



Temas em  
**Saúde**

**VOLUME 19**

**NÚMERO 3**

ISSN: 2447-2131

João Pessoa, 2019

# Temas em Saúde

## Conselho científico

Dra. Ana Escoval  
ENSP - Universidade Nova de  
Lisboa – Portugal

Dra. Ana Luíza Stiebler Vieira  
ENSP - Rio de Janeiro – RJ

Dra. Ana Tereza Medeiros  
Cavalcanti da Silva  
UFPB - João Pessoa – PB

Dra. Angela Arruda  
UFRJ - Rio de Janeiro – RJ

Dra. Antonia Oliveira Silva  
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. César Cavalcanti da Silva  
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. David Lopes Neto  
UFAM - Manaus – AM

Fernanda Shizue Nishida  
UNICESUMAR - Maringá - PR

Dra. Francisca Bezerra de  
Oliveira  
UFCG - Cajazeiras – PB

Dra. Inácia Sátiro Xavier de  
França  
UEPB - Campina Grande – PB

Dra. Inez Sampaio Nery  
UFPI - Teresina – PI

Dra. Iolanda Beserra da  
Costa Santos  
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. Jorge Correia Jesuino  
ISCTE - Lisboa – Portugal

Dr. Jorge Luiz Silva Araújo  
Filho  
FIP - Patos – PB

Dra. Josinete Vieira Pereira  
FIP - Patos - PB

Dra. Lélia Maria Madeira  
UFMG - Belo Horizonte -  
MG

Dr. Luciano Augusto de  
Araújo Ribeiro  
FSM - Cajazeiras - PB

Dr. Luiz Fernando Rangel  
Tura  
UFRJ - Rio de Janeiro - RJ

Dra. Malba Gean Rodrigues  
de Amorim  
FIP - Patos - PB

Dra. Maria do Socorro Costa  
Feitosa Alves  
UFRN - Natal - RN

Dr. Maria do Socorro Vieira  
Pereira  
FIP - Patos - PB

Dra. Maria Eliete Batista Moura  
UFPI - Teresina - PI

Dra. Maria Emília R. de Miranda  
Henriques  
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Maria Iracema Tabosa da  
Silva  
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Marta Miriam Lopes  
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Raimunda Medeiros  
Germano  
UFRN - Natal – RN

Dra. Sammia Anacleto de  
Albuquerque Pinheiro  
FIP - Patos– PB

Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos  
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Solange Fátima Geraldo da  
Costa  
UFPB - João Pessoa - PB

## Editor-chefe

Dr. Carlos Bezerra de Lima  
FAST - Nazaré da Mata -  
PE

## Comissão editorial

Carlos B. de Lima  
Júnior  
Ana Karla B. da Silva  
Lima

## Contatos

[www.temasemsaude.com](http://www.temasemsaude.com)  
[contato@temasemsaude.com](mailto:contato@temasemsaude.com)



# Temas em Saúde

## Índice

### 1 AÇÕES EDUCACIONAIS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO REALIZADAS PELOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA 7

*Caroline dos Anjos Aguiar, Neusa Vanessa Medeiros Silva, Sirlaine de Pinho, Wanessa Casteluber Lopes, Lucinéia de Pinho*

### 2 A RELAÇÃO DE SUICÍDIO E TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BODERLINE: UMA REVISÃO DE LITERATURA 21

*Mauricélia Moreira de Abrantes Cartaxo, Maura Vanessa Silva Sobreira, Eronyce Rayka Oliveira Carvalho, Emanuel Costa de Melo, Ana Amélia da Fonseca Pinheiro de Sá, Rosângela Guimarães de Oliveira*

### 3 ASPECTOS DAS PUBLICAÇÕES SOBRE SÍFILIS GESTACIONAL QUE CONTRIBUEM PARA A ASSITÊNCIA DE ENFERMAGEM 31

*Luzia Maria Santos da Silva, Renata Santos Carvalho, Kalyane Souza Amarant, Flávia Eunice Gonsalves Santos, Edil Bezerra Santos, Maria Mirtes da Nóbrega*

### 4 REANIME: UM SISTEMA ESPECIALISTA FUZZY BASEADO EM REALIDADE VIRTUAL PARA AVALIAÇÃO DE TREINAM. DE REANIMAÇÃO NEONATAL 46

*Ana Carolina Costa de Oliveira, Sérgio Ribeiro dos Santos, João Agnaldo do Nascimento, Juliana Sousa Soares Araújo, Iracema Filgueira Leite, Suderlan Sabino Leandro*

### 5 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E DIETÉTICA DE PRÉ-ESCOLARES DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO 74

*Miriam Gonçalves de Souza, Rubia Rafaela Ribeiro das Flores, Josiane Pinto da Silva, Jousiane Alves Martins, Letícia Josyane Ferreira Soares, Luana Lemos Leão, Patrícia Dawylla de Freitas Soares, Maria Cecília Nascimento Arcanjo, Suzy Alice de Souza, Paula Karoline Soares Farias*



# Temas em Saúde

## **6** CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE HOMENS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE **86**

*Francisco Geysen Fontenele Albuquerque, Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias*

## **7** CENÁRIO DE INFECÇÃO POR HPV EM MULHERES: ESTUDO EM PRONTUÁRIOS NO PERÍODO DE 1998 - 2017 NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE **101**

*Lucélia da Silva Souza, Ana Paula Dantas da Silva Paulo, José da Silva Tavares, Alexandre Policarpo da Silva*

## **8** CIÊNCIA, TECNOL. E SOCIEDE NO COMBATE AO CÂNCER DE MAMA **118**

*Áurea Machado de Aragão, Antônio Martins de Oliveira Júnior*

## **9** CONCEPÇÕES DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A NOVA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB) **135**

*Maura Vanessa Silva Sobreira, Mayara Dias de Souza, Maria Thereza da Silva Gonçalves, Esthéfanny Jorge Ribeiro, Francisco Andesson Bezerra da Silva*

## **10** CONDUTA DO DEPENDENTE DO ÁLCOOL: ANTES E DEPOIS DE FREQUENTAR O GRUPO DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS **147**

*Shirley Patriota de Jesus, Tarciana Sampaio Costa, Elzenir Pereira de Oliveira Almeida, Débora Najda de Medeiros Viana, Francisca Elidivânia de Farias Camboim, Daniele Patriota de Araújo*

## **11** CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DA SAÚDE ACERCA DA POLITICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL À POPULAÇÃO LGBT E SUA ABORDAGEM CLINICA COMO FUTUROS PROFISSIONAIS **178**

*José da Silva Tavares, Aristeia Candeia de Melo, Sheila da Costa Rodrigues silva, Ana Paula Dantas da Silva Paulo*

## **12** DESENVOLVIMENTO E ANÁLISE SENSORIAL DE DIFERENTES TIPOS DE NUGGETS VEGETARIANOS **198**



# Temas em Saúde

*Raianna Santos Almeida, Rayssa Antunes de Oliveira, Suzy Alice de Souza, Francielly Soares Oliveira, Abgair Duarte Matias, Luana Lemos Leão, Aline Lopes Nascimento, Letícia Josyane Ferreira Soares, Josiane Pinto da Silva, Raíssa Pereira Barbosa, Paula Karoline Soares Farias*

## **13** DESMAME PRECOCE: PRINCIPAIS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS PARA O BEBÊ E PARA A MÃE, UMA REVISÃO LITERÁRIA **214**

*Lorena de Melo Almeida, Alcione Pereira da Costa, Flavia Eunice Gonsalves dos Santos, Paloma Keila de Medeiros, Silvia Ximenes Oliveira, Maria Mirtes da Nóbrega*

## **14** A DISCROMATOPSIA: APLICAÇÃO DO TESTE DE ISHIHARA EM UMA ESCOLA LOCALIZADA NO MUNICÍPIO DE NATIVIDADE-RJ **229**

*Lucas Capita Quarto, Fábio Luiz Fully Teixeira, Eliana Crispim França Luquetti, Sonia Maria da Fonseca Souza, Vyvian França Souza Gomes Muniz*

## **15** DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR: TRATAMENTO COM ACUMPUTURA NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA **244**

*Enoque Fernandes de Araújo, Miscileide Nunes da Silva, Valéria Dayane Nunes Ferreira, Juliana Pedrine Dias Aguiar, Manoela Capla de Vasconcelos dos Santos da Silva, Carlos Bezerra de Lima*

## **16** ENVELHECER COM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA **259**

*Lucineide Souto de Araujo, Laysa Maria de Oliveira Nóbrega, Maria Ferreira da Nóbrega Neta, Alcione Pereira da Costa, Silvia Ximenes Oliveira, Maria Mirtes da Nóbrega*

## **17** ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSO NA ZONA RURAL: REVISÃO DE LITERATURA **273**

*Kaísa Mambelly Jácome de Oliveira, Francisca Cláudia dos Santos, Valnice de Moraes Rolim, Klaussia Maria Cavalcanti de Sousa, Manuela Carla de Souza Lima Daltro, Isabel Cristina Barbosa Henriques Brito*



# Temas em Saúde

## **18** HANSENÍASE: ANÁLISE DE FATORES RELACIONADOS À INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO **285**

*Maria de Fátima Nogueira Rolim, Surellyson Oliveira Pereira da Silva, Rayrla Cristina de Abreu Temoteo, Geruslânia da Silva Almeida Pereira, Vanessa Erika Ferreira Abrantes, Mayane Gabriele Borges Salzani*

## **19** INFECÇÕES URINÁRIAS: BUSCANDO EVIDENCIAR AS DROGAS MAIS USADAS NO TRATAMENTO DESSAS PATOLOGIAS **318**

*Mayane Gabriele Borges Salzani, Flávia Negromonte Souto Maior, Camila Carolina de Menezes, Patrício Santos, Igara Oliveira Lima, Surellyson Oliveira Pereira da Silva, Roseane de Sousa Mendes*

## **20** MUNICÍPIOS DO OESTE DE SANTA CATARINA COM MAIORES ÍNDICES DE CASOS DE DENGUE: AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE **357**

*Joel Morschbacher, Lucimare Ferraz, Maria Assunta Busato, Walter Antonio Roman Júnior, Arnildo Korb, Junir Antonio Lutinski*

## **21** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM INFECÇÃO NO SÍTIO CIRÚRGICO EM UM HOSPITAL DO INTERIOR DA PARAÍBA **377**

*Antônio Cesar Sousa Lima Santos, Kamila Nethielly Souza Leite, Sheila Costa Rodrigues Silva, Ana Karla Bezerra de Silva Lima, Simone Carneiro de Azevedo, João Pereira Amorim Filho*

## **22** PERCEPÇÃO CORPORAL E AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DAS CANTINEIRAS DAS ESCOLAS PÚBLICAS **393**

*Ana Maria Figueredo Rocha, Alessandra Christie Borges Lopes, Patrícia Dawylla de Freitas Soares, Tatiane Aparecida Amâncio Versiani, Raíssa Pereira Barbosa, Suzy Alice de Souza, Josiane Pinto da Silva, Maria Cecília Nascimento Arcanjo, Jousiane Alves Martins, Letícia Josyane Ferreira Soares, Paula Karoline Soares Farias*



# Temas em Saúde

**23** PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS DOENTES RENAIIS CRÔNICOS EM TRATAMENTO HEMODIÁLITICO: UM ESTUDO DA REGIÃO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL **407**

*Luana Cecconello, Eliane Roseli Winkelmann, Edinara Moraes Moraes, Rodrigo Rosso Krug, Paulo Ricardo Moreira*

**24** PERFIL E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO ÓBITO DE INDIVÍDUOS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO **433**

*Jéssica Soares Ramalho de Oliveira, Luciana de Moura Mendes de Lima, Danyelle Nóbrega de Fárias, Nuno Ricardo Tiene Lima Moreira, Geraldo Eduardo Guedes de Brito, Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro*

**25** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CADASTRADOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIAB. MELLITUS: REVISÃO DE LITERATURA **446**

*Renata Santos Carvalho, Alcione Pereira da Costa, Amanda Karen Dantas Moraes, Laysa Maria de Oliveira Nóbrega, Maria Ferreira da Nóbrega Neta, Maria Mirtes da Nóbrega*

**26** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB NO PERÍODO DE 2013 A 2017 **460**

*Kézia Rodrigues Marcelino Soares, Elicarlos Marques Nunes, Kamila Nethiely Souza Leite, Claudia Morgana Soares, Hellen Renata Leopoldino Medeiros*

**27** O ESTUDANTE DE MEDICINA E A LÍNGUAGEM BRASILEIRA DE SINAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA **474**

*Daniel Sarmento Bezerra, Ivanice Bezerra Gomes da Silva, Ana Karla Bezerra, Renan Pires Maia*

**28** SAÚDE NA PERSPECTIVA DE PESSOAS COM HIV/AIDS: UM OLHAR FENOMENOLÓGICO **484**

*Mânia Quadros Coelho Pinto, Tatiana Carvalho Reis Martins, José Márcio Girardi de Mendonça, Simone de Melo Costa, Cristina Andrade Sampaio*



# Temas em Saúde

## **29** SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: OS DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS GESTORES PÚBLICOS **497**

*Kalyane Souza Amarante, Aliny Clegia Trindade, Edil Bezerra Santos, Flavia Eunice Gonsalves dos Santos, Maria Ferreira da Nóbrega Neta, Maria Mirtes da Nóbrega*

## **30** ESCALA DE AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAÇÃO NO PERÍODO PÓS-PARTO IMEDIATO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA **506**

*Márcio Eli de Pontes, Fernanda Cabral Oliveira, Erica Passos Baciuk*





**Artigo**

**AÇÕES EDUCACIONAIS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO REALIZADAS PELOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**EDUCATIONAL ACTIONS OF FEEDING AND NUTRITION CARRIED OUT BY THE PROFESSIONALS WHO WORK IN THE FAMILY HEALTH STRATEGIES**

Caroline dos Anjos Aguiar<sup>1</sup>  
Neusa Vanessa Medeiros Silva<sup>2</sup>  
Sirlaine de Pinho<sup>3</sup>  
Wanessa Casteluber Lopes<sup>4</sup>  
Lucinéia de Pinho<sup>5</sup>

**RESUMO** - As ações de alimentação e nutrição tem papel importante na promoção da alimentação saudável e mudanças de estilo de vida, auxiliando na prevenção e tratamento de doenças. O objetivo do estudo foi descrever a abordagem das ações de alimentação e nutrição realizadas pelos profissionais que atuam nas Estratégias de Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa transversal, de abordagem descritiva. A população foi composta por profissionais que atuam nas Estratégias de Saúde da Família em um município de Minas Gerais, Brasil. Para a realização deste estudo foi utilizado um questionário estruturado que contemplava as variáveis sociodemográficas e das ações de alimentação e nutrição. Os dados foram analisados por meio de frequências absolutas e relativas. Participaram 286 profissionais, sendo que 71% afirmaram realizar atividades educativas para promoção da saúde em alimentação e nutrição, 35% das ações são executadas por enfermeiros e 24% agentes comunitários de saúde. A principal temática abordada é a “Alimentação saudável”, sendo a estratégia pedagógica de palestras a mais utilizada. A qualificação das ações de alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde é essencial

<sup>1</sup> Nutricionista. Faculdade de Saúde Ibituruna (FASI). Montes Claros, MG, Brasil.

<sup>2</sup> Nutricionista. Faculdade de Saúde Ibituruna (FASI). Montes Claros, MG, Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira. Docente nas Faculdades Santo Agostinho (FASA). Montes Claros, MG, Brasil.

<sup>4</sup> Nutricionista. Mestranda em Saúde, Sociedade e Ambiente pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Diamantina, MG, Brasil.

<sup>5</sup> Nutricionista. Doutora em Ciências da Saúde. Docente das Faculdades Integradas Pitágoras (FIPMoc), Faculdade de Saúde Ibituruna (FASI) e Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). E-mail: lucineiapinho@hotmail.com



**Artigo**

para o enfrentamento do atual cenário nutricional da população brasileira. As ações de alimentação e nutrição são realizadas em sua maioria pela equipe de enfermagem. Mostra-se fundamental a integração do profissional nutricionista nas equipes de Estratégias de Saúde da Família, para que com destreza, desempenhem as atividades que os competem, assegurando a efetividade das ações de alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde.

**Palavras chave:** Estratégia Saúde da Família; Promoção da Saúde; Educação Nutricional.

**ABSTRACT** - The actions of food and nutrition play an important role in promoting healthy eating and lifestyle changes, aiding in the prevention and treatment of diseases. The objective of the study was to describe the approach of the food and nutrition actions carried out by the professionals who work in the Family Health Strategies. It is a cross-sectional, descriptive approach. The population was composed by professionals who work in the Family Health Strategies in a municipality of Minas Gerais, Brazil. For this study, a structured questionnaire was used, which included sociodemographic variables and feeding and nutrition actions. The data were analyzed by means of absolute and relative frequencies. A total of 286 professionals participated, of which 71% stated that they carried out educational activities to promote health in food and nutrition, 35% of actions were performed by nurses and 24% community health agents. The main theme addressed is "Healthy eating", and the pedagogical strategy of lectures is the most used. The qualification of food and nutrition actions in the Unified Health System is essential for confronting the current nutritional scenario of the Brazilian population. The food and nutrition actions are performed mostly by the nursing team. It is essential to integrate the nutritionist in the Family Health Strategy teams so that they can perform their activities competently, ensuring the effectiveness of food and nutrition actions in the Unified Health System.

**Keywords:** Family Health Strategy; Health Promotion; Feeding.

## INTRODUÇÃO

A promoção da saúde destacou-se no Brasil no ano 1986, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que reforçou o conceito de determinação social da saúde, com objetivo de impactar favoravelmente a qualidade de vida (HEIDEMANN, WOSNY,



**Artigo**

BOEHS, 2014). Desde então vários foram os avanços relativos a promoção da saúde, focados na alimentação e nutrição. Entre elas, está a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que contempla um modelo de segurança alimentar e nutricional fundamentado no direito humano à alimentação, destacando a alimentação e a nutrição como requisitos de promoção e proteção da saúde (RIGON, SCHIMIDT, BÓGUS, 2016).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição articula diretrizes, que orientam implantação e a elaboração dos programas e projetos em alimentação e nutrição, dentre eles, a gestão das ações de alimentação e nutrição na atenção básica, a organização da atenção nutricional, a qualificação da força de trabalho, entre outros (BRASIL, 2011).

No âmbito da atenção primária, as equipes das Estratégias de Saúde da Família (ESF) possuem importante papel, pois atuam em contato direto com a população realizando ações de promoção e proteção da saúde como divulgação de ações de alimentação saudável e mudanças de estilo de vida, auxílio na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças (AQUINO, ALVES, PINHO, 2016). Contudo, para uma boa execução destas ações, é importante que os profissionais conheçam não só as peculiaridades da população que atende, mas também as diversas realidades vividas no país (ARANTES, SHIMIZU, MERCHAN-HAMANN, 2016).

Sabendo da necessidade em executar e desenvolver ações de saúde, no campo da nutrição e alimentação, as equipes multidisciplinares podem desenvolver abordagens metodológicas que vão além dos rotineiros acompanhamentos aos pacientes, promovendo palestras, dinâmicas grupais, distribuição de folders, exibição de vídeos, afim de atingir o público alvo e garantir a proteção e promoção do direito humano à alimentação adequada (CERTAVO- MANCUSO et al., 2012; SANTOS, 2012).

Realizar ações que promovam a segurança alimentar e nutricional no sistema de saúde torna-se primordial à garantir a qualidade de vida da população. Assim, o estudo tem como objetivo descrever a abordagem das ações de alimentação e nutrição entre os profissionais que atuam nas Estratégias de Saúde da Família.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa transversal, de abordagem descritiva. O estudo foi realizado no segundo semestre de 2014. A população foi composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes de saúde e odontólogos que atuassem nas Estratégias de Saúde da Família no município de Montes Claros, MG, Brasil.



**Artigo**

O município possuía cobertura de saúde de 68% da população total, com um total de 77 Estratégias de Saúde da Família (ESF). Participaram da pesquisa 62 ESF localizadas na área urbana. Foram incluídos os profissionais em exercício na ESF na zona urbana e excluídos aqueles em licença médica ou outro tipo de afastamento e que não estivessem presentes no momento da coleta de dados. A estratégia adotada para obtenção dos dados foi a partir das visitas *in loccu* em cada ESF por acadêmicos de nutrição.

Para a realização do estudo foi utilizado um questionário estruturado com questões sobre os aspectos relacionados ao perfil dos profissionais - a idade, sexo, tempo de serviço - ações de alimentação e nutrição realizadas, bem como a percepção dos profissionais sobre estas ações - público atingido, temas e metodologias utilizadas. Este instrumento foi elaborado pelos autores e testado previamente em um estudo piloto, visando avaliar a adequação das questões para um bom entendimento pela população-alvo. O questionário foi entregue e acordado uma data para recolhimento, com intervalo de no máximo 15 dias.

Foi realizada a análise descritiva dos dados, por meio da frequência absoluta e relativa. Utilizou-se o software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 19.0 para Windows para análises.

Esta pesquisa foi desenvolvida segundo as diretrizes e normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a ética da pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Sociedade Educativa do Brasil – CEP SOE BRAS onde foi aprovado pelo parecer nº 753.955. Os responsáveis pelo projeto solicitaram o Termo de Concordância da Instituição para realização da pesquisa e todos os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre.

## RESULTADOS

Participaram deste estudo 286 profissionais das Estratégias de Saúde da Família localizadas na área urbana do município de Montes Claros, MG. A faixa etária variou entre 18 a 58 anos, sendo que a média foi de 34,49 ( $\pm 8,22$ ) anos e a maioria era do sexo feminino (81,8%). Entre os cargos dos profissionais, 62,1% (n=178) eram agentes comunitários de saúde (ACS), 14,0% (n=40) enfermeiros, 12,6% (n=36) técnicos de enfermagem, 6,3% (n=18) odontólogos e 4,5% (n=10) médicos. O tempo de serviço de até cinco anos foi de 63,6% (n=182) dos participantes (Tabela 1).



## Artigo

**Tabela 1.** Caracterização dos dados demográficos das Estratégias de Saúde da Família. Montes Claros, (MG), Brasil, 2014.

Características	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	234	81,8
Masculino	52	18,2
<b>Idade</b>		
18 - 30	96	33,6
31 - 40	113	39,5
41 - 50	52	18,2
≥ 51	25	8,7
<b>Cargos</b>		
Agentes Comunitários de Saúde	178	62,1
Enfermeiro	40	14,0
Odontólogo	18	6,3
Médico	10	4,5
Técnicos de Enfermagem	36	12,6
Outros profissionais	04	1,4
<b>Tempo de Serviço</b>		
< 1 ano	81	28,3
1 ≤ 5 anos	101	35,3
5 ≤ 10 anos	79	27,6
>10 anos	25	8,8

Na avaliação sobre capacitação dos profissionais para as ações de alimentação e nutrição, 68,5% (n=196) relataram que não receberam nos últimos 12 meses. Dos profissionais que receberam capacitação, 33,3% (n=30) e 27,8% (n=25) foram por nutricionista e enfermeiros, respectivamente. Entre os participantes 66,0% (n=189) relataram que não se sentem habilitados para desenvolver ações em alimentação e nutrição na ESF e 81,5% (n=233) responderam que tem interesse em se capacitar (Tabela 2).

Os profissionais buscam as informações para se instrumentalizarem para o atendimento em livros (42,3%), seguido de cursos pela internet (32,9%) e cursos presenciais (18,2%). Ao serem questionados sobre quanto tempo tem que leram informações sobre alimentação e nutrição, 61,9% (n=177) responderam que há menos de trinta dias (Tabela 2).



**Artigo**

**Tabela 2.** Capacitação do profissional para as ações de alimentação e nutrição nas Estratégias de Saúde da Família. Montes Claros, (MG), Brasil, 2014.

Características	N	%
<b>Capacitação sobre alimentação e nutrição na equipe nos últimos 12 meses</b>		
Não	196	68,5
Sim	90	31,5
<b>Profissionais que capacitaram a equipe</b>		
Nutricionista	30	33,3
Enfermeiro	25	27,8
Médicos	14	15,5
Outros	21	23,4
<b>Sente-se habilitado para esse tipo de atendimento</b>		
Não	189	66,0
Sim	84	29,4
Não responderam	13	4,6
<b>Interesse em capacitação sobre alimentação e nutrição</b>		
Sim	233	81,5
Não	53	18,5
<b>Informações para se instrumentalizar para o atendimento em alimentação e nutrição</b>		
Cursos presenciais	52	18,2
Cursos pela internet	94	32,9
Livros	121	42,3
Não busco informações	19	6,6
<b>Quanto tempo faz que você leu alguma informação sobre alimentação e nutrição</b>		
15 dias	87	30,4
Há 30 dias	90	31,5
Menos de 6 meses	68	23,8
De 6 a 12 meses	41	14,3

A Tabela 3 apresenta a caracterização das ações de alimentação e nutrição nas Estratégias da Saúde da Família. Entre os profissionais, 75,2% (n=215) realizaram atividades educativas em alimentação e nutrição na ESF. As atividades educativas são realizadas por enfermeiros em 36,7% (n=105) e com uso de palestras (45,5%). As



## Artigo

temáticas utilizadas por aproximadamente 50% dos profissionais nas ações foram “Alimentação saudável” e “Alimentação saudável e prática de exercícios físicos”.

Em relação às abordagens das ações 68,9% (n=197) foram realizadas em coletividade. Quanto ao local para a realização das atividades de alimentação e nutrição, a maioria são realizadas na própria ESF (61%), seguido pelos espaços comunitários (11%) e escolas (10%). Verificou-se que os públicos abordados foram crianças, gestantes e idosos. Foi verificado que 51,4% (n=147) das ações de alimentação e nutrição são realizadas mensalmente. Observou-se que 50,7% (n=145) dos profissionais afirmaram que a principal motivação para a organização das atividades de alimentação e nutrição é a condição de saúde dos usuários (como a hipertensão arterial, diabetes mellitus e a obesidade).

A avaliação dos processos educativos foi observada em 33,2% (n=95) das ações de alimentação e nutrição dos profissionais da ESF. A forma de avaliação na maioria dos serviços foi realizada principalmente pelas observações em reunião da equipe (58,1%), retorno e depoimentos pessoais dos pacientes (30,8%).

Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família avaliaram os resultados das ações realizadas aos usuários em bom (47,2%) e regular (38,5%). Foi observado que 66,4% dos profissionais não estão satisfeitos com o atendimento oferecido em alimentação e nutrição na sua equipe de ESF.

**Tabela 3.** Caracterização das ações de alimentação e nutrição nas Estratégias da Saúde da Família. Montes Claros, (MG), Brasil, 2014.

Características	N	%
<b>Realiza atividade educativa em alimentação e nutrição na prática profissional</b>		
Sim	215	75,2
Não	71	24,8
<b>Profissional responsável pelas ações</b>		
Agentes comunitários	69	24,1
Enfermeiro	105	36,7
Médico	67	23,4
Nutricionista	26	9,1
Outros	19	6,7
<b>Estratégias pedagógicas</b>		
Palestras	130	45,5
Cartazes	56	19,6
Folder	33	11,5



**Artigo**

Vídeos	54	18,9
Outros	13	4,5
<b>Temáticas</b>		
Alimentação saudável	71	24,8
Alimentação na prevenção/combate das DCNT	55	19,2
Alimentação Saudável e prática de exercícios físicos	69	24,1
Importância do aleitamento materno	59	20,6
Carências nutricionais	26	9,1
Outros	06	2,2
<b>Abordagem</b>		
Coletivas	197	68,9
Individuais	89	31,1
<b>Frequência</b>		
Diária	33	11,6
Semanal	35	12,2
Mensal	147	51,4
Semestral	28	9,8
Anual	14	4,9
Outra	29	10,1
<b>Considera o resultado das ações realizadas aos usuários</b>		
Ótimo	11	3,8
Bom	135	47,2
Regular	110	38,5
Ruim	30	10,5
<b>Satisfação com as ações de alimentação e nutrição</b>		
Sim	96	33,6
Não	190	66,4

Em relação aos programas de políticas públicas voltados à alimentação e nutrição nas ESFs, 24,1% (n=69) responderam que os conhecem e os utilizam, sendo que destes 84,1% (n=58) citaram o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Ao serem questionados sobre como potencializar as ações desenvolvidas pelo município para as ações de alimentação e nutrição nas ESFs, 37,8% (n=108) responderam sobre “capacitação de profissionais”, 29,0% (n=83) “inserção de profissionais para suporte à orientação alimentar e nutricional”, 19,9% (n=57) “disponibilidade de materiais educativos





**Artigo**

(materiais didáticos, vídeos, cartazes, folhetos, etc.)” e 12,9% (n=37) “parcerias (Universidades, ONGs, outras Secretarias e etc.)”.

**DISCUSSÃO**

Nesse estudo, observou-se que a maioria dos profissionais entrevistados se interessa pelos conhecimentos no âmbito da nutrição, e, ao serem questionados de quanto tempo tem que leram informações sobre alimentação saudável, muitos dos profissionais afirmaram ter obtido algum tipo de informação há pouco tempo. Segundo Jaime e Santos (2014), a educação nutricional é uma das ações fundamentais nos cuidados relativos à alimentação e à nutrição na Atenção Básica, envolvendo a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis.

Apesar dos profissionais afirmarem ter recebido algum tipo de treinamento sobre a alimentação saudável, a grande maioria não se sente capacitado e apresenta dificuldades na realização de orientações e ações sobre o assunto. Estudo realizado por Aquino et al.(2016), observaram que em grupos de educação em saúde de uma ESF, algumas ações educacionais em alimentação eram realizadas, porém, elas ainda se apresentavam insuficientes ou não atendiam às necessidades dos usuários. A falta de inserção do profissional nutricionista nas equipes é um dos motivos que faz com que os outros profissionais se apropriem, de forma superficial, do conhecimento sobre nutrição, tentando suprir as necessidades, exercendo as funções que caberiam a este profissional (CAMOSSA, TELAROLLI, MACHADO, 2012).

Os agentes comunitários de saúde, categoria que teve maior participação na pesquisa, representam importante papel, já que atuam como elo entre a comunidade e a ESF, desenvolvendo atividades para prevenção de doenças, promoção e vigilância da saúde (KEBIAN, ACIOLI, 2015). Houve predominância do sexo feminino, que revela uma tendência à feminização das profissões no mercado de trabalho em saúde relacionados à associação das mulheres com o cuidar e ao materno (KEBIAN, ACIOLI, 2015; COSTA, DURAES, ABREU, 2010).

Em relação a escolha dos temas, observou-se que “Carências Nutricionais” foi o menos abordado. Esse tema é de extrema importância tendo em vista que a hipovitaminose A, anemia ferropriva, o bócio endêmico são carências ainda presentes no país. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada em 2006, indicava uma prevalência de 20,9% e 29,4% de anemia ferropriva, respectivamente, em crianças e mulheres e a hipovitaminose A ocorreu em 17,4% e 12,3% desses grupos (VIEIRA et al.,



Artigo

2013). Vale salientar que no SUS existem programas de suplementação de Ferro e Vitamina A (BRASIL, 2017), sendo que, em nenhum momento esses programas foram citados pelos profissionais ao responderem a pesquisa.

A escolha dos temas pelos profissionais foram aqueles ligados aos distúrbios metabólicos como hipertensão e diabetes, causados principalmente por maus hábitos de vida, como o sedentarismo, tabagismo e a alimentação inadequada. Esses distúrbios podem ser tratados e até mesmo prevenidos por um acompanhamento nutricional, baseado numa dietoterápica adequada aliada a prática de exercícios físicos (MALFATTI, ASSUNÇÃO, 2011). No entanto, a mudança de comportamento, não pode ser limitada a um período determinado, com objetivos alcançáveis em curto prazo. Essa modificação precisa estar aberta a discussões, ser maleável e realista. O paciente deve aprender a realizar suas novas escolhas nas mais diferentes situações, respeitando suas implicações fisiológicas e psicológicas, inclusive no ato de se alimentar (GONÇALVES et al., 2015). O nutricionista é o profissional capacitado para realizar as ações educacionais em alimentação e nutrição e em condições de atender às necessidades da população nesse sentido (AQUINO, ALVES, PINHO, 2016).

Outro resultado preocupante são as estratégias pedagógicas utilizadas para trabalhar os temas relacionados à alimentação. Percebe-se uma forte tendência às metodologias clássicas como palestras, que é um modelo de transmissão de conhecimentos verticalizados na relação educador e educando. Segundo França (2017), a forma de transmissão de conhecimento limita as ações da Educação Alimentar e Nutricional. Ela deve basear-se na ampliação da autonomia da participação ativa dos sujeitos, aumentando sua capacidade de escolha, podendo assim transformar sua própria realidade (BRASIL, 2012).

A pesquisa revelou que os profissionais de saúde conhecem sobre o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que é um sistema para acompanhamento do estado nutricional e marcadores do consumo alimentar de usuários da Atenção Básica do SUS (JAIME et al., 2011). O objetivo do SISVAN, ao gerar informações sobre a situação alimentar e nutricional da população, é auxiliar no conhecimento da natureza e da magnitude dos problemas de nutrição, identificando territórios, segmentos sociais e grupos populacionais de risco (FERREIRA, CHERCHIGLIA, CÉSAR, 2013). Porém, segundo Alves et al.(2018), o funcionamento do SISVAN encontra barreiras quanto às condições de infraestrutura, recursos humanos e logística. Estes são pontos frágeis que precisam ser fortalecidos, visando à consolidação do sistema como uma potencial ferramenta na atenção básica para o diagnóstico das situações de saúde e as intervenções direcionadas.

No presente estudo, observou-se que a grande maioria dos profissionais preferem ser capacitados a ter a inserção do profissional nutricionista para desempenhar sua função,



**Artigo**

entretanto, é de extrema importância a presença do profissional nutricionista na ESF, com vista à promoção da saúde em todas as fases da vida. A inserção deste profissional na ESF viria a contribuir para a promoção da saúde da população atendida, uma vez que, o nutricionista aborda estratégias mais aprofundadas e efetivas sobre a alimentação saudável, visando a segurança alimentar, promovendo assim, a cidadania e o direito humano fundamental à alimentação (BRASIL, 2017).

Os resultados da presente pesquisa devem ser considerados à luz de certas limitações. É importante salientar que o método de aferição da variável de desfecho foi a informação autorreferida pelos profissionais de saúde a partir de um questionário estruturado pelos autores. Outro ponto a destacar é que a população investigada foi restrita ao contexto do Sistema Único de Saúde de uma única cidade, o que dificulta a generalização dos resultados. Todavia, esta investigação foi conduzida em um cenário potencial para as ações de promoção da saúde e, por isso, seus resultados podem impactar no serviço oferecido à população assistida. Os resultados obtidos podem subsidiar a reestruturação das ações de alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde.

**CONCLUSÕES**

Conclui-se que nas ESFs há ações alimentares e nutricionais realizadas pelos profissionais da saúde, onde a maior abordagem é quanto à promoção da alimentação saudável principalmente relacionadas a hipertensão e ao Diabetes Mellitus, utilizando como método de ação a realização de palestras. Mostra-se fundamental a inserção do nutricionista nas equipes de ESF, pois seu conhecimento mais aprofundado e específico sobre nutrição lhe proporciona conhecimentos que o torna capaz de gerar impactos positivos no perfil epidemiológico da população, já que muitos dos agravos estão relacionados à alimentação. Seria pertinente a realização de outras pesquisas para enfatizar o quanto importante é a presença do profissional nutricionista para promoção da saúde na atenção básica, principalmente nas Estratégias de Saúde da Família.

**Conflito de interesses:** Os autores declaram que não há conflito de interesses.



**Artigo**

**REFERÊNCIAS**

ALVES, I.C.R.; SOUZA, T.F.; LEITE, M.T.S.; PINHO, L. Limites e possibilidades do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde: relatos de profissionais de enfermagem. **Demetra**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.69-81, 2018.

AQUINO, A.C.F.; ALVES, B.M.S.; PINHO, L. Percepção dos usuários sobre as ações educacionais de alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.40, n. 4, p.991-1003, 2016.

ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1499-1510, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PLANSAN 2016-2019**. Brasília, DF: MDSA, CAISAN, 2017.

CAMOSSA, A.C.A.; TELAROLLI, R.; MACHADO, M.L.T. O fazer teórico-prático do nutricionista na estratégia saúde da família: representações sociais dos profissionais das equipes. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.25, n.1, p. 89-106, 2012.

CERTAVO-MANCUSO, A.M.; TONACIO, L.V.; SILVA, E.R.; VIEIRA, V.L. A atuação do nutricionista na atenção básica de saúde em um grande centro urbano. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n, 12, p.3289-3300, 2012.

COSTA, S.M.; DURÃES, S.J.A.; ABREU, M.H.N.G. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.1865-1873, 2010.



**Artigo**

FERREIRA, C.S.; CHERCHIGLIA, M.L.; CÉSAR, C.C. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.13, n.2, p.167-177, 2013.

FRANÇA, C.D.J.; CARVALHO, V.C.H.D.S. Estratégias de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.41, n.1, p.932-948, 2017.

GONÇALVES, I.S.A.; FERREIRA, N.T.M.Y.; REIS, P.V.S.; PENA, G.G. Fatores intervenientes no seguimento do tratamento nutricional para redução de peso em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde do Brasil. **Revista Cuidarte**, Colômbia, v.6, n.1, p.914-922, 2015.

HEIDEMANN, I.T.S.B.; WOSNY, A.M.; BOEHS, A.E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.8, p.3553-3559, 2014.

**JAIME, P.C.; SANTOS, L.M.P. Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Básica em Saúde. Revista Divulgação em Saúde Para Debate, Rio de Janeiro, v.51, n.1, p.72-85, 2014.**

JAIME, P.C.; SILVA, A.C.F.; LIMA, A.M.C.; BORTOLINI, G.A. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no governo brasileiro. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.24, n.6, p.809-824, 2011.

KEBIAN, L.V.A.; ACIOLI, S. Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.14, n.1, p.893-900, 2015.

MALFATTI, C.R.M.; ASSUNÇÃO, A.N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.1383-1388, 2011.



**Artigo**

RIGON, S.A.; SCHMIDT, S.T.; BÓGUS, C.M. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.3, p.e00164514, 2016.

SANTOS, L.A.S. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.453-462, 2012.

VIEIRA, V.L.; GREGÓRIO, M.J.; CERVATO-MANCUSO, A.M.; GRAÇA, A.P.S.R. Ações de alimentação e nutrição e sua interface com segurança alimentar e nutricional: uma comparação entre Brasil e Portugal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.22, n.2, p.603-617, 2013.



**Artigo**

**A RELAÇÃO DE SUICÍDIO E TRANSTORNO DE PERSONALIDADE  
BODERLINE: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

**THE SUICIDE AND BODERLINE PERSONALITY DISORDER RELATIONSHIP:  
A LITERATURE REVIEW**

Mauricélia Moreira de Abrantes Cartaxo<sup>1</sup>  
Maura Vanessa Silva Sobreira<sup>2</sup>  
Eronyce Rayka Oliveira Carvalho<sup>3</sup>  
Emanuel Costa de Melo<sup>4</sup>  
Ana Amélia da Fonseca Pinheiro de Sá<sup>5</sup>  
Rosângela Guimarães de Oliveira<sup>6</sup>

**RESUMO** - O estudo teve como objetivo principal de relacionar através da literatura o perfil suicida entre pacientes com Transtorno de Personalidade Boderline (TPB), e com objetivos específicos, ampliar a compreensão sobre associação entre suicídio e TPB e identificar estudos que apontem características suicidas em pacientes com TPB. As buscas foram realizadas nas bases: (LILACS); (MEDLINE); (SCIELO) e (PUBMED). Foram selecionados estudos publicados a partir de 1993, as buscas nas bases de dados, a partir dos descritores utilizados, inicialmente retornaram muitos resultados, principalmente na base SciELO. Critérios de inclusão, artigos publicados em português e inglês; artigos na íntegra que retratem a temática referente à revisão integrativa e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados dos últimos 5 anos. Assim, 08 estudos foram encontrados na SciELO e 05 estudos na base LILACS, 04 estudos na MEDLINE, 06 estudos no PUBMED, totalizando 22. Somente 10 estudos que atenderam plenamente aos critérios de inclusão. Após a leitura dos artigos encontrados, tornou-se compreensível cinco (5)

---

<sup>1</sup>Enfermeira, especialista em Saúde Mental.

<sup>2</sup>Enfermeira, Mestre, Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

<sup>3</sup>Psicóloga, Especialista em Saúde da Família com Ênfase nas Linhas de Cuidados, Universidade Federal da Paraíba/UEPB, João Pessoa, PB. Brasil.

<sup>4</sup>Educador Físico, especialista em Saúde da Família.

<sup>5</sup>Enfermeira, especialista em gestão e política do cuidado, em Saúde coletiva e Saúde da família.

<sup>6</sup>Fisioterapeuta, Doutora em Educação pela Universidade Federal da Paraíba (2008), Mestrado em Educação pela Universidade Federal da Paraíba (2004), e-mail: fisioro9@gmail.com



**Artigo**

categorias: Padrão difuso de instabilidade ao longo do TPB, perturbação da personalidade Boderline, o TPB e suas características diagnósticas, comportamento humano, desejo de morte/tentativa de suicídio, as quais foram analisadas, discutidas a seguir, sob a ótica da literatura consultada. A relação do suicídio com o transtorno de personalidade Boderline vem sendo objeto de investigação, embora existam poucas produções sobre essa temática. Conclui-se que os estudos evidenciaram que a TPB é uma patologia que necessita ainda de investigação em várias áreas, sendo o suicídio uma das suas principais características, muitos outros aspectos ainda permanecem obscuros e pouco explorados em pesquisas, sendo uma das dificuldades encontradas.

**Palavras-chave:** Suicídio, transtorno de personalidade, transtorno de Boderline.

**ABSTRACT** - The main objective of this study was to relate the suicidal profile among patients with BOD (Personality Disorder BOD) with specific objectives, to broaden the understanding of the association between suicide and BPD, and to identify studies that indicate suicidal characteristics in patients with BPD. The searches were performed at the bases: (LILACS); (MEDLINE); (SCIELO) and (PUBMED). We selected studies published since 1993, searching the databases, from the descriptors used, initially returned many results, mainly in the SciELO database. Inclusion criteria, articles published in Portuguese and English; articles in full that portray the theme regarding the integrative review and articles published and indexed in the referred databases of the last 5 years. Thus, 08 studies were found in SciELO and 05 studies in the LILACS database, 04 studies in MEDLINE, 06 studies in PUBMED, totaling 22. Only 10 studies that fully met the inclusion criteria. After reading the articles found, five (5) categories were understood: Diffuse pattern of instability along the TPB, Boderline personality disorder, TPB and its diagnostic characteristics, human behavior, death wish / suicide attempt, the which were analyzed, discussed below, from the perspective of the literature consulted. The relationship between suicide and Boderline personality disorder has been the subject of investigation, although there are few productions on this subject. It is concluded that the studies evidenced that BPD is a pathology that still needs investigation in several areas, with suicide being one of its main characteristics, many other aspects still remain obscure and little explored in researches, being one of the difficulties found.

**Keywords:** Suicide, personality disorder, Boderline disorder.





**Artigo**

**INTRODUÇÃO**

O transtorno de personalidade Boderline (TPB) é um quadro complexo, caracterizado pela quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais I por um padrão difuso de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos, acompanhado de impulsividade acentuada presente em vários contextos (FINKLER, 2017). De uma forma simplificada, personalidade é um conjunto de traços psíquicos que constituem total características de uma pessoa, inatas (temperamento) e adquiridas (caráter) ao longo da vida.

O Transtorno de Personalidade Boderline (TPB) apresenta prevalência de aproximadamente 1,3%, caracterizada por um padrão persistente de instabilidade em relacionamentos, humor, regulação de impulso e sensação de si mesmo. Isso resulta em comportamento auto prejudicial impulsivo, alto suicídio taxas e comprometimento funcional severo. TPB possui uma etiologia multifatorial complexa, resultante de uma interação entre substratos genéticos e ambientais, e tem hereditariedade moderada a alta baseada em estudos. O comportamento suicida geralmente acompanha o (TPB), distúrbios de humor severos, e a comorbidade entre os dois parece aumentar ainda mais o risco de suicídio (RUIFAN, 2015). O suicídio é proeminente em indivíduos com (TPB) e há evidências abundantes que afetam a regulação, desempenha um papel importante também na autolesão não suicidal na maioria dos pacientes (VANSTEELANDT, HOUBEN et al., 2017).

No Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), a síndrome Boderline deixa de ser uma aceção relativamente vaga de estados intermediários. Algumas das principais mudanças introduzidas na nova classificação diagnóstica norte americana são apresentadas de modo sintético a comunidade behaviorista. Fruto de estudos de campo que investigaram a validade dos diagnósticos anteriores possui vantagens, mas mostra as falhas que temos ainda no conhecimento dos transtornos mentais. Alguma das principais críticas também são apresentadas. No final dos anos 1970 e 1980 sob a influência do DSM III a esquizofrenia latente ou Boderline se transformava em dois subtipos de transtornos de personalidade: Boderline e Esquizotípico (CUNHA; AZEVEDO, 2001).

Há circunstâncias práticas sob as quais é útil saber que uma pessoa se comportará de uma dada maneira mesmo que não precisemos saber o que ela irá fazer. Ser capaz de prever, por exemplo, que uma proposta será recebida favoravelmente é útil, mesmo que a forma específica de recepção permaneça desconhecida (ARAÚJO; NETO, 2014).



**Artigo**

O presente estudo norteou-se no seguinte questionamento: O que a literatura aponta sobre a relação entre o suicídio e o Transtorno de Personalidade Boderline?

A escolha do tema deve-se a busca por melhor compreender a relação entre transtorno mental, específico de personalidade e suicídio, que é um importante problema de saúde. Espera-se dessa forma a partir da literatura compreender a relação desses dois fenômenos.

**METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, que utilizou o método de revisão integrativa da literatura com o objetivo de reunir e sintetizar estudos sobre o tema: A Relação de Suicídio e Transtorno de Personalidade Boderline. A revisão integrativa é o método mais abrangente de revisão de literatura, por favorecer a incorporação de evidências científicas à prática clínica. É considerada como método de investigação científica, através da qual são analisadas pesquisas relevantes que ajudam na tomada de decisões, favorecendo o aperfeiçoamento da prática clínica e preenchendo lacunas porventura existentes no conhecimento científico, assim como, evidenciando a necessidade de novos estudos.

As buscas foram realizadas nas bases: bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); base de dados da literatura internacional do campo médico e biomédico USA (MEDLINE); biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO) e US National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED). Foram selecionados estudos publicados a partir de 1993. Foram utilizados os seguintes descritores: suicídio, transtorno de personalidade, personalidade Boderline. Dessa forma foram selecionados 10 estudos ampliando o conhecimento ao tema proposto.

Como critérios de inclusão foram considerados os artigos publicados em português e inglês; artigos na íntegra que retratem a temática referente à revisão integrativa e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados. Os demais que não atenderam foram excluídos do estudo.

A partir dos critérios de inclusão que foram previamente definidos, vários estudos foram eliminados. Assim, 08 estudos foram encontrados na SciELO e 05 estudos na base LILACS, 04 estudos na MEDLINE, 06 estudos no PUBMED, totalizando 22. Entretanto, após a leitura dos estudos, algumas publicações foram eliminadas, restando somente 08 estudos que atenderam plenamente aos critérios de inclusão.



**Artigo**

O método de interpretação foi à análise descritiva, por meio da qual foram discutidos os principais resultados e feitas diversas considerações com base nas opiniões de diversos autores da literatura específica, assim como, nos resultados de estudos relevantes sobre o tema.

**RESULTADOS**

O quadro 1, a seguir traz um resumo das principais características desses estudos, com ênfase nos seguintes aspectos: autores, ano de publicação, título e objetivos no intento de facilitar os resultados e conclusões, acrescentando a isso segue a discussão dos resultados.

Quadro 1. Distribuição dos estudos quanto a título, periódico, autor, ano e resultados.

**Tabela 1:** Relação de artigos para discussão por revista e ano.

ARTIGOS	ACHADOS	REVISTA	ANO
<b>Débora cassiane Finkler</b>	Discute-se o panorama geral da produção científica brasileira sobre o TPB, práticas baseadas em evidências e possibilidades da pesquisa, sobretudo clínica.	Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, Volume XIX	2017
<b>Alexandre Gabriel Vieira Ferreira</b>	As Perturbações de personalidade são um problema mundial e muito prevalente na população geral, assumindo grande relevância em relação a custos sociais e económicos. Entre as várias perturbações de personalidade, a perturbação de personalidade Boderline (PPB) apresenta-se comum e de uma gravidade importante estando associada à necessidade de altos níveis de cuidados psiquiátricos e sociais, assim como a deficiências a nível psicossocial e risco elevado de suicídio.	<b>Dissertação – Artigo de Revisão Bibliográfica</b> Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto.	2017



**Artigo**

<b>Mauro Hegenberg</b>	A partir das contribuições teóricas de Otto Kernberg, Jacques Lacan, Jean Bergeret, André Green e de D.W. Winnicott, bem como da clínica do próprio autor, são analisados os critérios para o diagnóstico desses estados, bem como as particularidades da clínica desses pacientes. Em estatística, 3,3% de sucesso podem ser considerados como acaso, o que demonstra o quanto ainda se precisa aprender sobre estes pacientes. O suporte fora do consultório é fundamental. A procura por ambientes acolhedores, cursos, amizades. O acompanhamento terapêutico é fundamental, a discriminar alguns sinais que ele não consegue distinguir.	Livro Boderline. Ed A casa do Psicólogo.	2007
<b>Mirna Dutra Pinto</b>	Constituição frágil do ego, com baixa diferenciação do eu-tu; rebaixamento da esfera nacional e intelectual em razão do predomínio das pulsões e dos afetos; predominância do descontrole efetivo; baixo controle impulsivo, agressividade e morte.	Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação Stricto Sensu em Psicologia Universidade Católica de Brasília	2009
<b>Stoffers Winterling</b>	Vinte e oito estudos envolvendo um total de 1804 participantes com DBP foram incluídos. As intervenções foram classificadas como psicoterapias abrangentes, tratamento baseado em mentalização em um ambiente de hospitalização parcial, terapia centrada na transferência (TFP), terapia cognitivo-comportamental (TCC), psicoterapia desconstrutiva dinâmica (DDP), psicoterapia interpessoal (IPT) e terapia interpessoal para BPD (IPT-BPD) e psicoeducação.	A Biblioteca Cochrane. The Cochrane Library	2012
<b>Ângelo Augusto Silva Sampaio</b>	Skinner enfatiza a necessidade de o conhecimento ser útil e ter um significado	Revista Psicologia Ciência e Profissão,	2005



Artigo

---

	prático. Para ele, a ciência poderia e deveria ser um corretivo para os problemas humanos. o autor passa a especificar claramente quais seriam as variáveis das quais o comportamento é função.	Brasília.
<b>Ruifan Zeng et. al.</b>	Cada característica adicional limítrofe também aumentou o risco de tentativa de suicídio no passado nesses mesmos grupos e naqueles com um episódio maniaco anterior. No geral, entre os pacientes com transtornos de humor graves, a presença de características ou distúrbios comorbida na depressão parece aumentar substancialmente o risco de tentativas de suicídio.	Electronicaddress. 2015 <u>Psychiatry Res. Nova</u> Iorque.

Conforme estudos levantados o suicídio em paciente Boderline levanta alguns aspectos como: impulsividade, auto-destrutividade, depressão, vazío crônico, justificando estatisticamente este transtorno estar à frente dos outros transtornos mentais nas tentativas e no risco de consumação do suicídio (VOLPATO, 2014; CLARK, 2017; FINKLER, 2017; FERREIRA, 2017; HEGENBERG 2017; PINTO, 2009; STOFFERS, 2012; SAMPAIO, 2005; ZENG et al., 2015).

Apresentou análise de protocolo documental apreciado de dados coletados de cento e quarenta e nove (149) pacientes internados psiquiátricos foram avaliados por SCID I e II, e a Escala de Gravidade Suicida de Columbia no ano de 2015 com análises de regressão logística, investigaram as associações entre a tentativa de suicídio anterior e o diagnóstico ou características do TPB em pacientes com transtorno depressivo maior (TDM), personalidade antissocial (PA) e transtorno esquizoafetivo, bem como história de episódios depressivos maníacos ou maiores e sintomas psicóticos. O protocolo revelou que a paciente apresentava grave instabilidade emocional, descontrole ideativo e impulsivo, vivencia mórbida das experiências, dependência do outro. Ressalta-se a dificuldade da condução e do manejo clínico com esses pacientes, a dificuldade de construir instrumentos terapêuticos para contenção da impulsividade e a importância do método de Rorschach na avaliação precoce do risco de suicídio (PINTO, 2009).

Os principais resultados segundo Zeng et al., (2015): o diagnóstico da DBP comórbida aumentou significativamente o risco de suicídio em toda a amostra e naqueles com transtorno depressivo maior (TDM), personalidade antissocial (PA) e história de episódio depressivo ou sintomas psicóticos. Cada característica adicional limítrofe também



**Artigo**

aumentou o risco de tentativa de suicídio no passado nesses mesmos grupos (com exceção da PA) e naqueles com um episódio maníaco anterior. Dos critérios da DBP, apenas relações instáveis e impulsividade previram independentemente a tentativa de suicídio do passado. No geral, entre os pacientes com transtornos de humor graves, a presença de características ou distúrbios comórbidos na DBP parece aumentar substancialmente o risco de tentativas de suicídio.

**CONCLUSÕES**

A relação do suicídio com o transtorno de personalidade Boderline vem sendo objeto de investigação, embora existam poucas produções sobre essa temática. Trata-se de uma patologia que necessita ainda de investigação em várias áreas, sendo o suicídio uma das suas principais características, muitos outros aspectos ainda permanecem obscuros e pouco explorados em pesquisas, sendo uma das dificuldades encontradas.

A literatura atual aponta para uma estreita relação do TPB, sua compreensão e tratamento desse grave e complexo transtorno que inclui principais achados de automutilações e tentativas de suicídio como manifestações clínicas frequentes. Em pacientes com TPB com histórico de tentativas de suicídio, os déficits nas funções executivas parecem ser ainda mais acentuados, gerando riscos elevados tanto para a consumação do suicídio quanto para o aumento do número de tentativas cujas consequências são extremamente danosas tanto para o paciente quanto para a família e a rede social da qual o paciente faz parte.

**REFERÊNCIAS**

American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

ARAÚJO, Álvaro Cabral; NETO, Francisco Lotufo. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais - o DSM-5. Revista Brasileira Comportamental vol.16, São Paulo abr. 2014.



**Artigo**

**CID 10, Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Porto Alegre, 1993.

CLARK, Ana Lee; NUZUM; Hallie. Manifestações de gravidade da personalidade: comorbidade, curso disfunção psicossocial e características de personalidade "Boderline. CurrOpinPsychol, USA, 2017.

FERREIRA; Alexandre Gabriel Vieira. **Avaliação e diagnóstico da perturbação de personalidade Boderline.** Dissertação – Artigo de Revisão Bibliográfica Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto, 2017.

FINKLER, Débora Cassiane; SCHAFFER Júlia Luiza; WESNER; Ana Cristina. **Transtorno de personalidade Boderline: Estudos brasileiros e considerações sobre a DBT.** Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, Volume XIX, 2017.

MAURO; Hegenberg. **Boderline.** Casa do Psicólogo, Psychologist's House São Paulo, 2007.

MOURA; Joviane Aparecida Moura. **Personalidade Boderline.** Psicolado.com/transtornos psíquicos. Piauí, 2011.

NIA, Bassir; PEREZ, Zhanq; RODRIGUES, Perez. **Passado, presente e futuro da pesquisa genética no transtorno de personalidade limítrofe.** Revista Curr Opin Psychol., Nova York - EUA, 2017.

PINTO; Mirna Dutra. **A Dinâmica Psíquica do Boderline no método de Rorschach: agressividade, impulsividade e morte.** Dissertação apresentada ao programa de pós graduação Stricto Sensu em Psicologia Universidade Católica de Brasília para obtenção de título de mestre. Brasília, 2009.

SAMPAIO; Ângelo Augusto Silva. **Skinner: sobre ciência e comportamento humano.** Revista Psicologia Ciência e Profissão, v. 25, Brasília, 2005.

SCHESTATSKY; Sidnei Samuel. **Fatores ambientais e vulnerabilidade ao transtorno de personalidade Boderline: um estudo caso-controle de traumas psicológicos precoces e vínculos parentais percebidos em uma amostra brasileira de pacientes**



**Artigo**

**mulheres.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, 2005.

Stoffers-Winterling JM; VOLLM, Rucker, G., TIMMER, A., HUBAND, & LIEB, (2012). **Terapias psicológicas para pessoas com transtorno de personalidade limítrofe. A Biblioteca Cochrane.**The Cochrane Library, 2012.

RUIFAN, Zeng; LISA, J. Cohen; TANIS, Thachell; QIZILBASH, Azra; LOPATYUK, Yana; YASEEN, S. Zimri, IGOR, Galynker. **Avaliando a contribuição do transtorno de personalidade limítrofe e características para o risco de suicídio em pacientes internados psiquiátricos com transtorno bipolar, depressão maior e transtorno esquizoafetivo.** Department of Psychology, Long Island University-Brooklyn, 1 University Plaza, Brooklyn, NY 11201, USA. Electronicaddress. Psychiatry Res. Nova Iorque, 2015.





**Artigo**

**ASPECTOS DAS PUBLICAÇÕES SOBRE SÍFILIS GESTACIONAL QUE  
CONTRIBUEM PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**ASPECTS OF PUBLICATIONS ON GESTATIONAL SYPHILIS THAT  
CONTRIBUTE TO NURSING ASSISTANCE**

Luzia Maria Santos da Silva<sup>1</sup>  
Renata Santos Carvalho<sup>2</sup>  
Kalyane Souza Amarant<sup>3</sup>  
Flávia Eunice Gonsalves Santos<sup>4</sup>  
Edil Bezerra Santos<sup>5</sup>  
Maria Mirtes da Nóbrega<sup>6</sup>

**RESUMO** - A sífilis apresenta as maiores taxas de transmissão durante o ciclo gravídico-puerperal. Pode causar aborto, natimortalidade, neomortalidade e complicações precoces e tardias em nascidos vivos. Trata-se de uma revisão integrativa, realizada entre os anos de 2011 e 2016, na base de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Identificou-se 20 artigos, destes apenas oito atenderam aos critérios de inclusão. Os estudos revelaram preocupação por parte dos autores com relação ao tratamento da gestante e do parceiro, mostram que ainda há um longo caminho a percorrer para a eliminação da sífilis gestacional e conseqüentemente da criança. Para os profissionais de enfermagem, os estudos trouxeram um alerta para que estes possam analisar de forma minuciosa os casos de sífilis, bem como os fatores envolvidos no processo, para subsidiar as ações de prevenção e controle da doença.

**Palavras chave:** Sífilis. Gestação. Pré-natal

---

<sup>1</sup> Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva com Ênfase em Estratégia Saúde da Família das FIP.

<sup>2</sup> Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva com Ênfase em Estratégia Saúde da Família das FIP.

<sup>3</sup> Discente de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos. Técnica de Enfermagem pela Escola Técnica de Enfermagem Dra. Miriam Nóbrega

<sup>4</sup> Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Caicó-RN.

<sup>5</sup> Discente de enfermagem das Faculdades Integradas de Patos.

<sup>6</sup> Enfermeira Mestre em Ciências da Educação, professora das FIP-PB.



Artigo

**ABSTRACT** - Syphilis has the highest rates of transmission during the pregnancy-puerperal cycle. It can cause abortion, stillbirth, neonatal mortality and early and late complications in live births. This is an integrative review carried out between the years 2011 and 2016 in the Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences database (LILACS). We identified 20 articles, of which only eight met the inclusion criteria. The studies revealed concern on the part of the authors regarding the treatment of the pregnant woman and the partner, show that there is still a long way to go for the elimination of gestational syphilis and consequently of the child. For the nursing professionals, the studies brought an alert so that they can analyze the syphilis cases, as well as the factors involved in the process, in order to subsidize the actions of prevention and control of the disease.

**Keywords:** Syphilis. Pregnancy. Prenatal

## INTRODUÇÃO

A gravidez consiste num ciclo onde a mulher passa por diversas transformações físicas, psicológicas e também fisiológicas, estando também vulnerável a algumas doenças. Das várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, a sífilis é a que apresenta as maiores taxas de transmissão (MESQUISTA et al., 2012). A transmissão da sífilis durante o período gestacional permanece como um grande problema de saúde pública (BRASIL, 2006).

A sífilis tornou-se uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica no Brasil em 1986 (PORTARIA nº 542, de 22/12/1986 – Ministério da Saúde), diante desse dano o Ministério da Saúde (MS) recomenda que o teste da sífilis seja oferecido a todas as gestantes nos primeiros estágios da gravidez e sejam realizadas campanhas para a eliminação da sífilis congênita no País. Entretanto, a sífilis permanece como agravo comum na gestação, apesar de testes diagnósticos baratos e acurados estarem disponíveis no mercado e da estável sensibilidade do *Treponema pallidum* à penicilina (BRASIL, 2007).

A sífilis gestacional, apesar de apresentar diagnóstico simples e tratamento eficaz, ainda apresenta prevalência alarmante, principalmente em países pobres ou em desenvolvimento. O risco de transmissão vertical da sífilis varia de 30% a 100%, dependendo da fase clínica da doença na gestante (NONATO; MELO; GUIMARÕES, 2015).



**Artigo**

Os desfechos negativos da gestação são: aborto, natimortalidade, neomortalidade e complicações precoces e tardias nos nascidos vivos. E ainda, mesmo após tratamento, as mulheres que tiveram sífilis durante a gravidez apresentam um risco maior de resultados adversos, tais como óbito fetal, perinatal ou neonatal, recém-nascido pré-termo e recém-nascido de baixo peso, do que as mulheres sem a infecção (MESQUITA et al., 2012).

A sífilis congênita é causa de morbidade na vida intrauterina, levando a desfechos negativos da gestação em mais de 50% dos casos (PIRES et al., 2013). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nos países subdesenvolvidos, em torno de 10% a 15% das gestantes seriam portadoras de sífilis.

Acredita-se que ocorram anualmente 12 milhões de casos novos de sífilis na população adulta em todo o mundo, 90% deles nos países em desenvolvimento. As estimativas apontam a sífilis congênita como responsável por mais de 500 mil mortes fetais por ano no mundo. Na região da América Latina e Caribe, a prevalência da sífilis nos recém-nascidos é de 3,1%, oscilando entre 1% no Peru e 6,2% no Paraguai. Na Bolívia, a prevalência de sífilis gestacional é de 7,2%, com taxa de transmissão vertical de 15,7%. No Brasil a prevalência média estimada da sífilis em parturientes varia entre 1,4% e 2,8%, com uma taxa de transmissão vertical de 25% (OLIVEIRA; SANTOS, 2015).

De acordo com Campos et al. (2010) a supressão da sífilis gestacional e congênita como problema de saúde pública exige a diminuição da sua incidência para menos de um caso por mil nascidos vivos. Para isso, devem ser desenvolvidas ações de prevenção no pré-natal e em maternidades, realizar busca ativa de gestantes com sífilis e tratamento completo, adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente.

Dentre os fatores que contribuem para o insucesso no controle da sífilis gestacional observam-se os obstáculos para o acesso aos serviços de pré-natal; a qualidade insuficiente de muitos destes serviços; a falta de solicitação para a realização do exame sorológico das gestantes conforme preconizado; e a não abordagem para tratamento e acompanhamento dos parceiros sexuais daquelas mulheres com resultado de sorologia positivo (MESQUITA et al., 2012).

Diante dessa realidade, surgiu a seguinte pergunta: que contribuições para enfermagem estão contidas nas publicações dos últimos cinco anos? Para tanto se pretende com esse estudo verificar as contribuições para enfermagem a partir das publicações nacionais sobre a sífilis gestacional, tendo em vista que o conhecimento adquirido através dos estudos analisados é um meio que permite preparar e qualificar melhor os profissionais em sua atuação fazendo-os refletir sobre sua prática profissional e necessidade de



Artigo

transformação das ações sobre essa temática, contribuindo desta forma, para um planejamento da assistência a gestante.

## REFERENCIAL TEÓRICO

### Considerações sobre a Sífilis

A história da origem da sífilis confunde-se com a história da civilização moderna e é marcada por controvérsias que persistem há mais de meio século. A teoria do Novo Mundo sustenta que a doença era endêmica nas Américas e foi introduzida na Europa pelos marinheiros de Colombo; a teoria do Velho Mundo se apoia na tese de que as treponematoses já existiam em terras europeias e eram causadas por um único microrganismo, mas, que foram sofrendo variações com os anos de modo a adquirirem características que aumentaram sua virulência, permitindo a transmissão sexual e acarretaram epidemias (OLIVEIRA; SANTOS, et al, 2015).

A primeira epidemia de sífilis relatada na história ocorreu na Europa e data do final do século XV, até então a doença era desconhecida (MAGALHÃES et al., 2011). O termo *lues venérea* ou simplesmente *lues*, cujo significado em latim é algo como peste, epidemia, surgiu no século XVI, em 1579, idealizado por Jean Fernel. Também denominado como mal gálico, mal venéreo, bubas e pudendrago, o nome sífilis surge em 1530, em um poema escrito por Girolamo Fracastoro de Verona, intitulado *Syphilis sive morbus gallicus*, contudo, sífilis como definição de um quadro patológico, começou a ser usado somente no final do século XVIII (NETO et al., 2009).

De acordo o Sistema de Vigilância Epidemiológica (2008) a sífilis é uma doença infecciosa cujo agente etiológico é uma bactéria denominada *treponema pallidum*, de transmissão predominantemente sexual que se não tratada, pode evoluir a estágios que comprometem a pele e órgãos internos, como o coração, fígado e sistema nervoso central.

O curso da doença se divide em quatro estágios: sífilis primária, secundária, latente e tardia ou terciária, esta divisão ocorre de acordo com o tempo de evolução da doença. A sífilis primária manifesta-se por pequena ulceração nos órgãos genitais (cancro duro) e surgimento de linfadenomegalia inguinal entre duas e três semanas, sem deixar sequelas visíveis. Sem tratamento a doença tende a se disseminar pelo organismo, provocando lesões cutâneas em várias partes do corpo, além de alopecia, amaurose, cardiopatias e acometimento neurológico (BRASIL, 2007).



**Artigo**

Aproximadamente um terço das pessoas acometidas na forma secundária desenvolve as complicações da fase terciária da doença, quando pode haver comprometimentos cardíacos, neurológicos e ortopédicos. Na maioria das vezes são assintomáticas, não se observam treponemas nas lesões e as reações sorológicas têm baixos títulos (PIRES et al., 2015).

**Sífilis e Gravidez**

De acordo com Macedo et al., (2009) a qualidade da assistência durante a gestação e parto é um importante determinante da redução de transmissão vertical da sífilis. Por ser uma doença sexualmente transmissível, a sífilis pode ser facilmente controlada, levando-se em consideração a existência de testes diagnósticos sensíveis, tratamento eficaz e de baixo custo. A ação mais consistente para controle da sífilis congênita está na garantia de uma assistência pré-natal ampla e de qualidade, garantindo-se o diagnóstico precoce e o tratamento em tempo hábil (BRASIL, 2008).

O Ministério da saúde preconiza que durante a gravidez seja feito dois testes sorológicos para identificar se a gestante é ou não reagente, o teste é realizado no primeiro e último trimestre de gestação, por volta da 28ª semana (BRASIL, 2007)

Para realização do teste são utilizados os métodos não treponêmicos que utilizam antígenos não derivados do agente causal e atualmente o mais utilizado é o *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) (OLIVEIRA; SANTOS, 2015).

O VDRL é um teste não treponêmico que apresenta alta sensibilidade e baixa especificidade. A sensibilidade do VDRL é de 70% na sífilis primária, 99% na secundária e latente com até um ano de duração e pode alcançar uma positividade de 100%, pois estas fases cursam com valores mais altos de titulação no exame quantitativo. Apresenta ainda rápida negatização em resposta ao tratamento, sendo o ideal para o rastreamento e controle da cura da sífilis (NETO et al., 2009).

Deste modo é necessário que se realize o teste uma vez que O não tratamento da infecção materna recente implica em contaminação do feto em 80 a 100% dos casos, enquanto a sífilis materna tardia não tratada pode acarretar infecção fetal com frequência de, aproximadamente, 30% (MACEDO et al., 2009).

É interessante ressaltar que mesmo após tratadas, as mulheres que tiveram sífilis durante a gestação apresentam um risco maior para resultados adversos quando comparadas com mulheres sem história de infecção. Quanto mais avançada a doença materna, menor é o risco de transmissão e a cada gestação sucessiva, a mulher não tratada vai diminuindo essa chance sem, contudo, eliminar os riscos (BRASIL, 2007).



**Artigo**

**METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo feito a partir de uma revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa é um método de pesquisa científica que tem a finalidade de reunir e sistematizar resultados de pesquisas, sobre um delimitado tema ou questão de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O universo desse estudo foram 32 artigos na base de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a amostra foi selecionada em 8 artigos após a inserção dos critérios de inclusão inicialmente propostos através dos descritores: sífilis, gestação, pré-natal.

Foram incluídos neste estudo artigos originais de abordagem quantitativa ou qualitativa; Estudos de caso, Relatos de experiência e Revisão integrativa; Artigos escritos em português no período compreendido entre 2009 a 2013 indexados na LILACS e que tenha o artigo completo disponível para consulta;

Foram excluídos textos não indexados nas bases de dados LILACS; Artigos anteriores ao ano 2009 e após o ano 2013; Teses, dissertações ou monografias; Que não tinha o texto completo disponível nas bases de dados; Artigos que estejam em outro idioma que não os selecionados nesse estudo.

Para coleta dos dados foi utilizado um protocolo contendo informações sobre o periódico, tipo de metodologia usada (descritiva de campo, pesquisa ação, exploratória, experimental, reflexão teórica e relato de experiência), objetivos, ano de publicação e os fatores predisponentes da sífilis.

Inicialmente foi observado o conteúdo do título do artigo sendo selecionados a partir desse ponto os resumos para leitura e interpretação dos mesmos. Após essa categorização os mesmos foram colocados em figuras e tabelas e analisados à luz da literatura.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Preliminarmente, encontraram-se 20 resumos de artigos, considerando a temática e os descritores elencados. Posteriormente, a partir dos critérios de inclusão e exclusão adotados, foram descartados 13 artigos, sendo as exclusões devidas ao fato de os estudos não abordarem o assunto em questão e por não estarem disponíveis na íntegra. Nesta



## Artigo

pesquisa bibliográfica foram analisados oito artigos científicos, que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos previamente. Todos os artigos foram publicados entre 2015 e 2011, sendo estudos brasileiros.

