestores e equipes de trabalho, o que representa diretrizes essenciais para garantir a qualidade da

formação dos residentes e promover a integração com o SUS, podendo ser citadas as de nº 45/2007⁹, nº 506/2008¹⁰ e nº 1.077/2009¹¹.

É importante, também, conhecer as diretrizes da residência multiprofissional em saúde, que apresentam orientações com o objetivo de formar integralmente os profissionais submetidos a esse modelo de pós-graduação. A saber, interdisciplinaridade, atenção integral à saúde, desenvolvimento de competências, ética e responsabilidade profissional, formação teórica e prática, cuidado centrado no paciente, bem como avaliação e monitoramento¹².

A Residência é uma pós-graduação que tem seu fundamento na formação em serviço, e deve unir teoria à prática, considerando o cuidado integral dos pacientes de maneira humanizada e alinhada com o Sistema Único de Saúde. Diversas metodologias de avaliação podem ser empregadas no intuito de monitorar o desenvolvimento dos residentes e a participação em cenários de atendimento a pacientes com condições sistemicamente complexas, além da colaboração junto a especialidades médicas e não médicas, e reforçam o trabalho em equipe. O emprego da aprendizagem baseada em problemas e o desenvolvimento de competências por meio da aprendizagem ativa são pontos valorosos a serem observados^{13,14}.

Nos estudos de Hui et al.¹⁵ (2021) verificam-se aspectos importantes para o bom desenvolvimento de um programa de Odontopediatria, sendo eles: a qualificação do corpo docente, a infraestrutura e os conhecimentos especializados da prática baseada em evidências. Farinha et al.¹⁶ (2023) apresenta percepções quanto às exigências para o desenvolvimento de um bom curso, sob o ponto de vista dos docentes. Destaca a necessidade de adaptar cenários de ensino para o acesso à prática colaborativa entre as diferentes áreas da saúde. Mostra que a identificação dos desafios e a implementação de estratégias podem contribuir para a formação em saúde na perspectiva interprofissional e na integração ensino-serviço-comunidade.

Portanto, o hospital estudado é um local propício para a capacitação de cirurgiões-dentistas na especialidade de Odontopediatria para o atendimento infantil em ambiente hospitalar, tendo em vista a ausência dessa formação no Distrito Federal. Além da equipe técnica de cirurgiões-dentistas pós-graduados do Centro de Especialidades Odontológicas, há um corpo docente com *expertise* em Odontopediatria Hospitalar,

uma equipe multidisciplinar ímpar e a estrutura física de um hospital-escola pronta para o desempenho clínico dos residentes.

A residência promove a colaboração entre os profissionais, o cuidado humanizado e a atenção integral, apoiando o desenvolvimento de um perfil profissional crítico e reflexivo, aumentando as competências dos profissionais de Odontologia para a prática da saúde pública¹⁷.

As atitudes interprofissionais, o trabalho em equipe na assistência à saúde e os cuidados centrados no doente também fazem parte dos requisitos para uma boa formação. Para isso, estratégias educativas que promovam a colaboração interdisciplinar e os cuidados aos doentes desafiam os modelos tradicionais de educação em saúde para melhorar os resultados para os pacientes¹⁸.

Alencar¹⁹ (2020) em seu texto, trata da integração de tecnologias digitais em atividades de educação, e relata as vantagens da aprendizagem remota e da produção colaborativa de conhecimentos. Já Pereira et al.²⁰ (2021) se debruçam sobre a teoria de Ausubel que estuda o desenvolvimento cognitivo centrado no aluno, e explora o impacto das metodologias ativas em contextos formais de educação para a saúde, a troca de experiências entre educadores e aprendizagem por meio de mapas conceituais.

Todo esse contexto teórico da legislação e de estudos prévios, possibilita vislumbrar um modelo de currículo que tenha como pilares essenciais o jovem aprendiz e o profissional de saúde experiente, unindo-se a isso as oportunidades de aprendizagem que um hospital materno-infantil público de referência pode oferecer.

CONCLUSÕES

A Residência em Saúde desempenha um papel crucial na formação de profissionais capacitados e humanizados. A integração de conhecimentos e práticas, alinhada às diretrizes do SUS, é fundamental para atender às necessidades locais e promover um cuidado integral.

A colaboração interprofissional e a atenção integral são pilares importantes, no que se destaca a importância do trabalho em equipe e da reflexão contínua. A formação baseada em problemas e práticas reflexivas é vital para o desenvolvimento de competências na Odontologia e nas áreas da saúde.

A infraestrutura de investigação e as qualificações do corpo docente também são fatores determinantes para o sucesso dos programas de residência. Todos esses fatores são encontrados nos profissionais e no ambiente desse hospital.

Portanto, a proposta de implantação da Residência em Odontopediatria está bem fundamentada na sua importância e na legislação, na qualidade dos profissionais implicados no programa, na infraestrutura preparada para acolher os residentes e na preocupa-

ção em oferecer um atendimento integral à criança e ao adolescente hospitalizados.

Entretanto, esse é um estudo de carácter descritivo e propositivo que realizou estudos de viabilidade e levantou a literatura e a legislação, mas, tem como limitação o carácter propositivo, uma vez que, a implementação de uma Residência em Odontopediatria dependerá de apoio da direção do hospital e das devidas autorizações da COREMU e do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Alencar EM, Soares KS, Ribeiro EOA, Prestes GBR, Correia KC, Salino AV. O impacto do acompanhamento odontológico ao paciente infantil hospitalizado. *Ciências da saúde e suas descobertas científicas*. 2023 Abril; 99-109. DOI: <https://doi.org/10.56238/ciesaudesv1-009>
Disponível em: <https://sevenpublicacoes.com.br/index.php/editora/article/view/1172>
2. Minayo MCS. Revisão por meio de relato narrativo: uma opção metodológica. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(6):1769-76.
3. Resolução CFO-163, de 09 de novembro de 2015. Conceitua a Odontologia Hospitalar e define a atuação do cirurgião-dentista habilitado a exercê-la. Disponível em: <https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%83O/SEC/2015/163>
4. Souza Junior AM, Silva RF, Costa JN et al. Cuidados odontológicos às crianças hospitalizadas. *Rev Pró-UniverSUS*. 2018 Jan/Jun;9(1):55-60.
5. Ximenes RCC, Aragão DSF, Colares V. *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre*. 2008;49(1):21-25.
6. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências. Resolução nº 3, 21 jun. 2021. [Acesso em 20/08/2024]. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Resolucao-cne-ces-003-2021-06-21.pdf>
7. Ministério da Saúde. Portaria nº 198-GM, 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF. Diário Oficial da União, 2004.
8. Lei Nº 11.129, de 30 de junho de 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 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF. Diário Oficial da União, 2005.
9. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, DF. Diário Oficial da União, 2007.
10. Portaria Interministerial nº 506, de 24 de abril de 2008. Altera o art. 1º da Portaria Interministerial nº 45/ME/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. Brasília, DF. Diário Oficial da União, 2008.

11. Portaria Interministerial nº 1077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, DF. Diário Oficial da União, 2009.
12. Ministério da Saúde. Portaria nº 1996-GM, 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implantação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. Brasília, DF. Diário Oficial da União, 2007.
13. Brasil. Portaria nº 1.645, de 3 de julho de 2015. Aprova as Diretrizes Gerais para a Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União; 2015 jul 7.
14. Mestriner SF, Mestriner WJ, Macedo LD, Lago LPM. A odontologia na Residência Multiprofissional em Saúde: experiência da formação na rede de atenção à saúde bucal. Rev ABENO. 2022;22(2):1674. doi:10.30979/revabeno.v22i2.1674.
15. Hui N, Arevalo O, Gupta A, Saman DM, Wilson S. Assessing the Current Research Infrastructure of Pediatric Dentistry Residency Programs: An Update for 2020. Pediatric Dentistry. 2021;43(5), sep/oct.
16. Farinha AM, Jaeger FP, Marchiori MRCT, Budel LJ, Colomé JS. Educação interprofissional nas práticas de integração ensino-serviço-comunidade: perspectivas de docentes da área de saúde; Esc Anna Nery 2023. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0212pt>
17. Carneiro JBD, Oliveira AMG, Zanin L, Flório FM, Frazão P. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: Percepções e Sentidos para Residentes Graduados em Odontologia. Rev. Baiana de Saúde Pública. 2018; 42(2), abr/jun, p. 280-294. Disponível em:
<https://doi.org/10.22278/2318-2660.2018.v42.n2.a2780>
18. Viana SBP, Hostins RCL. Educação Profissional e Integralidade do Cuidado: Uma Leitura Filosófica Contemporânea dos Conceitos; Educ em Rev. Belo Horizonte. 2022;8,e26460. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-469826460>
19. Alencar TOS, Oliveira SS, Coelho MMP, Souza CS, Freitas JO, Santos MS, Souza MQB, Silva SS, Miranda TA. Uso de tecnologias digitais na educação interprofissional: experiência do PET-Saúde Interprofissionalidade. REVISA. 2020; 9(Esp.1): 603-9 p. Disponível em:
<https://doi.org/10.36239/revisa.v9.nesp1.p603a609>
20. Pereira JC, Monte LRS, Souto CC, Matos AH, Renovato RD, Sales CM, Teixeira LS. Metodologias Ativas e Aprendizagem Significativa: Processo Educativo no Ensino em Saúde. Ensino, Educação e Ciências Humanas. 2021; 22(1), 11-19 p. Disponível em:
<https://doi.org/10.17921/2447-8733.2021v22n1p11-19>





Health
Residencies
Journal (HRJ).
2026;7(33):49-61

Artigos de Revisão

DOI:

<https://doi.org/10.51723/hrj.v7i33.963>

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 30/11/2023

Aceito: 21/01/2026

A segurança e eficácia da intervenção fisioterapêutica na assimetria craniana não sinostótica em lactentes: uma revisão sistemática

The safety and efficacy of physical therapy intervention in non-synostotic cranial asymmetry in infants: a systematic review

Stephany Kindorly de Oliveira Bueno¹ , Michele Alves da Silva¹ , Letícia Martins Narciso¹ 

¹ Escola Superior de Ciências da Saúde e Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Correspondência: stephanykindorlymo@gmail.com

RESUMO

Objetivo: realizar uma síntese de evidências reunindo publicações relacionadas ao assunto a fim de investigar a eficácia das intervenções utilizadas no tratamento da assimetria craniana não sinostótica em lactentes. **Métodos:** revisão sistemática delimitada conforme PRISMA P-2020, registrada no PROSPERO, o desenho do estudo foi feito de acordo com a estratégia PICOS, estruturada com estudos dos últimos 10 anos, das bases: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed®, COCHRANE, Scielo e PEDro. **Resultados:** foram identificados 5 estudos elegíveis, estes avaliaram 293 lactentes, de ambos os sexos. As variáveis analisadas foram: tipo de intervenção, avaliação de AC e DNPM e presença de torcicolo ou redução de ADM. **Conclusão:** desfecho favorável à intervenção fisioterapêutica com terapia manual, principalmente no ganho e simetria de ADM de rotação cervical e maior ganho do DNPM. A órtese craniana foi demonstrada com um método sem significativa diferença da conduta expectante de PP.

Palavras-chave: Plagiocefalia não sinostótica; Assimetria facial; Torcicolo; Fisioterapia; Lactente.

ABSTRACT

Objective: to carry out an evidence synthesis bringing together publications related to the subject in order to investigate the effectiveness of interventions used in the treatment of non-synostotic cranial asymmetry in infants. **Methods:** systematic review designed according to PRISMA P-2020, registered in PROSPERO, the study design was carried out in accordance with the PICOS strategy, structured with studies from the last 10 years, from the following databases: Virtual Health Library (VHL), PubMed®, COCHRANE, Scielo and PEDro. **Results:** 5 eligible studies were identified, evaluating 293 infants of both sexes. The variables analyzed were type of intervention, assessment of AC and DNPM and presence of torticollis or reduced ROM. **Conclusion:** favorable outcome to physiotherapeutic intervention with manual therapy, mainly in the gain and symmetry of cervical rotation ROM and greater gain in DNPM. Cranial orthosis was demonstrated with a method with no significant difference from the expectant management of PP.

Keywords: Plagiocephaly nonsynostotic; Facial asymmetry; Torticollis; Physical therapy; Infant.

INTRODUÇÃO

A assimetria craniana, também chamada plagiocefalia ou deformidade craniana, no lactente, pode ser classificada em sinostótica e não sinostótica¹. Trata-se de uma assimetria sinostótica quando há fusão prematura de uma ou mais suturas do crânio. Já a assimetria não sinostótica, também chamada de plagiocefalia posicional (PP), ocorre devido à ação prolongada de forças mecânicas em um crânio ainda maleável e em crescimento acelerado^{1,2}, que resultam em alterações cranianas. A PP é a forma mais comum de plagiocefalia³.

A assimetria craniana posicional (ACP) pode se desenvolver de duas formas: a primeira é a plagiocefalia posicional lateral (PPL), na qual se desenvolve uma planificação em um dos lados do osso occipital, comum em crianças que apresentam preferência postural para um dos lados e, a segunda, deformidade posicional posterior, onde ocorre um achatamento central e simétrico do occipital, também chamada de braquicefalia⁴.

Lactentes com PPL apresentam características de crânio com achatamento occipital assimétrico, acompanhado por deslocamento anterior da orelha do mesmo lado afetado, protuberância parietal no lado oposto e frequentemente protuberância frontal ipsilateral, com achatamento frontal, quando visto de cima apresenta formato semelhante a forma de paralelogramo⁵.

Tem-se observado um aumento da prevalência da ACP desde a década de 90, o que foi associado por muitos estudos com o início de campanhas de conscientização aos pais contraindicando o sono de lactentes em posição prona promovidas pela Academia Americana de Pediatria com a intenção de prevenir a síndrome de morte súbita do lactente⁶⁻⁸. A deformação craniana tem sido mais prevalente entre dois (16-22%) e quatro meses (20%) de vida e apresenta queda conforme esses bebês crescem^{9,10}.

De acordo com o aumento da prevalência os estudos que avaliaram lactentes com PPL identificaram os fatores de risco mais descritos para o desenvolvimento de ACP são: torcicolo congênito, prematuridade, multiparidade, filho primogênito, parto assistido, sexo masculino, exposição cumulativa à posição supina e preferência postural para dormir^{3,10}. O torcicolo é descrito como o achado associado mais comum em bebês com plagiocefalia posicional¹¹. Em bebês com ACP é comum haver comprometimento na amplitude de movimento (ADM) do pescoço¹²⁻¹⁵. É descrita também a presença de res-

trição da rotação cervical ativa em crianças em casos de plagiocefalia, mesmo sem diagnóstico prévio de torcicolo muscular congênito¹¹.

Com o aumento da frequência de diagnósticos de deformidade posicional fez-se necessário aprofundar os conhecimentos de como identificar e intervir em tempo hábil nesta condição a fim de reduzir as consequências da ACP, que antes acreditava-se ser apenas estéticas. Embora muitos casos de PPL melhorem com o tempo, evidências científicas sugerem que estratégias de manejo conservadoras podem minimizar com segurança e eficácia o grau de assimetria craniana¹⁶.

O manejo da plagiocefalia posicional depende da idade da criança e do grau de acometimento. Intervenções como orientações aos pais quanto ao posicionamento, uso de órtese craniana e técnicas aplicadas pela fisioterapia (terapia manual) são as mais descritas na literatura como seguras e eficazes para o manejo da ACP, porém ainda há contradição entre as publicações, e somente nos últimos anos tem aumentado a qualidade dos estudos, além de haver pouca descrição das intervenções fisioterapêuticas utilizadas^{2,13,16,17}.

Sendo assim, torna-se relevante a realização de uma síntese de evidências científicas reunindo as publicações mais atuais relacionadas ao assunto a fim de investigar a eficácia das intervenções utilizadas no tratamento da assimetria craniana não sinostótica em lactentes com o objetivo de responder a seguinte pergunta: existem evidências com qualidade metodológica e grau de evidência que sustente um protocolo de intervenção para o tratamento da assimetria craniana não sinostótica em lactentes?

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão sistemática que foi conduzida conforme as recomendações da *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Esta revisão foi realizada seguindo o *checklist* PRISMA 2020¹⁸ em todas as etapas do estudo, sendo elas: a busca nas bases de dados, a triagem inicial pelo título e resumo, a leitura dos textos completos, a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a extração dos dados e a avaliação metodológica dos estudos selecionados. Todas estas etapas foram realizadas por dois pesquisadores de forma independente utilizando a plataforma RAYYAN para a triagem e seleção dos artigos. As divergências entre artigos que deveriam ser selecionados ou não foram resolvidas por um terceiro avaliador independente.

Para a realização desta revisão sistemática da literatura, foi elaborado um protocolo previamente registrado no Registro Prospectivo Internacional de Revisões Sistemáticas (Registro PROSPERO CRD42023401792).

O desenho do estudo foi feito de acordo com a seguinte estratégia PICOS¹⁹: Lactentes com assimetria craniana não sinostótica (*Population*), Reposicionamento, Órtese craniana, Conduta Expectante (*Intervention*), Intervenções Fisioterapêuticas com terapias manuais (*Comparison*), Medidas de avaliação; Efeitos adversos; Janela de intervenção; Relação com torcicolo e restrição de ADM; repercussões no desenvolvimento neuropsicomotor (*Outcomes*), ensaios Clínicos Randomizados e Revisões Sistemáticas (*Studies*).

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

As buscas nas bases de dados eletrônicas foram realizadas no mês de fevereiro de 2023 nas seguintes bases: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed®, COCHRANE, Scielo e PEDro.

O Medical Subject Headings (MeSH) foi utilizado para a definição dos descritores utilizados e foram estes: Plagiocephaly, Plagiocephaly Nonsynostotic, Facial Asymmetry, Physical Therapy, Infant, e os termos livres: Deformational plagiocephaly, Positional plagiocephaly, utilizando os operadores booleanos AND e OR.

CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DE ARTIGOS

Após a realização da triagem, foram incluídos os estudos que cumprissem os seguintes critérios de inclusão definidos anteriormente: Ensaios Clínicos Randomizados; data de publicação a partir de 2012, a fim de buscar somente publicações dos últimos 10 anos; idade da amostra até dois anos; estudos que analisem alguma das intervenções: fisioterapia, órtese craniana ou reposicionamento; estudos que apresentem algum método de avaliação da assimetria craniana.