**QUADRO 1-** Título do artigo, periódico e ano de publicação.

<b>COD.</b>	<b>TÍTULO DO ARTIGO</b>	<b>AUTOR (ES)</b>	<b>PERIÓDICO</b>	<b>ANO</b>
<b>A1</b>	Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte - MG, 2010-2013	NONATO, S. M; MELO, A. P. S; GUIMARÃES, M. D. C.	Epidemiologia do Serviço de Saúde	2015
<b>A2</b>	Prevalência de sífilis e fatores associados em Pacientes atendidos no laboratório da fundação de saúde de vitória da conquista (BA).	PIRES, M. C. G et al.	DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis	2013
<b>A3</b>	Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade de assistência ao pré-natal	DOMINGUES, R. M. S. M et al.	Revista de saúde pública	2013
<b>A4</b>	Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual	CAMPOS, A. L. A et al.	Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia	2012
<b>A5</b>	Sífilis e gestação: estudo comparativo de dois períodos	FIGUEIRÓ-FILHO, E. A et al.	Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissível	2012
<b>A6</b>	Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal	MESQUITA, K. O et al.	Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissível	2012
<b>A7</b>	Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita	SARACENI, M.; MIRANDA, A. E.	Caderno de Saúde Pública	2012
<b>A8</b>	A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil.	MAGALHÃES, D. M. S et al.	Comunicação Ciência e Saúde	2011

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Dos oito artigos selecionados quatro utilizaram a pesquisa transversal com abordagem quantitativa, dois artigos são de revisão. Os autores investigaram gestantes, parturientes e puérperas. Quanto ao local de realização da pesquisa dois estudos foram



**Artigo**

realizados no Ceará nas cidades de Sobral e Fortaleza, um em Belo Horizonte capital de Minas Gerais, um em Vitória da Conquista na Bahia, um no Rio de Janeiro e um em Campo Grande no estado de Mato Grosso do Sul.

**QUADRO 2** - Tipo de estudo, abordagem, população e amostra, cidade onde foi realizada a pesquisa/outros.

<b>COD</b>	<b>TIPO DE ESTUDO</b>	<b>ABORDAGEM</b>	<b>POPULAÇÃO E AMOSTRA</b>	<b>CIDADE/OUTROS</b>
<b>A1</b>	Estudo de coorte histórica	Quantitativa	825 gestantes	Belo Horizonte - MG
<b>A2</b>	Estudo transversal	Quantitativa	134 Gestantes	Vitória da Conquista – BA.
<b>A3</b>	Transversal	Quantitativa	46 casos de sífilis na gestação	Rio de Janeiro - RJ
<b>A4</b>	Transversal	Quantitativo	56 parturientes	Fortaleza - CE
<b>A5</b>	Estudo transversal	Quantitativo	1.024 puérperas	Campo Grande –MS.
<b>A6</b>	Pesquisa documental exploratória-descritiva	Quantitativa	9 prontuários	Sobral, CE
<b>A7</b>	Revisão	Revisão	Não informa	Várias regiões
<b>A8</b>	Revisão	Revisão	56 artigos e 18 manuais técnicos	Base de dados

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.





**Artigo**

No **quadro 3** pode-se verificar os objetivos propostos pelos autores, os quais tanto estimaram a incidência como analisaram e determinaram a prevalência da sífilis.

**QUADRO 3.** Objetivos traçados pelos autores nas publicações.

<b>CÓD.</b>	<b>OBJETIVOS</b>
<b>A1</b>	Estimar incidência e fatores associados à sífilis congênita em conceptos de gestantes com sífilis atendidas nas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte - MG, Brasil.
<b>A2</b>	Determinar a prevalência de sífilis, incluindo as formas gestacional e congênita, e fatores associados em pacientes atendidos no laboratório da Fundação de Saúde de Vitória da Conquista (FSVC).
<b>A3</b>	Analisar a assistência pré-natal na prevenção da transmissão vertical da sífilis
<b>A4</b>	Analisar o perfil sociodemográfico e comportamental dos parceiros sexuais, a proporção daqueles inadequadamente tratados e os motivos da não realização do tratamento.
<b>A5</b>	Comparar dois períodos em população de puérperas para verificação da sífilis congênita (SC) como fator de assistência pré-natal.
<b>A6</b>	Analisar o perfil dos nove casos de sífilis congênita de Sobral, Ceará, ocorridos em 2010
<b>A7</b>	Correlacionar às informações disponíveis em sistemas nacionais de informação em saúde sobre notificações de sífilis em gestante, sífilis congênita e cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (FHS).
<b>A8</b>	Apresentar uma revisão dos aspectos históricos e epidemiológicos das manifestações clínicas, diagnóstico da sífilis materna e congênita.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.



Artigo

O **quadro 4** mostra sucintamente as contribuições que os estudos oferecem aos profissionais de enfermagem, ora orientando gestores enfermeiros e trabalhadores, ora apontando as falhas que devem ser um alerta para todos os trabalhadores que atuam no segmento da atenção básica.

**QUADRO 4** - Contribuições observadas nas publicações que norteiam as ações de enfermagem.

Nº	CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM
A1	A incidência de sífilis congênita sugere falhas na assistência pré-natal e indica serem necessárias novas estratégias para reduzir a transmissão vertical da doença
A2	O estudo mostra a efetividade da triagem no diagnóstico da sífilis.
A3	O estudo apresenta dados úteis para orientar as iniciativas dos gestores e de profissionais da saúde visando à melhoria da qualidade e à eliminação da sífilis congênita.
A4	Os motivos para o não tratamento dos parceiros fixos é de grande interesse e pode contribuir para o desenho de estratégias de intervenção, uma vez que demonstram a realidade e as dificuldades vivenciadas pelas mulheres
A5	Alerta para a dificuldade de acolhimento às necessidades específicas da mulher no momento do pré-natal, parto e puerpério, e da promoção à saúde integral.
A6	Reformular a assistência pré-natal ofertada às mulheres, enfatizando o seu aspecto qualitativo, a fim de se reduzir a transmissão vertical da sífilis.
A7	Contribuir para a formulação de estratégias para melhor controle e assistência nos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita na Estratégia Saúde da Família.
A8	Discorre sobre a sífilis trazendo uma reflexão sobre as lacunas deixadas pela assistência a gestante com infecção e próprio sistema.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Ao analisar o conteúdo dos artigos na íntegra e no que se refere aos resultados Domingues et al., (2013) verificou que apesar de algumas mulheres terem recebido o diagnóstico da sífilis, algumas falhas foram registradas como: início tardio do pré-natal, quebra na continuidade do cuidado com mudança de unidade de saúde durante a assistência, dificuldades no diagnóstico da sífilis durante a gestação, falhas no tratamento da gestante e, principalmente, do parceiro; além de falta de orientações sobre a doença e sobre uso de preservativos, indicam que a qualidade e efetividade da assistência para a redução da transmissão vertical foi baixa, além da ausência de ações de aconselhamento resultou no desconhecimento da própria realização do exame, inclusive em gestantes com exames reagentes.



Artigo

Campos et al. (2012) também trouxe à tona a ineficiência do tratamento da sífilis em parturientes, e procurou buscar as questões peculiares aos parceiros desse grupo e listou as seguintes causas: medo de dizer ao parceiro o diagnóstico, relação extraconjugal de seus parceiros, dificuldade de tratamento do parceiro, o não uso do da camisinha.

Figueiró-Filho et al. (2012) fez uma comparação entre puérperas nos anos de 2006 e 2011 e encontraram gestantes na faixa etária de 30 a 39 anos infectadas no primeiro período e no segundo período 100% da amostra estavam na faixa de 20 a 30 anos, mas chama a atenção neste estudo o fato de que a maioria dos parceiros em ambos os períodos não receberam tratamento.

Para Mesquita et al. (2012), apesar de se tratar de sífilis congênita os autores traçaram algumas dificuldades encontradas com relação a algumas gestantes, como o não comparecimento às consultas de pré-natal muito embora os profissionais da Estratégia Saúde da Família - ESF tivessem realizado constantes buscas ativas aos domicílios para uma melhor adesão destas ao serviço, elas continuavam resistentes ao acompanhamento.

Saraceni e Miranda (2012) procuram correlacionar a sífilis nas macrorregiões do Brasil e ressalva que a prevalência de sífilis na gestação gira em torno da média nacional, que foi estimada em 1,6%. Elevada prevalência também foi identificada por Pires et al (2013) e Nonato, Melo e Guimarães (2015).

Magalhães et al. (2011) enfatiza os aspectos históricos, conceito da sífilis, suas manifestações clínicas, tratamento e outros. A autora ressalva que a presença da infecção materna reflete uma falha no Programa de DST/AIDS e a persistência da doença congênita, devido a sua magnitude, reforça a premissa de que as atividades básicas e de baixo custo necessárias à sua eliminação e que deveriam ser realizadas nas ações de rotina do cuidado pré-natal não mudam o cenário, daí a concordância com os diversos autores já citados no que propõe uma avaliação do acesso e da qualidade das ações a serem realizadas entre as consultas, envolvendo o casal.

O controle da doença na gestação mostra-se um desafio para profissionais de saúde e gestores. Isso em decorrência do curto intervalo da gestação para a realização do seu diagnóstico e tratamento; pela dificuldade de abordagem das doenças sexualmente transmissíveis, principalmente durante a gestação; e provavelmente pelo desconhecimento da magnitude desse agravo e dos danos que ele pode causar à saúde da mulher e do bebê pela população e pelos profissionais de saúde (DOMINGUES et al., 2013; PIRES et al., 2013).

Campos et al. (2012) e Nonato, Melo e Guimarães (2015) recomendam que é preciso reforçar a necessidade de valorização e melhoria da qualidade do aconselhamento em casos de gestantes com sífilis. O aconselhamento, quando bem executado, é um



**Artigo**

instrumento importante para a quebra da cadeia de transmissão das DST, pois proporciona à pessoa avaliação das condições de risco. Pessoas que recebem o aconselhamento para DST têm maior chance de o parceiro comparecer ao serviço de saúde para tratamento.

Do ponto de vista clínico a sífilis é doença de fácil diagnóstico e tratamento, e o que pode ser evidenciado em diferentes estudos é a qualidade do acompanhamento pré-natal e a maneira como deve ser realizado, no entanto fica evidente a fragilidade do tratamento do parceiro seja pelo serviço público seja pela conscientização da própria pessoa.

O parceiro de gestante com sífilis ou DST não viral deve ser chamado para a realização do tratamento e, ainda que este não compareça, deve ser “objeto” de busca ativa da equipe de vigilância epidemiológica ou da saúde da família da área de abrangência da sua moradia e ser considerado portador da mesma doença, ainda que não apresente qualquer sintoma clínico, devendo receber o mesmo tratamento (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

Para superar a dificuldade no tratamento é importante a escuta apurada, a abordagem apropriada, respeitando as particularidades biológicas, psicossociais, culturais e ainda o seu modo de ser, viver e sentir da gestante e atribui essa responsabilidade a equipe de saúde, de acordo com as suas possibilidades. (FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2012).

A triagem bem realizada no pré-natal, seguida do tratamento adequado da gestante e parceiro(s), deveria apontar para uma razão de casos observados sobre casos estimados de sífilis na gestação próxima de 1,0, independentemente da cobertura da ESF, pois é sabido que nem todas as ações de assistência pré-natal são executadas na atenção básica. (SARACENI ;MIRANDA, 2012).

Acredita-se que o esclarecimento às gestantes sobre a gravidade da doença, o modo de transmissão, a prevenção, o tratamento e as consequências para o conceito, ressaltando-se a necessidade do tratamento concomitante do parceiro, é estratégia fundamental para que a gestante desenvolva interesse em participar da construção dos cuidados de saúde para si e para o feto, ainda que indiretamente, de modo que se torne uma aliada no próprio tratamento, evitando, assim, a transmissão vertical da infecção (MESQUITA et al., 2012).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise dos artigos que trataram da sífilis gestacional e congênita mostra que ainda há um longo caminho a percorrer para a eliminação da sífilis gestacional e consequentemente da criança.



**Artigo**

Ao se acoplar essa análise aos demais estudos, procurou-se chamar a atenção para a ampliação do cuidado no momento da assistência ao pré-natal, que tem tudo para ser o elo que faltava para complementar a corrente de eliminação do agente causador da sífilis.

Profissionais de saúde ligados a este atendimento se apresentam como instrumento facilitador para orientação, diagnóstico precoce da sífilis na gestante e a consequente eliminação da sífilis congênita.

Em todos os estudos houve uma preocupação por parte dos autores com relação ao tratamento da gestante e do parceiro, fato que normalmente não ocorre no cotidiano dos profissionais que atuam junto a este grupo.

Com relação às contribuições para os profissionais de enfermagem, os estudos trouxeram um alerta para que estes possam analisar de forma minuciosa os casos de sífilis, bem como os fatores envolvidos no processo, para subsidiar as ações de prevenção e controle da doença.

Importante ressaltar que a enfermagem cuida diretamente destas gestantes e cabe a estes profissionais estarem atualizados e desenvolverem uma assistência familiar, tanto a gestante como feto e parceiro, para que a evolução do parto, nascimento e recuperação da mulher se tornem eficientes.

**REFERÊNCIAS**

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis – manual de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, **Programa Nacional de DST/AIDS, Diretrizes para controle da sífilis congênita**: manual de bolso /Ministério da Saúde. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, A. L. A et al., epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.9, pp.1747-1755, set, 2010.

DOMINGUES, R.M.M et al., Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v.47, n.1, pp.147-57, 2013.



**Artigo**

FIGUEIRÓ-FILHO, E.A. et al., Sífilis e Gestação: Estudo Comparativo de Dois Períodos (2006 e 2011) em População de Puérperas. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.24, n.1, pp.32-37, 2012.

GALBAN, E., BENZAKEN, A.S. Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2006. **DST Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**; n.19, pp.166-72, 2007.

MAGALHÃES, D.M.S et al., A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Ciências Saúde** – v.22, n. Sup 1, S43-S54, 2011.

MACÊDO, V.C. et al., Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.8, pp.1679-1692, ago, 2009.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, Dec. 2008.

MESQUITA, K.O et al., Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal. **DST - Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. v. 24, n.1, pp.20-27, 2012.

NONATO, S. M; MELO, A.P.S; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte MG, 2010-2013. **Epidemiologia nos Serviços de Saúde**, Brasília, v.24, n.4, p.681-694, out-dez 2015.

NETO, B.G et al., A sífilis no século XVI – o impacto de uma nova doença. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**. v.16, n.3, pp. 17-9, 2009.

Oliveira JS, Santos JV. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no estado da Bahia, no período de 2010 a 2013. *Rev Eletrôn Atualiza Saúde*. 2015;2(2):20-30.

SARACENI, V. et al., Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Caderno de Saúde Pública**, n.21, pp.1244-50, 2005.



**Artigo**

PIRES, O., et al., Prevalência de sífilis e fatores associados em Pacientes atendidos no laboratório da fundação de saúde de vitória da conquista (BA). **DST - Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**; v.25, n.4, p.171-176, 2013.

RODRIGUES, C.S. **Sífilis na Gestação e Puerpério: Oportunidades estratégicas para sua prevenção e controle**, Brasil, 2000. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2005.

SARACENI, V.; MIRANDA, A.E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, pp.490-496, mar, 2012.



**Artigo**

**REANIME: UM SISTEMA ESPECIALISTA FUZZY BASEADO EM REALIDADE VIRTUAL PARA AVALIAÇÃO DE TREINAMENTO DE REANIMAÇÃO NEONATAL**

**REANIME: FUZZY SPECIALIST SYSTEM BASED ON VIRTUAL REALITY FOR EVALUATION OF TRAINING IN THE NEONATAL RESUSCITATION**

Ana Carolina Costa de Oliveira<sup>1</sup>  
Sérgio Ribeiro dos Santos<sup>2</sup>  
João Agnaldo do Nascimento<sup>3</sup>  
Juliana Sousa Soares Araújo<sup>4</sup>  
Iracema Filgueira Leite<sup>5</sup>  
Suderlan Sabino Leandro<sup>6</sup>

**RESUMO:** Este artigo tem como objetivo apresentar um modelo de sistema especialista *fuzzy* com o intuito de avaliar o treinamento do *Airways*, através do simulador de reanimação neonatal REANIME. O estudo foi dividido em 5 etapas: panorama do REANIME, definição das variáveis linguísticas, das regras, da seleção da amostra pelo do método de Monte Carlo e análise dos dados através do índice Kappa e da matriz de confusão. Como resultado pode-se destacar que as variáveis CS, DuPE, PrA se apresentaram com interseções pertinentes, pois, o processo de ensino-aprendizagem deveria se sobressair diante da dificuldade do processo simulado. Também foi possível identificar que a ferramenta de avaliação do REANIME geraram indicadores precisos

<sup>1</sup> Doutoranda em Modelos de decisão e Saúde na Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: carolyneoliveira@gmail.com

<sup>2</sup> Professor doutor e Pesquisador do Programa de pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde - Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: profsergioufpb@gmail.com

<sup>3</sup> Professor doutor e Pesquisador do Programa de pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde - Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: joaoagh@gmail.com

<sup>4</sup> Professora doutora em Saúde Pública do Departamento de promoção da saúde curso de Medicina, Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: julciclojp@gmail.com

<sup>5</sup> Doutoranda em Modelos de Decisão e Saúde, Professora da Faculdade São Vicente de Paula. E-mail: irafilgueira@hotmail.com

<sup>6</sup> Doutor em Enfermagem, Professor do Centro Universitário - UDF. E-mail: suderlan.leandro@gmail.com





**Artigo**

mesmo com dados simulados aleatoriamente. Diante disto, pode-se concluir que o modelo para avaliação de treinamento em procedimentos de reanimação neonatal utilizando sistema especialista *fuzzy* é satisfatório para treinamento em ambientes de realidade virtual.

**Palavras-chave:** Realidade Virtual, Reanimação neonatal, Sistema especialista, *Fuzzy*, Avaliação de treinamento

**ABSTRACT:** This article has purpose to present a fuzzy specialist system model with the aim of evaluating of the training the initial steps of newborn, através do REANIME um simulador de reanimação neonatal. The study was divided in 5 steps: REANIME vision, definition of linguistic variables, rules, selection of the sample by the Monte Carlo method and analysis of the data using the Kappa index and the confusion matrix. As a result it can be highlighted that the variables CS, DuPE, PrA presented with pertinent intersections, because, the teaching-learning process should stand out on the difficulty of the simulated process. It was also possible to identify that the evaluation model of the simulator generated accurate indicators even with randomly simulated data. Thus, it is concluded that the model for evaluation of training in neonatal resuscitation procedures using fuzzy specialist system is satisfactory for training in virtual reality environments

**Keywords:** Virtual reality, neonatal resuscitation, specialist system, fuzzy, evaluating the training

## INTRODUÇÃO

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), aproximadamente três milhões de crianças morrem anualmente antes de completar um mês de vida, mas eles poderiam ser salvos se recebessem cuidados apropriados e de qualidade durante as primeiras horas de vida. Segundo, Santos e Cubas (2012), a mortalidade infantil, nas últimas décadas, vem diminuindo no continente americano principalmente em decorrência da redução das disfunções por doenças infecciosas.

Para Benguigui (2014), a diminuição na mortalidade dos recém-nascidos (RNs) não foram uniforme em diversos países, inclusive o Brasil, aprofundando-se as distâncias entre esses países e grupos da população, o que reflete a falta de equidade para o acesso às medidas de prevenção e controles disponíveis. Em 2012, no estado da Paraíba foi criada



## Artigo

uma rede perinatal de telemedicina que vem sendo usada para melhorar o diagnóstico prematuro e cuidado de pacientes com cardiopatia congênita e ajudar os profissionais locais, após sua implantação houve uma redução na mortalidade neonatal (MATTOS et al., 2018).

Embora essas mortes ainda representem 28% daquelas em menores de cinco anos de idade, seu peso é inferior comparado com o das causas perinatais e neonatais, relativas à gestação, nascimento e primeiras quatro semanas de vida, que representam 38% das mortes (MANUAL DE REANIMAÇÃO NEONATAL, 2018). Anualmente nascem 130 milhões de crianças no mundo, cerca de 2,9 milhões de bebês morrem a cada ano nos primeiros 28 dias de vida. Desses, 2,6 milhões nascem mortos, sendo que 1,2 milhão dessas mortes ocorrem quando o coração do bebê para durante o trabalho de parto (ONU, 2014).

O cuidado apropriado ao recém-nascido tem sido um dos principais pontos das políticas de redução da mortalidade infantil (ONU, 2014), visto que o nascimento de uma criança apresenta a maior transição fisiológica da vida humana, em virtude das várias adaptações extrauterinas. Para isso, políticas públicas precisam ser criadas para garantir que a vida do recém-nascido seja prioridade, implementando cuidados em todo o ciclo neonatal, no qual deve incluir a qualificação do atendimento ao recém-nascido e a força de trabalho responsável por tal atendimento (DICKSON *et al.*, 2014). Assim, a reanimação neonatal pode se fazer necessária na assistência neonatal por demanda de competências cognitivas, técnicas e comportamentais, que exigem conhecimento, assimilação de achados e tomada de decisão (LINO et al., 2017). Diante dessa afirmação, compreende-se que esses fatores interferem diretamente na execução do atendimento de reanimação.

De forma que, o treinamento de reanimação é um elemento essencial na capacitação clínica dos profissionais de saúde (NOLAN et al., 2010), porque eles devem evidenciar competência na execução dos processos de reanimação. Portanto, treinamentos práticos devem comprovar sua eficácia e garantir que os participantes alcancem os resultados desejados (ONAN et al., 2017).

O treinamento na área da saúde sempre se baseou no aprendizado teórico, acompanhado da experiência clínica, com o contato direto do estudante com o paciente (MARIANI; PÊGO-FERNANDES, 2012). Com a evolução tecnológica do ensino, passam a existir alternativas para o treinamento teórico-prático, como por exemplo, a realidade virtual (RV). Para Hancock (1995), a RV é um conjunto de técnicas de interação homem-máquina, que geram simulações de diversas situações em ambientes variados. De acordo com Paiva et al. (2014), esse aparato de material possibilita soluções de problemas diversos em um contexto interdisciplinar. Para Jacho et al. (2014), a RV é uma técnica avançada de interface, em que o usuário realiza imersão, navegação e interação em um



Artigo

ambiente 3D (tridimensional), simulado pelo computador por intermédio de vias auditivas, visuais, táteis entre outras. Moraes e Machado (2013), afirmam que os sistemas de treinamento baseados na RV são ambientes 3D, compostos por objetos com topologias e comportamentos semelhantes aos objetos reais, diferentes formas de interação através dos dispositivos e das técnicas que exploram os sentidos humanos e cenários propostos com tarefas a serem executadas.

Assim, nos últimos anos, vários estudos vêm sendo desenvolvidos sobre a utilização dos simuladores de RV para treinamento, com o intuito de minimizar os custos e os recursos, como, por exemplo, a área de manutenção para manuseio de displays (ZHANG et al. 2007), engenharia elétrica para manutenção em rede de alta tensão (ARAÚJO et al. 2016), engenharia naval para manipulação da caldeira (CHEN; CHEN, 2011), e saúde para coleta de medula óssea (MACHADO; MORAES; ZUFFO, 2000). Contudo, o processo de treinamento, através da utilização de ambientes RV tem pouco valor, quando estes ambientes não são capazes de gerar *feedback* dos procedimentos realizados individualmente ou coletivamente em relação ao desempenho dos usuários. Assim, a existência de uma ferramenta de avaliação interna ao sistema de simulação de RV é fundamental para permitir conhecer o desempenho dos usuários e ajudar a melhorar a sua aprendizagem.

Diante disto, o simulador de realidade virtual é uma opção para treinamento e capacitação na área da saúde, tendo como alvo operacionalizar o processo de formação (o treinamento à distância entre indivíduos, capacitações em diversas áreas médica, reciclagens das equipes, manobras de reanimação cardíacas e neonatal) dos profissionais da saúde que trabalham em regiões longínqua. Assim, esse artigo tem como objetivo apresentar um modelo utilizando sistema especialista *fuzzy* com o intuito de avaliar o treinamento do *Airways*, através da utilização do simulador de reanimação neonatal.

## REFERENCIAL TEÓRICO

Na sequência são discutidos alguns temas relevantes à consecução do objetivo proposto, destacando o conceito de reanimação neonatal, realidade virtual na educação e na saúde e alguns aspectos ligados a sistema especialista *fuzzy*.



**Artigo**

**Reanimação neonatal**

No Brasil, em 1994, foi criado o primeiro Programa de Reanimação Neonatal (PRN) pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e, ao final de 1997, mais de 70% dos estados possuíam profissionais da saúde aptos a multiplicar os conhecimentos relativos ao atendimento do recém-nascido na sala de parto (ALMEIDA et al., 2005). A assistência apropriada ao recém-nascido na sala de parto é fundamental para prevenir lesões graves, as quais podem levar ao óbito neonatal (LINO et al., 2017).

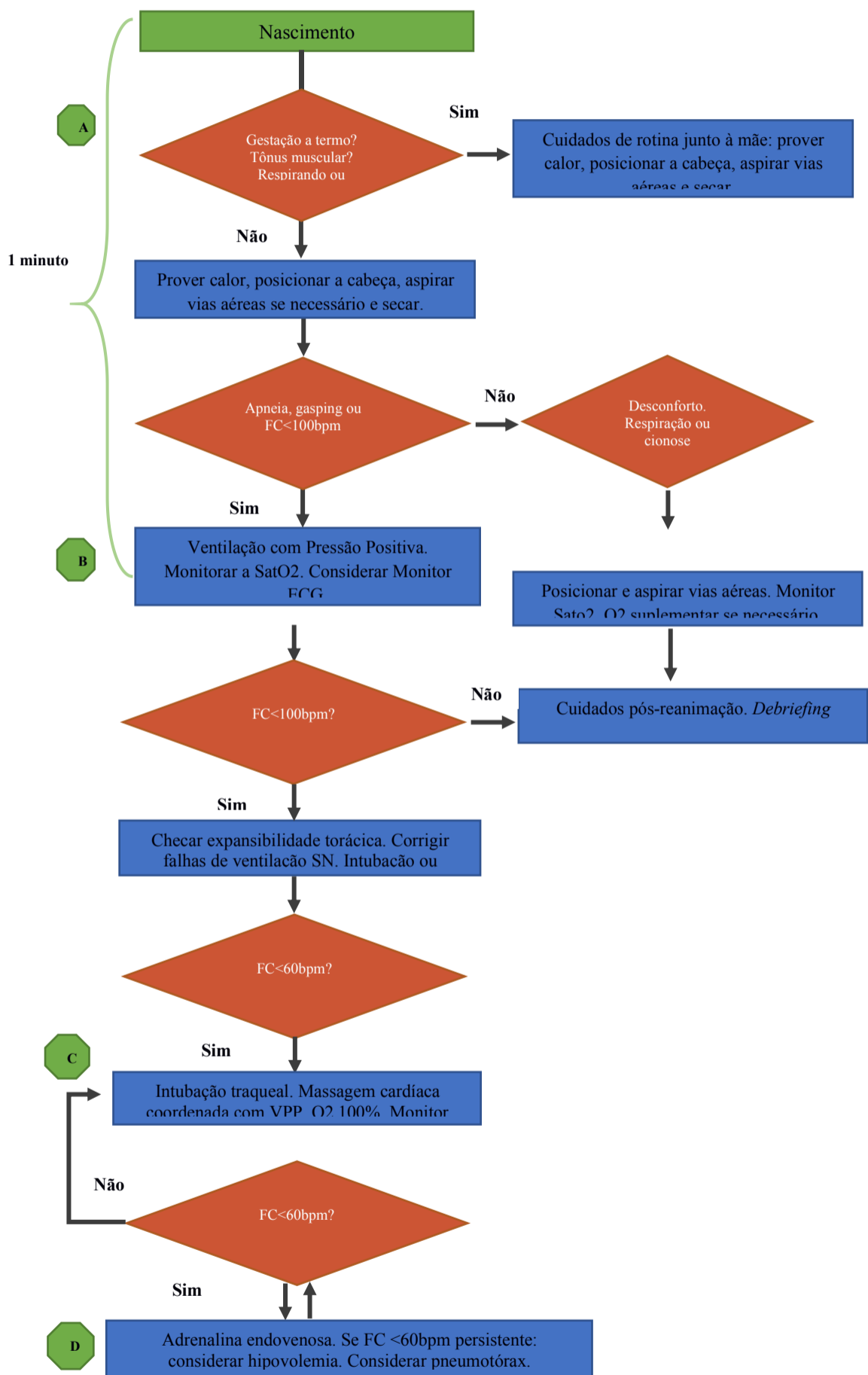
O Ministério da Saúde recomenda que em toda sala de parto deva haver uma equipe de profissionais treinados para realizar a reanimação, mesmo nas situações em que não existam riscos, tendo em vista que a reanimação tem papel fundamental para prevenção de mais de 3 milhões de morte de recém-nascidos em todo o mundo (ONU, 2017). No caso da não existência de risco, nada deve ser realizado além de enxugá-los, aquecê-los, avaliar as suas condições e entregá-los a mãe para estabelecer um contato precoce e íntimo (HUTTON et al., 2007; ORTIZ et al., 2014).

Por outro lado, as manobras de reanimação devem ser baseadas nas práticas descritas nos documentos publicados pelo *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR) que são atualizados a cada 5 anos. Para o ILCOR, esses documentos devem ser utilizados como guia para a construção das diretrizes adaptadas à realidade de cada nação (ALMEIDA; GUINSBURG, 2016).

O guia de reanimação neonatal descreve todos os passos que devem ser seguidos para avaliação e reanimação de um recém-nascido, de forma que essa pesquisa está utilizando o manual de reanimação neonatal de 2018. De acordo com o Manual de Reanimação Neonatal (2018) o processo de reanimação é dividido em 5 passos (Figura 1) e tem início com o nascimento do bebê. Para esse estudo, apenas será avaliado a etapa de *Airways*.



**Figura 1.** Fluxograma do Programa de Reanimação Neonatal  
Fonte: Manual de reanimação neonatal



### Artigo

**Passos iniciais do cuidado ao RN:** determinar se o bebê deve permanecer junto a mãe ou ser levado ao berço aquecido para uma avaliação mais detalhada. Em que será identificado a presença de respiração ou choro e tônus musculares.

**A - Airways:** fazer os passos iniciais para manter as vias aéreas pervias e apoiar a respiração espontânea do recém-nascido. Essa etapa também é conhecida como processo de estabilização em que é provido calor, posicionada a cabeça, aspirado as vias aéreas (se necessário) e realizada a secagem do recém-nascido.

**B - Breathing:** Aplicação da ventilação com pressão positiva (VPP) para ajudar a respiração dos recém-nascidos em apneia ou bradicárdicos. E, considerando o monitor de eletrocardiograma (ECG) e o monitoramento da SatO<sub>2</sub>. Nessa etapa é realizada a checagem de expansibilidade torácica, corrigidas falhas de ventilação e considerada a intubação ou máscara laríngea.

**C-Circulation:** Se existir persistência de bradicardia grave, apesar da ventilação assistida, o suporte circulatório inclui a realização de massagem cardíaca coordenada à VPP e O<sub>2</sub> 100%.

**D-Drug:** Se houver persistência de bradicardia grave, apesar da ventilação assistida coordenada à massagem cardíaca, a adrenalina é administrada, enquanto a VPP e a massagem cardíaca continuam a ser aplicada. Se a frequência cardíaca estiver menor que 60bpm é considerada hipovolemia ou pneumotórax.

Na seção 2.2 será apresentada a revisão de literatura sobre os conceitos básicos de realidade virtual e sua aplicação na educação e na saúde.

### Realidade virtual na educação e na saúde

Em meados da década de 1970, diversas instituições de ensino superior do mundo realizaram experimentos vinculando tecnologia e educação. Segundo Valente e Almeida (1997), desde então, algumas atividades de inserção do computador no processo de ensino-aprendizagem foram feitas permitindo, assim, a estas áreas, uma identidade própria e relativamente solidificada. Para Valente et al. (1999), intensas mudanças nos meios de produção e de serviço vêm gerando uma supervalorização desse conhecimento, em consequência da acessibilidade, a tecnologia, no âmbito educacional. Em outras palavras, os dispositivos tecnológicos estão promovendo uma verdadeira revolução no processo de ensino-aprendizagem contemporâneo.

Esse desenvolvimento de caráter revolucionário está transformando os processos de trabalho, de ensino-aprendizagem da sociedade e propiciando novas formas de



## Artigo

conhecimento e sua absorção em uma velocidade significativa (MACÊDO; OLIVEIRA; 2014). A utilização desses avanços tecnológicos na educação tem se tornado uma prática frequente na tentativa de dinamizar e tornar mais eficiente a metodologia de ensino atual, especialmente na área da saúde, de acordo com Ribaupierre et al. (2014), o aprendizado dos conteúdos envolve vários materiais e a aquisição de uma variedade de novas habilidades.

De acordo com Cheng (2014), novas tecnologias foram incorporadas tanto na formação teórica como na formação prática dos cursos de saúde, para tornar as matérias mais interessantes e mais fáceis de aprender. As mudanças nos ambientes de ensino apontam a utilização da simulação como uma alternativa para capacitação desses profissionais<sup>7</sup>, como, por exemplo, em 2015, o Hospital Israelita Albert Einstein e a Samsung Instituto de Desenvolvimento de Informática (SIDIA), firmaram uma parceria para capacitar, através da RV, profissionais de saúde dentro do Programa Parto Adequado (PPA), que tem como meta a redução do número de partos cesáreos no país (Figura 2). Rita Sanchez<sup>8</sup>, Obstetra e especialista em Medicina Fetal, em entrevista no ano 2017, afirmou que “a base da mudança comportamental é o treinamento de médicos e enfermeiros, e esse treinamento deve ser de aprendizado contínuo, trazendo novamente a confiança aos profissionais”. Desta maneira, a utilização de novos métodos de treinamento faz com que ganhássemos novos participantes ativos no processo, e conseqüentemente, pares fluentes para a disseminação do conhecimento.

---

<sup>7</sup> Enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, médicos, agentes comunitários de saúde, etc

<sup>8</sup> <https://news.samsung.com/br/einstein-e-sidia-anunciam-plataforma-de-realidade-virtual-para-treinamento-dos-profissionais-de-saude-dentro-do-programa-parto-adequado>



## Artigo



**Figura 2.** Simulação do Programa Parto Adequado  
Fonte: News Samsung<sup>9</sup>

Ainda em 2015, *Ministry of Human Resource Development Government of India*, propôs o desenvolvimento de uma plataforma de realidade virtual baseada em dispositivos móveis para treinamento e educação de agentes comunitários de saúde. Em 2016, durante a última *Consumer Electronics Show (CES)* em Las Vegas, *SimforHealth* do *Interaction Healthcare* apresentou um simulador de RV para estudantes de medicina, no qual eles desempenham o papel de um médico, que deve enfrentar uma situação urgente e lidar com o estresse (DAVIS, 2016).

Para que os simuladores sejam adequados a área de saúde, é fundamental que eles reproduzam com realismo as situações vivenciadas no dia-a-dia. Murphy et al. (2007) afirmam que a simulação desenvolvida com o foco na saúde possui um ambiente controlado que imita um cenário da vida real e permite que os profissionais exercitem seus conhecimentos, teóricos e práticos e os repitam quantas vezes for necessário, a fim de corrigir os erros, aperfeiçoar suas habilidades e otimizar os resultados clínicos, tendo em vista que a realização de alguns procedimentos médicos requer atenção, conhecimento e

---

<sup>9</sup> <https://news.samsung.com/br/einstein-e-sidia-anunciam-plataforma-de-realidade-virtual-para-treinamento-dos-profissionais-de-saude-dentro-do-programa-parto-adequado>





## Artigo

prática. É a RV uma alternativa para treinamento de profissionais de saúde, pois é possível desenvolver e aperfeiçoar habilidades antes mesmo de tocar em um paciente real.

Na seção 2.3 será apresentada a revisão de literatura sobre a modelagem de sistema especialista *fuzzy*.

### Sistema especialista baseado em lógica *fuzzy*

O sistema especialista (SE) é integrado por programas de computadores providos de mecanismos de aprendizagem, para resolver problemas com eficiência de um dado domínio, de forma semelhante a um ser humano (MORAES; MACHADO, 2007). Para Batocchio, Pires e Amorim (2009), os SEs são um ou vários programas computacionais que utiliza a representação do conhecimento projetado, para emular a especialização humana de algum domínio específico. Contudo, o conhecimento gerado pelo especialista na sua maioria é impreciso.

Diante disto, e da necessidade de tratar problemas que requerem condições de incerteza, Lofti Zadeh em 1965, desenvolveu a teoria dos conjuntos *fuzzy*, que tem o objetivo de permitir que modelos computacionais tenham condições de elaborar soluções que tratem de incertezas. Para Zadeh (1965), um conjunto *fuzzy* pode ser representado por meio de um conjunto na Teoria dos Conjuntos Clássica, do qual só se tem um conhecimento impreciso. Assim, a pertinência de um elemento a um conjunto é representada não mais por um valor entre  $\{0,1\}$ , mas por um valor qualquer no intervalo  $[0,1]$ , ou seja, a pertinência de um elemento a um conjunto pode ser parcial. Dado um universo  $U$ , um elemento particular  $x \in U$  e um conjunto Fuzzy  $A$  que está contido em  $U$ , define-se como função de pertinência de  $x$  em relação  $A$  função  $\mu_A(x)$  da forma:  $\mu_A(x): U [0,1]$ .

O uso de conjunto *fuzzy* fornece uma base para um modo sistemático de manipulação de conceitos imprecisos. Em particular, emprega-se conjuntos *fuzzy* para representação de variável linguística (VL). Para Vetterlein et al., (2010) uma variável linguística encapsula as propriedades de aproximação ou imprecisão de forma sistemática e computacionalmente útil, por meio de um conjunto *fuzzy*.

Segundo Lee (1990), uma variável linguística é uma Quintupla:  $VL = (x, t(x), U, G, M)$ . Então,  $x$  é o nome da variável e  $t(x)$  é o conjunto de termos de  $x$ , isto é, o conjunto de nomes de valores linguísticos de  $x$ , sendo cada valor um número *fuzzy* definido em  $U$ .  $G$  é uma regra sintática para gerar os nomes de valores de  $x$  e  $M$  é uma regra semântica para associar a cada valor seu significado. As VLs são usadas para representação das



## Artigo

variáveis de entrada e saída, cujo valor é um número *fuzzy*, em que esses valores são definidos em termos linguísticos. Para representação dos conjuntos *fuzzy* são utilizadas funções de pertinência (ROSS, 2010; SANTOS, 2010).

Assim, uma função de pertinência ou “*membership*” de um conjunto *fuzzy* representa as propriedades semânticas do conceito. As principais funções de pertinência são: linear; curva Z; *sigmóide*; pi; beta; gaussiana; trapezoidal; triangular. A forma de expressar o conhecimento em um sistema *fuzzy* é por meio das regras do tipo condição – ação. De forma genérica, uma regra *fuzzy* é do tipo: SE (x é  $a_i$ ) AND (y é  $b_i$ ) OU... ENTÃO (z é  $c_i$ ) E (w é  $d_i$ )..., em que x e y são variáveis *fuzzy* de entrada, z e w são variáveis *fuzzy* de saída e  $a_i$ ,  $b_i$ ,  $c_i$  e  $d_i$  são realizações dessas variáveis, medidas na interação do usuário com o sistema (ZADEH, 1973). E as operações com conjuntos *fuzzy* são realizadas por meio de operações de complemento, união e intersecção. Para as operações de intersecção e união são utilizados os operadores t-norma e t-conorma. Schweizer (1961) propõe a norma triangular (t-normas) que tem o objetivo de modelar a intersecção de conjuntos *fuzzy* e, conseqüentemente, a conjunção de proposições *fuzzy*. E a conorma triangular (t-conorma ou co-norma) utilizada em conjuntos *fuzzy* para representar o operador clássico de união e disjunção (BEDREGAL; TAKAHASHI, 2005; SANTOS, 2010).

E por fim, a estrutura de sistema especialista *fuzzy* proposta por Mamdani (1974) e adaptada por Lee (1990). A configuração básica do *fuzzy Logic Controller* (FLC) possui quatro componentes: interface de fuzziificação, base de conhecimento, lógica de tomada de decisão e interface de defuzziificação.

1. A interface de *fuzzy*ificação envolve as seguintes funções: a) medir os valores das variáveis de entrada; b) realizar um mapeamento de escala que transfere o intervalo de valores das variáveis de entrada para os universos correspondentes do discurso; c) executar a função de fuzziificação que converte dados de entrada em valores linguísticos adequados que podem ser vistos como rótulos de conjuntos *fuzzy*.
2. A base de conhecimento compreende o conhecimento do domínio de aplicação e os objetivos de controle do usuário. Consiste em um "banco de dados" e em um "banco de regras de controle linguística (*fuzzy*)". O banco de dados fornece as definições necessárias, que são usadas para definir regras de controle linguístico e manipulação de dados *Fuzzy* em um FLC, e o banco de regras caracteriza as metas e a política de controle dos especialistas de domínio por meio de um conjunto de regras de controle linguístico.
3. A lógica de tomada de decisão é o *kernel* do FLC. Ele tem a capacidade de simular a



**Artigo**

tomada de decisão humana com base em concertos *fuzzy* e de inferir ações de controle *fuzzy*, empregando a implicação *fuzzy* e as regras de inferência na lógica *fuzzy*.

4. A interface de defuzzificação executa o mapeamento de escala, que converte conjunto *fuzzy* em um número que representa o estado da saída do sistema para uma determinada condição.

Na seção 3 será apresentado os procedimentos metodológicos usado para a construção do artigo.

**METODOLOGIA**

O trabalho desenvolvido é de natureza descritiva e aplicada por ter como objetivo descrever as características de uma população, de um fenômeno ou de uma experiência e aplicá-las. A pesquisa é do tipo quantitativa que tem por objetivo quantificar os dados e é fundamentada em grandes amostras representativas, aplicando uma análise estatística. (MALHOTRA, et al., 2010). A amostra foi definida através do método de Monte Carlo (MMC) que é basicamente “um experimento amostral, cuja proposta é estimar a distribuição de uma variável de saída que depende de diversas variáveis probabilísticas de entrada” (EVANS; OLSON, 1998, p. 6). Em outras palavras, é visto como método numérico universal para resolver problemas por meio de amostragem aleatória (aproximação da solução).

Preliminarmente, foi realizada uma coleta bibliográfica para obter o conhecimento necessário na construção da contextualização de argumentos e observações teóricas, assegurando a qualidade das informações.

O estudo foi dividido em 5 etapas:

- a) Etapa 1 foi apresentado um panorama do simulador de realidade virtual REANIME, que tem como objetivo aferir processo de ensino-aprendizagem dos profissionais da saúde, através de um modelo de avaliação de treinamento de reanimação neonatal. Para esse estudo, foi utilizado apenas do *Airways*.
- b) Etapa 2 foram definidas as variáveis linguísticas de entradas (fuzzificação) e de saída (defuzzificação), os termos linguísticos, as regras de inferência, as funções de pertencias, a partir do plugin jFuzzyLogic. O jFuzzyLogic é um pacote de lógica fuzzy escrito em Java, disponível pela licença “LGPLv3”, este pacote implementa uma Linguagem de Controle Fuzzy (CINGOLANI, JESUS, 2012). Essa linguagem possui características diretamente relacionadas com a



Artigo

lógica Fuzzy que permite ao programador especificar conjuntos fuzzy, que são listas de pontos em um gráfico, bem como o conjunto de regras do sistema de inferência e o método de defuzzificação.

- c) Na etapa 3 foi constituída a definição das regras, as quais são utilizadas nas inferências do sistema especialista *fuzzy*, que, baseadas nas variáveis de entrada, apresentadas na etapa anterior, calculam o valor *fuzzy* da variável de saída. Para isso, foram definidos dois grupos de regras, sendo que o primeiro conjunto de regras faz uso da função de pertinência “SATISFATÓRIO” e o segundo conjunto de regras faz uso das regras que possuem como saída o conjunto *fuzzy* “NÃO\_SATISFATÓRIO” em que foi utilizando método *CenterOfGravity*, que objetiva calcular o valor central do gráfico resultante do sistema especialista *fuzzy* para determinadas entradas, no qual há a entrada de um valor *fuzzy* em a saída de um valor discreto, o qual poderá ser analisado.
- d) A etapa 4 foi a responsável pela seleção da amostra, que se deu a partir da geração de cem (100) valores aleatórios, através da simulação de cada uma das 6 variáveis (PrCalor, PoCP, Asp, PrA, CoS, DuPE), de acordo com o seu tipo de distribuição utilizando o *software* R, gerando assim um banco de dados composto por seis atributos e 100 registros simulados, a partir do método de Monte Carlo no qual é utilizado três passos básicos: estabelecimento das populações de interesse; obtenção das amostras aleatórias dessas populações e por fim, a criação da distribuição de frequência da estatística (DE SORTEIO, 2007). A seleção e coleta de dados foi realizada entre os dias 2 e 3 de novembro de 2017.

E por fim, a etapa de análise dos dados que foi realizada a partir da simulação dos 100 registros do banco de dados, a partir de uma implementação desenvolvida em Linguagem Java, no qual se utilizou o índice Kappa ( $k$ ) e da matriz de confusão.

1. A estatística Kappa é um índice que mensura o nível da concordância e ligação dos dados. Os seus resultados podem variar de 0 a 1, de modo que quanto mais próximo de 1 maior é a confiança dos resultados (SHESKIN, 2003). Na Tabela 1, encontra-se a interpretação dos valores de Kappa adotados no estudo.



## Artigo

**Tabela 1** - Interpretação dos valores de Kappa ( $k$ ).

Valor de Kappa ( $k$ )	Interpretação
< 0	Nenhuma concordância
0 – 0,20	Leve concordância
0,21 – 0,40	Concordância regular
0,41 – 0,60	Concordância moderada
0,61 – 0,80	Concordância substancial
0,81 – 1	Concordância quase perfeita

Fonte: Sheskin (2003).

2. A Matriz de Confusão é observada na saída dos resultados analisados e apresenta a quantidade de erros e acertos das classificações das instâncias, a qual deve apresentar em sua diagonal principal os acertos e os demais valores, os erros, devem ser igual a 0.

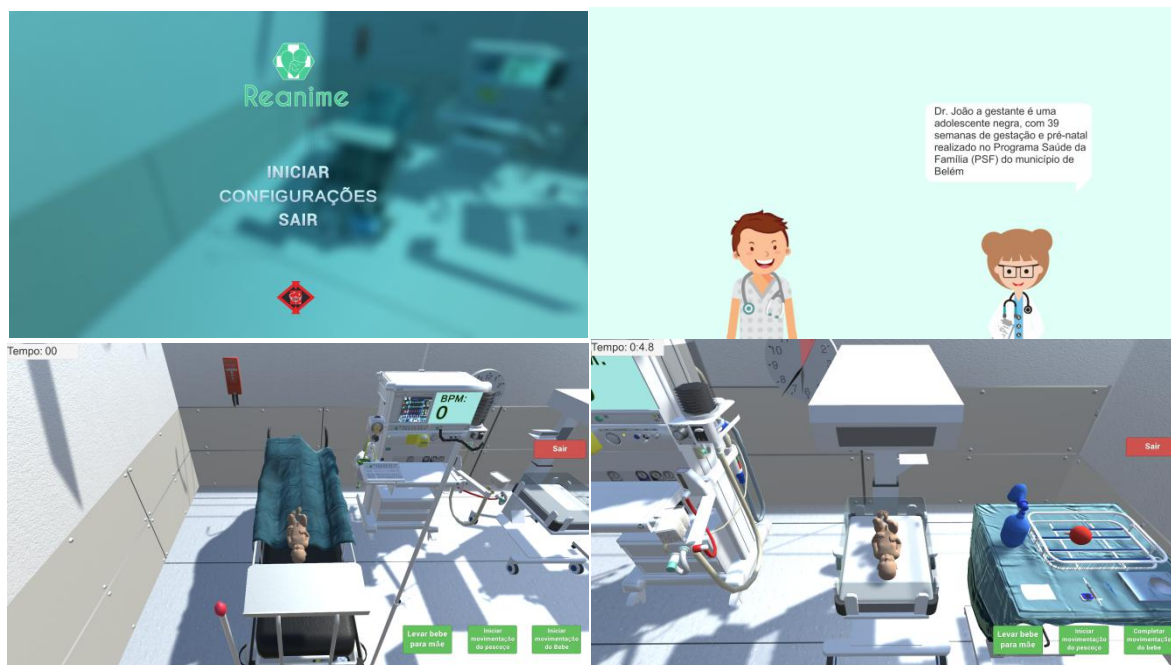
## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Essa seção discute os desdobramentos dos resultados e discussões que foram delimitados na metodologia, abordando também observações relevantes para atingir a finalidade da pesquisa.

A etapa 1 tem início com o acesso ao simulador REANIME, de acordo com a figura 4, na sequência é realizada a anamnese materna, através de um diálogo entre a enfermeira e o médico, para cada estudo de caso, um novo diálogo é exibido. Vale salientar, que todo material necessário para o processo de reanimação está disponível no REANIME (via *checklist*) tendo em vista que eles devem ser preparados, testados e estar disponíveis, pelo fato desse material ser fundamental para a avaliação do paciente, manutenção da temperatura, aspiração de vias aéreas, ventilação e administração de medicações (se necessário).



## Artigo

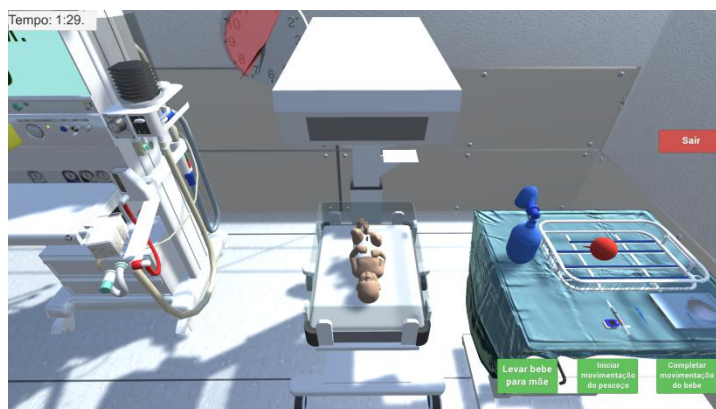


**Figura 4.** Telas do REANIME  
Fonte: Pesquisador do estudo

De acordo com Almeida e Guinsburg (2016), após o nascimento de um RN com idade gestacional entre 37-41 semanas, os profissionais de saúde devem identificar se o RN está respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão. De tal modo que, o *feedback* do profissional deve ser rápido, visto que é fundamental para o diagnóstico da boa vitalidade do RN ou não. Caso, o RN não esteja com uma boa vitalidade, deve iniciar imediatamente os passos iniciais do cuidado ao recém-nascido.



## Artigo



**Figura 5.** Sala de reanimação do REANIME  
Fonte: Pesquisador do estudo

Como pode ser observado na Figura 5, o RN é conduzido ao berço aquecido e com isso, inicializada a etapa do *Airways* que são: prover calor, posicionar a cabeça em leve extensão, aspirar boca e narinas (se necessário) e secar. Esses passos devem ser executados em, no máximo, 30 segundos. A etapa do *Airways* agem como um estímulo sensorial importante para o início da respiração (ALMEIDA; GUINSBURG, 2016). Conforme apontamento na metodologia foi utilizada na etapa *Airways* para construção do modelo de avaliação de treinamento utilizando sistema especialista *fuzzy*.

A etapa 2, teve como finalidade a definição das variáveis de entrada do modelo de avaliação de treinamento da etapa *Airways* para o profissional da saúde, com o auxílio do especialista em neonatologia. As variáveis de entrada ou variáveis linguísticas ou *fuzzificação* estão dispostas no quadro 1, simultaneamente a descrição, o tipo de distribuição estatística e seus parâmetros (grau de pertinência). Elas foram a base para a construção da base de dados.



## Artigo

**Quadro 1** – Geração das variáveis

<i>VARIÁVEL</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>TIPO DE DISTRIBUIÇÃO</i>	<i>PARÂMETRO</i>
<i>Prover_calor (PrCalor)</i>	Encaminhar o RN à mesa de reanimação envolto em campos aquecidos e posicionado sob a fonte de calor radiante	Distribuição Bernoulli	sim, não
<i>Posição_cabeça_pescoço (PoCP)</i>	Posicionar a cabeça em leve extensão de aproximadamente 45° grau (evite a hiperextensão ou a flexão exagerada do mesmo)	Distribuição Normal	45° grau
<i>Aspiração (Asp)</i>	Se houver obstrução por excesso de secreções: realizar aspiração de vias aéreas delicadamente	Distribuição Bernoulli	sim, não
<i>Pressão aspiração (PrA)</i>	Sonda traqueal nº 8 – 10 conectada ao aspirador à vácuo, sob pressão máxima de 100 mmHg;	Distribuição Normal	10 mmHg
<i>Cabertura_secagem (CS)</i>	Secar o corpo do RN	Distribuição Multinomial	1.total, 2.parcial, 3.sem_secagem
<i>Duração processo (DuPE)</i>	Aproximadamente 30 segundos	Distribuição exponencial	30 segundos

Fonte: Pesquisador do estudo

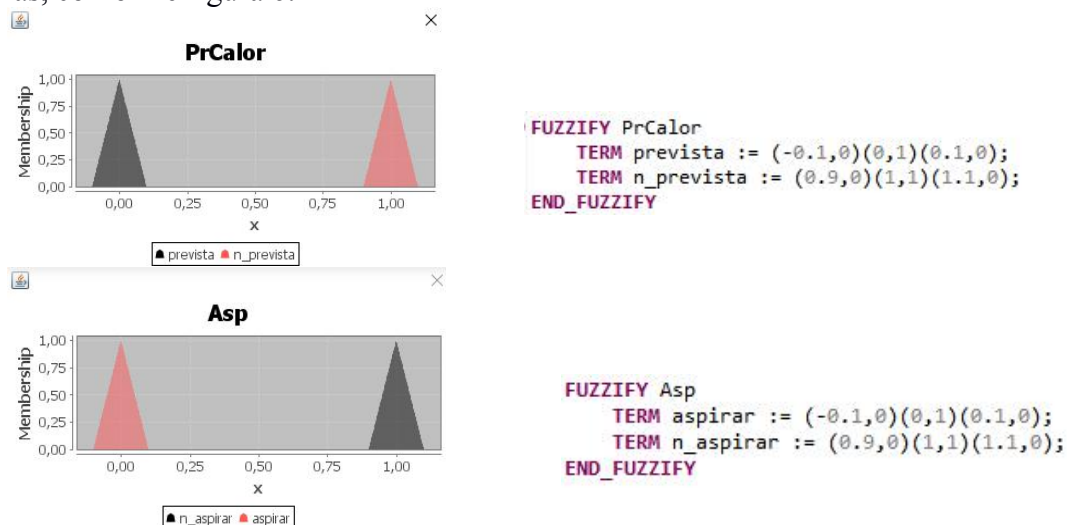
Para as variáveis linguísticas *PrCalor* e *Asp*, considerou-se os seguintes termos: “prevista”, “não\_prevista” para *PrCalor* e para *Asp* “aspirar” ou “não\_aspirar”. Com isso, foram estabelecidas as fronteiras às quais, os termos linguísticos pertencem. Eles compõem função booleana (zero (0) e um (1)) com pertinências de até um décimo de ponto acima e abaixo dos limites (0,1) e (1,1), respectivamente, constituindo duas formas





## Artigo

triangular, sem intersecções tendo em vista que as duas variáveis linguísticas são booleanas, conforme figura 6:



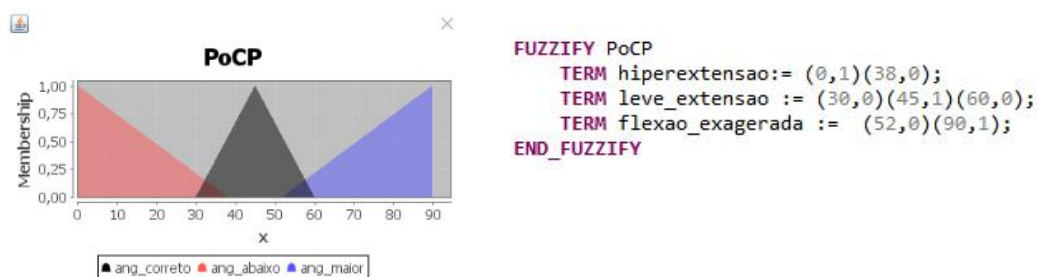
**Figura 6.** Gráfico e sintaxe do código das variáveis PrCalor e Asp

Fonte: Pesquisador do estudo

A variável *PoCP* teve os graus de pertinência distribuídos ao longo do universo composto pelos inteiros de 0 a 90. Considerou-se que os dois extremos, “hiperextensao” e “flexao\_exagerada”, são absolutamente pertinentes apenas nos limites (0, 1) e (90, 1), respectivamente. A partir desses pontos, as funções decrescem até os pontos (38, 0) e (52, 0). A função para “leve\_extensao” começa a crescer nos pontos (30, 0) e (60, 0), atingindo seu ápice no ponto (45, 1), constituindo três formas triangulares, com curtas intersecções triangulares em hiperextensao / leve\_extensao e leve\_extensao/ flexao\_exagerada, conforme a figura 7:

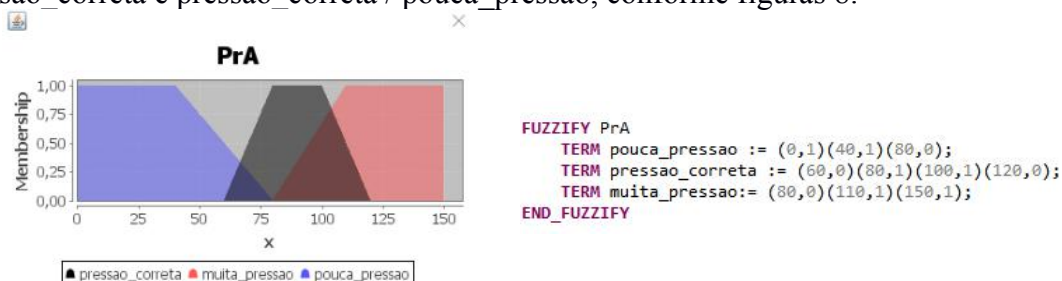


## Artigo



**Figura 7.** Gráfico e sintaxe do código da variável PoCP  
Fonte: Pesquisador do estudo

Para a variável linguística **PrA**, considerou-se que os dois extremos, “muita\_pressao” e “pouca\_pressao”, são absolutamente pertinentes até quarenta pontos acima e abaixo dos limites (0, 1) (40,1) e (110, 1) (150, 1), respectivamente. A partir desses pontos, as funções para “muita\_pressao” e “pouca\_pressao” decrescem, enquanto cresce para “pressao\_correta”, até o 80 do conjunto universo, onde as duas primeiras atingem grau 0 (80, 0) e esta última atinge seu ápice no intervalo entre 80 e 100, constituindo três formas trapezoidais, com intersecções triangulares em muita\_pressao / pressao\_correta e pressao\_correta / pouca\_pressao, conforme figuras 8:

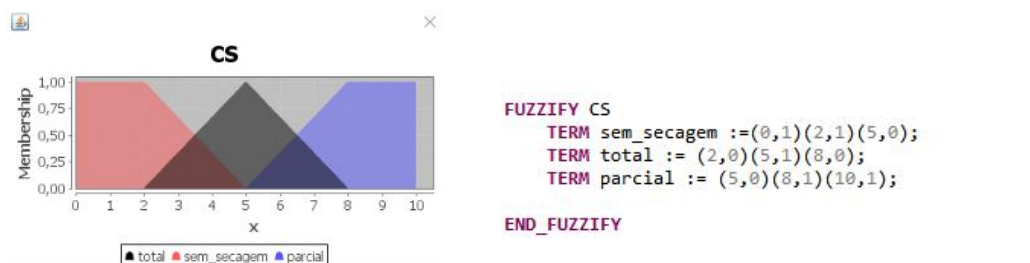


**Figura 8.** Gráfico e sintaxe do código da variável PrA  
Fonte: Pesquisador do estudo

A variável **CS** possui os seguintes termos: “sem\_secagem”, “parcial” e “total” constituindo duas formas trapezoidais e uma triangular, com intersecções triangulares. Conforme figuras 9:

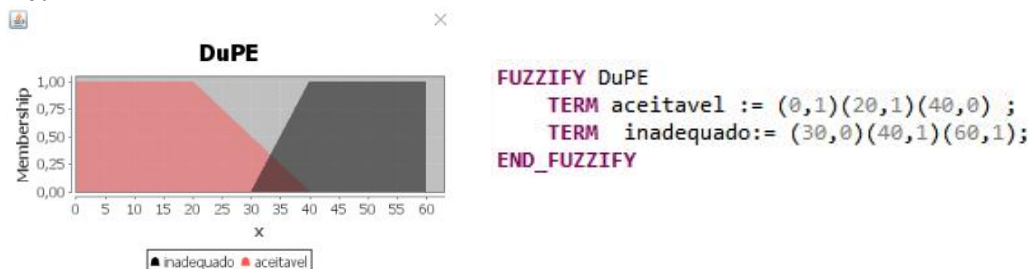


## Artigo



**Figura 9.** Gráfico e sintaxe do código da variável CS  
Fonte: Pesquisador do estudo

Por fim, a variável linguística **DuPE** é composta pelos seguintes termos linguísticos: “aceitável” em que a etapa *Airways* deveria ser executadas em até 30 segundos e “inadequado” quando *Airways* excederam 30 segundos, constituída de duas formas trapezoidais, com intersecções triangulares em aceitável/inadequado, conforme figuras 10:



**Figura 10.** Gráfico e sintaxe do código da variável CS  
Fonte: Pesquisador do estudo

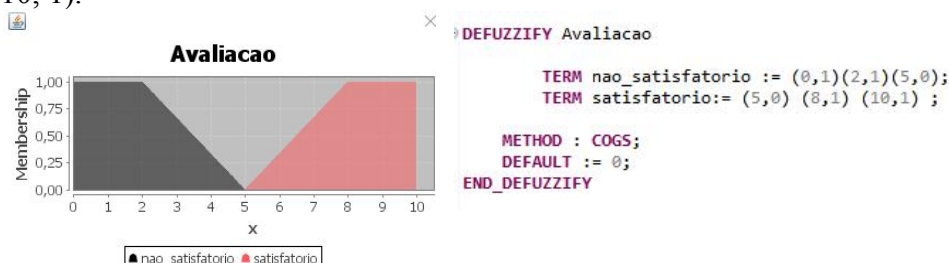
É possível verificar, analisando os gráficos, que a variável **PoCP** deixa menos espaço para transição entre as variáveis (representada pela intersecção), em comparação com as variáveis **CS**, **DuPE** e **PrA**. Isso se dá porque, como explicado, o critério que está abarcado por essa variável é apenas o posicionamento da cabeça em leve extensão de aproximadamente 45° grau (evite a hiperextensão ou a flexão exagerada do mesmo), tendo sido os aspectos de gerenciamento de tempo (**DuPE**), quantidade de pressão exercita (**PrA**), caso haja aspiração e o tipo de secagem (**CS**), mais relevantes em termos de avaliação.

Na etapa 3 foi estabelecida a variável de desfuzzyficação, avaliação, segue distribuição semelhante à das variáveis **DuPE** e **PrA**, com exceção do nível médio: no



## Artigo

intervalo (80, 1) (100, 1) da variável **PrA**, o valor é absoluto para “**nao\_satisfatorio**”, desempenho que decai até o ponto (5, 0), no qual a função para “**satisfatorio**” começa a crescer, até atingir seu ápice no ponto (8, 1), a partir de onde permanece estável até o ponto (10, 1).



**Figura 11.** Gráfico e sintaxe da variável de desfuzzyficação avaliação  
Fonte: Pesquisador do estudo

Conforme explicado, as variáveis **CS**, **DuPE** e **PrA** foram consideradas críticas para análise, que tem como finalidade avaliar a proficiência do aluno em treinamento como satisfatório ou não satisfatória. Por essa razão, a **PoCP** considerada “hiperextensão” ou “leve\_extensao” tem peso na análise apenas quando a **CS**, **DuPE** e **PrA** forem consideradas (sem\_secagem, inadequado e pouca\_pressao) ou (parcial, inadequado e muita\_pressao), respectivamente.

```
RULE 1 : IF PrCalor IS prevista AND PoCP IS leve_extensao AND Asp IS aspirar AND PrA IS pressao_correta AND CS IS total AND DuPE IS aceitavel THEN Avaliacao IS satisfatorio;  
RULE 2 : IF PrCalor IS prevista AND PoCP IS leve_extensao AND Asp IS aspirar AND PrA IS pouca_pressao AND CS IS parcial AND DuPE IS aceitavel THEN Avaliacao IS satisfatorio;  
RULE 3 : IF PrCalor IS prevista AND PoCP IS hiperextensao AND Asp IS aspirar AND PrA IS pressao_correta AND CS IS total AND DuPE IS aceitavel THEN Avaliacao IS satisfatorio;
```

**Figura 12.** Conjunto de Regras Fuzzy  
Fonte: Pesquisador do estudo

Assim, aponta-se que a variável **avaliação** passa a ser considerada satisfatória se as **CS** e/ou **DuPE** e/ou **PrA** forem, no mínimo, parcial, aceitável e pouca\_pressao, ou seja, se não a execução de erro que não afetam a integridade do recém-nascido. Por sua vez, a **PoCP** “hiperextensão” só ganha peso considerável se, no mínimo, as outras variáveis se apresentarem com interseções pertinentes, pois, nesse caso, o processo de ensino-aprendizagem deveria se sobressair diante de certa dificuldade na simulação da etapa *Airways*. Por esse mesmo motivo, para a **PoCP** ter peso negativo na análise, é necessário que mais de três variáveis tenham sido consideradas inconclusivas.

Na etapa 4 foram gerados os dados aleatórios para as variáveis (PrCalor, PoCP, Asp, PrA, CoS, DuPE), através do método de Monte Carlo em que foram considerados os



## Artigo

três passos básicos. O primeiro passo envolveu o estabelecimento da população, de acordo com os parâmetros definidos nas variáveis a partir dos comportamentos distribucionais de cada uma das variáveis (quadro 1). Em seguida foram obtidas cem (100) amostras para cada variável, através da geração computacional de uma sequência de números aleatórios utilizando o *software* R. E por fim, foi executado o método de monte Carlo em que se consistiu na elaboração de uma planilha hipotética contendo as amostras aleatórias para cada um dos seis atributos (variáveis). Assim, foram construídos 100 experimentos, o que permitiu um estudo probabilístico dos dados. Esses 100 experimentos, por sua vez, foram importados para a base de dados do REANIME, os quais foram acessadas pela biblioteca *jFuzzylogic* (CINGOLANI, JESUS, 2012).

Na quinta e última etapa foi realizada uma análise dos resultados gerados pelo modelo *fuzzy* para avaliar o treinamento da etapa *Airways* implementada no simulador de realidade virtual REANIME, utilizou-se do índice Kappa (k) e a matriz de confusão.

Como resultado, pode-se destacar que a avaliação, através o uso do método de Monte Carlo para a etapa *Airways* através do REANIME, foi considerada de concordância moderada, tendo um valor de *k* de 0.685. Já para análise da matriz de confusão com base no banco de dados simulado, com uma amostra de 100 registros aleatórios, da avaliação da etapa *Airways*, sendo 9 avaliados como “SATISFATÓRIO”, 36 e 64 como “N\_SATISFATÓRIO” tem-se a matriz de confusão resultante (Tabela 2).

**Tabela 2** – Matriz de confusão do processo de estabilização neonatal

		Total		
		SATISFATÓRIO	N_SATISFATÓRIO	
CLASS E REAL	SATISFATÓRIO	11	25	36
	N_SATISFATÓRIO	8	56	64
Total		19	81	100

Fonte: Pesquisador do estudo

Observa-se que das trinta e seis (36) avaliações da etapa *Airways* foram “SATISFATÓRIO”, onze (11) foram avaliados corretamente, e as outras vinte e cinco (25) foram definidas como “N\_SATISFATÓRIO” mesmo que o procedimento tenha sido realizado corretamente sem nenhuma falha. E por fim, dos sessenta e quatro procedimentos “N\_SATISFATÓRIO”, foram avaliados oito (8) deles como



**Artigo**

“SATISFATÓRIO”, mesmo sendo cometido mais de um erro na etapa *Airways*. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, se for cometido, mais de um erro na etapa *Airways* no processo de capacitação, o profissional da saúde é considerado inapto para execução do procedimento na sala de parto (MANUAL DE REANIMAÇÃO NEONATAL, 2018).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este artigo objetivou a aplicação de um sistema especialista *fuzzy* com o intuito de avaliar o treinamento da etapa *Airways* através da utilização do simulador de reanimação neonatal REANIME.

Para isso, primeiramente foi definida a variável de avaliação, em que foi classificado o processo de treinamento como SATISFATÓRIO e N\_ SATISFATÓRIO no que diz respeito a etapa *Airways*.

Por meio da simulação realizada no REANIME da etapa *Airways* que acontece nos primeiros 30 segundos de vida, foi possível identificar que a ferramenta de avaliação interna do simulador REANIME geram indicadores precisos mesmo com dados simulados aleatoriamente. Visto que essas avaliações conseguem ser mais claras e traduzir em números os resultados.

Diante disto, pode-se concluir que o modelo de sistema especialista *fuzzy* implementado no simulador REANIME, pode ser utilizado com modelo para avaliação de treinamento em procedimentos de reanimação neonatal, tendo vista o resultado satisfatório dessa pesquisa. Assim, sugere-se, portanto, que outras simulações sejam realizadas em outras etapas do processo de reanimação neonatal, de modo a contribuir com conclusões mais fidedignas acerca do seu comportamento em estudos que envolvam todo o procedimento de reanimação que vai dos passos iniciais até D-Drug.

**REFERÊNCIAS**

ALMEIDA, Maria Fernanda B. et al. Ensino da reanimação neonatal em maternidades públicas das capitais brasileiras. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 3, 2005.



Artigo

ALMEIDA, M. F. B., GUINSBURG, R. Programa de reanimação neonatal da SBP: manual didático de instrutor 2016/[coordenadores] Maria de Fernanda Branco de Almeida, Ruth Guinsbung. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2016.

ARAUJO, Regia Talina Silva et al. Interactive simulator for electric engineering training. **IEEE Latin America Transactions**, v. 14, n. 5, p. 2246-2252, 2016.

BATOCCHIO, M. C. A.;PIRES, M.S.G.;AMORIM, R.R.. Protótipo de um Sistema Especialista para a Educação Ambiental.. In: VI Congresso Iberoamericano de Educación Ambiental, 2009, San Clemente de Tuyú. VI Congreso Iberoamericano de Educación Ambiental, 2009.

BEDREGAL, Benjamín René Callejas; TAKAHASHI, Adriana. Interval t-norms as interval representations of t-norms. In: **The 14th IEEE International Conference on Fuzzy Systems, 2005. FUZZ'05**. IEEE, 2005. p. 909-914.

BENIGUI, Y. Prefácio. In: BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI neonatal, Organização Pan-Americana da Saúde. Coordenação de Rejane Silva Cavalcante et al. 5ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CHEN, Jinbiao; CHEN, Tingting. Research on standardization of marine simulator training and assessment. In: **2011 IEEE 3rd International Conference on Communication Software and Networks**. IEEE, 2011. p. 111-114.

CHENG, Ming. Quality as transformation: educational metamorphosis. **Quality in Higher Education**, v. 20, n. 3, p. 272-289, 2014.

CINGOLANI, Pablo; ALCALA-FDEZ, Jesus. jFuzzyLogic: a robust and flexible Fuzzy-Logic inference system language implementation. In: **2012 IEEE International Conference on Fuzzy Systems**. IEEE, 2012. p. 1-8.