Os critérios de exclusão foram: estudos que contenham intervenção cirúrgica; estudos que abordem a plagiocefalia sinostótica ou não deixam explícito o tipo de plagiocefalia abordada; estudos que não descrevam claramente a intervenção utilizada; estudos publicados em idioma divergente de português, inglês e espanhol.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA E RISCO DE VIÉS

O risco de viés foi avaliado utilizando a escala de PEDro, composta por 11 itens: alocação aleatória, distribuição cega dos sujeitos, semelhança intergrupos sobre os indicadores de prognóstico, sujeitos cegos, terapeutas cegos, avaliadores cegos, acompanhamento adequado e análise de intenção de tratar, comparações intergrupos e medidas de precisão e medidas de variabilidade. Cada critério é pontuado de acordo com a presença ou ausência no artigo avaliado e o

Tabela 1 – Estratégia de busca nas bases de dados eletrônicas.

| BASES DE DADOS | ESTRATÉGIA DE BUSCA |
|----------------|---|
| BVS | “Plagiocephaly” OR “Plagiocephaly Nonsynostotic” OR “Facial Asymmetry” OR “Deformational Plagiocephaly” OR “Deformational Plagiocephalies” OR “positional plagiocephalies” OR “positional plagiocephaly”) AND (“Physical Therapy”) AND (“Infant” OR “Pediatrics”) |
| PubMed | (“Plagiocephaly” OR “Plagiocephaly Nonsynostotic” OR “Facial Asymmetry” OR “Deformational Plagiocephaly” OR “Deformational Plagiocephalies” OR “positional plagiocephalies” OR “positional plagiocephaly”) AND (“Physical Therapy”)) AND “Infant” OR “Pediatrics” |
| COCHRANE | “Plagiocephaly” OR “Plagiocephaly Nonsynostotic” OR “Facial Asymmetry” OR “Deformational Plagiocephaly” OR “Deformational Plagiocephalies” OR “positional plagiocephalies” OR “positional plagiocephaly” in Title Abstract Keyword AND “Physical Therapy” in Title Abstract Keyword AND “Infant” OR “Pediatrics” in Title Abstract Keyword – (Word variations have been searched) |
| Scielo | “Plagiocephaly” OR “Plagiocephaly Nonsynostotic” OR “Facial Asymmetry” OR “Deformational Plagiocephaly” OR “Deformational Plagiocephalies” OR “positional plagiocephalies” OR “positional plagiocephaly”) AND “Infant” |
| PEDro | “Plagiocephaly” |

Fonte: Elaborado pelas autoras.

primeiro item denominado critérios de elegibilidade especificados não contribui para a pontuação total. A pontuação final é obtida através da soma de todas as respostas positivas.

Todos os artigos selecionados foram avaliados quanto a sua qualidade metodológica por dois avaliadores independentes utilizando a escala Physiotherapy Evidence Database (PEDro) de 10 itens, e as discordâncias foram discutidas até haver um consenso.

EXTRAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados de interesse (nome do primeiro autor, ano, tamanho amostral, idade, tipo de desfecho, descrição das intervenções e resultados) foram extraídos de cada artigo incluído, verificados para evitar quaisquer imprecisões ou omissões e transferidos para uma planilha eletrônica no Microsoft Office Excel *online*. Nesta etapa da revisão, foi usado o aplicativo *Rayyan*, desenvolvido pelo *Qatar Computing Research Institute* (QCRI), como uma ferramenta auxiliar para arquivamento, organização e seleção dos artigos.

Não foi possível realizar uma meta-análise devido às grandes diferenças nas medidas usadas para avaliar os desfechos selecionados para esta revisão. A partir dos dados extraídos dos artigos incluídos, foi realizada uma síntese qualitativa das evidências.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca eletrônica recuperou 234 documentos, dos quais 112 foram excluídos como duplicatas,

99 foram excluídos por triagem de título e resumo. Na triagem por texto completo foram excluídos 18 artigos, quanto aos critérios de exclusão predefinidos pelas autoras, 3 foram excluídos por não estar dentro da população escolhida e 15 eram artigos com outro *design* de estudo. Portanto, 5 estudos foram incluídos na síntese qualitativa após a aplicação dos critérios de elegibilidade. A Figura 1 mostra as fases de busca e triagem dos estudos conforme o fluxograma PRISMA.

CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

O período geral de intervenção terapêutica foi de cerca de 10 sessões, com frequência 1 vez por semana para os grupos e duração de 20 a 45 minutos. O uso de órtese craniana foi recomendado por 23 horas por dia com cuidados com áreas de pressão, limpeza e acompanhamento do tamanho adequado realizado por um médico ou fisioterapeuta.

Os estudos incluídos avaliaram 174 participantes lactentes (até dois anos de idade), de ambos os sexos. O tamanho da amostra dos estudos incluídos considerando todos os grupos foi de 293 participantes. As demais características dos estudos incluídos (descrição da amostra, avaliação, intervenção, objetivo, comparação entre grupos, duração da intervenção, medidas de desfecho, medidas de assimetria craniana, associação com desenvolvimento neuropsicomotor e torcicolo congênito, efeitos adversos, resultado) são apresentadas na Tabela 2.

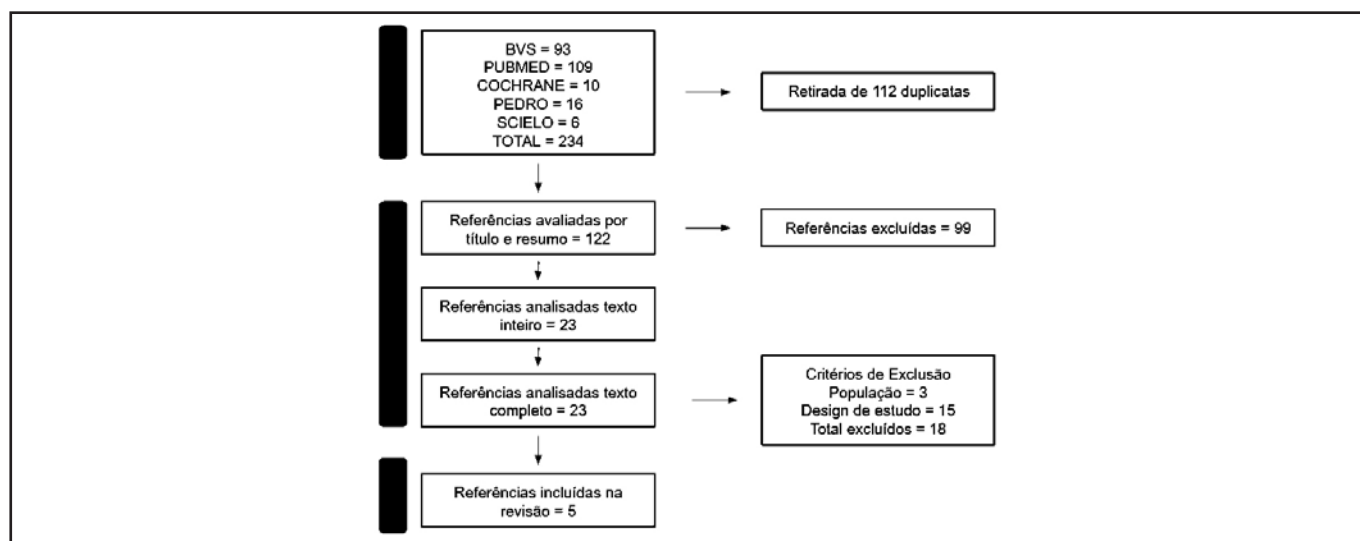


Figura 1 – Fluxograma PRISMA.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Tabela 2 – Descrição dos estudos incluídos (n = 5).

| Autor, ano | Participantes | Objetivo | Duração | Intervenção | AC | DNPM | Torcicolo/ ADM | Resultados | Efeitos adversos |
|----------------------------------|--|--|--|---|---|---|---------------------------|---|--|
| Van WIJK, R.M. et al., 2014. | Quantidade 84 bebês. Idade 5-6 meses. Critérios Deformação do crânio moderada a grave, após 36 semanas de gestação, sem torcicolo muscular, craniossinostose ou características dismórficas. | Determinar a eficácia da terapia com capacete para deformação posicional do crânio em comparação com o curso natural da condição em bebês de 5 a 6 meses. | 12 meses de idade ou resultados satisfatórios. | Uso do capacete por 23 horas/dia até 12 meses de idade ou até que resultados satisfatórios fossem obtidos. Controle O crescimento natural do crânio foi monitorado. | Índice de diferença de diâmetro oblíquo e o índice cranio-proporcional de plagiocefalometria. Medição antropométrica da forma do crânio aos 24 meses usando o índice de diferença de diâmetro oblíquo e o índice cranio proporcional. | Escala motora infantil de Alberta (AIMS), Bayley terceira edição. | Critério de exclusão. | A pontuação de mudança teve diferença média de -0,2 (P=0,80) em plagiocefalia e 0,2 (P=0,81) em braquicefalia, respectivamente. A recuperação total foi de 26% no grupo de terapia com capacete e 23% do controle. | Problemas com a aceitação, irritação da pele, aumento da sudorese, odor desagradável, dor e sentir-se impedido de abraçar o filho. |
| CABRERA MARTOS, I. et al., 2016. | Quantidade 46 bebês. Idade 4-8 meses. Critérios Plagiocefalia não sinostótica grave. Foram excluídos bebês com doença respiratória ou condição neurológica concomitante, prematuros <36 semanas. | Avaliar os efeitos da terapia manual adicionada ao tratamento padrão na duração do tratamento e no desenvolvimento motor de lactentes com plagiocefalia não sinostótica grave. | Sessões de 45 min uma vez por semana. | Mudanças posicionais. Orientações de reposicionamento em casa. Uso de órtese craniana por 23 horas/dia. Protocolo de terapia manual adicionado ao tratamento padrão. Controle Não receberam terapia manual. Apenas o tratamento padrão. | Escala Argenta. | Escala motora infantil de Alberta (AIMS). | Critério de exclusão. | Diferença significativa (p < 0,001) entre os grupos na duração do tratamento, sendo menor no grupo experimental. Diferenças significativas na AIMS com pontuações mais altas no grupo experimental. A assimetria ao final do tratamento foi mínima. | Não houve efeitos adversos durante o estudo. |

Continua na próxima página

| Autor, ano | Participantes | Objetivo | Duração | Intervenção | AC | DNPM | Torcicolo/ADM | Resultados | Efeitos adversos |
|--------------------------------|--|--|--|---|---|---|--|---|---------------------------|
| PASTOR PONS, I. et al., 2021.1 | <p>Quantidade 34 bebês.</p> <p>Idade 7 meses.</p> <p>Critérios Plagiocefalia não sinostótica moderada a grave; foram excluídos bebês com patologias graves.</p> | Analisar o efeito da terapia manual na rotação cervical ativa e no desenvolvimento neuromotor em um amostra de crianças com PP. | Sessões de 20 min uma vez por semana por 10 semanas. | <p>Orientações + terapia manual integrativa pediátrica com foco na porção superior da cervical.</p> <p>Controle Orientações sobre manejo da preferência postural, estímulo ao DNPM e posicionamento, uma cartilha e retorno em 10 semanas.</p> | Índice craniano (CI), Assimetria do cofre craniano (CVA), índice de Assimetria do cofre craniano (CVAI). | Escala motora infantil de Alberta (AIMS). | A ADM ativa de rotação de cervical foi medida 3 vezes e anotada a medida máxima, a ADM máxima foi registrada através de foto no plano transversal. | O grupo de intervenção apresentou maior ADM de rotação de cervical quando comparado ao grupo controle. Não houve diferença significativa na avaliação do DNPM. | Não relatado. |
| PASTOR PONS, I. et al., 2021.2 | <p>Quantidade 34 bebês.</p> <p>Idade 7 meses.</p> <p>Critérios Plagiocefalia não sinostótica moderada a grave; foram excluídos bebês com patologias graves.</p> | Analisar o efeito da terapia manual, acrescida de orientações aos pais, na avaliação antropométrica craniana e na percepção dos pais sobre a plagiocefalia posicional. | Sessões de 20 min uma vez por semana por 10 semanas. | <p>Programa de educação ao cuidador + 10 sessões de terapia manual integrativa pediátrica.</p> <p>Controle Programa de educação aos pais, com um retorno em 10 semanas para retirar dúvidas e reforçar as orientações.</p> | Índice Craniano (IC) e Assimetria da abóbada craniana (CVA) e Avaliação subjetiva dos pais por meio de uma escala analógica visual -10 (muito pior) a +10 (muito melhor) sendo 0 sem alteração. | - | - | Não houve diferença significativa do IC. Assimetria da Abóbada craniana foi favorável ao grupo de intervenção. Percepção dos pais de melhora foi favorável ao grupo de intervenção. | Não houve efeito adverso. |

Continua na próxima página

| Autor, ano | Participantes | Objetivo | Duração | Intervenção | AC | DNPM | Torcicolo/ADM | Resultados | Efeitos adversos |
|-----------------------------|--|---|---------|--|--|------|---|--|------------------|
| AARNIVALA, H. et al., 2015. | <p>Quantidade 95 bebês.</p> <p>Idade 0-3 meses.</p> <p>Critérios Foram excluídos os RN prematuros <35s de IG ou com alguma condição de saúde que necessitou de internação na UTIN.</p> | Determinar se intervenção precoce no ambiente, posicionamento e manuseio do recém-nascido impactam na forma craniana, por meio de orientações aos pais durante a internação na maternidade. | - | <p>Orientações detalhadas de medidas para prevenir a plagiocefalia posicional, manejo de preferência postural, alongamento de cervical e estímulo ao DNPM, antes de receberem alta da maternidade.</p> <p>Controle Orientações padrão ofertadas pela maternidade.</p> | Razão do comprimento oblíquo do crânio; índice cefálico; índice de assimetria craniana anterior; índice de assimetria craniana posterior; Desvio de orelhas. | - | A ADM passiva de rotação, e flexão lateral foi medida com o lactente em DD através de um goniômetro digital Scheppach®. | Na análise 3D, o grupo controle teve maior incidência de plagiocefalia posicional. A análise do índice de assimetria anterior e posterior não tiveram diferenças significativas entre os grupos; A análise do índice cefálico também não apresentou diferença entre os grupos. | Não relatado. |

Fonte: Elaborado pelas autoras.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

A Tabela 3 mostra a avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos neste artigo realizada através da escala PEDro, que variou entre 8 e 9 pontos. Dos itens pontuados na escala PEDro, nenhum dos estudos pontuou o item 6 (terapeutas cegos) e apenas um pontuou o item 5 (participantes cegos). Os demais itens foram pontuados em todos os cinco estudos por atenderem os critérios para pontuação. Com isso, os 5 estudos que compõem essa revisão foram classificados com alta qualidade metodológica (PEDro ≥ 6).

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Apenas três estudos analisaram o tratamento fisioterapêutico como intervenção, todos utilizaram terapia manual comparada a diferentes intervenções no GC, com tratamento padrão (órtese craniana e posicionamentos) e orientações como programa de educação aos pais.

No estudo de Cabrera-Martos e colaboradores²⁰ todos os bebês receberam tratamento padrão com uma abordagem conservadora, incluindo mudanças de posição e o uso de uma órtese craniana. No tratamento do grupo experimental o fisioterapeuta posicionava as mãos em posição de abóbada para avaliar o movimento global dos ossos cranianos e os movimentos da sincondrose esfeno-occipital. Os movimentos occipito-atlânticos foram avaliados com o bebê colocado em posição supina e as mãos do examinador sob o occipital com as pontas dos dedos lateralmente ao nível da primeira vértebra cervical. Técnicas de descompressão foram usadas para normalizar o tecido ao redor das suturas cranianas, afastando os segmentos

um do outro em uma leve força de distração mantendo essa posição até a liberação da tensão²¹.

No estudo de Pastor Pons e colaboradores²² a técnica aplicada aos lactentes do grupo experimental também consistiu em terapia manual. O fisioterapeuta posicionava o quarto e quinto dedos na área condilar do osso occipital, o dedo médio nos processos articulares do eixo e os dedos indicadores nos processos articulares das vértebras cervicais abaixo de C2, com os polegares no lado anterior dos processos transversais do atlas para causar um posicionamento dorsal muito suave do atlas. Foi aplicada uma indução miofascial na cervical com o objetivo de relaxamento com uma tração suave, auxiliando suavemente os movimentos da cabeça de flexão e extensão, flexão lateral e rotação após os movimentos ativos e espontâneos do bebê²³.

Pastor Pons e colaboradores²⁴ aplicaram terapia manual integrativa pediátrica (PIMT) nos lactentes selecionados que consistiu em uma manobra para mobilizar o tecido neuromeningal no nível lombossacral, com base na técnica de Upledger²⁵ adaptado à pediatria. Aplicando uma tração muito leve na pelve para estimular uma resposta tecidual e seguindo os movimentos ativos do bebê, tentando se mover em direção a posições cada vez mais flexionadas. Uma técnica para a coluna cervical baseada nos trabalhos de Giammatteo²³, com uma tração muito leve aplicada através da cabeça acompanhando o movimento ativo nas posições de flexão e extensão, lateralização e rotação, estabilizando o atlas suavemente em uma direção dorsal. Outra técnica utilizada foi uma pressão manual no occipital, para moldar a base do crânio na direção oposta à torção de PP na base do crânio, com base no trabalho de Arbuckle²⁶.

Tabela 03 – Escala PEDro.

| Autor, ano | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | TOTAL |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|-------|
| Van WIJK, R.M. et al., 2014. | X | X | X | X | - | - | X | X | X | X | X | 8 |
| CABRERA MARTOS, I. et al., 2016. | X | X | X | X | - | - | X | X | X | X | X | 8 |
| PASTOR PONS, I. et al., 2021. | X | X | X | X | - | - | X | X | X | X | X | 8 |
| PASTOR PONS, I. et al., 2021 | X | X | X | X | - | - | X | X | X | X | X | 8 |
| AARNIVALA, H. et al., 2015. | X | X | X | X | X | - | X | X | X | X | X | 9 |

Fonte: Elaborado pelas autoras.

TRATAMENTO COM ÓRTESE CRANIANA

Identificamos dois estudos que utilizaram a terapia com órtese craniana em suas intervenções^{2,20} e indicaram o uso da órtese craniana durante 23 horas por dia com acompanhamento profissional para verificação do uso correto e possíveis ajustes necessários.

Van Wijk e colaboradores² trazem em seus resultados a comparação entre o uso da órtese craniana e curso natural em bebês com assimetria craniana classificada em moderada ou grave e obtiveram resultados que demonstram que não houve grande diferença na recuperação total entre os dois grupos, 26% dos participantes no grupo de intervenção e 23% dos participantes do grupo do curso natural. Portanto, indicaram que a terapia com órtese craniana não tem valor agregado no tratamento da deformação moderada a grave do crânio em bebês saudáveis. A alta prevalência de efeitos colaterais e altos custos associados também levaram ao desencorajamento do uso da órtese craniana como tratamento padrão. Porém, ressaltam que a terapia com órtese craniana não influenciou o desenvolvimento motor (AIMS), a qualidade de vida (questionário de qualidade de vida infantil), o sono (alterações no sono foram descritas como levar mais de 20 minutos para adormecer ou acordar mais de uma vez todas as noites) ou o choro dos bebês.

ASSIMETRIA CRANIANA

Quanto à verificação do grau de assimetria craniana, Cabrera Martos e colaboradores²⁰ utilizaram a escala ARGENTA como medida e incluiu aqueles com graus 4 ou 5, considerados assimetria grave na escala. Esta escala fornece uma classificação baseada na observação clínica que permite a quantificação precisa do grau de deformidade. É uma medida econômica, altamente reprodutível e confiável, de fácil compreensão para quem executa e para as famílias dos bebês²⁷. A assimetria ao final do tratamento foi mínima, com pontuação 0 (ausência de deformidade) ou 1 (forma mais leve de assimetria, limitada à parte posterior do crânio).

Os estudos^{2,22,24,28} utilizaram o índice craniano (IC), calculado com largura craniana e comprimento craniano $\times 100$, e o Índice de assimetria da abóbada craniana (CVAI) $([\text{Diâmetro diagonal longo} - \text{diâmetro diagonal craniano curto}] / \text{diâmetro diagonal craniano curto} \times 100)$ para verificar a assimetria craniana²⁹.

Pastor Pons e colaboradores²⁴, que utilizaram a terapia manual, identificaram melhora na CVAI que levou à satisfação dos pais de forma mais eficaz do que apenas um programa de educação de cuidadores. Cabrera Martos e colaboradores²⁰ também identificaram que a terapia manual adicionada ao tratamento padrão reduziu significativamente a duração do tratamento em bebês com plagiocéfalia não sinostótica grave. Van Wijk e colaboradores², alertaram que somente terapia com órtese craniana não foi capaz de trazer resultados positivos em relação a nenhuma outra intervenção.

REDUÇÃO DE ADM/TORCICOLO

Apenas dois estudos^{22,28} apresentaram ADM cervical como desfecho, nos outros estudos o diagnóstico de torcicolo foi indicado como critério de exclusão ainda durante a seleção dos bebês que participaram da pesquisa. No estudo de Pastor Pons e colaboradores²² a rotação cervical foi medida em cada direção e foi calculada considerando o centro do pescoço como o eixo de rotação. O ângulo final de movimento foi medido em relação a uma linha marcada na cadeira usada pelo paciente. Para otimizar a avaliação, um halo de pano com uma alça de filtro foi usado juntando a parte mais anterior correspondente ao nível do nariz e a mais posterior.

Já Aarnivala e colaboradores²⁸ mediram a ADM cervical com goniômetro digital Scheppach®, com o bebê deitado em decúbito dorsal sobre uma mesa de exame com os ombros na borda. A cabeça foi girada (queixo passando pelo ombro) passivamente, apoiando-a por baixo e permitindo que ela girasse livremente o máximo possível. A flexão lateral (orelha ao ombro) foi avaliada aplicando-se uma pressão muito suave até notar resistência. Todas as medidas foram realizadas três vezes com um goniômetro digital, e o torcicolo foi definido como uma diferença $\geq 15^\circ$ na flexão lateral ou rotação entre os lados dos valores mais altos³⁰.

Ambos os estudos identificaram maior ADM nos grupos de intervenção com terapia manual em relação aos grupos controle. Pastor Pons e colaboradores²² encontraram um efeito positivo relevante em adicionar terapia manual a um programa educacional de cuidador associado a um melhor resultado em termos de movimento do pescoço na PP. Já Aarnivala e colaboradores²⁸ ressaltaram que fornecer aos pais instruções sobre o ambiente, o posicionamento e os

cuidados do bebê antes da alta da maternidade podem reduzir a prevalência e a gravidade da DP e melhorar a ADM cervical aos 3 meses.

DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

Três estudos^{2,20,22} avaliaram DNPM como desfecho e utilizaram a Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS) para avaliar o DNPM dos bebês antes e depois das intervenções realizadas.

A AIMS fornece uma medida observacional referenciada por normas que descreve a maturação motora grossa de bebês desde o nascimento até a caminhada. Foi composto por 58 itens avaliados em quatro posições: prono (21 itens), supino (9 itens), sentado (12 itens) e em pé (16 itens). Os itens são pontuados com base em critérios específicos (suporte de peso, movimentos antigravitacionais e alinhamento postural). Para o item observado pelo examinador é atribuído 1 ponto e se o item não for observado a pontuação é 0 ponto. Os escores brutos totais são a soma de todos os itens observados, variando de 0 a 58. Os escores brutos totais foram convertidos em classificações percentuais, permitindo a classificação da habilidade motora infantil como normal, suspeita ou anormal. Pontuações acima do percentil 16 sugerem comportamento motor normal, pontuações entre os percentis 16 e 5 sugerem comportamento motor suspeito e pontuações abaixo do percentil 5 sugerem comportamento motor anormal³¹.

Para Van Wijk e colaboradores² não foram encontradas diferenças significativas para os bebês tratados com órtese craniana e aqueles que só foram acompanhados no curso natural da assimetria. Cabrera Martos e colaboradores²⁰ não identificaram nenhuma alteração motora no momento da alta em ambos os grupos, intervenção (que recebeu terapia manual) e controle. Pastor Pons e colaboradores²² identificaram que ambos os grupos (intervenção com terapia manual e grupo controle) melhoraram o DNPM, mas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre eles.

O objetivo desta revisão foi investigar a eficácia e segurança das intervenções utilizadas no tratamento da assimetria craniana não sinostótica em lactentes. Por fim, cinco ensaios clínicos randomizados (ECR) foram elegíveis e incluídos nesta revisão. Destes, um comparou o efeito da órtese

craniana com nenhuma intervenção, e seus efeitos na AC²; outro comparou os efeitos do acréscimo da terapia manual com o que chamaram de tratamento convencional na AC e no DNPM²⁰; outro comparou os efeitos da terapia manual a apenas orientações aos pais e cuidadores no DNPM e na ADM de cervical²²; outro comparou os efeitos da terapia manual com orientações aos pais na AC²⁴; outro investigou os efeitos de orientações detalhadas aos pais de recém-nascidos acerca de preferência postural, posicionamento e exercícios de ADM de cervical, na prevenção do surgimento de AC e na ADM de cervical, comparadas as orientações convencionais oferecidas pela maternidade²⁸.

Nossos achados vão de acordo com a revisão de Cabrera-Martos publicada em 2021³², que pesquisou o resultado da intervenção fisioterapêutica, na AC não sinostótica e no DNPM. Nesta revisão, seis artigos atenderam aos critérios de elegibilidades e foram incluídos no estudo, destes três eram ECR. Todos os estudos incluídos relataram intervenção fisioterapêutica, associada ou não a outro tipo de tratamento. As características das intervenções e os protocolos utilizados foram bastante heterogêneos, a maioria dos estudos incluiu educação sobre posicionamento, rearranjo ambiental e exercícios de alongamento do pescoço. Dois estudos descreveram o uso de técnicas manuais: um deles descreve massagem cervical³³ e o segundo descreve técnicas focadas nas estruturas eseno-occipital, atlanto-occipital e sacro²⁰. Os resultados mostraram melhora efetiva no DNPM e na AC, mas a maioria dos estudos não encontrou diferença significativa entre os grupos de comparação. Os autores discutem que pelo pequeno tamanho amostral, grande variação da qualidade metodológica dos estudos incluídos, a diversidade de intervenções fisioterapêuticas descritas e por vezes, não isolar o tratamento fisioterapêutico de outras intervenções, há limitação para conclusões pois não há evidência disponível forte o suficiente para concluir a eficácia das intervenções fisioterapêuticas na AC não sinostótica.

Em 2016 o congresso de neurocirurgias publicou uma revisão sistemática que objetivava responder qual o efeito da terapia com órtese craniana comparado ao tratamento conservador de plagiocefalia posicional. Os autores encontraram evidências que indicam a órtese craniana para crianças com plagio-

cefalia de moderada a grave, refratária à intervenção fisioterapêutica ou em crianças com plagiocéfalia moderada a grave em idades mais avançadas³⁴. O que vai de acordo com nossos achados que identificaram que a órtese craniana não teve valor agregado no tratamento da PP moderada a grave e que o alto custo não favorece o incentivo da recomendação².

CONCLUSÕES

A maioria dos estudos relatam um desfecho favorável à intervenção fisioterapêutica com terapia manual, principalmente no ganho e simetria de ADM de rotação cervical, muito correlacionada com preferência postural e torcicolo, condições frequentemente citadas nas crianças que apresentaram PP e maior ganho do DNPM. Quando avaliada a percepção de melhora da AC pelos pais desses lactentes,

também foi favorável aos grupos que receberam intervenção fisioterapêutica com terapia manual. A órtese craniana foi demonstrada com um método sem significativa diferença da conduta expectante de PP. Em síntese, com base nos achados aqui descritos, futuros estudos são recomendados para melhor compreensão da eficácia e possibilidade de reprodução das intervenções e métodos de avaliação e antropometria.

A presente revisão teve algumas limitações, como a grande variabilidade de métodos de medidas/avaliação da AC que dificulta reprodução e análise estatística reprodutível. Além disso, os artigos descreveram de forma superficial as intervenções realizadas. Outra limitação é a descrição do uso de órtese craniana mesclada com o tipo de intervenção fisioterapêutica escolhida, dificultando a avaliação da eficácia dos métodos separadamente.

REFERÊNCIAS

1. Smartt JM, Elliott RM, Reid RR, Bartlett SP. Analysis of differences in the cranial base and facial skeleton of patients with lambdoid synostosis and deformational plagiocephaly. *Plast Reconstr Surg* 2011 Jan;127(1):303-12. DOI: 10.1097/PRS.0b013e3181f95cd8.
2. Van Wijk RM, Van Vlimmeren LA, Groothuis-Oudshoorn CGM, Van Der Ploeg CPB, Jzerman MJI, Boere-Boonekamp MM. Helmet therapy in infants with positional skull deformation: Randomised controlled trial. *BMJ* 2014;348:1-13. <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.g2741>
3. Margotto PR. Assistência Ao Recém-Nascido De Risco. 4ª edição. Brasília; 2021.
4. Meyer-Marcotty P, Böhm H, Linz C, Kochel J, Blecher C, Keil N et al. Spectrum of positional deformities – Is there a real difference between plagiocephaly and brachycephaly? *J Cranio-Maxillofacial Surg* 2014;42(6):1010-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcms.2014.01.026>
5. Robinson S, Proctor M. Diagnosis and management of deformational plagiocephaly: A review. *J Neurosurg Pediatr* 2009;3(4):284-95. DOI: 10.3171/2009.1.PEDS08330.
6. Nunes ML, Pinho APS, Aerts D, Sant'Anna A, Martins MP, Costa JC. Síndrome da morte súbita do lactente: aspectos clínicos de uma doença subdiagnosticada. *J Pediatr* 2001;77:29-34. <https://doi.org/10.2223/JPED.106>
7. American Academy of Pediatrics AAP Task Force on Infant Positioning and SIDS: Positioning and SIDS. *Pediatrics* [Internet]. 1992 [acesso em 27 nov 2023]. 90(2 Pt 1):264. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1503575/>
8. Kane AA, Mitchell LE, Craven KP, Marsh JL. Observations on a recent increase in plagiocephaly without synostosis. *Pediatrics*. 1996;97(6):877-85. doi:10.1542/peds.97.6.877.

9. Hutchison BL, Stewart AW, Mitchell EA. Characteristics, head shape measurements and developmental delay in 287 consecutive infants attending a plagiocephaly clinic. *Acta Paediatr Int J Paediatr* 2009;98(9):1494-9. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2009.01356.x.
10. Hutchison BL, Hutchison LAD, Thompson JMD, Mitchell EA. Plagiocephaly and brachycephaly in the first two years of life: a prospective cohort study. *Pediatrics* 2004;114(4):970-80. <https://doi.org/10.1542/peds.2003-0668-F>
11. Rogers GF, Oh AK, Mulliken JB. The role of congenital muscular torticollis in the development of deformational plagiocephaly. *Plast Reconstr Surg* 2009;123(2):643-52. DOI: 10.1097/PRS.0b013e318196b9be.
12. Rogers GF. The significance of torticollis in deformational posterior plagiocephaly. *Proceedings of the Tenth International Congress of the International Society of Craniofacial Surgery*. 2003. p. 61.
13. Graham JM, Gomez M, Halberg A, Earl DL, Kreutzman JT, Cui J et al. Management of deformational plagiocephaly: Repositioning versus orthotic therapy. *J Pediatr* 2005; 146(2):258-62. DOI: 10.1016/j.jpeds.2004.10.016.
14. Golden KA, Beals SP, Littlefield TR, Pomatto JK. Sternocleidomastoid imbalance versus congenital muscular torticollis: Their relationship to positional plagiocephaly. *Cleft Palate Craniofac J*. 1999; 36(3):256-61. https://doi.org/10.1597/1545-1569_1999_036_0256_sivcmt_2.3.c
15. Pivar SJ, Scheuerle A. Variable co-diagnosis of plagiocephaly and torticollis in Texas health care facilities. *J Craniofac Surg* 2006;17(2):236-40. DOI: 10.1097/00001665-200603000-00006.
16. Flannery ABK, Looman WS, Kemper K. Evidence-Based Care of the Child With Deformational Plagiocephaly, Part II: Management. *J Pediatr Heal Care* 2012;26(5):320-31. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2011.10.002>
17. Plank LH, Giavedoni B, Lombardo JR, Geil MD, Reisner A. Comparison of infant head shape changes in deformational plagiocephaly following treatment with a cranial remolding orthosis using a noninvasive laser shape digitizer. *J Craniofac Surg*. 2006 Nov;17(6):1084-91. DOI: 10.1097/01.scs.0000244920.07383.85.
18. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
19. Eriksen MB, Frandsen TF. The impact of patient, intervention, comparison, outcome (PICO) as a search strategy tool on literature search quality: A systematic review. *J Med Libr Assoc*. 2018 Out;106(4):420-31. DOI: 10.5195/jmla.2018.345.
20. Cabrera-Martos I, Valenza MC, Valenza-Demet G, Benítez-Feliponi A, Robles-Vizcaíno C, Ruiz-Extremera A. Effects of manual therapy on treatment duration and motor development in infants with severe nonsynostotic plagiocephaly: a randomised controlled pilot study. *Child's Nerv Syst*. 2016 Nov;32(11):2211-7. DOI: 10.1007/s00381-016-3200-5.
21. Lalauze-Pol R. Le crâne du nouveau-né [Internet]. *Sauramps médical*, Montpellier. 2004;(14), 33-34.
22. Pastor-Pons I, Hidalgo-García C, Lucha-López MO, Barrau-Lalmolda M, Rodes-Pastor I, Rodríguez-Fernández ÁL, Tricás-Moreno JM. Effectiveness of pediatric integrative manual therapy in cervical movement limitation in infants with positional plagiocephaly: a randomized controlled trial. *Ital J Pediatr*. 2021 Feb;47(41):1-12. DOI: 10.1186/s13052-021-00995-9.
23. Giammatteo S. *Integrative Manual Therapy for Biomechanics: Application of Muscle Energy and "Beyond" Technique*. Vol. 3, North Atlantic Books, Berkeley California; 2003.

24. Pastor-Pons I, Lucha-López MO, Barrau-Lalmolda M, Rodes-Pastor I, Rodríguez-Fernández ÁL, Hidalgo-García C et al. Efficacy of pediatric integrative manual therapy in positional plagiocephaly: a randomized controlled trial. *Ital J Pediatr.* 2021 Jun;47(1):1-12. DOI: 10.1186/s13052-021-01079-4.
25. Upledger J, Vredevoogd J. *Terapia craneosacra I*. Editora Paidotribo, Barcelona; 2007.
26. Arbuckle BE. *Ostéopathie crânienne pour le nouveau-né et l'enfant*. Vannes: Sully; 2014.
27. Argenta L. Clinical Classification of Positional Plagiocephaly. *J Craniofac Surg.* 2004 Mai;15(3):368-72. DOI: 10.1097/00001665-200405000-00004.
28. Aarnivala H, Vuollo V, Harila V, Heikkinen T, Pirttiniemi P, Valkama AM. Preventing deformational plagiocephaly through parent guidance: a randomized, controlled trial. *Eur J Pediatr.* 2015 Set;174(9):1197-208. DOI: 10.1007/s00431-015-2520-x.
29. Loveday BPT, Chalain TB. Active counterpositioning or orthotic device to treat positional plagiocephaly? *J Craniofac Surg.* 2001;12(4):308-13. doi:10.1097/00001665-200107000-00003.
30. Cheng JCY, Wong MWN, Tang SP, Chen TMK, Shum SLF, Wong EMC. Clinical Determinants of the Outcome of Manual Stretching in the Treatment of Congenital Muscular Torticollis in Infants. *J Bone Jt Surgery-American Vol.* 2001 Mai;83(5):679-87. DOI: 10.2106/00004623-200105000-00006.
31. Piper MC, Darrah J. *Motor assessment of the developing infant*. Philadelphia: Saunders; 1994 [acesso em: 27 Out 2023]. Available from: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=+Piper+MC%2C+Darrah+J%2C+Maguire+TO%2C+Redfern+L+%281994%29+Motor+assess%02ment+of+the+developing+infant.+Saunders%2C+Philadelphia&btnG=
32. Cabrera-Martos I, Ortigosa-Gómez SJ, López-López L, Ortiz-Rubio A, Torres-Sánchez I, Granados-Santiago M et al. Physical Therapist Interventions for Infants with Nonsynostotic Positional Head Deformities: A Systematic Review. *Phys Ther.* 2021 Ago;101(8):1.10. DOI: 10.1093/ptj/pzab106.
33. Milea G, Cecchi A, Levi D, Pescatore MC. Rehabilitation treatments compared in positional plagiocephaly: a non-randomized controlled study. *Scienza Riabilitativa* [Internet]. 2013 Oct 1. Available from: <https://go.gale.com/ps/i.do?p=HRCA&sw=w&issn=18283942&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA352753288&sid=googleScholar&linkaccess=fulltext>
34. Tamber MS, Nikas D, Beier A, Baird LC, Bauer DF, Durham S et al. Guidelines: Congress of Neurological Surgeons Systematic Review and Evidence-Based Guideline on the Role of Cranial Molding Orthosis (Helmet) Therapy for Patients with Positional Plagiocephaly. *Neurosurgery.* 2016 Nov;79(5):E632-3. DOI: 10.1227/NEU.0000000000001430.