DAVIS, Nicola. Holograms replacing cadavers in training for doctors. **London: The Guardian**, v. 17, 2016. Disponível em: <<https://blog.econocom.com/en/blog/virtual->



**Artigo**

reality-for-the-training-of-healthcare-professionals/>. Acesso em: 7 ago 2018., 25 Jan 2017

DE SORTEIO, MÉTODO. Simulação do equilíbrio: o método de Monte Carlo. **Quim. Nova**, v. 30, n. 7, p. 1759-1762, 2007.

DICKSON, Kim E. et al. Every Newborn: health-systems bottlenecks and strategies to accelerate scale-up in countries. **The Lancet**, v. 384, n. 9941, p. 438-454, 2014.

EVANS, James R.; OLSON, David Louis. **Introduction to simulation and risk analysis**. Prentice Hall PTR, 2001.

HANCOCK, D.: Viewpoint: virtual reality in search of middle ground, **IEEE Spectrum**, 32(1):68, Jan, 1995.

HUTTON, Eileen K.; HASSAN, Eman S. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. **Jama**, v. 297, n. 11, p. 1241-1252, 2007.

JACHO, L. et al. Semi-immersive virtual reality system with support for educational and pedagogical activities. In: **Emerging eLearning Technologies and Applications (ICETA), 2014 IEEE 12th International Conference on**. IEEE, 2014. p. 199-204.

LEE, Chuen-Chien. Fuzzy logic in control systems: fuzzy logic controller. II. **IEEE Transactions on systems, man, and cybernetics**, v. 20, n. 2, p. 419-435, 1990.

LINO, F. S.; Carvalho, N.A.R ; SANTOS, J. D. M. ; Moura, E.C.C ; ROCHA, S.S ; Silva, R.S.S . A utilização da simulação no contexto da reanimação neonatal. **REVISTA UNINGÁ**,v. 53, p. 134, 2017.

MACEDO, N. M.; OLIVEIRA, A. C. C.; . **M-Learning: identificação dos impactos da utilização do software Geplanes no processo de ensino-aprendizagem da gestão estratégica**. In: XXXIV Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Curitiba, 2014.





**Artigo**

MACHADO, Liliane Dos Santos; DE MORAES, Ronei Marcos; ZUFFO, Marcelo Knorich. Fuzzy rule-based evaluation for a haptic and stereo simulator for bone marrow harvest for transplant. In: **5th Phantom Users Group Workshop Proceedings**. 2000.

MALHOTRA, NareshK. **Marketing research: an applied orientation**. 6th ed. Prentice Hall, 2010.

MANUAL DE REANIMAÇÃO NEONTAL/ [editor Gary M. Weiner; editores associados Jeanette Zaichkin; editor emérito John Kattwinkel; organização, tradução e revisão técnica do manual Ruth Guinsburg, Maria Fernanda Branco de Almeida], 7. Ed . São Paulo: Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, 2018.

MAMDANI, Ebrahim H. Application of fuzzy algorithms for control of simple dynamic plant. In: **Proceedings of the institution of electrical engineers**. IET, 1974. p. 1585-1588.

MARIANI, A. W.; PÊGO-FERNANDES, P. M. Ensino médico: simulação e realidade virtual. **Diagn Tratamento**, v. 17, n. 2, p. 47-8, 2012.

MATTOS, Sandra da Silva et al. Impact of a Telemedicine Network on Neonatal Mortality in a State in Northeast Brazil. **Population health management**, v. 21, n. 6, p. 517-517, 2018.

MORAES, Ronei M.; MACHADO, Liliane S. Multiple assessment for multiple users in virtual reality training environments. In: **Iberoamerican Congress on Pattern Recognition**. Springer, Berlin, Heidelberg, 2007. p. 950-956.

MURPHY, Declan et al. Equipamiento y tecnología en robótica. **Archivos Españoles de Urología (Ed. impresa)**, v. 60, n. 4, p. 349-355, 2007.

NOLAN, Jerry P. et al. **European resuscitation council guidelines for resuscitation 2010 section 1. Executive summary**. **Resuscitation**, v. 81, n. 10, p. 1219-1276, 2010.



**Artigo**

ONAN, Arif et al. A review of simulation-enhanced, team-based cardiopulmonary resuscitation training for undergraduate students. **Nurse education in practice**, v. 27, p. 134-143, 2017.

**ONU: 7 mil recém-nascidos morrem por dia no mundo. ONU Brasil.** Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/onu-7-mil-recem-nascidos-morrem-por-dia-no-mundo/>>. Acesso em: 9 ago 2018., 20 Out 2017

**ONU: Três milhões de bebês podem ser salvos da morte com cuidados adequados, diz UNICEF.** ONU Brasil. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/tres-milhoes-de-bebes-podem-ser-salvos-da-morte-com-cuidados-adequados-diz-unicef/>>. Acesso em: 19 ago 2018., 20 Maio 2014.

ORTIZ, Daniel et al. Resuscitation from hemorrhagic shock using polymerized hemoglobin compared to blood. **The American journal of emergency medicine**, v. 32, n. 3, p. 248-255, 2014.

PAIVA, Paulo Vinícius et al. Surgical Simulation: Applying an Architecture for Collaborative Evaluation of Teams. In: **2014 XVI Symposium on Virtual and Augmented Reality**. IEEE, 2014. p. 307-310.

RIBAUPIERRE, Sandrine et al. Healthcare training enhancement through virtual reality and serious games. In: **Virtual, Augmented Reality and Serious Games for Healthcare 1**. Springer, Berlin, Heidelberg, 2014. p. 9-27.

ROSS, Timothy J. **Fuzzy logic with engineering applications**. John Wiley & Sons, 2005.

SANTOS, Alysso Diniz. Simulação Médica Baseada em Realidade Virtual para Ensino e Treinamento em Ginecologia. 2010. 154 f. Dissertação em Ciências da Computação – Departamento de informática, João Pessoa, 2010.

SANTOS, Álvaro da Silva; CUBAS, Marcia Regina. **Saúde Coletiva: Linhas de Cuidado e Consulta de Enfermagem**. Elsevier Brasil, 2012.



**Artigo**

SCHWEIZER, Berthold. Associative functions and statistical triangle inequalities. **Publ. Math. Debrecen**, v. 8, p. 169-186, 1961

SHESKIN, David J. **Handbook of parametric and nonparametric statistical procedures**. crc Press, 2003.

VALENTE, José Armando; DE ALMEIDA, Fernando José. Visão analítica da informática na educação no Brasil: a questão da formação do professor. **Brazilian Journal of Computers in Education**, v. 1, n. 1, p. 45-60, 1997.

VALENTE, José Armando et al. O computador na sociedade do conhecimento. **Campinas: Unicamp/NIED**, v. 6, 1999.

VETTERLEIN, Thomas; MANDL, Harald; ADLASSNIG, Klaus-Peter. Fuzzy Arden Syntax: A fuzzy programming language for medicine. **Artificial Intelligence in Medicine**, v. 49, n. 1, p. 1-10, 2010.

ZADEH, Lotfi A. Fuzzy sets. **Information and control**, v. 8, n. 3, p. 338-353, 1965.

ZADEH, Lotfi A. Outline of a new approach to the analysis of complex systems and decision processes. **IEEE Transactions on systems, Man, and Cybernetics**, n. 1, p. 28-44, 1973.

ZHANG, Wei et al. Core hardware component's design and realization of the maintenance training simulation system of a command and control equipment. In: **2007 IEEE International Conference on Control and Automation**. IEEE, 2007. p. 2690-2693.



Artigo

**AValiação Nutricional e Dietética de Pré-Escolares da Rede  
Municipal de Ensino**

**DIETARY AND NUTRITIONAL EVALUATION OF PRE-SCHOOL CHILDREN  
OF MUNICIPAL TEACHING NETWORK**

Miriam Gonçalves de Souza<sup>1</sup>  
Rubia Rafaela Ribeiro das Flores<sup>2</sup>  
Josiane Pinto da Silva<sup>3</sup>  
Jousiane Alves Martins<sup>4</sup>  
Leticia Josyane Ferreira Soares<sup>5</sup>  
Luana Lemos Leão<sup>6</sup>  
Patrícia Dawylla de Freitas Soares<sup>7</sup>  
Maria Cecília Nascimento Arcanjo<sup>8</sup>  
Suzy Alice de Souza<sup>9</sup>  
Paula Karoline Soares Farias<sup>10</sup>

**RESUMO:** A fase da infância caracteriza-se pela formação dos hábitos alimentares, sendo o ambiente escolar e familiar de grande importância neste momento. Neste artigo avaliou-se o estado nutricional e o consumo alimentar das principais fontes de macro e micronutrientes ingeridos pelos pré-escolares da rede municipal de ensino. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, composto por 369 crianças de ambos os sexos com idade entre 3 e 5 anos dos Centros Municipais de

<sup>1</sup> Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI, Montes Claros – MG, Brasil

<sup>2</sup> Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>3</sup> Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>4</sup> Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>5</sup> Universidade Estadual de Montes Claros – MG, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>6</sup> Instituto de Ciências Agrárias da Universidade Federal de Minas Gerais – ICA/UFMG, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>7</sup> Instituto de Ciências Agrárias da Universidade Federal de Minas Gerais – ICA/UFMG, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>8</sup> Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>9</sup> Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>10</sup> Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS, Montes Claros – MG, Brasil.

Telefone: (38)99970-3007



**Artigo**

Educação Infantil (Cemeis) de Montes Claros – MG. Realizou-se a avaliação antropométrica e do inquérito alimentar no ambiente escolar, mediante a autorização dos pais e/ou responsáveis. Verifica-se que a maioria das crianças encontra-se em eutrofia de acordo com todos os critérios avaliados. No inquérito alimentar, apenas o consumo de calorias totais e ferro encontrava-se adequados para a faixa etária. Entre os macronutrientes, o consumo de carboidratos, lipídeos e proteínas estava acima do valor recomendado. Dentre os micronutrientes, observa-se o consumo aumentado de zinco, sódio e vitamina C. No entanto, a ingestão de micronutrientes como o cálcio, magnésio, vitaminas A, D e E encontravam-se abaixo do recomendado, além das fibras. Observa-se a presença do profissional nutricionista que irá contribuir com atividades de educação nutricional, e ainda auxilia na elaboração de cardápios com distribuição de alimentos que atenderá as necessidades nutricionais das crianças.

**Palavras-chave:** Avaliação nutricional. Consumo de alimentos. Criança.

**ABSTRACT:** The phase of childhood is characterized by the formation of habits, being the school environment and family of great importance at this moment. In this article we evaluated the nutritional status and food consumption of the main sources of macro and micronutrients intake by preschoolers of the municipal teaching network. This is an exploratory-descriptive, cross-sectional quantitative approach, composed of 369 children of both sexes aged between 3 and 5 years of municipal centers of Childhood Education (Cemeis) of Montes Claros - MG. The anthropometric and nutritional survey in the school environment, upon authorization of the parents and/or guardians. It appears that the majority of children lies in nutritional status in accordance with all criteria evaluated. In the investigation of food, only the consumption of calories and iron was appropriate for the age range. Among the macronutrients, the consumption of carbohydrates, lipids and proteins was above the recommended value. Among the micronutrients, we observed an increased consumption of zinc, sodium and vitamin C. However, the intake of micronutrients such as calcium, magnesium, vitamins A, D and E were below recommended levels, as well as the fibers. It is observed the presence of a professional nutritionist who will contribute with activities of nutritional education, and also assists in the preparation of menus with distribution of foods that meet the nutritional needs of children.



Artigo

**Keywords:** Nutrition assessment. Food Consumption. Child.

## INTRODUÇÃO

A fase pré-escolar compreende crianças de dois a seis anos de idade, no qual pode ser caracterizada por um período de várias mudanças e influências na alimentação (PEREIRA *et al.*, 2014). Uma alimentação inadequada poderá comprometer o período de crescimento e desenvolvimento contínuo da criança (CARMO; CASTRO; NOVAIS, 2013). Verifica-se que nesta fase, a adesão às atividades de educação nutricional são positivas, uma vez que as crianças são envolvidas por um processo lúdico e interativo com as atividades realizadas (OLIVEIRA; SAMPAIO; COSTA, 2014).

Observa-se que o ambiente escolar é responsável por oferecer uma alimentação balanceada, no qual cumpra a demanda no pré-escolar no período que o mesmo estiver dentro da escola (GONÇALVES *et al.*, 2014). A alimentação escolar deve ofertar a refeição que ofereça macronutrientes (carboidratos, proteínas e lipídeos) e os micronutrientes, em especial as vitaminas A e C, magnésio, ferro, zinco e cálcio e fibras na recomendação adequada (BRASIL, 2013).

É possível verificar que as preferências dos pré-escolares por alimentos industrializados, com alto teor de sódio, gordura e açúcar contribui para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DNCT), em especial a obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes e câncer (GONÇALVES *et al.*, 2014). Outro fator preocupante é a influência da mídia que utiliza propagandas e embalagens atraentes, para conquistar o público infantil. Os industrializados ganham espaço principalmente pela praticidade de preparação e consumo, mas o consumo excessivo representa um impacto negativo na saúde da criança (KARNOPP *et al.*, 2016).

O consumo satisfatório de frutas, verduras, legumes e hortaliças nessa fase proporcionam um crescimento e desenvolvimento adequado à criança (BONNER, 2013). Mas verifica-se que esse consumo não é alcançado, e em todo mundo mais de dois milhões de pessoas sofrem com deficiência de vitaminas e minerais. As crianças são mais susceptíveis devido ao consumo inadequado em quantidade e qualidade dos nutrientes obtidos na dieta, o que acarreta sérios problemas públicos (BARROS; CARDOSO, 2016). A região, a cultura, os hábitos, preferências alimentares e as condições socioeconômicas, influenciam diretamente nas escolhas alimentares, e contribuem para as deficiências nutricionais (FARIAS *et al.*, 2015).



**Artigo**

É interessante que a criança tenha contato com as hortaliças, frutas e leguminosas, pois observa-se a importância dessa atitude quando adolescentes e adultos. O ambiente escolar contribui para a oferta desses alimentos, e estes estimulam significativamente o aumento do consumo de fibras dos mesmos (PEREIRA *et al.*, 2014). Diante do exposto, o objetivo desse trabalho foi avaliar o estado nutricional e o consumo alimentar das principais fontes de macro e micronutrientes ingeridos pelos pré-escolares das escolas municipais de Montes Claros – MG.

**MÉTODOS**

Trata-se de estudo exploratório-descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa exploratória teve como objetivo explorar aspectos de uma situação e a descritiva objetiva descrever as características de determinada população ou fenômeno (GIL, 1995). A população-alvo foi os pré-escolares da cidade de Montes Claros – MG. Conforme dados do último censo escolar estima-se o número de 9.011 escolares com idade entre 3 a 5 anos, na rede de ensino na zona urbana do município (IBGE, 2017). A amostra compreendeu 269 crianças de ambos os sexos com idade entre 4 e 5 anos, com erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, destas, 137 responderam ao inquérito alimentar.

Para a realização das atividades, foi realizado um contato prévio e solicitada a autorização para a realização da pesquisa na Secretaria de Montes Claros – MG. Todos os pré-escolares dos Centros Municipais de Educação Infantil (Cemeis) foram convidados a participar da pesquisa. Posteriormente, com a autorização da Secretaria Municipal de Educação iniciou-se a pesquisa. Os pais dos pré-escolares foram convidados a participar do estudo, e após o consentimento, agendou-se as entrevistas nos Cemeis conforme o calendário das reuniões e as atividades de Educação Nutricional com as crianças foram realizadas no mesmo dia da aferição do peso e altura.

Para avaliação do estado nutricional foi utilizada uma balança mecânica com capacidade de até 130 kg, para aferição do peso, e um estadiômetro de 2 m de comprimento, fixado numa parede plana sem rodapé, para aferição da altura. A avaliação nutricional nos pré-escolares foi feita utilizando-se o diagnóstico nutricional baseado nas Curvas de Crescimento propostas pela Organização Mundial da Saúde 2006-2007 (OMS, 2017).



**Artigo**

Para a avaliação dos hábitos alimentares utilizou-se o inquérito alimentar, e a coleta dos dados sobre o consumo alimentar foi baseado em Fisberg e Barros (2008), e este foi apresentado para os pais em uma apresentação de *data show* para expor de maneira lúdica os alimentos com as respectivas medidas caseiras, e em seguida entregue o inquérito alimentar. Os mesmos foram orientados a relatar o hábito alimentar do pré-escolar em consumir frutas, verduras e legumes; e se as crianças realizavam refeições completas, ou se substituíam as refeições (almoço e jantar) por lanches tipo *fast food*, bolachas ou guloseimas.

Ao final da realização do projeto, realizou-se o levantamento nutricional dessas crianças, e os pais foram convidados para uma palestra com demonstração dos resultados obtidos. O desenvolvimento do estudo seguiu as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as normas aplicadas às pesquisas que envolvem seres humanos, e o trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS com o parecer nº 2.216.422/17.

**RESULTADOS**

Através dos resultados obtidos foi possível verificar que a maioria das crianças encontra-se em eutrofia de acordo com todos os critérios avaliados. Os resultados do perfil nutricional das crianças avaliadas encontram-se na tabela 1.





## Artigo

**Tabela 1.** Perfil nutricional dos pré-escolares separados por gênero da rede municipal de ensino de Montes Claros – MG.

Variável	Feminino (n=132)	%	Masculino (n=137)	%
<b>Peso/Idade</b>				
Baixo peso	0	0	1	0,7
Peso adequado	116	87,9	114	83,3
Peso elevado	16	12,1	22	16
<b>Estatura/Idade</b>				
Baixa estatura	5	3,8	2	1,5
Estatura adequada	127	96,2	135	98,5
<b>IMC/Idade</b>				
Magreza	8	6	11	8
Eutrofia	100	75,7	103	75,2
Risco de Sobrepeso	4	3	0	0
Sobrepeso	19	14,4	23	16,8
Obesidade	1	0,7	0	0

Legenda: IMC: Índice de Massa Corporal.

Fonte: Elaborada pelos autores, 2017.

No inquérito alimentar, apenas o consumo de calorias totais e ferro encontrava-se adequados para a faixa etária. Entre os macronutrientes, o consumo de carboidratos, lipídeos e proteínas estava acima do valor recomendado. Dentre os micronutrientes, observa-se o consumo aumentado de zinco, sódio e vitamina C. No entanto, a ingestão de micronutrientes como o cálcio, magnésio, vitaminas A, D e E encontravam-se abaixo do recomendado, além das fibras, conforme demonstrado na tabela 2.



**Artigo**

**Tabela 2.** Média, desvio padrão e adequação do consumo alimentar dos pré-escolares da rede municipal de ensino de Montes Claros – MG.

<b>Macro e Micronutrientes</b>	<b>Recomendação</b>	<b>Média de ingestão e DP (n=197)</b>	<b>Adequação (%)</b>
Calorias (Kcal)	1000	1105,03 ± 294,65	110,5
Carboidrato (g)	130	167,17 ± 49,05	128,59
Proteína (g)	56	73,55 ± 33,42	131,33
Lipídeos (g)	35	46,97 ± 27,51	134,2
Cálcio (mg)	1200	385,03 ± 186,74	32,09
Magnésio (mg)	420	150,96 ± 40,00	35,94
Ferro (mg)	8	8,87 ± 3,28	110,89
Zinco (mg)	11	13,22 ± 9,82	120,16
Sódio (g)	1200	1605,32 ± 1451,37	133,78
Vitamina A (mcg)	900	474,18 ± 1480,08	52,69
Vitamina C (mg)	90	105,54 ± 180,46	117,26
Vitamina D (mcg)	15	5,95 ± 27,71	39,67
Vitamina E (mg)	15	8,34 ± 11,00	55,63
Fibras (g)	30	19,27 ± 5,15	64,25

Legenda: DP: Desvio padrão.

Fonte: Elaborada pelos autores, 2017.

## DISCUSSÃO

De acordo com o resultado obtido, as crianças avaliadas de forma geral encontravam-se sob medidas antropométricas adequadas. Esses dados estão de acordo



Artigo

com achados na literatura; entretanto, há risco de maior desenvolvimento de sobrepeso e obesidade em curto prazo (GOMES *et al.*, 2017).

O critério de IMC para idade se mostra o índice antropométrico mais apropriado para a realização do diagnóstico nutricional de crianças por levar em consideração as medidas de peso, altura e idade conforme o proposto pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007) e, portanto, levou-se em consideração este índice antropométrico como sendo o mais adequado para o cálculo da prevalência de crianças eutróficas no presente estudo.

Em relação ao consumo alimentar, observa-se na tabela 2 um grande percentual de consumo inadequado de praticamente todos os nutrientes avaliados, o que pode ocasionar grandes prejuízos à saúde das crianças. Embora o consumo de calorias esteja considerado adequado, o consumo dos macronutrientes encontrava-se elevado. O alto consumo de carboidratos e lipídios pode ter relação com o aumento da ingestão de alimentos industrializados, aumento esse causado pela transição nutricional vivenciada no país.

Em estudo realizado em Pelotas-RS, foi avaliado o consumo de alimentos entre pré-escolares de 2 a 5 anos e observou-se que entre os alimentos mais consumidos pelas crianças eram os pertencentes ao grupo dos doces, açúcares e salgadinhos. Alimentos do grupo de óleos e gorduras tiveram consumo maior do que o recomendado por 74,3% das crianças (LEAL *et al.*, 2015).

Foi observado baixo consumo de fibras, o que pode indicar baixa ingestão de frutas e hortaliças. O alto consumo de sódio encontrado no presente estudo também pode ter relação com alta ingestão de alimentos industrializados. Assim, o padrão alimentar brasileiro tem apresentado mudanças decorrentes do maior consumo de alimentos industrializados em substituição às tradicionais comidas caseiras e alimentos in natura. Estas transformações provocadas pelo estilo de vida moderno levam ao consumo excessivo de produtos gordurosos, açúcares, doces e à diminuição da ingestão de cereais, produtos integrais, frutas e verduras, os quais são fontes de fibras, vitaminas e minerais (RESENDE; PEREIRA; MARINS, 2007).

O consumo de ferro encontra-se adequado de acordo com as recomendações. Esse fato pode ser explicado devido ao alto consumo de proteínas verificado nesse estudo. As carnes, especialmente as vermelhas, são ricas em ferro, componente de enzimas que participam do processo de respiração celular e imprescindível para o transporte de oxigênio e gás carbônico no sangue. A deficiência pode determinar a anemia, com consequentes prejuízos para o crescimento e desenvolvimento cognitivo (CASTRO *et al.*, 2006).



## Artigo

Analisando o consumo dos demais micronutrientes, observa-se o consumo inadequado de cálcio, magnésio, vitamina A, Vitamina D e Vitamina E. O cálcio e a vitamina D desempenham importante função na mineralização óssea, desde a formação, até a manutenção da estrutura e rigidez do tecido ósseo. Sabe-se também que a infância e a adolescência são períodos de maior aumento da massa óssea, e que a ingestão inadequada desses minerais pode prejudicar então o crescimento e desenvolvimento ósseo nas crianças, além de predispor os escolares ao desenvolvimento de osteomalácia ou osteoporose na idade adulta (COBAYASHI, 2004).

O magnésio atua como cofator em mais de 300 reações metabólicas, desempenhando papel fundamental no metabolismo da glicose, na homeostase insulínica e glicêmica e na síntese de adenosina trifosfato, proteínas e ácidos nucleicos. Atua ainda na estabilidade da membrana neuromuscular e cardiovascular, na manutenção do tônus vasomotor e como regulador fisiológico da função hormonal e imunológica. As principais fontes alimentares de magnésio são os cereais integrais, vegetais folhosos verdes, espinafre, nozes, frutas, legumes e tubérculos, como a batata. A redução na ingestão dietética deste mineral expõe os indivíduos ao risco aumentado para o desenvolvimento de doenças crônicas (SEVERO *et al.*, 2015).

Em pesquisa com objetivo de avaliar a deficiência de vitamina A em escolas da paraíba, foi possível observar que 23,3% (n=56) das crianças apresentavam deficiência de vitamina A (PEDRAZA; ROCHA; SOUSA, 2013). A baixa ingestão de vitamina A leva à deficiência, que por sua vez pode acarretar em problemas no sistema imunológico, nos processos de diferenciação e manutenção epitelial e integridade do globo ocular (MARIATH *et al.*, 2010).

## CONCLUSÃO

Verifica-se a importância de trabalhar dentro do ambiente escolar hábitos alimentares saudáveis, em especial com os pré-escolares, que encontram-se na fase de aprendizado e aquisição de novos alimentos. Observa-se ainda a presença do profissional nutricionista que irá contribuir com atividades de educação nutricional, e ainda auxilia na elaboração de cardápios com distribuição de alimentos que atenderá as necessidades nutricionais das crianças.



**Artigo**

**REFERÊNCIAS**

BARROS, S. F.; CARDOSO, M. A. Adherence to and acceptability of home fortification with vitamins and minerals in children aged 6 to 23 months: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, p. 1-11, 2016.

BONNER, R. S. Micronutrients. **Pediatrics Child Health**, v. 23, n. 8, p. 331-336, 2013.

BRASIL. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). **Resolução nº 26, de 17 de junho de 2013**. Disponível em: <[https://www.fnde.gov.br/fndelegis/action/UrlPublicasAction.php?acao=getAtoPublico&sgl\\_tipo=RES&num\\_ato=00000026&seq\\_ato=000&vlr\\_ano=2013&sgl\\_orgao=FNDE/MEC.pdf](https://www.fnde.gov.br/fndelegis/action/UrlPublicasAction.php?acao=getAtoPublico&sgl_tipo=RES&num_ato=00000026&seq_ato=000&vlr_ano=2013&sgl_orgao=FNDE/MEC.pdf)>. Acesso em: 20 out 2017.

CARMO, M. C. L.; CASTRO, L. C. V.; NOVAIS, J. F. Educação nutricional para pré-escolares: uma ferramenta de intervenção. **Em Extensão**, v. 12, n. 2, p. 64-74, 2013.

CASTRO, T. G. *et al.* Characteristics of dietary intake, socioeconomic environment and nutritional status of preschoolers at public kindergartens. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 1, p. 321-330, 2006.

COBAYASHI, F. Cálcio: seu papel na nutrição e saúde. **Compacta Nutrição**, v. 5, n. 2, p. 3-18, 2004.

FARIAS, P. K. S. *et al.* Consumo habitual de alimentos fonte de vitamina A em pré-escolares da zona rural no Norte de Minas Gerais. **Revista de Nutrição**, v. 28, n. 5, p. 533-542, 2015.

FISBERG, M.; BARROS, M. J. L. **O papel dos nutrientes no crescimento e desenvolvimento infantil**. São Paulo: SARVIER, p. 156, 2008.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. **Atlas**, ed. 5, São Paulo, 1995.



**Artigo**

GOMES, C. O. *et al.* Caracterização antropométrica e análise dietética de escolares da zona urbana e rural. REAS, **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 9, n. 4, p. 1203-1208, 2017.

GONÇALVES, I. C. M. *et al.* Avaliação nutricional de crianças de 2 a 5 anos no Norte de Minas. **Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde**, v. 2, n. 2, p. 30-34, 2015.

**INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA E ESTATÍSTICA – IBGE.**

Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/montes-claros/panorama>. Acesso em: 28 set 2017.

KARNOPP, E. V. N. *et al.* Food consumption of children younger than 6 years according to the degree of food processing. **Jornal de Pediatria**, v. 93, n. 1, p. 70-78, 2016.

LEAL, K. K. *et al.* Diet quality of preschool children aged 2 to 5 years living in the urban area of Pelotas, Brazil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 3, p. 310-317, 2015.

MARIATH, A. B. *et al.* Estado de ferro e retinol sérico entre crianças e adolescentes atendidos por equipe da Estratégia de Saúde da Família de Itajaí, Santa Catarina. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 509-516, 2010.

OLIVEIRA, M. N.; SAMPAIO, T. M. T.; COSTA, E. A. Educação nutricional de pré-escolares – um estudo de caso. Oikos: **Revista Brasileira de Economia Doméstica**, v. 25, n. 1, p. 93-113, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Curvas de Crescimento da Organização Mundial da Saúde.** Disponível

em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_vigilancia\\_alimentar.php?conteudo=curvas\\_de\\_crescimento](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=curvas_de_crescimento)>. Acesso em: 09 set 2017.

PEDRAZA, D. F.; ROCHA, A. C. D.; SOUSA, CPCS. Crescimento e deficiências de micronutrientes: perfil das crianças assistidas no núcleo de creches do governo da Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3379-3390, 2013.



**Artigo**

PEREIRA, A. S. *et al.* Estado nutricional de pré-escolares de creche pública: um estudo longitudinal. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 140-147, 2013.

RESENDE, M. A.; PEREIRA, D. A.; MARINS, S. S. Cuidados na alimentação de crianças em instituições de educação infantil. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, v. 8, n. 1, p. 32-41, 2007.

SEVERO, J. S. *et al.* Aspectos Metabólicos e Nutricionais do Magnésio. **Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, v. 35, n. 2, p. 67-74, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Growth reference data for 5-19 years, 2007**. Disponível em: <http://www.who.int/growthref/en/>. Acesso em: 30 out 2017.



Artigo

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE HOMENS ATENDIDOS NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**FEATURE SERVED MEN SOCIODEMOGRAPHIC IN PRIMARY HEALTH  
CARE**

Francisco Geyson Fontenele Albuquerque<sup>1</sup>  
Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias<sup>2</sup>

**RESUMO** - A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi criada com o objetivo de fomentar a assistência ao público masculino que se encontra carente de cuidados na atenção primária. O presente estudo teve como objetivo traçar o perfil sociodemográfico de homens atendidos na atenção primária à saúde do município de Cajazeiras, Paraíba. Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, com abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por 148 homens, na faixa etária de 25 a 59 anos, que concordaram em participar da pesquisa. As variáveis analisadas foram idade, escolaridade, renda per capita (salários mínimos), situação conjugal, uso de bebida alcoólica e cigarro, prática de atividade física. Os dados foram processados pela estatística descritiva, tendo como medida de tendência central a média e o desvio padrão, para a caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa. A pesquisa mostrou significância estatística na correlação idade e escolaridade ( $p < 0,001$ ); idade e companheiro fixo ( $p = 0,014$ ); e idade e uso de bebida alcoólica ( $p = 0,029$ ). Tais fatores sociodemográficos merecem uma atenção especial, pois exercem influência na utilização dos serviços de saúde. Estudos que mostrem o ponto de vista dos homens em relação aos serviços de saúde devem ser divulgados aos serviços de saúde, para que se adequem ao perfil dos homens que necessitam de atendimento.

**Palavras chave:** Saúde do Homem. Atenção Primária à Saúde. Fatores Socioeconômicos.

**ABSTRACT** - The National Policy for Integral Attention to Men's Health was created in order to promote assistance to the male audience that is lacking care in primary care. This

<sup>1</sup> Graduando em Medicina, UACV, UFCG, Cajazeiras-PB.

<sup>2</sup> Enfermeira- UFPB. Professora Dra, UACV, UFCG, Cajazeiras, PB. Email: carmofarias0@gmail.com.





**Artigo**

study aimed to trace the sociodemographic profile of the men attended in primary health care in the city of Cajazeiras, Paraíba. This is a quantitative approach to field research, exploratory nature. The sample consisted of 148 men, age range 25-59 years who agreed to participate. The variables analyzed were age the average, the average schooling, per capita income (minimum wages), marital status, alcohol use and smoking, physical activity. Data were analyzed using descriptive statistics, with the central tendency measure the mean and standard deviation for the socio-demographic characteristics of research participants. Research has shown statistically significant correlation age and education ( $p < 0.001$ ); age and steady partner ( $p = 0.014$ ); and age and alcohol use ( $p = 0.029$ ). These sociodemographic factors deserve special attention because influence the use of health services. Studies that show the point of view of men in relation to health services should be disclosed to health services, that fit the profile of people who need care.

**Keywords:** Men's health. Primary Health Care. Socioeconomic factors.

## INTRODUÇÃO

Os homens geralmente são afligidos por mais condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas, pelas principais causas de morte. Eles vivem em média sete anos menos que as mulheres e têm maior incidência de doenças cardíacas, câncer, diabetes, colesterol e hipertensão arterial (BRASIL, 2008). Com isso, apesar de as taxas masculinas serem significativas nos perfis de morbimortalidade, observa-se que o acesso de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor que o das mulheres (DURÃES OLIVEIRA, BARBOSA, RODRIGUES, 2016).

Tendo em vista esse problema, o Ministério da Saúde criou, em 2008, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH, com objetivo de fomentar a assistência ao público masculino que se encontra carente de cuidados na atenção primária. Um dos objetivos dessa iniciativa é a análise da realidade singular masculina nos diversos contextos sociais e culturais, de modo a criar mecanismos para redução dos índices de morbimortalidade por causas previsíveis, nessa população (BRASIL, 2008).

Percebe-se que existe ainda uma grande resistência que dificulta a procura dos homens aos serviços de saúde, principalmente aos da atenção primária. Há condicionantes dessa resistência que se passou ao longo de diversas gerações, entre os quais, pode-se citar os fatores socioculturais ligados ao gênero e às questões vinculadas aos serviços de



## Artigo

saúde (FONTES et al., 2011). Assim, o Ministério da Saúde corrobora que a resistência masculina em relação ao fator sociocultural é oriunda do fato de o adoecimento ser um sinal de fragilidade, que muitos homens não consideram como pertencentes à sua condição biológica. Por sua vez, os fatores institucionais, que remetem aos horários de funcionamento e dinâmica dos serviços prestados, muitas vezes, são incompatíveis com as atividades laborais masculinas (BRASIL, 2008).

O baixo acesso dos homens aos serviços de saúde na atenção primária é um fator que impede a adoção de medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde, que visam favorecer ao autocuidado na população masculina. Se houvesse uma maior procura desses serviços para prevenção, principalmente, talvez não ocorresse o agravamento de muitos processos patológicos (SILVA; MAGALHÃES, 2015).

Os homens, em maioria, só procuram os serviços de saúde quando apresentam sinais e sintomas de processos patológicos mais avançados. Com isso, ao invés de serem atendidos nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, precisam ser encaminhados para locais mais especializados, o que gera maior custo ao sistema público de saúde e sofrimento físico-psíquico para o paciente e seus familiares (PEREIRA et al., 2015).

Como há certo grau de heterogeneidade entre as regiões geográficas, decorrentes de diferenças culturais, econômicas e disponibilidade do serviço de saúde, tornou-se evidente a importância da realização de um estudo localizado sobre a adesão dos homens ao aparato de saúde, a fim de não se tirar conclusões simplistas ou generalistas, que não levem em conta as peculiaridades regionais. Assim, o presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de traçar o perfil sociodemográfico de homens atendidos na atenção primária à saúde do município de Cajazeiras, PB.

## MATERIAL E MÉTODOS

Este artigo é um recorte de um estudo intitulado “Acesso de homens aos serviços de saúde na atenção básica”, que se caracterizou como uma pesquisa de campo, com abordagem quantitativa e qualitativa e de cunho exploratório, em que o sujeito espontaneamente irá exprimir seu pensamento, sua opinião e suas crenças sobre determinado tema (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A pesquisa, desenvolvida de acordo com a Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), *Campus* Cajazeiras, sob CAAE de



**Artigo**

número 45150115.0.0000.5575. Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, a finalidade e a forma de divulgação. Os que aceitaram participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando uma cópia com o entrevistado e outra com o entrevistador.

O estudo foi realizado no município de Cajazeiras- PB, localizado na região semiárida do sertão paraibano, região oeste do estado da Paraíba. A população foi composta por todos os homens residentes no município de Cajazeiras- PB, na faixa etária de 25 a 59 anos. Com isso, a amostra desta pesquisa foi constituída por 148 homens, na supracitada faixa etária, que concordaram espontaneamente em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a realização da coleta de dados, foi utilizada a entrevista individualizada com um roteiro estruturado, contemplando dados de caracterização sociodemográfica e de identificação dos fatores relacionados ao acesso do homem aos serviços de saúde. A coleta ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2015, após estabelecido um contato inicial com as Unidades de Saúde da Família (USF), que permitiu identificar os homens com o perfil adequado para a pesquisa. As entrevistas foram realizadas nas USF da zona urbana do referido município.

Os dados quantitativos foram processados pela estatística descritiva, tendo como medida de tendência central a média e o desvio padrão, para a caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa.

Foi utilizado o aplicativo SPSS versão 22 para correlacionar Idade pela média (anos) com: escolaridade pela média (anos), renda per capita (salários mínimos), situação conjugal, uso de bebida alcoólica, uso de cigarro e prática regular de atividade física.

A escolaridade foi analisada com base no número de anos completo de estudo formal. A renda per capita foi obtida pelo somatório total da renda familiar dividida pelo número de componentes da família, tendo como base o valor do salário mínimo em reais vigente na época da coleta dos dados. Foram considerados como companheiro fixo os casados e união estável.

O uso de bebida alcoólica foi considerado como o uso de álcool pelo menos uma vez na semana. O tabagismo foi definido como o hábito diário de fumar, independente do número de cigarros. Foi considerado como prática regular de exercício físico a realização de atividades no mínimo três vezes por semana, com duração mínima de 30 minutos.



**Artigo**

**RESULTADOS**

A idade dos entrevistados variou de 25 a 59 anos, com uma média de 39,03( $\pm$ 10,65). O nível de escolaridade variou de 0 a 17 anos de estudo, com uma média de 9,46( $\pm$ 3,91). A renda per capita variou de 0,05 a 6,35 salários mínimos (SM), com média 0,97( $\pm$ 0,78).

Analisando os dados da tabela 1, percebe-se que a correlação entre idade e escolaridade apresentou uma significância estatística ( $p < 0,001$ ), com a maioria dos homens de 25 a 39 anos tendo de 10 a 17 anos de estudo e maioria dos homens de 40 a 59 anos tendo de 0 a 9 anos de estudo.



**Artigo**

**Tabela 1:** Relação Idade pela média (anos) com característica sociodemográfica

	Idade pela média (anos)				<i>p</i>
	25 a 39		40 a 59		
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Escolaridade pela média (anos)</b>					
0 a 9	34	39,5	44	71,0	<0,001
10 a 17	52	60,5	18	29,0	
<b>Renda per capita (SM)</b>					
0,05 a 0,97	51	59,3	38	61,3	0,47
Acima de 0,97	35	40,7	24	38,7	
<b>Companheiro fixo</b>					
Não	40	46,5	17	27,4	0,014
Sim	46	53,5	45	72,6	
<b>Uso de bebida alcoólica</b>					
Sim	48	55,8	24	38,7	0,029
Não	38	44,2	38	61,3	
<b>Uso de cigarro</b>					
Sim	13	15,1	13	21,0	0,24
Não	73	84,9	49	79,0	
<b>Pratica atividade física regular</b>					
Sim	29	33,7	16	25,8	0,198
Não	57	66,3	46	74,2	

Fonte: Dados da pesquisa. Cajazeiras- PB, 2015.

A correlação idade pela média (anos) com renda per capita (salário mínimo) não mostrou significância estatística ( $p=0,47$ ), com média de 0,97 SM para a maioria dos homens de 25 a 59 anos.

A correlação idade com companheiro fixo também mostrou uma relevância estatística ( $p=0,014$ ), sendo que nos intervalos de idade de 25 a 39 anos e de 40 a 59 anos, a maioria dos homens possui companheiro fixo.



**Artigo**

Ao se analisar a relação idade pela média com alguns comportamentos, percebeu-se significância estatística quando correlacionada ao uso de bebida alcoólica ( $p=0,029$ ). A correlação idade pela média com uso de cigarro e a correlação idade pela média com a prática regular de atividade física não mostraram significância estatística.

**DISCUSSÃO**

O perfil encontrado na pesquisa é de homens com média etária de 39,03 anos, com baixo nível de escolaridade e baixa renda per capita. A média de idade dos homens entrevistados, o nível de escolaridade e a renda foram condizentes com o estudo de Santiago et al. (2015) e com o de Oliveira et al. (2015).

Na correlação idade e escolaridade, que mostrou significância estatística, a maioria dos homens entrevistados de 25 a 39 anos possuía um número maior de anos estudados, ou seja, 60,5% dos homens dessa faixa etária possuíam de 10 a 17 anos de estudo. Quando se analisou o intervalo de idade de 40 a 59, percebeu-se que a maioria dos homens dessa faixa etária (71%) possuía uma escolaridade menor, com média de 0 a 9 anos de estudo. Ou seja, à medida que aumentou a idade dos homens, aumentou o percentual de baixa escolaridade. E à medida que reduziu a idade, aumentou a escolaridade.

O fator escolaridade é importante na execução de programas específicos para a saúde do homem, pois é sabido que o menor grau de escolaridade dificulta a efetivação de programas preventivos (PEREIRA et al., 2015), principalmente os da atenção primária, considerados de grande poder resolutivo para muitos problemas de saúde, por serem voltados à promoção da saúde e prevenção de doenças.

Além disso, o nível elevado de escolaridade é significativo na adesão de programas do Ministério da Saúde (MS), mas o que predomina nas Unidades de Saúde da Família (USF) são pessoas com baixo grau de escolaridade. Estas pessoas abandonam os programas mais facilmente, sendo necessário desenvolver práticas que promovam educação em saúde e prevenção voltadas para essas pessoas (OSHIRO; CASTRO; CYMROT, 2010).

Um estudo que objetivou analisar o perfil sociodemográfico, de morbidade e frequência da busca por um serviço de saúde de homens adultos cadastrados em um setor do Programa Médico de Família do município de Niterói (RJ), mostrou que as pessoas que têm de 0 a 9 anos de escolaridade e de 9 a 11 anos de escolaridade apresentaram maior frequência na procura por atendimentos de saúde nos serviços públicos do que aqueles com 12 anos ou mais (OLIVEIRA et al., 2015).



## Artigo

Segundo Santiago et al. (2015), o nível de escolaridade reflete na renda mensal, ou seja, quanto maior o nível educacional da pessoa, maiores as chances de empregos com melhores remunerações e maiores chances de utilização dos serviços particulares de saúde. Escolaridade acima de 12 anos de estudo e renda de cinco salários mínimos foram associados a ter plano de saúde (IBGE, 2008), justificando que os maiores usuários dos serviços de saúde pública são pessoas de baixa escolaridade e menor renda, já que os detentores de planos de saúde buscam atendimento, muitas vezes, em serviços particulares.

Com isso, há uma tendência de que o aumento da escolaridade, associado com uma maior renda mensal, proporciona menor procura aos serviços de saúde da atenção básica. Situação semelhante pode ser evidenciada na tabela 1, já que a porcentagem de homens de maior idade (acima da média) e de escolaridade maior (10 a 17 anos) frequentaram menos os serviços de atenção básica.

De acordo com Jardim (2001), quanto maior o grau de conhecimento de um paciente sobre sua doença, maior a adesão ao tratamento e maior engajamento no autocuidado. Neste estudo ficou evidente que a maioria dos indivíduos abaixo da média de idade possuía um nível de escolaridade maior, se esperando, portanto, que eles saibam utilizar os conhecimentos para o desenvolvimento do autocuidado e da realização de atitudes que favoreçam a prevenção de doenças.

Na presente pesquisa, a correlação idade e renda per capita não revelou significância estatística, pois uma maioria dos homens tanto abaixo da média quanto acima da média possuía renda inferior a um salário mínimo. No entanto, está comprovada a relação entre condições de renda e saúde.

Nesse sentido, Pagotto et al. (2013) aponta que o maior acesso aos serviços de saúde está relacionado a melhores condições sociais dos indivíduos. Homens com menor poder aquisitivo tiveram suas preocupações mais direcionadas para o trabalho, para o sustento da casa e da família do que questões que envolvem cuidados de saúde. Isso reforça os papéis que histórica e culturalmente são vinculados aos homens, de que eles são responsáveis pelo sustento da casa, garantindo a subsistência da família (GOMES; NASCIMENTO, ARAÚJO, 2007).

A maioria dos homens de 25 a 59 anos entrevistados, tanto abaixo quanto acima da média de idade, possuía companheiro fixo e, com o aumentar da idade, houve uma tendência da estabilidade conjugal, pois aumentou o número de companheiro fixo. Isso é um fator considerado positivo, pois muitos homens dependem de suas esposas nos



**Artigo**

cuidados à saúde, sendo que o casamento foi considerado como um fator de proteção de riscos e agravos de saúde para os homens (ALVES et al., 2011).

Muitas vezes, os homens apenas procuram os serviços de saúde quando incentivados pelo cônjuge (ALVES et al., 2011). Geralmente, com intercorrências graves ou quando se vêem impossibilitados a exercer suas atividades laborais; e não para fins preventivos (MOURA et al., 2014).

No presente estudo a faixa etária que mais consumia álcool foi aquela abaixo da média etária. Todavia, o consumo de álcool é comum entre os homens e há uma tendência de crescimento na sociedade moderna (BORTOLUZZI et al., 2010). Nessa perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza que tal tendência ocorre também no Brasil e a prevalência do consumo regular de álcool entre os homens é superior em relação às mulheres (SANTIAGO et al., 2015).

Segundo Mascarenhas et al. (2009), o uso de álcool torna o ser humano mais vulnerável às doenças cardiovasculares, neoplasias, absenteísmo, aposentadorias precoces, acidentes de trabalho e de transporte, episódios de violência (agressões), homicídios, suicídios e elevada frequência nos leitos hospitalares.

Um levantamento, que faz parte do estudo Vigilância de violências e acidentes (Viva), feito pelo Ministério da Saúde em 2011 em 71 hospitais sentinelas de urgência e emergência de 24 capitais e do Distrito Federal, constatou que a proporção do consumo de bebidas alcoólicas entre os pacientes homens foi bem maior que as mulheres, ou seja, 54,3% dos homens que sofreram violência e 24,9% dos que sofreram acidente de trânsito tinham consumido bebida alcoólica. Nas mulheres, esses índices foram 31,5% e 10,2%, respectivamente (BRASIL, 2013). Na PNAISH consta que os homens iniciam precocemente o consumo de álcool e tendem a beber mais e a ter mais prejuízos em relação às mulheres (BRASIL, 2008).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostrou que ao analisar o consumo de álcool por sexo, o uso pelos homens foi de 36,3%, enquanto pelas mulheres foi de 13,0%, sendo que o intervalo de faixa etária que mais utiliza o álcool é o de 25 a 39 anos. A média de idade para uso pelos homens foi de 17,9 anos, enquanto pelas mulheres foi de 20,6 anos. A faixa etária de 25 a 39 anos foi também a que mais prevaleceu entre motoristas que dirigem após consumirem álcool (IBGE, 2013). Esses dados são condizentes com a OMS e com a PNAISH, que mostraram um início de uso mais precoce entre os homens quando comparado ao uso pelas mulheres.





**Artigo**

Isso permite afirmar que os homens que estão abaixo da média (25 a 39 anos) estão em sincronia com alguns estudos, como este do Viva e como o da PNS, já que foram os que apresentaram maior consumo de bebida alcoólica e é a faixa etária mais prevalente nos dados estatísticos de atendimentos por acidentes. Ou seja, o uso de álcool guarda uma relação com a ocorrência de alguns problemas frequentes, como a violência e acidentes de trânsito, pois segundo Lima (2007), aproximadamente 70% dos acidentes violentos com mortes, o álcool é o principal responsável.

Em relação ao uso do cigarro, os dados da pesquisa mostraram não haver significância estatística e que a porcentagem de homens que faziam uso do tabaco ser baixa tanto entre os homens abaixo da média e acima da média de idade. Isso vai de encontro ao estudo de Barros et al. (2011), que aponta uma frequência elevada de tabagismo entre homens. No entanto, deve-se considerar que o uso de cigarro proporciona um aumento na vulnerabilidade às doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, entre outras.

Em conformidade com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) (2011), o uso de cigarros contribui para o desenvolvimento de várias neoplasias, como de pulmão, boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, bexiga, rim, colo do útero e leucemia mieloide aguda. Quando comparado às mulheres, os homens usam cigarro com maior frequência. Com isso, homens e mulheres devem ser conscientizados sobre os malefícios do cigarro e adotar hábitos saudáveis de vida (BRASIL, 2008).

Um estudo intitulado Pesquisa especial de Tabagismo (PETab), afirmou que o tabagismo é um problema que reflete as desigualdades sociais no país, ficando evidente na pesquisa que quanto maior o número de anos de estudo, menor o percentual de fumantes. Aproximadamente metade da porcentagem de usuários de tabaco possui 11 anos de estudo ou mais, quando comparadas às pessoas sem instrução ou com menos de um ano de estudo. Entre tabagismo e renda foi obtido um resultado semelhante, pois quanto menor a renda, maior a tendência de uso do tabaco (INCA, 2011).

Analisando o tópico atividade física, a maioria dos homens era sedentário, tanto os com idade menor que a média quanto os com idade maior que a média. Apenas 30,40% (n=45) praticavam atividade regular, sendo que os indivíduos abaixo da média eram os que se exercitavam mais. Percebe-se que isso entra em concordância com outros estudos realizados sobre a saúde do homem.

A esse respeito, pesquisa realizada em uma comunidade do sudeste de Mato Grosso (Brasil) analisou o estilo de vida de 206 homens e revelou que 23% praticavam atividade pelo menos três vezes por semana. Quando os homens fazem alguma atividade física,



**Artigo**

geralmente é pouco frequente, menos de três vezes por semana, limitando, muitas vezes, aos finais de semana (NASCIMENTO et al., 2014). Muitos homens chegam a afirmar que o trabalho é um exercício físico bem cansativo e que, muitas vezes, não tem condições físicas para realizar atividades físicas (ALVES et al., 2011).

A prática de atividades físicas tem um efeito positivo sobre o corpo humano, estando relacionada à diminuição da morbidade e, conseqüentemente, da mortalidade da população adulta, pois a prática regular de atividades físicas está relacionada à melhora da autoestima, da imagem do corpo, diminui a ansiedade, a insônia e o consumo de medicamentos, além de estimular a sociabilização (GUIMARÃES et al., 2012).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde do homem é um tema que vem sendo debatido frequentemente, mas muitos homens ainda não fazem o uso dos serviços de saúde de maneira satisfatória. Com isso, conhecer as características sociodemográficas é fundamental para ver o perfil dos homens em que os serviços de saúde devem voltar suas práticas. Este estudo mostrou haver uma significância estatística na correlação entre idade e escolaridade, com a tendência de que o aumento da escolaridade em anos apresentou menor procura aos serviços de saúde da atenção básica; entre idade e companheiro fixo, com a tendência de o aumento da idade favorecer à união estável e entre idade e o uso de bebida alcoólica, com predominância de uso de álcool na faixa de 25 a 39 anos.

Tais fatores sociodemográficos merecem uma atenção especial da sociedade como um todo e, de modo especial dos profissionais de saúde, pois exercem influência na utilização dos serviços de saúde, especialmente os de atenção básica. Estudos que mostrem o ponto de vista dos homens em relação aos serviços de saúde necessitam ser realizados e divulgados, para que gestores e atuantes nos serviços de saúde conheçam e se adequem ao perfil dos homens que necessitam de atendimento.

### REFERÊNCIAS

ALVES, R.F. et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicol. Teor. Prat.**, São Paulo, v.13, n. 3, p. 152-166, dez. 2011. Disponível em:



**Artigo**

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872011000300012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000300012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jun. 2016.

ANDRADE, M. V.; MAIA, A.C. **Demanda por planos de saúde no Brasil**. Anais do XXXIV Encontro Nacional de Economia, ANPEC, 2006.

BARROS, A.J.D.; CASCAES, A.M.; WEHRMEISTER, F.C.; MESA, J.M.; MENEZES, A.M.B. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. **Ciênc. saúde colet.**, v.16, n.9, p.3707-3716, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**, Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria MS/GM Nº 1.944. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Informática do SUS (Datasus). Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>> Acesso em: 02 Mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) : 2009, 2010 e 2011 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BORTOLUZZI, M. C. et al. Prevalência e perfil dos usuários de álcool de população adulta em cidade do sul do Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, v.15, n.3,p.679-685, 2010.



**Artigo**

DURÃES OLIVEIRA, P. S.; BARBOSA, H. A.; RODRIGUES, R. M. Nunca preocupei com saúde não-o fenômeno saúde na perspectiva do homem. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 9, n. 3, 2016.

FONTES, D. W. et al. Atenção á saúde do Homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**, v. 24, n 3, 2011. ISSN 0103-2100

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 03 Jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>.

GUIMARAES, A. C. A. et al . Percepção da qualidade de vida e da finitude de adultos de meia idade e idoso praticantes e não praticantes de atividade física. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, p. 661-670, Dec. 2012 . Dispoível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232012000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em:  
25 Jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000400007>  
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**. Rio de Janeiro: IBGE; 2008.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro:IBGE; 2013.

INCA - Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Organização Pan- Americana de Saúde. **Pesquisa especial de tabagismo- PETab: relatório Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em:  
<[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_especial\\_tabagismo\\_petab.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_especial_tabagismo_petab.pdf)>. Acesso em: 10 Jul. 2016.



**Artigo**

LIMA, J.M.B. Alcoologia. **O alcoolismo na perspectiva da Saúde Pública**. Rio de Janeiro (RJ): Med Book Editora Científica, 2007.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M.; GIATTI, L. A Situação sócio econômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio – PNAD/ 98. **Ciênc. saúde colet.**, v.7, p. 285-95, 2002.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M.. **Fundamentos da metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MOURA, E.C. de. et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 429-438, 2014.

MASCARENHAS, M.D.M. et al. Consumo de álcool entre vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de emergência no Brasil, 2006 e 2007. **Ciênc. saúde colet.**, v.14, n.5, p.1789- 1796, 2009.

NASCIMENTO, V. F. do et al. Estilo de vida de homens de uma comunidade no sudeste de Mato Grosso, Brasil. **Gestão e Saúde**, Brasília,DF. Brasil, v. 5, n. 3, p. pag. 961-976, jun. 2014. ISSN 1982-4785. Disponível em:  
<<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/883>>. Acesso em: 25 Jul. 2016. doi:10.18673/.

OLIVEIRA, M. M.; DAHER, D. V.; SILVA, J. L. L.; ANDRADE, S. S. C. A. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **Ciênc. saúde colet.**, v. 20, n. 1, p. 273-78, 2015.

OSHIRO, M.L.; CASTRO, L.L.C.; CYMROT, R. Fatores para não- adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande, MS. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 31, n. 1, p. 95-100, 2010.

PAGOTTO, V; SILVEIRA, E.A.; VELASCO, W.D. Perfil das hospitalizações e fatores associados em idosos usuários do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 3061-70, 2013.



**Artigo**

PEREIRA, J.C. et al. Promoção da Saúde do homem: Uma experiência exitosa na Atenção Básica. **Rev. APS**, v. 18, n. 1, 2015.

SANTIAGO, F. P. et al. Perfil de homens na atenção primária à saúde. **Holos**, v. 31, n. 5, 2015. Disponível em:  
<<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/viewFile/3214/1152>> Acesso em:  
22 Jul. 2016. DOI: 10.15628/holos.2015.3214

SILVA, R. L.; MAGALHÃES, J. Percepção do cenário atual da saúde do homem: dificuldades encontradas por indivíduos masculinos em monitoramento contínuo de pressão arterial e diabetes na procura por assistência de saúde em Cáceres-MT. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, v. 1, n. 3, 2015.



**Artigo**

**CENÁRIO DE INFECÇÃO POR HPV EM MULHERES: ESTUDO EM PRONTUÁRIOS NO PERÍODO DE 1998 - 2017 NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE**

**HPV INFECTION SCENARIO IN WOMEN: STUDY ON PRONOUNS IN THE PERIOD 1998 - 2017 IN THE INTERIOR OF RIO GRANDE DO NORTE**

Lucélia da Silva Souza<sup>1</sup>  
Ana Paula Dantas da Silva Paulo<sup>2</sup>  
José da Silva Tavares<sup>3</sup>  
Alexandre Policarpo da Silva<sup>4</sup>

**RESUMO** - Este trabalho objetivou estudar os casos de infecção por HPV (Papiloma vírus humano) em mulheres que se submetem ao exame de citologia oncológica no interior do Rio Grande do Norte, através de registros dos prontuários nos anos de 1998 – 2017. Trata-se de um estudo investigativo com abordagem quantitativa descritiva, que desenvolveu e esclareceu conceitos e ideias a respeito do papiloma vírus humano. O método quantitativo descritivo foi adotado, pois a coleta de dados fora constituída através da análise de prontuários sendo uma forma sistemática para a descrição e explicação do estudo de casos em mulheres, com resultados de exames citológicos positivos para HPV. Os dados clínicos encontrados mostra um total de nas mulheres que se submeteram ao exame citológico, na cidade Parelhas/RN, uma cidade do interior do Rio Grande do Norte, com população estimada em 2017, 21.669 pessoas. Neste sentido a coleta nos mostra um número total de 1.145 exames positivos para o vírus do HPV em mulheres, nos anos de 1998 – 2017. Dentre as amostras obtivemos resultados positivos para NIC I, NIC II e NIC

---

<sup>1</sup> Enfermeira, graduada em Enfermagem pelo Centro Educacional de Ensino Superior de Patos LTDA, das Faculdades Integradas de Patos – Patos/PB. Licenciada em História Pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.

<sup>2</sup> Doutoranda em cirurgia pela Faculdade Santa Casa da Misericórdia em São Paulo, Especialista em Auditoria em Saúde. Docente Titular Disciplina de Clínica Médica nas Faculdades Integradas de Patos

<sup>3</sup> Enfermeiro, graduado em Enfermagem, pelo Centro Educacional de Ensino Superior de Patos LTDA, das Faculdades Integradas de Patos, Patos/PB.

<sup>4</sup> Odontólogo, Mestre em Saúde e Sociedade – Universidade Estadual do Rio Grande do Norte. Doutorando em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.



**Artigo**

III. Onde a faixa etária aparece em mulheres com idade entre 13 e 80 anos. A prevalência do HPV nos resultados de exames citológicos, evidenciado pelo tamanho da população deixa claro que o agravo em vista à formulação da problemática encontrada, servirá de base e hipóteses para estudos posteriores com relevância importância para a população, além de servir como suporte teórico e análise de banco de dados, visando à melhoria da saúde das mulheres no interior do Rio Grande do Norte.

**Palavras-chave:** Papiloma vírus humano. Epidemiologia. Saúde da mulher.

**ABSTRACT** - This study aimed to study the cases of human papillomavirus (HPV) infection in women who underwent oncotic cytology in the interior of Rio Grande do Norte, through records of medical records in the years 1998 - 2017. of an investigative study with quantitative descriptive approach, that developed and clarified concepts and ideas regarding the human papilloma virus. The descriptive quantitative method was adopted, since the data collection was constituted through the analysis of medical records and a systematic way to describe and explain the case study in women, with results of positive cytological exams for HPV. The clinical data found show a total of women who underwent cytology in the city Parelhas / RN, a city in the interior of Rio Grande do Norte, with a population estimated in 2017, 21.669 people. In this sense, the collection shows us a total of 1,145 HPV positive tests in women from 1998 to 2017. Among the samples we obtained positive results for IAS I, IAS II and IAS III. Where the age group appears in women between the ages of 13 and 80 years. The prevalence of HPV in the results of cytological tests, evidenced by the population size, makes it clear that the problem in order to formulate the problems found will serve as a basis and hypothesis for further studies of relevance importance to the population, besides serving as theoretical and database analysis, aimed at improving the health of women in the interior of Rio Grande do Norte.

**Keywords:** Papilloma virus human. Epidemiology. Women's health.





Artigo

INTRODUÇÃO

A assistência voltada à saúde da mulher tem seu marco instituído desde 1983, com a criação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher - PAISM, onde as mulheres deixam de serem vistas como reprodutoras e passam a serem entendidas em seus mais variados aspectos. Neste sentido, a saúde torna-se prioridade, visando à melhoria da qualidade de vida através da prevenção, da profilaxia e do tratamento das comorbidades. Contudo, não há dúvidas que as infecções e doenças sexualmente transmissíveis tornaram-se um grave problema de saúde pública, pois estudos revelam que muitas mulheres são acometidas pelo papiloma vírus humano - HPV, vírus oportunista, que vai causar dano a imunidade celular da pessoa acometida, que poderá desenvolver altas taxas de lesões cervicais sejam elas de baixo, médio e alto grau, que pode ter evolução para o câncer de colo de útero (LOPES, 2006).

O Papiloma Vírus Humano - HPV, nada mais é do que um vírus oportunista que se instala na mulher e no homem através de relações sexuais desprotegidas, e que tem o potencial de provocar lesões na pele e mucosas, de modo que, ao ser contaminado, o portador do vírus pode ter sua imunidade baixada e conseqüentemente o fortalecimento do DNA do vírus se sobressai atingindo organismo de forma lenta.

Segundo Libera et al., 2016, existem mais de 100 tipos de HPV espalhados por todo o mundo, onde 40% destes podem causar alguma alteração do trato geniturinário e anal, representados pelos tipos 16 e 18, que são responsáveis pela prevalência do câncer do colo de útero. Além disso, o HPV pode ser classificado como de baixo, médio e alto risco, podendo ainda evoluir para um possível fator oncogênico.

Tendo em vista que o papiloma vírus humano se trata de um vírus oportunista, a depender do organismo do hospedeiro, as lesões que se desenvolvem na região cérvix uterina são classificadas em atípicas escamosas de significados indeterminados (ASCUS), lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL ou NIC I), lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL, NIC II ou NIC III), Carcinoma in situ (NIC III), adenocarcinoma in situ (AIS) (FERNANDES et al., 2010).

É importante observar que ao ser infectado pelo vírus, as células do epitélio sofrem alterações, amadurecem e se multiplicam rapidamente, induzidas por oncoproteínas do vírus (E1 a E7, L1, L2 e LCR) levando em torno de 10 a 20 anos para poder desenvolver alguma manifestação clínica, de modo que podem surgir verrugas ou condilomas acuminados, vulgo crista de galo, que possui ainda aspecto de couver-flor. Estimativas de estudos anteriores, fica notório que os casos de HPV dos tipos 16 e 18 estão muito



## Artigo

presentes em nossa sociedade, de modo que tornou-se um grave problema de saúde pública entre pessoas jovens, muito embora parte dessas pessoas não desenvolvam alguma lesão aparente, visto que a imunidade é bem superior a força do vírus (LIBERA et al., 2016).

Para esse problema de saúde pública e pouco conhecida pela população, ou até mesmo confundida com outros tipos de doenças, faz-se necessário à prevenção primária, através de intervenções e do comprometimento da equipe de saúde em acompanhar em locais o desenvolvimento sociocultural da população em geral, promovendo saúde e colhendo um vasto potencial educativo e preventivo na redução da transmissão do HPV, levando em consideração que se for descoberto precocemente a intensidade do vírus pode ser rebaixada com tratamentos e cirurgias de alta frequência – CAF, pois é através da biópsia que se confirma o diagnóstico real da doença. Sendo portanto a biópsia um dos importantes exames para o tratamento eficaz da doença (LOPES, 2007).

Ainda no tocante a prevenção primária do HPV, é necessária a intervenção direta da equipe de saúde, especialmente do enfermeiro, pois este se encontra diretamente com a população, podendo ele promover saúde e estabelecer novos estilos de vida que minimizem os riscos ou evolução da doença, caso não seja tratada. Portanto, o acompanhamento, aconselhamento e orientação vão determinar um estilo de vida sexual mais seguro, saudável e adequado da população. (SOUZA; COSTA, 2015)

A infecção pelo HPV, tornou-se um problema de saúde com danos severos a população feminina, de modo que no Brasil, sua maior incidência da contaminação ocorra em mulheres e idade fértil de 15 – 20 anos de idade. Para as mulheres ao qual estamos aqui em relevante discussão à maneira mais segura seria o uso de preservativo feminino, bem como a conscientização do seu parceiro em contribuir com uma relação sexual mais segura, levando em conta a saúde da mulher, e especialmente por ser considerada um reservatório de doenças que venha a se instalar. Além do sexo seguro com camisinha, temos ainda as mulheres que mantêm relações com múltiplos parceiros, que se tornam uma fonte inesgotável de transmissão do vírus do HPV do trato geniturinário, podendo ainda sofrer graves consequências destas morbidades (GASPAR, 2015).

Assim, a consulta de enfermagem, o exame citopatológico, preventivo ou exame Papanicolau é a porta de entrada para uma vida sem graves consequências, é nesse momento que pode-se promover e prevenir infecções pelo papiloma vírus humano e outras moléstias, rastreamento do câncer de colo de útero, podendo ainda evitar possíveis óbitos por doenças dessa natureza, e especialmente 100% de chances de cura do câncer de colo de útero, caso seja descoberto precocemente (DIAS et al., 2015).



**Artigo**

Além disso, o exame citopatológico por ser o mais adequado em rastrear se a mulher tem alguma doença ginecológica. É simples, barato, em muitas unidades de saúde são preconizados pelo SUS, é extremamente eficaz no rastreamento do câncer de colo de útero. E por mais simples que seja deve ser realizado anualmente, em mulheres que já tenham iniciado as atividades sexuais e para aquelas mulheres que não tem mais a presença da menstruação mais para além da prevenção de agravos, promover um tratamento eficaz e seguro neste problema de saúde pública (LIBERA, 2016).

A justificativa do presente estudo deriva do alto número de casos de HPV registrados nos prontuários e livros de registros de exames citológicos em mulheres, nos últimos 20 anos, onde a faixa etária se destaca entre mulheres de 13 a 80 anos de idade. e traçou um perfil sobre a faixa etária em idades das mulheres portadoras do vírus do HPV e que já possuem lesões decorrentes do mesmo. Sendo assim, a pesquisa teve como objetivo apresentar os casos de HPV em mulheres registrados nos prontuários da Unidade básica de saúde Antônio Luís dos Santos, município de Parelhas/RN, no período que se estende desde 1998 – 2017. Dessa forma, acredita-se que deverá haver um grande trabalho de conscientização da população no tocante as doenças sexualmente transmissíveis por parte da secretaria de saúde e por toda equipe da atenção básica. Acredita-se ainda que esta pesquisa contribua fundamentalmente para um novo olhar e reflexão acerca da temática, tendo como base para o desenvolvimento de novas políticas públicas no tocante a saúde da mulher e da população como um todo.

### **IMPORTÂNCIA DO EXAME CITOLÓGICO NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO**

Um dos métodos mais eficazes para detecção do HPV e suas causas no organismo humano é o exame citológico, que embora muitas vezes não seja levado a sério pela população feminina, ele implica na melhor forma de planejamento e prevenção aos agravos de doenças do trato geniturinário, cuja abordagem aqui relatada trata-se de doenças sexualmente transmissíveis, Papiloma vírus humano – HPV, uma vez que as DSTs são imerso na sociedade e tornou-se um grave problema de saúde pública, após ter sido comprovada sua ação no câncer de colo de útero. A prevenção e a detecção precoce da CCU é algo bastante justificável e eficaz, pois ele evolui de forma lenta e passa por vários estágios até chegar de fato no câncer. O método é extremamente simples, o exame papanicolaou permite detectar alterações da cérvix uterina, a partir da coleta das células



## Artigo

da ectocervice e endocervice, epitélio glandular e escamoso. Torna-se um exame rápido e indolor, com riscos baixos para a paciente e proporciona diversos benefícios, além de ser preconizado pelo ministério da saúde, é de baixo custo e promove a melhoria/prevenção da saúde da mulher. (DIAS et al., 2015).

Tendo em vista que a infecção pelo papiloma vírus humano é uma das infecções que mais ocasiona o câncer de colo e útero, é importante notar que no Brasil cerca de 15.590 mulheres adoecem anualmente com taxa relativa em 15,33 para 100 mil habitantes. O que torna a prevenção e controle do CCU uma prioridade para a gestão de cada município na atenção a saúde da mulher. Portanto, a chave mestre para a estratégia no rastreamento das lesões é o exame citológico (AYRES et al., 2017).

As mulheres são mais susceptíveis a infecção por HPV, pois durante ao ato sexual, em decorrência do pênis ser mais resistente do que o útero, podem acontecer lesões no epitélio escamoso/vaginal, gerando uma porta de entrada eficaz para infecção do papiloma vírus humano e estar em contato direto com as lesões (RODRIGUES E SOUZA. 2015).

Entre os mais variados tipos de câncer o CCU apresenta uma alta chance de cura, desde que venha ser detectado em seu estágio inicial que é diagnosticado com uma tecnologia simples e de fácil acesso, chegando até 100% de cura. Sendo, portanto, o enfermeiro a porta de entrada para receber o paciente, já que estar em contato direto com a sociedade (AMARAL et al., 2017).

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo/descritivo com abordagem na área de saúde da mulher. Os Estudos descritivos quantitativo são pesquisas que coletam descrições detalhadas e utilizam os dados para justificar e avaliar as condições e práticas existentes ou sugerir planos para melhorar a atuação profissional na atenção à saúde (MINAYO, 2006).

Uma pesquisa exploratória com abordagem quantitativa descritiva. Segundo Gil 2008, as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. O método quantitativo descritivo foi adotado, pois a coleta de dados foi constituída através da análise de prontuários, sendo uma forma sistemática para a descrição e explicação do estudo em questão.



**Artigo**

A amostra será realizada através da análise de prontuários das mulheres que se submeteram ao exame citopatológico, no período que corresponde à 1998 – 2017. A populacional corresponderá à 1.145 casos positivos de HPV de mulheres que se submeteram ao exame citopatológico, na Estratégia de saúde da Família, Antônio Luís dos santos, que fazem parte de toda cidade de Parelhas, uma vez que o ESF é responsável pela coleta e entrega de todos os exames citológicos realizados no município. Como critério de inclusão serão utilizados todos os resultados de exames citológicos com diagnóstico positivo de HPV e lesões presentes. Como critérios de exclusão: serão eliminados os resultados dos exames que não foram registrados corretamente no livro de resultados dos exames citopatológicos.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O Papiloma vírus humano – HPV tornou-se um grave problema de saúde pública em todo o mundo, datadas desde os anos 400 a.C. a doença ainda não era reconhecida como DST, mas, estudos relatam sua existência conhecida como verrugas. Desde a década de 80 até anos atuais tornou-se reconhecida após sua relação com a grave incidência do câncer de colo de útero, especialmente em mulheres de baixa renda que mantêm práticas sexuais desprotegidas ou com múltiplos parceiros, além de que é a segunda doença mais frequente, sendo ainda a quarta causa de óbito na população feminina do Brasil. (COSTA et al., 2013).

Segundo o guia do HPV 2013, o papiloma vírus humano/HPV é conhecida como a principal doença sexualmente transmissível, e trata-se de um vírus que ao entrar em contato com o hospedeiro seja, homens ou mulheres causa-lhes infecção que podem ser transmitidas através do ato sexual. É importante saber que existem mais de 100 diferentes tipos de HPV, sendo que os tipos mais comuns para os casos de câncer do colo do útero são os tipos 16 e 18, que compõe cerca de 70% dos casos em todo mundo. Além de serem responsáveis pelo câncer de anus (90%), vagina (60%) e vulva (50%). Os vírus dos tipos 6 e 11 comumente presente e responsáveis pelo aparecimento de verrugas genitais em aproximadamente noventa por cento dos casos, é um dos problemas mais comuns em todo o mundo, onde aparece com cerca de dez por cento das lesões de baixo grau no colo do útero.

A prevalência dos dados obtidos através desta pesquisa nos mostra o que de fato representa o papiloma vírus humano - HPV, nas mulheres que se submeteram ao exame



**Artigo**

citológico, na cidade Parelhas/RN. Uma cidade do interior do Rio Grande do Norte, com população estimada em 2017, 21.669 pessoas. Neste sentido a coleta nos mostra um numero total de 1.145 exames positivos para o vírus do HPV em mulheres, nos anos de 1998 – 2017.

Dentre as amostras obtivemos resultados positivos para NIC I, NIC II e NIC III. Onde a faixa etária aparece em mulheres com idade entre 13 e 80 anos.

No ano de 1999 aparece o maior índice de HPV, NIC I nas faixas etárias de 15 – 70 anos de idade, totalizando entre 1998 – 2017, 1.060 casos. Já para o NIC II, o total corresponde a 45 casos, onde o maior índice se deu no ano de 2004, com 7 casos positivos, nas faixa etária de 15 – 40 anos de idade. Para o NIC III, o total correspondeu a 40 casos positivos, entre 1998 - 2017, onde o maior número acontece no ano de 2003, nas faixa etária de 20 e 40 anos.

No tocante a faixa etária, o maior índice de casos positivos para HPV, NIC I, se deu nos 20 anos de idade. Já para o NIC II, as faixa etária dos 20 e 30 anos de idade obtivemos valores absolutamente iguais (15 casos para cada década). O NIC III, o maior número de casos acontece na faixa dos 30 anos, (totalizando 16 casos nos últimos 20 anos).

O livro *Enfermagem na saúde da mulher*, afirma que o HPV é o principal agente oncoacelerador das lesões primárias para o câncer de colo de útero, pois essa associação é baseada em que 85 a 100% dos NIC 2 e NIC 3 confirma-se através do seu DNA. Estima-se que as primeiras manifestações clinicas da doença aparecem de 15 a 40% das mulheres jovens sexualmente ativas e que 3 a 10% destas na faixa etária dos 35 anos de idade ou mais apresentam infecção por HPV em algum momento, tendo em vista as ações de infecção e reinfecções versus reversão espontânea. É importante notar que em alguns casos a infecção regride espontaneamente sem apresentar amostras satisfatórias no exame citológico. Dados ainda comprovam de 15 a 30% das mulheres com amostras satisfatórias positivas para HPV, mas com citologia normal desenvolverão NIC 2 ou NIC 3 nos quatro anos seguintes respectivamente. E demais mulheres que apresentaram alterações no exame citopatológico, porém com teste negativo para HPV, ao realizar o tratamento correto não apresentam NIC 2 ou NIC 3 e os exames posteriores tentem a se normalizar. (LOPES, 2006)



**Artigo**

**Tabela 1** Mostra quantitativa das mulheres que possuem HPV positivos, e que desenvolveram as lesões dos tipos NIC I, NIC II e NIC III. Mostra quantitativa das mulheres que possuem HPV positivos, e que desenvolveram as lesões dos tipos NIC I, NIC II e NIC III.

Quantas mulheres apresentaram NICs			
	NIC I	NIC II	NIC III
Casos positivos	1060	45	40

**Tabela 2:** Mostra quantitativa de HPV com resultados positivos + NIC I, em mulheres, que submeteram ao exame citológico na unidade básica de Saúde, Luís Antônio dos Santos, no município de Parelhas/RN.

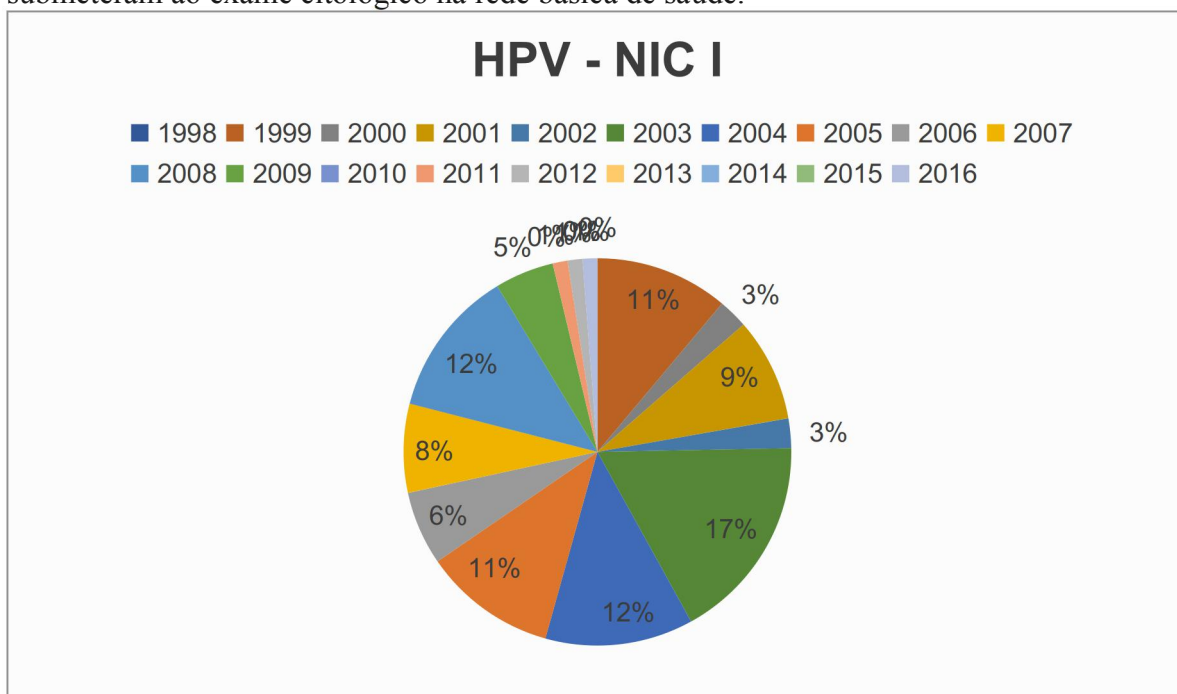
REPRESENTAÇÃO HPV POR FAIXA ETÁRIA NOS ANOS DE 1998 – 2017									
NIC I									
	15 – 19 anos	20 anos	30 anos	40 anos	50 anos	60 anos	70 anos	80 anos	Total por ano
1998	0	24	35	29	13	2	0	0	103
1999	9	42	42	33	17	5	3	0	151
2000	2	15	11	8	4	1	3	0	44
2001	7	20	22	9	4	0	1	0	63
2002	2	11	20	8	5	1	0	0	47
2003	14	48	32	18	11	1	1	0	125
2004	10	40	25	14	5	2	0	0	96
2005	9	17	19	15	1	0	0	0	61
2006	5	27	15	11	2	0	0	0	60
2007	6	21	20	4	1	1	0	1	54
2008	10	26	14	13	5	1	0	0	69
2009	4	25	17	18	9	3	0	1	77
2010	0	15	8	10	3	1	1	0	38
2011	1	5	14	12	4	1	0	0	37
2012	1	5	2	2	2	0	0	0	12
2013	0	2	3	0	1	0	0	0	6
2014	-	-	-	-	-	-	-	-	
2015	-	-	-	-	-	-	-	-	
2016	1	3	7	2	4	0	0	0	17
2017	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>346</b>	<b>306</b>	<b>206</b>	<b>91</b>	<b>19</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>1060</b>



## Artigo

Apresentação da amostra em porcentagem. Onde percebe-se que o maior índice de HPV se deu no ano de 1999, na faixa etária dos 20 e 30 anos de idade, com 151 casos. ficando em 2º lugar o ano de 2003, com 125 casos registrados, com maior índice na faixa etária dos 20 anos de idade, totalizando 48 ( ou 17% do total) casos confirmados de HPV – NIC I.

**Gráfico n° 1:** Gráfico referente à tabela número 2, onde é representado os valores em porcentagem da quantidade de HPV encontrados nos prontuários das mulheres que se submeteram ao exame citológico na rede básica de saúde.





**Artigo**

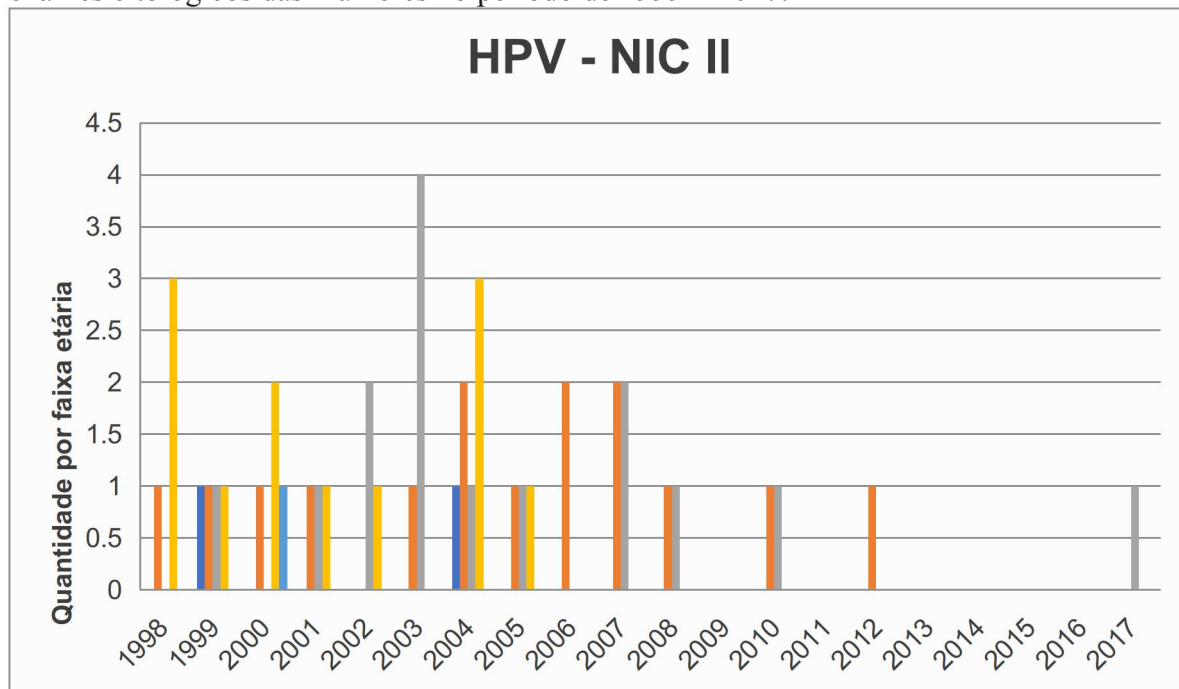
**Tabela nº 3:** Representação das mulheres que apresentaram resultados positivos para lesão intra epitelial de média gravidade nas mulheres do município de Parelhas que se submeteram ao exame citológico.

<b>REPRESENTAÇÃO HPV POR FAIXA ETÁRIA NOS ANOS DE 1998 - 2017</b>						
<b>NIC II</b>						
	<b>15 – 19 anos</b>	<b>20 anos</b>	<b>30 anos</b>	<b>40 anos</b>	<b>50 anos</b>	<b>Total por ano</b>
<b>1998</b>	-	1	-	3	-	<b>4</b>
<b>1999</b>	1	1	1	1	-	<b>4</b>
<b>2000</b>	-	1	-	2	1	<b>4</b>
<b>2001</b>	-	1	1	1	-	<b>3</b>
<b>2002</b>	-	-	2	1	-	<b>3</b>
<b>2003</b>	-	1	4	-	-	<b>5</b>
<b>2004</b>	1	2	1	3	-	<b>7</b>
<b>2005</b>	-	1	1	1	-	<b>3</b>
<b>2006</b>	-	2	-	-	-	<b>2</b>
<b>2007</b>	-	2	2	-	-	<b>4</b>
<b>2008</b>	-	1	1	-	-	<b>2</b>
<b>2009</b>	-	-	-	-	-	
<b>2010</b>	-	1	1	-	-	<b>2</b>
<b>2011</b>	-	-	-	-	-	
<b>2012</b>	-	1	-	-	-	<b>1</b>
<b>2013</b>	-	-	-	-	-	
<b>2014</b>	-	-	-	-	-	
<b>2015</b>	-	-	-	-	-	
<b>2016</b>	-	-	-	-	-	
<b>2017</b>	-	-	1	-	-	<b>1</b>
<b>Total por faixa etaria</b>	<b>2</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>45</b>



**Artigo**

**Gráfico nº 2:** Imagem eferente as lesões, com NIC II positivo, que apareceram nos exames citológicos das mulheres no período de 1999 – 2017.



**Artigo**

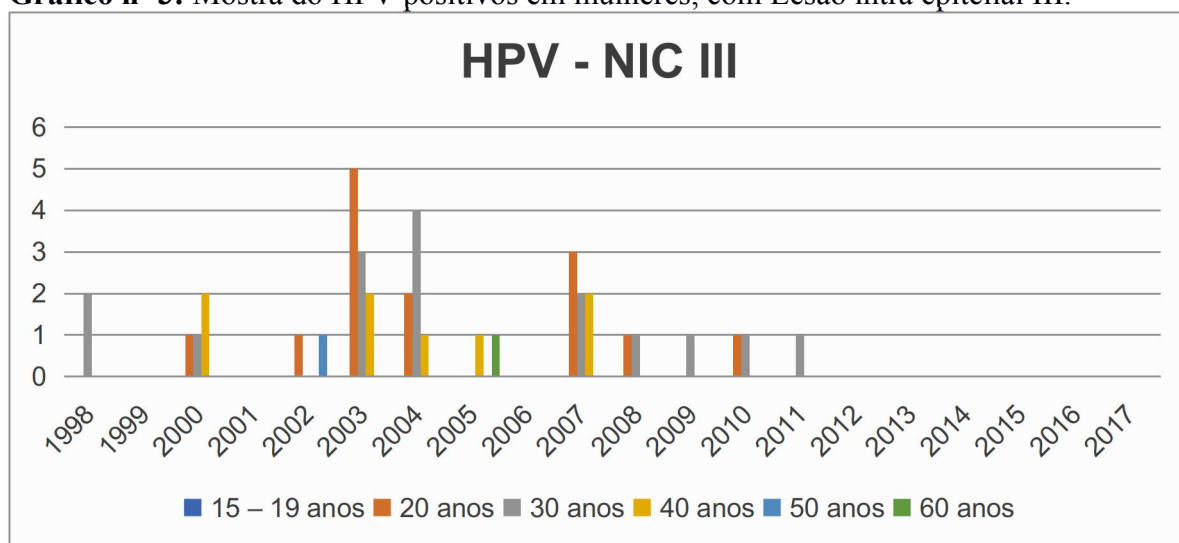
**Tabela nº 4:** Representação por faixa etária das mulheres com HPV positivos, na presença fundamental do NIC III.

	<b>REPRESENTAÇÃO HPV POR FAIXA ETÁRIA NOS ANOS DE 1998 - 2017</b>						
	<b>NIC III</b>						
	<b>15 – 19 anos</b>	<b>20 anos</b>	<b>30 anos</b>	<b>40 anos</b>	<b>50 anos</b>	<b>60 anos</b>	<b>Total por ano</b>
<b>1998</b>	-	-	2	-	-	-	2
<b>1999</b>	-	-	-	-	-	-	
<b>2000</b>	-	1	1	2	-	-	4
<b>2001</b>	-	-	-	-	-	-	
<b>2002</b>	-	1	-	-	1	-	2
<b>2003</b>	-	5	3	2	-	-	10
<b>2004</b>	-	2	4	1	-	-	7
<b>2005</b>	-	-	-	1	-	1	2
<b>2006</b>	-	-	-	-	-	-	
<b>2007</b>	-	3	2	2	-	-	7
<b>2008</b>	-	1	1	-	-	-	2
<b>2009</b>	-	-	1	-	-	-	1
<b>2010</b>	-	1	1	-	-	-	2
<b>2011</b>	-	-	1	-	-	-	1
<b>2012</b>	-	-	-	-	-	-	
<b>2013</b>	-	-	-	-	-	-	
<b>2014</b>	-	-	-	-	-	-	
<b>2015</b>	-	-	-	-	-	-	
<b>2016</b>	-	-	-	-	-	-	
<b>2017</b>	-	-	-	-	-	-	
<b>Total por faixa etária</b>		14	16	8	1	1	40



## Artigo

**Gráfico nº 3:** Mostra do HPV positivos em mulheres, com Lesão intra epitelial III.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo proporcionou uma breve pesquisa acerca do índice de HPV, em mulheres no município de Parelhas/RN, no período de 1998 – 2017. Onde os dados colhidos partiram dos livros de registros/prontuários de saúde da mulher, que se encontram na unidade Básica de saúde Antônio Luís do Santos, que funciona como unidade sede para coleta de material e armazenamento de dados das consultas realizadas.

Percebemos o alto índice de casos relacionado ao tamanho da população do município, que em 20 anos vem passando por esse mal que é o HPV, que sabemos o quanto é propício ao desenvolvimento do câncer nessas mulheres portadoras. Foi perceptível também que para alguns anos não tivemos nenhum registro nas unidades básicas de saúde, pois os exames eram coletados e enviados a laboratórios particulares, e o resultado desses exames ficavam apenas nas mãos dos pacientes ou dos laboratórios.

É importante salientar, que os limites deste estudo limita-se aos resultados encontrados, que por muitas vezes não tinha todos os resultados registrados, por questões particulares da unidade ou por perda da coleta do material nos laboratórios. Fazendo com que ainda não tivesse controle do retorno do paciente, nem tão pouco acompanhamento para as chances de cura e prevenção da transmissão do vírus.



**Artigo**

Acredita-se também que este estudo sirva como base para estudos futuros, além do comprometimento da saúde do município com sua população, que possa desenvolver ações de base para prevenção, profilaxia e tratamento da doença, que não permita o alastramento maior por falta de conhecimento.

**REFERÊNCIAS**

BRASIL. Saúde amplia vacinação de HPV para homens e mulheres até 26 anos. **SUS, Portal da Saúde, por Nivaldo Coelho, da agência de Saúde**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/29280-saude-amplia-vacinacao-de-hpv-para-homens-e-mulheres-ate-26-anos> acesso em: 28 – 10 – 2017

AMARAL, M. S.; GONCALVES, A. G. Prevenção do câncer de colo de útero: a atuação do profissional enfermeiro nas unidades básicas de saúde. **Revista Científica FacMais**, v. III, número 1. 2017/1º semestre ISSN 2238-8427. Disponível em: <http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2017/04/8-PREVEN%C3%87%C3%83O-DO-C%C3%82NCER-DE-COLO-DE-%C3%9ATERO-A-ATUA%C3%87%C3%83O-DO-PROFISSIONAL-ENFERMEIRO-NAS-UNIDADES-B%C3%81SICAS-DE-SA%C3%9ADE.pdf> acesso em: 28 – 10 – 2017

AYRES, A. R. G.; SILVA, G. A. Infecção por HPV em mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família. **Revista de saúde pública**. 51:92. 2017. Disponível em: [http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles\\_xml/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000065/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000065-pt.x83902.pdf](http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000065/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000065-pt.x83902.pdf) acesso em: 28 – 10 – 2017

COSTA, L. A. Papilomavírus Humano (HPV) entre Jovens: um sinal de alerta. **Saúde Soc. São Paulo**, v.22. n. 1, p. 249 – 261, 2013. Disponível em: <http://www.journals.usp.br/sausoc/article/view/76425/80132> acesso em: 28 – 10 – 2017

DIAS, E. G.; et. al. Perfil socioeconômico e prática do exame de prevenção do câncer do colo do útero de mulheres de uma unidade de saúde. **Revista saúde e desenvolvimento** v. 7, n.4 p. 136 – 146. 2015. Disponível em:



**Artigo**

<https://www.uninter.com/web/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/377/277> acesso em 28 - 10 - 2017

GASPAR, J. QUINTANA, S.M. Fatores sociodemográficos e clínicos de mulheres com papiloma vírus humano e sua associação com o vírus da imunodeficiência humana. Revista latino-AM. Efermagem vol. 23 no. 1 Ribeirão Preto Jan./Feb.2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000100074&script=sci\\_arttext&tlng=pt#aff5](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000100074&script=sci_arttext&tlng=pt#aff5) acesso em: 29 - 05 - 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. - 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUIA DO HPV: Entenda de vez os papilomavírus humanos, as doenças que causam e o que já é possível fazer para evitá-los. **Instituto do HPV**. MSD, 2013. p. 1 - 41.

Disponível em:

[http://www.incthpv.org.br/upl/fckUploads/file/Guia%20do%20HPV%20Julho%202013\\_2.pdf](http://www.incthpv.org.br/upl/fckUploads/file/Guia%20do%20HPV%20Julho%202013_2.pdf) acesso em: 28 - 10 - 2017

LIBERA, L. S. D; et. al. Avaliação da infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) em exames citopatológicos. **RBAC**. 48(2): p. 138-43. 2015. Disponível em:

[http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2016/06/ARTIGO-7\\_RBAC-48-2-2016-ref.-257.pdf](http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2016/06/ARTIGO-7_RBAC-48-2-2016-ref.-257.pdf) acesso em: 28 - 10 - 2017

LOPES, M. H. B. M. Prevenção e controle do câncer cérvico-uterino. In\_ **Enfermagem na saúde da mulher**. ed 2006. Ed. AB editora. Goiania, Nova tiragem, Julho, 2008. p. 67 -77.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. - 9.ed., São Paulo: Hucitec, 2006.

NARCHI, Nádia Zanon; JANICAS, Rita de Cássia Silva Vieira; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella. Prevenção e controle do câncer cérvico-uterino. In: **Enfermagem e saúde da mulher**, (org.). ed. 2º. Ed: aben-SP, Manoele 2007, reimpressão 2010. Série: Enfermagem, p: 127 - 145.



**Artigo**

RODRIGUES, A. F.; SOUSA, J. A. Papilomavírus humano: prevenção e diagnóstico  
Human papillomavirus: prevention and diagnosis. **R. Epidemiol. Control. Infec., Santa Cruz do Sul**, 5(4):197-202, out./dez. 2015. [ISSN 2238-3360]. Disponível em:  
<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/6043/4633> acesso em  
28 - 10 - 2017

SOUZA, A. F.; COSTA, L. H. R. Conhecimento de Mulheres sobre HPV e Câncer do  
Colo do Útero após Consulta de Enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**.  
61(4): p. 343 – 350. 2015 Disponível em: [http://www.inca.gov.br/Rbc/n\\_61/v04/pdf/05-artigo-conhecimento-de-mulheres-sobre-hpv-e-cancer-do-colo-do-utero-apos-consulta-de-enfermagem.pdf](http://www.inca.gov.br/Rbc/n_61/v04/pdf/05-artigo-conhecimento-de-mulheres-sobre-hpv-e-cancer-do-colo-do-utero-apos-consulta-de-enfermagem.pdf) acesso em: 28 - 10 - 2017



**Artigo**

**CIÊNCIA, TECNOLOGIA E SOCIEDADE NO COMBATE AO CÂNCER DE MAMA**

**SCIENCE, TECHNOLOGY AND SOCIETY IN FIGHTING BREAST CANCER**

Áurea Machado de Aragão<sup>1</sup>  
Antônio Martins de Oliveira Júnior<sup>2</sup>

**RESUMO-** Este artigo teve como objetivo analisar os investimentos na ciência e tecnologia para o combate ao câncer de mama em diferentes países, e as consequências das políticas públicas da saúde para a população acometida por esse tumor maligno. O estudo está amparado no método dedutivo, com objetivo exploratório, de abordagem qualitativa através de levantamento bibliográfico e documental. Os dados obtidos evidenciam que são muitas dificuldades após o diagnóstico positivo tanto para o paciente quanto para a saúde pública; que há muito o que se perguntar acerca desse objeto; que é premente identificar as práticas e as funções que devem ser desempenhadas pelos agentes públicos na aplicação das políticas de Ciência e Tecnologia e da saúde relacionadas ao câncer de mama, inclusive por conta das características sociais dos países.

**Palavras-chave:** Ciência. Tecnologia. Sociedade. Políticas da saúde. Câncer de mama.

**ABSTRACT-** This article aimed to analyze investments on science and technology for the fight against breast cancer, and the consequences of public healthcare policies for the population affected by this malignant tumor. This study is based on the deductive method, with an exploratory objective, of a qualitative approach by gathering documentary and bibliographical data. The data present evidence that there are many difficulties after a positive diagnosis, both for the patient and for public healthcare institutions; that there is a lot to ask about this subject; that it is urgent for us to identify the practices and roles performed by public agents in the application of policies of science and technology and healthcare related to breast cancer, also due to the social characteristics of each country.

---

<sup>1</sup> Doutoranda no Programa de pós-graduação em Ciência da Propriedade Intelectual da Universidade Federal de Sergipe (PPGPI/UFS).

<sup>2</sup> Docente no Programa de pós-graduação em Ciência da Propriedade Intelectual da Universidade Federal de Sergipe (PPGPI/UFS). E-mail: [amartins.junior@gmail.com](mailto:amartins.junior@gmail.com)





Artigo

**Keywords:** Science. Technology. Society. Healthcare policies. Breast cancer.

## INTRODUÇÃO

A ciência representa uma atividade importante no desenvolvimento humano, mas somente nos finais do século XVIII, estabeleceu-se como fator determinante na estrutura e comportamento da sociedade, propiciando desenvolvimento de novos conceitos, análise de fenômenos possíveis de quantificação, nova ordem sociológica e descrição de sua consequente repercussão. No contexto dessa revolução estrutural firma-se a tecnologia como instrumento de evolução para apoio em todos os níveis humanos, a exemplo da saúde, aqui em foco.

O fortalecimento do apoio sistemático do Estado às atividades de ciência e tecnologia veio através do relatório *Science - the Endless Frontier* – delineado por Vannevar Bush, à época diretor da Agência de Pesquisa Científica e Desenvolvimento (Office of Scientific Research and Development) norteamericana. A elaboração, requerida pelo presidente Franklin D. Roosevelt e entregue a seu sucessor, Henry Truman, em 1945, “codificou a racionalidade para o apoio governamental às atividades de pesquisa e desenvolvimento (P&D) no pós-2ª Guerra Mundial” e, assim, “criou uma base retórica para explicar o valor da ciência e da tecnologia na sociedade moderna” (SAREWITZ, 1996, p. 17).

Nesse sentido, políticas em ciência e tecnologia (C&T) são as que intervêm sobre a atividade de pesquisa, inovação e desenvolvimento. Vale a ressalva das limitações de cada país contornadas pelo entendimento, por exemplo, do que seja público e privado e atribuições do Estado em suas sociedades.

Em se tratando da saúde, a C&T dessa área é extremamente complexa e multidisciplinar (NOVAES; GOLDBAUM; CARVALHEIRO, 2001) porque os setores de sua cadeia de articulação tendem a congeminar conforme os contextos econômicos, políticos e sociais dos países. Por conseguinte, pesquisa científica e tecnológica entrelaçam setores produtivos diversificados a exemplo do farmacêutico, da microeletrônica, da informática, da indústria de equipamentos médicos, do desenvolvimento da química fina, das políticas de financiamento da atenção à saúde, dos sistemas de saúde de cada país que caracterizam os serviços e as práticas experienciadas pelos profissionais e usuários.

O progresso técnico-científico trouxe evolução social, cultural e econômica mais ampla. Todavia deve-se questionar se esse progresso não compromete os direitos sociais e



## Artigo

se é capaz de garantir a dignidade de todos os indivíduos. Nesse sentido, a percepção dos mecanismos internos e externos da ciência e da tecnologia como processos sociais, a questão ética, a neutralidade e a utilização de seus resultados tornaram fundamental criar políticas da saúde mais efetivas para melhor assistência da população, que passou a apresentar outras necessidades com os novos hábitos.

A incidência de doenças como o câncer de mama é parcialmente de responsabilidade dos hábitos modernos. Diversos fatores estão relacionados ao aumento do risco de desenvolver essa doença, entre eles atribui-se ao progresso científico-tecnológico a influência dos fatores comportamentais/ambientais e o avanço da idade. O primeiro relaciona-se ao estresse da vida contemporânea, ingestão de bebida alcoólica, sobrepeso, obesidade, alimentação inadequada por conta de uma vida cheia de atividades fora de casa e o segundo às possibilidades de maior expectativa de vida devido ao desenvolvimento de produtos e processos medicinais. O envelhecimento torna mais propenso o acometimento desse tipo de tumor maligno (WHO, 2018).

Diante do número crescente de mulheres acometidas pelo câncer de mama, os países têm procurado políticas de incentivo para pesquisas na área. Produtos gerados nessa proposta não só contribuem para avaliar ações em andamento, mas também sugerem metodologias que, de maneira mais consistente, podem contribuir para a prevenção e o diagnóstico. Além disso, possibilita otimizar a relação custo-efetividade e a melhora do diagnóstico e tratamento, o que assegura maior sobrevida aos pacientes.

Países desenvolvidos na tríade América do Norte, Japão e Europa Ocidental, há muito geram e aplicam conhecimento científico e tecnológico na área da saúde, mas aqueles menos desenvolvidos e os nomeados de emergentes como o Brasil, Rússia, Índia, China e Cingapura sofrem a crescente disparidade científico-tecnológica. Fatores socioeconômicos e indicadores de Ciência e Tecnologia (C&T) e Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) são medidas que permitem classificar os países nesse ranking, a partir da estabilidade política, orçamentos e governança.

O estudo se justifica pelas taxas crescentes de diagnóstico positivo para câncer de mama no mundo, em idade potencialmente ativa, orçamento oneroso para o tratamento quando em estágio avançado, sobrevida condicionada ao uso de medicamentos e possibilidade de recidiva. Dessa forma, para os formuladores de políticas públicas há decisões difíceis a serem tomadas sobre investimento em saúde, em cuja esfera, as decisões nunca ocorrem isoladamente, visto que a saúde da população assegura outros setores da economia.



**Artigo**

**METODOLOGIA**

O estudo amparou-se no método dedutivo com objetivo exploratório, de abordagem qualitativa através de levantamento bibliográfico e documental que permitiram nortear a argumentação dos autores. Os critérios para selecionar a pesquisa foram: produção científica em português e em outro idioma que abordam a temática do estudo, e sites oficiais que divulgam os documentos pertinentes às políticas públicas de saúde e de Ciência e Tecnologia.

As publicações com textos incompletos ou em duplicata foram excluídas. Os dados foram coletados de setembro a dezembro de 2018, utilizando-se os seguintes descritores: “políticas públicas de câncer de mama”, “ciência, tecnologia, sociedade e saúde”, “ciência, tecnologia e políticas de saúde”, “investimentos em P&D”, “câncer de mama - incidência e mortalidade” e “taxas de sobrevivência de câncer de mama”. Para acessar artigos em língua inglesa, os mesmos termos foram traduzidos e aplicados.

Após a leitura dos textos selecionados, organizou-se um texto com a descrição das consequências sociais do câncer de mama, das políticas públicas de ciência e tecnologia, e da saúde, em diferentes países.

**CÂNCER DE MAMA, ASSISTÊNCIA À SAÚDE E INVESTIMENTOS EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA**

O conhecimento tecnológico oportunizou ambiente propício ao desenvolvimento do estudo científico e, assim, a cura para inúmeras doenças, acessibilidade, agilidade, longevidade e outros recursos da vida moderna. Considera-se que as relações da tecnologia com fatores econômicos, políticos e culturais tornam a evolução da tecnologia indissociável das estruturas sociais. Dessa forma, o papel do Estado na condução do desenvolvimento da tecnologia e da ciência deve ser visto como garantia de dignidade e igualdade no suprimento das necessidades e interesses do cidadão.

Dias (2011, p.327-8) afirma que Relatório *Science* promoveu “significativo impacto no que se refere à consolidação do apoio sistemático do Estado às atividades de ciência e tecnologia”, como também “a criação de uma base retórica sobre a qual foi apoiada a concepção sobre ciência e tecnologia que permeia a sociedade contemporânea”. A estruturação das políticas públicas de C&T obteve forte impulso e culminou na adoção do modelo apresentado nesse Relatório em vários países que, encorajados pelo discurso de apoio, aumentaram os recursos destinados ao incremento científico e tecnológico;



## Artigo

ampliaram a quantidade e a qualidade dos pesquisadores; dos laboratórios; das instituições de ensino; e executaram novos programas de pesquisa.

Vale ressaltar que cada sociedade tem características próprias determinantes das restrições e fronteiras da integração entre as lógicas da proteção social e da economia. Essa análise é essencial para que se possa compreender e identificar como subsidiar política de saúde que se constitua em predicado fundamental para futuras decisões na pauta das responsabilidades sociais do estado para com seus cidadãos.

Com respeito ao controle e prevenção do câncer de mama, a urgência se faz presente, diante de estatísticas crescentes de diagnósticos positivos e pacientes cada vez mais jovens. O câncer de mama foi o câncer mais comum em mulheres em todo o mundo, contribuindo com mais de 25% do número total de novos casos diagnosticados em 2012, tornando-se o segundo câncer mais comum com quase 1,7 milhão de novos casos (WCRF, 2014).

No Brasil, a oficina do Ministério da Saúde (MS) “câncer de mama - perspectivas de controle”, em 1998, trouxe à tona desigualdade no acesso à tecnologia e ao diagnóstico precoce do câncer de mama. Mas somente a partir de 2004, com o Documento de Consenso, é que política do câncer de mama tomou forma e em junho de 2009, o Sistema de Informação do Câncer de Mama (Sismama) foi implantado nacionalmente. Destaca-se que a partir dessas ações, a sociedade civil organizada de vários níveis desempenha papel importante a exemplo da mobilização denominada “Outubro Rosa” e o aumento da produção científica na área (PORTO, 2013, p. 333-336).

A literatura especializada, assim como sites oficiais, asseguram que pesquisadores de todo o mundo estão trabalhando para encontrar melhores maneiras de prevenir, detectar, tratar o câncer de mama e melhorar a qualidade de vida de pacientes e sobreviventes. Entretanto, de acordo com a apresentação do site do Instituto do câncer no Brasil (INCA), há o desafio dos comportamentos, crenças e atitudes muito diversos tornando complexas as ações para aplicação das políticas de saúde nesse sentido, exigindo que, além da pesquisa, investimentos sejam direcionados para recursos humanos em diversas áreas do conhecimento, em especial da epidemiologia, estatística, informação em saúde e gestão.

No Brasil, a Lei n.13.243 estabeleceu uma série de ações para incentivo a pesquisa, inovação, capacitação tecnológica e desenvolvimento científico, após a implantação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) em 2015. A UNESCO (UIS, 2015, p. 3) aponta o Brasil entre os 10 principais líderes do mundo em investimento de P&D, junto ao Estados Unidos, Japão, China, Alemanha, República Koreana, França, Índia, Rússia, e Reino Unido.



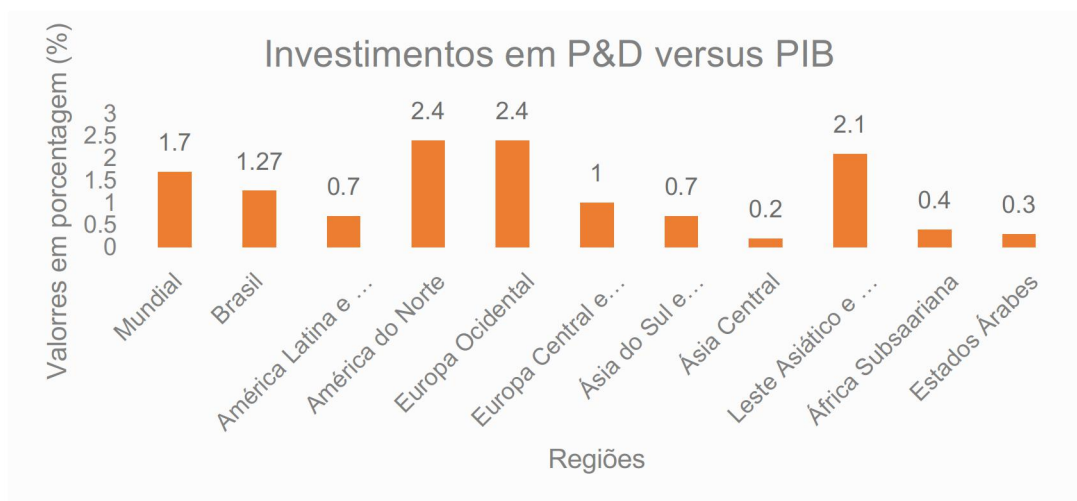
## Artigo

Marioto et al (2011, p. 117) declara que “as projeções das atuais tendências de incidência (declínio) e sobrevida (aumento) tiveram pequenos efeitos nas estimativas para 2020.” Calcula, ainda, que os Estados Unidos terão o montante de US \$ 173 bilhões como custo total em 2020 se, anualmente, houver 2% de aumento nas fases inicial e anterior do ciclo de vida. Esse valor representa 39% a mais que em 2010.

Contabiliza-se o gasto de US\$13,8 a 18,1 milhões só com os sobreviventes de câncer entre 2010 e 2020 ao custo anual de US\$ 124 a 157 bilhões. O câncer de mama representa 32% dessa despesa, comprovando o problema de saúde pública que ele representa para os governos, embora as taxas de mortalidade por câncer de mama tenham diminuído 39% de 1989 a 2015 entre as mulheres. O progresso é atribuído a melhorias na detecção precoce (AMERICAN CANCER SOCIETY,2018). Ressalta-se, também que “o panorama do tratamento do câncer foi transformado desde 2011 por novos medicamentos direcionados a 22 diferentes tipos de câncer (AITKEN, 2018, p.6), a exemplo de *pertuzumab*, *ado-trastuzumab emtansine* e *palbociclib*, para o câncer de mama.

Consoante os dados da UNESCO (UIS, 2015, p. 3), a figura seguinte demonstra a despesa interna bruta para Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) em percentagem do PIB com as médias regionais dedicadas às atividades de P&D.

**Figura 1** - Dados da UNESCO sobre investimentos em P&D- 2015



**Fonte:** Elaboração dos autores

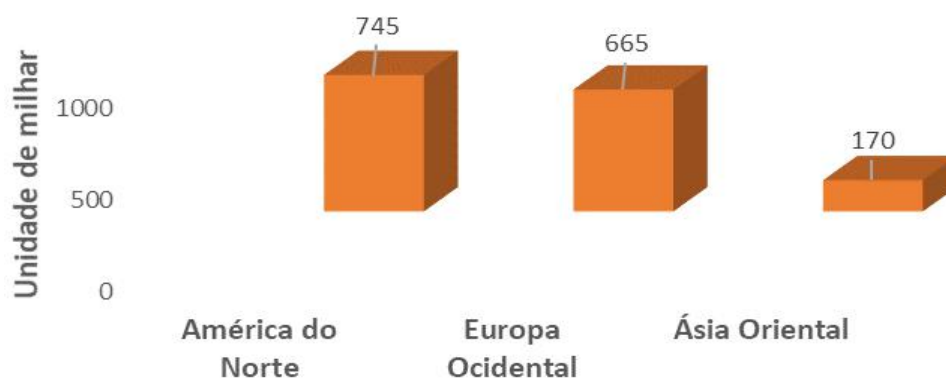


## Artigo

Na Polônia, Łyszczarz e Nojszewska ( 2017, p. 9) afirmam que o Câncer de mama tem forte impacto nas finanças públicas. Em 2010 implicou gastos de 583 milhões de euros em 2010 e o montante chegou a 699,7 milhões de euros em 2014, isso equivaleu a 0,16 a 0,17% do PIB do país e 62,531 a 65,816 euros/per capita. Os seguros de saúde arcaram com quantia considerada muito alta nos cuidados com esse tumor maligno, contabilizando como custos diretos em milhões de euros o total de 50,2 em 2010 e 56,6 em 2014 custos diretos, o que correspondeu a 0,72-0,79% de todos as despesas que as seguradoras tiveram naquele período.

A prevalência de cinco anos de sobrevida após o câncer de mama por 100.000 habitantes é de 745 na América do Norte, 665 na Europa Ocidental e 170 na Ásia Oriental (figura 2). Porém a perspectiva de variação das taxas de sobrevivência existe, porque a sobrevida do paciente depende de fatores específicos. Elas são estimativas baseadas apenas no primeiro diagnóstico positivo, comparando as mulheres com câncer de mama com as mulheres na população geral (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018)

**Figura 2-** Sobrevivência de cinco anos de câncer de mama por 100.000 habitantes



**Fonte:** WCRF, 2018. (Adaptado).

Nos EUA, dependendo do caso individual e do tipo e número de tratamentos necessários, o custo total do tratamento de um paciente com diagnóstico desse tumor maligno, em média, pode chegar a 100.000 dólares e em casos avançados, 300.000 dólares ou mais. O tratamento do câncer de mama demanda urgência e geralmente envolve cirurgia, provável mastectomia, quimioterapia, radiação e/ou outros tratamentos (COSTHELPER, 2018).



## Artigo

A Agência Internacional para pesquisa sobre câncer (IARC), da Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou gastos de 46,3 bilhões de dólares nos países do BRICS – Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul em 2012 (número mais recente disponível por essas nações). O câncer de mama respondeu pela segunda maior incidência de tumor maligno nas mulheres nesse mesmo período. A incidência do Câncer de mama é mais elevada “na Austrália / Nova Zelândia, Norte da Europa (Reino Unido, Suécia, Finlândia e Dinamarca), Europa Ocidental (Bélgica [maiores taxas globais], Holanda e França), Sul da Europa (Itália) e América do Norte” (BRAY et al., 2018, p.412).

Entre os investimentos mundo afora, ressalta-se que a Fundação de pesquisa sobre câncer de mama - *Breast Cancer Research Foundation* - em outubro de 2016, declarou orçamento de US \$ 57 milhões para 2016-2017, representando subsídios para mais de 250 cientistas nas principais instituições acadêmicas e médicas em 14 países. Relata que o investimento teve o objetivo de financiar pesquisas de forma a abranger todo os indícios de como o câncer inicia até o desenvolvimento de novos tratamentos para melhorar os resultados e a qualidade de vida. Mas também alerta para a complexidade da aplicação das pesquisas nas ações de combate ao câncer de mama.

A Globocan divulgou o quantitativo de novos diagnósticos e mortes por câncer de mama no mundo em 2018. Os dados estão registradas na tabela seguinte.

**Tabela 1-** Novos Casos e Mortes em 2018

Número de novos casos	% de todas as regiões
2.088.849	11,6
Número de mortes	
626.679	6,6

**Fonte:** Bray et al. (p. 398, 2018)

O fardo do câncer muitas vezes é pensado quanto às disparidades que ocorrem em configurações de recursos baixos, como partes da África, América Latina e Ásia. A desigualdade no acesso ao rastreamento e tratamento de salvamento levam ao diagnóstico tardio e morte precoce. Uma variedade de fatores estão em jogo, incluindo barreiras geográficas que tornam difícil a obtenção de cuidados, a falta de infraestrutura médica e profissionais treinados para fornecer cuidados de qualidade, bem como falta de consciência ou compreensão insuficiente da biologia do câncer de mama em todas as populações (BCRF, 2017).



## Artigo

Os influentes poderes desenvolvidos pelas mudanças científicas ocorridas nos países industrializados após a segunda guerra, segundo Morin (1996, p.127), levaram os cientistas a perderem sua autoridade, porque ficaram concentrados nas mãos dos que financiam a pesquisa científica: os dirigentes de empresas e as autoridades do estado, propiciando forte relação entre pesquisa e poder. Avaliar o investimento para tecnologia da saúde demanda a percepção de variados parâmetros. A avaliação da tecnologia de saúde é um campo multidisciplinar. Aborda os impactos da tecnologia na saúde, considerando seu contexto específico de saúde, bem como as alternativas disponíveis. Os fatores contextuais envolvidos nessa avaliação incluem impactos econômicos, organizacionais, sociais e éticos (GOODMAN, 2014, p.14).

Dessa forma, a discussão sobre pesquisa na área da saúde e direitos sociais é validada, porque concede às políticas públicas um lugar mais sobressalente, de maneira que não se tornem tão subordinadas aos imperativos da política econômica. Mercúrio (2014) aponta a proficuidade de cláusulas nos tratados de investimentos que protejam os direitos da propriedade intelectual, mas favoreçam de forma mais ampla e segura a saúde pública e outras prioridades domésticas.

Nessa linha de pensamento, é oportuna a reflexão sobre a finalidade de estabelecer entre pesquisa e produção novas possibilidades de articulação para driblar os fatores que condicionam o desempenho de instituições e os investimentos voltados para a produção e pesquisa de tecnologias essenciais, em especial para o câncer de mama.

## POLÍTICAS DA SAÚDE

As relações do Estado com as sociedades que representam foram alteradas pelas mudanças ocorridas em todo o mundo nos últimos cinquenta anos. Nessa perspectiva, Novelli (2016) afirma que a administração pública tem que refletir esse novo papel do Estado assegurando melhor formulação e implementação de políticas públicas, na observação das prioridades dos cidadãos e, assim, tornando-se mais eficiente, sustentável e legítimo em sua representação.

Os indicadores de P&D de um país ou de um grupo deles, são importantes para comparações, mas também “são essenciais para orientar os decisores políticos no desenvolvimento e visando novas políticas, garantindo um certo padrão de desempenho e construindo um senso de responsabilidade.” (GAILLARD, 2010 , p. 78) (tradução nossa). Ao mesmo tempo, o autor registra a escassez de informações estatísticas confiáveis e sustentáveis sobre atividades de pesquisa, desenvolvimento, ciência e tecnologia. Aponta





**Artigo**

a necessidade de mecanismo institucional que colete esses dados, em especial, dos países em desenvolvimento.

O site da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2018) assinala que o câncer de mama, embora seja considerado uma doença do mundo desenvolvido, apresenta quase 50% dos casos de tumor maligno e 58% das mortes por câncer em países menos desenvolvidos. Isso ocorre devido ao fato de não ocorrer diagnóstico precoce ou consciência de sinais e sintomas iniciais em populações sintomáticas. Nesse contexto, diagnóstico e tratamento tardio, e ausência de aplicação sistemática de um teste de triagem para identificar indivíduos com alguma anormalidade sugestiva de câncer, culmina em altos índices de mortalidade.

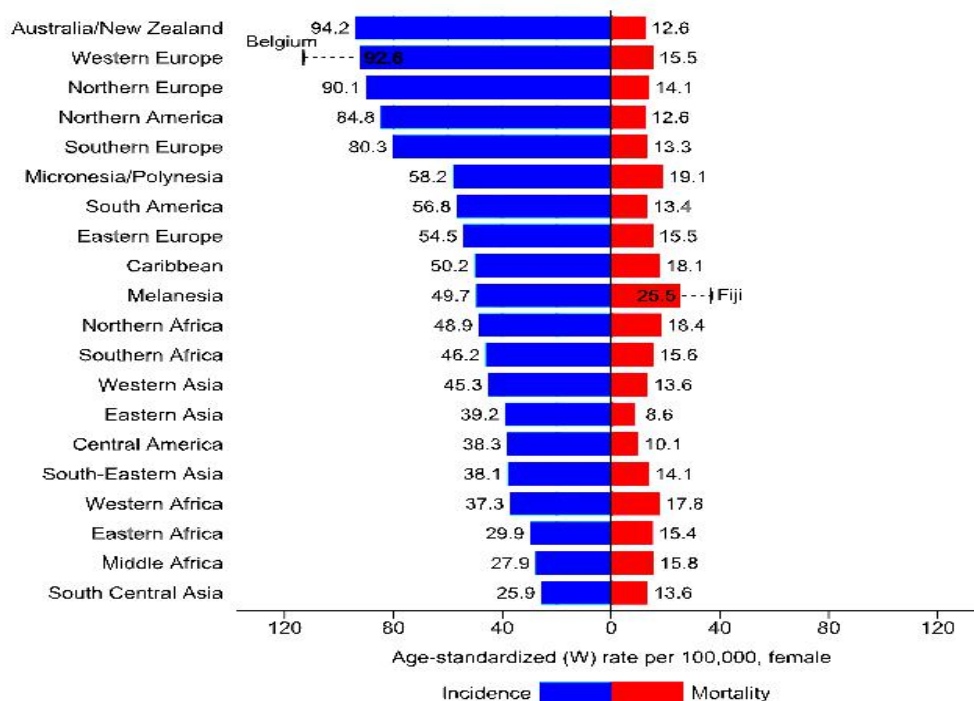
No Brasil, o MS junto ao Instituto Nacional do Câncer (INCA), lançou em 2015, as “Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil” que se referem a uma atualização e ampliação do Documento de Consenso de 2004, considerando os avanços tecnológicos e a produção de conhecimento mais recente (INCA, 2015).

A figura 3 traz o gráfico de barras de taxas padronizadas por idade de incidência específica da região e mortalidade para cânceres de mama feminino em 2018. As taxas são mostradas em ordem decrescente do mundo (W) taxa padronizada por idade, e as maiores taxas nacionais padronizadas por idade para incidência e a mortalidade é sobreposta.



## Artigo

**Figura 3** - Gráfico de Barras de Incidência Específica da Região e Mortalidade Taxas Padronizadas por Idade para Cânceres de Mama Feminina em 2018.



Fonte: GLOBOCAN 2018. (BRAY et al.,2018)

O controle abrangente do câncer envolve prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. As políticas de saúde para o combate ao câncer de mama estão primeiramente pautadas na prevenção e rastreamento. Dessa maneira, as políticas de diagnóstico e tratamento voltam-se para a garantia de sobrevida e melhor qualidade de vida de pacientes (WHO (2018)).

Assim, as políticas da saúde voltadas para o câncer de mama devem pautar-se na (1) *prevenção* através do controle de fatores de risco de câncer de mama para promover atividade física, dieta saudável, controle da ingestão de álcool, sobrepeso e obesidade; (2) no *diagnóstico precoce* como uma estratégia importante de detecção precoce, particularmente, nos países de baixa e média renda onde as doenças são diagnosticadas em estágios tardios e os recursos são muito limitados; (3) no *rastreamento de mamografia* considerado pela WHO (2018) como o único método de triagem que provou



## Artigo

ser efetivo: (4) no *autoexame da mama* para capacitar e conscientizar as mulheres, assumindo a responsabilidade pela sua própria saúde: (5) *exame clínico de mama* como uma abordagem de baixo custo para a triagem do câncer de mama tem sido avaliado para funcionar em países menos favorecidos.

Entre os fatores predisponentes ao câncer de mama, a idade e raça também são preditores significativos de custo. De acordo com o estudo de Vyas et al. (2017, p. 1408) “[...] cinco custos mais elevados foram relatados para mulheres afro-americanas [...]” porque recebem menos medicamentos preventivos e cuidados após diagnósticos, sendo, “[...] portanto, mais propensas a usar serviços de internação, resultando em custos mais altos.” Observa-se que as mulheres com mais idade declinam de receber tratamento agressivo após o diagnóstico positivo, tornando os custos de tratamento menores e maior a taxa de mortalidade com a anosidade.

Acordos internacionais de investimento terminam por dificultar a execução de políticas públicas de câncer de mama, visto o elevado custo dos remédios necessários ao tratamento. Inventores detêm o direito à propriedade intelectual e esbarram no direito social à saúde. “O acréscimo de cláusulas de limitação, como as que estão sendo negociadas nos últimos Acordos internacionais de investimento”, se bem elaboradas, poderão representar “mais conforto para os países que tomam medidas para proteger e promover a saúde pública.” (MERCURIO, 2014, p. 523)

Para Samb et al. (2010), um sistema de saúde é eficiente e operante quando qualquer indivíduo da sociedade pode ter acesso aos serviços de atenção primária de qualidade, não sendo entrave o seu nível social ou econômico, ou mesmo a sua localização geográfica. Também que, no caso de necessitar de serviços especializados (atenção secundária e terciária), possa ser referenciado a tempo de não comprometer sua condição clínica e, principalmente, sem qualquer risco financeiro.

Investimento em saúde torna-se um contribuinte positivo para a economia por meio de uma força de trabalho saudável, aumento do PIB, inovação e exportações, “o aumento da expectativa de vida de 50 para 70 anos aumenta a taxa de crescimento econômico em 1,4% ao ano.” (STEWART; BURTON; WHITE, 2018, p.34)

Sites oficiais colocam as despesas com o câncer de mama junto às de pulmão e colo/reto como os três mais dispendiosos. Mas vale a ressalva na afirmação de Anderson et al (2011, p.391) “O tratamento do câncer de mama deve ser centralizado (com expertise multidisciplinar) para evitar a fragmentação do sistema e para ajudar a política de saúde a ser adotada mais prontamente de forma consistente e sistemática.”

O portal da Coalizão Nacional contra o Câncer de Mama (NBCC, sigla em inglês), fundada em 1991 por um grupo de sobreviventes do câncer de mama, lançou o *Breast*



## Artigo

*Cancer Deadline* 2020 em 2013. O documento traz o alerta sobre a necessidade de “melhorar as políticas públicas relacionadas à pesquisa, diagnóstico e tratamento do câncer de mama” na defesa dos direitos sociais e da erradicação da doença. A NBCC descreve o câncer de mama como uma questão política, porque todos os aspectos do câncer de mama são afetados por políticas públicas tendo em vista que o governo federal é o maior financiador de pesquisas biomédicas, leis regulam e apoiam o acesso a sistemas de assistência e saúde e os pagadores de terceiros estão sujeitos a regulamentações estaduais e federais. (NBCC, 2013).

A instituição declara a necessidade de difundir amplamente informações sobre o câncer de mama, da análise crítica de decisões legislativas, científicas e regulatórias, da garantia dos cuidados de qualidade para todos e da agilidade no acesso a medicamentos e tratamento, haja visto a urgência diante do diagnóstico positivo.

Nessa perspectiva os formuladores de políticas em áreas de saúde e áreas afins, ministérios de saúde e instituições acadêmicas, oncologistas e outros profissionais de saúde defrontam-se com os desafios enfrentados pelos programas de controle do câncer de mama; as análises das abordagens e das prioridades desse controle, como também o gerenciamento de um programa nacional de controle dessa enfermidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, o atraso para a evolução das políticas de C&T teve ainda o agravante da instabilidade econômica, a exemplo da década de 80, circunstâncias que dificultaram a consolidação de políticas neste campo, especialmente no ramo de investimentos.

A literatura utilizada neste estudo possibilitou observar algumas das relações entre câncer de mama e o aumento do custo dos serviços de saúde no âmbito nacional e internacional. Evidenciou-se que esse objeto apresenta lacunas na identificação das práticas e das funções que devem ser desempenhadas pelos agentes públicos na aplicação das políticas de saúde relacionadas a esse tumor, inclusive no tocante às características sociais dos países.

No entanto, independentemente das restrições de recursos que um país enfrenta, os programas, se bem concebidos e bem geridos, propiciam a redução da carga de câncer de mama e melhoram os serviços para pacientes e suas famílias. Nos investimentos em pesquisa, assim como na implementação de políticas da saúde direcionadas ao câncer de mama, gestão e liderança competentes são essenciais para assegurar que os métodos



Artigo

corretos sejam aplicados no local e momento corretos, com as pessoas capacitadas para mobilizar recursos, rastrear o progresso das atividades desenvolvidas e expandir as ações.

Salienta-se que as nações avançadas estão em meio a uma crise de saúde em grande parte devido a escolhas de estilo de vida que o desenvolvimento oferece, como também impõe. Desse modo, para serem efetivamente implementados, os planos nacionais de controle do câncer de mama devem ter planejamento objetivo, realista, com registros confiáveis sobre o ônus da doença, existência e viabilidade de procedimentos econômicos e acesso igualitário a serviços de saúde. Da mesma forma, programas de monitoramento e avaliação que permitam cumprir as prioridades e tenham qualidade, no sentido de garantir que haja recursos suficientes, capacidade e aceitação pública para manter ações sustentáveis a longo prazo.

Nessa perspectiva, considera-se importante compreender a situação atual dos investimentos em P&D para pesquisas sobre o câncer de mama e as políticas em andamento, antes de considerar novos programas. Posteriormente à identificação das lacunas nos serviços e oportunidades de ação econômica, avalia-se as dimensões relacionadas ao estado atual do ônus advindo desse tipo de câncer, atividades ou serviços atuais de controle desse tumor maligno, fatores de risco, recursos humanos e financeiros, material disponível e o contexto político e socioeconômico que o país vivencia. Nesse contexto, consolidar políticas de C&T da saúde pode tornar possível um serviço mais igualitário para os cidadãos da sociedade que cada governo representa, diminuir as iniquidades, superar os limites de suas características, inclusive geográficas, que possam desfavorecer o acesso a medicamentos e combate do câncer de mama.

REFERÊNCIAS

AITKEN, Murray. **Global Oncology Trends 2017**. Advances, Complexity and Cost. USA,NJ.: QuintilisIMS INSTITUTE. June 2017. Disponível em: QIIHI\_Oncology\_Trend\_Report\_2017\_Advances\_Complexity\_Cost.pdf Acesso em: 06 Dez. 2018.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Fatos & Números 2018**: Taxa de Mortes por Câncer Continua Declínio. 04 Jan. 2018. <https://www.cancer.org/latest-news/facts-and-figures-2018-rate-of-deaths-from-cancer-continues-decline.html> acesso em: 06 Dez. 2018.



**Artigo**

ANDERSON, Benjamin O. et al. Optimization of breast cancer management in low-resource and middle-resource countries: executive summary of the Breast Health Global Initiative consensus, 2010. **The Lancet Oncol**, v.12, p.387-98, April, 2011. Disponível em: [www.thelancet.com/oncology](http://www.thelancet.com/oncology). Acesso em: 25 Set. 2018.

BCRF. **Breast Cancer Research Foundation**. World Cancer Day 2017: The Global Reach of Breast Cancer. 3 fev. 2017. Disponível em: <https://www.bcrf.org/blog/world-cancer-day-2017-global-reach-breast-cancer>. Acesso em: 25 Set. 2018.

BRASIL. **LEI Nº 13.243/2016**. Dispõe sobre estímulos ao desenvolvimento científico, à pesquisa, à capacitação científica e tecnológica e à inovação nos termos da Emenda Constitucional nº 85, de 26 de fevereiro de 2015. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/lei/113243.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113243.htm). Acesso em: 24 Set. 2018.

BRAY, Freddie; FERLAY, Jacques; SOERJOMATARAM, Isabelle; SIEGE, Rebecca L.; TORRE, Lindsey A.; JEMAL, Ahmedin. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **Cancer J Clin**, v. 68 , n. 6 , november/december, p. 394–424, 2018.

COSTHELPER. **Breast Cancer Treatment Cost**. Costhelper.com, 2018. Disponível em: <https://health.costhelper.com/> Acesso em: 10 Nov. 2018.

DIAS, Rafael de Brito. O que é a política científica e tecnológica? **Sociologias**, Porto Alegre, ano 13, no 28, set./dez. 2011, p. 316-344. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/v13n28/11.pdf>. Acesso em: 02 nov.2018.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

GAILLARD, Jacques. Measuring Research and Development in Developing Countries: Main Characteristics and Implications for the Frascati Manual Science. **Technology & Society**, v. 15, n.1, p.77–111, 2010.

GOODMAN, Clifford S. **HTA 101: Introduction to Health Technology Assessment**. Bethesda, MD: National Library of Medicine (US), 2014.



Artigo

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2015.

INCA. Instituto do câncer no Brasil. **Apresentação**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/> Acesso em: 25 Set. 2018.

ŁYSZCZARZ, Błażej; NOJSZEWSKA, Ewelina. Productivity losses and public finance burden attributable to breast cancer in Poland, 2010–2014. **BMC CANCER**, v. 17, n. 676, p. 1–13, 2017. DOI 10.1186/s12885-017-3669-7

MARIOTTO, A. B. et al. Projections of the cost of cancer care in the United States: 2010–2020. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 103, n.2, p. 117–128, 2011.

MERCURIO, Bryan. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 92, p. 520–525, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.130955>.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

NBCC. National Breast Cancer Coalition. **Breast Cancer Deadline 2020**. Portal online, 2013. Disponível em: <http://www.breastcancerdeadline2020.org/get-involved/public-policy/public-policy.html> Acesso em: 10 nov.2018.

NOVAES. Hillegonda Maria Dutilh; GOLDBAUM, Moisés; CARVALHEIRO, José da Rocha. Revista USP, São Paulo, n.51, set./nov. 2001, p. 28-37. Disponível em: [www.revistas.usp.br/revusp/article/download/35095/37834](http://www.revistas.usp.br/revusp/article/download/35095/37834). Acesso em: 30 out.2018.

NOVELLI, Ana Lucia Coelho Romero. O papel institucional da Comunicação Pública para o sucesso da governança. **Revista Organicom**, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 74-89, 1 sem. 2006.

PORTO, Marco Antônio Teixeira; TEIXEIRA; Luiz Antônio Teixeira; SILVA, Ronaldo Corrêa Ferreira da. Aspectos Históricos do Controle do Câncer de Mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.3, n. 59, 2013, p. 331-339.



**Artigo**

SAMB, Badara et al. Prevention and management of chronic disease: a litmus test for health-systems strengthening in low-income and middle-income countries. **The Lancet**. Estados Unidos da América, 2010, v.376, p. 1785-1797. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61353-0.

SAREWITZ, D. Frontiers of illusion: science, technology and politics of progress. Filadélfia, EUA: Temple University Press, 1996.

STEWART, David; BURTON, Erica; WHITE, Professor Jill. **Health is a human right access, investment and economic growth**. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses, 2018.

UIS/FS. UIS Fact Sheet. **Global investments in R&D**. Instituto de Estatística da UNESCO, Montreal, CA. n.36, nov. 2015. Disponível em: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/fs36-global-investments-in-rd-2015-en.pdf>. Acesso em: 24 Set. 2018.

VYAS, A. et al. Healthcare Utilization and Costs During the Initial Phase of Care Among Elderly Women With Breast Cancer. **Journal of the National Comprehensive Cancer Network**, v. 15, n. 11, p. 1401–1409, 2017.

WCRF. World Cancer Research Fund International. **Comparing more & less developed countries**. 2014. Disponível em: <https://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/comparing-more-less-developed-countries> Acesso em: 24 Nov 2018.

WCRF. World Cancer Research Fund International. Survivors of breast cancer and other cancers. **Breast cancer survivors**, 2018. Disponível em: <https://www.wcrf.org/dietandcancer/breast-cancer-survivors>. Acesso em: 03 Dez. 2018.

WHO. World Health Organization. **Breast cancer: prevention and control**, 2018. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html>. Acesso em: 24 Out.2018.





Artigo

CONCEPÇÕES DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A NOVA  
POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB)

CONCEPTIONS OF NURSES OF BASIC ATTENTION ON THE NEW  
NATIONAL POLICY OF BASIC ATTENTION (PNAB)

Maura Vanessa Silva Sobreira<sup>1</sup>  
Mayara Dias de Souza<sup>2</sup>  
Maria Thereza da Silva Gonçalves<sup>3</sup>  
Esthéfanny Jorge Ribeiro<sup>4</sup>  
Francisco Andesson Bezerra da Silva<sup>5</sup>

**RESUMO - Objetivo:** analisar o conhecimento dos enfermeiros que atuam na Atenção Básica sobre a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). **Método:** estudo de campo do tipo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizado com 08 enfermeiros que atuam nas Unidades Básicas de Saúde da Família no município de Lavras da Mangabeira – CE. Os dados foram analisados através da técnica de análise de conteúdo, formulado por Bardin. A pesquisa atendeu critérios da Resolução 466/2012, que trata de pesquisa e testes em seres humanos e do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Maria, aprovado com CAAE de nº 08711119.3.0000.5180. **Resultados:** evidenciou-se que a maioria dos participantes não dispõe de conhecimento acerca da nova Política Nacional de Atenção Básica. **Conclusão:** A nova PNAB considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e diretrizes do SUS. Apesar de serem profissionais capacitados para atuarem na atenção primária a saúde, ficou evidenciado que os participantes possuem

---

<sup>1</sup> Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Mestre em Enfermagem – UFRN, Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Docente da Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, PB, Brasil, E-mail: mauravsobreira2@gmail.com.

<sup>2</sup> Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, Brasil.

<sup>3</sup> Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, Brasil.

<sup>4</sup> Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, Brasil.

<sup>5</sup> Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos, SP, especialista em Gestão das Políticas em DST/aids, Hepatites Virais e Tuberculose pela UFRN, Natal, RN, Gerente Regional de Saúde da 10ª Gerencia Regional de Saúde.



Artigo

pouco conhecimento sobre a nova PNAB, sendo imprescindível que os enfermeiros busquem se aperfeiçoarem cada vez mais, visto que, a PNAB é a política que rege a atenção básica no Brasil sendo importante ter conhecimento sobre a mesma já que estes profissionais atuam na atenção primária a saúde. Diante do exposto conclui-se que os objetivos propostos pelo estudo foram alcançados. Espero que esse estudo possa servir de orientação aos profissionais e acadêmicos de enfermagem com interesse em aprender mais sobre a temática.

**Palavras-chave:** Concepção; Enfermeiro; Política Nacional de Atenção Básica.

**ABSTRACT - Objective:** to analyze the knowledge of nurses working in Primary Care on the new National Primary Care Policy (PNAB). **Method:** a descriptive, exploratory field study with a qualitative approach, carried out with 08 nurses working at the Basic Units of Family Health in the municipality of Lavras da Mangabeira - CE. The data were analyzed through the technique of content analysis, formulated by Bardin. The research met criteria of Resolution 466/2012, which deals with research and testing in humans and the Ethics and Research Committee of Faculdade Santa Maria, approved with CAAE of nº 08711119.3.0000.5180. **Results:** it was evidenced that the majority of the participants do not have knowledge about the new National Policy of Basic Attention. **Conclusion:** The new PNAB considers the terms Primary Care and Primary Health Care as equivalent terms, in order to associate both principles and guidelines of SUS. Although they are professionals able to work in primary health care, it was evidenced that the participants have little knowledge about the new BAN, and it is imperative that nurses seek to improve themselves more and more, since the BANP is the policy that governs the attention basic in Brazil being important to have knowledge about it since these professionals work in primary health care. In view of the above, it is concluded that the objectives proposed by the study were achieved. I hope this study can serve as a guide for nursing professionals and academics interested in learning more about the subject.

**Keywords:** Desing; Nurse; Basic National Policy of care.



## Artigo

### INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta-se como uma estratégia de organização da atenção à saúde direcionada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, reunindo intervenções preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. No Brasil, a APS engloba os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a aderir a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (MATTA; MOROSINE, 2016).

O processo de estruturação da APS no país é complexo, tendo maior ênfase com o estabelecimento do Programa Saúde da Família (PSF). O PSF que passou a ser chamado Estratégia Saúde da Família (ESF) assumido pelo Ministério da Saúde, passaria a ser direcionada por meio dos princípios de uma política de APS, com a publicação da primeira edição da Política Nacional de atenção básica (PNAB) brasileira em 2006 (TATIANE et al., 2017)..

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é decorrência da experiência acumulada por grupo de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e o firmamento do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores. A atenção básica é avançada com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais adjunto da vida das pessoas. Ela deve ser o convívio preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde. Por isso, é indispensável que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Devido às mudanças que ocorrem no perfil epidemiológico há surgimento de novos agravos de saúde, dessa forma o processo de trabalho precisa ser revisto. Durante os 5 anos de transição (2006 a 2011) muitas mudanças aconteceram e marcos importantes existiram em relação a regulamentação do SUS. A Portaria 2488/2011 incorporava o conceito da integralidade abrangendo um conjunto de programas que estão inseridas na atenção básica, trazendo nessa perspectiva o Núcleo de apoio a saúde da família (NASF), Academias da saúde, Programa de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ) dentre outros. Havendo um salto qualitativo entre a primeira e segunda portaria (BRASIL, 2012).



**Artigo**

Com vistas em consolidar a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, em 2011 a PNAB passa por uma análise, garantindo modificações no financiamento federal para um desenho com mais equidade e qualidade e em 2015 iniciou-se um processo de debate com o objetivo de definir um conjunto de atualizações para agregar inovações e experiências reunidas nos últimos anos (BRASIL, 2017).

No entanto, em 2017 a Política Nacional de atenção Básica foi revisada, Portaria 2436/2017 a partir das necessidades de mudanças enxergadas pelos gestores municipais ouvindo o apelo pelos profissionais que executam a atenção básica, sendo assim foi possível adquirir uma vasta gama de informações advindas do exercício dos profissionais qualificados em suas diversas áreas. A nova PNAB induz ao gestor municipal a conhecer fielmente a realidade do seu município, sendo assim é estruturar a equipe da melhor maneira possível para que nenhuma necessidade básica seja desassistida. Uma das mudanças no aperfeiçoamento da PNAB é que existe a possibilidade da atuação de um gerente da Unidade, com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2017).

Assim considerando a vivência enquanto membro de uma ESF, na equipe saúde bucal e acadêmica de enfermagem identifiquei vários desafios à implementação da nova PNAB. Dessa forma surgiu o seguinte questionamento: Qual a concepção dos enfermeiros sobre a nova PNAB? Quais os novos desafios para esses profissionais, frente ao novo cenário político?

Esse trabalho torna-se relevante para auxiliar os profissionais de enfermagem como sendo os atuais gerentes das unidades, após observar que os mesmos até o momento não estão exercendo as novas atualizações. Portanto busca-se o entendimento sobre o fato, tentando solucionar os motivos da não aceitação dos enfermeiros a nova legislação da PNAB. Busca-se ainda aprofundar conhecimentos acerca do assunto abordado e poder contribuir de alguma forma para que outras pesquisas sejam realizadas na mesma linha, complementando e aprimorando as pesquisas já existentes.

**MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de campo do tipo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, para contemplar assim os objetivos apresentados. No que se refere a forma de estudo, o estudo exploratório permite o pesquisador familiarizar-se com um assunto ainda pouco conhecido, pouco examinado, com o intuito de construir hipóteses para



## Artigo

complementar os conhecimentos do pesquisador com o ambiente, fato ou fenômeno, ocasionando estudos subsequentes, já a pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição e exploração das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência(LAKATOS E MARCONI, 2017).

Com relação pesquisa descritiva o pesquisador visa a análise de fenômenos buscando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los, na expectativa de verificar os fatos, fazendo uma descrição minuciosa de como os elementos pesquisados se estruturam e se definem(SILVA, 2016). E finalmente o estudo qualitativo favorece o entendimento dos aspectos estudados por uma visão subjetiva do sujeito do estudo, enfatizando as concepções, as aspirações, as crenças, a cultura, os valores, as atitudes, as vivências, as experiências e tudo que envolve o conjunto de fenômenos que formam a realidade social de cada ser humano (MINAYO, 2017).

A pesquisa foi desenvolvida no município de Lavras da Mangabeira - CE, nas Unidades Básica de Saúde (UBS) da Sede Urbana e Distritos, distribuídas em todo território do município.

Por tanto, a população desse estudo foi constituída por 10 enfermeiros que atuam na atenção básica do referido município. A amostra foi constituída pelos enfermeiros que se enquadraram nos seguintes critérios de seleção como critérios de inclusão – o enfermeiro deve atuar na Unidade Básica de Saúde do município de Lavras da Mangabeira, tendo seu tempo de atuação no mínimo a partir de 2017, bem como aceitar responder o questionário. E como critérios de exclusão – profissionais que encontravam-se de férias, licença maternidade.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário semiestruturado contendo questões de caracterização dos profissionais e questões específica acerca da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).O questionário serve como uma técnica de investigação social composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado.

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, e direcionado para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria, tendo sido aprovado com CAAE de nº 08711119.3.0000.5180.