Health
Residencies
Journal (HRJ).
2026;7(33):62-74

Artigos de Revisão

DOI:

<https://doi.org/10.51723/hrj.v7i33.1211>

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 26/05/2025

Aceito: 13/01/2026

Racecadotrila para manejo da diarreia em unidades de terapia intensiva: proposta de protocolo para uma Secretaria de Estado de Saúde

Racecadotril for diarrhea management in intensive care units: proposal of a protocol for a Public Health Department

Mário Albert Ferreira Barbosa¹ , Felipe Ferreira¹ , Priscila Ribeiro Guimarães¹ 

¹ Escola Superior de Ciências da Saúde.

Correspondência: marioferreira1112@gmail.com

RESUMO

A diarreia é uma complicação frequentemente ignorada no paciente crítico. Critérios diagnósticos e estratégias de manejo diferem entre profissionais, e o manejo da diarreia pode ser inadequado ou negligenciado. A diarreia no paciente crítico está associada a desfechos negativos como úlceras, internação prolongada e reabilitação demorada, maior demanda assistencial e conflitos interprofissionais. A aplicação de protocolos de *bowel care* está associada a manejo rápido de sintomas, reabilitação acelerada dos pacientes e maior percepção de apoio interprofissional pela equipe. Este paradigma é agravado em hospitais da SES-DF, onde a ausência de medicamentos antidiarreicos dificulta o tratamento efetivo da diarreia em pacientes críticos. **Objetivo:** produzir um protocolo de *bowel care* de acordo com as diretrizes da Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde (CPPAS), no intuito de viabilizar a padronização da racecadotrila como opção antidiarreica em UTIs da SES-DF. **Métodos:** duas revisões integrativas foram realizadas. A primeira revisão sintetiza etiologia, epidemiologia, estratégias de manejo e desfechos associados à diarreia em pacientes críticos. A segunda revisão sintetiza eficácia e eficiência da racecadotrila no tratamento da diarreia em pacientes adultos e pediátricos. Os estudos incluídos foram referenciados na produção de protocolo de *bowel care* no padrão CPPAS. **Resultados:** um protocolo de *bowel care*, incluindo diagnóstico, prevenção e tratamento da diarreia em pacientes críticos foi produzido. Fluxogramas de conduta para pacientes adultos e pediátricos foram incluídos. **Conclusão:** com a utilização de um protocolo de *bowel care*, espera-se melhora nos desfechos clínicos dos pacientes. Com a adequação às diretrizes da CPPAS, espera-se agilização da incorporação da racecadotrila às opções de tratamento da SES-DF.

Palavras-chave: Diarreia; Terapia intensiva; Antidiarreico; Protocolos clínicos.

ABSTRACT

Diarrhea is a commonly overlooked complication of critical care patients. Diagnostic criteria and management strategies differ between professionals, and management of diarrhea may be inadequate, or neglected altogether. Diarrhea in

critical patients is associated with negative outcomes such as skin ulcers, prolonged length of stay and slower rehabilitation, as well as increasing healthcare staff burden and interprofessional conflict. The application of bowel care protocols is associated with rapid symptom management, faster rehabilitation of patients and higher perception of interprofessional support by staff. This paradigm is aggravated in SES-DF hospitals, in which the lack of antidiarrheal drug agents hinders effective treatment of diarrhea in critical care patients. **Objective:** to produce a bowel care protocol in accordance with Permanent Commission for Healthcare Protocols (CPPAS) requirements, with the aim of enable the incorporation of racecadotril as an antidiarrheal option in SES-DF intensive care units. **Methods:** two integrative reviews were performed. The first review summarizes the etiology, epidemiology, management strategies and associated outcomes of diarrhea in critical patients; the second review summarizes the efficacy and safety of racecadotril in the treatment of diarrhea in adult and pediatric patients. Included studies were referenced in the production of a CPPAS-standard bowel care protocol. **Results:** a bowel care protocol, including diagnosis, prevention and treatment of diarrhea in critical care patients was produced. Protocol flowcharts for adult and pediatric patients were included. **Conclusion:** the application of a bowel care protocol is expected to improve patient outcomes. By following CPPAS requirements, incorporation of racecadotril into SES-DF treatment options is expected to be accelerated.

Keywords: Diarrhea; Intensive care; Antidiarrheals; Clinical protocols.

INTRODUÇÃO

A diarreia é uma complicação frequente do paciente internado em unidade de terapia intensiva (UTI). O recente estudo *Diarrhea: Interventions, Consequences and Epidemiology in the Intensive Care Unit* (DICE-ICU) estima uma incidência de 37,7% até 73,8% entre pacientes críticos¹; a heterogeneidade dos critérios diagnósticos empregados nos estudos compromete a estimativa de prevalência. Similarmente, as definições empregadas por diferentes profissionais de saúde, bem como a conduta acerca do quadro, costumam diferir entre si², levando a dificuldades no reconhecimento e manejo da diarreia. No Brasil, um estudo de coorte demonstrou a incidência de diarreia em 29,5% dos pacientes³ em uma UTI adulta.

A literatura é conflitante quanto aos desfechos associados à diarreia no paciente crítico. Estudos relatam maior tempo de internação^{1,4,5}, maior carga de trabalho para as equipes assistenciais^{5,6} e maior morbidade e mortalidade⁵, enquanto outros estudos não relatam impacto na mortalidade⁷ ou complicações⁴. Contudo, é evidente o impacto da diarreia tanto para o paciente quanto para a equipe assistencial, de modo que é essencial uma estratégia efetiva para o seu manejo na UTI⁸.

São extensivamente documentadas as complicações decorrentes da diarreia no paciente crítico.

Um quadro de diarreia sem manejo adequado resulta em prejuízo à integridade cutânea, acarretando quadro de dermatite associada à incontinência (DAI)⁹. Esta pode progredir para a formação de lesões por pressão (LP), ou o agravamento de lesões preexistentes^{1,6}, bem como o aumento do risco de infecção. Um estudo com 86 pacientes críticos demonstrou que a diarreia é fator de risco importante para o desenvolvimento de DAI e LP⁹, de modo que entre pacientes com diarreia, somente 18% não desenvolveram nenhuma das lesões⁹.

Além das complicações cutâneas, um quadro prolongado de diarreia acarreta má absorção de macro e micronutrientes, devido ao trânsito intestinal alterado, bem como depleção de água e eletrólitos, e acidose metabólica devido à perda acentuada de íons bicarbonato^{5,10}. A consequente redução do aporte nutricional, associada ao estado de maior catabolismo do paciente crítico, leva a um balanço energético e proteico negativos. Dessa forma, a diarreia prolongada contribui para a perda de peso e massa muscular do paciente, bem como prejudica sua regeneração tecidual e função imunológica^{1,10}.

A incidência de lesões cutâneas, o maior risco de infecção e o déficit nutricional ocasionados por um quadro de diarreia no paciente crítico culminam em maior tempo de internação e recuperação mais lenta do paciente^{1,5,10}, além de estarem associados ao desconforto e prejuízo à sua dignidade.

Um fator adicional, comumente ignorado, é o impacto da diarreia na equipe assistencial, em função do aumento da carga de trabalho. No recente estudo *The Burden of Diarrhea in the Intensive Care Unit (ICU-BD)*, profissionais de enfermagem relataram maior demanda assistencial, exaustão, queixas e conflitos interprofissionais associados ao cuidado de pacientes com diarreia na UTI⁶. Adicionalmente, relataram a percepção de falta de suporte da equipe médica no manejo dos quadros, e de forma geral, atenção insuficiente ao cuidado da diarreia. Além disso, o estudo demonstrou aumento dos custos de tratamento de pacientes com diarreia, estimando o custo de cada episódio de diarreia em CHF 26,00, aproximadamente R\$ 175,00 (à época de redação do presente artigo). Esse aumento das despesas hospitalares ocasionado pela diarreia foi também demonstrado em outro estudo¹⁰, no qual o custo por episódio de diarreia foi estimado em € 30 a 50, ou aproximadamente R\$ 188 a R\$ 314 (à época de redação do presente artigo).

Outro estudo acerca da percepção da diarreia por profissionais intensivistas demonstrou divergências em opiniões e práticas de manejo, além de falta de comunicação da equipe médica sobre novo quadro de diarreia no paciente².

Atualmente, no contexto da saúde pública no Distrito Federal, a complexidade desta situação clínica é agravada devido à ausência de medicamentos antidiarreicos padronizados, de modo que o manejo da diarreia nas UTIs é limitado; quadros de diarreia no paciente crítico, dessa forma, estão sujeitos a uma maior incidência de complicações subsequentes e desfechos negativos, devido ao manejo insuficiente e prolongamento da condição.

O estudo recentemente concluído DICE-ICU⁷ avaliou a aplicação de *bowel care protocols*: protocolos de manejo de função intestinal, através do monitoramento regular da evacuação, administração adequada da nutrição enteral, e controle do trânsito intestinal, através da associação ou suspensão de procinéticos, laxativos e antidiarreicos. A utilização de *bowel protocols* resultou em menor atraso no tratamento da diarreia, melhora da percepção do apoio da equipe pela enfermagem e melhora da reabilitação dos pacientes¹⁰.

Dentre as medidas utilizadas no tratamento da diarreia, foi incluído o tratamento sintomático, através de medicamentos antidiarreicos, antiespas-

módicos, adsorventes e probióticos; nenhum dos quais se encontra na SES como opção terapêutica padronizada. Dentre os medicamentos estudados, figura a racecadotrila como opção de interesse para a UTI; sua ação antissecretora seria melhor indicada para o tratamento da diarreia de etiologia indefinida¹⁷; medicamentos de ação constipante, em especial a loperamida, ao induzir a retenção microbiana, poderiam favorecer a persistência de agentes infecciosos^{11,12}, além de estarem associados a efeitos adversos como constipação, distensão abdominal, íleo paralítico e megacólon¹².

O medicamento demonstrou eficácia contra a diarreia equivalente à da loperamida, possuindo, adicionalmente, menor risco comparativo de constipação¹¹⁻¹⁵. Possui bom perfil de segurança, não estando associada a ação central¹³ ou a eventos adversos graves^{13,15-17}, e possuindo tolerabilidade equivalente ao placebo¹¹⁻¹⁶. Por não possuir ação sob o peristaltismo, evita o risco de efeitos adversos associados à inibição da motilidade intestinal associados a antidiarreicos opioides¹¹⁻¹⁵. Além disso, é um medicamento também disponível na forma farmacêutica de pó granulado, apropriado para a administração via sondas enterais e gastrostomias¹⁹.

Considerando todos estes fatores, o presente trabalho descreve o processo de produção de um protocolo de *bowel care*, no qual foi incluída a utilização da racecadotrila como opção terapêutica para o manejo da diarreia no paciente crítico, a ser empregado em UTIs da rede pública do Distrito Federal. O protocolo tem como objetivo permitir e guiar o processo de padronização e emprego do medicamento pela SES-DF.

METODOLOGIA

Para a produção de protocolos assistenciais a serem utilizados por profissionais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), os processos de elaboração, revisão e implementação dos protocolos são orientados pelas diretrizes da Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde (CPPAS). Esta determina o modelo e estrutura do protocolo, além de fornecer roteiro para a elaboração deste. A estrutura geral dos Protocolos Assistenciais e Protocolos de Uso de Tecnologias em Saúde é demonstrada no Quadro 1.

Quadro 1 – Modelo de Protocolo Assistencial/Usos de Tecnologia da CPPAS.

| | |
|-----|--|
| 1 | Metodologia de Busca da Literatura |
| 1.1 | Bases de dados consultadas |
| 1.2 | Palavra(s) chave(s) |
| 1.3 | Período referenciado e quantidade de artigos relevantes |
| 2 | Introdução |
| 3 | Justificativa |
| 4 | Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) |
| 5 | Diagnóstico Clínico ou Situacional |
| 6 | Critérios de Inclusão |
| 7 | Critérios de Exclusão |
| 8 | Conduta |
| 8.1 | Conduta Preventiva |
| 8.2 | Tratamento Não Farmacológico |
| 8.3 | Tratamento Farmacológico |
| 9 | Benefícios Esperados |
| 10 | Monitorização |
| 11 | Acompanhamento Pós-tratamento |
| 12 | Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER |
| 13 | Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor |
| 14 | Referências Bibliográficas |

Para a produção do protocolo de acordo com o modelo e diretrizes da CPPAS, foram realizadas duas revisões integrativas de literatura. A primeira revisão visou sintetizar a etiologia, epidemiologia, estratégias de manejo e desfechos associados à diarreia em pacientes críticos. A segunda revisão visou avaliar a eficácia e eficiência da racecadotrila no tratamento da diarreia em pacientes adultos e pediátricos. As bases de dados consultadas para a busca de artigos foram Medline/Pubmed, Cochrane Library e LILACS. Foram considerados, para ambas as revisões, somente artigos em português e inglês. O Bulário Anvisa foi consultado para a busca de monografias das formulações de racecadotrila disponíveis no mercado brasileiro, visando obtenção de dados acerca de posologia, eventos adversos e interações fornecidos pelos fabricantes.

Para a pesquisa sobre **diarreia no paciente crítico**, as palavras-chave utilizadas foram: *diarrhea*,

liquid stools, critical care, intensive care, critical illness, management, treatment, enteral nutrition, tube feeding, Clostridioides difficile. Para a pesquisa sobre **racecadotrila no tratamento da diarreia**, as palavras-chave utilizadas foram: *racecadotril, diarrhea, treatment, management, efficacy, safety, tolerability*. As combinações de palavras-chave e operadores booleanos utilizados nos diferentes bancos de dados são demonstradas nos Quadros 2 e 3. Na triagem inicial, estudos não-relacionados aos temas foram excluídos da pesquisa em função dos títulos e resumos.

Para a pesquisa em literatura sobre a diarreia no paciente crítico, foi referenciado o período a partir do ano de 1997, ano de publicação da Escala de Bristol¹. Neste período, um total de **15 artigos** foram considerados^{1-12,21,25,28}, tendo sido dada a preferência a revisões sistemáticas e meta-análises, com foco em diarreia em pacientes críticos, incluindo avaliação da incidência, fatores de risco, estratégias de manejo e desfechos associados à doença. Estudos de coorte, avaliando a incidência de diarreia ou eficácia de intervenções terapêuticas em pacientes hospitalizados, foram também considerados.

Para a pesquisa em literatura sobre eficácia, segurança e ensaios clínicos da racecadotrila em pacientes adultos e pediátricos, também foi referenciado o período a partir do ano de 1997, de modo a englobar estudos que tenham incluído um método padronizado de classificação da diarreia. Um total de **8 artigos** no período foram considerados^{13-19,22}. Foi dada preferência a ensaios clínicos controlados e randomizados e revisões sistemáticas, nas quais foi realizada avaliação da eficácia, segurança e tolerabilidade do medicamento.

Entre os critérios de exclusão de estudos para a pesquisa sobre diarreia no paciente crítico, foram considerados publicações não relacionadas à UTI ou não focadas na diarreia no paciente crítico. Foram também excluídas publicações voltadas exclusivamente à população pediátrica, a fim de evitar a heterogeneidade de critérios de inclusão e desfechos, priorizando estudos cujas evidências fossem aplicáveis a pacientes de diferentes grupos etários e permitindo uma síntese uniforme. Adicionalmente, foram excluídos artigos de tipo comentário/opinião ou ensaios clínicos ainda em andamento. A estratégia de busca é detalhada na Figura 1. A sintaxe de pesquisa utilizada em cada banco de dados é detalhada no Quadro 2.