Antes da aplicação do instrumento os profissionais foram informados sobre os objetivos do estudo e apresentado aos mesmos o TCLE. Após a aceitação em participar da pesquisa, mediante assinatura do TCLE, a mesma foi realizada. A busca dos dados foi



**Artigo**

seguida de acordo com a disponibilidade de cada profissional no próprio local e horário de trabalho.

A interpretação e análise dos dados obedeceram a um procedimento de análises dos conteúdos qualitativos, conforme a técnica de análise de conteúdo de Bardin.

Essa etapa consiste em discutir, analisar e interpretar os dados coletados, organizados em categorias, usando para isto as contribuições dos diferentes autores que escreveram sobre o mesmo tema ou temas próximos (BARDIN, 2011).

Na produção da pesquisa foram considerados os requisitos apresentados pela Resolução 466/2012, que trata de pesquisa e testes em seres humanos. Está a obrigatoriedade de que os participantes sejam esclarecidos sobre os procedimentos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi constituído por uma população de 10 enfermeiros atuantes nas Unidades de Saúde Básica da Família, sendo a amostra composta por apenas 08 profissionais, pois, não foi possível localizar 02 enfermeiros durante o período de coleta de dados. A pesquisa traz dados sociodemográficos, contendo informações pessoais de cada profissional, como: gênero, idade, tempo de atuação na UBS e se possui aperfeiçoamento em nível de pós-graduação. Além de conter dados sobre o conhecimento dos enfermeiros sobre a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Expõe-se, conforme a tabela 1, que a maioria dos participantes apresenta faixa etária superior a 37 anos, chegando a uma prevalência de 88% (7) dos participantes e apenas 12% (1) apresentou a idade entre 31 e 37 anos.

No que diz respeito ao gênero, houve a predominância do sexo feminino 75% (6), e apenas 25% (2) dos participantes são do sexo masculino, demonstrando que a profissão ainda tem o sexo feminino como maioria, enfatizando que a profissão de enfermagem é exercida mais pela mulher porque envolve o cuidado direto a pacientes e geralmente a mulher tem mais afeto e atenção na realização das atividades relacionada ao cuidar.

Além, disso mostra cada vez mais a inserção da mulher no mercado de trabalho, enfatizando que nos últimos tempos a mulher tem conquistado grande espaço no mercado de trabalho apesar da mão-de-obra feminina não ser tão valorizada como a dos homens. Ainda é constante a diferença salarial entre as mulheres e os homens, mesmo exercendo as mesmas profissões. Além disso, a mulher carrega uma sobrecarga maior de trabalho, pois,



**Artigo**

assume a responsabilidade do lar e ainda há a necessidade de trabalhar fora (COSTA, 2018).

Em relação ao tempo de atuação abordado ainda a tabela 1, evidencia-se que 62,5% (5) atuam na atenção básica a mais de 10 anos, e 37,5% (3) estão entre 6 e 10 anos. Dentre os profissionais consultados 75% (6) possuem especialização em saúde da família e 25% (2) não possuem nenhum tipo de pós-graduação.

Nesse sentido, pode-se afirmar que o enfermeiro responsável pela assistência nas Unidades Básicas de Saúde de Lavras da Mangabeira – CE estão habilitados para exercerem suas atividades, já que a maioria possui pós-graduação em Saúde da Família. É fundamental o enfermeiro comprovar uma formação adequada para realização de suas atividades, sendo necessários sempre participar de cursos de reciclagem na área para cada vez mais aperfeiçoar seus conhecimentos teóricos e práticos, visto que, a responsabilidade de lidar com vidas é muito grande sendo necessário qualquer tipo de qualificação e aperfeiçoamento para melhorar a assistência (COSTA, 2018).



## Artigo

**Tabela 1.** Descrição dos dados da amostra, UBS, Lavras da Mangabeira - CE, 2019

	N	%
<b>Idade</b>		
<i>31 a 37 anos</i>	7	88
<i>Acima de 37 anos</i>	1	12
<b>Total</b>	<b>8</b>	
	N	%
<b>Sexo</b>		
<i>Feminino</i>	6	75
<i>Masculino</i>	2	25
<b>Total</b>	<b>8</b>	
	N	%
<b>Escolaridade – Curso de Pós-graduação Saúde da Família</b>		
<i>Possui</i>	6	75
<i>Não possui</i>	2	25
<b>Total</b>	<b>8</b>	
	N	%
<b>Tempo de serviço que atua na UBS</b>		
<i>06 a 10 anos</i>	3	37,5
<i>Mais de 10 anos</i>	5	62,5
<b>Total</b>	<b>8</b>	

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Por motivos éticos e para preservar a identidade dos participantes da pesquisa, optou-se por criar uma classificação numérica antecedida da letra *E*, ou seja, as identificações *E1*, *E2*, *E3*, *E4*, *E5*, *E6*, *E7* e *E8* referem-se ao conjunto de nossa amostra.

Ao buscar conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a Atenção Básica identificou-se que a maioria dos enfermeiros tem a mesma concepção sobre a AT, pois, quase todos mencionaram ser a porta de entrada do usuário no SUS, conforme relatos:





## Artigo

(E1) “É a porta de entrada da rede SUS”. (E2) “Modelo de referência e porta de entrada para todo o âmbito de saúde”. (E3) “Atenção primária preventiva e clínica primordial a saúde”. (E4) “Porta de entrada para atendimento”. (E5) “A atenção básica é responsável pelo nível primário de atenção a saúde”. (E6) “Porta de entrada principal do SUS”. (E7) “Porta de entrada para os serviços de saúde”. (E8) “É a porta de entrada do sistema”.

A Atenção Básica pode ser caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Utilizando-se de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Em relação ao questionamento sobre as mudanças da nova Política Nacional de Atenção Básica, identificou-se que nem todos tem o conhecimento sobre as novas mudanças da nova PNAB, onde seus relatos vem ao encontro apenas de suas concepções sobre a mudança do gerenciamento da unidade e novos papéis do ACS na atenção básica. Com o propósito de confirmar o conhecimento dos enfermeiros do estudo sobre a composição do tema, é revelado a partir dos relatos: (E1) “Mudança no PAB fixo e variável; ACE dentro da ESF; redução de carga horária”. (E2) “Criação do gerente da unidade”. (E3) “Mudanças de carga horária; mudanças de gerenciamento de unidades”. (E4) “Horário flexível para os membros da equipe; ACS com curso técnico”. (E5) “Aumentou a possibilidade de atuação do ACS; criação do gerente da unidade”. (E6) “O gerente da unidade”. (E7) “Gerencia das UBS, deve ser de nível superior e não possuir vínculo com a UBS”. (E8) “É o gerenciamento das unidades”.

Aprovada em 31 de agosto de 2017 através da Portaria 2436, a nova Política Nacional de Atenção Básica foi acompanhada de várias críticas de organizações historicamente vinculadas à defesa do SUS, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). Onde as três instituições publicaram uma nota repudiando a revogação da prioridade dada à Estratégia Saúde da Família (ESF) na organização do SUS, com a provável perda de recursos para outras configurações da Atenção Básica (AB), em um contexto de retração do financiamento da saúde (MOROSINI, FONSECA e



Artigo

LIMA, 2017).

Todas essas mudanças da nova PNAB surgiram a partir de análises da cobertura, bem como dos gastos que envolvem todo o conjunto que compõe a atenção básica e seus componentes. No tocante a cobertura, dados do Ministério da Saúde (MS) demonstra que a ESF alcançava 58% da população, em outubro de 2017, e essa cobertura a atingiu 100% em alguns municípios. Esse resultado foi devido a oferta de novos serviços, modalidades e arranjos de equipes multiprofissionais, com destaque para as equipes ampliadas pela saúde bucal e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2017).

Ao analisar como as mudanças da nova PNAB impactam nas atividades enquanto enfermeiro da atenção básica, os participantes relataram que: (E1) “Não dar pra realizar Universalidade e Equidade sem conhecer a população”. (E2) “Sobrecarga”. (E3) “Retirada de princípios bioéticos como a autonomia”. (E4) “Melhorias – ACS com curso técnico, acompanhamento melhor para comunidade”. (E5) “Mudanças positivas em algumas dimensões do processo de trabalho e negativa no aspecto funcional”. (E6) “Ainda não teve impacto, o gerenciamento é um ponto positivo para o enfermeiro e comunidade”. (E7) “Dificultar ainda mais o serviço prestado”. (E8) “Ainda não houve mudanças”.

Uma mudança marcante na nova PNAB é que a Estratégia de Saúde da Família deixa de ser a única forma de organização da atenção primária, ou seja, a PNAB reconhece outras estratégias de atenção básica, mantida a participação da união no financiamento dessas organizações; autoriza a integração entre a vigilância em saúde e atenção primária; dá autonomia ao gestor para definir prioridades; bloqueia recursos dos municípios que deixam de alimentar os sistemas de informações de saúde; ficam mantidos os princípios da universalidade e equidade, além das diretrizes de resolutividade, longitudinalidade do cuidado, ordenação de rede, participação da comunidade, territorialização, regionalização e hierarquização e população adscrita; mantém a carga horária de 40 horas semanais com uma equipe multiprofissional contendo enfermeiros, médico clínico geral, auxiliares ou técnico de enfermagem(BOAS, PEREIRA E SANTOS, 2017).

## CONCLUSÃO

Nesse estudo foi possível analisar o conhecimento dos enfermeiros que atuam na Atenção Básica sobre a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).



**Artigo**

A nova PNAB considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e diretrizes do SUS. Apesar de serem profissionais capacitados para atuarem na atenção primária a saúde, ficou evidenciado que os participantes possuem pouco conhecimento sobre a nova Política de Atenção Básica (PNAB) aprovada em 2017. Dessa maneira, é imprescindível que os enfermeiros busquem se aperfeiçoarem cada vez mais, visto que, a PNAB é apolítica que rege a atenção básica no Brasil sendo importante ter conhecimento sobre a mesma já que estes profissionais atuam na atenção primária a saúde.

Diante do exposto conclui-se que os objetivos propostos pelo estudo foram alcançados. Espera-se que esse estudo possa servir de orientação aos profissionais e acadêmicos de enfermagem que tenham interesse em aprender mais sobre a temática.

**REFERÊNCIAS**

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. São Paulo: Edições70, 2011.

BOAS, Gustavo Di Lorenzo Villas; PEREIRA, Douglas Vinícius Reis; SANTOS, Elka Karollyne Alves. A REFORMA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: mais um golpe contra o SUS. **Anais Seminário FNCPS: Saúde em Tempos de Retrocessos e Retirada de Direitos**, v. 1, n. 1, 2017.

BRASIL. **Ministério da saúde**. Departamento de Atenção Básica, 2017. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=\\_&cod=2442](http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2442)>. Acesso em 08 set. 2018.

BRASIL. **Ministério da saúde**. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica- Brasília, 2012, 110 p.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

COSTA, Antônio Marcos Rodrigues. et al. **Perfil epidemiológico de idosos com fraturas atendidos em hospital de emergência**. 2018. Disponível em:



**Artigo**

[http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/1797](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1797). Acesso em maio de 2019.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos metodologia científica**. 8.ed. São Paulo: Editora Atlas, 2017a. 368 p.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção primária à saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**, v. 2, p. 44-50, 2006.

MINAYO, M. C. S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3):621-626, 2012.

MOROSINI, M. V. G. C, FONSECA, A.F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cad. Saúde Pública** 2017; 33(1):e00206316.

SILVA, C. N. N. da. **Metodologia científica descomplicada: prática científica para iniciantes/ Cláudio Nei Nascimento da Silva, Marcelo Duarte Porto**. \_ Brasília: Editora IFB, 2016.

TATIANE, Baratieri Baratieri et al. Nova Política Nacional de Atenção Básica brasileira: um passo para o desmonte do Sistema Único de Saúde?. In: **Cuba Salud 2018**. 2017.



Artigo

**CONDUTA DO DEPENDENTE DO ÁLCOOL: ANTES E DEPOIS DE  
FREQUENTAR O GRUPO DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS**

**CONDUCT OF THE ALCOHOL DEPENDENT: BEFORE AND AFTER TO  
FREQUENT THE ALCOHOLICS ANONYMOUS GROUP**

Shirley Patriota de Jesus<sup>1</sup>  
Tarciana Sampaio Costa<sup>2</sup>  
Elzenir Pereira de Oliveira Almeida<sup>3</sup>  
Débora Najda de Medeiros Viana<sup>4</sup>  
Francisca Elidivânia de Farias Camboim<sup>5</sup>  
Daniele Patriota de Araújo<sup>6</sup>

**RESUMO** - A dependência do álcool é um problema que afeta a saúde e qualidade de vida da pessoa que não controla a ingestão de álcool, interferindo conseqüentemente na convivência familiar e social. Assim, este estudo tem como objetivo identificar a conduta do dependente do álcool antes e depois de frequentar o grupo de Alcoólicos Anônimos. Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, realizada na cidade de São José do Egito-PE. A amostra foi composta por 18 membros que participaram da reunião nos meses de dezembro de 2018 e janeiro de 2019. Verificou-se que a relação com a família era conflituosa antes, e com a abstinência de álcool, a convivência familiar passou a ser harmoniosa, com equilíbrio emocional do dependente e aceitação na sociedade. A conclusão é que a qualidade de vida dos alcoólatras em tratamento evoluiu depois que passaram a frequentar os grupos de Alcoólicos Anônimos

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos.

<sup>2</sup> Enfermeira. Docente das Faculdades Integradas de Patos. Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

<sup>3</sup> Pedagoga. Docente das Faculdades Integradas de Patos/Universidade Estadual da Paraíba. Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade do ABC.

<sup>4</sup> Psicóloga. Docente das Faculdades Integradas de Patos. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

<sup>5</sup> Enfermeira. Docente das Faculdades Integradas de Patos. Especialista em Saúde mental (2010) pelas Faculdades Integradas de Patos - FIP. Mestranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas pela Santa Casa de São Paulo - FCMSCSP.

<sup>6</sup> Graduada em Ciências Sociais pela UFBP. Mestre em Ciência Política pela UFPB.



**Artigo**

**Palavras chave:** Dependente do Álcool. Alcoólicos Anônimos. Alcoólatra

**ABSTRACT** - Alcohol dependence is a problem that affects the health and quality of life of the person who does not control alcohol intake, thus interfering with family and social coexistence. Thus, this study aims to identify the behavior of the alcohol dependent before and after attending the Alcoholics Anonymous group. This is a field research, with a qualitative approach, carried out in the city of São José do Egito-PE. The sample consisted of 18 members who participated in the meeting in the months of December 2018 and January 2019. It was verified that the relationship with the family was conflicting before, and with alcohol withdrawal, the familiar coexistence became harmonious, with dependent emotional balance and acceptance in society. The conclusion is that the quality of life of the alcoholics in treatment evolved after they began to attend the groups of Alcoholics Anonymous

**Keywords:** Dependent on Alcohol. Alcoholics Anonymous. Alcoholic

## INTRODUÇÃO

O Grupo de Alcoólicos Anônimos (AA) considera como dependente alcoólico o indivíduo que admitiu ser impotente perante o álcool e que perdeu o domínio sobre a sua vida devido ao uso abusivo e continuado de bebida alcoólica. O modo de agir do alcoólatra reflete grande prejuízo em diversas áreas em sua vida, acarretando diversos problemas inclusive de ordem social e financeira. Assim, o alcoolismo tem sido descrito como importante fator relacionado ao aumento da morbidade, mortalidade e prejuízos interpessoais e disfunção familiar. Situações de conflitos e crises existenciais são frequentes, porém, na maioria das vezes, sem consciência da extensão do sofrimento psíquico. Percebe-se que a família e o usuário são considerados uma unidade de cuidado, sendo necessária a atenção neste aspecto (NASCIMENTO; SOUZA; GAINO, 2015).

Ao observar a rotina de alcoólatras e a mudança provocada em suas vidas quando começaram a frequentar o Grupo de AA, despertou-se o interesse de identificar a conduta pessoal em relação à dependência alcoólica e tendo como base a influência exercida pelo AA para a reafirmação do dependente como protagonista da própria vida. Neste sentido,



**Artigo**

este estudo tem como objetivo o intuito de analisar a conduta do dependente alcoólatra antes e depois do acompanhamento pelo Grupo de AA.

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de campo que de acordo com Prodanov & Freitas (2013) tem a finalidade de obter informações e conhecimentos acerca de problemas para os quais se busca uma resposta. Ou parte de uma hipótese em que se almeje comprovar fatos, fenômenos ou semelhança, consistindo na coleta de dados relevantes e no registro de variáveis que julgamos relevantes para analisar. Foi desenvolvida com abordagem qualitativa, ou seja, tem como fim obter dados voltados para entender as atitudes, motivações e conduta de determinado grupo de pessoas no seu cotidiano. A pesquisa qualitativa evita números e lida com análises das realidades sociais e é vista como pesquisa soft (suave), (BAUER, 2017).

A pesquisa foi realizada nos grupos de Alcoólicos Anônimos (AA) localizados no município de São Jose do Egito – PE. A cidade dispõe de dois grupos atuantes. O Grupo De Volta à Vida, Fundado em 30/07/1999 por alguns membros e com a ajuda de alguns alcoólicos em recuperação de outros grupos da região, localizado na Escola Santa Teresinha no bairro da COHAB, com reuniões as terças e as sextas, das 19h00 às 21 horas.

Devido ao número de membros e ao espaço geográfico da cidade, houve a necessidade de se criar um segundo grupo, e em 18 de fevereiro 2009, foi fundado o Grupo Viver Sóbrio de Alcoólicos Anônimos, localizado na Rua Claudio Leite nº 65 - bairro Centro, com reuniões as segundas e quintas-feiras também das 19h00 às 21horas. A pesquisa foi realizada no grupo De Volta a Vida de AA, devido os mesmos membros frequentarem os dois grupos da cidade, sendo o local onde todos eles se encontram.

De acordo com os membros dos grupos de AA, desde a fundação do primeiro grupo em 1996 até os dias atuais, os grupos de AA em São José do Egito têm ajudado cerca de 50 homens e mulheres a se recuperarem do alcoolismo e restaurarem as suas famílias. A população foi composta por todos os membros que estiveram presentes nas reuniões nos dias que foi realizado a coleta.

A amostra foi composta por 18 dos frequentadores dos grupos de AA que aceitaram participar da pesquisa e atenderam os criterios de inclusão: Ser membro da irmandade de Alcoólicos Anônimos; Estar presente no momento da coleta de dados e



**Artigo**

Como critério de exclusão: Estar em acompanhamento no AA no período inferior a seis meses. Os participantes foram informados quanto ao objetivo do estudo, bem como ao comprometimento com o sigilo das informações prestadas no questionário. Após receberem todas as informações sobre os objetivos da pesquisa, os mesmos para participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um roteiro de entrevista estruturado e previamente elaborado pela autora contendo questões objetivas, o mesmo foi composto por dados sócio demográfico na primeira parte, e na segunda os dados referentes ao objetivo do estudo. De acordo com Couto (2018, p.1): “O pesquisador deverá utilizar-se de um roteiro que guie a entrevista por meio de tópicos a serem discutidos, com certa ordem lógica”.

A coleta de dados foi realizada no próprio local onde é realizada as reuniões e horário da mesma, no Grupo De Volta à Vida AA, em paralela a reunião para garantir o silêncio e a privacidade do entrevistado, onde houve explicação acerca da pesquisa, assegurado os esclarecimentos necessários para o adequado consentimento e de possíveis dúvidas referentes à linguagem/nomeclatura utilizada no questionário. Também foi realizado antes do início da coleta de dados a leitura e esclarecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deixando livre a decisão dos mesmos (as) em participar ou não da pesquisa, podendo ainda, desistir em qualquer fase. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2018 a janeiro de 2019.

Os dados coletados foram analisados a partir da Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin e tratada por Triviños (2015). Segundo este autor, tal análise compreende três grandes etapas, sendo estas descritas a seguir: 1) Pré-análise – refere-se à organização do material coletado, a partir da transcrição na íntegra do conteúdo das entrevistas; 2) Descrição analítica – que congrega as fases de transformação dos dados no corpus do estudo, em que o referencial teórico é revisto junto aos dados coletados a fim de proceder à codificação, classificação e categorização; e 3) Interpretação referencial – fase em que a reflexão e a intuição baseada no aporte teórico permitem ao pesquisador identificar o conteúdo manifesto e o material latente.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, localizado no município de Patos - PB, onde obteve-se o consentimento legal para realização da pesquisa à luz dos princípios éticos. A pesquisa foi realizada com autorização dos Grupos de AA localizados no município de São José do Egito - PE, levando-se em consideração os aspectos éticos em pesquisas que envolvem seres humanos, conforme descrito na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de





## Artigo

Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa apresenta riscos mínimos aos indivíduos, pode ocorrer o constrangimento ao responder às perguntas a pesquisadora ou mesmo a participação da mesma nas reuniões devido ao anonimato. Mas apresentaram-se meios para amenizar os riscos.

Oferece-se elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos, levando a mensagem aos profissionais de saúde para melhor atenção aos sujeitos de pesquisa e outros que procuram ajuda, o risco se justifica pela importância do benefício esperado. O benefício seja maior, ou no mínimo igual, as alternativas já estabelecidas para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do alcoolismo. Espera-se identificar as mudanças positivas na qualidade de vida dos alcoolistas e seus familiares após encontrar-se em recuperação do uso abusivo do álcool, pois se acredita que o alcoólatra em recuperação procura resgatar e restabelecer a qualidade de vida, como também reestruturar a família.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Visando conhecer melhor a conduta do dependente alcoólatra antes e depois do acompanhamento do grupo de Alcoólicos Anônimos, os participantes responderam perguntas pré-estabelecidas. Também foi utilizado um roteiro-estória, como técnica de coleta de dados. Para melhor compreensão dos resultados, esses se encontram agrupados em cinco eixos temáticos, segundo a literatura pertinente, sendo eles:

Categoria	Relação com a família	
	Antes do AA	Depois do AA
Subcategoria	Conflito	Harmonia
	Vínculo familiar prejudicado	Confiança
	Ausência do álcool	

Os fragmentos das falas foram analisados de acordo com o posicionamento dos entrevistados diante do questionamento no momento da entrevista. Os sujeitos da pesquisa são apresentados, aqui, codificados através da letra “A” e, em seguida, de um número que vai de 1 a 18, seguida idade.



## Artigo

Assim, dos 18 entrevistados que frequentam o grupo de Alcoólicos Anônimos (AA), 11 relatam, a partir de uma interpretação autoral, que quando bebiam a relação com a família era repleta de “conflitos”, 05 também retratam o “vínculo familiar prejudicado” e 01 alega a “ausência do álcool”. Ao pararem de beber 16 dos entrevistados descrevem que aquele convívio familiar passou a ser uma relação de “harmonia”, e 02 afirmaram que adquiriram “confiança” na relação com a família ao parar de beber. Desse modo, percebe-se que a maioria dos entrevistados se refere à relação com a família como uma relação conflituosa quando bebiam por haver profundo desentendimento, uma vez que chegavam com sinais de embriaguez em casa e os familiares (esposa (o), filhos) e pelo simples fato de aconselhá-los sobre a maneira que estavam bebendo, resultava em certa agitação no lar e por diversas vezes terminavam em desavença.

Tais relatos podem ser observados nas falas a seguir, quando perguntados sobre a relação com suas famílias, os entrevistados responderam que era:

*“Tumultuada, só tem tumulto, muito sofrimento, angústia, minha família foi quem mais sofreu com meu alcoolismo” (A-2, 45 anos).*

*“Era só problema na minha vida, na bebedeira era só problemas com minha família, não tinha nem um ajuste não, era só complicação. Quando comecei a beber, no começo era normal, mas um tempo da bebida já fui ficando embriagado, e já o álcool começou dominar muito rápido a minha vida eu comecei beber muito, já novo com 14-15 anos e é só problema na família é uma discordância não quer ouvir conselho, não consigo ouvir ninguém, eu só queria saber de beber já achava que era dono do meu nariz eu podia fazer o que eu quisesse, só problema com a família, só problema” (A-9, 47 anos).*

*“Ah relação é comum no alcoólico, ele num tem um bom relacionamento, né, com a família, porque quem bebe sempre, como é de praxe o alcoólatra ser muito teimoso ele num vive bem não, a convivência é muito ruim é péssima” (A-8, 39 anos).*

De acordo com Andrade (2018), Lopes (2016) & Lopes et al (2015), que tanto o indivíduo que faz uso descontrolado do álcool como os familiares sofrem com o alcoolismo. Quando um membro da família é alcoólatra a família também adocece e necessita de ajuda e cuidado, pois esses conflitos provocam colapso, tornando a família disfuncional. Sendo esses conflitos causados pela falta de orientação dos familiares a



Artigo

respeito do alcoolismo e como lidar com o dependente, contribui para que este volte a beber, como uma forma de refugio para sair daquela situação (SILVA, 2014).

Os entrevistados também caracterizaram o vínculo familiar como “prejudicado”, uma vez que durante o período que estão bebendo se ausenta das atividades familiares, o que demonstra sua falta de compromisso com as obrigações em casa. Estes contam que a família não os exclui do convívio, mas que eles próprios se afastam, devido sua falta de interesse para com outras atividades do que o consumo do álcool. Eles sentem que decepcionam a família, ou que são motivo de vergonha devido o alcoolismo, isso pode ser observado nas seguintes falas:

*“Era muito ruim. Eu era uma pessoa que não existia, não tinha família, porque o alcoólatra, ele sai de dentro da família. A família não expulsa ele, ele é quem sai. A família fica lá, no mesmo lugar, estruturado (sic), mas é o alcoólico quem sai da família” (A-1, 51 anos).*

*“Era péssima, não brigava todo dia, mas era péssima. Não era assim desavença, né? Entendeu? Não se compara a hoje, mas saia de manhã, chegava no outro dia. Não tinha muita responsabilidade em casa, não era um esposo presente, nem no café, nem no almoço e na janta era raro ta” (A-4, 50 anos).*

*“Muito difícil, não era um pai participativo, né? Sempre vinham as reclamações da família e eu, pela ignorância, não consegui enxergar aquilo, porque só valorizava o álcool” (A-11, 46 anos).*

Através das falas dos entrevistados Pode-se perceber que a relação com seus familiares eram prejudicadas pelo álcool, devido estes beberem frequentemente e não darem importância à desordem que causavam na rotina do lar por causa da bebida. De acordo com Lopes *et al* (2015), o grupo familiar que é exposto a qualquer situação que envolva o desenvolvimento salubre da família, interfere negativamente no funcionamento eficaz da convivência social e afetiva entre os familiares e com a sociedade.

O consumo progressivo do álcool afasta o alcoólatra de suas obrigações com a família, trabalho e o social, com isso surgem as complicações que afetam a vida da sua família e sua própria vida (RODRIGUEZ, 2015). O alcoolismo é uma doença da família e todos estão sujeitos a serem atingidos pelos estilhaços dessa patologia, (MANGUEIRA; LOPES, 2014).



## Artigo

Por fim, no que diz respeito à relação com a família antes de pararem de beber, apenas 01, dos 18 participantes da pesquisa, afirma “ausência do álcool”, que apesar de beber não considerava que sua bebida causasse algum tipo de problema com os seus familiares, que o seu padrão de consumo era controlado, que bebia esporadicamente. Relata que procurou o grupo de AA por ficar sabendo que poderia servir para outros problemas, pois na sua entrevista declara ser uma pessoa “ignorante” no que diz respeito a ter opinião. Foi questionado se ao beber a ignorância era maior, este responde é ficava melhor. Como pode ser descrito a seguir através dos trechos da entrevista do mesmo.

*"Pra falar serio, minha bebida não era assim de muito problema não, porque eu só bebia de ano em ano somente e às vezes de 6 mês e pronto, assim a bebida não causou muito problema não, é mais a ignorância, quando eu cheguei no grupo aí foi uma coisa que foi melhorando minha vida, foi a mente né! que ele disse que não servia só para com aquele negócio de cachaça era pra outras coisas, aí para mim serviu aí por isso que me encaixei também" (A-3, 47 anos).*

*"[...] minha programação de bebidas só era desse jeito, agora a ignorância é que foi pior. É, mas, o grupo de AA me ensinou a se comportar" (A-3, 47 anos).*

De acordo com o Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA), existem padrões de consumo de bebidas alcoólicas considerados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como: “moderado”, que se baseia no beber de forma que não cause transtorno à vida do indivíduo; e é também citado pelo CISA que existem o beber social, que é uma forma delicada de disfarçar ou referir-se ao beber problemático. Se baseado na teoria biológica de Masur (2017), o indivíduo pode ou não desenvolver o alcoolismo. Segundo a OMS, de acordo com o que foi citado no CISA, não há padrão de consumo que caracterize se a pessoa tem ou não problemas com o álcool, não existe uma quantidade segura para a ingestão de bebidas alcoólicas que não ofereça risco para saúde.

Tendo em vista que a relação familiar é a primeira a ser afetada quando um de seus membros se torna dependente do álcool, pois eles são os primeiros a sofrer as consequências causadas pelo alcoolismo. Porém quando o alcoólatra decide procurar ajuda, eles também são os primeiros a perceber as mudanças nas atitudes dos alcoolistas. No que diz respeito à relação com a família depois que pararam de beber, a maioria dos participantes revela que as relações familiares mudaram drasticamente que passaram a ter



Artigo

uma vida mais harmônica. As discórdias causadas pelo alcoolismo acabaram restando os conflitos familiares comuns. Sobre a relação familiar depois de parar de beber afirmam:

*“Ah ficou excelente, ficou muito boa. Porque a bebida estragava tudo, então a partir de que eu parei de beber a relação ficou ótima” (A-5, 52 anos).*

*“Agora é totalmente diferente, né? Ao contrário quando eu chego tem alegria, paz, eles me olham diferente um olhar que chama atenção, é diferente de quando eu estava no clamor do alcoolismo, eles olhava para mim com aquele olhar de tristeza, e hoje o semblante deles é diferente, com alegria, sente aquela paz externa dentro do lar” (A-7, 34 anos).*

*“Graças a Deus, muito bom, muito bom estou [...] sempre participando das atividades da família, têm responsabilidade com os filhos e, graças a Deus, foi tudo através da programação de alcoólicos anônimos que me conscientizou realmente do que é alcoolismo, e hoje eu tenho uma vida com qualidade” (A-11, 46 anos).*

Como se pode notar, as relações familiares tiveram alterações significativas após os dependentes reconhecem o seu problema com o alcoolismo e procurarem ajuda para retomar o controle sobre suas vidas. Nas falas dos entrevistados pode-se ter uma perspectiva das mudanças que acreditam que ocorreu em seus lares.

Como já mencionado, os problemas resultantes do alcoolismo afligem a convivência familiar (LOPES, 2016), uma vez que se entende por harmonia, paz coletiva entre as pessoas. De acordo com Hernández (2015), o intuito da família é serem harmoniosos e equilibrados, os seus membros devem ter suas respectivas atribuições, bem como ser uma família saudável, funcional e com claros padrões de conduta. Ressalte-se que os participantes contam que também houve mudança nas na confiança nas relações familiares. É comum a perda da confiança em um alcoólatra, porque a doença faz com que o indivíduo minta, manipule e se torne irresponsável nas suas obrigações:

*“É hoje ta bem, ta bem melhor até existe uma relação de confiança, dificuldades existem, mas superamos não mais pela aquela falta de rumo né! você não tinha rumo. E hoje você sai para resolver as coisas e sabe*



Artigo

*que você tá resolvendo, enfrentando as dificuldades do dia a dia, do relacionamento de tudo, mais bem melhor” (A-10, 47 anos).*

*“Ainda não está totalmente recuperada (confiança) não, mas tô trabalhando em cima disso aí, mas ainda não tá” (A-13, 53 anos).*

Quando um alcoólatra para de beber, acontece uma mudança drástica em sua vida, ele começa a resgatar o que perdeu: a moral, a dignidade e a confiança de seus familiares (RODRIGUES; KRINDGES, 2017). Bernardino (2016) & Silva, Guimarães e Salles (2014) chamam a atenção para a importância de ter a família ao lado do dependente, pois o alcoolista sabendo da confiança que seus familiares e amigos passam a depositar na sua recuperação, lhe dá mais força e autoconfiança no tratamento, caso contrário, o indivíduo sente-se desmotivado e a família ao invés ajudar, pode se torna um fator de risco, podendo levá-lo a abandonar o tratamento. De acordo com Souza e Baptista (2017) as relações de confiança afetividade e apoio contribuem para minimizar os sintomas relacionados a transtornos e doenças mentais.

Quanto às rotinas diárias do alcoólatra, obteve-se os seguintes resultados:

Categoria	Dia a Dia do alcoólatra	
	Antes do AA	Depois do AA
Subcategoria	Improdutivo	Produtivo
	Normal (prazer)	Motivação

De acordo, com a interpretação autoral dos 18 entrevistados, 17 responderam que o dia a dia era “improdutivo” e apenas 01 dos participantes relata que a bebida não tinha muita influência na sua rotina diária. Desses, 16 afirmam que após frequentarem o grupo AA, o dia a dia se tornou “produtivo”, e 02 informaram que vivem o dia com “motivação”.

Pode-se perceber que parte significativa dos entrevistados diz que “perdiam o dia”, ou seja, este era “improdutivo”, pois bebiam o “dia todo”, o que tinha como consequência irresponsabilidade e falta de compromisso com as obrigações diárias, como afirma (A-2, 45 anos):

*“Eu bebia o dia inteiro, dormia e acordava pra beber de novo. Irresponsável com meus filhos, eu sempre fui mãe e pai dos meus filhos,*



## Artigo

*mas a bebida, não deixava eu me dedicar a eles, porque eu me entreguei totalmente à bebida”.*

*“Era de irresponsabilidade total, né? porque eu tento fazer tudo certo, mas quando eu ingeria a primeira dose, a primeira dose mudava o comportamento, mudava as ideias, eu achava que ficava mais alegre, mais introvertido (sic), mas na verdade eu tava (sic) uma pessoa dependente e as coisas davam tudo errado. Porque o álcool estava como um inimigo, sabe? Desvirtuando o compromisso, já não era mais aquela pessoa que eu era antes de beber, que eu tinha os compromissos e cumpria muita ressaca física e ressaca moral, a família desgostosa e a lista infinita” (A-6, 39 anos).*

*“Terrível sempre acordava pela manhã com a vontade de beber e não conseguia evitar esse primeiro gole, porque já tinha perdido a autossuficiência tinha que fazer as exigências do álcool e sempre embriagando duas, três vezes todos os dias” (A-11, 46 anos)*

O alcoolismo tem como uma de suas consequências a improdutividade do indivíduo, o que prejudica na área profissional, social e familiar, o que pode afetar a produtividade de todos que os cercam. (MENDES *et al*, 2018) & (VASCONCELOS, 2016). O alcoolismo também interfere na vida social do sujeito. Vilela (2015) ressalta que o alcoólatra se sente afastado da sociedade por causa do alcoolismo, mas na verdade é ele mesmo quem se afasta e isolando-se de tudo por entender que é desacreditado e improdutivo.

De acordo, com a análise de dados dos entrevistados onde apenas 01 (um) dos 18 entrevistados relata na sua entrevista que em relação à sua rotina diária o fato de beber não interferiu que era “normal” que bebia em busca de “euforia”, pois este bebia controlado, que ele determinava a quantidade que iria beber mesmo saindo com outros. Também afirma que gostava de beber para ficar feliz e como forma de inibição social.

*“Eu achava bom, quando eu bebia, eu gostava de beber para ficar mais contente, arrumar amizade, os meninos me chamava, mais era assim, quando eu saía já me programava vou beber um litro de qualquer coisa de “Rum” (sic) só bebia um litro, quando terminava de tomar já dizia agora só vou beber agora daqui a um (01) ano já estacionava não bebia” (A-3; 47 anos).*



Artigo

Silva (2016) enfatiza no seu estudo, que a euforia e a perda das inibições sociais são uns dos sintomas de intoxicação aguda de substância psicotrópica, mesmo no beber controlado ou moderado, ainda que a princípio ela cause uma euforia entre outros estímulos buscados por quem ingere bebidas alcoólicas, pode levar a dependência.

Segundo Sulzbacher (2017), entende-se por consumo normal do álcool é o indivíduo que mantenha sua conduta inalterada, ou seja, os níveis alcoólicos normal no sangue, a euforia é um dos sintomas causados por essa alteração sanguínea após o consumo do álcool, onde o indivíduo aumenta sua autoconfiança. É de conhecimento em geral que decorrente aos efeitos estimulantes as bebidas alcoólicas são as mais procuradas (MASUR, 2017).

Os entrevistados no que diz respeito ao dia a dia depois que começaram a frequentar os Alcoólicos Anônimos suas rotinas se modificaram completamente, retornando a normalidade, retomaram o controle de suas vidas e o dia tornou-se “produtivo”. Estes afirmam que passaram a aproveitar melhor o dia a dia, frequentemente mencionaram “aproveitar melhor a vida” sem a presença da bebida e que passaram a cumprir com os compromissos e responsabilidades com a família e vivem conscientes que não podem ingerir álcool.

*“Olha, relacionada à bebida, diria 100% fora da bebida, porque hoje a gente acorda e tem a sanidade de volta, para trabalhar, para tomar suas decisões, cuidar da família é totalmente diferente é tudo inverso daquela que eu falei anteriormente da bebida, é maravilha. Hoje tenho mais responsabilidade, mais compromisso, mais felicidade” (A-6, 39 anos).*

*“Hoje eu tenho paz acordo de manhã e agradeço a Deus pela vida, sabendo que tenho que fazer a minha parte, hoje eu tenho a consciência muito grande que a minha destruição estava no álcool né! E hoje a minha convivência é do trabalho para casa, para minha família, para minhas obrigações, podendo participar das coisas que antes eu achava que não tinha condições de aceitar bebendo e hoje vejo que a vida realmente tem que ser vivida sem o álcool” (A-11; 46 anos).*

*“Meu dia-dia ta sendo ótimo graças a Deus, trabalhando vivendo minha vida sossegada deixando os outros viver que eu não tava deixando e hoje estou deixando e estou vivendo também, porque se eu não tivesse*





Artigo

*parado eu acho que eu já tinha morrido e graças a Deus to vivendo minha vida muito tranquila” (A-14; 44 anos).*

As limitações sociais, psíquicas, familiares e nas atividades diárias são causadas pela dependência de drogas (DAMACENA, 2015). O alcoolismo é apontado por Manguiera *et al* (2014) como imprevisibilidade do beber que perturba e domina o cotidiano familiar e do alcoolista. Para Veiga; Cantorani e Vargas (2016) o modo de viver pode ser compreendido como atitudes seguidas pelas pessoas diariamente, refletindo diretamente no bem-estar dos indivíduos.

Na subcategoria “motivação” na rotina diária, os participantes relatam a frequência nas reuniões de Alcoólicos Anônimos e dos trabalhos realizados na irmandade como forma de levar a mensagem para outras pessoas que precisam de ajuda e sofre com o alcoolismo como forma de se manterem sóbrios. Também relatam a dedicação que agora tem com a família e com o trabalho, mantendo a mente ocupada com coisas que realmente são importantes.

*“Hoje, como agora mesmo eu me desloquei para vim para essa reunião, quando não estou no trabalho eu procuro está nas reuniões, procuro fazer os trabalhos da Irmandade [...] minha vida particular hoje eu tenho responsabilidade em tudo que eu faço, cumpro com aquilo que eu tenho que cumprir que antes não tinha, essa responsabilidade eu hoje eu tenho , então é bem diferente hoje pra antes né! (A-4; 50 anos).*

*“Como eu parei de beber, hoje eu consegui fazer essa mudança de vida que é não beber, tentar durante o dia ocupar sempre minha mente tanto no trabalho, com pessoas ou levando a mensagem para que eu fique bem e não venha ter a vontade de beber [...] tem um ditado que diz “quando você acende uma vela o primeiro iluminado é você”. Então é assim levei a mensagem eu to bem com isso” (A-9; 47 anos).*

*“Agora é vivendo procurando resolver as coisas trabalhando né! E procurando ajudar os outros também e me dedicando a minha família” (A-10; 47 anos).*

Barbosa; Da Silva e Neto (2018), destaca que os grupos de ajuda têm uma função imprescindível de motivação para a recuperação do indivíduo. A espiritualidade de acordo



## Artigo

com Vilela *et al* (2015) é uma das formas de motivação para dá sentido a vida. Assim como a atuação da família ajuda nesse processo (BARBOSA, 2017).

Uma das principais motivações para as mulheres dependentes de drogas buscarem um tratamento é destacada por Oliveira (2014), é o receio que seus filhos sejam tirados delas, pois a maternidade faz parte da natureza da mulher. Do mesmo modo Nascimento (2017), em seu estudo demonstra o medo sofrido pelas mulheres de passar por alguma forma de violência é a motivação que as leva a mudança de vida.

Os entrevistados relataram que antes de pararem de beber seu estado emocional era “depressivo” que apenas importava-se com a bebida. Eles mencionam também uma “alegria falsa” causada pelo álcool no momento que estavam bebendo, mas que essa se tratava apenas de uma ilusão que o álcool causa, devido o alcoolismo ser uma doença das emoções, pois para o alcoólatra tudo é uma justificativa para beber. Dizem que sentiam “arrependimento” e “ressaca moral” era uma “sensação terrível”.

Categoria	O estado emocional do alcoólatra	
	Antes do AA	Depois do AA
Subcategoria	Insatisfeito	Satisfeito

Desse modo, os 18 participantes afirmam a partir da interpretação dos dados coletados que em relação ao estado emocional antes de frequentarem as reuniões de AA, se consideravam “insatisfeitos” emocionalmente, como podem ser expressos abaixo.

*“Emocionalmente, como a bebida alcoólica é a bebida da ilusão eu me senti a pessoa mais feliz do mundo, aquela felicidade falsa que a bebida causa, na minha mente doentia eu achava que eu era a pessoa mais feliz do mundo por consumir muita bebida alcoólatra, na realidade num é né! mas na ilusão do alcoólatra é” (A-2; 45 anos).*

*“Péssimo, porque se tava bebendo, hoje eu vejo que era uma alegria falsa, né! Alegria questão do momento efeito da bebida e quando era no outro dia, aquela ressaca moral, aquela ressaca passando mal né? Então era uma tristeza, tristeza, [...] Arrependido demais, mas o que fazer quando está na ativa, voltava novamente pro bar ou bebia em casa” (A-4; 50 anos).*

*“Esse problema da bebida é uma doença emocional e a gente segundo a nossa literatura diz que a maioria dos alcoólatras é depressivo e a gente*



Artigo

*sempre buscava na bebida um refúgio, porque tinha uma raiva, porque tem uma alegria, é porque conquistou um emprego tudo era motivo para beber, então oscilava muito as emoções principalmente na hora da raiva a gente não pensa em outra coisa a não ser na bebida [...]eu tinha dia que eu não suportava nem a mim mesmo, mas quando eu bebia ficava alegre, era como um “antídoto, um elixir da felicidade” entendeu?”(A-6; 39 anos).*

Conforme o estudo realizado por Santana e Gondim (2016), as emoções são essenciais para as pessoas encarar os obstáculos diariamente, tomar decisões preservando os laços sociais e o bem-estar, esse método é definido pelos autores como regulação emocional. Mas para uma pessoa alcoólatra essa decisão nem sempre é positiva, portanto não estará voltada para seu bem-estar, pelo contrario torna-se insatisfatória, levando-o ao consumo de bebidas, como está exposto nas falas acima.

De um modo geral, acredita-se que a bebida alcoólica deva reduzir algumas emoções mesmo sendo momentaneamente e aumenta a sensação de prazer e de satisfação. É comum em eventos sociais haver um consumo moderado de bebidas alcoólicas e alguns bebem para se divertir, socializar e até mesmo para relaxar, porém, há situações em que o consumo de álcool é associado às emoções negativas, tais como: raiva, culpa, ansiedade, insegurança, etc., levando o indivíduo ao consumo abusivo e descontrolado dessa substância gerando preocupações emocionais, problemas comportamentais, financeiros, perda da confiança e isolamento (NASCIMENTO *et al*, 2015).

Contudo, em relação ao estado emocional depois que pararam de beber, os 18 entrevistados se consideram “satisfeitos” com suas emoções, pois afirmam que suas vidas estão “diferentes”, relatam que voltaram a se socializar estando sóbrios, têm consciência do seu problema com o álcool, mas aprenderam a viver normalmente no meio social, consideram-se felizes e livres. É frequente surgir nas falas às palavras como “felicidade”, “tranquilo”, “equilibrado”. Para alguns, as reuniões de AA os ajudam a encontrar essa tranquilidade e equilíbrio.

*“Tranquilo, graças a Deus. As reuniões de AA ela me deixa muito tranquilo, o emocional da gente ele é equilibrado através das reuniões, se eu não tivesse encontrado o grupo de A.A eu não ia conseguir permanecer sóbrio eu não ia ter o equilíbrio emocional para me manter sóbrio, então o que me equilibra é justamente as reuniões de AA” (A-8; 39 anos)*



## Artigo

*“Sempre é como eu disse, sempre completo de felicidade depois que eu parei é só felicidade graças a Deus, me sinto muito feliz, quando chega o dia de eu vir para uma sala de alcoólicos anônimos que foi quem me tornou de volta o meu viver feliz” (A-15; 66 anos).*

*“Hoje me sinto melhor, posso voltar amanhã (beber), mas as emoções de angustia, de tristeza passaram. Minhas emoções hoje em dia, são diferentes é só de prazer, alegria, tenho prazer de sair de casa, eu sei que eu saio e com fé em Deus chego em casa sóbrio é bom demais e dou conselho a quem quiser vim participar também, é bom” (A-17; 57 anos).*

Assim, torna-se visível nas declarações dos participantes que houve uma grande mudança no que diz respeito à “satisfação” quanto a suas emoções depois que estes passaram a frequentar o grupo de AA. Segundo Santana e Gondim (2016), a satisfação com a vida e os afetos positivos está relacionada diretamente com as emoções positivas. Então, quando os participantes afirmam está “satisfeitos” emocionalmente, suas emoções positivas foram ativadas, de modo que estes passaram a encarar a vida de uma forma mais saudável, além de terem encontrado propósito de viver, aprendendo a conviver com as situações do cotidiano, sóbrios e com qualidade de vida.

Outro panorama analisado em relação ao alcoolismo está relacionado à “percepção das pessoas com relação ao indivíduo” antes e depois do grupo de AA.

Categoria	A percepção das pessoas em relação a você	
	Antes do AA	Depois do AA
Subcategoria	Irresponsável	Motivado
	Desfaçatez	Aceitação na sociedade
	Inseguro	

A partir das experiências compartilhadas em AA, basta o indivíduo alcoólatra começar a beber que surgem diversos problemas, entre eles está à falta de responsabilidade com a família, emprego e comunidade. Tudo que ele tinha para fazer, qualquer compromisso torna-se menos importante após a ingestão daquele primeiro gole.

Sendo assim, dos 18 entrevistados 13 alegaram que as pessoas próximas percebiam que não podiam contar com eles depois que os mesmos começavam a beber, de certa forma elas os discriminavam e até os rejeitavam.



Artigo

*“Eu acredito que as pessoas me percebia incapaz, elas me percebia assim, não vou dizer um inútil, né! que eu fazia, desenvolvia minhas funções, no caso trabalho, em casa, mas só que para as pessoas eu era desacreditado quando eu bebia, tornava totalmente irresponsável” (A-5; 52 anos).*

*“Uma pessoa perdida, não tinha futuro mais, dessa forma uma pessoa que não tinha mais valor para nada se morrer era melhor pelo menos não tava fazendo raiva, para algumas pessoas eu era inútil e praticamente eu era inútil não teria serventia para nada, só tinha serventia para o álcool, para fazer raiva em casa” (A-7; 34 anos).*

*“Eu abria pouco a farmácia dormir mais na parte da tarde, porque durante o dia abria só para tapear ficava ali né, e acho que por um “trisco” eu não perdi minha clientela toda né, essa é a verdade” (A-18; 54 anos).*

É notório que a doença do alcoolismo é transformadora no que se diz respeito ao comportamento. O álcool reduz a capacidade de o indivíduo raciocinar, fazendo com que ele adquira dupla personalidade e cometa atos irresponsáveis (ABREU, 2015). Do mesmo modo é caracterizado por Silva (2016, p.8) que os problemas que acompanha o dependente são apresentados por alterações comportamentais, prejudicando o indivíduo na sua saúde e nas atividades diárias.

Outro ponto de grande relevância é como os participantes eram vistos pelas pessoas antes de frequentarem o grupo de AA a “insegurança” foi apontado por 03 dos 18. Afirmam que quando bebiam “mudavam o comportamento”, se “transformava”, que devido essa alteração na sua conduta e personalidade as pessoas sentiam medo.

*“É como eu falei, tinha muita gente que tinha até medo de mim, tem muita gente quando me via de longe que via quando eu tava bebendo tinha medo, eu acredito que tinha porque eu não era a mesma pessoa eu sempre tomava a dor dos outros [...] eu entrava em confusão às vezes sem nem saber o que era, mas devido esta bebendo tomava a briga do outro o pessoal dizia tu gosta de tomar partido dos outros, o pessoal comentava muito isso” (A-12; 54 anos).*

*“Mudava o comportamento, a personalidade quando você bebe você é uma pessoa completamente diferente do que você é. Minha esposa*



Artigo

*sempre dizia assim, quando tu bebe, tu fala (sic) com todo mundo, se agarrado com todo mundo, beija todo mundo e fala com todo mundo agrada todo mundo é uma pessoa bem diferente quando tu ta bom tu não fala com ninguém quase, ninguém presta para tu, porque isso aí era consequência do alcoolismo [...]* (A-13; 53 anos).

*[...] porque eu mudava de feição, mudava de fala, porque eu toda vida foi assim um pouco meio “tato” né! E aí era que eu ficava quando eu estava bebendo quase que eu não falava nada gaguejando”* (A-15; 66 anos).

Conforme Camatta, Tocantins e Shneider (2016) a convivência com um familiar doente pode gerar o sentimento como a “insegurança” e medo diante da patologia, ao mesmo tempo em que inquietação em saber lidar com esse dependente devido às mudanças de comportamento. Pois se cria uma barreira de preconceito para com esse mal social, o alcoolismo. Contudo a insegurança por parte dos familiares e pessoas próximas a esse doente alcoólico é muito grande.

Outras percepções que ocorrem no estado de embriaguez são “desfaçatez” no indivíduo alcoólatra. É comum das pessoas antes de reconhecerem o alcoolismo como uma doença, referir-se como sem-vergonhice ou até mesmo “safadeza”. Assim, 02 participantes declararam que acredita que as pessoas viam o fato deles beberem como “desfaçatez” não como um dependente alcoólico.

*“Eu acredito que me via de uma maneira muito [...] Eu não sei nem te dizer assim, uns sente pena né! fica triste, por ta naquela situação, outros acham que é safadeza, enfim é (sic) essas coisas, um pensa de um jeito, outro pensa de outro, mas pouco sabe do conhecimento da doença do alcoolismo”* (A-8; 39 anos).

*“[...] a pessoa quando tomar o primeiro gole já se transforma aí quando toma mais e mais já ta na fisionomia você já é outra pessoa totalmente diferente [...] me chamavam de louco que eu não tinha juízo, que eu era um sem vergonha entendeu, eu vim descobrir que era doença em alcoólicos anônimos”* (A-16; 45 anos)

Um estudo divulgado pelo Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA) alerta que há um incentivo para o indivíduo beber, pois é através de propagandas na mídia,



## Artigo

que promovem o consumo da bebida alcoólica como meio de socialização, tendo em vista que todas as datas festivas são regadas por essa substância e visto como algo normal, podendo trazer conseqüências graves para aqueles que bebem de forma descontrolada. Da mesma forma Pinho *et al* (2017) enfatiza que as campanhas publicitárias em torno do álcool são criativas transmitindo aos indivíduos uma ideia de estarem bem. Assim o sofrimento do alcoólatra é visto pelas pessoas como desfaçatez (SANTOS, 2018). O dependente alcoólatra torna-se, portanto vítima e é titulado como sem-vergonhice o fato deste ser portador de uma doença crônica, física, psíquica e social.

Contudo, foi perguntado aos participantes de que maneira as pessoas percebiam-nos depois que estes pararam de beber. Porém após terem parado de beber tornaram-se “outra pessoas” totalmente diferente, mais responsável e hoje “andam de cabeça erguida na rua” reconquistaram a confiança e respeito dos seus familiares, amigos e sociedade.

Assim, 14 dos 18 sujeitos que compõe a coleta, os consideram “motivados” na recuperação do alcoolismo, como pode ser visto abaixo.

*“Olha, eu acredito que as pessoas percebem uma pessoa diferente, uma pessoa de futuro, uma pessoa que tem perspectiva de vida, uma pessoa responsável, uma pessoa que possa confiar” (A-5; 52 anos).*

*“Hoje acredito que diferente muito diferente porque já chegou uma oportunidade de vizinho meu, uma senhora que mora de frente lá de casa e chegar para me e me chamar e falar isso né! mas (fulano) eu tinha muita pena de você, via todos os dias você chegando embriagado e hoje eu vejo a felicidade você perto da sua família, vai levar seus filhos na escola né! você ta uma pessoa muito mudada eu já escutei umas duas ou três vezes vizinhos chegar para mim e falar isso, então eu vejo que a visão que eles têm hoje é completamente diferente daquela visão de quando eu estava no mundo do alcoolismo” (A-11; 46 anos).*

O CISA destaca que o tratamento de dependentes do álcool é um percurso interrompido e brando, que pode acontecer recaída durante o processo, mas para garantir bons resultados é preciso que o paciente mantenha-se “motivado” e determinado para com a recuperação. É sabido que o tratamento de qualquer dependência só é bem sucedido, quando o doente está determinado a se recuperar, não se tratar alguém que não que ser tratado. Entretanto, é importante o inventivo de familiares e amigos para apoiar e motivar as dificuldades no processo de recuperação.



**Artigo**

Assim os grupos de Alcoólicos Anônimos têm influenciado nesse processo de recuperação e os seus membros veem a irmandade como uma forma de serem inseridos na sociedade. Assim sendo, 04 dos participantes relatam na suas falas que depois que pararam de beber passaram a ser vistos e “aceitos socialmente” como pessoas, que antes eram excluídos das comemorações devido o fato de sempre ficarem embriagados e hoje são bem recebidos nos lugares, e que os amigos ficam felizes pelo fato de estarem sóbrios.

*“Hoje elas ficam felizes junto comigo [...] por está me segurando e a cada dia, a cada 24 horas e quando chega à noite quando vou me deitar, essas 24 horas eu venci e agradeço ao Poder Superior porque esse milagre vem se repetindo na minha vida, esse bem-estar que está na minha vida hoje [...] Eu deixei porque eu estava bebendo desesperadamente, bebendo sem controle, e hoje vou para os cantos como acabei de dizer, vou não bebo me seguro e não vou dizer que nunca mais eu bebo, mas a cada dia vou pedindo ao Poder Superior para não beber, né!” (A-4; 50 anos).*

*“Agora, como eu parei de beber, sou convidado varias vezes para eventos, festas inclusive eu tinha anseio mesmo na minha bebedeira aquela vontade de um dia de entrar no meio social e hoje eu ate entrei nesse meio social eu sei que as pessoas me ver com uma pessoa da sociedade hoje” (A-9; 47 anos).*

O alcoolismo tem um grande impacto nos projetos de vida do etilista, para uma reinserção social é necessário trabalhar a autoestima, tendo a família e os grupos de ajuda mútua como suporte no processo de recuperação e na manutenção da sobriedade (VILELA, 2015). À medida que, o alcoólatra começa a mudar seu estilo de vida, as pessoas, ao perceberem essas mudanças passa a inseri-lo ao seu meio social, isso acontece devido à decisão desses alcoólatras em recuperação em reformular hábitos saudáveis para si e seus familiares.

De acordo com a interpretação dos dados, composto pelo instrumento de pesquisa, obtiveram-se os seguintes resultados com relação à vida profissional dos participantes antes e depois de frequentarem o grupo de Alcoólicos Anônimos, como pode ser observado no quadro abaixo.





## Artigo

Categoria	RELAÇÃO NO TRABALHO	
Subcategoria	Antes do AA	Depois do AA
	Funcionário indesejado	Funcionário desejado
	Funcionário aceito	

Sobre a relação no trabalho antes dos participantes ingressarem no grupo de AA, eles se referem como “irresponsável”. Assim dos 18 entrevistados, 16 a maioria dos relatos, se diz um “funcionário indesejado”, estes admitem que “bebiam no trabalho”, quando muitas vezes chegavam para trabalhar “embriagados”. Que quando bebiam não conseguiam arrumar emprego, pois ninguém queria contratar uma pessoa que “bebe” e “fedendo a cachaça” e não transmitia confiança, por saberem que bebiam.

*“Não tinha relação no trabalho quando eu bebia não trabalhava [...] Assim eu trabalhava para mim mesmo, mas aí é comprometido o trabalho, saia para resolver uma coisa começa a tomar uma, já deixava o trabalho para lá, trabalho num [...] O foco de quem bebe você é uma obsessão mental sei lá como é aquilo ali que, você não [...] Perde todo o... Você começando a beber não resolve mais nada” (A-10; 47 anos).*

*“A relação no trabalho era sempre de confusão, na realidade era sempre de confusão principalmente com o patrão que era meu irmão, eu chegava, e assim que eu chegava no trabalho já vinha com advertência, mas rapaz ontem você faltou já chegou nessa situação fedendo a cachaça, como você vai trabalhar em máquina desse jeito, então era a convivência no trabalho não existia, uma convivência legal sempre vinha aquelas advertências eu me aborrecia abandonava o trabalho e voltava para bebida[...]Bebia durante o horário de trabalho, muitas vezes chegava embriagado ele me mandava de voltar para casa, vai para casa você não tem condições de trabalhar[...] Não existe mais convivência eu já tinha abandonado até o trabalho” (A-11; 46 anos).*

O alcoolismo além de acometer danos a família e a saúde do indivíduo alcoolista, está presente e também interfere na vida profissional, ocasionando baixa produção, absenteísmo e tem uma grande possibilidade de acontecer acidentes de trabalho (CISA) & (HAMAMURA; BERTINETTI e LOUREIRO, 2016). Assim devido a falta de compromisso com o trabalho a que foram contratados para realizar, por causa do uso descontrolado do álcool, os empregadores acabam arrumando formas de se livrar do



Artigo

funcionário indesejado (SCHEER *et al*, 2016) & (ARENAS; PICCININI, 2017). No entanto os empregadores não podem demitir os funcionários indesejados antes que estes sejam encaminhados para se submeter a um tratamento adequado.

Da mesma forma, dos 18 entrevistados 03 relataram que tinham uma relação favorável no trabalho eram “funcionário aceito” antes de serem membros de AA, que o fato destes beberem não interferia nas relações profissionais que mesmo trabalhando de ressaca não deixava a bebida impedir o seu desempenho no trabalho.

*“O ambiente que eu trabalho até hoje ainda contém muita bebida alcoólica, ai eu me sentia no meu ambiente de trabalho muito bem, porquê? Porque eu tava bebendo no meu ambiente de trabalho o único que não bebia é o menino que me levou a mensagem o restante ‘tudim’(sic) bebia ai eu me sentia no melhor lugar do mundo, para um alcoólatra aonde tem bebida é o melhor lugar do mundo. Porque tinha bebida no meu trabalho aí não tinha problema era uma coisa normal” (A-02; 45 anos).*

*“Comecei trabalhar com meu patrão, ex-patrão de 91 até 2011 nunca perdi um dia de serviço, ‘mode’ (sic) cachaça, num dava prejuízo de jeito nenhum, graças a Deus (A-3; 47 anos).*

*“Ai, eu quase que não me incomodava tanto no trabalho, porque eu era uma pessoa um pouco disposta, a bebida nunca atrapalhou meu trabalho [...] eu não bebia no horário de trabalho, em casa eu só bebia quando se reunia uma turma, mas eu não fui trazer bebida para casa, eu não trazia bebida para casa eu achava bom beber lá fora [...] eu trabalhei muito pelo sul do país, mas não perdia hora por causa da bebida, sempre controlava a bebida pra não, mesmo que trabalhasse com aquela ressaca castigando, mais sempre assumia meu trabalho” (A-15; 66 anos).*

Pode-se considerar um funcionário aceitável de acordo com Alvarenga et al (2017), quando este tem um bom desempenho e produtividade nas suas funções. Para ser um bom funcionário é preciso ter postura no ambiente de trabalho, ser proativo e ter flexibilidade, ou seja, está disposto a acompanhar o ritmo da empresa, ter ética profissional e saber trabalhar em equipe.

Acerca, das relações no trabalho depois que passaram a frequentar o grupo de AA, os 18 entrevistados relatam que esta “totalmente diferente”, falam que adquiriram o



Artigo

respeito e confiança dos padrões e no ambiente de trabalho, alguns relatam que agora são autônomos, tendo seu próprio negócio.

*“Hoje sou totalmente diferente, hoje eu sou autônomo tenho responsabilidade, os clientes ligam para mim, querendo meus serviços, porque eu procuro cumprir com minhas responsabilidades, fazer o serviço bem feito, não só pelo dinheiro, mas sim por responsabilidade. Antes o pessoal não queria me contratar de maneira nem uma, irresponsável, fedendo a cachaça, quem quer? Quem vai confiar? Perde a confiança” (A-6; 39 anos).*

*“Hoje nada disso acontece mais, hoje eu não trabalho mais com ele (pai) o comércio é meu mesmo, No momento eu não tenho funcionário é eu só para resolver tudo quase, ele só vai lá de manhã para passar um pedaço enquanto eu saio para resolver umas coisas e depois eu volto e ele não vem mais e tá sendo bom para mim, graças a Deus só to conseguindo tudo isso porque to sóbrio sem bebida” (A-8; 39 anos).*

*“Hoje graças a Deus voltei a ter minha confiança principalmente nesse lado profissional que eu tomo conta, eu quem tomo conta da turma lá, pra você vê mudança hoje eu tenho condições de tomar conta da turma passar os trabalhos receber mercadoria, então agradeço muito a irmandade de alcoólicos anônimos, hoje eu gerencio tudo e tomo conta da turma, antes não tinha condições nem de chegar perto da máquina por causa do álcool” (A-11; 46 anos).*

Desse modo, é citado por Martins e Oliveira (2017) que é responsabilidade do funcionário ou trabalhador se especializar para obter melhor condição salarial, assim tornar-se um “funcionário desejado” e qualificado para o mercado de trabalho. A finalidade do trabalho para o ser humano é fazer com que ele se torne digno e se sinta realizados na área profissional e familiar. Para o alcoólatra que busca a reformulação de vida e tem o desejo de mudança, o resgate do trabalho é de fundamental importância para sua recuperação, pois desta forma eles resgatam o respeito dos familiares, amigos e no ambiente de trabalho, pois hoje são vistos como provedores e competentes assim hábitos a gerenciar seus lares que antes não o faziam devido a estarem adoecidos. Quando estes vêm resultados no tratamento os deixam mais confiantes e motivados a prosseguir com a sobriedade, que esta é conseguida através da abstinência total do álcool.



**Artigo**

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Percebe-se nitidamente o quanto a qualidade de vida dos dependentes de álcool evoluiu depois do acompanhamento aos Grupos Alcoólicos Anônimos, uma vez que cessaram os conflitos e desvalorização com a família e sociedade, passando a construir rotinas de equilíbrio, segurança, reconhecimento e produtividade. Assim, sugere-se maior apoio aos Grupos Alcoólicos Anônimos, tendo em vista os benefícios que estes oferecem para a vida dos dependentes em recuperação e para a sociedade.

**REFERÊNCIAS**

ABREU, Jussara Caixeta. Alcoolismo e os danos causados no indivíduo, na família e na sociedade. 2015.

**ALCOÓLICOS Anônimos** . 4ª. ed. São Paulo: JUNAAB, [Setembro/2015]. 219 p.

**ALCÓOLICOS Anônimos atinge a maioria**. Uma breve história de A. A.. São Paulo: JUNAAB, 2015. 318 p.

ANDRADE, Camila Moreira de et al. O impacto do uso abusivo do álcool em idosos e suas repercussões no contexto familiar. 2018.

ANDRADE, Laerson da Silva et al. PROGRAMA DE ATENÇÃO AO ALCOOLISTA: 30 ANOS DE ENSINO-ASSISTÊNCIA, PESQUISA E EXTENSÃO. **Revista Guará**, v. 5, n. 8, 2018.

BARBOSA, Maisa Damaso. Um olhar clínico diante do alcoolista: a fenomenologia existencial e suas contribuições. **Revista Sítio Novo**, v. 1, p. 158-167, 2017.

BARBOSA, Mônica Sena; DA SILVA, Marielena Reimão; NETO, Melchisedech CS. GRUPO DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS: MOTIVAÇÃO DOS PARTICIPANTES NO PROCESSO DE TRATAMENTO. 2018.



**Artigo**

BAUER, Martin W; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Editora Vozes Limitada, 2017. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=AeafCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=%20que+%20C3%A9+pesquisa+qualitativa+&ots=W41gIQeLzu&sig=Uv9G-t4yjwAig7ZgP6HhK10DJo#v=onepage&q=%20que%20C3%A9%20pesquisa%20qualitativa&f=false>. Acesso em: 10 out. 2018

BERNARDINO, Adriana Vasconcelos et al. A Inserção da família na recuperação do usuário de álcool. **Revista Fluminense de Extensão Universitária**, v. 6, n. 1/2, p. 41-44, 2016.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2013/06\\_jun\\_14\\_publicada\\_resolucao.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html). Acesso em: 09 jun. 2018.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004; p.24 disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf). Acesso em: 13 de out. 2018

BRASIL. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social**. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília. SENAD. 2012. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0Bzo2eNae-4H6MkZwaGdBaV90Y1E/view>. Acesso em: 13 out. 2018.

CALDAS, Marcus Túlio. **O tratamento do alcoolismo no Brasil: 2ª parte**. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/5731/5731.Pdf>. Acesso em: 01 out. 2018.

CAMATTA, Marcio Wagner; TOCANTINS, Florence Romijn; SCHNEIDER, Jacó Fernando. Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: Expectativas de



**Artigo**

familiares. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, RJ. Vol. 20, n. 2 (abr./jun. 2016), p. 281-288, 2016.

CARVALHO, Jamile Santos et al. **Principais impactos do alcoolismo dentro de um contexto social e familiar na cidade de Paripiranga-BA**. 2014.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL. **Álcool e Trabalho**. Disponível em: <http://www.cisa.org.br/artigo/467/alcool-trabalho.php>. Acesso em: 29 abr. 2019.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL. **O que é o alcoolismo?** 2014. Disponível em: <http://www.cisa.org.br/artigo/4010/-que-alcoolismo.php> . Acesso em: 15 maio 2018.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL. **Prevenções de recaídas**. Disponível em: <http://www.cisa.org.br/artigo/6523/prevencao-recaidas.php>. Acesso em: 28 abr. 2019.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL. **O impacto da publicidade de bebidas alcoólicas sobre o consumo entre jovens: revisão da literatura internacional**. Disponível em: <http://www.cisa.org.br/artigo/418/-impacto-publicidade-bebidas-alcoolicas-sobre-consumo.php>. Acesso em: 28 abr. 2019.

COUTO, Maria Elizabete Souza. **A elaboração da entrevista na pesquisa em educação**. Disponível em: <http://nead.uesc.br/arquivos/pedagogia/seminario-integrador3/ENTREVISTA-NA-PESQUISA-EM-EDUCACAO.pdf>. Acesso em: 23 out. 2018.

DA SILVA MENDES, Jucimara et al. Significado do tratamento hospitalar de desintoxicação para pessoas com alcoolismo: retomando a vida. **Cogitare Enferm**, v. 23, n. 2, p. e53410, 2018.

DA SILVA, Meire Luci; FERREIRA GUIMARÃES, Camila; BERNARDONI SALLES, Daiane. Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 6, 2014.



**Artigo**

DA SILVA, Volnei Xavier; LUZ, Heloísa Helena Venturi. As implicações do alcoolismo na vida social e familiar do indivíduo dependente. 2016.

DAMACENA, Daniele et al. ATUAÇÃO DE UNIVERSITÁRIOS NO CAPS-AD: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. **Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management**, v. 10, n. 3, 2015.

DE OLIVEIRA, Michele Mandagará et al. Consequências relacionadas ao consumo de crack entre mulheres e motivações para o abandono da droga. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 10, n. 3, p. 119-125, 2014.

DE SOUZA, Mayra Silva; BAPTISTA, Makilim Nunes. Associações entre suporte familiar e saúde mental. **Psicologia Argumento**, v. 26, n. 54, p. 207-215, 2017.

DOS SANTOS ARENAS, Marlene Valerio; PICCININI, Valmíria Carolina. Assédio Moral nas Relações de Trabalho e a Legislação Vigente. **Revista de Administração e Negócios da Amazônia**, v. 4, n. 2, p. 108-121, 2017.

DOZE perguntas: Como saber se alguém é alcoólico?. **Revista Brasileira de Alcoólicos Anônimos**, São Paulo, n. 2, p. 64, mar. 2016.

DUARTE, Cláudio. **O consumo do álcool e a saúde mental**. 2016. Disponível em: <http://www.hospitalsantamonica.com.br/o-consumo-do-alcool-e-a-saude-mental/>. Acesso em: 12 out. 2018.

FERRI, Cleusa Pinheiro; GALDURÓZ, José Carlos Fernandes. **Critérios diagnósticos: CID-10 e DSM**. Eixo Políticas e Fundamentos. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094920-001.pdf>. Acesso em 01 out. 2018.

FUNDAÇÃO PARA UM MUNDO SEM DROGAS. **A verdade sobre o álcool**. Disponível em: <https://www.mundosemdrogas.org.br/drugfacts/alcohol/short-term-long-term-effects.html>. Acesso em: 13 out. 2018.



**Artigo**

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Plageder, 2009.

HAMAMURA, Hélio Yassuo; BERTINETTI, Mônica Picolo; LOUREIRO, Maria Helena de Figueiredo. Alcoolismo, um Desafio para as Organizações. **Nativa-Revista de Ciências Sociais do Norte de Mato Grosso**, v. 5, n. 1, 2016.

HECKMANN, Wolfgang; SILVEIRA, Camila Magalhães. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. **Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. Barueri (SP): Minha Editora**, p. 67-87, 2009.

JUNTA DE SERVIÇOS GERAIS DE A.A DO BRASIL. **Você deve procurar o A.A.** disponível em: <http://www.aa.org.br/index.php/a-a-e-para-voce>. Acesso em: 23 out. 2018.

LIBÓRIO, Luiz Alencar. A harmonia familiar.

LIMA-RODRÍGUEZ, Joaquín Salvador et al. Resposta da pessoa doente alcoólatra frente à sua doença: perspectivas de pacientes e familiares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, 2015.

LIMA-RODRÍGUEZ, Joaquín Salvador et al. Resposta da pessoa doente alcoólatra frente à sua doença: perspectivas de pacientes e familiares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1165-1172, 2015.

LOPES, Ana Filipa Heleno Pereira. **Implicações do alcoolismo na dinâmica familiar**. 2016. Dissertação de Mestrado.

LOPES, Ana Patrícia Araújo Torquato et al. Abuso de bebida alcoólica e sua relação no contexto familiar. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 20, n. 1, p. 22-30, 2015.

MANGUEIRA, Suzana de Oliveira et al. Família disfuncional no contexto do alcoolismo: análise de conceito. 2014.