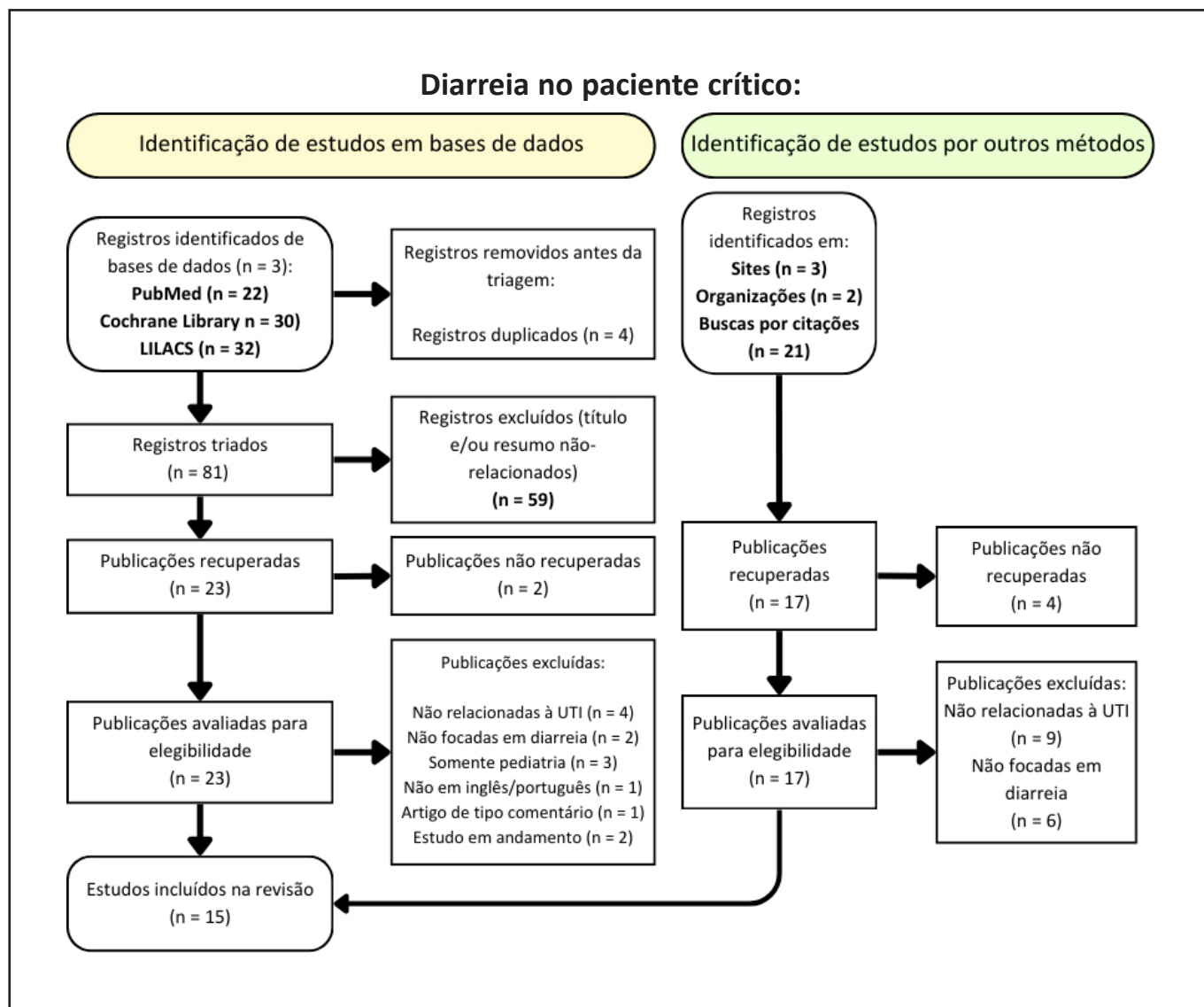


Figura 1 - Estratégia de busca sobre diarreia no paciente crítico.

Quadro 2 - Sintaxe da pesquisa sobre diarreia no paciente crítico em cada base de dados.

| Base de dados | Sintaxe de pesquisa |
|------------------|--|
| PubMed | ((Diarrhea) OR (diarrhoea) OR (liquid stools)) AND ((critical care) OR (critical illness)) AND ((management) OR (treatment)) AND ((enteral nutrition) OR (tube feeding)) AND (Clostridium difficile) |
| Cochrane Library | “diarrhea” OR “liquid stool” AND “critical care” OR “intensive care” OR “critical illness” |
| LILACS | (ti:(diarrhea)) AND (ti:(critical care) OR (intensive care) OR (critical illness)) |

Quanto à pesquisa sobre eficácia e segurança da racecadotrila, foram excluídas publicações não focadas na racecadotrila; ensaios clínicos não realizados em humanos; e estudos com intervenções realizadas

em pequeno número de pacientes. A estratégia de busca é detalhada na Figura 2. A sintaxe de pesquisa utilizada em cada banco de dados é detalhada no Quadro 3.

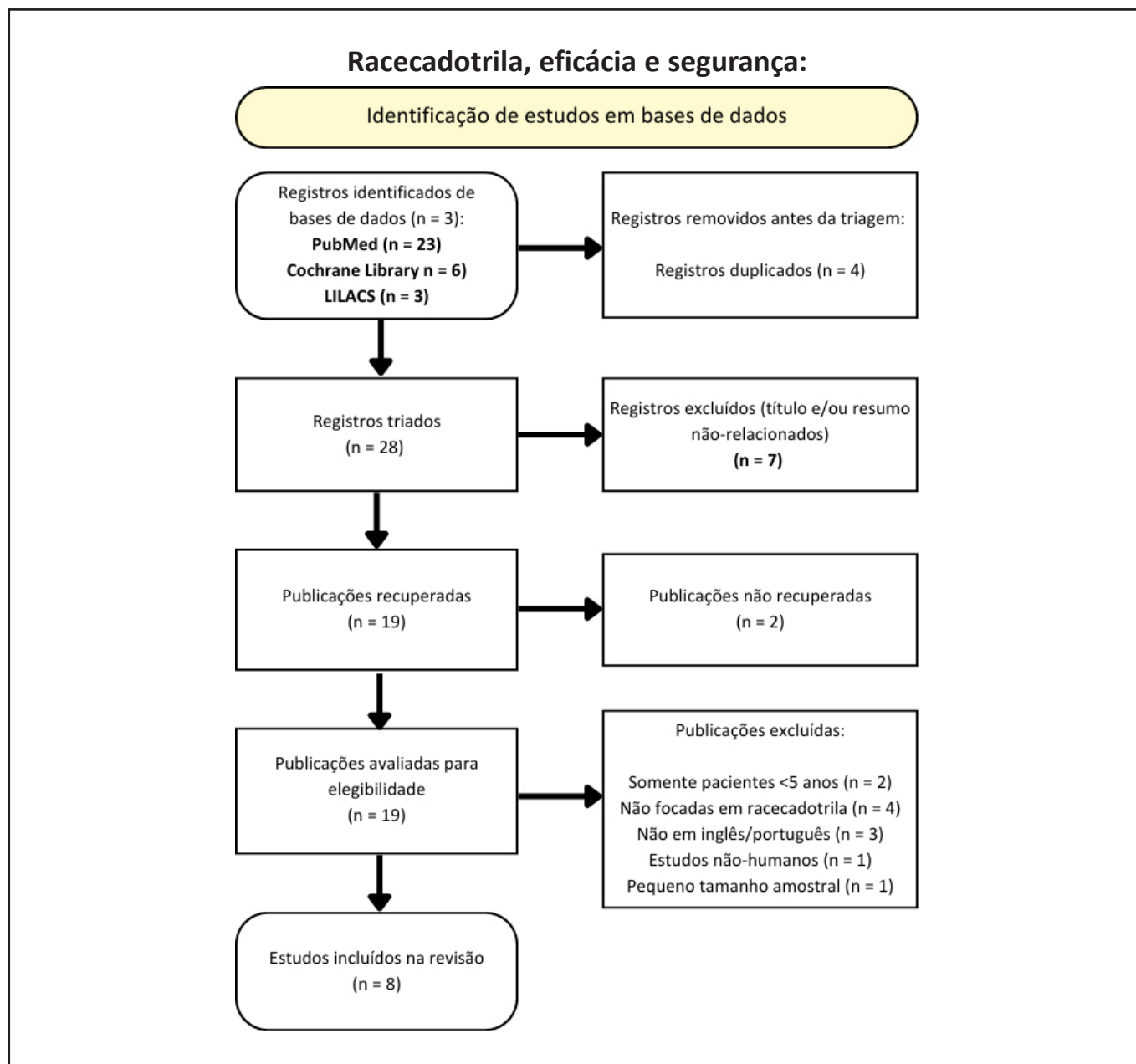


Figura 2 – Estratégia de busca sobre eficácia e segurança da racecadotrila.

Quadro 3 – Sintaxe da pesquisa sobre eficácia e segurança da racecadotrila em cada base de dados.

| Base de dados | Sintaxe de pesquisa |
|------------------|--|
| PubMed | (racecadotril) AND (diarrhea) AND ((management) OR (treatment)) AND ((efficacy) OR (safety) OR (tolerability)) |
| Cochrane Library | “racecadotril” AND “diarrhea” AND “management” OR “treatment” AND “efficacy” OR “safety” OR “tolerability” |
| LILACS | (ti:(racecadotril)) AND (ti:(diarrhea)) AND (ti:(treatment OR management)) |

No texto do protocolo, seguindo o modelo estabelecido pela CPPAS, para a seleção na seção 6. *Critérios de Inclusão*, o protocolo incluiu o paciente crítico (adulto e pediátrico >3 meses de idade) que apresente diarreia,

caracterizada por 3 ou mais episódios de evacuação líquida em 24h, sendo o quadro não ocasionado por medicamentos laxativos, ou refratário à suspensão destes, de acordo com a definição de diarreia estabelecida pela

OMS^{1,8,10}. A suspeita de diarreia infecciosa, ainda que por *C. difficile*, não consistiu em critério de exclusão do paciente.

Quanto à seção 7. *Critérios de Exclusão*, foi estabelecido que pacientes que apresentem diarreia enteroinvasiva, com presença de febre e sangue, não devem fazer uso da racecadotrila¹¹. Além disso, foram excluídos do protocolo pacientes de idade inferior a 3 meses e gestantes.

RESULTADOS

Seguindo o modelo de protocolo estabelecido pela CPPAS, as seções 1. *Metodologia de Busca da Literatura*, 2. *Introdução*, 3. *Justificativa*, 6. *Critérios de Inclusão* e 7. *Critérios de Exclusão* foram produzidas de acordo com o exposto nas seções de Introdução e Metodologia do presente artigo.

Para a seção 4. *Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10)* exigida pelo modelo, foram selecionados os CIDs **R15 – Incontinência fecal**, **R19.7 – Diarreia, inespecífica** e **A09 – Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível**.

Abordando a seção 5. *Diagnóstico Clínico ou Situacional*, foi determinado o diagnóstico pela ocorrência de 3 ou mais evacuações líquidas por dia, definição utilizada pela Organização Mundial de Saúde^{1,7,8,10}.

Para a seção 8. *Conduta*, foram produzidos dois fluxogramas assistenciais, estabelecendo etapas de avaliação da dieta enteral, uso de antibióticos, introdução da racecadotrila e manejo da posologia para pacientes adultos e pediátricos, exibidos, respectivamente, nas Figuras 3 e 4.

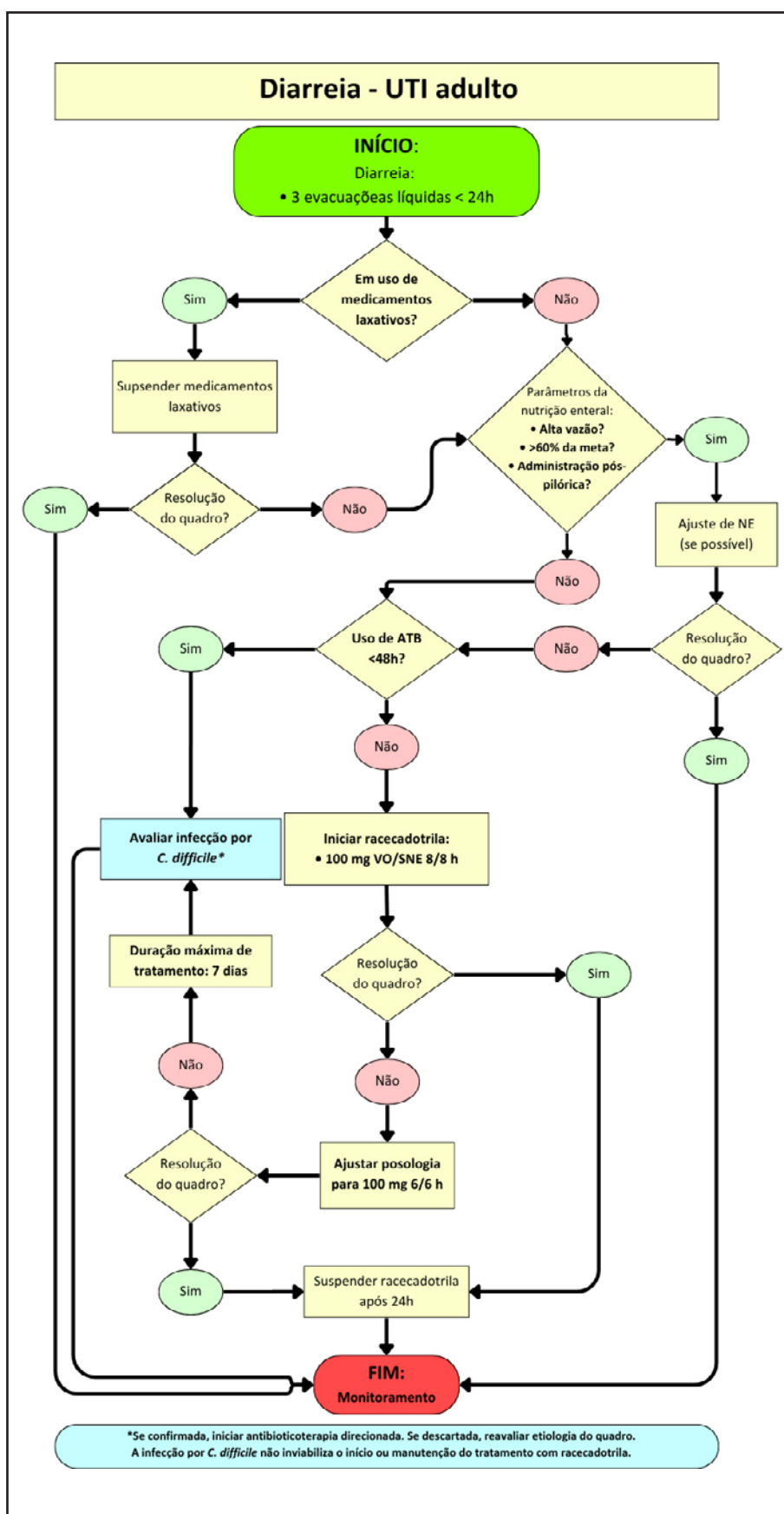


Figura 3 – Fluxograma de manejo da diarreia no paciente crítico adulto.

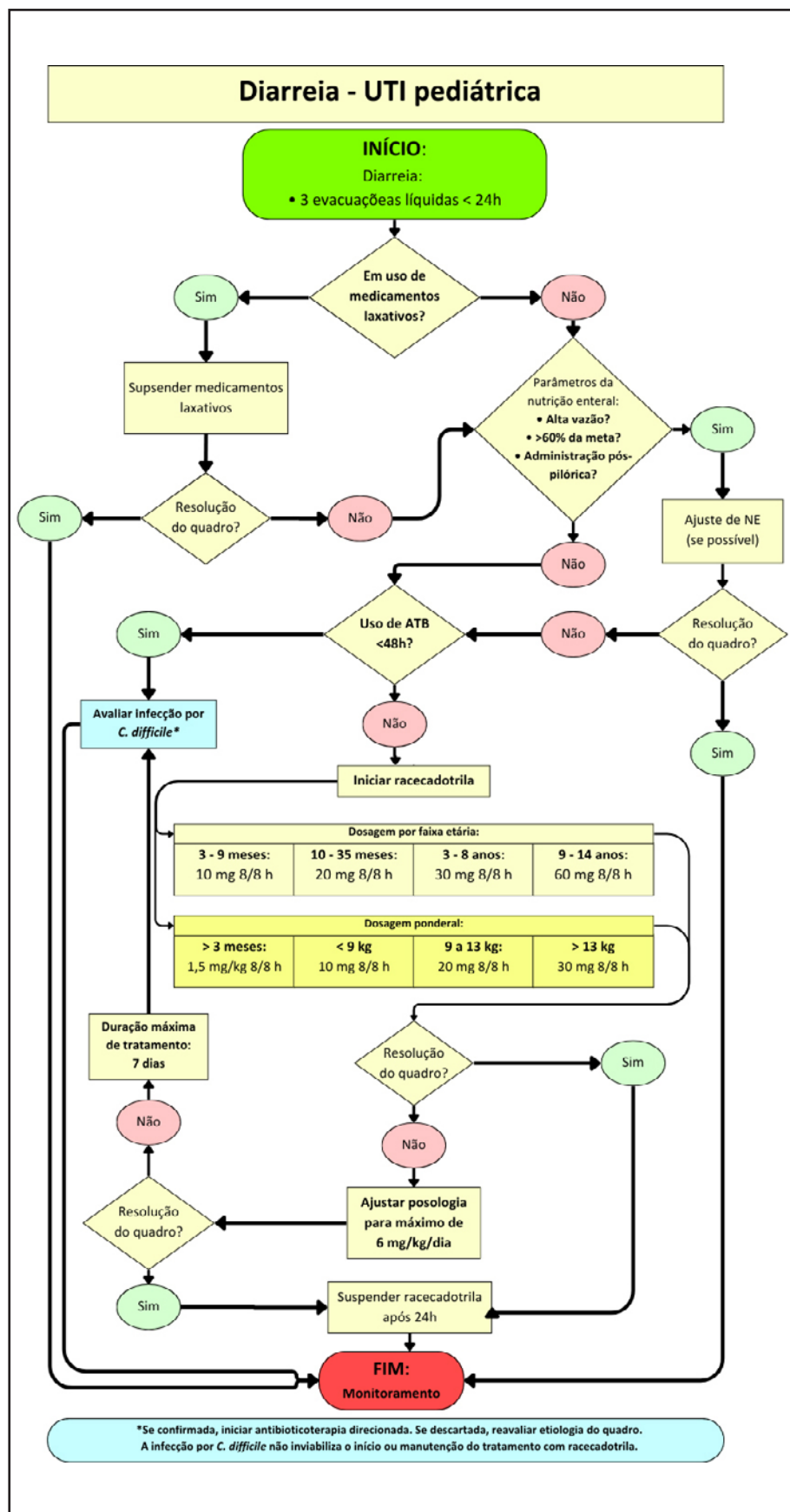


Figura 4 – Fluxograma de manejo da diarreia no paciente crítico pediátrico.

Quanto à seção 8.1. *Condução Preventiva*, o protocolo estabelece que a prevenção da diarreia na UTI é realizada, primariamente, através de boas práticas de higiene na assistência^{1,8}, atentando-se à higienização adequada das mãos, precauções de contato e ao isolamento de pacientes com diarreia de etiologia infecciosa, de forma a evitar a disseminação do agente. Em casos de suspeita ou confirmação de diarreia associada a *C. difficile*, é enfatizada a utilização de água e sabão para a higiene²¹. É, também, ressaltada a *stewardship* adequada de antimicrobianos como medida preventiva. Quanto à dieta enteral, são incluídas observações acerca da vazão, administração intragástrica, uso de formulações enterais com fibras em sua composição e proporção da meta atingida pela via.

Na seção 8.2 *Tratamento Não Farmacológico*, o manejo da diarreia na UTI inclui estratégias para o manejo de um quadro já estabelecido. Medidas iniciais consistem na suspensão de medicamentos laxativos e pro-cinéticos, e utilização de medicamentos antidiarreicos ou anti-túspasmódicos^{1,7,10}. Embora a suspensão da dieta enteral seja uma medida possível^{2,6}, quando esta seja conclusivamente determinada como a causa do quadro, carrega risco de agravo do déficit nutricional do paciente, não tendo sido recomendada no protocolo. A utilização de sonda retal para casos de difícil tratamento é descrita.

Na seção 8.3 *Tratamento Farmacológico*, foi selecionada

a racecadotrila como o medicamento de escolha. As formulações do medicamento disponíveis no Brasil (seção 8.3.1) incluem o comprimido 100 mg e pó para solução de uso oral 10 mg/g e 30 mg/g.

Os esquemas de administração (seção 8.3.2) para as formas de cápsula e pó para solução de uso oral seguiram as orientações descritas em monografia. Para adultos, a posologia inicial do medicamento em forma de cápsula e pó para solução de uso oral foi determinada como 100 mg 8/8h^{20,22}; como a dose total diária pode chegar a 400 mg, a posologia pode ser ajustada para 6/6h caso necessário²⁰. Para pacientes pediátricos, a posologia descrita em monografia segue a Tabela 1 e estabelece que a dose total diária, no paciente pediátrico, não deve exceder a aproximadamente 6 mg/kg²⁰, ressaltando que não há informação disponível sobre a utilização do medicamento em pacientes abaixo de 3 meses de idade, ou neonatos. Foi incluída, adicionalmente, a dosagem ponderal do medicamento, descrita em manual de referência em farmacoterapia pediátrica¹⁴.

Tabela 1 – Posologia da racecadotrila para crianças.

| Idade | 3 – 9 meses | 10 – 35 meses |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| Peso | Menos de 9 kg | 9 a 13 kg |
| Dose | 10 mg a cada 8 horas | 20 mg a cada 8 horas |
| Nº sachês/dose | 1 x 10 mg a cada 8 horas | 2 x 10 mg a cada 8 horas |
| Idade | 3 – 8 anos | 9 – 14 anos |
| Peso | 14 a 27 kg | Mais de 27 kg |
| Dose | 30 mg a cada 8 horas | 60 mg a cada 8 horas |
| Nº sachês/dose | 1 x 30 mg a cada 8 horas | 2 x 30 mg a cada 8 horas |

Fonte: Tiorfan Granulado 10 mg / 30 mg. Bula para profissionais da saúde.

Na seção 8.3.3. *Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção*, o fabricante orienta que a duração do tratamento com racecadotrila não deve exceder 7 dias²⁰. É também descrita interação entre a racecadotrila e medicamentos da classe inibidor da ECA, com risco de incidência ou agravamento de angioedema²⁰, de modo que o protocolo orienta o monitoramento regular de

sinais de angioedema em caso de uso concomitante destes medicamentos, e a suspensão do uso da racecadotrila em caso desenvolvimento do quadro.

Na seção 10. *Monitorização*, o protocolo orienta a monitorização habitual através do registro de evacuações do paciente, atentando-se à frequência e consistência das fezes. A resolução do quadro de diarreia, com ausência de evacuações líquidas em 24 horas, determina a satisfatoriedade do tratamento e permite o seu término. É ressaltado que o medicamento está associado a reações adversas cutâneas de incidência rara e severidade moderada²⁰, normalmente sem necessidade de interrupção do tratamento; porém, a interrupção é necessária em casos de reações graves.

Finalmente, na seção 11. *Acompanhamento Pós-tratamento*, é determinado que uma vez tratado o quadro de diarreia, o acompanhamento consiste no monitoramento regular das evacuações diárias do paciente, além de parâmetros como o balanço hídrico e eletrólitos séricos, diariamente examinados na UTI. Foi concluído que as seções 12. *Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER* e 13. *Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor* não se aplicam ao protocolo. As seções 9. *Benefícios Esperados* e 14. *Referências Bibliográficas* são sintetizadas na seção de conclusões e referências do presente artigo.

DISCUSSÃO

DIAGNÓSTICO

O quadro de diarreia pode ser determinado através de uma variedade de ferramentas. Enquanto a OMS utiliza como parâmetro a ocorrência de 3 ou mais evacuações líquidas por dia^{1,7,8,10}, há experiência na UTI relatada em literatura com as Escalas de Bristol^{1,7,8} e Bliss^{1,7}, e o King's Stool Chart⁵, que estabelecem pontuações através de critérios variáveis de forma, frequência ou volume das evacuações. Há variação na definição da diarreia na UTI quando estimada por diferentes escalas, de modo que a prevalência documentada é também variável, ainda que haja uma certa sobreposição entre os critérios.

A escala de Bristol²⁴ é amplamente difundida. Trata-se de ferramenta clínica para a avaliação qualitativa da evacuação, de modo a permitir uma classificação padronizada de distúrbios do trânsito intestinal como constipação e diarreia. Sendo uma das primeiras escalas a ser desenvolvida para este propósito, o ano

de sua publicação (1997) torna-se um ponto de corte ideal para a pesquisa em literatura, fornecendo uma data a partir da qual tornou-se possível uma classificação sistemática da diarreia em múltiplos contextos, incluindo o nosocomial.

Já para a implementação de um protocolo eficiente, é necessário utilizar uma definição clara, mas também abrangente e facilmente estabelecida da doença. A definição recomendada pela OMS demonstra maior adequação a esses aspectos. A determinação de três evacuações líquidas engloba uma análise qualitativa e quantitativa da evacuação do paciente. Além disso, trata-se de uma avaliação objetiva, evitando a necessidade de escalas e pontuações; permitindo, dessa forma, diagnóstico eficiente e rápido manejo. Esta definição, portanto, satisfaz os critérios diagnósticos para utilização na execução do protocolo.

PREVENÇÃO

Diversos fatores podem desencadear a diarreia no paciente crítico, de modo que a etiologia é comumente considerada como indeterminada. Não obstante, dentre os fatores de risco para o desenvolvimento da diarreia, considera-se como principais responsáveis a infusão de dieta enteral em rápida vazão, a qual acarreta sobrecarga da capacidade absorptiva do intestino^{1,7,8,10,25}; e o tratamento com antibióticos, o qual ocasiona alterações na microbiota intestinal do paciente e, subsequentemente, disbiose^{1,3,7,8,10,25,26}, sendo demonstrado aumento de 16% no risco de incidência de diarreia por cada dia de antibioticoterapia³, e aumento de 65% pela adição de mais um antibiótico ao tratamento³. Outras etiologias incluem o uso de medicamentos procinéticos e laxativos^{3,4,7}, hipoperfusão intestinal e isquemia¹⁰, e infecção por Clostridioides²¹, embora esta seja uma causa rara de diarreia, frequentemente superestimada¹¹.

Considerando-se o uso de antibióticos como fator de risco independente para a diarreia²⁵, é essencial a *stewardship* adequada de antimicrobianos, visando preservar a microbiota endógena do paciente ao evitar tratamentos desnecessariamente longos, de espectro antimicrobiano excessivamente amplos, ou ao realizar o tratamento adequado da diarreia de etiologia infecciosa²¹. O uso de probióticos, embora ocasionalmente empregado em alguns estudos, não demonstra eficácia na prevenção ou tratamento da diarreia¹, não tendo sido incluído no protocolo.

A infusão lenta de dieta enteral (evitando-se vazão >100 mL/h), preferivelmente por administração intragástrica, e o uso de formulações enterais com fibras em sua composição possuem eficácia na prevenção de diarreia associada à dieta^{1,8}. Adicionalmente, a incidência de diarreia é aumentada quando mais de 60% da meta calórica é fornecida por meio da dieta enteral¹⁶. A suspensão da dieta enteral é uma medida possível^{2,6} no manejo da diarreia, embora esta não seja recomendada senão como último recurso, devido ao risco de agravo do déficit nutricional do paciente; a manutenção e otimização da dieta consistem, de fato, em um fator protetivo contra a diarreia, e não agravante desta. A utilização de sonda retal é uma medida realizada em casos de diarreia de difícil controle.

TRATAMENTO

A **racecadotrila** ou **acetorfan** é um medicamento inibidor da encefalinase intestinal. Trata-se de molécula pró-fármaco do fármaco **tiorfan**, seu metabólito ativo¹³. Este atua inibindo a degradação de encefalinas intestinais, peptídeos opioides endógenos com ação inibitória sobre a secreção de água e eletrólitos no lúmen^{15,22}.

Há ampla experiência com o medicamento em diversas populações de pacientes, tendo sido demonstrada eficácia e segurança no tratamento da diarreia em populações adultas¹¹⁻¹³ e pediátricas^{11,14-16}, incluindo pacientes a partir de 3 meses de idade^{11,17}. A seleção do medicamento para o protocolo fundamentou-se em seu melhor perfil de segurança e maior aplicabilidade em quadros diarreicos de etiologias diversas, quando comparado a antidiarreicos alternativos estudados em UTI.

No Brasil, o preço da racecadotrila, determinado por lista publicada pela CMED²⁶, situa-se na faixa de R\$ 17,00 a 47,00, a depender da formulação comercializada e alíquota ICMS aplicada. Tal faixa de valor segue o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), o qual seria aplicado para fornecimento do medicamento a hospitais da SES-DF. Considerando o custo hospitalar acarretado por um quadro de diarreia, demonstrado previamente^{6,10}, uma análise de custo-benefício, a ser realizada por Comissão de Farmácia e Terapêutica, seria capaz de determinar o desfecho financeiro associado ao uso do medicamento, considerando a possibilidade de evitar custos adicionais com nutrição enteral, hidratação, frequência aumentada de

trocas e maior demanda de recursos humanos, bem como custos posteriores acarretados pela incidência de LP, DAI e infecções.

Como um aspecto a ser ressaltado, porém, deve-se considerar que os excipientes utilizados nas formulações dos produtos disponíveis no Brasil podem incluir sacarose¹¹ ou lactose²⁷, de modo que o protocolo orienta cautela na utilização do medicamento em pacientes com intolerância ou sensibilidade conhecida a esses componentes, como nos casos de diabetes melito ou galactosemia.

CONCLUSÃO

Abordando os aspectos discutidos do manejo da diarreia na UTI, incluindo o diagnóstico, prevenção e tratamento, a evidência avaliada permitiu o desenvolvimento de um protocolo de *bowel care*, cumprindo sistematicamente os critérios exigidos pela CPPAS, e seguindo a estrutura do modelo de protocolo fornecido.

Espera-se, com a utilização da racecadotrila para tratamento de diarreia na UTI, controle rápido do quadro, evitando não só desconforto para o

paciente, mas também permitindo melhores desfechos, ao evitar o comprometimento da integridade cutânea, perda de acessos intravenosos, espoliação de nutrientes e eletrólitos, e piora do déficit nutricional do paciente. Ao reduzir a incidência dessas complicações, espera-se que a reabilitação do paciente seja favorecida.

Finalmente, a disponibilidade de opção terapêutica sintomática para a diarreia seria um ponto de apoio para a equipe de enfermagem, permitindo menor frequência de trocas e banhos, dessa forma reduzindo a demanda do paciente e o desgaste da equipe assistencial.

O protocolo elaborado atendeu aos critérios estabelecidos para a CPPAS, tendo sido realizado mediante uma revisão integrativa dupla, permitindo uma sintetização da aplicabilidade da racecadotrila no manejo da diarreia em pacientes críticos, de forma direcionada à prática clínica. Através da evidência exposta, espera-se que o protocolo sirva como ponto de partida para a padronização e utilização da racecadotrila em hospitais da rede pública do Distrito Federal, permitindo melhor abordagem e um manejo otimizado da diarreia em pacientes críticos.

REFERÊNCIAS

1. Dionne JC, Mbuagbaw L. Diarrhea in the critically ill: definitions, epidemiology, risk factors and outcomes. *Current Opinion in Critical Care*. 2023 Feb 22;29(2):138-44.
2. Lordani CRF, Eckert RG, Tozetto AG, Lordani TVA, Duarte PAD. The knowledge of intensive care professionals about diarrhea. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* [Internet]. 2014;26(3). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4188467/pdf/rbti-26-03-0299.pdf>
3. Borges SL, Pinheiro BV, Pace FHL, Chebli JMF. Diarréia nosocomial em unidade de terapia intensiva: incidência e fatores de risco. *Arq Gastroenterol*. 2008;45(2):117-23.
4. Hay T, Bellomo R, Rechnitzer T, See E, Ali Abdelhamid Y, Deane AM. Constipation, diarrhea, and prophylactic laxative bowel regimens in the critically ill: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Critical Care* [Internet]. 2019 Aug 1;52:242-50. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883944118312590?via%3Dihub>
5. Taito S, Kawai Y, Liu K, Ariie T, Tsujimoto Y, Banno M et al. Diarrhea and patient outcomes in the intensive care unit: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Critical Care*. 2019 Oct;53:142-8.
6. Heidegger CP, Graf S, Perneger T, Genton L, Oshima T, Pichard C. The burden of diarrhea in the intensive care unit (ICU-BD). A survey and observational study of the caregivers' opinions and workload. *International Journal of Nursing Studies* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2023 Jan 20];59:163-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222461/>

7. Dionne JC, Mbuagbaw L, Devlin JW, Duprey MS, Cartin-Ceba R, Tsang J et al. Diarrhea during critical illness: a multicenter cohort study. *Intensive Care Medicine*. 2022 Apr 11;48(5):570-9.
8. Reintam Blaser A, Deane AM, Fruhwald S. Diarrhoea in the critically ill. *Curr Opin Crit Care*. 2015;21(2):142-53.
9. Saurusaitis AD, Santiago LC, Augusto A, Carlos R, Schutz V. Diarreia: dermatite associada à incontinência e lesão por pressão. *Journal of Nursing UFPE on line*. 2019 Nov 13;13.
10. Occhiali E, Rodrigues B, Prieur W, Tiarci S, Carmon N, Veber B et al. Reducing diarrhoea in an adult surgical intensive care unit: A quality improvement study. *Nursing in Critical Care*. 2023 Jun 16;29(1):208-18.
11. Marcon AP, Gamba MA, Vianna LAC. Nosocomial diarrhea in the intensive care unit. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*. 2006 Dec;10(6).
12. Tirlapur N, Puthucheary ZA, Cooper JA, Sanders J, Coen PG, Moonesinghe SR et al. Diarrhoea in the critically ill is common, associated with poor outcome and rarely due to *Clostridium difficile*. *Scientific Reports* [Internet]. 2016 Apr 20 [cited 2020 Dec 21];6(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4837391/pdf/srep24691.pdf>
13. Manfredi M, Marcianò G, Iuliano S, Leo F, Gallelli L. Racecadotril in the management of diarrhea: an underestimated therapeutic option? *Therapeutic Advances in Gastroenterology*. 2025 Jan;18.
14. Fischbach W, Andresen V, Eberlin M, Mueck T, Layer P. A Comprehensive Comparison of the Efficacy and Tolerability of Racecadotril with Other Treatments of Acute Diarrhea in Adults. *Frontiers in Medicine*. 2016 Oct 14;3.
15. Lecomte JM. An overview of clinical studies with racecadotril in adults. *International Journal of Antimicrobial Agents*. 2000 Feb;14(1):81-7.
16. Eberlin M, Chen M, Mueck T, Däbritz J. Racecadotril in the treatment of acute diarrhea in children: a systematic, comprehensive review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Pediatrics*. 2018 Apr 3;18(1).
17. Gordon M, Akobeng A. Racecadotril for acute diarrhoea in children: systematic review and meta-analyses. *Archives of Disease in Childhood*. 2015 Dec 29;101(3):234-40.
18. Szajewska H, Ruszczynski M, Chimielewska A, Wieczorek J. Systematic review: racecadotril in the treatment of acute diarrhoea in children. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2007 Jul 20;26(6):807-13.
19. Tormo R, Polanco I, Salazar-Lindo E, Goulet O. Acute infectious diarrhoea in children: new insights in antisecretory treatment with racecadotril. *Acta Paediatrica*. 2008 Aug;97(8):1008-15.
20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Tiorfan: bula para profissionais de saúde [Internet]. Brasília: ANVISA; 2025. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?numeroRegistro=156260002>
21. Adelman MW, Woodworth MH, Shaffer VO, Martin GS, Kraft CS. Critical Care Management of the Patient with *Clostridioides difficile*. *Critical Care Medicine* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2022 Sep 11];49(1):127-39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33156122/>
22. Matheson AJ, Noble S. Racecadotril. *Drugs*. 2000 Apr;59(4):829-35.

23. Gomes R. Blackbook – Pediatria. 5a ed. Belo Horizonte: Black Book Editora; 2019.
24. Lewis SJ, Heaton KW. Stool Form Scale as a Useful Guide to Intestinal Transit Time. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* [Internet]. 1997 Jan;32(9):920-4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9299672/>
25. Thibault R, Graf S, Clerc A, Delieuvain N, Heidegger C, Pichard C. Diarrhoea in the ICU: respective contribution of feeding and antibiotics. *Critical Care*. 2013;17(4):R153.
26. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). [Internet] Preço Máximo de Venda ao Governo. 2025 [citado 2025 Set 16]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmmed/precos>
27. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Avide – bula para profissionais de saúde [Internet]. Bulário Anvisa. 2025 [citado 2025 Fev 5]. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?numeroRegistro=105730476>
28. Oczkowski SJW, Duan EH, Groen A, Warren D, Cook DJ. The Use of Bowel Protocols in Critically Ill Adult Patients. *Critical Care Medicine*. 2017 Jul;45(7):e718-26.