MASUR, Jandira. **O que é alcoolismo**. Brasiliense, 2017.





**Artigo**

MESSAS, Guilherme Peres; FILHOB, Homero Pinto Vallada. O papel da genética na dependência do álcool The role of genetics in alcohol dependence. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26, n. Supl I, p. 54-58, 2004. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&q=+MESSAS%2C+Guilherme+Peres%3B+VALLADA+FILHO%2C+Homero+Pinto.+O+papel+da+gen%3%A9tica+na+depend%3%Aancia+do+%3%A1lcool.+&btnG=](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=+MESSAS%2C+Guilherme+Peres%3B+VALLADA+FILHO%2C+Homero+Pinto.+O+papel+da+gen%3%A9tica+na+depend%3%Aancia+do+%3%A1lcool.+&btnG=). Acesso em: 12 Out. 2018.

NASCIMENTO, LTR do et al. Relacionamento entre familiar e usuário de álcool em tratamento em um centro de atenção psicossocial especializado. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 834-841, 2015.

NASCIMENTO, Miria Renata Aparecida Oliveira et al. Análise acerca da demissão por justa causa decorrente da embriaguez no trabalho. **Direito-Tubarão**, 2018.

NASCIMENTO, Vagner Ferreira do et al. Percepción de las mujeres en situación de dependencia química dentro de Mato Grosso, Brasil. 2017.

O QUE É ALCOOLISMO? Disponível em: <http://www.cisa.org.br/artigo/4010/-que-alcoolismo.php>. Acesso em 01 out. 2018.

OS DOZE passos e as doze tradições. **São Paulo: JUNAAB, 2016. 173 p.**

PADRÕES de consumo do álcool. 29 maio 2014. Disponível em: <http://www.cisa.org.br/artigo/4405/padroes-consumo-alcool.php>. Acesso em: 12 abr. 2019.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RODRIGUES, Giovana; KRINDGES, Cris Aline. Consequências psicossociais atreladas ao consumo precoce de bebida alcoólica. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 9, n. 2, p. 61-76, 2017.



**Artigo**

SANTOS SANTANA, Vitor; GUEDES GONDIM, Sônia Maria. Regulação emocional, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo. **Estudos de Psicologia**, v. 21, n. 1, 2016.

SANTOS, Marcelo Augusto Finazzi. Trabalho corrompido, dignidade violada: histórias de vida de mulheres assediadas sexualmente em uma organização bancária. 2018.p.301

SCHEER, Micaele Irene et al. Vestígios de um ofício: o setor calçadista e as experiências de seus trabalhadores na cidade de Pelotas (1940-2014). 2014.

SILVA, Ravena Melo Ribeiro da. Características e fatores associados a problemas de alcoolismo ou uso de drogas ilícitas com pacientes em um serviço de atenção psicossocial. 2016.

SULZBACHER, Tieli Costa. Alcoolismo. 2017.

VALENTIM, Olga Sousa; SANTOS Célia; RIBEIRO, José Pais. **Grupos de auto-ajuda:** a percepção de gravidade do Alcoolismo, da saúde física e mental. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0174>. Acesso em: 10 out. 2018.

VARELLA, Drauzio. **Drogas licitas e ilícitas:** tratamento do alcoolismo. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/drogas-licitas-e-ilicitas/tratamento-do-alcoolismo/>. Acesso em: 01 out. 2018.

VASCONCELOS, Rosana Maria Assunção de. Alcoolismo: plano de ação na Atenção Básica em Saúde. 2016.

VEIGA, Carolina; CANTORANI, José Roberto Herrera; VARGAS, Leandro Martinez. Qualidade de vida e alcoolismo: um estudo em acadêmicos de licenciatura em educação física. **Conexões**, v. 14, n. 1, p. 20-34, 2016.

VILELA, Janaína Soares et al. Influência do alcoolismo nos projetos de vida dos dependentes. **Oikos: Família e Sociedade em Debate**, v. 26, n. 1, p. 18-45, 2015.

VOCÊ DEVE PROCURAR O AA?. [2015/2016]. Disponível em: <https://www.aa.org.br/a-a-e-para-voce>. Acesso em: 12 out. 2018.



**Artigo**

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2016. **Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization.** Disponível em: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_lexicon/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/). Acesso em: 15 maio 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Statistics 2016.** Suíça: Genebra, 2016. Disponível em: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2016/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/). Acesso em: 13 de outubro de 2018.

YIN, Robert K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim.** Penso Editora, 2016.



Artigo

**CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DA SAÚDE ACERCA DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL À POPULAÇÃO LGBT E SUA ABORDAGEM CLÍNICA COMO FUTUROS PROFISSIONAIS**

**KNOWLEDGE OF HEALTH STUDENTS ABOUT THE NATIONAL HEALTH POLICY INTEGRAL TO LGBT POPULATION AND ITS CLINICAL APPROACH AS FUTURE PROFESSIONALS**

José da Silva Tavares<sup>1</sup>  
Aristeia Candeia de Melo<sup>2</sup>  
Sheila da Costa Rodrigues silva<sup>3</sup>  
Ana Paula Dantas da Silva Paulo<sup>4</sup>

**RESUMO:** No Brasil, as políticas públicas de saúde voltadas a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros é uma iniciativa para a construção de maior equidade no Sistema Único de Saúde(SUS), surgiu a partir de um processo de edificação da democracia brasileira, com objetivo de ampliar o acesso a ações e serviços de qualidade. Aponta como marco importante o reconhecimento da necessidades, diversidades e complexidade de saúde dessa população antes referenciada a Aids. O presente estudo teve como objetivo avaliar o nível de conhecimento dos estudantes da área da saúde das Faculdades Integradas de Patos-FIP acerca da Política Nacional de Saúde Integral a população LGBT e sua abordagem clinica como futuros profissionais. É uma de pesquisa de campo, quanti-qualitativa. Participaram 202 estudantes maiores de 18 anos, pertencentes a instituição de ensino superior dos cursos da saúde. Pode se considerar que existe uma carência de conhecimento quando trata de assuntos relacionados à saúde da população LGBT. Constatou-se que há um longo caminho a ser percorrido para que de

<sup>1</sup> Graduando do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos- FIP.

<sup>2</sup> Médica veterinária. Docente das Faculdades Integradas de Patos. Mestre em Gestão Educacional pela Universidade de Lisboa. E-mail: aristeiacandeia@gmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira. Docente das Faculdades Integradas de Patos. Mestre em Saúde Coletiva pela universidade Católica de Santos. Doutoranda em Pesquisa em Cirurgia pela FCMSCSP.

<sup>4</sup> Doutoranda em cirurgia pela Faculdade Santa Casa da Misericórdia em São Paulo, Especialista em Auditoria em Saúde. Docente Titular Disciplina de Clínica Médica nas Faculdades Integradas de Patos.



**Artigo**

fato seja assegurado o direito humano de saúde desse grupo populacional, sobre tudo o preconceito e a discriminação, a face das LGBTfobias e o desconhecimento dos estudantes e profissionais quanto as especificidades desse grupo.

**Palavras- Chaves:** LGBT. Políticas Públicas de Saúde. Sexualidade.

**ABSTRACT:** In Brazil, public health policies aimed at the lesbian, gay, bisexual, transvestite, transsexual and transgender population is an initiative to build greater equity in the Brazilian Unified Health System (SUS), arising from a process of Brazilian democracy, in order to increase access to quality actions and services. It points out as an important landmark the recognition of the needs, diversities and health complexity of this population previously referred to AIDS. The present study had as objective to evaluate the level of knowledge of the students of the health area of the Faculdades Integradas de Patos-FIP about the National Policy of Integral Health the LGBT population and its clinical approach as future professionals. It is one of field research, quanti-qualitative. A total of 202 students aged 18 years and older belonging to the higher education institution of the health courses participated. It may be considered that there is a lack of knowledge when it comes to issues related to the health of the LGBT population. It was found that there is a long way to go in order to ensure the human right of health of this population group, above all prejudice and discrimination, the face of LGBTfobias and the lack of knowledge of students and professionals regarding the specificities of this group .

**Keywords:** LGBT. Public Health Policies. Sexuality.

## INTRODUÇÃO

A política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais é um documento norteador e legitimador das especificidades de saúde da população LGBT. Foi aprovada no conselho nacional de saúde em 2009 e instituída no âmbito do sistema único de saúde (SUS) através da portaria nº 2.836, de 1 dezembro de 2011, durante a 14<sup>o</sup> Conferência de Saúde. O principal objetivo desta política é promover a saúde integral LGBT eliminando a discriminação e o preconceito institucional



CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DA SAÚDE ACERCA DA POLITICA NACIONAL  
DE SAÚDE INTEGRAL À POPULAÇÃO LGBT E SUA ABORDAGEM CLINICA COMO  
FUTUROS PROFISSIONAIS

Páginas 178 a 197

**Artigo**

contribuindo para a redução da desigualdade, respeitando-se suas especificidades de gênero, raça/etnia, geração, orientação e práticas afetivas e sexuais para consolidação do SUS como um sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2012).

Essa política pública de saúde voltada a população LGBT vem sendo desenvolvida recentemente no Brasil, com intuito de proporcionar o acesso ao direito usualmente negado. Surgem a partir de um processo de edificação da democracia brasileira, no final dos anos 70, construída em vários movimentos em defesa deste grupos historicamente excluídos. Apresenta-se como um marco importante o reconhecimento das necessidades, diversidade e complexidade de saúde dessa população antes referenciadas a epidemia de Aids (POPADIUK et al., 2016).

No entanto, é adequado destacar que essa política de saúde foi construída e estimulada de forma compartilhada com movimentos sócias. Fato este trouxe mais complexidade a esta questão mesmo com todos os avanços da saúde, a ausência do marco regulatório no legislativo federal, o preconceito nos serviços de saúde, a invisibilidade entres os profissionais, ocultaram ainda mais essa população, fazem dos seus espaços para promover saúde, incapazes de atender as reais necessidades (LOURENTINO,2015).

A situação de vulnerabilidade da população LGBT evidenciadas pelo não cumprimento dos seus direitos à cidadania, incluindo ao acesso aos serviços públicos de saúde, fazem surgir questões sobre a formação e atendimento a essa população no SUS. Revela a importância de ampliar esse atendimento desmistificando uma concepção reducionista de que o população LGBT só procura o serviço para atendimento da Aids ou outras doenças sexualmente transmissível - IST, buscando deste forma uma nova abordagem no atendimento. Torna-se fundamental um novo tipo de profissional, humanizado e capaz de compreender os aspectos relacionados a diversidade. Ressalta-se a importância de orientação curriculares específicas na formação acadêmica para que possam atender às necessidades de saúde em suas práticas profissionais, contribuindo substancialmente para a melhoria e qualidade do acesso ao serviços de saúde (FREITAS, 2016).

Embora recentemente lançada em alguns estados observa-se que há um longo caminho a ser percorrido para assegurar o direito humano de saúde, sobre tudo em face a LGBTfobia institucional e o desconhecimento dos/as profissionais quanto as especificidade desse grupo (FEITOSA, 2016). Nesse sentido, esse estudo justifica-se pela importância e necessidade de avaliar o nível de conhecimento dos estudantes da área de saúde das Faculdades Integradas de Patos - FIP acerca da Política Nacional de Saúde



## Artigo

Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais , Travestis e transgêneros , afim de que tenham mais proximidade e conhecimento a essa política pública de saúde enquanto estudantes e futuros profissionais, possam responder as necessidades de saúde da população LGBT, modificando a assistência prestada para a qualificação e melhoria dos serviços, baseando-se nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, esta pesquisa tem como objetivo Identificar qual o conhecimento dos estudantes dos cursos das áreas de saúde das Faculdades Integradas de Patos acerca da Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e sua abordagem clínica como futuros profissionais. Acredita-se ainda que este material venha contribuir direto ou indiretamente na formação dos profissionais da saúde e da população como um todo. Servindo ainda como base teórica e de desenvolvimento da efetivação dessa política.

### **Avanços e desafios da política LGBT nos últimos 14 anos**

Ao se conceituar o histórico da política da população LGBT vale de destacar os principais avanços e desafios encontrados na atualidade. Os avanços estão presentes na esfera Federal, Estadual e Municipal. No âmbito Federal nos últimos 14 anos podemos destacar o Plano Brasil Sem Homofobia, lançado em 2004 pelo Governo Lula, e a I Conferência Nacional LGBT, em 2008. Os instrumentos apresentados ainda deixam a desejar nos que diz respeito a efetivação, apresentados pelo grande número LGBT fobia no Brasil. Outras ações ocorrem pelo risco frente ao cenário político atual que adia há anos discussão de projetos e leis e ou engavetam qualquer iniciativa que for identificado como favoráveis a comunidade LGBT. Já na esfera Estadual e Municipal destacamos a participação em conselhos de saúde para definir estratégias e plano de ação, conduzir processo de pactuações, coordenar e monitorar a implantação das políticas públicas LGBT, cobrar e avaliar a assistência ou falta dela (RIBEIRO, 2017).

Ainda sobre o autor acima, os maiores desafios encontrados pela população LGBT são a garantia ao direito à diferença e o combate à discriminação que estão presente desde a família, escola e saúde pública. Na escola ocorre o primeiro impacto pois ao chegarem se deparam com situações em que são vítimas de olhares preconceituosos, bullying, chacotas e piadas, principalmente as pessoas trans. Motivo pelo qual se explica a evasão escolar e o fechamento de porta para o trabalho formal que acabam por levar pessoas LGBTs- travestis e transexuais em sua maioria a prostituição e à marginalidade. Na saúde pública estão questões relacionadas ao atendimento humanizado, principalmente para



**Artigo**

peessoas transexuais ou em processo de transição, mulheres lésbicas e bissexuais em consultas ginecológicas e a falta de informação que constitui uma barreira de acesso ao serviço de saúde

**Histórico da política LGBT no Brasil**

No Brasil, vem constituindo-se canais de interlocução entre o governo e movimentos da sociedade civil, em decorrência do amadurecimento da democracia, nos quais incluem-se os grupos sociais historicamente excluídos como população negra, do campo e da floresta e grupos que surgem no processo de significação da cidadania como o grupo LGBT, ciganos e outros. Com isso, instituiu-se órgãos como Secretaria Igualdade Racial, de Políticas para mulheres, de Direitos Humanos, uma resposta institucional a plataforma levantada pelo governo. No SUS, a Secretaria de Gestão estratégica e participativa (SGEP) responsável pela promoção da equidade em saúde da população socialmente vulnerável (BRASIL, 2013).

Em 1988, a Constituição Federal foi promulgada, garantindo a cidadania e a dignidade da pessoa humana (art.1º), e dispor promover o bem estar de todos sem preconceito (art. 3º), além de criar a Sistema Único de Saúde, instituindo a saúde como direito de todos e dever do estado (BRASIL, MS, 2011), vislumbrou-se que política universal e integral protegeriam as todos os cidadãos atendidos, no entanto, o que se viu foi a permanência do atrelamento da população LGBT a política do combate a Aids (LAURENTINO, 2016).

Esse quadro permaneceu durante os anos seguinte até 2002, quando o Governo Federal lança o Programa Nacional de Direitos Humanos, apresentado como um marco inicial relativos a formulação de políticas públicas para LGBT, com cinco ações que contemplavam a “orientação sexual” como dimensão da “garantia do direito à liberdade, opinião e expressão” e dez ações relativas a “garantia da igualdade” de LGBT. No entanto tais ação não chegaram a ser assumida pelos órgãos dos poderes públicos, recaindo mais uma vez a política de Aids e apenas ela (MELLO et al., 2012).

No ano 2003, a área técnica da Saúde da Mulher inclui questões de saúde de lésbicas e mulheres bissexuais, com objetivo de enfretamento as vulnerabilidades desses segmentos, marcado pela invisibilidade no que se refere ao serviços e práticas de promoção a atenção a saúde (PAULINO, 2016).





## Artigo

Em 2004, com a criação do Programa Brasil sem Homofobia- Programa de Combate a Violência e a Discriminação contra LGBT e de promoção à Cidadania Homossexuais, o Governo Brasileiro implementou as temáticas da discriminação por orientação sexual na agenda. Cujo o objetivo é combater todas as formas de preconceito e discriminação, contribuindo para mais visibilidade e elevação do grupo na sociedade. O Ministério da Saúde(MS), firmou compromisso com a saúde de GLTT pela criação de seu Comitê Técnico de Saúde(CTS) com a consolidação da Política Nacional de Saúde Integral para LGBT firmados pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a Universalidade, Equidade e integralidade para essa população (ALMEIDA et al., 2013).

Em 2006, o presidente da república criou a Comissão Nacional Sobre Determinante Sociais de Saúde(CNDSS), seguindo recomendações da OMS, estabelecendo uma comissão global, um ano antes, em março 2005. A CNDSS, inspirado pelo Art. 196 da constituição federal, visando mobilizar a sociedade brasileira e próprio governo de forma mais efetiva para atender e enfrentar as causas sociais da doença e morte que população acometida e reforçar o que é socialmente benéfico para a saúde individual e coletivo (PAULINO, 2016).

Em 2007, durante a 13ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), delibera a inclusão das necessidades e virtude de orientação sexual e identidade de gênero, por meio da implantação de uma política nacional de saúde integral voltada a população LGBT, que contemple a garantia a direito sexual e reprodutivo; respeitando o direito a intimidade e a individualidade; práticas de educação permanente em saúde e revisão de currículo escolar; incentivo à produção de pesquisa científica; inovação tecnológica e compartilhamento dos avanços terapêuticos; dos protocolos de atenção contra a violência; regulação não discriminatória da doação de sangue; modificação dos formulários e nos prontuários e sistema de informação em saúde ( PAULINO, 2016).

Em 2008, ocorre 1ª Conferência Nacional em Brasília, Distrito Federal (DF), caracterizada como um dos marcos da luta do grupo LBGT, possibilitando a elaboração de diretrizes estratégicas políticas públicas voltadas para a garantia da promoção da cidadania e os direitos fundamentais humanos, com base na Constituição Federal de 1988, visando o exercício pleno da cidadania em um estado democrático de direito. Representa um novo momento resguardado pela construção desta política para atender as especificidades de lésbicas, de gays, de bissexuais de travestis e transexuais no diz respeito no processo saúde- doença (ALMEIDA et al, 2013)



## Artigo

Em seguida ocorre a publicação das Portarias GM nº 1707, de 18 de agosto de 2008, que instituiu o processo transexualizador no âmbito da SUS e da Portaria SAS nº 457, de 19 de agosto de 2008 que aprova e regulamentação desse processo no SUS. Construída de forma compartilhada de entre Ministério da saúde e o coletivo LGBT, foi finalizada e encaminhada para a consulta pública, no período de 26 junho a 30 julho de 2008, instalado na ferramenta da consulta do DATA SUS, e publicado no DOU através da portaria no GM nº 1279, de 25 de julho de 2008 (PAULINO, 2016).

Em 2009, A política nacional de saúde do homem é instituída pelo Ministério da Saúde no Sistema Único de Saúde, incluindo as especificidades de homens gay, bissexuais, travestis e transexuais (Portaria 1.944, 2009) e publica a versão do caderno da atenção básica nº 26, saúde sexual e reprodutiva que trata do tema orientação sexual e identidade de gênero com objetivo de preparar as profissionais de saúde para o atendimento da população (BRASIL, MS, 2011).

No mesmo ano foi realizado pelo ministério da saúde ocorre o “I seminário da diversidade de sujeito e igualdade de direitos no SUS”, por meio do Departamento de Apoio a Gestão participativa, com a participação gestores, trabalhadores da saúde, movimentos sociais (população do campo e do floresta, negros, população em situação de rua, população de religião matriz africana e LGBT). Com objetivo de promover diálogos entre os movimentos gestores da saúde, dos direitos humano e da promoção da igualdade racial e representantes dos segmentos federal, estadual e municipais, afim do fortalecimento entre os setores e atores envolvidos construam uma política estratégica que reconheça a diversidade do sujeito, suas necessidades de saúde e a responsabilização compartilhada entre governo e sociedade por ações de promoção a equidade (PAULINO, 2016).

No ano 2010, diversas ações ocorreram como a Portaria nº 233, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão autorizam o uso do nome social para trabalhadores da união travestis e transexuais, medidas utilizadas por diversos estados e municípios, a implantação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos Humanos LGBT, no âmbito da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (MELLO et al., 2012).

Ainda no mesmo ano o ponto alto para a população LGBT foi a divulgação, pelo Ministério da Saúde, da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI LGBT), aprovada em 2009 pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, MS, 2010), porem ainda necessitava de pactuações na CIT e portarias específicas para contemplar a população



**Artigo**

para além da Aids, no cuidado na atenção à saúde, reconhecendo os anos de atraso e as necessidades em diversas frente de saúde para garantia a equidade no SUS (LAURENTINO, 2016).

Já em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT que foi aprovada no conselho nacional de saúde em 2009 é instituída no âmbito do sistema único de saúde (SUS) através da portaria nº 2.836, de 1 dezembro, durante a 14ª Conferência de Saúde, fundamentada a partir dos esforços das três esferas de governos e da sociedade civil organizados para promoção, atenção e no cuidado em saúde, visando a redução da desigualdade por orientação sexual e identidade de gênero, para o combate a discriminação nas instituições e serviço do Sistema Único de Saúde(SUS). É constituída por um conjunto de princípios éticos e políticos marcados para o reconhecimento dos efeitos perversos da discriminação e da exclusão sobre a saúde. Seus princípios e diretrizes estão pautados para a promoção da equidade e garantia de SUS universal (BRASIL, 2013).

A institucionalização desta política LGBT é uma resposta de estado brasileiro as necessidades e demanda de saúde dessa população, conforme formuladas por seus representantes em movimentos sociais e representantes parlamentares envolvidos na causa em busca do direito à cidadania para esta grupo de pessoas invisíveis na sociedade, por ser minoritários e alvo de discriminação e injustiça desde os períodos remotos (BRASIL, 2013).

Baseando-se nos levantamentos em referências bibliográficas e nos documentos públicos disponíveis, foram feitos o mapeamento das bases e o desmembramento que possibilitaram, somente em 2010, o lançamento da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Abordada anteriormente, cuja as ações eram voltadas a população LGBT foram por muito tempo relacionada a Aids e a população homossexual visto como disseminadores potenciais do vírus da doença (LAURENTINO, 2016).

Esse período alguns autores caracterizam como contrapartida ao terrorismo e a perda de vida frente as deficiências do tratamento da doença, que possibilitou a emergência da população LGBT como público alvo do estado na visão de sujeito e sujeita do direito, retirando esse segmento social do limbo da marginalidade e da invisibilidade. O estado e os grupos LGBTs tiveram intenso trabalho em conjunto para criação do departamento nacional de DST. Aids e hepatites virais estruturados ao movimentos desde sua origem (FEITOSA, 2016).



**Artigo**

**MATERIAIS E MÉTODOS**

Tratou-se de uma pesquisa de campo, quanti-qualitativa que propôs descrever o conhecimento dos estudantes da saúde das Faculdades Integradas de Patos acerca da Política Nacional de Saúde Integral à População LGBT. Foi realizada nas Faculdades Integradas de Patos – FIP, localizada no município de Patos – PB.

Para a aquisição de subsídios necessários do presente estudo, foi utilizado um instrumento de coleta de dados (ICD). Os questionários foram disponibilizados aos estudantes da saúde das FIP (ESFIP), possuidor de duas(02) partes. A primeira parte permitirá analisar o perfil socioeconômico dos atores sócias/ participantes do estudo e, segunda parte do ICD, permitirá analisar o conhecimento dos estudantes em relação a Política Nacional de Saúde Integral `população LGBT, sendo a mesmas classificadas enquanto fontes primarias. As fontes secundarias derivam de levantamento bibliográfico eletrônicos implementados junto a base de dados informatizados nacionais e internacionais Bireme, Lilacs, Medline e Scilelo, nos recostes históricos entre os anos 2012 a 2017.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista individual, nas salas de aula, junto aos alunos ingressantes nos cursos da área da saúde do 9º e 10º periodos, onde houve explicação acerca da pesquisa, assegurando os esclarecimentos necessários para o adequado consentimento, e de possíveis dúvidas referentes ao questionário. Também foi realizado, antes do início da coleta de dados, a leitura e esclarecimento do Termo de Consentimneto Livre e Esclarecido, deixando livre a decisão dos mesmos (as) em participarem ou não da pesquisa, podendo ainda, desistir em qualquer fase do estudo. Os dados foram coletados entre Fevereiro e Março de 2018.

Os dados coletados foram submetidos a análise estatistica simples e disponibilizados através de graficos ou tabelas, com auxilio de programas como Excel Office 2010, onde serão analisados estatisticamente no perido acima descrito a fundamentado a luz da literatura pesquisada.

A pesquisa foi realizada levando em consideração os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos assegurando total sigilo das informações individuais colhidas, preconizado pela resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde( BRASIL, 2016) e foi aprovada sob CAAE nº 80727417.8.0000.5181 e parecer de número 2.497.527. Vale



## Artigo

destacar que os participantes assinaram o TCLE para participar da pesquisa, após receber as devidas orientações e esclarecimento sobre a pesquisa. A fim de evitar riscos mínimos de constrangimento por parte do entrevistado ao responder algumas perguntas do questionário, buscou-se aplicar o questionário na sala junto aos alunos ingressantes nos cursos da área da saúde do 9º e 10º períodos.

## RESULTADOS E DISCURSSÃO

**Tabela 1-** Perfil socioeconômico dos sujeitos da pesquisa(n=202)

<b>1-Idade</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
18 a 25	130	64
26 a 35	60	30
36 a 45	9	4
46 a 55	1	0
Não respondeu	2	1
<b>2-Genero</b>		
Feminino	161	80
Masculino	41	20
<b>3-Cor</b>		
Branco	89	44
Pardo	107	53
Negro	06	3
<b>4-Estado Civil</b>		
Solteiro	158	78
Casado	43	21
Outros	1	0
<b>5-Possui Filhos</b>		
Sim	42	21
Não	158	78
Não responderam	2	1
<b>6- Curso</b>		
Biomedicina	7	3



## Artigo

Enfermagem	59	29
Fisioterapia	43	21
Nutrição	35	17
Odontologia	40	20
Psicologia	18	9
<b>7- Período</b>		
9º	117	58
10º	85	42
<b>8- Religião</b>		
Católico	161	80
Evangélico	30	15
Espirita	05	2
Não responderam	06	3
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

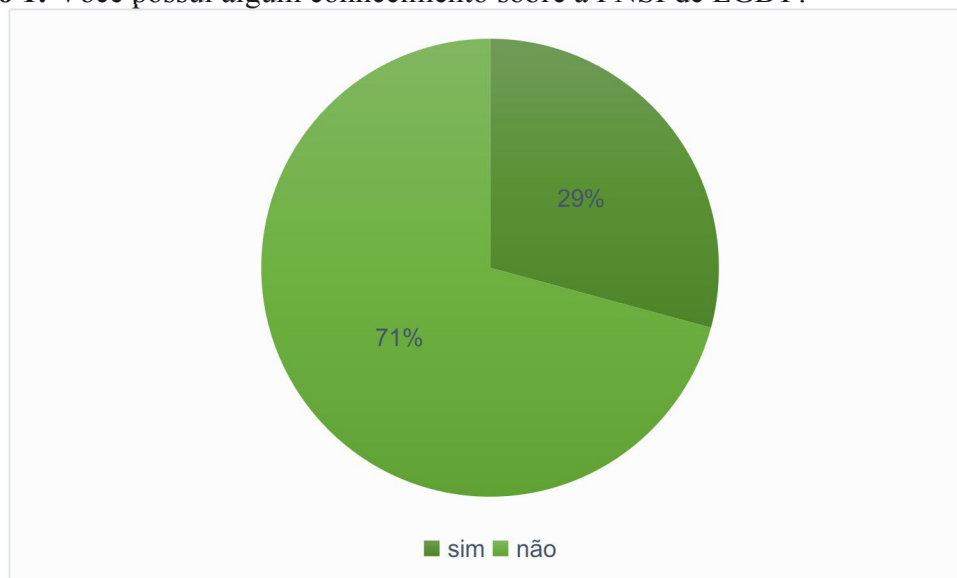
No processo de organização dos dados foi possível verificar que a maior frequência se constituiu de pessoas do gênero feminino 161 (80%), pertencente a faixa etária de 18 a 25 constituindo 130 (64%), de cor parda 197 (53%), estado civil solteiro com 158 (78%), não possui filhos 158 (78%), matriculados no nono semestre de bacharelado em enfermagem 59 (29%) e religião católica com 161(80%), conforme exposto na **Tabela 1**.



## Artigo

### CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

**Gráfico 1:** Você possui algum conhecimento sobre a PNSI de LGBT?



Fonte: Dados da Pesquisa 2018, FIP

No **Gráfico 1**, os dados obtidos mostram que 143 (71%) dos participantes da pesquisa declaram desconhecer a Política Nacional de Saúde Integral LGBT e 59 (29%) declaram conhecer. Porém a qualidade do atendimento a essa população dependem da mudança nas questões culturais do padrão heterossexual que influenciam de modo subjetivo o atendimento, das práticas discriminatória e do preconceito. E incisivamente a necessidade iminente da formação de profissional dos agentes em saúde para ações frente as especificidade da população LGBT (CARDOSO et al, 2012).

No entanto a maioria 34 (57%) dos entrevistados declaram que adquiriram o conhecimento sobre a política na internet, onde na verdade a efetiva implementação desse política dependerá da atuação de um amplo conjunto de atores, que envolve gestores, profissionais da saúde, sociedade civil organizada e a própria academia (FERRAZ et al., 2010).

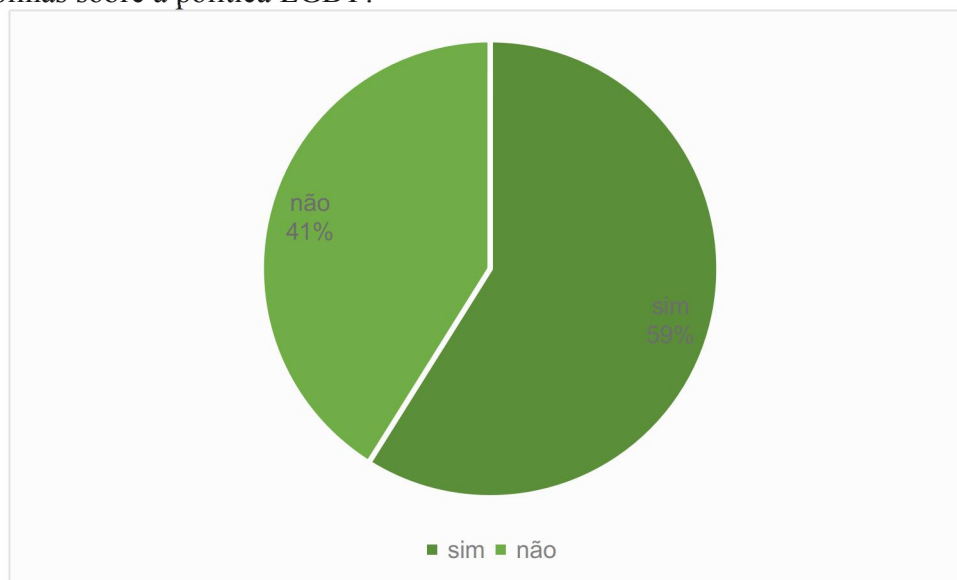
Quando perguntado se na sua formação acadêmica alguma disciplina abordou de forma direta sobre a saúde LGBT ou sexualidade, foram muitos 170 (84 %) que disseram



## Artigo

não ter sido abordada. Para Ceciliano (2015) ainda a muito a ser feito para que possa promover o respeito a diversidade sexual no que se refere à conquista de uma sociedade justa e solidaria em particular pela democracia sexual. As profissões da saúde, seus/suas trabalhadores/as, e os sujeitos- usuários-cidadãos/as de direito devem estar cientes dos seu papel na luta por esse direito. Nesse sentido torna-se uma missão ao se assumirem como profissionais comprometidos com o atendimento da maioria da sociedade, com a formação (graduação) crítico positiva, no que insere a transformação para quebrar paradigmas e superar tabus para a promoção do respeito à diferença.

**Gráfico 2:** Você acha importante para a sua formação acadêmica a inclusão de conteúdos e disciplinas sobre a política LGBT?



Fonte: Dados da Pesquisa 2018, FIP

O **Gráfico 2**, analisou a relação sobre a importância de inclusão de conteúdos sobre a política, foram muitos 119 (59%) os declararam que seria importante, pela necessidade e urgência da propagação dessa política para diminuição do preconceito, a equidade e respeito e, 83 (41%) responderam não ser importante, por que não tem interesse e ser desnecessário. Entretanto muitos dos problemas de saúde e de acesso aos cuidados de saúde apresentados pela população LGBT ainda derivam do preconceito,



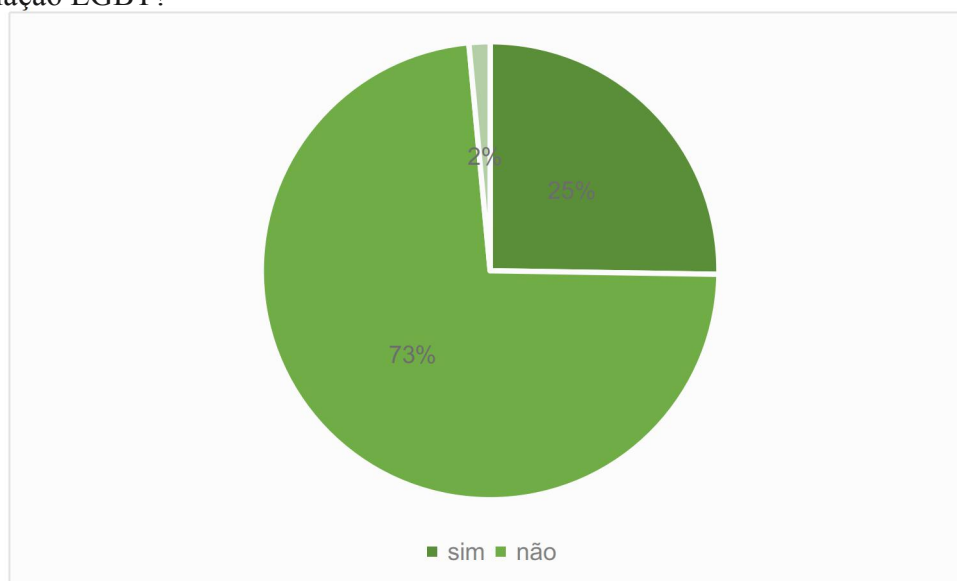


## Artigo

torna-se evidente que a homofobia institucional, discriminação, violência física e verbal contra LGBT, praticadas por órgão ou agente públicos que deveriam juntar forças para atender bem, proteger e defender os cidadãos de uma forma geral, e não agredi-los, mal tratá-los ou violenta-los por falta de preparação para lidar com as especificidade desse grupo populacional (MEIRA, 2011).

Outra questão relevante, é que a maioria 192 (95%) dos entrevistados dizem que na sua formação não receberam capacitação ou participaram de cursos, palestras, simpósio ou seminário sobre a atenção a saúde da população LGBT. Contudo, cabe destacar que as mudanças e transformações dos serviços de saúde para o melhor atendimento desse população dependem da mudança do modo de agir e pensar dos profissionais de saúde.

**Gráfico 3:** Você acha que os serviços de saúde encontra-se preparados para o atendimento à população LGBT?



Fonte: Dados da Pesquisa 2018, FIP

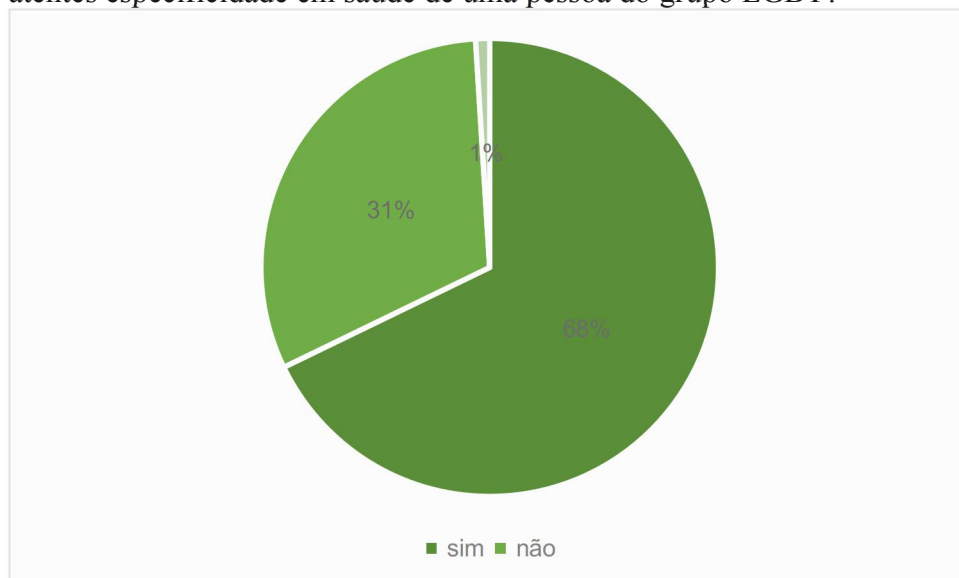
O **Gráfico 3**, analisou a opinião sobre a qualidade dos serviços que são disponibilizados para as pessoas pertencentes ao grupo LGBT, 148(74%) conforme declarado pelos depoentes, encontram-se despreparados para atendimento pois há um mal gerenciamento dos serviços de saúde, profissionais despreparados e o preconceito



## Artigo

mascarado na sociedade e inclusive na saúde e, 51 (25%) declaram que os serviço de saúde estão preparados para o atendimento de qualquer pessoas, pois não há diferença. O despreparo torna-se evidente pois a homossexualidade é historicamente contextualizada com o preconceito e discriminação, inclusive quando se aborda o atendimento no âmbito da saúde pública. Assim o acesso desse população aos serviços de saúde tem sido descrito como injusto e excludente e, conseqüentemente como uma vulnerabilidade do grupo LGBT. (CECILIANO 2015).

**Gráfico 4:** Você enquanto futuro profissional da área de saúde se considera apto para atender especificidade em saúde de uma pessoa do grupo LGBT?



Fonte: Dados da Pesquisa 2018, FIP

O **Gráfico 4**, analisou se os estudantes haviam adquirido conhecimento para atender as especificidades de saúde de uma pessoa LGBT, 137(68%) declaram sentir-se apto, em razão de que independente das escolhas sexuais toda e qualquer pessoa merece respeito e, 63(31%) declaram não sentir-se apto, por que não tiveram formação acadêmica, falta capacitação e falta de conhecimento. Porém para CARVALHO ; PHILIPPI (2012) uma política de saúde integradora só será realmente colocado em pratica, quando assumirmos que se faz o inevitável o investimento em formação profissional focado no



## Artigo

desenvolvimento de competências de comunicação dos profissionais para que eles sejam capazes de utilizar uma linguagem neutra e não discriminatória das orientações sexuais, implicando uma mudança no pensar e agir da comunidade, rompendo com padrões heterossexuais hegemônicos influenciadores da conduta profissional. Dessa forma é necessário uma reorientação dos profissionais de saúde, que pressupõe reformulações na educação e ensino dos profissionais de saúde para que haja mudança na organização dos serviços de saúde para atender as necessidades integrais dos indivíduos quais às vezes e negado por atitudes dos servidores. (CECILIANO 2015).

Questionados sobre sentir-se preparados para a realização de exame físico em um corpo modificado hormonalmente, 120 (59%) declararam estar preparados, por que todos são iguais e, 78 (39%) declararam não estar preparados, em vista que não tiveram na graduação preparação teórica e pratica para conhecer as possíveis modificações hormonais.

## CONCLUSÃO

Constatou-se através desta trabalho que os graduandos dos cursos de saúde das FIP, apresentam um reduzido conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT seus objetivos e especificidades. No entanto um grande número de estudantes considera desnecessário a inserção de disciplinas sobre essa política. Porém destacamos que os profissionais de saúde capazes de atender as necessidades específicas, de forma a realizar um acolhimento com atenção humanizada e de qualidade, necessitam de uma maior proximidade com essa política, pois a falta da humanização gera um extremo desconforto para o paciente, constituindo-se como uma barreira de acesso ao serviços de saúde. Os profissionais de saúde que não possuem conhecimento sobre essa população apresentam por muitas vezes, atitudes preconceituosa e discriminatória.

Quando fala-se sobre a população LGBT torna-se recorrente a relação de questões a práticas sexuais, tais como infecções sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS correlacionadas a promoção e prevenção desses adoecimentos. Entretanto deixa-se um aspectos importantes na vida das pessoas que a sexualidade, partindo de uma abordagem estritamente biológica dos sujeito e de seu bem estar que tende a universalizar a categoria de normalidade baseado em um padrão constituído em um contexto social que não existe, definido a partir de parâmetros da assistência no cuidado a doença e não na prevenção da



**Artigo**

saúde. Apresentam dificuldades em oferecer uma atenção humanizada e de qualidade, por não saber como abordar de forma ética e profissional, além de não compreenderem suas particularidades e singularidade, agem de forma inadequada, advindas de um padrão heteronormativo que permeia nossa sociedade. Destaca-se que os profissionais saúde só serão capazes de atender as necessidades da população descrita ao se investir na sensibilização principalmente em instituições educacionais, empenhados na formação de profissionais de saúde para ampliação das capacidades e potencial da práxis de cuidados para estas pessoas.

**REFERÊNCIAS**

ALMEIDA, M.G.; BARBOSA, D. R.M.; PEDROSA, J. I. S. Rizomas da homoafetividade saúde, direito humanos e movimentos sociais. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília (DF), v. 4, 2, p. 467-478, m.s 2013. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/viewfile/22959/16482>. Acessado em: 20/10/2017

BRASIL. Ministério da Saúde (2013). **Política de promoção da equidade em saúde. Secretaria de Atenção Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa**. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde (2012). **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília (DF). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 2.836**, de 1 de dezembro de 2011. Instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional LGBT). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836\\_01\\_12\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html). Acessado em: 19/08/2017.



**Artigo**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

CARVALHO, L.S.; PHILIPPI M. M. Percepção de lésbicas, gays, e bissexuais em relação aos serviços de saúde. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, 11, n.2, p.83-92. Disponível em: <https://www.publicacoes.uniceub.br/cienciasaude/article/view/1837>. Acesso 16/05/2018.

CARDOSO, M.R; FERRO, L. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v 32, p.552-563,2012. Disponível em: <http://redalyc.org/articulo.a0?id=282024793003>. Acessado em: 16/05/2018.

CECILIANO, L.A. Conhecimento de estudantes de enfermagem da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. **Faculdade de Ciências da Educação e Saúde FACES**, Brasília, jun.2015. Disponível em: <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/8829/1/21136180.pdf>. Acessado em: 10/08/2017.

FACCHINI, R. Histórico da luta LGBT no Brasil. **Revista Pré.Univesp**. São Paulo N° 60, dez.2016/ jan.2017. Disponível em: <http://pre.univesp.br/historico-da-luta-lgbt-no-brasil#.wzfzsp2hSziU> Acessado em: 06/11/2017.

FEITOSA, C. As diversidades da homofobia: diagnóstico do desafio da promoção de direitos humanos LGBT, **Periódico** 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/SMS/Downloads/17193-57857-1-PB%20\(1\).PDF](file:///C:/Users/SMS/Downloads/17193-57857-1-PB%20(1).PDF) Acessado em:21/10/2017.

FERRAZ, D; KRAICZYK, J. Gênero e políticas públicas de saúde- construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP 9 (1),2010**. Universidade de São Paulo. Disponível em: [file:///C:/Users/SMS/Downloads/428-13-1311-1-10-20170908%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/SMS/Downloads/428-13-1311-1-10-20170908%20(1).pdf). Acessado em: 16/05/2018.



**Artigo**

FREITAS, F. R. N. N. Saúde da população LGBT: da formação medica a atuação profissional. 2016. 66f. Dissertação (Programa de mestrado ciência da saúde) **Universidade Federal do Piauí**. Disponível em: <http://repositorio.ufpi.br/xmlui/handle/123456789/754>. Acessado em: 28/10/2017.

LAURENTINO, A. C. N. Políticas públicas de saúde para população LGBT: da criação do SUS a implantação da política nacional de saúde integral LGBT. 2015. 92f. Dissertação (Mestrado profissional em educação profissional em saúde) - **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**, Fundação Oswaldo Cruz, 2015. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/12194/2/Arnaldo\\_Laurentino\\_EPSJV\\_Mestrado\\_2015.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/12194/2/Arnaldo_Laurentino_EPSJV_Mestrado_2015.pdf) Acessado em: 28/10/2107.

MELLO, L., AVELAR, R.B. de, & MAROJA, D (2012). Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. **Revista Sociedade e Estado**. v.27 n.2 Brasília. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922012000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000200005). Acessado em: 20/05/2018

MEIRA, M. Diversidade sexual e gênero. **SlideShare**. 2011. Disponível em: <http://livrozilla.com/doc/489102/manuella-paiva-de-holanda-cavalcanti> . Acesso em: 23 out 2017.

PAULINO, D. B. Discurso sobre o acesso e a qualidade da atenção integral a saúde da população LGBT entre medico (as) da estratégia saúde da família. 2016. 142f. dissertação (Mestrado psicologia aplicada) **Universidade Federal de Uberlândia**. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/12345679/17907>. Acessado em: 28/10/2017.

POPADIUK, G. S.; Oliveira, D. C.; Signorelli, M. C. A política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) e o processo transexualizador no sistema único de saúde (SUS): avanço e desafios. **Ciências & Saúde Coletiva**, vol.22, núm. 5, mayo, 2017, pp. 1509-1520. Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva. Rio Janeiro. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63050935012.pdf> Acessado em: 20/08/2017.



**Artigo**

RIBEIRO, J. Os avanços e desafios da população LGBT neste 17 de maio. **O Imparcial 2017**. Disponível em: <https://oimparcial.com.br/noticias/2017/05/os-avancos-e-desafios-da-populacao-lgbt-neste-17-de-maio/>. Acessado em: 07/11/2017.



CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DA SAÚDE ACERCA DA POLITICA NACIONAL  
DE SAÚDE INTEGRAL À POPULAÇÃO LGBT E SUA ABORDAGEM CLINICA COMO  
FUTUROS PROFISSIONAIS

Páginas 178 a 197

Artigo

**DESENVOLVIMENTO E ANÁLISE SENSORIAL DE DIFERENTES TIPOS DE  
NUGGETS VEGETARIANOS**

**DEVELOPMENT AND SENSORY ANALYSIS OF DIFFERENT TYPES OF  
VEGETARIAN NUGGETS**

Raianna Santos Almeida<sup>1</sup>  
Rayssa Antunes de Oliveira<sup>2</sup>  
Suzy Alice de Souza<sup>3</sup>  
Francielly Soares Oliveira<sup>4</sup>  
Abgair Duarte Matias<sup>5</sup>  
Luana Lemos Leão<sup>6</sup>  
Aline Lopes Nascimento<sup>7</sup>  
Letícia Josyane Ferreira Soares<sup>8</sup>  
Josiane Pinto da Silva<sup>9</sup>  
Raíssa Pereira Barbosa<sup>10</sup>  
Paula Karoline Soares Farias<sup>11</sup>

**RESUMO:** É crescente a preocupação das pessoas com a alimentação saudável, pois verifica-se que está diretamente ligada a uma boa saúde, bem estar, qualidade de vida e prevenção de doenças. Alimentos como o grão de bico, berinjela, feijão, gergelim, linhaça e as farinhas enriquecidas auxiliam tanto na nutrição básica, quanto na prevenção de

<sup>1</sup> Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>2</sup> Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>3</sup> Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>4</sup> Instituto de Ciências Agrárias da Universidade Federal de Minas Gerais – ICA/UFMG, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>5</sup> Instituto de Ciências Agrárias da Universidade Federal de Minas Gerais – ICA/UFMG, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>6</sup> Instituto de Ciências Agrárias da Universidade Federal de Minas Gerais – ICA/UFMG, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>7</sup> Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>8</sup> Universidade Estadual de Montes Claros – MG, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>9</sup> Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>10</sup> Faculdade de Saúde Ibituruna - FASI, Montes Claros – MG, Brasil

<sup>11</sup> Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS, Montes Claros – MG, Brasil.





## Artigo

doenças fortalecendo o sistema imunológico e produzindo substâncias antioxidantes que previnem o envelhecimento precoce. Neste estudo desenvolveram-se diferentes tipos de *nuggets* vegetarianos enriquecido com fibras e sem glúten. O presente estudo caracteriza-se como quantitativo, transversal e descritivo. Avaliou-se a aceitação sensorial e a intenção de compra dos *nuggets* vegetarianos entre 200 acadêmicos de ambos o sexo, com faixa etária entre 18 a 50 anos. Foram elaborados três *nuggets* com os seguintes ingredientes, *Nuggets* 1 – industrial; *Nuggets* 2 – a base de farinha de feijão branco enriquecido com gergelim e linhaça; *Nuggets* 3 – a base farinha de grão de bico, enriquecido com gergelim e linhaça, *Nuggets* 4 – a base de farinha de berinjela, enriquecido com gergelim e linhaça. Através dos resultados obtidos, foi possível observar que os *nuggets* 1, 3 e 4 foram melhores aceitos pelos avaliadores. Sendo que 74% dos avaliadores classificaram o *nuggets* 1 como “gostei extremamente”, 18 e 27% dos entrevistados avaliaram os *nuggets* 3 e 4 como “gostei moderadamente”. Apenas o *nuggets* 2 apresentou baixa aceitação, sendo classificado pelo maioria como “não gostei, nem desgostei”. Os resultados de intenção de compra mostram que o produto 1 teve melhor avaliação, estando classificado como “certamente compraria” por 74% dos avaliadores. Os demais *nuggets* tiveram menor aceitação, sendo que 24% dos entrevistados afirmaram que comprariam muito raramente o *nuggets* 2. Verifica-se que o processo de transição nutricional interferiu de maneira significativa na alimentação da população, e a preferência pelos alimentos industrializados ainda é maioria no paladar das pessoas, o que contribui para o aumento da obesidade e de outras doenças crônicas não transmissíveis.

**Palavras-chave:** Alimentos. Alimento funcional. Alimentação saudável.

**ABSTRACT:** It is a growing concern of people with healthy eating, because it appears that it is directly linked to good health, well-being, quality of life and prevention of diseases. Foods such as chickpeas, eggplant, bean, sesame, linseed and flour enriched help both in basic nutrition, and prevention of diseases by strengthening the immune system and producing antioxidants that prevent premature aging. In this study have developed different types of vegetarian nuggets enriched with fibers and gluten. The present study is characterized as quantitative, descriptive and transversal. We evaluated the sensory acceptance and purchase intention of the nuggets vegetarians among 200 scholars from both gender, aged between 18 to 50 years. Three nuggets were drawn up with the following ingredients, Nuggets 1 - industrial; Nuggets 2 - the basis of white bean flour



Artigo

enriched with sesame seeds and linseed; 3 Nuggets - the flour base of chickpeas, enriched with sesame seeds and linseed, Nuggets 4 - the basis of flour of eggplant, enriched with sesame seeds and linseed. Through the results obtained, it was possible to observe that the nuggets 1, 3 and 4 were better accepted by the evaluators. Being that 74% of the evaluators rated the nuggets 1 as "extremely", 18 and 27% of the respondents evaluated the nuggets 3 and 4 as "moderately". Only the nuggets 2 presented low acceptance, being classified by most as "not liked, nor disgusted". The results of purchase intention show that the product 1 had better evaluation, being classified as "certainly buy" for 74% of the evaluators. The other nuggets had lower acceptance, being that 24% of interviewed said they would buy very rarely the nuggets 2. It appears that the process of nutritional transition interfered significantly in feeding the population, and the preference for industrialized foods is still majority in the palate of people, which contributes to the increase of obesity and other chronic non-communicable diseases.

**Keywords:** Food. Functional Food. Healthy Diet.

## INTRODUÇÃO

É crescente a preocupação das pessoas com a alimentação saudável, pois verifica-se que está diretamente ligada a uma boa saúde, bem-estar, qualidade de vida e prevenção de doenças (JAIME *et al.*, 2015). As indústrias alimentícias têm apresentado maior interesse nessa parcela da população, e produz alimentos enriquecidos, com vitaminas, fibras, cálcio, ferro, nos quais participam da manutenção do organismo trazendo ótimos benefícios para a saúde (WANG *et al.*, 2014).

Atualmente, a indisponibilidade de tempo para efetuar preparações nutricionais adequadas, torna-se um dos principais fatores para o consumo de alimentos de rápido e fácil preparo. Esse tipo de refeição é rica em açúcares, gorduras e sódio, pobres em vitaminas, minerais e fibras (PEREIRA *et al.*, 2015). A globalização e urbanização levaram a grandes mudanças na estrutura familiar e no modo de vida das pessoas.

Observa-se um aumento no consumo de alimentos industrializados e de baixo valor nutricional, como refrigerantes, macarrão instantâneo, salgadinhos, *nuggets* etc., assim como um aumento no consumo de *fast-food* (BEZERRA *et al.*, 2016). As carnes processadas estão entre os principais alimentos industrializados consumidos por todo o



Artigo

mundo. Além do sódio, esses alimentos contêm aditivos e conservantes que sobrecarregam o fígado e são cancerígenos quando consumidos em excesso (CRISTOFOLETTI *et al.*, 2013).

Alimentos como o grão de bico, berinjela, feijão, gergelim, linhaça e as farinhas enriquecidas auxiliam tanto na nutrição básica, quanto na prevenção de doenças fortalecendo o sistema imunológico e produzindo substâncias antioxidantes que previnem o envelhecimento precoce (VIEIRA, 2015).

Alimentos práticos e enriquecidos com fibras é uma ótima opção para aliar saúde e praticidade, pois, o consumo adequado de fibras traz muitos benefícios para a saúde, tais como a redução dos níveis de glicose sanguínea, prevenção das doenças coronárias, melhora do perfil lipídico, contribui para o controle do peso e para saciedade (MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2012). Neste trabalho desenvolveram-se diferentes tipos de *nuggets* vegetarianos enriquecido com fibras e sem glúten.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se como quantitativo, transversal e descritivo. Foram convidados a participar da pesquisa 200 acadêmicos de ambos o sexo, com faixa etária entre 18 a 50 anos de uma faculdade privada de Montes Claros-MG. O desenvolvimento dos *nuggets* vegetarianos foi realizado no Laboratório de Tecnologia de Alimentos das Faculdades Integradas do Norte de Minas – FUNORTE, em Montes Claros – MG.

Posterior à autorização concedida à pesquisa, a mesma foi iniciada e os acadêmicos foram convidados a participar do estudo. Foi explicado aos participantes o objetivo do projeto e colhida à assinatura do termo de consentimento livre esclarecido.

Foram elaborados três *nuggets* com os seguintes ingredientes, *Nuggets* 1 – industrial; *Nuggets* 2 – a base de farinha de feijão branco enriquecido com gergelim e linhaça; *Nuggets* 3 – a base farinha de grão de bico, enriquecido com gergelim e linhaça, *Nuggets* 4 – a base de farinha de berinjela, enriquecido com gergelim e linhaça. Para cada preparação foi elaborada a ficha técnica de preparo, baseado em Ornelas (2007).

Os dados foram coletados por meio do preenchimento das fichas para informar preferência, aceitação (cor, sabor, textura), e a escala hedônica de 9 pontos na qual foi informada desde “desgostei muitíssimo” e “gostei muitíssimo” e a intenção de compra (escala de 7 pontos) variando de “compraria sempre” a “nunca compraria”, sendo que este formulário foi adaptado do Instituto Adolfo Lutz (2008).



**Artigo**

Desta forma, os acadêmicos receberam em copos descartáveis de 50 ml as três preparações de *nuggets* e uma de *nuggets* padrão. Os *nuggets* foram entregues separadamente e devidamente identificados. Após a degustação dos diferentes tipos de *nuggets* foi realizado os testes de aceitabilidade e intenção de compra. Para a determinação do valor nutricional das receitas desenvolvidas, utilizou-se a Tabela de Composição de Alimentos (TACO, 2011). Foram calculados e analisados o valor energético total, os macronutrientes (Carboidrato, Proteína e Lipídeo), vitaminas A, C, ferro, cálcio e fibras, e foram realizados os testes microbiológicos de *Salmonella* sp., coliformes a 35 e 45°C, conforme estabelecido por Brasil (2001).

Por se tratar de um estudo com seres humanos, foram respeitados todos os preceitos éticos com base no Conselho Nacional de Saúde (CNS) na Resolução 466/2012, e este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS sob o parecer nº 2.216.186.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atualmente, um novo período de transição nutricional vem ocorrendo, no qual os indivíduos começam a se preocupar com uma vida saudável, uma dieta balanceada e uma expectativa de vida maior, o que estimulou o consumo de frutas e hortaliças. A introdução desses alimentos mais saudáveis pode ser uma alternativa para a melhoria do conteúdo de alguns micronutrientes na dieta de pessoas de baixo poder aquisitivo, substituindo alimentos de alto custo e menor disponibilidade (FREITAS; MORETTI, 2006). Diante disso, pode-se dizer que os alimentos funcionais são considerados uma nova tendência do mercado alimentício (RAUD-MATTEDI, 2008).

Neste contexto, percebe-se que os *nuggets* elaborados apresentam quantidades menores de carboidratos, proteínas e lipídeos menores que o comercial uma vez que foram acrescentados vegetais, ovos e sementes de linhaça e gergelim, conforme demonstrado na tabela 1. A introdução de novos produtos alimentares destinados a vegetarianos (“análogos” de carne, alimentos fortificados e suplementos de origem vegetal), está em crescimento. As perspectivas econômicas são positivas e continuarão a ser impulsionadas por uma tendência crescente de consumo não só por parte de vegetarianos, mas também de outras pessoas que procuram estas opções (SILVA *et al.*, 2015).



## Artigo

**Tabela 1.** Composição química dos macronutrientes dos *nuggets* elaborados e do comercial com a unidade de 20g.

Ingredientes	Quantidade (g)	CHO (g)	PTN (g)	LIP (g)
Farinha de Feijão Branco	2,5	0,62	0,21	0,00
Farinha de Berinjela	2,5	1,37	0,37	0,00
Farinha de Grão de Bico	2,5	1,44	0,57	0,16
Mandioca	20	0,00	0,12	0,06
Cenoura	4,5	0,34	0,05	0,00
Ovos	0,3	0,18	1,89	1,28
Semente de linhaça	0,5	0,21	0,07	0,16
Semente de Gergelim	0,5	0,10	0,10	0,25
Muçarela	4	0,14	0,84	0,84
Fubá Mimoso	12,5	0,00	0,85	0,22
Cebola	4,5	0,40	0,07	0,00
Cebolinha verde	1,65	0,18	0,10	0,01
Coentro Verde (folha)	1,65	0,06	0,03	0,00
Alho	1,8	0,00	0,12	0,43
<i>Nuggets</i> – Padrão	15	2,07	1,96	2,30

**Fonte:** Elaborada pelas autoras, 2017.

**Legenda:** g- gramas; CHO – Carboidratos; PTN – Proteína; LIP – Lipídeos.

Na tabela 2 são observados os valores de micronutrientes, e verifica-se que os *nuggets* elaborados apresentam quantidades de fibra, vitamina A, C, cálcio e ferro superiores que o comercial. A adoção de um padrão alimentar com base em vegetais exige conhecimento e assimilação adequada de alguns princípios alimentares uma vez que, quando mal planejadas, essas dietas apresentam deficiência de nutrientes como as vitaminas B12 e D, o ferro, ômega 3 e proteínas que são encontrados em alimentos de



**Artigo**

origem animal. Uma dieta vegetariana, se mal planeada e rica em produtos excessivamente processados, pode fornecer maior quantidade de gordura, de energia/calorias ou de sal (SABATÉ, 2003).

**Tabela 2.** Composição química dos micronutrientes dos *nuggets* elaborados e do comercial com a unidade de 20g.

<b>Ingredientes</b>	<b>Fibra (g)</b>	<b>Vitamina A (mcg)</b>	<b>Vitamina C (mg)</b>	<b>Cálcio (mg)</b>	<b>Ferro (mg)</b>
Farinha de Feijão					
Branco	0,15	0,00	0,00	2,25	0,09
Farinha de Berinjela	0,90	0,00	0,00	0,00	0,90
Farinha de Grão de Bico	0,27	1,02	0,00	2,62	0,11
Mandioca	0,32	0,00	2,22	3,80	0,02
Cenoura	0,14	0,00	0,22	1,03	0,00
Ovos	0,00	78	0,00	0,00	0,30
Semente de linhaça	0,16	0,00	0,00	1,05	0,02
Semente de Gergelim	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00
Muçarela	0,00	9,74	0,00	0,02	0,01
Fubá Mimoso	0,60	0,00	0,00	0	0,52
Cebola	0,09	0,00	0,21	0,63	0,00
Cebolinha verde	0,19	0,00	1,73	4,34	0,03
Coentro Verde (folha)	0,04	0,11	0,44	1,10	0,02
Alho	0,07	0,00	0,00	0,25	0,01
<i>Nugguets</i> - Padrão	0,25	0,00	0,00	0,00	0,00

**Fonte:** Elaborada pelas autoras, 2017.

**Legenda:** g- gramas; mcg - microgramas; mg - miligramas.

Os alimentos funcionais representam um nicho de mercado extremamente rentável, pois são produtos com alto valor agregado e com um marketing agressivo na busca pelo



Artigo

consumo (MARINS; ARAUJO; DE JACOB, 2011). Através dos resultados obtidos, foi possível observar que os *nuggets* 1, 3 e 4 foram melhores aceitos pelos avaliadores. Sendo que 74% dos avaliadores classificaram o *nuggets* 1 como “gostei extremamente”, 18 e 27% dos entrevistados avaliaram os *nuggets* 3 e 4 como “gostei moderadamente”. Apenas o *nuggets* 2 apresentou baixa aceitação, sendo classificado pela maioria como “não gostei, nem desgostei”, conforme demonstrado na tabela 3.

**Tabela 3.** Teste de intenção de compra dos *Nuggets* 1 – industrial; *Nuggets* 2 – a base de farinha de feijão branco enriquecido com gergelim e linhaça; *Nuggets* 3 – a base farinha de grão de bico, enriquecido com gergelim e linhaça, *Nuggets* 4 – a base de farinha de berinjela, enriquecido com gergelim e linhaça.

Teste de Aceitabilidade	<i>Nuggets</i> 1		<i>Nuggets</i> 2		<i>Nuggets</i> 3		<i>Nuggets</i> 4	
	n (=200)	%	n (=200)	%	n (=200)	%	n (=200)	%
Desgostei extremamente	1	0,5	24	12	12	06	12	6
Desgostei moderadamente	0	0	8	4	14	07	7	3,5
Desgostei regularmente	0	0	7	3,5	09	4,5	6	3
Desgostei ligeiramente	0	0	18	9	12	06	19	9,5
Não gostei, nem desgostei	0	0	46	23	31	15,5	24	12
Gostei ligeiramente	4	2	24	12	32	16	32	16
Gostei regularmente	18	9	42	21	32	16	28	14
Gostei moderadamente	30	15	24	12	36	18	54	27
Gostei extremamente	148	74	8	4	16	08	19	9,5

**Fonte:** elaborada pelas autoras, 2017.

Os resultados de intenção de compra mostram que o produto 1 teve melhor avaliação, estando classificado como “certamente compraria” por 74% dos avaliadores. Os demais *nuggets* tiveram menor aceitação, sendo que 24% dos entrevistados afirmaram que comprariam muito raramente o *nuggets* 2 (figura 1).

Os dados apresentados provavelmente refletem a mudança dos hábitos alimentares da população nos últimos anos, que substituem os alimentos industrializados em detrimento dos alimentos naturais, essas mudanças desenvolveram-se ao longo dos

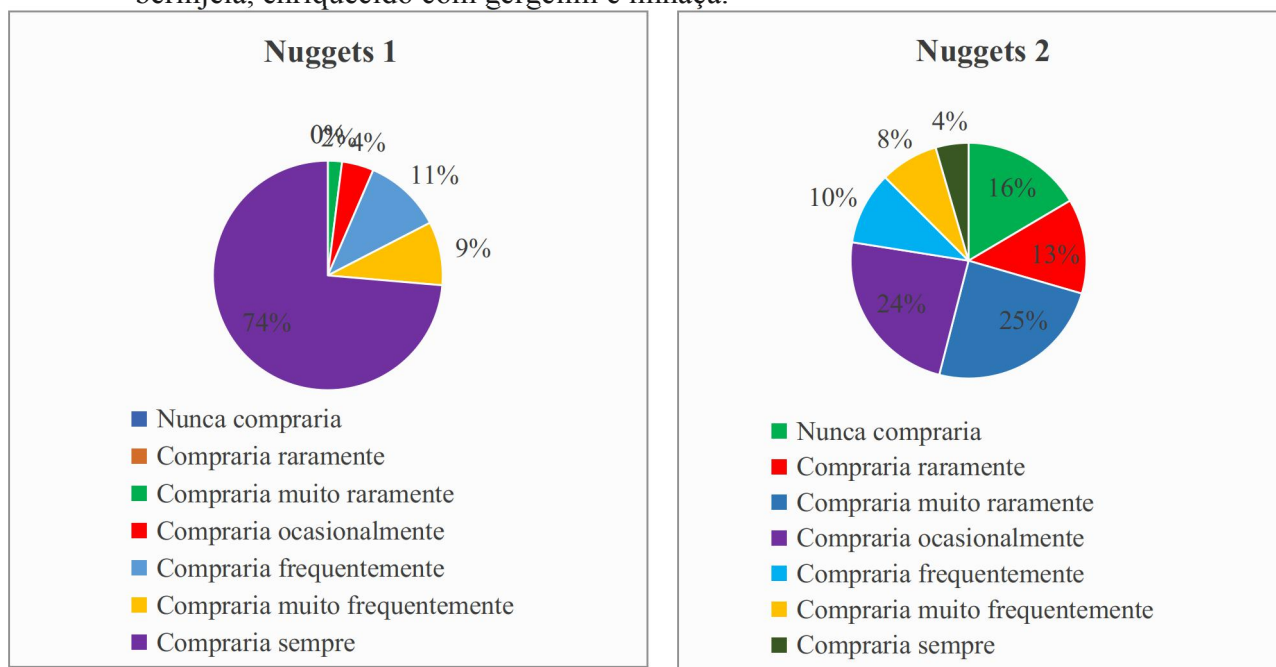


## Artigo

anos, devido a fatores como a globalização, desenvolvimento econômico, social e mudanças na estrutura familiar (TOLONI *et al.*, 2014).

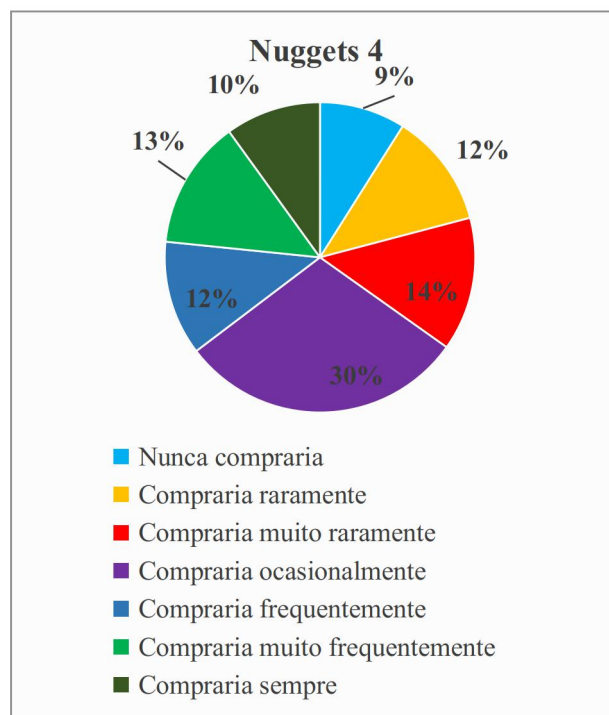
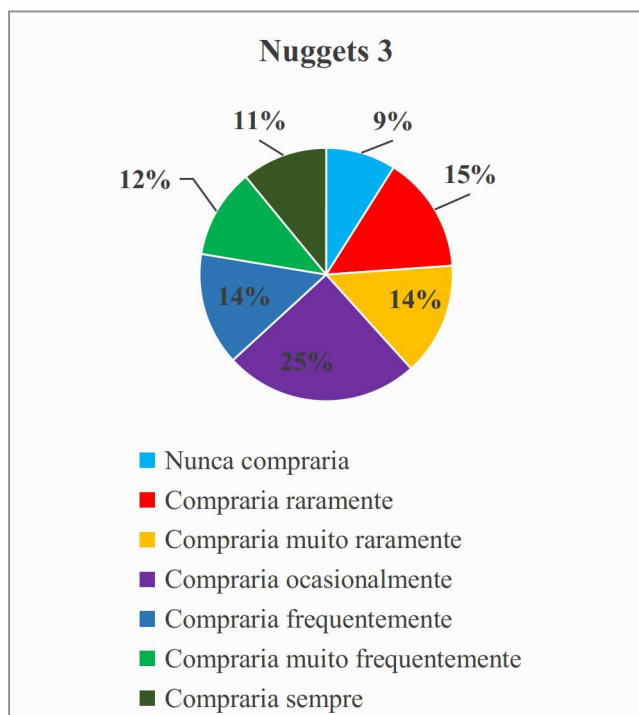
Alimentos industrializados são inseridos em idades cada vez mais precoces, dificultando a mudança dos hábitos alimentares na vida adulta, esses alimentos são deficientes em vitaminas e minerais, ricos em açúcares, sódio e gorduras *trans* (SILVA; BEZERRA, 2017), o que pode ser constatado através da análise da tabela nutricional do *nuggets* 1 (industrializado), conforme demonstrado na figura 1.

**Figura 1.** Teste de intenção de compra dos *Nuggets* 1 – industrial; *Nuggets* 2 – a base de farinha de feijão branco enriquecido com gergelim e linhaça; *Nuggets* 3 – a base farinha de grão de bico, enriquecido com gergelim e linhaça, *Nuggets* 4 – a base de farinha de berinjela, enriquecido com gergelim e linhaça.





## Artigo



**Fonte:** elaborada pelas autoras, 2017.

O crescimento da obesidade é evidente em todas as faixas etárias, o excesso de peso sobrecarrega o organismo, aumentando assim as chances do surgimento de doenças crônicas como hipertensão, diabetes, alguns tipos de cânceres, doenças cardíacas e o risco de morte (HOEHR *et al.*, 2014).

Hábitos alimentares saudáveis são fundamentais para a prevenção e tratamento da obesidade, porém não tem sido uma tarefa tão fácil, devido a fatores como a influência da mídia e a rotina sobrecarregada. Sendo assim é muito importante a promoção de hábitos alimentares saudáveis, para que se leve o conhecimento da nutrição a população, assim como a criação de meios que facilitem o acesso a alimentos mais saudáveis e práticos, diminuindo consequentemente a prevalência da obesidade e os efeitos (ALMEIDA *et al.*, 2013).

Pode-se verificar que mesmo com a promoção efetiva de padrões alimentares com maior incorporação de produtos de origem vegetal na alimentação, percebe-se que no Brasil é reduzido (BRASIL, 2014). Nos EUA, as recomendações provenientes do Governo



## Artigo

e presentes nos guias alimentares oficiais, sugerem um consumo diário de frutos e hortícolas de aproximadamente 50% do total das porções consumidas. No entanto, o Ministério da Agricultura, atribui 1% dos subsídios para apoiar a pesquisa, produção e marketing de frutos e hortícolas (SILVA, 2015).