Health
Residencies
Journal (HRJ).
2026;7(33):75-84

Relato de Experiência

DOI:

<https://doi.org/10.51723/hrj.v7i33.800>

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 27/02/2023

Aceito: 27/01/2026

A implementação de equipes Consultório na Rua: um relato de experiência

The implementation of Office in the Street: an experience report

Hugo Fernandes Lemos Pessoa¹ , Alcieros Martins da Paz¹ 

¹ Secretaria de Saúde de Recife.

Correspondência: hugoflpessoa@gmail.com

RESUMO

Objetivo: o presente trabalho tem por objetivo compartilhar a experiência de implementação das equipes Consultório na Rua em Recife/PE. **Método:** trata-se de um relato de experiência, que apresenta a trajetória da implementação de novas equipes de Consultório na Rua e da mudança de modalidade das equipes existentes. **Resultados:** as equipes Consultórios na Rua se constituem como a principal estratégia de cuidado integral para as pessoas em situação de rua. O artigo retrata a chegada dos novos profissionais, aumentando as equipes e as áreas de cobertura, modificando também o processo de trabalho. Temas como o perfil dos trabalhadores, composição da equipe, inserção nas unidades de lotação e Distritos Sanitários foram apresentados e discutidos. Além disso, os desafios como a manutenção da equipe, a existência de um perfil profissional e a qualificação dos profissionais também estiveram presentes. **Conclusão:** a fase da implementação de uma política se configura como um momento crítico para os gestores, onde vulnerabilidades e falhas se tornam mais visíveis. Houve a mudança de duas equipes modalidade I para quatro equipes modalidade III. O trabalho apresentou o processo de implementação, desde a chegada dos profissionais, busca por servidores com perfil na rede, lotação provisória nas equipes existentes, módulo introdutório teórico e inserção nas unidades/distritos. Compartilhamos sobre os desafios de manutenção da equipe frente à política de gratificações do município, a existência de um perfil profissional e a necessidade de qualificação permanente dos trabalhadores.

Palavras-chave: Política de saúde; Gestão em saúde; Serviços de saúde; Consultório na Rua; Pessoas em situação de rua.

ABSTRACT

Objective: this work aims to share the experience of implementing the Office in the Street teams in Recife/PE. **Method:** this is an experience report that presents the trajectory of implementing new the Office in the Street teams and changing the modality of existing teams. **Results:** the Office in the Street teams have become the main strategy for comprehensive care for people experiencing homelessness. The article depicts the arrival of new professionals, the expansion of teams and coverage areas, and modifications in the work process. Topics such as the profile of workers, team composition, integration into units of assignment, and Health Districts were presented and discussed. Additionally, challenges such as team

retention, the existence of a professional profile, and the qualification of professionals were also addressed. **Conclusion:** the implementation phase of a policy is a critical moment for managers, where vulnerabilities and shortcomings become more visible. There was a change from two teams in modality I to four teams in modality III. The work presented the implementation process, from the arrival of professionals, seeking personnel with the required profile within the network, provisional assignment to existing teams, introductory theoretical module, and integration into units/districts. We shared the challenges of maintaining the team in light of the municipality's bonus policy, the existence of a professional profile, and the need for continuous qualification of workers.

Keywords: Health policy; Health management; Health services; Office in the Street; People experiencing homelessness.

INTRODUÇÃO

As equipes Consultórios na Rua (eCR) surgem, como política pública, por meio da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)¹, em 2011^A, classificadas como equipes da Atenção Básica (AB) para populações específicas, no caso, para populações em situação de rua. Apesar da nova nomenclatura e com um novo arranjo, essa política tem origem em duas estratégias anteriores. A primeira foi as equipes Consultório de Rua, eram equipes itinerantes voltadas para o cuidado das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, um programa da área da saúde mental. A outra experiência parte das equipes estratégia Saúde da Família sem domicílio, configuradas como equipes da Atenção Básica voltadas para a população em situação de rua², mas por se configurarem como uma experiência e não uma política, acabaram existindo em poucos municípios do país.

As equipes Consultório na Rua se constituem como a principal estratégia de cuidado integral para as pessoas em situação de rua. São equipes multiprofissionais que podem atuar nas ruas, nas Unidades Básicas em que estão lotadas, em parceria com outros pontos da rede, junto aos Centros de Atenção Psicossocial, a Rede de Urgência/Emergência e de maneira intersectorial, em conjunto principalmente com os equipamentos do Sistema Único de Assistência Social. O caráter itinerante é uma das premissas do trabalho desenvolvido pelas eCR. Seu objetivo é apresentado como “a equipe responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situações de rua”¹, funcionando com os mesmos princípios e diretrizes das demais equipes da Atenção Básica.

Os requisitos de manutenção do financiamento das equipes, apresentados pela PNAB, foram quanto ao cumprimento da carga horária mínima semanal de 30 horas, credenciamento das equipes no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e alimentação dos Sistemas de Informação da Atenção Básica¹, além de apontar que existiriam equipes em diferentes modalidades, apresentadas em portaria específica.

A Portaria nº 122/2012 define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua³. Essa portaria estabelece três tipos de modalidades das equipes, variando de quatro profissionais na Modalidade I até sete profissionais na equipe Modalidade III, incluindo, nessa, um profissional médico. A normativa aponta também que as modalidades das equipes impactam no repasse financeiro realizado pelo Ministério da Saúde, variando os valores conforme a modalidade.

Acrescenta-se também uma característica qualitativa na composição das equipes. Na portaria supracitada havia uma divisão entre profissionais, classificando-os como de nível médio e nível superior, e cada equipe necessitaria, no mínimo, de metade dos componentes de cada nível. Além disso, era apontando para a necessidade de diferenciação dos componentes da equipe, sugerindo que houvesse no máximo dois profissionais da mesma profissão³. Em 2014, por meio da Portaria nº 1.029, amplia-se as categorias profissionais das eCR e se elimina a separação entre níveis de formação, mas ainda se mantém a prioridade de algumas especialidades, são elas: enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional⁴. Em 2021 os cirurgiões dentistas são acrescentados nessa mesma categoria por meio da Portaria nº 1.255⁵.

^A A PNAB foi atualizada em 2017, mas não houve modificações do texto no que se refere aos Consultórios na Rua.

Quanto à quantidade de equipes por município, a Portaria nº 122/2012 apontava que o cálculo seria baseado nos censos populacionais relacionados à população em situação de rua e que o parâmetro seria uma equipe para até 1000 pessoas, com o atendimento de no mínimo 80³. O último e único censo realizado especificamente para essa população, em âmbito nacional, foi em 2009⁶. Diante dessa questão, a referência para quantificar a população passou a ser feita por meio de sistemas de informação oficiais, sendo eles: o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica e o Cadastro Único para Programas Sociais – CadÚnico. Além disso, o denominador para o cálculo do teto máximo de equipes foi alterado, passando a ser 500 (população de rua/500), compreendendo que uma equipe deveria ser referência para no máximo esse novo valor. Com base nesses sistemas e cálculo, por meio da Portaria nº 1.255, de 18 de junho de 2021, o Ministério da Saúde estabelece novo teto máximo de equipes financiadas por município⁵.

Apesar do acréscimo no limite máximo de equipes, Medeiros e Cavalcante⁷ apontam que, após quatro anos da publicação da primeira portaria que estabelecia a quantidade de equipes, apenas 30% das cidades elegíveis aderiram ao equipamento, com 37% do quantitativo de equipes previstas implantadas. As principais razões levantadas pelos gestores para a não implantação, daqueles que não possuíam eCR, foram: o financiamento federal inadequado para o custeio das equipes, alto custo à estrutura organizacional do município e a indisponibilidade de profissionais de saúde para compor as eCR. Dentre fatores facilitadores da implementação do Consultório na Rua, os gestores apontaram a priorização das necessidades da população em situação de rua e a existência de uma rede de cuidados a esse grupo no município.

Nesse sentido, a cidade do Recife/PE apresenta um contexto com a presença dessas últimas características. No atual Plano Estratégico do Recife, a população em situação de rua se faz presente no eixo do desenvolvimento social e no da saúde. No primeiro, o documento versa sobre a ampliação em 50% dos serviços de atendimento desse grupo populacional. Já no Eixo da Saúde, o plano aponta para o fortalecimento da infraestrutura e da capacidade de atendimento, por meio da ampliação da rede e da contratação de profissionais⁸.

Recife contava, até a data de publicação da Portaria nº 1.255, com duas equipes Consultório na Rua modalidade I cadastradas e financiadas junto ao órgão federal. Após a publicação, o município passa a contar com o teto máximo de até 11 equipes⁵.

Combinando o acréscimo do limite máximo de equipes para Recife com os objetivos apresentados pela gestão municipal em relação às pessoas em situação de rua, houve, na Portaria nº 1.522/2021 o credenciamento do município para receber incentivos referentes a quatro equipes⁹. Além disso, todas as equipes passariam a pertencer a modalidade III.

O desafio que se apresentava à coordenação da Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua – PMAISPSR e do Consultório na Rua era relativo então ao processo de implementação das novas equipes e a mudança de modalidade das que já existiam.

Xun Wu e colaboradores apontam que a fase de implementação de uma política pública é o momento no qual o que foi pensado, discutido e elaborado se transforma em ações, ganha forma e entra em vigor. Sendo que essa fase se configura como uma das etapas mais críticas para os gestores públicos, pois será o momento que as vulnerabilidades e falhas nos processos anteriores se tornarão mais visíveis. Trata-se de um processo que tende a ser dinâmico e não linear¹⁰.

O presente trabalho tem por objetivo compartilhar a experiência de implementação das equipes Consultório na Rua na cidade do Recife, apontando a complexidade do processo, os desafios apresentados, os percursos vivenciados e os conhecimentos construídos. Destaca-se que, embora o município contasse com eCR em funcionamento desde 2014, o processo de ampliação do número de equipes, contratação de novos profissionais, modificação de modalidades, inserção em outros territórios, dentre outros, acabou sendo inédito para os atores envolvidos.

Apesar de ter se passado mais de dez anos desde a publicação da primeira normativa sobre os Consultórios na Rua¹, não há trabalhos na literatura que compartilhem sobre o processo de implementação desse equipamento, sendo esse equipamento a principal estratégia para a atenção integral às pessoas em situação de rua. Portanto, o presente estudo pode contribuir com os gestores das políticas de saúde e facilitar a condução desse processo em outros municípios do país, auxiliando na expansão do equipamento.

MÉTODO

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência, que apresenta a trajetória da implementação de novas equipes de Consultório na Rua e da mudança de modalidade das equipes existentes. A inserção dos autores na coordenação da Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua, responsável pelo Consultório na Rua, ocorreu por meio do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Secretaria de Saúde do Recife, cuja gestão da política supracitada constituiu-se como cenário de prática da residência nos meses de abril a julho de 2022. Por se tratar de uma prática profissional, acobertada por contrato de trabalho que regulamenta os cuidados éticos com seres humanos, a instituição não exigia a submissão ao comitê de ética em pesquisa.

Recife foi o local onde se desenvolveu a experiência. A cidade, localizada na Região Nordeste, é a capital do estado de Pernambuco e conta com uma população estimada de 1.661.017 pessoas¹¹. Uma marca da região é a desigualdade social, cujo Nordeste apresentou a maior desigualdade em relação à renda, segundo pesquisa do IBGE¹², enquanto Recife foi apontada como a capital mais desigual do país. Uma das consequências da desigualdade de distribuição de renda, de uma sociedade desigual, é o crescimento da população nas ruas. Além disso, Natalino¹³ aponta que a população em situação de rua teve maior acréscimo nos municípios de grande porte, decorrente da crise econômica, do aumento do desemprego e da pobreza. Segundo o autor há a estimativa de que no Brasil mais de 221 mil pessoas encontram-se nessa condição e a Região Nordeste conta com um quantitativo superior a 38 mil, podendo esse número ser maior devido às consequências da pandemia de covid-19.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) é composta, em sua estrutura organizacional, pelas Secretarias Executivas de Regulação, Média e Alta Complexidade (SERMAC); Atenção Básica (SEAB); Vigilância em Saúde (SEVS); Assuntos Jurídicos (SEAJ); Administração e Finanças (SEAF); Planejamento, Monitoramento e Articulação Distrital (SEPMAD); e Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTEs)¹⁴. A política

na qual o Consultório na Rua está inserido situa-se na Secretaria Executiva da Atenção Básica, mas o processo de implementação dependeu da articulação com outras secretarias.

A implantação de novas equipes iniciou-se a partir da articulação e solicitação de credenciamento junto ao Ministério da Saúde. Em 6 de julho de 2021, o órgão publica a Portaria nº 1.522, credenciando municípios a receberem incentivos para equipes Consultório na Rua, Recife estava autorizado a ampliar suas equipes, de duas para quatro⁹. Após o parecer favorável, a coordenação da PMAISPSR prossegue com as articulações e pactuações a nível SEAB/SESAU para a implantação das equipes.

Além da organização por secretarias, no âmbito da saúde, a cidade Recife está organizada por Distritos Sanitários (DS), dividindo, assim, parte da organização político-administrativa do município em oito Distritos Sanitários. Os DS I e VI foram os primeiros a receber eCR, em 2014. O DS I corresponde a área central da cidade e apesar de possuir a menor população residente, 5,1%¹⁴, conta com a maior concentração de pessoas em situação de rua, decorrente das oportunidades de renda, locais para pernoite, pontos turísticos, dentre outros. O DS VI possui o segundo maior quantitativo desse grupo em decorrência do comércio nas praias, proximidade ao aeroporto, acesso ao comércio de drogas e pontos para dormir.

Através de estudo realizado pela Secretaria de Desenvolvimento Social, Juventude, Políticas sobre Drogas e Direitos Humanos, houve a contagem e dimensionamento da população em situação de rua em cada Distrito Sanitário. A partir desse quantitativo estabeleceu-se quais distritos receberiam as novas equipes, tomando esse território como o de abrangência para a atuação das eCR. Assim, além dos DS I e VI, os territórios do IV e do V seriam os que receberiam as novas equipes.

Além da implantação de novas equipes, havia também a modificação das modalidades das equipes existentes. As equipes passariam de modalidade I para modalidade III, e como as portarias não definem estritamente o formato da equipe, foi definido que o desenho padrão das equipes do município seria: assistente social, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente social, em regime de trabalho de 30 horas semanais, e cirurgião dentista, psicólogo e médico, em regime de 40 horas semanais. No dia 29 de março de 2022, ocor-

reu a nomeação de 21 profissionais para comporem as eCR, dos quais cerca de 75% assumiram o cargo.

Concomitante ao processo relativo à contratação dos trabalhadores do Consultório na Rua, houve a estruturação de um Plano Operativo para planejamento e organização da implementação como um todo. Nele havia objetivos relativos à: composição das equipes, execução de módulo introdutório de formação, inserção das equipes nas respectivas unidades de saúde e Distritos Sanitários, solicitação e acompanhamento dos veículos de transporte, aquisição de fardamento e de equipamentos/insumos para o trabalho.

Na composição da equipe tínhamos, para além da convocação dos profissionais, o objetivo de buscar outros profissionais na rede de saúde do município que teriam aproximação e interesse em compor as equipes, buscando a permuta e incorporação deles nas equipes, visando pessoas com perfil de trabalho voltado para o grupo das pessoas em situação de rua. Além disso, à medida que os profissionais se apresentavam à coordenação da política, eram direcionados a realizar o curso de qualificação sobre População em Situação de Rua no UNA-SUS^B e temporariamente lotados nas duas eCR existentes, para se aproximarem da população e conhecerem o processo de trabalho, mesmo sendo em territórios distintos dos que atuavam.

Após a chegada da maior parte dos profissionais, realizamos um módulo introdutório teórico sobre o cuidado à população em situação de rua e o Consultório na Rua. Esse módulo teve duração de uma semana, com temas envolvendo a atenção ao usuário, processo de trabalho das eCR, sistema de informação (eSUS), atribuições da equipe e por núcleo profissional, Redução de Danos e rede intersetorial. Relativo ao processo de trabalho, dialogamos sobre o enfoque em três objetivos básicos da atuação: a atenção aos usuários, o matriciamento de outros profissionais/unidades e a educação em saúde. Após esse momento, já com os profissionais inseridos no território, percebemos que ainda existiam lacunas importantes sobre o foco e o objetivo da atuação das equipes nos territórios, decorrentes da estruturação do processo de trabalho e da própria base da política do Consultório na Rua¹⁻³.

Quanto à inserção dos profissionais nas unidades de saúde e Distritos Sanitários, havia a estratégia

de que a inserção das equipes fosse em Unidades de Saúde da Família, assim, compartilhando o mesmo espaço com outras equipes, apostando na proximidade e interlocução entre os profissionais e saberes, além de ampliar a justificativa para a equiparação das gratificações das eCR com as equipes Saúde da Família – eSF.

Apesar de comporem o mesmo município, as realidades de cada DS e de cada unidade de saúde são bastante distintas. Em alguns locais a inserção foi facilitada e demonstrava-se o interesse dos gestores desses espaços para que a mesma ocorresse, em outros houve problemas, seja decorrente da comunicação entre coordenação da política e gestores locais, da dinâmica da própria unidade ou do Distrito, causando atrasos e dificuldades na inserção dos profissionais.

Em relação aos veículos os principais enfoques eram relacionados à contratação das quatro vans, uma por equipe, e fornecimento de veículos enquanto o processo de contratação não estivesse concluído. Os fardamentos foram solicitados, conforme Manual de Identidade Visual do Consultório na Rua¹⁵, e inseridos em processo de licitação lançado pelo município. Outros componentes, como materiais e insumos, foram solicitados juntos da SEAF.

Como abordado anteriormente, a Política Nacional da Atenção Básica estabelece que as equipes de Consultório na Rua devem cumprir uma carga horária mínima de 30 horas semanais, podendo ocorrer no período diurno ou noturno, a depender das demandas da população em situação de rua¹. Chamamos de desenho da equipe a escolha do município quanto à conformação da equipe, enquanto categorias profissionais que a compõe, bem como a jornada de trabalho de cada profissional.