Mesmo com uma parcela significativa da população que prefere os alimentos industrializados, observa-se um crescente interesse dos cidadãos pelas dietas vegetarianas, que engloba principalmente as hortícolas, frutas, cereais e sementes e leguminosas dentre elas gergelim, grão de bico, feijão e linhaça, e a procura de alternativas alimentares saudáveis, tem estimulado o crescimento de um nicho de mercado (SILVA *et al.*, 2015).

Ao passo que, quando bem planejadas, esse tipo de dieta traz benefícios à saúde, pois está associado a menores valores de triglicérides, colesterol total e LDL (DE BIASE *et al.*, 2007), redução dos níveis de glicose sanguínea, prevenção das doenças coronárias e contribui para o controle do peso e para saciedade (MAHAN; ESCOTT STUMP; RAYMOND, 2012).

Uma das dificuldades do público vegano é a de encontrar produtos que possuam características sensoriais similares aos produtos tradicionais encontrados no mercado. Já existem marcas que possuem produtos tais como: chocolates, biscoitos, carnes vegetais, biscoitos, iogurtes, leite condensado, entre outros, sem ingredientes de origem animal. Dada à importância do consumo de alimentos de origem vegetal em função dos seus efeitos benéficos a saúde e do baixo consumo desses alimentos relatados pela literatura, torna-se importante o estudo de diversos produtos, modos de preparo e aplicação nas indústrias (ZAKIR; FREITAS, 2015).

Essa discussão acerca das escolhas de uma base alimentar com origem nos vegetais, entusiasma epidemiologistas, médicos de saúde pública, nutricionistas e outros profissionais de saúde, principalmente pelos benefícios do consumo desses alimentos e o seu papel na prevenção de doença, nomeadamente na prevenção de doenças muito prevalentes na sociedade, como a doença cardiovascular (HARTLEY *et al.*, 2013; YOKOYAMA *et al.*, 2014), a doença oncológica (INC, 2007; KEY *et al.*, 2014), a obesidade (LEDOUX; HINGLE; BARANOWSKI, 2011; ORLICH; FRASER, 2014) e a diabetes (LE; SABATÉ, 2014; ADA, 2015), assim como aumento da longevidade (ORLICH *et al.*, 2013).

Observa-se na tabela 4, na qual apresenta os resultados das análises microbiológicas, que estas encontram-se em conformidade com o padrão estabelecido pela legislação (<10 NMP/g para coliformes e ausência de *Salmonella* para cada 25g de alimento), sendo os *nuggets* desenvolvidos considerados aptos para o consumo humano (BRASIL, 2003). Tal



**Artigo**

fato demonstra a qualidade do produto e comprova que as matérias-primas e a produção do produto estavam com condições adequadas de sanidade.

**Tabela 4.** Análises microbiológicas dos *Nuggets* 2 – a base de farinha de feijão branco enriquecido com gergelim e linhaça; *Nuggets* 3 – a base farinha de grão de bico, enriquecido com gergelim e linhaça, *Nuggets* 4 – a base de farinha de berinjela, enriquecido com gergelim e linhaça.

<i>Nuggets</i>	Coliformes Totais (NMP/g)	Coliformes Fecais (NMP/g)	<i>Salmonella</i> sp
2	< 3	< 3	-
3	< 3	< 3	-
4	< 3	< 3	-

**Fonte:** Próprias autoras, 2017.

## CONCLUSÃO

Verifica-se que o processo de transição nutricional interferiu de maneira significativa na alimentação da população, e a preferência pelos alimentos industrializados ainda é maioria no paladar das pessoas. Percebe-se que a ingestão dos alimentos como vegetais, frutas, legumes e folhosos são ricos em vitaminas e minerais, oferecendo um aporte de nutrientes adequado para o indivíduo ao longo do dia. Logo, trabalhos que envolvem o desenvolvimento de alimentos são importantes para proporcionar outras formas de consumo.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. M. P. Educação ambiental na escola: estudo da relação entre a alimentação e a produção de resíduos. **Revista Brasileira de Educação Ambiental**, v. 8, n. 2, p. 131-149, 2013.



**Artigo**

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Foundations of care: education, nutrition, physical activity, smoking cessation, psychosocial care, and immunization. **Diabetes care**, v. 38, n. S, p. 20-30, 2015.

BEZERRA, N. I. *et al.* Alimentação fora de casa e excesso de peso: uma análise dos mecanismos explicativos. **Revista Brasileira de Promoção a Saúde**, v. 29, n. 3, p. 456-461, 2016.

BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Secretaria de Defesa Agropecuária. Instrução Normativa nº 62, de 26 de agosto de 2003. Oficializa os Métodos Analíticos Oficiais para Análises Microbiológicas para Controle de Produtos de Origem Animal e Água. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 de set. 2003. Seção 1, p.14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CRISTOFOLETTI, M. F. *et al.* Associação entre consumo de alimentos embutidos e obesidade em um estudo de base populacional de nipo-brasileiros. **Revista Brasileira de Endocrinologia e Metabologia**, v. 57, n. 6, p. 464-472, 2013.

DE BIASE, G. *et al.* Dieta vegetariana e níveis de colesterol e triglicérides. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, n. 1, p. 35-39, 2007.

FREITAS, D. G. C.; MORETTI, R. H. Caracterização e avaliação sensorial de barra de cereais funcional de alto teor protéico e vitamínico. **Ciência e Tecnologia de Alimentos**, v. 26, n. 2, p. 318-324, 2006.

HARTLEY, L. *et al.* Increased consumption of fruit and vegetables for the primary prevention of cardiovascular diseases. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 4, n. 6, 2013. Disponível em:  
[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009874.pub2/abstract;jsessionid=19B829DCDB5E566B0EE01037827F58D1.f02t04#pt\\_main\\_abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009874.pub2/abstract;jsessionid=19B829DCDB5E566B0EE01037827F58D1.f02t04#pt_main_abstract). Acesso em: 27 outubro 2017.



**Artigo**

HOEHR, C. F. *et al.* Prevalência de obesidade e hipertensão arterial em escolares: estudos comparativo entre escolas rurais do município de Santa Cruz do Sul/RS. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 4, n. 2, p. 122-126, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. Alimentos, Nutrição, Atividade Física e Prevenção de Câncer: uma perspectiva global. Rio de Janeiro, Brasil; 2007. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentos\\_atividade\\_prevencao\\_cancer.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentos_atividade_prevencao_cancer.pdf)  
Acesso em: 27 outubro 2017.

JAIME, P. C. *et al.* Prevalência e distribuição sociodemográfica de marcadores de alimentação saudável, pesquisa nacional de saúde, Brasil 2013. **Epidemiologia e Serviços da Saúde**, v. 24, n. 2, p. 267-276, 2015.

KEY, T. J. *et al.* Cancer in British vegetarians: updated analyses of 4998 incident cancers in a cohort of 32,491 meat eaters, 8612 fish eaters, 18,298 vegetarians, and 2246 vegans. **The American Journal Clinical Nutrition**, v. 100, n. 1, p. 378S-385S, 2014.

LE, L. T.; SABATÉ, J. Beyond meatless, the health effects of vegan diets: findings from the Adventist cohorts. **Nutrients**, v. 6, n. 6, p. 2131-47, 2014.

LEDOUX, T. A.; HINGLE, M. D.; BARANOWSKI, T. Relationship of fruit and vegetable intake with adiposity: a systematic review. **Obesity Reviews**, v. 12, n. 5, p. 143-150

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S.; RAYMOND, J. L. **Krause: alimentos, nutrição e Dietoterapia**. 13º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 165, 2012.

MARINS, R. M.; ARAUJO, I. S.; DE JACOB, S. C. A propaganda de alimentos: orientação, ou apenas estímulo de consumo? **Ciência Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3873-3882, 2011.

ORLICH, M. J. *et al.* Vegetarian dietary patterns and mortality in Adventist Health Study 2. **JAMA Internal Medicine**, v. 173, n. 13, p. 230-238, 2013.



**Artigo**

ORLICH, M. J.; FRASER, G. E. Vegetarian diets in the Adventist Health Study 2: a review of initial published findings. **The American Journal Clinical Nutrition**, v. 100, n. 1, p. 353S-358S, 2014.

PEREIRA, M. A. Desafios e reflexões na implantação de um programa de educação alimentar e nutricional (EAN) em indivíduos com excesso de peso. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 28, n. 2, p. 290-296, 2015.

RAUD-MATTEDI, C. Os alimentos funcionais: A nova fronteira da indústria alimentar. **Revista Sociologia Política**, v. 16, n. 31, p. 85-100, 2008.

SABATÉ, J. The contribution of vegetarian diets to health and disease: a paradigm shift? **The American Journal Clinical Nutrition**, v. 78, n. 3, p. 502S-507S, 2003.

SILVA, F. A. L., BEZERRA, J. A. X. Benefícios da atividade física no controle da obesidade infantil. **Revista Campo do Saber**, v. 3, n. 1, p. 201-218, 2017.

SILVA, S. C. *et al.* Linhas de orientação para uma alimentação vegetariana saudável. 2015. Disponível em: [https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files\\_mf/1444910720LinhasdeOrienta%C3%A7%C3%A3oparaumaAlimenta%C3%A7%C3%A3oVegetarianaSaude%C3%A1vel.pdf](https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444910720LinhasdeOrienta%C3%A7%C3%A3oparaumaAlimenta%C3%A7%C3%A3oVegetarianaSaude%C3%A1vel.pdf). Acesso em 27 outubro 2017.

TOLONI, M. H. A. *et al.* Consumo de alimentos industrializados por lactentes matriculados em creches. **Revista Paulista de Pediatria de São Paulo**, v. 32, n. 1, p. 37-43, 2014.

VIEIRA, L. C. G. Características fitoquímicas e propriedades antioxidantes do grão de café verde. Tese (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas), **Faculdades de Ciências da Saúde**, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal, p. 6-41, 2015.

WANG, X. *et al.* Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: Systematic review and doseresponse meta-analysis of prospective cohort studies. **BMJ Journal**, v. 29, n. 349, p. 1-14, 2014.



**Artigo**

YOKOYAMA, Y. *et al.* Vegetarian diets and blood pressure: a meta-analysis. **JAMA Internal Medicine**, n. 174, v. 4, p. 577-587, 2014.

ZAKIR, M. M.; FREITAS, I. R. Benefícios à saúde humana do consumo de isoflavonas presentes em produtos derivados da soja. **Journal of Bioenergy and Food Science**, v. 02, n. 3, p. 107-116, 2015.



Artigo

**DESMAME PRECOCE: PRINCIPAIS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS PARA O  
BEBÊ E PARA A MÃE, UMA REVISÃO LITERÁRIA**

**EARLY WEAR: MAIN CAUSES AND CONSEQUENCES FOR THE BABY AND  
FOR THE MOTHER, A LITERARY REVIEW**

Lorena de Melo Almeida<sup>1</sup>

Alcione Pereira da Costa<sup>2</sup>

Flavia Eunice Gonsalves dos Santos<sup>3</sup>

Paloma Keila de Medeiros<sup>4</sup>

Silvia Ximenes Oliveira<sup>5</sup>

Maria Mirtes da Nóbrega<sup>6</sup>

**RESUMO** - O aleitamento materno exclusivo é aquele que o bebê recebe em sua dieta somente o leite materno, dentre os inúmeros benefícios estão à diminuição da morbidade e mortalidade das crianças, melhora de sua qualidade de vida, menores taxas de diarreia, de infecções do trato respiratório e outras infecções. A proteção, a promoção e o apoio ao aleitamento materno têm sido uma estratégia de extrema importância entre os esforços mundiais para melhorar as condições de saúde das crianças. O desmame precoce é a interrupção do aleitamento materno exclusivo, antes do bebê completar seis meses de vida, com consequências importantes para a saúde do bebê, como exposição a agentes infecciosos e prejuízo da digestão, dentre outros agravos à saúde. O objetivo geral da pesquisa foi discorrer a respeito do desmame precoce e, como específicos tem-se ressaltar a importância do aleitamento materno, relatar quais as dificuldades que as mães enfrentam na amamentação, dissertar quais as principais causas da interrupção precoce da amamentação e, por fim, elencar as consequências do desmame precoce. Trata-se de uma revisão da literatura sobre o tema exposto, cujas fontes de pesquisa foram as seguintes bases de dados: Scielo, BVS, Lilacs e Bireme. Foram selecionados artigos dos últimos 10

---

<sup>1</sup> Nutricionista, Especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Estratégia de Saúde da Família pelas FIP-PB.

<sup>2</sup> Discente de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos.

<sup>3</sup> Enfermeira, Especialista em Saúde da Família pelas FIP-PB.

<sup>4</sup> Discente de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos.

<sup>5</sup> Discente de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos.

<sup>6</sup> Mestre em Ciências da Educação, professora das Faculdades Integradas de Patos-PB.





**Artigo**

anos e somente da língua portuguesa. Ao final, foram selecionados 30 artigos para a elaboração do presente artigo. O aleitamento materno tem sido iniciado pela maioria das mães, porém poucas conseguem realiza-lo exclusivamente até os seis meses. A introdução de água, chá ou suco vem sendo realizada precocemente. O desmame completo antes dos seis meses está sendo bastante praticado. Alguns fatores podem interferir na iniciação e duração do aleitamento materno, sejam eles culturais, sociais, biológicos ou até rotinas intra-hospitalares. Os principais fatores de risco para o desmame precoce são, pouca idade, baixa escolaridade, inserção no mercado de trabalho, provavelmente, com horários inflexíveis, e uso inadequado de álcool. Para muitas mulheres, a amamentação é uma experiência desagradável, que exige esforço físico, resultando no cansaço, e que limita suas ações no desempenho de outras atividades, como estudo, trabalho e lazer. a oferta de alimentos antes do sexto mês de vida acarreta prejuízos à saúde do bebê, sendo os mais comuns à nutrição inadequada e infecções causadas por contaminantes presentes nos alimentos, além de gerar maior risco para as alergias em função da imaturidade fisiológica. Os resultados dessa pesquisa possibilitaram conhecimentos a cerca das consequências do desmame precoce para o bebê, reforçando assim, a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do lactente. O propósito de incentivar o aleitamento materno é fundamental para combater a mortalidade infantil e evitar agravos à saúde do bebê em decorrência da falta dessa prática. É fundamental que o sistema de saúde monte estratégias para incentivar o aleitamento materno, assim como buscar soluções para diminuir as dificuldades dessa prática, dado a importância da amamentação na saúde do lactente.

**Palavras Chaves:** Aleitamento materno. Desmame precoce. Lactente. Nutrizes.

**ABSTRACT** - The exclusive breastfeeding is the one that the baby receives in its diet only the breast milk, among the numerous benefits are the reduction of the morbidity and mortality of the children, improvement of their quality of life, lower rates of diarrhea, respiratory tract infections and Other infections. Protection, promotion and support of breastfeeding have been a key strategy among global efforts to improve children's health. Early weaning is the interruption of exclusive breastfeeding, before the baby reaches six months of age, with important consequences for the health of the baby, such as exposure to infectious agents and loss of digestion, among other health problems. The general objective of the research was to discuss early weaning and, as specific, it is important to



**Artigo**

highlight the importance of breastfeeding, to report on the difficulties that mothers face in breastfeeding, to discuss the main causes of early termination of breastfeeding and, The consequences of early weaning. It is a review of the literature on the subject exposed, whose sources of research were the following databases: Scielo, BVS, Lilacs and Bireme. We selected articles from the last 10 years and only from the Portuguese language. At the end, 30 articles were selected for the elaboration of this article. Breastfeeding has been initiated by the majority of mothers, but few can do it exclusively until six months. The introduction of water, tea or juice has been performed early. Complete weaning before six months is quite practiced. Some factors may interfere with the initiation and duration of breastfeeding, be they cultural, social, biological or even in-hospital routines. The main risk factors for early weaning are low age, low schooling, insertion in the labor market, probably with inflexible schedules, and inappropriate use of alcohol. For many women, breastfeeding is an unpleasant experience, requiring physical exertion, resulting in tiredness, and limiting their actions in performing other activities, such as study, work, and leisure. The supply of food before the sixth month of life causes damages to the health of the baby, being the most common to the inadequate nutrition and infections caused by contaminants present in the food, besides generating greater risk for the allergies due to the physiological immaturity. The results of this research provided insight into the consequences of early weaning for the infant, thus reinforcing the importance of exclusive breastfeeding up to six months of the infant's life. The purpose of encouraging breastfeeding is crucial to combat infant mortality and to prevent harm to the baby's health due to the lack of such practice. It is essential that the health system build strategies to encourage breastfeeding, as well as seek solutions to reduce the difficulties of this practice, given the importance of breastfeeding in the health of the infant.

**Keywords:** Breastfeeding. Early Weaning Infant. Mothers.

## INTRODUÇÃO

Em concordância com Moraes et al. (2014), o aleitamento materno exclusivo é aquele que o bebê recebe em sua dieta somente o leite materno, fazendo uso, ocasionalmente, apenas medicamentos orais, como gotas ou xaropes, até o seu sexto mês de vida.



**Artigo**

Os inúmeros benefícios faz com que o aleitamento materno ocupe lugar de destaque entre as ações básicas de saúde, sendo tanto na diminuição da morbidade e mortalidade das crianças, como também na melhora de sua qualidade de vida. Mas para isso, o aleitamento materno é preconizado como exclusivo, ou seja, sem consumo de chás, água, sucos ou outros alimentos até os sexto mês de vida (FIALHO et al., 2014).

Conforme Rocci e Fernandes (2014), apesar dos muitos benefícios já conhecidos e extensivamente divulgados do aleitamento materno e da criação de programas de promoção a essa prática, as taxas mundiais de amamentação ainda permanecem abaixo dos níveis recomendados.

A amamentação é a melhor maneira de alimentar o bebê e auxilia no desenvolvimento da criança. Estudos mostram a amamentação exclusiva para crianças até os seis meses de vida é primordial para promover a saúde física e mental, não apenas da criança, mas também da mãe, além de ser a estratégia que mais previne a mortalidade infantil (BUENO, 2013).

De acordo com Santos et al. (2014), a proteção, a promoção e o apoio ao aleitamento materno têm sido uma estratégia de extrema importância entre os esforços mundiais para melhorar as condições de saúde das crianças. Dentre os benefícios do aleitamento materno estão menores taxas de diarreia, de infecções do trato respiratório e outras infecções, além de menor mortalidade por essas doenças em crianças que estão sendo amamentadas.

Segundo Cervato-Mancuso et al. (2010), o leite materno possui outros componentes que atuam na defesa do organismo do bebê, além da composição adequada de nutrientes, como imunoglobulinas, fatores anti-inflamatórios e imunoestimuladores. Seus mecanismos incluem atividade específica contra agentes infecciosos, crescimento celular da mucosa intestinal, que aumentam a resistência às infecções, entre outros.

O ideal é que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de tempo de permanência na mama. É o que se chama de amamentação em livre demanda. Nos primeiros meses, é normal que a criança mame com frequência e sem horários regulares. Em geral, um bebê em aleitamento materno exclusivo mama de oito a 12 vezes ao dia. Muitas vezes, as mães costumam interpretar esse comportamento normal como sinal de fome do bebê, leite fraco ou pouco leite, o que pode resultar na introdução precoce e desnecessária de suplementos (BRASIL, 2015).

O leite do início da mamada, o chamado leite anterior, pelo seu alto teor de água, tem aspecto semelhante ao da água de coco. Porém, ele é muito rico em anticorpos. Já o leite do meio da mamada tende a ter uma coloração branca opaca devido ao aumento



**Artigo**

da concentração de caseína. E o leite do final da mamada, o chamado leite posterior, é mais amarelado devido à presença de betacaroteno, pigmento lipossolúvel presente na cenoura, abóbora e vegetais de cor laranja, provenientes da dieta da mãe (BRASIL, 2015).

Em conformidade com Bezerra et al., (2015), a ausência de amamentação ou sua interrupção precoce e a introdução de outros alimentos à criança antes do sexto mês de vida são frequentes, com consequências importantes para a saúde do bebê, como exposição a agentes infecciosos e prejuízo da digestão, dentre outros agravos à saúde.

Alves (2010) afirma que o desmame precoce é a interrupção do aleitamento materno exclusivo, antes do bebê completar seis meses de vida, independente de qual seja o motivo dessa interrupção.

O objetivo geral da pesquisa foi discorrer a respeito do desmame precoce. Como objetivos específicos tem-se ressaltar a importância do aleitamento materno, relatar quais as dificuldades que as mães enfrentam na amamentação, dissertar quais as principais causas da interrupção precoce da amamentação e, por fim, elencar as consequências do desmame precoce.

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **Importância do aleitamento materno para o lactente**

Em conformidade com Epifanio e Margotti (2014), o aleitamento materno é de extrema relevância para o crescimento e o desenvolvimento adequados do lactente, bem como para sua saúde física e psicológica.

Segundo Oliveira et al. (2015), o leite materno tem grande importância no combate à fome extrema e desnutrição determinado nos dois primeiros anos de vida, sendo ele, em muitos casos, responsáveis pela sobrevivência da criança, principalmente aquelas em condições desfavoráveis.

O aleitamento materno promove um ganho de peso adequado, além de ser um alimento livre de contaminação, adequado à fisiologia do lactente, proporciona proteção e prevenção contra agentes infecciosos e possui outras características peculiares que não são encontrados nas demais formulações infantis, e que torna este alimento essencial para um apropriado desenvolvimento do bebê (MOURA et al., 2015).

De acordo com Rodrigues et al., (2014), o leite materno é um alimento completo e adequado às necessidades nutricionais da criança em seus primeiros meses de



**Artigo**

vida. Rico em nutrientes como vitaminas, proteínas, minerais, lipídios com quantidade suficiente de ácidos graxos essenciais, ferro de boa absorção e água, além de possuir propriedades anti-infecciosas e fatores de crescimento.

Conforme Cervato-Mancuso et al. (2010), além dos anticorpos, o colostro humano contém diversos fatores bioquímicos e células imunocompetentes, que interagem entre si e com a mucosa dos tratos digestivo e respiratório do bebê, ofertando não apenas imunidade passiva, como também estímulo ao desenvolvimento e maturação do próprio sistema imune de mucosas do neonato.

Epifanio e Margotti (2014) apontam que o crescente reconhecimento da adequação do leite materno às necessidades nutricionais dos lactentes, e a ocorrência de doenças, como as doenças crônicas não transmissíveis, doenças alergênicas, reforçam a indicação para manter o leite materno como fonte alimentar exclusiva até o sexto mês de vida do bebê.

Cervato-Mancuso et al. (2010) afirmam que o aleitamento materno exclusivo protege as crianças pequenas de evoluírem para quadros mais graves de infecção respiratória. Quando predominante por pelo menos seis meses e até um ano de idade também pode reduzir a prevalência de infecções respiratórias na infância. O leite materno é capaz de reduzir a exposição e a absorção intestinal de alergênicos responsáveis por doenças respiratórias.

**Importância do aleitamento materno para a mãe**

Rodrigues et al. (2014) apontam que o aleitamento materno também oferece várias vantagens para a nutriz, tais como a redução dos riscos de câncer de mama, ovário e útero, e a prevenção da osteoporose.

Em conformidade com Moura et al., (2015), outro benefício do leite materno é por ser um alimento prático, já que está acessível a qualquer momento, na temperatura certa para o lactente.

De acordo com Rodrigues et al. (2014), o ato de sucção do bebê alivia a mãe da sensação desconfortante dos seios cheios e pesados, promovendo a secreção de prolactina (responsável pela produção do leite e inibição da ovulação). É importante ressaltar que o ato de amamentar essencial para a consolidação dos laços afetivos entre mãe e filho.



**Artigo**

**Dificuldades da nutriz em oferecer o aleitamento materno**

De acordo com Rodrigues et al. (2014), apesar de a amamentação ser um processo natural do ser humano, é comum encontrar, mães com dificuldades nesse processo, o que pode provocar o desmame precoce.

Moura et al. (2015) enfatizam que alguns fatores favorecem o desmame precoce como, o nível de escolaridade da mãe, trabalho materno, renda familiar, presença do pai, as suas condições de nascimento e o período pós-parto, idade da mãe, influências culturais dos familiares e as condições habituais de vida. Esses fatores estão diretamente relacionados à mãe, outros se referem à criança e ainda ao ambiente.

Segundo Epifanio e Margotti (2014), a mãe no momento que entra no mercado de trabalho tem risco aumentado para oferecimento precoce de alimentos diferentes do leite materno, em especial, o leite de vaca. A iminência do retorno ao ambiente de trabalho conduz a nutriz a incluir precocemente o leite artificial na alimentação da criança.

Pesquisas mostraram que para a maioria das mulheres a experiência da amamentação é um processo desgastante, repletos de dificuldades, incertezas, ansiedades e culpa (SANCHES et al., 2011).

**Causas da interrupção precoce da amamentação**

Epifanio e Margotti (2014) acharam em seu estudo que os fatores de risco para autoeficácia prejudicada no aleitamento materno foram: escolaridade (mulheres com estudo de até 8 anos) e as mães que tiveram seu primeiro filho.

Segundo Rodrigues et al. (2014), as razões que podem levar ao desmame prematuro são: deficiência orgânica da mãe, nível socioeconômico, mudanças na estrutura familiar, algum problema com o bebê, grau de escolaridade, urbanização, condições do parto, idade materna, falta de incentivo do cônjuge e de parentes, trabalho materno e desinteresse da mãe em amamentar.

O afastamento de mãe e filho em decorrência do retorno da mulher ao trabalho é um dos fatores de risco para o desmame precoce, sendo a falta de informações quanto à retirada e armazenamento adequado do leite materno, tema que geralmente não faz parte do senso comum e pouco falado no período pré-natal, como um desses fatores agravantes (OLIVEIRA et al., 2015).

Fialho et al., (2014) verificaram em seu estudo que os principais motivos relacionados ao desmame estão, o uso de chupetas e mamadeiras, o relato de mães



**Artigo**

afirmando que “o leite secou” ou o “bebê chorava”, ou ainda, o “leite materno fraco”, nível socioeconômico, grau de escolaridade da mãe, trabalho materno, incentivo do companheiro e de parentes e ainda a intenção da mãe de amamentar.

Moreno e Schmidt (2014) afirmaram em seu estudo que os principais fatores relatados pelas mães para a interrupção da amamentação de maneira precoce foram à falta de motivação e hipogalactia.

Em concordância com Oliveira et al., (2015), os problemas mamários estão dentre os principais fatores que levam a ocorrência do desmame precoce. As intercorrências associadas à mama puerperal podem ser revertidas com técnicas adequadas de pega.

**Consequências do desmame precoce**

Segundo Moura et al. (2015), a falta de amamentação ou sua interrupção precoce em associação a introdução de outros alimentos à criança antes do sexto mês de vida traz consequências importantes para a saúde do bebê, a exemplo de exposição a agentes infecciosos, contato com proteínas estranhas, prejuízo da digestão e assimilação de elementos nutritivos, entre outras.

Schincaglia et al. (2015) confirmam que a introdução precoce de alguns alimentos, como por exemplo o leite de vaca, podem ocasionar processos alérgicos, além do que a exposição prematura a proteínas diferentes do leite materno estar associada ao aumento do risco de diabetes tipo 1 e de doenças atópicas, como asma.

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão da literatura sobre o tema exposto, cujas fontes de pesquisa foram as seguintes bases de dados: SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e BIREME (Biblioteca Regional de Medicina). Os descritores utilizados na pesquisa foram aleitamento materno, desmame precoce, amamentação, nutrição do lactente. Foram selecionados artigos dos últimos 10 anos e somente da língua portuguesa. Foram encontrados 230 artigos, em seguida, foram excluídos os que não condiziam com o tema proposto, e, finalmente foram selecionados os 20 artigos que melhor abordaram o conteúdo escolhido para a elaboração do presente



**Artigo**

artigo. Este estudo não passou pelo comitê de ética, visto que não utilizou seres vivos para elaboração da pesquisa.

**RESULTADO E DISCUSSÃO**

Giuliani et al. (2011), verificou em seu estudo que o aleitamento materno tem sido iniciado pela maioria das mães, porém poucas conseguem realiza-lo exclusivamente até os seis meses. A introdução de água, chá ou suco vem sendo realizada precocemente, antes do sexto mês de vida pela maioria das mulheres. O desmame completo antes dos seis meses está sendo bastante praticado.

Em seu estudo Pinheiro et al. (2016) afirmaram que alguns fatores podem interferir na iniciação e duração do aleitamento materno, sejam eles culturais, sociais, biológicos ou até rotinas intra-hospitalares.

De acordo com Sousa et al. (2016), o desmame e/ou a introdução de outros alimentos antes do sexto mês de vida do lactente é multifatorial e está relacionado ao contexto no qual as mães estão inseridas, quais sejam: deficiência orgânica da mãe, problemas com o bebê, responsabilidade atribuída à mãe, mudanças na composição da estrutura familiar, baixo nível socioeconômico, grau de escolaridade, idade, trabalho materno para sustento da família, a urbanização e industrialização, incentivo do cônjuge e de parentes (especialmente das avós).

Sanches et al., 2011, observaram em sua pesquisa alguns fatores de risco para a interrupção precoce da amamentação, como pouca idade, inserção no mercado de trabalho, provavelmente, com horários inflexíveis, e uso inadequado de álcool.

Moraes et al. (2014), verificaram em seu estudo que quanto menor é o grau de instrução da mãe, mais precoce é a oferta de outro tipo de alimento substitutivo ou complementar na alimentação do bebê.

Segundo Peres e Pegoraro (2014) a necessidade de afastamento materno, escolaridade materna elevada, ambiguidade entre o querer e o poder amamentar, maternidade precoce, inadequação entre as suas necessidades e as do bebê, culpa materna, desinteresse em amamentar, dificuldade para amamentar, doença materna, estado conjugal, falta de experiência com amamentação, falta de preparo para amamentar, ingestão de álcool na gestação, primiparidade, medicamentos utilizados pela mãe, não reconhecimento das vantagens do aleitamento materno, queixa sobre a amamentação no





## Artigo

primeiro mês, gestação múltipla são fatores relacionados à mãe e que causam o desmame precoce.

Rocci e Fernandes (2014) afirmam que a cultura interfere vigorosamente nas crenças maternas e a interferência de outras pessoas no que se refere ao “leite fraco”, pode levar as mães a acreditarem que não são capazes de produzir leite em quantidade suficiente, mesmo quando são orientadas.

De acordo com Sanches et al., 2011, tem-se a dificuldade das mães nas primeiras mamadas, a reclamação da mãe sobre a mamada no primeiro mês e o uso da chupeta no primeiro e segundo meses como fatores que mostraram associação com o desmame precoce.

No estudo de Sousa et al. (2016) verificaram que com a oferta do leite na mamadeira, o bebê poderá não mais aceitar com naturalidade a amamentação, estimulando, assim, a interrupção precoce do aleitamento no seio da mãe. O uso de mamadeiras e chupetas pode modificar o reflexo de sucção do bebê, tendo como consequência o desmame precoce.

Moreno e Schmidt (2014) apontaram em seu estudo que as principais dificuldades relatadas pelas nutrizes foram o ingurgitamento mamário, a fissura, a hipogalactia referida pelas lactantes e a necessidade da mãe em voltar ao trabalho.

Segundo Giuliani et al. (2011), para muitas mulheres, a amamentação é uma experiência desagradável, que exige esforço físico, resultando no cansaço, e que limita suas ações no desempenho de outras atividades, como estudo, trabalho e lazer.

Em concordância com Martins et al., 2011, o baixo tempo de escolaridade da mãe esteve associado ao desmame precoce. Do mesmo modo, a baixa escolaridade materna esteve associada à introdução de água e chá no primeiro dia de vida do bebê, sendo um importante fator de risco para o desmame precoce.

Em estudo realizado por Pinheiro et al. (2016), a indicação de suplemento alimentar em alojamento conjunto para o lactente ainda é muito frequente, sendo um dos fatores de risco para interrupção precoce do aleitamento. Nesse estudo foi encontrado uma prevalência de 16%, o que é um dado preocupante, devido a substituição do leite humano pela fórmula artificial, que pode causar doenças alérgicas e autoimunes, pelo contato com proteínas de leite de outras espécies.

Com relação aos fatores externos, pode-se citar como causas do desmame precoce interferências externas, introdução precoce de leites e fórmulas lácteas, pai não residir com a criança, opinião do pai desfavorável ou indiferente, relações entre familiares (PERES; PEGORARO, 2014).



**Artigo**

De acordo com Rodrigues et al. (2014), alguns motivos para o desmame precoce relatado pelas mães foram dificuldades logísticas, em função do retorno ao trabalho e interrupção do aleitamento materno exclusivo no quarto mês, em função da redução ou ausência de produção láctea.

Peres e Pegoraro (2014) afirmaram em seu estudo que os principais fatores relacionados ao bebê e que tem como consequência a interrupção precoce da amamentação são: baixo peso ao nascer, hospitalização da criança, criança que recusa o seio, choro do bebê (sendo mal interpretado como fome).

Sanches et al. (2011) declararam que mães com partos múltiplos tiveram maior probabilidade de interromper prematuramente o aleitamento materno exclusivo, em relação aquelas com partos únicos. Dos fatores relacionados ao nascimento, o peso abaixo ou igual a 2Kg mostrou associação com a interrupção da amamentação até o terceiro mês, comparando-se com o peso superior a este.

Em conformidade com Moreno e Schmidt (2014) a falta de auxílio profissional no manejo a problemas relacionados ao aleitamento materno pode colaborar para que ocorra a interrupção precoce da amamentação.

Moura et al. (2015) confirma que uma amamentação inapropriada associada a uma condição socioeconômica insuficiente pode favorecer o surgimento de um ambiente adequado ao surgimento da obesidade infantil.

Em concordância com Marques et al. (2011), a introdução precoce dos alimentos pode trazer inúmeras desvantagens, pois além de reduzir a duração do aleitamento materno, pode interferir na absorção de nutrientes e também estar relacionada à maior ocorrência de doenças infecciosas e crônicas não transmissíveis na idade adulta.

De acordo com Schincaglia et al. (2015) a oferta de alimentos antes do sexto mês de vida acarreta prejuízos à saúde do bebê, sendo os mais comuns à nutrição inadequada e infecções causadas por contaminantes presentes nos alimentos mal higienizados e/ou mal acondicionados, além de gerar maior risco para as alergias em função da imaturidade fisiológica e levar a maiores gastos financeiros para a família.

A incidência da alergia alimentar ocorre principalmente até o sexto mês de vida e afeta especialmente lactentes que receberam amamentação por um período de tempo muito curto ou então, aqueles que não receberam nenhum leite materno, visto que o colostro acelera a maturação do epitélio intestinal e protege contra agentes patogênicos. Na população que participou desse estudo, 25% apresentaram alergia e intolerância alimentar, sendo que a maioria das crianças que apresentaram reações foram desmamadas



**Artigo**

antes dos seis meses de idade, e no grupo que não apresentou alergias houve uma diferença de 3,6 meses a mais de aleitamento materno (CALZA, 2012).

Moreno e Schmidt (2014) deduziram em seu estudo que o acompanhamento por um profissional capacitado, habilitado, com conhecimento técnico e que transmita confiança pode possibilitar o reconhecimento de fatores de risco para desmame precoce e o manejo das dificuldades no estabelecimento e manutenção da amamentação.

Em estudo realizado por Marques et al. (2011), verificaram que a introdução do leite de vaca na alimentação complementar de lactentes está acontecendo cada vez mais cedo. Como consequência, o uso do leite de vaca integral é fator de risco independente para desenvolvimento de anemia ferropriva. Para cada mês de uso de leite de vaca há queda de 0,2 g/dL nos níveis de hemoglobina.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados dessa pesquisa possibilitaram conhecimentos a cerca das consequências do desmame precoce para o bebê, reforçando assim, a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do lactente. O propósito de incentivar o aleitamento materno é fundamental para combater a mortalidade infantil e evitar agravos à saúde do bebê em decorrência da falta dessa prática.

Dentre as principais causas de desmame precoce foram citadas a escolaridade materna, o nível socioeconômico, falta de incentivo por parte da família, condições do parto, o fato de ser o primeiro filho, idade da mãe, trabalho, dentre outros.

As principais consequências decorrentes da interrupção precoce do aleitamento materno são a incidência de alergias e intolerâncias alimentares, surgimento de infecções, desenvolvimento de obesidade infantil, aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis na fase adulta.

É fundamental que o sistema de saúde monte estratégias para incentivar o aleitamento materno, assim como buscar soluções para diminuir as dificuldades dessa prática, dado a importância da amamentação na saúde do lactente.

Assim sendo, o conhecimento das causas e dificuldades que as mães enfrentam na amamentação é imprescindível para reverter à interrupção precoce do aleitamento materno.



**Artigo**

**REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Saúde da criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Brasília. 2015. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/saude\\_crianca\\_aleitamento\\_mater\\_no\\_cab23.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_mater_no_cab23.pdf)>. Acesso em: 16 fev 2017.

BEZERRA, M. E. B.; FLORENTINO, E. C. L.; MACHADO, A. L. G.; MOURA, E. R. B. B. Investigação dos fatores sociais que interferem na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revista Intertox-EcoAdvisor de Toxicologia Risco Ambiental e Sociedade**, v. 8, n. 2, p. 94-116. Piauí. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Filipe/Downloads/203-838-1-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 19 mar 2017.

BUENO, K. C. V. N. A importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade para a promoção de saúde da mãe e do bebê. Minas Gerais. 2013.

CALZA, G. F. Relação entre Desmame Precoce e Alergias Alimentares em Crianças Matriculadas em Duas Instituições Filantrópicas de Brasília – DF. **FACES**. Brasília. 2012.

CERVATO-MANCUSO, A. M.; SILVA, M. E. M. P.; PASSANHA, A. Elementos protetores do leite materno na prevenção de doenças gastrintestinais e respiratórias. **Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum.** p. 251-260. São Paulo. 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n2/17.pdf>>. Acesso em: 19 mar 2017.

EPIFANIO, M.; MARGOTTI, E. Aleitamento materno exclusivo e a Escala de Auto eficácia na Amamentação. **Revista Rene**. p. 771-779. 2014.

FIALHO, F. A.; LOPES, A. M.; DIAS, I. M. A. V.; SALVADOR, M. Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno. **Revista CUIDARTE**. v. 5. p. 1-10. 2014.

GIULIANI, N. R.; OLIVEIRA, J.; SANTOS, B. Z.; BOSCO, V. L. Prevalência do Início do Desmame Precoce em duas Populações Assistidas por Serviços de Puericultura de Florianópolis, SC, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**. p. 239-244. Santa Catarina. 2011.



**Artigo**

MARTINS, C. C.; VIEIRA, G. O.; VIEIRA, T. O.; MENDES, C. M. C. Fatores de riscos maternos e de assistência ao parto para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: estudo de coorte. **Revista Baiana de Saúde Pública**. p.167-178. Bahia. 2011.

MARQUES, R. F. S. V.; SARNI, R. O. S.; SANTOS, F. P. C.; BRITO, D. M. P. Práticas inadequadas da alimentação complementar em lactentes, residentes em Belém-PA. Pará. 2011.

MORAES, J.T.; OLIVEIRA, V. A. C.; ALVIN, E. A. B. A. Percepção da nutriz frente aos fatores que levam ao desmame precoce em uma unidade básica de saúde de Divinópolis/MG. **Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro**. p. 971-982. 2014.

MORENO, P. F. B. B.; SCHMIDT, K. T. Aleitamento materno e fatores relacionados ao desmame precoce. **Cogitare Enferm**. p. 576-581. Paraná. 2014.

MOURA, E. R. B. B.; FLORENTINO, E. C. L.; BEZERRA, M. E. B.; MACHADO, A. L. G. Investigação dos fatores sociais que interferem na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revista Intertox-EcoAdvisor de Toxicologia Risco Ambiental e Sociedade**. v. 8, n. 2, p. 94-116. Piauí. 2015.

OLIVEIRA, C. S.; LOCCA, F. A.; CARRIJO, M. L. R.; GARCIA, R. A. T. M. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. p. 16-23. Mato Grosso. 2015.

PERES, P. L. P.; PEGORARO, O. A. Condições desiguais como causas para a interrupção do aleitamento materno. **Rev enferm UERJ**. p. 278-285. Rio de Janeiro. 2014.

PINHEIRO, J. M. F.; MENEZES, T. B.; BRITO, K. M. F.; MELO, A. N. L.; QUEIROZ, D. J. M.; SUREIRA, T. M. Prevalência e fatores associados à prescrição/solicitação de suplementação alimentar em recém-nascidos. **Rev. Nutr**. p. 367-375. Campinas. 2016.

ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Revista brasileira de enfermagem**. p. 22-27. São Paulo. 2014.



**Artigo**

SANCHES, M. T. C.; BUCCINI, G. S.; GIMENO, S. G. A.; ROSA, T. E. C.; BONAMIGO, A. W. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. **Revista Caderno de Saúde Pública**. p. 953-965. Rio de Janeiro. 2011.

SANTOS, F.S.; SANTOS, F.C.; SANTOS, L.H.; LEITE, A.M.; MELLO D.F. Aleitamento materno e proteção contra diarreia: revisão integrativa da literatura. Maranhão. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/eins/2015nahead/pt\\_1679-4508-eins-S1679-45082015RW3107.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/2015nahead/pt_1679-4508-eins-S1679-45082015RW3107.pdf)>. Acesso em: 16 fev 2017.

SCHINCAGLIA, R. M.; OLIVEIRA, A. C.; SOUSA, L. M.; MARTINS, K. A. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiol. Serv. Saúde**. p. 465-474. Brasília. 2015.

SOUSA, S. A.; ARAÚJO, R. T.; TEXEIRA, J. R. B.; MOTA, T. N. Aleitamento materno: fatores que influenciam o desmame precoce entre mães adolescentes. **Rev enferm UFPE**. p. 3806-3013. Recife. 2016.



**Artigo**

**A DISCROMATOPSIA: APLICAÇÃO DO TESTE DE ISHIHARA EM UMA ESCOLA LOCALIZADA NO MUNICÍPIO DE NATIVIDADE-RJ**

**THE DYSCHROMATOPSIA: APPLICATION OF THE ISHIHARA TEST IN A SCHOOL LOCATED IN THE CITY OF NATIVITY-RJ**

Lucas Capita Quarto<sup>1</sup>  
Fábio Luiz Fully Teixeira<sup>2</sup>  
Eliana Crispim França Luquetti<sup>3</sup>  
Sonia Maria da Fonseca Souza<sup>4</sup>  
Vyvian França Souza Gomes Muniz<sup>5</sup>

**RESUMO:** A discromatopsia é uma doença congênita que influencia na capacidade de um indivíduo discriminar, na maioria das vezes, as cores verde e vermelho. Existem diversos testes que facilitam a identificação da discromatopsia e como ela afeta a percepção de cores de uma pessoa. Destes, o mais conhecido e utilizado é o teste de Ishihara. O presente estudo tem como objetivo a aplicação do teste de Ishihara em uma escola localizada no município de Natividade- RJ. O teste foi aplicado para 75 alunos, destes 48 meninos e 27 meninas. Do total de estudantes que participaram da análise, 2 estudantes do gênero masculino e 1 estudante do gênero feminino apresentaram discromatopsia, o que totaliza 4% da amostragem total. Os dados obtidos na pesquisa estão no limite apresentado na literatura. De acordo com os resultados obtidos, conclui-se que ocorre uma prevalência de 4% de discromatopsia no percentual de estudantes que participaram da análise. O teste de Ishihara se demonstrou uma ferramenta útil para a análise da população estudada.

---

<sup>1</sup> Engenheiro de Produção pela Universidade Iguazu (UNIG).

<sup>2</sup> Doutorando em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). E-mail: fabiofully@gmail.com

<sup>3</sup> Pós- Graduação em Cognição em Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF).

<sup>4</sup> Pós- Graduação em Cognição em Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF).

<sup>5</sup> Pós- Graduação em Cognição em Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF).



**Artigo**

**Palavras chave:** discromatopsia, daltonismo, cores, teste de Ishihara, Ishihara

**ABSTRACT:** Chondromatopsia is a congenital disease that influences an individual's ability to discriminate, most often, green and red. There are several tests that facilitate the identification of dyschromatopsia and how it affects a person's color perception. Of these, the best known and most widely used is the Ishihara test. The present study has as objective the application of the Ishihara test in a school located in the municipality of Natividade - RJ. The test was applied to 75 students, of these 48 boys and 27 girls. Of the total number of students who participated in the analysis, 2 male students and 1 female student presented dyschromatopsia, which represents 4% of the total sample. The data obtained in the research are at the limit presented in the literature. According to the results obtained, it is concluded that a prevalence of 4% of dyschromatopsia occurs in the percentage of students who participated in the analysis. The Ishihara test proved to be a useful tool for analyzing the studied population.

**Keywords:** dyschromatopsia, color blindness, colors, test of Ishihara, Ishihara.

## INTRODUÇÃO

Isaac Newton (1642-1727) através da descoberta que a luz é a fonte de todas as cores, impulsionou todos os estudos, experimentos e teorias, acerca do assunto, que foram surgindo no decorrer dos séculos. O cientista apresentou a sua teoria através de um prisma o qual um feixe de luz atravessou em seu interior, projetando uma luz emergente num papel. O resultado desse experimento foi uma imagem que conhecemos como espectro colorido: uma série de cores que variam do vermelho ao violeta. Posteriormente, posicionou os raios coloridos na direção de outro prisma e obteve a luz branca original. Por intermédio desse fenômeno, Isaac Newton provou que a luz branca é a combinação de todas as cores.

A visão de cores, conforme apresentado por Casarin (2015), é um fenômeno complexo que envolve células fotossensíveis especiais, denominadas cones. A retina humana possui cerca de cinco milhões de células fotorreceptoras (cones) e cada uma contém sua fotopsina específica, sendo estas: vermelha, verde ou azul. As células fotorreceptoras são responsáveis pela forma como enxergamos as cores.





**Artigo**

Para Pereira (2017) a discromatopsia ou daltonismo abrange uma parte considerável da população mundial, apesar da maior incidência ocorrer no gênero masculino por condições hereditárias passadas de mãe para filho por meio do cromossomo X. O autor destaca ainda que existem outros fatores que também podem contribuir para o desenvolvimento da anomalia, como resultado de uma lesão ocular ou de origem neurológica. Os casos mais comuns são a de não percepção das cores vermelha e verde, seguido pelas cores azul e amarelo.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 1% da população do planeta possui alguma deficiência visual. Alguns indivíduos apresentam falhas na percepção visual, anomalia denominada discromatopsia, resultando na dificuldade de discriminarem, na maioria das vezes, as cores vermelho e verde. Apesar de não haver estudos que quantifiquem a quantidade de indivíduos que possuem discromatopsia, de acordo com Vespucci (2018), estima-se que 5% dos homens e 0,5% das mulheres sejam portadores deste distúrbio.

Perante o exposto, o presente estudo tem como objetivo analisar crianças da faixa etária de 07 a 12 anos da idade que estão matriculados numa escola municipal de Natividade, interior do estado do Rio de Janeiro, para quantificar quantos destes alunos possuem discromatopsia congênita, por intermédio do teste de Ishihara. A presente pesquisa é de caráter exploratório e quantitativo e para dar embasamento ao estudo de caso foi realizado uma revisão de literatura para apresentar o conceito e histórico da discromatopsia e do teste de Ishihara.

Portanto, para responder às questões e objetivos propostos, este trabalho está estruturado da seguinte forma: introdução, revisão bibliográfica (as cores, discromatopsia e teste de Ishihara), metodologia, resultados e discussão e, finalmente, a última parte traz as considerações finais na qual se encontram as contribuições deste trabalho.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

### **As cores**

Após a captação da luz do ambiente pelos olhos o cérebro produz uma sensação conhecida como visão de cores (LIMA, 2010). Para Holtzschue (2011), as cores são estimulantes, relaxantes, expressivas, exuberantes e simbólicas. Elas estão presentes em nosso cotidiano e surtem impacto nas nossas emoções e sentimentos.



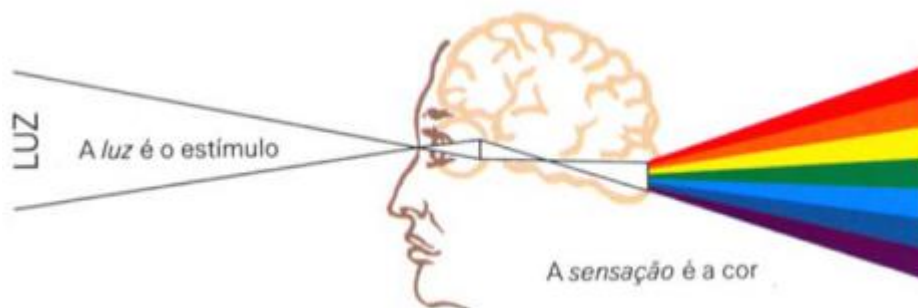
## Artigo

Segundo a definição do Dicionário Enciclopédico de Português (2006, p. 325 e 326), as cores são “uma propriedade da luz relacionada com o comprimento de ondas dos raios luminosos perceptíveis pelos olhos, sendo usual distinguirem-se sete cores no espectro solar, sendo três primárias (amarelo, vermelho e azul) e três complementares (violeta, verde e laranja), havendo ainda o anil”.

Ribeiro (2011, p. 28), define as cores “como uma percepção visual provocada pela ação de um feixe de fótons sobre células especializadas da retina que transmitem, através de informação pré-processada ao nervo óptico, impressões para o sistema nervoso”.

Inácio (2010), define a cor como um fenômeno óptico pertinente produzido pelos efeitos de um feixe de fótons sobre as células fotorreceptores presentes na retina que transmitem ao cérebro informações por meio do nervo óptico.

De acordo com Pedrosa (2002), a cor é uma sensação produzida pela luz sobre o órgão de visão por intermédio de organizações nervosas sob a ação da luz, conforme apresentado na figura 1. Os tons amplos, como os amarelos, vermelhos e azuis são sensações mais fáceis de serem vistas e registradas pelas pessoas (MAIA, 2013).



**Figura 1:** Luz/Sensação de cor

**Fonte:** Pedrosa (2003)

Para que o processo visual da cor ocorra são necessários os seguintes elementos: a luz, o objeto e o observador (GUIMARÃES, 2004). Desta forma, ainda segundo o autor, compreende-se que a cor é uma informação visual percebida pelos olhos e decodificada por meio do cérebro.



## Artigo

### Discromatopsia

As inúmeras evoluções ocorridas no decorrer dos anos tornaram o sistema visual um dos sistemas sensoriais mais importantes do ser humano, devido ao seu desenvolvimento, complexidade e capacidade de identificação (LEE, 2008). O processo da visão é responsável por 90% das informações que o ser humano é capaz de captar (RIBEIRO, 2011). O sistema visual é formado pelos bulbos dos olhos, olhos, nervos ópticos e o cérebro.

Entre as características do sistema visual dos seres humanos a mais conhecida, segundo Lima (2010), é a capacidade de discriminar comprimentos de onda presentes em uma parte específica do espectro eletromagnético (cerca de 700 a 400nm), dando origem a visão de cores. Para Kaiser e Boynton (1996), a discriminação de cores é fundamental para a sobrevivência, visto que auxilia na busca por alimentos, bem como na identificação de perigos e na busca por territórios e parceiros. Ou seja, qualquer lesão nesse órgão que venha a surtir uma queda da acuidade visual limitará a interação do indivíduo com o mundo ao seu redor.

A visão de cores está submetida a proteínas sensíveis à luz que estão presentes em três tipos de células da retina, denominadas cones, de acordo com Casarin (2015), cada célula possui seu próprio tipo de pigmento, sendo esses ativados pelo comprimento de ondas da luz vermelha, verde e azul. A percepção de cada cor está relacionada a quantidade de cada tipo de célula fotorreceptora (cone) ativada.

Existem pessoas que não possuem células receptoras suficientes ou apresentam alguma alteração. Para Casarin (2015), essas pessoas são portadoras de uma deficiência que dificulta a identificação das cores ou a ausência completa da sensibilidade a elas. Essa anomalia é denominada discromatopsia.

A discromatopsia, também conhecida daltonismo, foi descoberta no século XVIII por John Dalton, o primeiro cientista que estudou esta anomalia, sendo ele mesmo um portador dessa irregularidade (TEIXEIRA et al., 2006). Ainda segundo o autor, a discromatopsia é uma falha na percepção visual que incapacita a diferenciação de algumas cores ou até mesmo todas. Esta anomalia é congênita e ainda não existe cura.

Normalmente, a origem da discromatopsia é genética, no entanto, segundo Campos (1949), existem casos que resultam de uma lesão nos órgãos responsáveis pela visão ou uma lesão de origem neurológica. Os portadores da discromatopsia possuem dificuldade de distinguir as cores primárias, em especial o vermelho e o verde, o que surte efeito na



**Artigo**

visão das cores presentes no espectro (LIMA, 2011). Existem três tipos de discromatopsia: monocromacia, dicromacia e tricromacia anômala.

De acordo com Lima (2011), a monocromacia apresenta dois tipos, em que os monocromatas enxergam tudo preto e branco ou possuem alta sensibilidade a luz. No que diz respeito a dicromacia, a autora afirma apresentar três subtipos: deuteranopia, no qual há ausência das células fotorreceptores para o verde ou L; protanopia responsável pela falta das células fotorreceptores para o vermelho ou M; por fim, a tritanopia que resulta na ausência das células fotorreceptores para o azul ou C. A tricromacia anômala é uma deficiência na visão de cores leves.

Além do tipo mais comum de discromatopsia, em que um indivíduo não consegue distinguir o vermelho do verde, enxergando apenas tons cinzentos em várias tonalidades, há um tipo raro da doença, nomeada acromatopsia, conforme apresentado por Fernandes et al. (2003), em que as pessoas enxergam apenas as cores preto, branco e cinza. Contudo, segundo Griffiths et al. (2016), pessoas que apresentam a discromatopsia podem viver normalmente, desde que reconheçam as limitações de sua visão.

Segundo Teixeira et al. (2006), aproximadamente 5% dos homens apresentam alguma deficiência para avaliar as cores, enquanto somente 0,5% das mulheres apresentam o problema. Com isso, Urbano (1978) afirma que este problema está ligado ao cromossomo X, ocorrendo entre os homens com mais frequência. Para que haja ocorrência dessa anomalia em mulheres, faz-se necessário que os dois cromossomos X contêmam o gene anômalo.

Existem diversos testes que facilitam a identificação da discromatopsia e como ela afeta a percepção de cores de uma pessoa. Entre estes, para Casarin (2015), o mais conhecido e utilizado para identificar deficiências para discriminação dos tons verdes e vermelhos é o teste de Ishihara.

### **Teste de Ishihara**

Muito conhecido e utilizado ao redor do mundo, o método de Ishihara, figura 2, foi desenvolvido em 1906 pelo médico Shinobu Ishihara, professor da Universidade de Tóquio, visando facilitar o diagnóstico de deficiências congênitas para a visão de cores, bem como a detecção de defeitos adquiridos (LEE, 2008).

O teste de Ishihara foi reproduzido em diversas edições no decorrer dos anos. Este possui prancas de demonstração, mascaradas, escondidas e diagnósticas (BRUNI; CRUZ,



**Artigo**

2006). Ainda segundo os autores, as edições mais utilizadas são compostas por números e linhas traçadas como objetos a serem identificados.

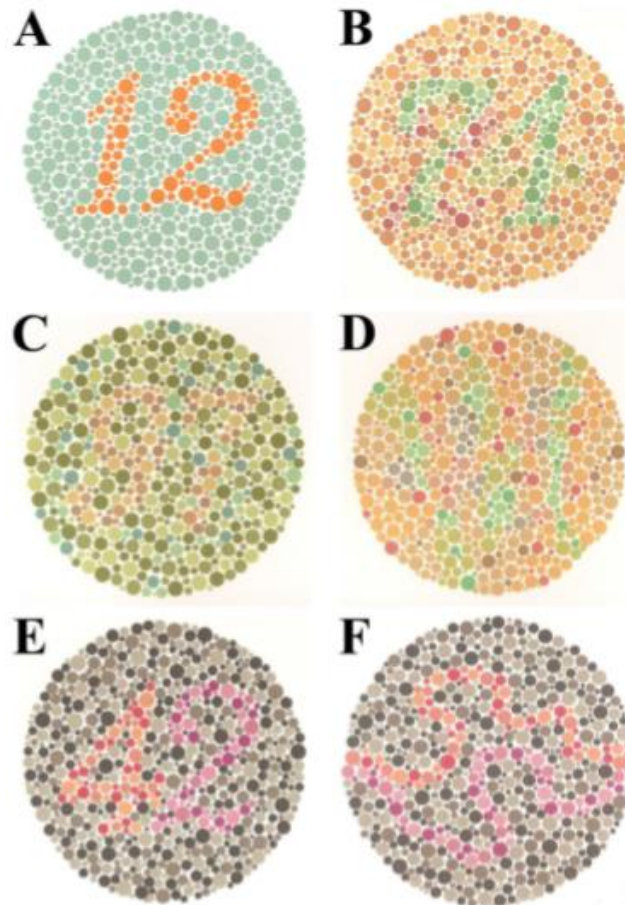
De acordo com Vespucci (2018), o método consiste em estabelecer a capacidade que um indivíduo possui em reconhecer figuras formadas por pequenos círculos coloridos, com graus de saturação e tons variados entre as cores verde e laranja, formando números, letras ou desenhos sensíveis a visão. O número de acertos obtidos por um indivíduo que está submetido ao teste de Ishihara, determinará se o mesmo possui a discromatopsia e, posteriormente, o seu tipo de daltonismo.

Uma pessoa que possui a discromatopsia apresenta dificuldades em distinguir o vermelho e o verde, logo, ela terá dificuldades para identificar os números presentes dentro de cada círculo. Assim, torna-se fácil identificar indivíduos que apresentam falhas na percepção visual.

Maia (2013), apresenta como característica dos indivíduos que possuem dificuldade de distinguir o vermelho e o verde, a forma como estes enxergam o azul e amarelo. Segundo o autor, para estas pessoas, o azul e amarelo são extremamente destacados e vivos diante do vermelho e verde, o que é facilmente identificado através do teste de Ishihara.



**Artigo**



**Figura 2:** Teste de Ishihara  
**Fonte:** Farias (2015)

**METODOLOGIA**

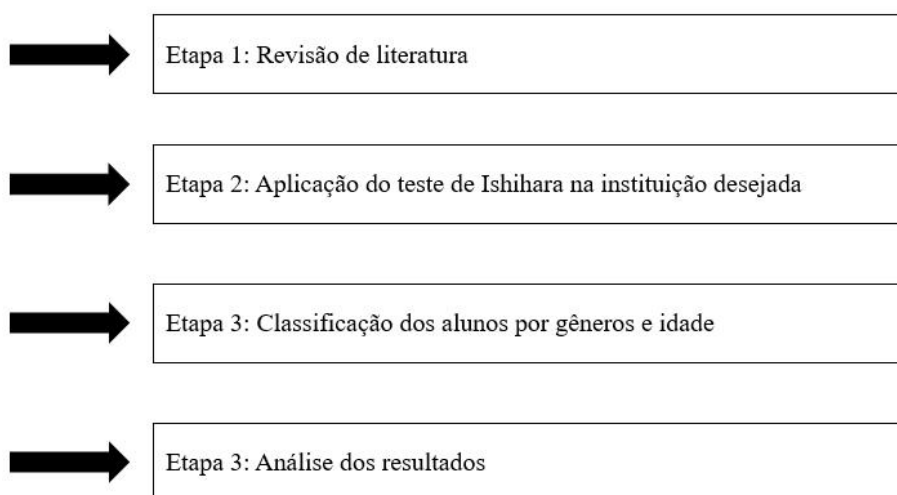
No que diz respeito a metodologia da presente pesquisa, pode-se considerá-la bibliográfica, quantitativa e exploratória. Antes da análise dos dados, foi realizada uma revisão de literatura por meio de livros, artigos e dissertações acerca dos temas abordados para dar suporte ao estudo de caso.



**Artigo**

Este estudo foi efetuado entre os meses de março e abril de 2018, com o objetivo de identificar alunos de uma escola do município de Natividade-RJ que possuem discromatopsias congênitas através do teste de Ishihara. A pesquisa foi realizada por 75 alunos, entre crianças de 07 e 10 anos, destes 27 eram meninas e 48 meninos.

A participação dos alunos na pesquisa foi autorizada pela diretora da referida instituição junto a coordenadora pedagógica. Acredita-se que os resultados obtidos beneficiarão a instituição quanto a abordagem em sala de aula, visto que é a primeira vez que o assunto é abordado na escola, logo, muitos alunos e professores desconhecem a anomalia. Durante a pesquisa, as amostragens foram separadas por gênero e nome para facilitar a análise dos resultados. A figura 3 apresenta o processo de criação do artigo.



**Figura 3:** Processo metodológico

**Fonte:** Elaborado pelos autores

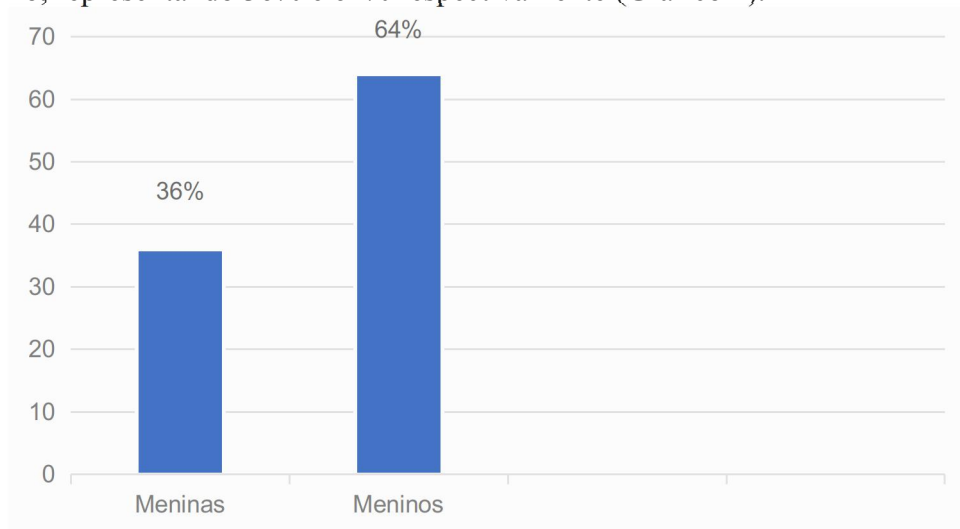
## RESULTADOS

Os alunos que participaram do teste de Ishihara tiveram cerca de 5 minutos para analisar as figuras e responder qual imagens enxergavam nelas. As pranchas foram apresentadas cerca de 30 cm dos olhos dos estudantes. No total foram avaliados 75 alunos



**Artigo**

com idades entre 07 e 12 anos. Destes, 27 pertencem ao gênero feminino e 48 ao gênero masculino, representando 36% e 64% respectivamente (Gráfico 1).



**Gráfico 1:** Percentual de alunos entrevistados de acordo com o gênero

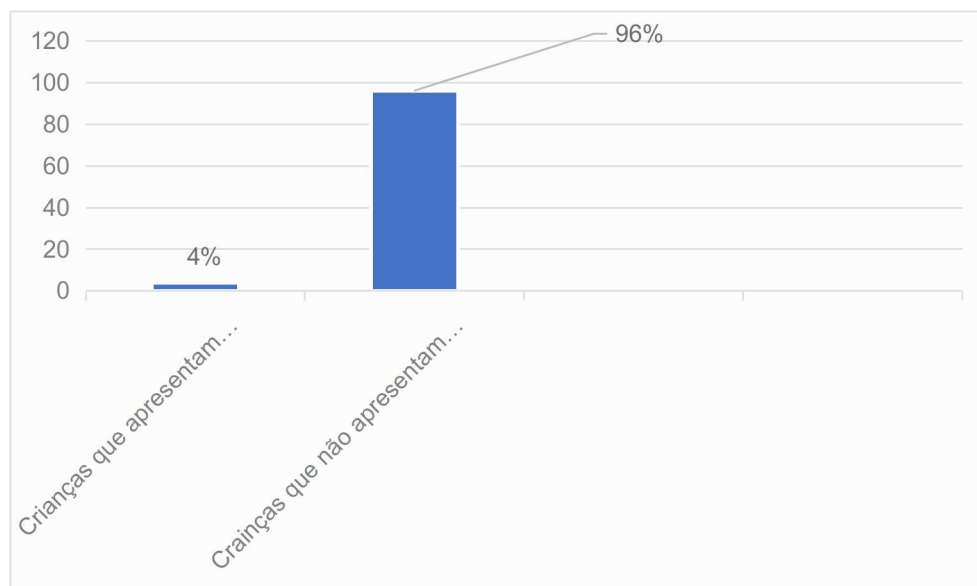
**Fonte:** Elaborado pelos autores

Após a aplicação do teste de Ishihara, os dados foram analisados. Com a análise dos resultados, conclui-se que dois estudantes do gênero masculino e uma estudante do gênero feminino apresentaram alterações na percepção de cores. Isso totaliza uma prevalência de 4% de discromatopsia (gráfico 2). A maior parte dos alunos que apresentaram a discromatopsia são do gênero masculino, representando 66,7% da amostragem (gráfico 3).





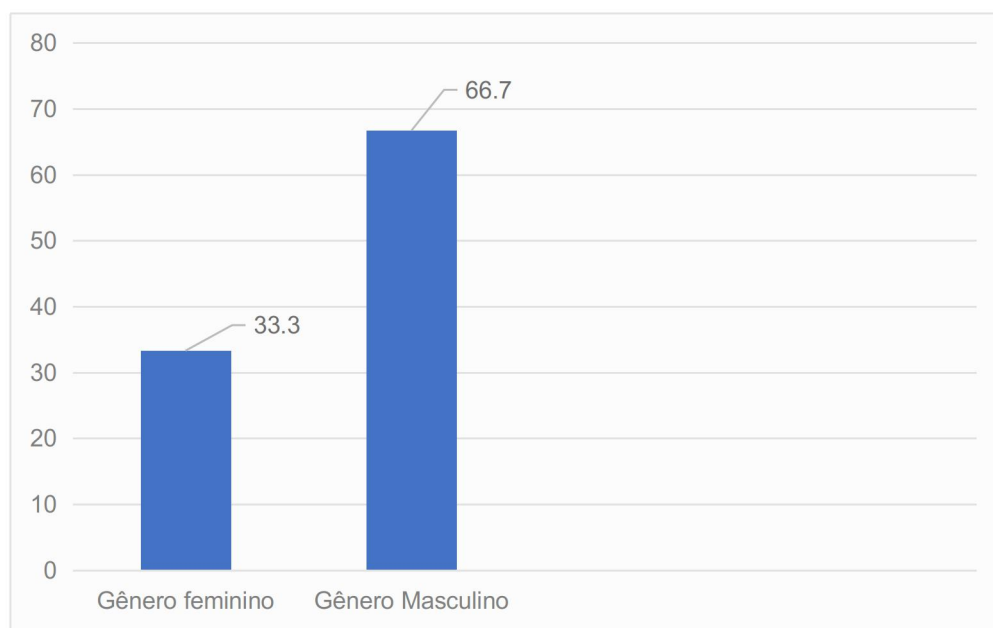
**Artigo**



**Gráfico 2:** Porcentagem de estudantes entrevistados que apresentaram discromatopsia  
**Fonte:** Elaborado pelos autores



**Artigo**



**Gráfico 3:** Porcentagem de estudantes que apresentaram a discromatopsia de acordo com o gênero

**Fonte:** Elaborado pelos autores

## CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos, conclui-se que ocorre uma prevalência de 4% de discromatopsia no percentual de estudantes que participaram da análise. Os estudantes do gênero masculino apresentaram um maior número de casos em relação ao gênero feminino, aproximadamente 66,7%. Ambos os dados estão no limite apresentado na literatura, o qual demonstra que a discromatopsia atinge cerca de 5% dos homens e 0,5% das mulheres.

O teste de Ishihara se demonstrou uma ferramenta útil para a análise da população estudada. É importante para os indivíduos, portadores de discromatopsia, conhecer o grau e o tipo que possuem. Quanto mais cedo for feito o diagnóstico, mais facilidade o indivíduo terá de buscar maneiras para se adaptar as atividades rotineiras. Este estudo



**Artigo**

propiciou a instituição objeto de estudo uma compreensão maior sobre a discromatopsia, logo, auxiliará em projetos pedagógicos voltados ao ensino e orientação desses alunos.

Finalmente, vale ressaltar que a maioria das pessoas com essa anomalia apresentam dificuldades em algumas atividades rotineiras, como exercer algumas profissões, visualizar placas e sinais e até mesmo combinar roupas. No entanto, apesar das dificuldades, alguns indivíduos conseguem viver um ritmo de vida comum.

**REFERÊNCIAS**

BRUNI, L. F.; CRUZ, A. A. V. Sentido cromático: tipos de defeitos e testes de avaliação clínica. Arquivo Brasileiro de Oftalmologia. vol. 69, n. 5, São Paulo Setembro-Outubro. 2006.

CAMPOS, E. O daltonismo. Revista Brasileira de Oftalmologia, 1949.

CASARIN, F. C. F. O daltonismo: um exemplo de herança ligada ao cromossomo X. 2015. 17 f. Monografia (Especialização) – Curso de Especialização em genética para professores do Ensino Médio, Universidade Federal do Paraná, Cruzeiro do Oeste, 2015.

DICIONÁRIO ENCICLOPÉDICO DE PORTUGUÊS. Editorial Verbo. S. A. Vol. 3. 2006.

FARIAS, L. M. A. Correlação entre parâmetros estimados pelos testes Colour assessment and Diagnosis e Cambridge Colour Teste na avaliação da discriminação das cores. 2015. 117 f. (Dissertação) Mestrado – Curso de Pós-Graduação em Neurociências e Biologia Celular. Universidade Federal do Pará, Belém, 2015.

FERNANDES, P. J. et al. Daltonismo y rendimiento escolar en la Educación Infantil. Revista de educación, 330, 449-462, 2003.

GUIMARÃES, Luciano. A Cor como Informação - A Construção Biofísica, Linguística e Cultural da Simbologia das Cores. 3. ed. Editora Annablume, 2004.



**Artigo**

GRIFFITHS, A. J. F. et al. Introdução à Genética. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

HOLTZSCHUE, L. Understanding Color: An Introduction for Designers. Fourth Edition, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey, USA, 2011.

INÁCIO, V. C. G. Cor e emoção: relação entre cores do vestuário e as emoções atribuídas às cores. 2010. 123 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Design de Moda, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2010.

KAISER, P. K.; BOYNTON, R. M. Human Color Vision. Washington, DC: Optical Society of America, 1996.

LEE, J. Uma ferramenta adaptativa para facilitar a visualização de imagens para pessoas portadoras de daltonismo. 2008. 60 f. Monografia (Graduação) – Curso de Engenharia da Computação, Universidade de Pernambuco, Recife, 2008.

LIMA, I. C. N. A inconstitucionalidade da proibição de obtenção da carteira de motorista por daltônicos. EMERJ. Rio de Janeiro. 2011.