Sendo assim, sobre o desenho da equipe, alertamos para aspectos que devem ser conhecidos, debatidos e pactuados na implantação das equipes Consultório na Rua. Primeiramente, a carga horária dos trabalhadores da saúde pode variar de acordo com as legislações vigentes e com o que for estabelecido e contratado pela gestão. Algumas profissões como, serviço social e a terapia ocupacional, possuem a limitação da jornada de trabalho, estabelecida em até 30 horas semanais, já outras profissões não possuem legislações específicas nesse sentido, podendo se estender

^B A Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde é uma plataforma que oferece capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde, com cursos na modalidade de educação à distância.

até as 40 horas. Segundo as portarias vigentes¹⁹, as eCR devem realizar, no mínimo, 30 horas semanais por profissional, a exceção dos médicos que podem ser combinados de dois profissionais com 20 horas cada. A cidade do Rio de Janeiro apresentou um documento que aponta para a opção por uma equipe com todos os profissionais em regime de 40 horas, a exceção dos assistentes sociais¹⁶.

Na prática, uma equipe com a carga horária diferente entre seus componentes impacta na sua organização do trabalho. O estabelecimento de uma agenda comum entre os profissionais das eCR pode se tornar uma tarefa complexa diante de diferentes jornadas de trabalho de seus membros, afetando o trabalho integral e multiprofissional. Em nossa experiência, as únicas exigências de agenda foram quanto a um turno comum reservado à reunião semanal de equipe e, a princípio, um período noturno por semana. A outra questão que os gestores devem estar atentos, quanto à composição da equipe, é a de interdependência entre profissões, como o trabalho do cirurgião dentista que depende obrigatoriamente, na parte clínica, do técnico ou auxiliar de saúde bucal, assim como alguns procedimentos realizados pelos técnicos de enfermagem que devem ser supervisionados pelos enfermeiros.

Em relação à lotação dos profissionais no Consultório na Rua, algumas questões se apresentaram. No momento de mudança de modalidade e da chegada de novos profissionais para comporem as equipes do município a opção da gestão foi a da criação de novos cargos e da nomeação dos aprovados em concurso público realizado anteriormente. O concurso não era direcionado especificamente para o Consultório na Rua, sendo um processo seletivo generalista e, ao serem convocados, alguns profissionais tiveram resistência quanto ao trabalho e ao atendimento da população em situação de rua.

Acreditamos que há pelo menos duas questões envolvidas numa “resistência” em trabalhar nas eCR. Existe uma complexidade ao lidar com a vulnerabilidade e a pobreza extrema, não se configurando como um trabalho simples, muitas vezes gerador de angústias e sofrimentos, não decorrentes apenas das condições concretas dessa população, mas das fragilidades presentes nos serviços, que são mobilizadas e escancaradas por esse público¹⁷. No estudo de Medeiros e Cavalcante (2018), uma das razões apontadas pelos gestores municipais para não adesão ao Consultório

na Rua foi a indisponibilidade de profissionais para compor as equipes⁷.

Pela experiência percebemos que há uma espécie de perfil do profissional que assume o cuidado desses usuários, contudo, há carência de estudos que discutem o perfil profissional e a formação daqueles que atuam nesse campo¹⁸⁻¹⁹. Um estudo com trabalhadores do Consultório na Rua traz como indispensável a existência de um perfil profissional que se conecta com o trabalho na rua, não como uma necessidade *a priori*, mas com uma disponibilidade de estar nesse trabalho²⁰. Apesar de surgir como uma questão, poucos foram os trabalhadores lotados nas eCR que tiveram esse tipo de objeção, a de trabalhar com essa população.

Outro ponto, mencionado de forma mais frequente entre os novos servidores, foi a insegurança em relação à atuação e sua formação. A formação de profissionais da saúde para o SUS tem sido um ponto crítico desde a implantação do Sistema e devemos refletir sobre a necessidade qualificar e reorientar a formação para a superação da perspectiva historicamente centrada no modelo biomédico. Quanto mais qualificada uma eCR está, com apropriação de conhecimentos, ferramentas e organização do processo de trabalho, maior as chances de que ela se mantenha coesa e sustentável.

Quanto ao cuidado da população em situação de rua, ele passa a se configurar como um campo específico, atravessado por questões que se apresentam de forma mais comum, como: doenças crônicas, abuso de substâncias e suas consequências, tuberculose, Infecções Sexualmente Transmissíveis, transtornos mentais, feridas, dentre outras². Deslocando da saúde, mas ainda em relação a ela, temos a necessidade de conhecimento das redes intersetoriais, de direitos humanos, da violência, dentre outros, a nível de conhecimento, existindo outras competências necessárias para o trabalho¹⁸.

Pensando na qualificação dos profissionais do Consultório na Rua, elaboramos um módulo introdutório para iniciar as discussões sobre o campo do cuidado às pessoas em situação de rua. Esse evento também tinha por objetivo discutir o processo de trabalho do Consultório na Rua. O termo processo de trabalho envolve tanto o modo como se desenvolvem as atividades dos profissionais da saúde, quanto as finalidades ou objetivos que se pretende alcançar com o trabalho. Como apresentado anteriormente, os

documentos que versam sobre a atuação do Consultório na Rua apontam para o objetivo da garantia de acesso da população em situação de rua aos serviços da rede de saúde, sendo a equipe um elo de conexão, um facilitador, entre a rua e a saúde^{1,2,5}.

Machado traz que a proposta do acesso como objetivo do trabalho das eCR deve advir do histórico da constituição das equipes e da política, que possui raízes na migração dos Consultórios de Rua (Saúde Mental) para os Consultórios na Rua (equipes da Atenção Básica)¹⁹. Ao estabelecer apenas o acesso como objetivo central da política, esta estaria em contradição com os princípios da Atenção Básica, que envolvem a atenção integral, como o cuidado, a promoção e manutenção da saúde, a prevenção, a cura, a reabilitação, a redução de danos, através das diretrizes compostas pela: territorialidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, resolutividade, dentre outros¹.

Além disso, o autor aponta que é incipiente a discussão sobre o processo de trabalho das eCR no Brasil¹⁹. Em outra pesquisa, os achados apresentam que as questões clínicas foram as atribuições mais valorizadas pelos profissionais e a organização do trabalho foi considerada uma das competências menos relevantes¹⁸. Isso expõe o abandono das discussões sobre processo de trabalho que envolve tanto o campo prático, como o das pesquisas científicas¹⁹.

Em nossa experiência, ao estabelecermos junto às equipes os objetivos da atuação como a atenção aos usuários, o matriciamento e a educação em saúde, de forma abrangente, percebemos permanecer uma certa fragilidade na atuação e na organização dos profissionais nos territórios, demonstrando que caminhamos pouco, no módulo introdutório, no sentido de construir diretrizes objetivas para a atuação das eCR, acrescido a isso a ausência de parâmetros para nortear e avaliar o trabalho delas.

Em se tratando de um trabalho complexo, que envolve ambientes distintos como a rua, a Unidade de Saúde, a rede intra e intersectorial, acrescido das demandas que requerem o trabalho em grupo, multi e interprofissional, se faz necessário estabelecer discussões e parâmetros sobre o processo de trabalho, sua organização, seu objetivo, superando o enfoque estrito ao componente do cuidado e ao imprevisto imediato. A equipe Consultório na Rua não é uma ilha capaz de responder e resolver todas as demandas, nem é tão imprevisível seu trabalho a ponto de ser impossível estabelecer encon-

tros sistematizados com outros atores que participam do cuidado e que necessitam de articulação permanente com as eCR. É preciso criar espaços de discussões e reflexões sobre essa problemática.

Versando sobre a relação com outros atores, um ponto importante a ser articulado é a inserção das eCR nas Unidades de Saúde. A relação que se estabelece com outras equipes que compartilham o mesmo espaço, com a gerência da unidade, com as referências distritais, como no caso de Recife, é ponto-chave na dinâmica das equipes de Consultório na Rua. Essa relação vai impactar no compartilhamento e corresponsabilização dos usuários do território, nesse sentido, Manchini aponta que, em algumas unidades de saúde, a ausência de cooperação começava desde a recepção e persistia até a gerência, incluindo a exclusão das eCR das reuniões gerais da unidade²¹.

Geralmente, a crítica que se faz quanto ao compartilhamento/corresponsabilização de usuários em situação de rua é referente ao fato de a equipe de Consultório na Rua compartilhar os "seus" usuários com a eSF e a eSF não compartilhar o seus com esta, por não se caracterizarem pessoas em situação de rua. Ocorre que, frequentemente, as eCR são referência para territórios amplos, em diversos momentos equivalentes ao tamanho de cidades, ao mesmo tempo que possui uma equipe mais complexa e completa que as eSF (levando por base a modalidade III). Todavia é importante dialogar e pactuar sobre como as equipes podem contribuir no cotidiano da unidade de saúde, existindo processos que devem ser compartilhados com todos, levando em consideração que o desenvolvimento dessas atividades não deve comprometer o objetivo das eCR de existir, ou seja, o trabalho junto à população em situação de rua²¹.

Em nossa experiência, como citado acima, tivemos interlocuções diversas em relação ao diálogo com os Distritos Sanitários e com as unidades de saúde. Em um único caso, a unidade que já vinha sendo base da equipe permaneceu a mesma, ainda sim houve a necessidade de pactuar sobre a participação dos profissionais da eCR nas demandas da unidade. Noutras, a inserção da equipe foi tida como um ganho para o território, com a expectativa de que a atuação do Consultório na Rua pudesse ser ampliada e alcançar áreas descobertas (que não possuem unidade de referência), atendendo a uma população que se encontra pouco assistida. Já em outras o contato se fez difícil, com

reuniões canceladas e aparentando existir barreiras, tanto entre coordenação da política e unidade de saúde, quanto coordenação e Distrito Sanitário.

Apesar de diferentes respostas dentre esses atores, uma preocupação se mostrava comum, era relativa ao controle da presença dos profissionais no trabalho. Hoje no município o controle da frequência dos profissionais é realizado pela assinatura da folha de ponto, o gerente da unidade ou um profissional do Distrito chamado Coordenador de Área ficam encarregados do acompanhamento da presença. A questão é como acompanhar uma equipe que realiza um trabalho itinerante e que frequentemente não está na unidade de saúde. Algumas estratégias foram pensadas, como o acompanhamento da agenda semanal via compartilhamento na internet, mas até a finalização do período do presente trabalho isso não estava acordado.

Por fim, outra importante questão que se apresentou no processo de implementação das equipes, relacionada com a manutenção dos profissionais nas eCR, foi quanto à política de gratificações do município. O Consultório na Rua vinha de uma composição formada por agentes sociais, assistentes sociais, psicólogas e posteriormente por enfermeiras, profissões que, à exceção da última, não estão previstas nas equipes mínimas da eSF. Como resultado das negociações e conquistas dos trabalhadores de saúde do município houve a implantação de gratificações, com os valores a depender do local de sua lotação. A gratificação das eCR ficou equiparada às equipes Nasf (Núcleo Ampliado de Saúde da Família), por apresentar as categorias de serviço social e psicologia. Ao ingressar novas categorias nas equipes Consultório na Rua, como médicos, odontólogos e técnicos de enfermagem, precisou-se negociar as gratificações junto a SEGTES, já que não havia previsão da gratificação para esses profissionais e mesmo que se equiparasse com os valores recebidos pelos profissionais do Nasf haveria uma diferença significativa em relação aos servidores lotados nas unidades de Saúde da Família. A ausência dessas gratificações fez com que alguns profissionais, assim que ingressaram nas eCR, requeressem mobilidade para outros pontos da rede, principalmente as cirurgiãs-dentistas, dificultando a composição da equipe na modalidade III. Ademais, a persistência do problema pode causar alta rotatividade na equipe, prejudicando a qualificação do trabalho, o trabalho em equipe e o vínculo da equipe com o território.

CONCLUSÕES

No presente trabalho buscamos compartilhar a experiência de implementação das equipes Consultório na Rua no município do Recife, ampliando e modificando as modalidades das equipes. Em termos objetivos, Recife passa de duas equipes modalidade I para quatro equipes modalidade III.

Isso equivale a sair de um quantitativo de oito profissionais, de três categorias diferentes, cobrindo dois Distritos Sanitários, para um número de 28 profissionais em sete categorias distintas, cobrindo quatro dos oito Distritos Sanitários. Ao se aumentar o rol de profissionais nas equipes, aumenta-se também capacidade de atender maiores complexidades e assim produzir maior resolutividade. Além disso, áreas como as do DS IV e V, anteriormente sem equipes, passam a contar com esse equipamento que se configura como a principal estratégia de cuidado integral à saúde das populações em situação de rua. Ao término do período do trabalho, julho de 2022, ainda faltavam quatro profissionais ingressarem nas equipes, devido aos que não assumiram o concurso, não configurando todas as equipes como modalidade III e não recebendo o financiamento correspondente ao máximo possível.

Procuramos apresentar aqui o percurso traçado no processo de implementação, desde a chegada dos profissionais, busca por servidores com perfil na rede, lotação provisória nas equipes existentes, módulo introdutório teórico e inserção nas unidades/distritos. Ademais, compartilhamos sobre os desafios de manutenção da equipe frente à política de gratificações do município, a existência de um perfil profissional e a necessidade de qualificação permanente dos trabalhadores.

Alguns processos, como a composição da equipe e a relação com os Distritos Sanitários e unidades de lotação, ficaram mais evidentes após a chegada dos profissionais. A ausência dos técnicos ou auxiliares de saúde bucal foi apresentada pelos odontólogos e sua inserção requisitada. As cargas horárias diferentes e a dificuldade de se estabelecer uma agenda comum foi tema de reuniões do equipamento.

Por essas diversas características e complexidades, apontamos que o processo de implementação de uma política como o Consultório na Rua apresenta detalhes e minúcias que, se não forem contempladas, podem impactar de imediato o seu funcionamento. A ausência de condições que favoreçam a manutenção

dos profissionais na equipe afeta a própria equipe e o trabalho realizado, impactando, principalmente, na qualidade do trabalho prestado a uma população que se encontra numa vulnerabilidade extrema, além disso, afeta também o repasse financeiro recebido pelo município.

O trabalho buscou, além de apontar sobre a organização da política e a implementação, discorrer sobre a necessidade existente da inserção das discussões sobre organização do processo de trabalho no cotidiano das equipes. O Consultório na Rua atua em um campo que se não houver planejamento das ações ocorre uma sobreposição das demandas que surgem no decorrer da atuação.

Por fim, devemos registrar que o presente trabalho representa um recorte, a partir da perspectiva dos autores, de apenas uma realidade, podendo conter uma interpretação enviesada por se tratar de sujeitos que vivenciaram e relataram sob sua ótica. Outros trabalhos, de realidades e metodologias diversas, poderiam trazer novas contribuições para a temática, tanto sobre a implementação do Consultório na Rua, quanto sobre o perfil profissional do trabalhador que atua na área, formas de qualificação desses profissionais e, a nível de política pública, uma revisão do que existe.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 2011 Out 24 [acesso em 2022 Nov 11]. Seção 1, 48-55. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
2. Ministério da Saúde (BR). Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2012. 99 p.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União. 2012 Jan 26 [acesso em 2022 Nov 11]. Seção 1. 46-47. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.029, de 20 de maio de 2014. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2014 Mai 20 [acesso em 2022 Nov 11]. Seção 1. 55. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1029_20_05_2014.html
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.255, de 18 de junho de 2021. Dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua, por município e Distrito Federal, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 2021 Jun 18 [acesso em 2022 Nov 11]. Seção 1. 91. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1255_21_06_2021.html
6. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Rua: aprendendo a contar – Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua [Internet]. Brasília: Brasil; 2009 [acesso em 2022 Nov 11]. 240 p. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf
7. Medeiros CRS, Cavalcante P. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua – Consultório na rua: barreiras e facilitadores [Internet]. Saúde Soc. 2018 [acesso em 2022 Nov 11]; 27(3): 754-68. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170946>
8. Prefeitura da Cidade do Recife. Rota do Futuro: as pessoas no centro de tudo – Plano Estratégico do Recife 2021-2024. Recife; 2021. 218 p.

9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.522, de 6 de julho de 2021. Credencia municípios a receberem incentivos financeiros federais de custeio referente às equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União. 2021 Jul 8 [acesso em 2022 Nov 11]. Seção 1. 126. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.522-de-6-de-julho-de-2021-330711981>
10. Wu X, Ramesh M, Howlett M, Fritzen S. Guia de Políticas Públicas: gerenciando processos. 1. ed. Brasília: ENAP; 2014. 160 p.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada de Recife [Internet]. Brasil: IBGE; 2017 [acesso em 2022 Ago 04]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2020. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. 151 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101760.pdf>
13. Natalino M. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020) [Internet]. Ipea. 2020 [acesso em 2022 Nov 11].; (73): 2-20. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10074>
14. Prefeitura da Cidade do Recife. Plano Municipal de Saúde 2018-2021 [Internet]. Recife. 2018 [acesso em 2022 Nov 11]. 98 p. Disponível em: https://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2018_2021_vf.pdf
15. Ministério da Saúde (BR). Manual de Identidade Visual: Consultório na Rua [Internet]. 1. ed. 2012 [acesso em 2022 Nov 11]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTI3OA==>
16. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Diretrizes norteadoras das equipes de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; Secretaria Municipal de Saúde. 2016 [acesso em 2022 Nov 11]. 25 p. Disponível em: https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/POPULACAO_RUA/diretrizes_cnar_2016.pdf
17. Engstrom EM, Lacerda A, Belmonte P, Teixeira MB. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida [Internet]. Saúde debate. 2019 [acesso em 2022 Nov 11]; 43(7): 50-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S704>
18. Machado MPM, Rabello ET. Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua [Internet]. Physis (Rio J.). 2018 [acesso em 2022 Nov 11]; 28(4): 1-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280413>
19. Machado MPM. As práticas do Consultório na Rua: perspectivas para o monitoramento e avaliação do campo [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2021. 261 p.
20. Koopmans FF, Daher DV, Faria MGA, Paula HC, Cursino EG. Habitus no cuidado à população de rua: um estudo etnográfico [Internet]. Online braz. j. nurs. 2018 [acesso em 2022 Nov 11]; 17(4). Disponível em: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20186277>
21. Manchini VLM. O processo de trabalho no cuidado em saúde às pessoas em situação de rua no município de São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2018. 110 p.