LIMA, M. G. Avaliação da sensibilidade ao contraste espacial de cores em humanos. Dissertação de Mestrado. Belém: Universidade Federal do Pará, 2010.

MAIA, A. F. D. V. M. Representação gráfica de mapas para daltônicos: um estudo de caso dos mapas da rede integrada de transporte de Curitiba. 2013. 186 f. Dissertação de Mestrado – Curso de Pós-Graduação em Designer, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional da Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicap): um manual de classificação das consequências das doenças. Secretaria Nacional de Reabilitação: Lisboa, 1988.

PEDROSA, I. O Universo da Cor. Editora Senac Nacional, 2003.



**Artigo**

PEREIRA, M. M. Daltonismo, discromatopsia. 2017. Disponível em:  
<<https://www.saudebemestar.pt/pt/clinica/ofthalmologia/daltonismo/>>. Acesso em 25 abr. 2018.

RIBEIRO, M. C. S. As cores e a visão das cores. 2011. 71 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Optometria em Ciências da Visão, Universidade da beira interior, 2011.

TEIXEIRA, F. L. F et al. Prevalência de discromatopsia congênita em estudantes do noroeste fluminense. Revista Univap, São José dos Campos, v.13, n. 24, p. 1-4, out. 2006.

URBANO, L.C. V. Discromatopsia: método de exames. Arquivo Brasileiro de Oftalmologia. 1978.

VESPUCCI, K. M. Daltônicos ao volante. Revista trânsito. São Paulo. Disponível em:  
<[http://www.sinaldetransito.com.br/artigos/daltonicos\\_ao\\_volante.pdf](http://www.sinaldetransito.com.br/artigos/daltonicos_ao_volante.pdf)> Acesso em 15 de abr de 2018.



Artigo

**DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR: TRATAMENTO COM  
ACUMPUTURA NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA**

**TEMPOROMANDIBULAR DYSFUNCTION: TREATMENT WITH  
IMPROVEMENT IN THE IMPROVEMENT OF QUALITY OF LIFE**

Enoque Fernandes de Araújo<sup>1</sup>

Miscileide Nunes da Silva<sup>2</sup>

Valéria Dayane Nunes Ferreira<sup>3</sup>

Juliana Pedrine Dias Aguiar<sup>4</sup>

Manoela Capla de Vasconcelos dos Santos da Silva<sup>5</sup>

Carlos Bezerra de Lima<sup>6</sup>

**RESUMO:** A disfunção temporomandibular engloba vários problemas clínicos, relacionados à musculatura mastigatória, as articulações e/ou estruturas associadas. Sendo os sinais e sintomas mais comuns desta disfunção: mialgias, cefaleia constante ou intermitente, desconforto ou disfunção articular, otalgia, zumbidos, tonturas ou dores no pescoço. As primeiras opções para tratamentos são as mais conservadoras e menos invasivas, como acupuntura. Assim, este estudo objetiva apresentar um artigo acerca da qualidade de vida de pessoas com disfunção temporomandibular submetidas à acupuntura. Foram selecionados artigos das bases de dados, limitando-se aos idiomas Português, Espanhol e Inglês, publicados no período de 2014 a 2019. A realização deste estudo possibilitou inferir que, o tratamento alternativo com a acupuntura apresenta melhora na qualidade de vida, e tem-se mostrado tão eficiente quanto às terapias convencionais. Observou-se que os pontos de acupuntura E6, E7, ID18, VG20, VB20, B10 e, sobretudo, o IG4 foram igualmente efetivos para diminuir dor.

<sup>1</sup> Bacharelado em Odontologia no Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP.

<sup>2</sup> Bacharelada em Odontologia no Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP.

<sup>3</sup> Bacharelada em Odontologia no Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP.

<sup>4</sup> Professora Mestre do Departamento de Odontologia no Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP.

<sup>5</sup> Docente Doutora do Departamento de Odontologia no Instituto de Educação Superior da Paraíba - IESP.

<sup>6</sup> Doutor em enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Docente aposentado pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).



**Artigo**

**Palavras-chave:** Disfunção temporomandibular; Acupuntura; Qualidade de vida; Pontos de acupuntura.

**ABSTRACT:** Temporomandibular dysfunction encompasses several clinical problems related to masticatory muscles, such as joints and / or associated structures. Most of the signs and symptoms may have some degree of joint dysfunction, otalgia, tinnitus, dizziness or neck pain. Initial treatment options are more conservative and less invasive, such as acupuncture. Thus, this study aims to present a questionnaire about the quality of life of people with temporomandibular disorders submitted to acupuncture. Data were selected from the databases, limited to the English, Spanish and English languages, published in the year 2014 to 2019. The realization of this study made it possible to infer the alternative treatment with acupuncture - overcoming conventional therapies. It was observed that the acupuncture points E6, E7, ID18, VG20, VB20, B10 and, above all, the IG4 were also exercises to decrease pain.

**Keywords:** Temporomandibular dysfunction; Acupuncture; Quality of life; Acupuncture points.

## INTRODUÇÃO

No contexto das profissões de saúde, o cuidado com a saúde bucal compete à odontologia que, por sua vez, repercute na qualidade de vida. Esta se apresenta em um patamar de importância como nunca visto antes na sociedade. Um fenômeno atual decorrente da valorização dos parâmetros em saúde, ou seja, a saúde tornou-se sinônimo de qualidade de vida e vice-versa (DE MATOS FREITAS et al., 2015). Todavia, ela não deve ser suprimida pela desigualdade social, mas transcender qualquer barreira social e assegurar o seu real sentido e valor na vida dos indivíduos (PAULINO et al., 2018).

A qualidade de vida de uma pessoa resulta da construção social em que ela está inserida. Nesta perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre a sua real vivência com outros indivíduos em sociedade, num contexto biopsicossociocultural com valores nos quais está inserido (DE ABREU et al., 2016). Em outros termos, qualidade de vida resulta de como a pessoa vê sua posição na vida, inserida no contexto dos sistemas de cultura e valores em relação a



## Artigo

seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, ou seja, define o nível de satisfação do indivíduo em seu dia-a-dia.

O contexto social é um fator determinante no agravamento das patologias bucais. Isto significa dizer que os problemas bucais insurgem de um estilo de vida desfavorável à saúde. É imprescindível, portanto, um estado de vida integrado que vise melhores condições de saúde bucal e qualidade de vida. Sendo assim, uma condição *sinequanon* é promover ações de promoção e educação em saúde bucal, as quais contribuirão efetivamente na melhoria da qualidade de vida do indivíduo (DE MATOS FREITAS et al., 2015).

A disfunção temporomandibular (DTM) torna-se central neste estudo em razão do crescente número identificado durante a realização do exame clínico ou até mesmo a partir de dores fortes sentidas pelo indivíduo, que o levam a procurar um cirurgião-dentista (DE ABREU et al., 2016; SOUZA, 2019).

A dor foi definida pela primeira vez em 1986, pela Associação Internacional para o Estudo da dor, como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão real ou potencial. Ela pode estar agregada a uma lesão tecidual, a variáveis cognitivas ou emocionais. Quando acontece independente de um dano tecidual, pode ser considerado um sinal alarmante de alterações fisiológicas no organismo do ser humano (KLAUMANN; WOUK; SILLAS, 2008; SANTOS, 2010). Ressalte-se que a dor aguda ou crônica apresenta impactos sobre a qualidade de vida do indivíduo e caracterizam-se por uma resposta não eficaz às terapias analgésicas convencionais (KLAUMANN, WOUK, SILLAS, 2008; SANTOS, 2010; SALLUM, GARCIA, SANCHES, 2012).

A disfunção temporomandibular engloba vários problemas clínicos, como a musculatura mastigatória, as articulações temporomandibulares (ATM) e/ou estruturas associadas. Esse conjunto gera os sinais e sintomas mais comuns da DTM, ou seja, mialgias, dor de cabeça constante ou intermitente, desconforto ou disfunção articular, otalgia, zumbidos, tonturas ou dores no pescoço. Já os ruídos articulares são prevalentes e os portadores podem apresentar estalidos com ou sem dor, crepitação ao abrir ou fechar a boca. No diagnóstico da disfunção temporomandibular podem ser diagnosticadas alterações dentárias, como desgaste dos dentes e sobremordida profunda (DE MATOS FREITAS et al., 2015; PAULINO et al., 2018).

As primeiras opções para tratamentos são as mais conservadoras e menos invasivas, dada a dificuldade em se estabelecer um tratamento causal, assim como avaliando o risco de se cometer sobretratamentos e iatrogênicos à medida que procedimentos clássicos invasivos e irreversíveis são adotados, a acupuntura, eletroacupuntura, e as terapias abordadas na Medicina tradicional Chinesa (MTC) são





**Artigo**

atualmente excelentes opções de tratamento, com resultados já amplamente divulgados na literatura (PECK et al., 2014; REAL APARICIO, 2018).

Diferentes protocolos referentes aos pontos de acupuntura são utilizados na disfunção temperomandibular a depender do tipo de estimulação, número de sessões e intervalos entre as mesmas. Os locais de aplicação e o número de sessões mudam de indivíduo para indivíduo e dependem da origem do problema, tornando-se difícil a comparação dos protocolos e dos resultados nas diferentes pesquisas. Contudo, alguns autores citam uma média de 6-8 sessões com duração de 30 minutos por atendimento para se obter resultados eficazes no tratamento de DTM com acupuntura e, embora haja relatos de melhora na primeira sessão, o alívio dos sintomas dolorosos ocorre a médio prazo, com consequente melhora da função mandibular (GARBELOTTI et al., 2016).

A acupuntura visa equilibrar e tratar o paciente a partir de uma complexa metodologia de avaliação biopsicossocial individualizada, e tem sido demonstrado ser uma excelente terapia para tratamento nos padrões de dor facial, das mais variadas etiologias e padrões patológicos musculoesqueléticos (MINATOGAWA et al., 2015).

Considerando que, para o tratamento da disfunção temperomandibular deve-se optar pelo tratamento mais conservador, este estudo se propõe a apresentar uma abordagem sistemática acerca da qualidade de vida de pessoas com disfunção temporomandibular submetidas à acupuntura.

## **METODOLOGIA**

O presente artigo foi elaborado a partir de um estudo de revisão, que teve como fontes secundárias de informações artigos selecionados nas bases de dados PubMed, Scientific Electronic Librarie Online (SCIELO), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), *American Association of Orofacial Pain*, utilizando-se os descritores *acupuncture*, *temporomandibular joint disorders*, *quality of life*, *dentistry*, limitando-se aos idiomas Português, Espanhol e Inglês e publicados no período de 2014 a 2019.

A busca dos artigos nas bases de dados foi realizada independentemente, por três pesquisadores. Somente foram considerados os textos, efetivamente, enquadrados à temática da investigação. As etapas da pesquisa aconteceram de forma variada, de acordo com o ritmo desenvolvido pelos diferentes pesquisadores. Quando ocorreu divergência entre os pesquisadores, só foram incluídos os textos cuja posição final foi consensual.



**Artigo**

O critério de seleção incluiu artigos que analisaram as disfunções temporomandibulares associadas ao tratamento alternativo de acupuntura, assim como os que apresentaram a eficácia desta terapia na qualidade de vida dos indivíduos. Foram excluídos artigos que não permitiram o acesso ao texto completo, e os que não abordaram diretamente o tema. Todos os artigos selecionados foram analisados quanto aos seguintes itens: casuística, idade e gênero dos participantes, distúrbio de base, objetivo do estudo, técnicas utilizadas e resultados/discussão/conclusão.

Do total de 107 artigos selecionados, 13 deles não apresentavam acesso disponível, além disso, 8 eram artigos repetidos, restando, apenas, 86 documentos, dos quais ainda foram excluídos 54 artigos. Do total dos documentos, 32 artigos foram considerados para análise nesta pesquisa por contemplarem os critérios de inclusão. Foi feita uma análise qualitativa, mediante abordagem discursiva com fulcro nos autores revisados.

## REFERENCIAL TEÓRICO

A acupuntura é um ramo da medicina tradicional chinesa (MTC) considerada uma técnica alternativa e terapêutica que visa melhorar a gravidade de certas patologias ou até mesmo a cura através de tratamentos com aplicação de agulhas em determinados acupontos (SOUZA et al., 2016). Estudos mostram a contribuição da terapia complementar acupuntura na odontologia, embora tenha eficácia em aliviar a dor, porém não trata a causa das patologias. Neste sentido, as evidências científicas apresentam a eficiência no tratamento das disfunções temporomandibulares (DTM). O termo DTM é utilizado para representar desordens relacionadas ao complexo musculoesquelético orofacial ou sistema da mastigação o qual compreende a ATM, mandíbula, os dentes e sua oclusão, os músculos da mastigação, músculos da bochecha e da cabeça. Estas estruturas são de suma importância para dar suporte aos processos vitais e humanos do nosso corpo (MATIAS et al., 2018; WU et al., 2017; ZOTELLI et al., 2017).

A disfunção temporomandibular é caracterizada por ser uma patologia musculoesquelética, sua etiologia é de origem multifatorial, está associada a alterações articulares, neuromusculares, psicológicas, oclusão deficiente com tensões que elevam a atividade muscular, potencializando a gravidade da patologia. A multifatorialidade afeta o sistema mastigatório e a percepção da dor, de forma independente ou interagindo com outras causas. Fatores psicológicos podem estar envolvidos na percepção da dor,



## Artigo

predisposição, iniciação e perpetuação da DTM. Depressão, ansiedade, distúrbios do sono, somatização, irritabilidade, são algumas características emocionais presentes em pacientes com disfunção temporomandibular crônica (GRILLO et al., 2015; PAULINO et al., 2018; VIANA et al., 2015).

Desta forma, os tratamentos das DTM devem ser realizados por uma equipe multidisciplinar, formada por cirurgião-dentista, psicólogo, fisioterapeuta e fonoaudiólogo. Esse tratamento deve sempre visar o restabelecimento das funções debilitadas, o alívio da dor, a redução da sobrecarga da musculatura, a promoção do equilíbrio neuromuscular e oclusão, e a redução do estresse e da ansiedade. A cirurgia estará indicada apenas quando o tratamento conservador não obtiver resultados satisfatórios (GARBELOTTI et al., 2016; PORPORATTI et al., 2016; REAL APARICIO, 2018; PAULINO et al., 2018).

Em relação ao mecanismo de ação da técnica pela acupuntura que é regida por alguns princípios indispensáveis para sua eficácia, tal como seu funcionamento, a entrada da agulha na pele ocasiona uma microinflamação e movimenta a produção natural de serotonina, encefalina e endorfina. Após a ocorrência da liberação desses neurotransmissores, há um bloqueio da propagação dos estímulos dolorosos, dificultando sua percepção pelo cérebro. Sendo assim, a resposta do organismo é mais rápida, reduzindo a intensidade dos sintomas, muitas vezes fazendo-os até desaparecer. Estimulando a dinâmica da circulação sanguínea devido à micro dilatação regional e relaxamento; libera hormônios, como o cortisol e as endorfinas; aumenta a resistência do hospedeiro por meio do estímulo do hipotálamo, da hipófise e de outras glândulas importantes para a recuperação sistêmica; normaliza as funções orgânicas e estimula o metabolismo dos diversos órgãos (GARBELOTTI et al., 2016; FREIRE et al., 2018).

Em virtude dos fatos mencionados a técnica de acupuntura milenar da medicina tradicional chinesa (MTC) pode ser considerada uma alternativa de tratamento na área da odontologia, pela eficácia dos seus resultados, com ênfase no tratamento de dores faciais crônicas da articulação temporomandibular (ATM), reduzindo o nível de dor decorrente das disfunções temporomandibulares, melhorando os fatores locais, sistêmicos, físicos e psicológicos (GARBELOTTI et al., 2016; PORPORATTI et al., 2016).

A utilização da acupuntura na odontologia é de suma importância nos tratamentos das dores faciais crônicas e miofuncionais, incluindo aquelas com comprometimento da articulação temporomandibular (ATM), sendo de maior eficácia a sua utilização em associação ou como um complemento ao tratamento convencional por se tratar de um tratamento complementar. Apesar de ser uma terapia milenar, ainda tem um campo vasto a



**Artigo**

ser explorado, principalmente no que diz respeito à sua aplicabilidade nessa área. Os profissionais cirurgiões-dentistas devem fazer cursos para se habilitar à realização desse tipo de tratamento nos seus consultórios, oferecendo mais um método terapêutico não invasivo e de eficácia reconhecida para seus pacientes (FREIRE et al., 2018).

**DISCUSSÃO**

As práticas terapêuticas alternativas estão cada vez mais frequentes no atual contexto social do Brasil e do mundo. No caso específico da odontologia, Da Silva Vasconcelos et al. (2018) destacam a importância de realizar um diagnóstico preciso e adequado plano de tratamento relacionado às disfunções temporomandibulares: inicialmente anamnese, seguido pelo exame clínico e complementares e, de acordo com o quadro clínico diagnosticado, realizar orientações ao paciente, a prescrição de medicamentos analgésicos, anti-inflamatórios, relaxantes musculares ou reposição vitamínica. Além disso, Fernandes et al. (2017) e Lemos et al. (2015) mostraram que poderão ser confeccionadas placas oclusais para o tratamento da DTM e, sobretudo, associar a acupuntura como alternativa complementar.

Insurge, então, a técnica de acupuntura como alternativa de tratamento dos transtornos temporomandibulares, na qual existem acupontos específicos onde são aplicadas agulhas na pele durante as sessões. Sublinha-se uma grande predileção pelo ponto IG4 como um ponto distante de ação energética muito forte (MINATOGAWA et al., 2015; SOUSA et al., 2016). Neste sentido, Porporatti et al. (2015) mostraram em um dos estudos que realizaram, que alguns pontos e meridianos tiveram maior indicação e utilização. Em 17% de todos os casos o ponto IG4 foi utilizado como ponto de escolha para o tratamento de DTM muscular, seguido por 11% em relação aos pontos E6 e E7, e em 6% o ponto F3. Ainda, em 4% dos casos os pontos ID19 e TA17 foram indicados. Tonando-se todos importantes e com eficácia para aplicação na terapia em pacientes com disfunção temporomandibular.

Souza et al. (2016); Ferreira et al. (2015) e Viana et al. (2015) demonstraram a eficácia do tratamento das disfunções temporomandibulares com uso da acupuntura, expondo resultados melhores, mais duradouros na redução e remissão da dor orofacial quando comparado, por exemplo, à terapia do uso de placa oclusal. Além dos aspectos fisiológicos e anatômicos, mostraram ainda que energeticamente os pontos apresentam as seguintes funções: 1-E6: harmoniza o Qi do Estômago, fortalece os dentes, relaxa



## Artigo

músculos faciais e facilita a abertura da mandíbula, melhorando o Qi da ATM; 2- E7: além de funções energéticas semelhantes ao do E6, quando associado ao IG4 trata dor e artrite na ATM; 3- VB2 ativa a circulação do Qi e do sangue, dispersando umidade-calor do Fígado e da Vesícula-Biliar e, quando associado ao E7 e VB3, tratam dores miofaciais relacionados à ATM; 4-TA 17: harmoniza o Qi do Triplo Aquecedor, dispersa Vento e Calor patogênico e relaxa tendões e músculos. Quando utilizado junto com E7 este ponto trata artrite da ATM; 5- TA21: dispersa Calor Perverso e, quando utilizado com os demais pontos deste protocolo, trata DTM; 6- ID18 e ID19: aliviam a dor e os espasmos musculares, e são utilizados para fortalecimento motor da ATM.

Porporatti et al. (2015) afirmaram que a literatura nacional e internacional indicam a técnica de acupuntura para o tratamento de DTM, pois, a mesma diminui a ansiedade e aumenta a qualidade do sono, pelo fato de impactar diretamente no estresse mental. Neste estudo perceberam que ocorreu predileção pelo ponto IG4, o qual possui excelente função como agente anti-inflamatório e analgésico potente. Mostraram que o ponto IG4 foi utilizado como de escolha para tratamento de DTM muscular, seguindo os pontos E6, E7, F3, ID19 e TA17. Nesta perspectiva, Zotelli et al. (2017); Grillo et al. (2015) e Real Aparicio (2018) perceberam que a acupuntura promove alívio e/ou redução total da intensidade dolorosa, diminuição da hipersensibilidade muscular dos músculos da mastigação e melhora nos movimentos mandibulares.

Em consonância ao exposto, Zotelli et al. (2017) enfatizaram que a acupuntura pode aliviar a dor, assim como o desconforto associado a essas condições, porque ela pode reequilibrar a energia (Qi) circulando nos meridianos. Os acupontos utilizados foram: ST6, ST7, SI18, GV20, GB20, BL10 e LI4. O resultado final da pesquisa demonstrou eficácia na diminuição da dor, aumento da abertura bucal e houve manutenção da energia. Por fim, Fernandes et al. (2017) e Wu et al. (2017) afirmam que o tratamento com acupuntura convencional, por sua vez, alivia os sinais e sintomas da dor na DTM miofascial.

Em pesquisa realizada por Souza et al. (2014) foi evidenciado que o tratamento alternativo com a acupuntura em adultos com disfunção temporomandibular reduziu a dor e que essa redução se manteve pelo menos por 12 meses. Garbelotti et al. (2016) e Freire et al. (2018) mostraram que a acupuntura está associada à analgesia; ela utiliza mecanismo para ausência de dor do próprio corpo sem ocasionar quaisquer efeitos colaterais, sublinhando que são procedimentos seguros, econômicos e que proporciona uma melhor qualidade de vida aos pacientes tratados com essa técnica.



## Artigo

Grillo et al. (2015) realizaram uma pesquisa, na qual avaliaram pacientes com disfunção temporomandibular miogênica (DTM). O resultado foi surpreendente no sentido de que reduziu a intensidade da dor da DTM miogênica em curto prazo e puderam ser avaliados como estratégicos para o controle da dor crônica relacionada à disfunção temporomandibular. Nesta mesma perspectiva, Branco et al. (2016) mostraram que os sinais e sintomas foram estatisticamente menor na avaliação final do que na inicial e destacaram que para tratar as DTM com componentes articulares, o tratamento mais indicado com acupuntura envolve pontos locais e para tratar as DTM com componentes musculares, optar pelos acupontos à distância.

Com fulcro em Pereira et al. (2015) o uso da acupuntura na odontologia pode ser realizado em diferentes especialidades, destacando-se a disfunção temporomandibular (DTM), na qual reduziu as atividades dos músculos mastigatórios, a dor, além controlar o estresse e a ansiedade, colaborando para a diminuição do consumo de medicamentos, como analgésicos e anti-inflamatórios. Contudo, Matias et al. (2018), Freire et al. (2018) e Viana et al. (2015) evidenciaram que existem algumas razões pelas quais a terapia aplicada não obtém o sucesso esperado, entre elas podem ser citadas as de que alguns pacientes falham em responder à acupuntura, ou o diagnóstico pode não ter sido realizado de maneira correta.

No estudo realizado por Garbelotti et al. (2016) observa-se alta incidência de DTM na população em geral, variando de 21,5 a 51,8%. A disfunção acomete todas as faixas etárias, contudo, sua maior prevalência ocorre entre 20 e 45 anos. Dos 15 aos 30 anos, as causas mais frequentes são as de origem muscular e a partir dos 40 anos, as de origem articular. No referido estudo, as mulheres são mais afetadas que os homens em uma proporção de cinco mulheres para cada homem, sendo o número de pacientes portadoras de DTM significativamente preocupante, pois, de 3,6 a 7% da população apresenta situação suficientemente grave, o que instiga à busca pelo tratamento.

Em estudo que realizaram, Grillo et al. (2015) observaram que antes do tratamento, 75% dos pacientes do grupo de acupuntura tinham nível II (baixa incapacidade, alta intensidade de dor), a mesma porcentagem que o grupo de splint (placas oclusais de relaxamento). No entanto, antes do tratamento, 5% dos pacientes de acupuntura tinham nível IV (alta incapacidade, limitação severa). Durante um curto tempo de tratamento observou-se melhora da dor crônica após o tratamento em 53,3% dos pacientes com acupuntura e em 60% dos pacientes com splint que são placas oclusais que quando instaladas, permite um excelente relacionamento maxilomandibular para o paciente, permitindo os côndilos excursionarem sem limitações dos movimentos,



**Artigo**

relaxamento dos músculos e melhoria no tratamento dos transtornos da articulação temporomandibular.

Assim, é possível afirmar que ambos os métodos de tratamentos apresentam êxito nos aspectos psicológicos, comportamentais e biológicos de pacientes com dor crônica relacionada à disfunção temporomandibular (DTM), o efeito da acupuntura em um pequeno período de tempo gera bons resultados, o que reflete que se pode obter resultados ainda melhores se usado por tempos mais prolongados.

Ferreira et al. (2015) realizaram um ensaio clínico para avaliar o efeito adjuvante ação da acupuntura auricular acompanhando a evolução das disfunções temporomandibulares e mastigatórias a partir de dois grupos selecionados, a saber: uso apenas da placa oclusal e acupuntura auricular associada a placa oclusal. Os resultados mostraram diminuição dos sintomas musculares e articulares, uma redução expressiva e significativa de sintomatologia, sobretudo, no uso de placa oclusal associado a acupuntura.

Minatogawa (2017) concluiu através de uma análise realizada na literatura que acupuntura é eficaz para o controle da dor na DTM, em especial das dores de origem muscular. Nesta mesma perspectiva, Zotelli et al. 2017 concluíram após realizar um estudo na literatura que a acupuntura como uma terapia integrativa em odontologia aplicada em pacientes acometidos por DTM se mostrou um instrumento útil, de baixo custo e eficaz que colabora na melhor qualidade de vida.

Souza e Silva (2016) sublinharam que a eficácia da acupuntura no âmbito da odontologia tem sido comprovada no tratamento de dores craniofaciais, neuralgias do trigêmeo, sinusites maxilares, artrite e artrose da articulação temporomandibular (ATM), herpes-zoster, odontalgias, xerostomia, síndrome de Jørgen e nas disfunções da articulação temporomandibular (DTM). Salienta-se também que essa terapia pode ser indicada no pré-tratamento de pacientes ansiosos, estressados, hipertensos ou com doenças sistêmicas e para melhorar a qualidade do atendimento, uma vez que é capaz de promover analgesia em procedimentos de Endodontia, Periodontia e Cirurgia (GARBELOTTI et al., 2017).

Freire J.; Freire S. e Ribeirão (2018) realizaram um estudo com um grupo de pacientes: verificou-se que nove participantes (90%) faziam o uso de medicamentos para a dor. E sete (70%) recorreram a outros tipos de tratamentos relacionados a esse sintoma. Uma porcentagem considerável demonstrou dores em mais de uma região, sendo a ATM e músculos as mais acometidas. Os participantes da pesquisa relataram que conheceram a acupuntura através de indicação de conhecidos e familiares que já tinham sido submetidos a ela. O grau de satisfação dos pacientes foi considerável e atingiu níveis de “satisfeito” (40%) e “muito satisfeito” (60%).



**Artigo**

A maioria das pesquisas envolvendo a acupuntura como método terapêutico foi realizada utilizando amostras femininas devido à grande prevalência de DTM nesse gênero. Com amostragens na faixa etária média entre 20 e 40 anos, os resultados mostraram que a eficácia do tratamento não sofre influência da idade, mas sim da intensidade da dor e do número de sessões a serem realizadas. Contudo, é importante ressaltar que diversas pesquisas, baseadas nos princípios da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), não avaliaram apenas a DTM, mas também o corpo como um todo, a postura, a saúde geral, entre outros aspectos antes de determinar a terapêutica necessária.

A duração do tratamento pode variar para cada caso e para uma mesma doença, pois se deve levar em conta se a doença é aguda ou crônica, e até mesmo respostas individuais distintas ao tratamento com acupuntura. Em condições crônicas, durante o tratamento com a acupuntura, espera-se a melhora dos sintomas a partir da quarta sessão, embora cada indivíduo responda de uma forma diferente. Em processos agudos, os resultados são rápidos e com poucas aplicações, já em processos crônicos, podem-se exigir meses de tratamento (GARBELOTTI et al., 2017).

Este estudo atribui investigar a evidência disponível sobre o efeito da terapia conservadora relacionada à disfunção temporomandibular em sinais e sintomas otológicos e mostrou que, dos oito estudos incluídos, uma resolução total ou parcial dos sinais e sintomas otológicos foi relatada após a terapia conservadora aplicada na DTM. Com o objetivo pela busca da melhor evidência disponível do uso de terapias e manejos nos sintomas e sinais otológicos. A relevância clínica desse achado mostrou a necessidade de outros ensaios controlados randomizados bem planejados. Uma vez que os aspectos multifatoriais dos sinais e sintomas da DTM devem ser avaliados de acordo com as particularidades de cada indivíduo (STECHMAN-NETO et al., 2016).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir do que foi abordado neste estudo, fica evidente que a acupuntura é uma técnica antiquíssima, utilizada nos cuidados com a saúde em geral. Os estudos analisados possibilitam inferir que, o tratamento alternativo com a acupuntura no contexto da Odontologia melhora a qualidade de vida da pessoa com distrofia temporomandibular.

Alguns autores revisados neste estudo já consideram que o tratamento através da acupuntura no alívio das dores orofaciais tem-se mostrado tão eficiente quanto às terapias convencionais por se tratar de uma terapia complementar na odontologia, principalmente





**Artigo**

quando se trata de dores de origem muscular e articular, principalmente da articulação temporomandibular (ATM).

No tratamento alternativo da distrofia temporomandibular com a acupuntura os usuários respondem satisfatoriamente ao tratamento, comprovando a diminuição nos sintomas relacionados à dor. Observou-se que os pontos de acupuntura E6, E7, ID18, VG20, VB20, B10 e, sobretudo, o IG4 foram igualmente efetivos para diminuir dor. Oportuno se faz enfatizar que a acupuntura integra as especialidades odontológicas e apresenta-se no atual contexto social em amplo campo de estudo, delineando projetos para futuras pesquisas, sob a perspectiva de descobertas e tratamentos proficuos para a saúde e qualidade de vida da população alvo.

**REFERÊNCIAS**

DA SILVA VASCONCELOS, Igor George; VENÂNCIO, Gisely Naura; DA SILVA, Franklin Barbosa. Tratamento de disfunção temporomandibular com placa oclusal: relato de caso. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 7, n. 6, 2018.

DE ABREU, Licia Camila; SILVA, Jessica Aparecida; SANTOS, Luiz Henrique Gomes. Avaliação da funcionalidade cervical, distúrbios temporomandibulares, ansiedade e qualidade de vida de pacientes submetidos a procedimentos odontológicos. **Clínica e Pesquisa em Odontologia-UNITAU**, v. 8, n. 2, p. 19-25, 2016.

DE MATOS FREITAS, Wiviane Maria Torres et al. Avaliação da qualidade de vida e da dor em indivíduos com disfunção temporomandibular. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 5, n. 3, 2015.

DE OLIVEIRA VIANA, Maíra et al. Avaliação de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular e sua relação com a postura cervical. **Rev Odontol UNESP**, v. 44, n. 3, p. 125-130, 2015.

DE SOUZA, Leliane Macêdo; DA SILVA, Izabel Cristina Rodrigues. A utilização da acupuntura no tratamento de disfunção da articulação temporomandibular: sugestão para um protocolo clínico. **Acta de Ciências e Saúde**, v. 2, n. 1, p. 1-17, 2017.



**Artigo**

FERREIRA, Luciano Ambrosio et al. Ear acupuncture therapy for masticatory myofascial and temporomandibular pain: a controlled clinical trial. **Evidence-based complementary and alternative medicine**, v. 2015.

GARBELOTTI, Thânia Orlando et al. Effectiveness of acupuncture for temporomandibular disorders and associated symptoms. **Revista Dor**, v. 17, n. 3, p. 223-227, 2016.

GRILLO, Cássia Maria et al. Could acupuncture be useful in the treatment of temporomandibular dysfunction?. **Journal of acupuncture and meridian studies**, v. 8, n. 4, p. 192-199, 2015.

GRILLO, Cassia Maria et al. Psychological aspects of temporomandibular disorder patients: evaluations after acupuncture treatment. **Revista Dor**, v. 16, n. 2, p. 114-118, 2015.

JESUS, Dyogo Oliveira et al. EFICÁCIA DAS TÉCNICAS E RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS NA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR: REVISÃO SISTEMÁTICA. **Revista Ciência e Saúde On-line**, v. 3, n. 3, 2019.

JUSTO, Ana Carla Bezerra De Carvalho et al. Acupuncture in temporomandibular disorder myofascial pain treatment: a systematic review. **CEP**, v. 59056, p. 000, 2017.

KLAUMANN, P. R.; WOUK, A. F. P. F.; SILLAS, T. Patofisiologia da dor. **Archives of Veterinary Science**, v. 13, n. 1, p. 1-12, 2008. ISSN 1517-784X.

LEÃO, Bianca Lopes Cavalcante de et al. Prevalence of otological symptoms and parafunctional habits in patients with temporomandibular dysfunction. **Revista CEFAC**, v. 21, n. 1, 2019.

LEMOS, George Azevedo et al. Correlação entre sinais e sintomas da Disfunção Temporomandibular (DTM) e severidade da má oclusão. **Rev Odontol UNESP**, v. 44, n. 3, p. 175-180, 2015.



**Artigo**

MARTINS, Paulo Francisco Arant et al. Tinnitus and temporomandibular disorders: the knowledge of professionals for primary health care in the city of Curitiba. **The international tinnitus journal**, v. 20, n. 1, p. 18-23, 2016.

MATIAS, Bruna Joana et al. Acupuntura de equilíbrio como coadjuvante no tratamento de disfunções temporomandibulares. **Ação Odonto**, 2018.

MINATOGAWA, G. J. F. et al. O-033 Aplicação de acupuntura em disfunção temporomandibular: revisão literária. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 4, n. 1, 2015.

MOTTAGHI, Ariyan et al. Is there a higher prevalence of tinnitus in patients with temporomandibular disorders? A systematic review and meta-analysis. **Journal of oral rehabilitation**, v. 46, n. 1, p. 76-86, 2019.

ORLANDO GARBELOTTI, T. Eficiência da acupuntura no tratamento das disfunções temporomandibulares e sintomas associados. **Rev Dor**, v. 17, n. 3, 2016.

PAULINO, Marcilia Ribeiro et al. Prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em estudantes pré-vestibulandos: associação de fatores emocionais, hábitos parafuncionais e impacto na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 173-186, 2018.

PECK, Christopher C. et al. Expanding the taxonomy of the diagnostic criteria for temporomandibular disorders. **Journal of oral rehabilitation**, v. 41, n. 1, p. 2-23, 2014.

PEREIRA, Maria Soares Swerts; SILVA, Bruna Oliveira; DOS SANTOS, Felipe Roberto. Acupuntura. **REVISTA DO CROMG**, v. 16, n. 1, p. 19-26, 2015.

PORPORATTI, André Luís et al. Acupuncture therapeutic protocols for the management of temporomandibular disorders. **Revista Dor**, v. 16, n. 1, p. 53-59, 2015.

REAL APARICIO, María Constanza. Temporomandibular dysfunction: causes and treatments. **DEL NACIONAL**, v. 10, n. 1, p. 68-91, 2018.



**Artigo**

SALLUM, A. M. C.; GARCIA, D. M.; SANCHES, M. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. **Acta Paul Enferm.** 2012;25(spe1):150-4.

SOUSA, Maria da Luz Rosario de et al. Effects of acupuncture in adults with temporomandibular disorders. **Revista Dor**, v. 15, n. 2, p. 87-90, 2014.

SUH, M. S. et al. 18F-NaF PET/CT for the evaluation of temporomandibular joint disorder. **Clinical radiology**, v. 73, n. 4, p. 414. e7-414. e13, 2018.

STECHMAN-NETO, J. et al. Effect of temporomandibular disorder therapy on otologic signs and symptoms: a systematic review. **Journal of oral rehabilitation**, v. 43, n. 6, p. 468-479, 2016.

TAYLOR, L. Parnell; SLETTEN, Wayne O.; DUMONT, Thomas D. The effect of specially designed and managed occlusal devices on patient symptoms of tinnitus: A cohort study. **CRANIO®**, v. 37, n. 2, p. 101-110, 2019.

WU, J. et al. Acupuncture therapy in the management of the clinical outcomes for temporomandibular disorders: A PRISMA-compliant meta-analysis. **Medicine (Baltimore)**. 2017 Mar;96(9):e6064.

ZOTELLI, Vera Lucia Rasesa; MEIRELLES, Maria Paula Maciel Rando; DE SOUSA, Maria da Luz Rosário. Uso da acupuntura no manejo da dor em pacientes com alterações na articulação temporomandibular (ATM). **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 185-188, 2017.

ZOTELLI, Vera LR et al. Acupuncture Effect on Pain, Mouth Opening Limitation and on the Energy Meridians in Patients with Temporomandibular Dysfunction: A Randomized Controlled Trial. **Journal of acupuncture and meridian studies**, v. 10, n. 5, p. 351-359, 2017.

ZOTELLI, Vera Lucia Rasesa; MEIRELLES, Maria Paula Maciel Rando; DE SOUSA, Maria da Luz Rosário. Uso da acupuntura no manejo da dor em pacientes com alterações na articulação temporomandibular (ATM). **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 185-188, 2017.



Artigo

ENVELHECER COM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

ENVELOPING WITH HEALTH AND QUALITY OF LIFE

Lucineide Souto de Araujo<sup>1</sup>  
Laysa Maria de Oliveira Nóbrega<sup>2</sup>  
Maria Ferreira da Nóbrega Neta<sup>3</sup>  
Alcione Pereira da Costa<sup>4</sup>  
Silvia Ximenes Oliveira<sup>5</sup>  
Maria Mirtes da Nóbrega<sup>6</sup>

**RESUMO** - O presente artigo tem como tema: Envelhecer com saúde e qualidade de vida. Seu objetivo principal é promover a saúde e manutenção da qualidade de vida do idoso, através da alimentação, atividades físicas, promovendo um maior conhecimento sobre o fenômeno do envelhecimento e principalmente, como envelhecer de forma saudável. O presente estudo foi desenvolvido a partir de uma revisão de literatura, onde utilizou-se das bases de dados *online* da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que integra as bases SciELO, MEDLINE e LILACS, onde identificamos estudos publicados no período de 2000 a 2015, sendo selecionados 19 artigos finais. Após análise dos periódicos, vimos que o envelhecimento da população brasileira torna-se crescente a demanda por prevenção e assistência aos idosos, havendo a necessidade de serviços públicos condizentes com as especificidades que essa população necessita, para viver mais e com melhores condições. É de fundamental importância refletir sobre o que é ser idoso e que talvez não possamos escrever sobre a velhice com precisão, pois ainda longe de alcançar essa etapa da vida. Entretanto, é fundamental analisarmos a qualidade da nossa vida, pois a longevidade deve vir acompanhada de sentido para nossa existência.

---

<sup>1</sup> Assistente Social, Especialista em Políticas Públicas com Ênfase em Estratégia Saúde da Família pelas FIP\_PB.

<sup>2</sup> Nutricionista, Especialista em Políticas Públicas com Ênfase em Estratégia Saúde da Família pelas FIP\_PB.

<sup>3</sup> Pedagoga, Professora e Coordenadora Pedagógica da Escola Técnica de Saúde Dra. Miriam Nóbrega.

<sup>4</sup> Enfermeira, Mestre Professora das Faculdades Integradas de Patos

<sup>5</sup> Mestre em Enfermagem, professora das Faculdades Integradas de Patos.

<sup>6</sup> Enfermeira, Mestre em Ciências da Educação, Professora das Faculdades Integradas de Patos-FIP-PB.



**Artigo**

**Palavras Chaves:** Envelhecimento. Qualidade de vida. Atividades Físicas. Alimentação saudável.

**ABSTRACT** - This article has as its theme: Aging with health and quality of life. Its main objective is to promote the health and maintenance of the quality of life of the elderly through food and physical activities, promoting a greater knowledge about the phenomenon of aging and especially how to grow healthy. The present study was developed based on a literature review, which used the online databases of the Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) that integrates the databases SciELO, MEDLINE and LILACS, where we identified studies published in the period from 2000 to 2015, and 19 final articles were selected. After analyzing the periodicals, we saw that the aging of the Brazilian population is increasing the demand for prevention and care for the elderly, and there is a need for public services that are in keeping with the specificities that this population needs in order to live better and with better conditions. It is of fundamental importance to reflect on what it is to be old and that we may not be able to write about old age accurately, for it is still far from reaching this stage of life. However, it is fundamental to analyze the quality of our life, because longevity must be accompanied by meaning for our existence.

**Keywords:** Aging. Quality of life. Physical Activities. Healthy eating.

## INTRODUÇÃO

A atenção para as questões de saúde no envelhecimento tem crescido nos últimas décadas em virtude do aumento da longevidade da população mundial, sem precedente na história. Em todo mundo, e especialmente nos países periféricos marcados por acentuada pobreza e desigualdades, a busca de qualidade de vida dos idosos emerge como desafio por ser o horizonte a partir do qual se poderão considerar os ganhos na expectativa de vida como valiosa conquista humana e social.

No Brasil a população idosa vem crescendo significativamente. Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta que em 2013 a expectativa de vida para os brasileiros era de 74,9 anos; e 78,6 anos para as mulheres e 71,3 anos para homens e estima-se que em 2020 teremos aqui 30, 9 milhões de pessoas com 60 anos.



## Artigo

Esses números indicam que houve um aumento de 500% em quarenta anos, considerando que no ano de 1960 havia 3 milhões de pessoas com mais de 60 anos em 2002 já eram mais de 14 milhões de pessoas nesta fase da vida (BRASIL, 20013).

Segundo o Estatuto do Idoso, capítulo I, art.2º, considera-se idosa para efeitos da lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade. Enquanto a velhice e uma etapa da vida, envelhecimento é um processo de alteração do corpo que se refere a todos os seres vivos, mas é impossível assinalar seu início, pois a velocidade e o rigor como ocorre é extremamente variável de um indivíduo para outro. Pensando nisso, não podemos mais ficar inerte, frente aos desafios que nos são impostos, buscar parceiros juntos a instituições a fim de promover uma melhor qualidade de vida. A manutenção da saúde e autonomia na velhice, identificada como boa qualidade de vida física, mental e social, é o horizonte desejável para se prescrevas o potencial de realizações e desenvolvimento nesta fase da vida. É também a perspectiva necessária para reduzir o impacto social que cerca as questões extremamente complexas e delicadas relativas ao cuidado idoso dependentes.

Pensar qualidade de vida na velhice é pensar sobre os cuidados que tivemos com saúde durante todo o percurso, e que o processo de envelhecer é uma experiência pessoal, atrelada aos princípios e valores vividos no âmbito de sua individualidade. Cada um é responsável por se mesmo e por sua história, pelas escolhas que faz na vida, e são elas que farão a diferença no processo de envelhecimento. Cortella e Rios (2013, p.17) afirmam que:

[...] Se faz necessário refletir sobre o tipo de vida que vale a pena. A ideia de vida longa implica viver mais e viver bem. Mas, no meu Entender, viver bem não é só chegar a uma idade mais avançada com qualidade material de vida. É também adquirir a capacidade de olhar esta trajetória. Porque a vida não e só o agora, é o percurso. Ela é a soma de todos os momentos numa extensão de tempo.

O Artigo que ora apresenta tem a finalidade de fazer refletirmos sobre o envelhecimento, saudável e qualidade de vida, é pensar a vida em todos os seus aspectos até o fim. Como escreve Alain (1928) <sup>1</sup> nas considerações sobre a felicidade, “quando melhor se enche a vida, menos medo se tem de perde-la” (CORTELLA e RIOS, 2013, p. 97).



Artigo

REFERENCIAL TEÓRICO

O envelhecimento é um fenômeno que pode ser constatado em diferentes níveis biológico, social e psicológico, e diz respeito a todos nós, um processo que não é homogêneo. Os nossos órgãos e todas as funções psicológicas não envelhecem no mesmo ritmo, e algumas pessoas resistem a esse fenômeno, outras declina, e sofrem, algumas vezes, até tornando esse processo patológico.

“A velhice é um período de existência que está selado cada vez mais atingido por um número substancial de pessoas neste final de século” (VASQUES, 1989, p.01), levando-se em consideração que este crescimento não foi programado e acontece de forma desordenada é necessário analisar suas repercussões e implicações de origem econômica, política e social.

O envelhecimento é um fenômeno extremamente complexo. De modo genérico, podemos distinguir três tipos de idosos: os que envelhecem normalmente, sem maiores alterações orgânicas e mentais, os que manifestam precocemente modificações somato-psíquicas, e os que acrescem a marcha regressiva um estado patológico (QUEIROZ, 1999, p.47).

Atualmente definimos as pessoas velhas por vários termos: adulto maduro, idoso, maior idade, melhor idade, idade feliz, terceira idade ou até mesmo velhos, ao invés de senhores (a), como no passado. Dentre tantas expressões, a mais aceita entre os idosos é “terceira idade”, este termo é utilizado para indicar a faixa etária entre a vida adulta e a velhice.

Segundo veras (1995), o Brasil é tido como um país jovem de cabelos brancos, que ainda não despertou, necessariamente, para preocupar-se com melhores condições de vida para estes que serão em breve a maioria da população e compreender que o processo de envelhecimento reduz a capacidade física dos indivíduos e não sua capacidade intelectual.

À medida que o indivíduo envelhece, sua capacidade intelectual torna-se mais aguda e mais seletiva. O intelectual idoso não diminui a sua atividade mental, o que diminui é sua capacidade física (p.9).

A sociedade, de forma geral, ainda deixa transparecer o preconceito com o idoso, isto se evidencia claramente quando escutamos expressões do tipo: o idoso é lento, o idoso não aprende, velhice é doença (...), e isto sim, pode levar o idoso a perder a autoestima enveredando ao isolamento e assim esquecendo que as pessoas de mais idade tem enorme acúmulo de saber, pronto para serem repassados.

“No nosso mundo civilizado, os idosos são muitas vezes vítimas de discriminação e de estereótipos, que contribuem para isolá-los e para fechá-los guetos”





**Artigo**

Diante de tais informações e expectativa de vida, surge a necessidade de promoção de atividades para os idosos, como uma forma de prevenção de saúde.

**Envelhecimentos Saudáveis**

A OMS recentemente publicou o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde no qual propões um novo conceito de envelhecimento; A partir deste relatório envelhecimento saudável passa a ser concebido como um processo que se mantém relevante ao longo da trajetória de vida, e deixa de ser considerado como uma condição de saúde de determinada pessoa de certa idade.

Para definir envelhecimento saudável consideram-se dois conceitos importantes: o primeiro é a capacidade de intrínseca atribuída ao conjunto de todas as capacidades físicas e mentais que podem servi de apoio em qualquer ponto no tempo, e um dos fatores que via determinar o que uma pessoa velha pode fazer; o segundo é o conceito de capacidade funcional, atrelado ao ambiente relacionado à saúde e a capacidade que a pessoa tem para realizar suas atividades de acordo com suas motivações.

“O Relatório definir o envelhecimento saudável, como processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (OMG, 2015).

Sendo um fenômeno natural do ser humano, O envelhecimento é um fator mundial, ocasionando dentre outros fatores, melhoria das condições de vida, avanços na medicina e dos recursos tecnológicos, a prática de atividades físicas, a alimentação equilibrada, a não utilização de drogas, comentando conseqüentemente, um aumento no índice da expectativa de vida. Em contrapartida, a representação que a sociedade dissemina a respeito do idoso, ainda carrega marcas do declínio físico e da incapacidade, o que amplia a decadência mental e social de algum tempo atrás.

Atualmente, uma velhice com boa qualidade de vida e considerada saudável pode estar relacionada com a afetividade e a práticas de atividades físicas, que tem auxiliado a prolongar o desempenho das atividades básicas da vida cotidiana. Segundo (GONZAGA et al., 2011). A pratica de atividades físicas é uma das principais formas de evitar, minimizar ou reverte muitos dos declínios físicos psicológico e social que acompanham o ser humano com o avanço dos anos. Segundo o mesmo os exercícios em grupo são os mais interessantes e indicados, pois há considerável melhora nas relações sociais, na saúde física e psicológica, colaborando para um retardo no processo de envelhecimento e proporcionando uma velhice mais autônoma e independente; promovendo a esse idoso



## Artigo

uma melhora qualidade de vida e uma diminuição na incidência de doenças crônico-degenerativas.

Dessa maneira, as pessoas que alcançarem a terceira idade com bons costumes e hábitos de vida saudáveis, apesar das alterações fisiológicas específicas do envelhecimento, poderá demonstrar melhorias em decorrências da pratica das atividades física, em que se pode sinalizar: a melhoria no transporte e captação de insulina pelo organismo, o aumento do gasto de calorías, O aumento do metabolismo basal, a diminuição do risco de doenças coronarianas, dislipidemia a hipertensão arterial e outros (SILVA et al., 2011).

A saúde intelectual e física no processo do envelhecer é de grande valor e elas podem ser mantidas por meio de atividades de lazer, favorecendo com que o idoso não se sinta marginalizado e excluído da sociedade. Trata-se então de dar prioridade as atividades que promovam um melhor bem estar nos idosos, deixando os ativos na promoção da saúde e da qualidade de vida. Segundo Geis (2003), deve-se tentar manter a autonomia física e mental do indivíduo por um período, prolongado de tempo, conservando assim sua saúde e suas condições físicas e psíquicas.

A maioria dos idosos pode exercer as mesmas atividades que os mais jovens, sendo em um ritmo menor e mais lento; neste ponto, é que se encontra a importância da atividade física para o mesmo, pois a pratica de atividades moderada, regular e bem orientada contribui para a preservação das estruturas orgânicas e do bem estar físico, mental e social (DEL DUCA & NAHAS, 2011).

Os benefícios alcançados, devido á praticam regulares de exercícios físicos nos mesmos, vão deste a melhora fisiológica, controle da glicose, pressão arterial, melhora das capacidades físicas relacionadas á saúde; psicológica; redução dos níveis cognitivos; e social, melhora a integração sociocultural, além da redução dos desvios de postura e prevenção de algumas doenças como osteoporose (NAHAS, 2001).

Contudo, praticas constantes de exercícios físicos retarda o processo de envelhecimento, visando alcançar a longevidade com qualidade favorecendo de forma positiva a vida de qualquer indivíduo, pois envelhecer não significa estar perto do fim, mas é depois dos 60, que podemos aprender a reviver. É bom lembrar que a pratica de atividades físicas tem que ser prazerosa em que o idoso se sinta bem em executa-la, seja qual for à modalidade escolhida, pensando no bem estar próprio, não no que a sociedade diz a respeito disso.



Artigo

**Qualidade de Vida na Velhice**

Os seres humanos almejam qualidade de vida por muito tempo e de preferência, ficar jovens eternamente, o que é impossível. Para alguns a velhice é encarada como algo natural para outros pode torna-se algo de prazeroso e patológico.

A OMS define saúde como “o completo de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade”. Entretanto, a maioria das pesquisas que tratam da temática sobre o envelhecimento foca principalmente no corpo físico. No entanto, à medida que envelhecemos nos deparamos com outro grande desafio: O bem estar psicológico. Na revista *Mente e Cérebro* (2015, Slp) encontramos a seguinte afirmação:

[...] mesmo sobrevivendo ao declínio da audição, à osteoporose, a problemas cardíacos, ao câncer e a um sistema imunológico debilitado as batalhas diárias poderão desgastar nosso psiquismo, especialmente se não estivermos atentos ao cuidado que a mente requer. Com um arsenal crescente de medidas para combater os problemas físicos causados pelo envelhecimento, viver a terceira (ou quarta) idade com qualidade de vida dependerá, cada vez mais da boa saúde mental. Nem sempre nos damos conta de que os anos podem enfraquecer a mente quando o corpo, desafiando nossa capacidade de continuar mentalmente ativos e emocionalmente saudáveis [...].

Qualidade de vida, portanto, envolve um conjunto de condições que contribuem para o bem-estar físico, mental, social e espiritual, abrangendo também questões como educação, habitação, saneamento básico e poder de compra. Em relação aos cuidados da saúde física, sabemos que fazem parte de uma vida saudável a alimentação adequada; a ingestão de muita água; a prática de atividades físicas; manutenção de sono reparador. Estes são fatores fundamentais para que tenhamos uma vida ativa e sadia não somente na etapa denominada velhice, mas em todas as fases do desenvolvimento.

Em relação ao bem-estar psicológico é importante manter relações afetivas com familiares e amigos, e é essencial estar satisfeito com a vida apesar das possíveis deficiências provocadas pelo avanço da idade. Traçar objetivos, estabelecer novas metas é um potente antídoto contra a depressão, que pode acometer alguns idosos devidos a diversas perdas que enfrentam, como aposentadoria, casamento dos filhos, entre outros fatores.

A expectativa de vida aumentou muito nos últimos anos devido aos avanços científicos e tecnológicos, prolongamento que traz outros questionamentos, entre eles a



**Artigo**

relação entre tempo vivido e bem-viver. Cortella e Rios (2013, p. 33) nos ajudam a refletir sobre isto ao afirmar que “essa vida longa, tem um custo. E o custo precisa ser compensado com o que há de bom”.

Em relação à longevidade, os mesmos autores (2013, p. 65) alertam que “a questão não é o tempo, propriamente, mas a experiência que nele se vive, que é múltipla e diversa”. Em outro trecho (2013, p. 49) acrescentam que “por mais que queiramos embelezar a conclusão da vida, ela só poderá ser bela pelo que a vida foi ao longo de nossa história”.

Pensar qualidade de vida na velhice é pensar sobre os cuidados que tivemos com a saúde durante todo o percurso, e que o processo de envelhecer é uma experiência pessoal, atrelada aos princípios e valores vividos no âmbito de sua individualidade. Cada um é responsável por si mesmo e por sua história, pelas escolhas que faz na vida, e são elas que farão a diferença no nosso processo de envelhecimento. Cortella e Rios (2013, p. 17) afirmam que:

[...] se faz necessário refletir sobre o tipo de vida que vale a pena viver e o tipo de vida que não vale a pena. A ideia de vida longa implica viver mais e viver bem. Mas, no meu entender, viver bem não é só chegar a uma idade mais avançada com qualidade material de vida. É também adquirir a capacidade de olhar esta trajetória. Porque a vida não é só o agora, é o percurso. Ela é a soma de todos os momentos numa extensão de tempo.

### **Alimentação Saudável**

Manter bons hábitos alimentares é importante em qualquer momento da vida. Afinal, o consumo de alimentos mais saudáveis ajuda a prolongar a longevidade e ainda previne o aparecimento de doenças como colesterol alto, hipertensão e sobrepeso. Mas, uma dúvida muito recorrente é a respeito da alimentação do idoso. Quais alimentos devem ser introduzidos no cardápio? O que não deve ser consumido?

Pois bem, primeiramente é importante deixar claro que após a faixa etária dos 50 anos é comum apresentar uma elevação do peso por causa da diminuição dos níveis de estrógeno, testosterona e do hormônio do crescimento no organismo que colabora para a perda de massa muscular. Diante desse fator, o corpo passa a queimar menos calorias do que o normal, pois entende que é necessário acumular gordura no corpo para ter energia.



## Artigo

De acordo com Anderson et al., (1998), fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais influenciam diretamente a saúde e a qualidade de vida de idosos, o que significa que para avaliar e promover saúde ao idoso diversas variáveis do campo do saber devem ser considerados de maneira interdisciplinar e multidimensional. Dentre essas variáveis, a alimentação saudável constitui aspecto importante na qualidade de vida na terceira idade.

Dessa forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que uma dieta pobre em nutrientes associada a não realização de atividade física contribuem para o surgimento de doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, alguns tipos de câncer e osteoporose, respondendo assim, por grande parte da morbidade, mortalidade e incapacidade da categoria das doenças não-transmissíveis (OMS, 2004). Ainda nesse sentido, Montovani (2005) defende que a alimentação é inerente à saúde e à qualidade de vida, de tal modo que, o equilíbrio do padrão alimentar propicia melhor condição de saúde e colabora para prevenção e controle das principais doenças que acometem os idosos. Logo, considerando a importância de uma dieta equilibrada para qualidade de vida.

## METODOLOGIA

Este trabalho foi desenvolvido por meio de pesquisa de natureza básica, com uma abordagem qualitativa e objetivo exploratório, nesta conjuntura compete determinadas elucidaciones:

"Na condição de princípio científico, pesquisa apresenta-se como a instrumentação teórica metodológica para construir conhecimento" DEMO (2000).

Quanto à natureza empregada no artigo, foi utilizada a básica, a qual tem por desígnio reforçar conhecimento, favoráveis para o progresso da ciência, sem aplicação prática prevista. "Submerge fatos e veemências comuns que são justapostas diariamente". "A pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais" (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Pesquisa com objetivo exploratório: O objetivo desse tipo pesquisa é proporcionar máxima familiaridade com o problema, de modo a torná-lo mais explícito. A grande maioria dessas pesquisas envolve o levantamento bibliográfico [...] e apreciação de modelos que excitem a compreensão (GIL, 2008).

De tal modo, por meio destas, realizou-se um levantamento da produção científica relacionada às Políticas Públicas de Saúde no Brasil, evidenciando a responsabilidade do município no tocante a essas políticas. Foi realizado levantamento bibliográfico –



**Artigo**

objetivando a revisão de literatura direcionada ao tema do trabalho – Utilizamos estas abordagens totalmente teóricas, pois as mesmas culminam em reunir o conhecimento de autores através de seus trabalhos de publicações em obras bibliográficas com suporte a leitura de artigos e livros com intuito de obter a maior quantidade de informações sobre a problemática em questão.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

De acordo com as discursões apresentadas pelos autores citados no presente artigo, e outros que também refletem sobre o envelhecimento e qualidade de vida, pode se perceber uma unanimidade em considerar que a população brasileira está vivendo mais. Segundo dados especificados nesse artigo, essa população com o passar dos anos precisará de assistência especializada, para isso fazer-se necessário um planejamento agora, para que no futuro sejamos capazes de oferecer uma melhor qualidade de vida.

Enquanto não dispomos de serviços onde a maior idade possa contribuir de forma ativa, precisa-se investir na prevenção. Outro ponto comum encontrado nas considerações dos autores, segundo os mesmo, atividades físicas frequentes podem alongar de forma significativa o tempo de vida das pessoas, tempo esse desfrutado com saúde física, mental e psicológica.

Os benefícios oferecidos por essas atividades são incalculáveis, além da saúde corporal, a mente permanece ativa, mostrando que velhice é um termo que usamos referindo-se ao corpo físico, a juventude está na vontade de viver de passar seus conhecimentos e vivencias a novas gerações. Nós somos o que comenos, investir em alimentação saudável é outra forma de contribuir para o envelhecimento saudável, tardio de forma prazerosa.

Diante das conclusões apresentadas Rizzolli e Surdi (2010) também se posicionam frente essa nova realidade quando afirma que o envelhecimento no Brasil não se restringe apenas ao aumento de idade, mas a maior consciência e participação desse grupo que emerge e que está preocupado com a saúde, com a cultura, além de exigir mais espaço na sociedade. Decorrente dessa maior consciência do indivíduo idoso para com sua saúde, a discussão sobre qualidade de vida e as alternativas para uma sobrevida saudável vem ganhando espaço, em especial, nos grupos de convivência. A formação de grupos de convivência é uma alternativa para inserir esses sujeitos na sociedade e garantir um espaço onde eles possam desenvolver variadas atividades (RIZZOLLI, SURDI, 2010).



## Artigo

Nesse sentido, considerando as discussões acerca de hábitos saudáveis, entende-se que fatores extrínsecos, quais sejam: dieta, sedentarismo, causas psicossociais, acentuam os problemas advindos com o envelhecimento comum, e que, em contrapartida, no envelhecimento saudável estes problemas não existiriam ou se existissem não teriam importância (MONTOVANNI apud PAPALÉO NETTO, BRITO, 2001)

Os autores também nos proporcionaram uma reflexão sobre nossa vida enquanto cidadãos e o que estamos fazendo para melhorar nossa comunidade, nossa família, estão oferecendo hábitos saudáveis em nossa casa? Praticando atividades físicas? Vivendo para que no futuro possamos desfrutar de uma velhice plena dotada dos aspectos essenciais; físicos, mentais e psicológicos, onde a dependência para tarefas mais simples sejam desacompanhadas.

Vale salientar que o envelhecimento humano se constitui em uma das maiores conquistas do presente século, pois os indivíduos vivem mais e não morrem de doenças que no passado matavam em grande escala: há um contingente expressivo de longevos que cresce em decorrência dos avanços nos conhecimentos da engenharia genética, da biotecnologia, da descoberta de novos medicamentos para combater diversos tipos de patologia e, sobretudo, das políticas de vacinação em massa. Todo esse movimento científico também contribui para a queda da fecundidade, e o acesso a serviços de saúde e saneamento motiva uma queda da mortalidade, e conseqüentemente, há um aumento da expectativa de vida com uma mudança no perfil epidemiológico das doenças que afetavam a população brasileira. Alguns indivíduos longevos, que apresentam boa situação econômica, cujo acesso é livre às novas tecnologias - no campo da medicina ou da estética - veem conseguindo a permanência da juventude e da beleza, ao tentar parar seus relógios biológicos por muito mais tempo do que o metabolismo humano poderia normalmente permitir.

Contudo é louvável essa reflexão, nos faz perceber o quanto somos pequenos diante de dificuldades tão grandes a qual vamos enfrentar. Será que teremos forças suficientes, para usar tudo que aprendemos a nosso favor e envelhecer com saúde e qualidade de vida, ponto crucial para quais os autores nos chama atenção? “Viver bem, para envelhecer melhor”. A experiência da velhice supõe uma dinâmica adversa que não se pode ignorar ou negar, pois as pessoas envelhecerão, é fato, mas podem ter duas escolhas: amadurecer de forma plena e saudável ou envelhecer carregando a idade como se fosse um peso indigno.

A metodologia utilizada foi a bibliográfica, realizada através da internet e da revista portal eletrônico.



**Artigo**

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nunca na história da humanidade a vida foi tão longa. Desde o século XIX a expectativa de vida vem aumentando, mas ao refletir sobre a longevidade, acredito que não devemos apenas pensar em quantidade. Claro, é ótimo pensar que poderemos viver mais, que teremos mais tempo para realizar nossos projetos de vida, ampliar nossas metas, e ter maiores probabilidades de concretizar muitos dos nossos sonhos. Entretanto, é fundamental analisarmos a qualidade da nossa vida, pois a longevidade deve vir acompanhada de sentido para a nossa existência, deve vir acompanhada de desejo, de pulsão de vida.

Este trecho nos leva a refletir sobre o que é ser idoso e que talvez não possamos escrever sobre a velhice com precisão, pois ainda longe de alcançar essa etapa da vida. Podemos afirmar é que pensar no processo de envelhecimento nos ajuda a refletir sobre as questões inerentes relacionadas ao ser humano, e procurar estudar e compreender melhor essa fase que parece chegar de repente, e vem carregada de sentimentos e emoções. Está estampada no corpo - nas rugas, no embranquecer dos cabelos - mas também repleta de marcas da experiência vivida. Se entendermos melhor o que é envelhecer podemos mudar nossas atitudes perante o próximo e a nós mesmos, pois cedo ou tarde chegaremos lá, se assim nos for permitido, pois viver é um desafio no qual não há nenhuma garantia de superação.

Envelhecer é um privilégio! A vida é tão rara... A vida só vale porque é finita. Portanto, tempos que valorizá-la!

Concluimos que refletir sobre o envelhecimento, envelhecimento saudável e qualidade de vida é pensar a vida em todos os seus aspectos até o fim.

**REFERÊNCIAS**

BRASIL(a), Ministério da saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)**. Portaria nº2. 528 de 19 de outubro de 2006.

BRASIL(b), Ministério da saúde. Secretária de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Caderno da Atenção Básica. 192p.

BUSS, P. M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. *Rev. Ciência & Saúde*





**Artigo**

Ciênc. Saúde Coletiva, 2010. *Coletiva*. 2000; 5(1): 163-167.

CORTELLA, M.S. E RIOS; T.A. **Vivermos mais! Vivermos bem? Por uma vida plena.** Campinas, SP: Papyrus 7 Mares, 2013. - (Coleção Papyrus Debates). 173, 49, 65 e 97p.

ESTATUTO DO IDOSO, lei nº 10, 741, de 1º de outubro de 2003.9-50.  
<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>.

MONTOVANI, Efigênia Passarelli. **O processo de envelhecimento e a sua relação com a nutrição e a atividade física.** Brasil: Campinas, São Paulo, 2005.

NERI, A. L. (org.). *Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade.* São Paulo: SESC, 2007.

OLIVEIRA, R. J; ASSUMPÇÃO, L.O.T. Educação física e qualidade de vida para o idoso: um difícil hábito. In: DANTAS, E.H. M; VALE R.G. S. Atividade física e envelhecimento saudável. Rio de Janeiro: Shape; 2008. pp.59-71.

OMS. *Relatório Mundial de envelhecimento e saúde*, 2015. Disponível em <http://www.portaldoenvelhecimento.com>. Acesso em 09/11/2015.

PEIXOTO, Clarice. **“Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade”**. In Barros M.M. Lins (org). *Velhice ou terceira idade?* FGV. Rio de Janeiro, 2007, p.60-61.

PRATTEIN-Articulando Ideias. Viabilizado Ações envelhecimento saudável vai além da ausência de doenças. Disponível em <http://prattein.com.br/home/index.php?com=conteudo&view=article&id=814:envelhecimento-e-saude-desafios-para-o-brasil&catid=99:saude-dapopulacao-idosa&Itemid=189> e em <http://www.portaldoenvelhecimento.com>. Acesso em 09/11/2015.

REVISTA ISTO É, **Envelhecer bem. Junho** de 2011-ano 35, nº2168, pp.82-85.

REVISTA PORTAL de Divulgação, n.22, Ano II, jun. 2012: 6-17. ISSN 2178-3454



**Artigo**

REVISTA: *Mente e Cérebro*. **Viver Melhor Por Mais Tempo**. Ano XI. N 273. Outubro 2015.

RIBEIRO, L. **Um outro envelhecer é possível**. Aparecida, São Paulo: Ideias & Letras, 2012.12p.

SÊNECA, L.A – **Sobre a brevidade da vida**. Tradução Rebello, L.S; Vranas, E.I. N; Macedo. São Paulo: L&PM, 2015.

RIZZOLLI, Darlan; SURDI, Aginaldo César. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, ago. 2010 . Disponível em. Acesso em 02 agos. 2011.



Artigo

**ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSO NA ZONA RURAL:  
REVISÃO DE LITERATURA**

Kaísa Mambelly Jácome de Oliveira<sup>1</sup>  
Francisca Cláudia dos Santos<sup>2</sup>  
Valnice de Moraes Rolim<sup>3</sup>  
Klaussia Maria Cavalcanti de Sousa<sup>4</sup>  
Manuela Carla de Souza Lima Daltro<sup>5</sup>  
Isabel Cristina Barbosa Henriques Brito<sup>6</sup>

**RESUMO:** O texto tem como objetivo analisar o envelhecimento e qualidade de vida do idoso na zona rural. A construção desse artigo foi realizada com base na análise e reflexão de vários estudiosos a luz do tema e a respeito do processo de envelhecimento e qualidade de vida sobretudo na zona rural. Constatou-se, que é satisfatório as condições ambientais e a convivência em comunidade, porém o acesso aos serviços de saúde e transporte é deficitário tornando a assistência do idoso na zona rural deficiente, uma vez que as ações de saúde não são desenvolvidas de maneira integral, refletindo diretamente na qualidade de vida do idoso.

**Palavras Chaves :** Envelhecimento/ Qualidade de vida/Zona rural

---

<sup>1</sup> Enfermeira pela Faculdade de Enfermagem Santa Emília de Rodat. Mestranda em Saúde Pública pela Absoulute Christian University.

<sup>2</sup> Assistente Social Fundação Universidade de Tocantins. Mestranda em Saúde Pública pela Absoulute Christian University.

<sup>3</sup> Assistente Social pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras. Mestranda em Saúde Pública pela Absoulute Christian University.

<sup>4</sup> Assistente Social pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras. Mestranda em Saúde Pública pela Absoulute Christian University.

<sup>5</sup> Doutora em Ciências da Saúde pela a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. E-mail: manucacarla@hotmail.com

<sup>6</sup> Enfermeira pelas Faculdades Integrada de Patos Mestranda em Saúde Pública pela Absoulute Christian University.



**Artigo**

**ABSTRACT:** The text has the objective to analyze the aging and the quality of life of the elderly in the rural area. The construction of this article was carried out based on the analysis and reflection of several scholars in the light of the theme and regarding the aging process and quality of life, mainly in the rural area. It was found that environmental conditions and community living are satisfactory, but the access to health and transportation services is deficient, making elderly care in rural areas deficient, since health actions are not developed in an integral way, reflecting directly on the quality of life of the elderly person.

**Keywords:** Aging / Quality of life / Rural area

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas uma das grandes preocupações da sociedade contemporânea e do Poder Público, é o fenômeno do envelhecimento, ou ainda denominado de senescência, envelhecimento fisiológico, definindo-se como um conjunto de alterações que ocorrem no organismo humano que implica em perda progressiva da reserva funcional sem o comprometimento das necessidades básicas de manutenção da vida (JAOOB –FILHO et al., 2006).

As rápidas mudanças na estrutura etária traz uma realidade demográfica relevante, pois a maior longevidade da população vem modificando o perfil epidemiológico no país em detrimento das doenças infecto-parasitárias, relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2012).

O aumento da longevidade se deve também ao nível da qualidade de vida, a partir do que é dispensado ao ser humano para enfrentar o fenômeno do envelhecer, sendo necessário manter integralidade entre aspectos físicos, psíquicos e espiritual, com evidência a se observar o processo saúde-doença (VECCHIA et al., 2005).

O envelhecimento populacional traz implicações importantes na qualidade de vida, seja esta no desenvolvimento de qualidade de atividades diárias, autônomas, inclusão social, recursos financeiros (SANTOS et al. 2002). Portanto, o envelhecimento é parte essencial do ciclo da vida, perpassando pelo indivíduo de formas diferentes, observando a realidade e circunstância de cada idoso, elevando a qualidade de vida.

Neste sentido, o idoso que envelhece no meio rural, se depara com algumas dificuldades nos serviços de saúde, de transporte, já os idosos do meio urbano, apesar de



**Artigo**

terem maior facilidade aos serviços de saúde, o risco da solidão é superior (FONSECA, 2006).

Diante do exposto, esse trabalho tem como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre envelhecimento e a qualidade de vida do idoso na zona rural.

**ENVELHECIMENTO**

O envelhecimento é um processo que decorre da interligação dentre fatores genéticos, pessoais e ambientais (PAÚL, 2006), classificado em teorias biológicas, psicológicas e sociais, acarretando em modificações importantes das funções orgânicas, com diminuição das reservas funcionais e predisposição a muitas doenças e, conseqüentemente, a morte (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2006).

Desde o início do século XX, são observadas mudanças mundiais na transição demográfica, exigindo dos gestores uma preparação mais eficiente, no tocante as políticas públicas para os idosos, proporcionando saúde integral (VECCHIA et al, 2005, JOIA, RUIZ; DONALISIO, 2007).

Essa transição demográfica apresenta-se pelas transformações produzidas pela diminuição da natalidade. Sendo mensuradas pela situação de vida, além de demandas migratórias (WONG; CARVALHO, 2006). As demandas migratórias, estão ligadas a indicadores de saúde que mostram mudanças na transição demográfica, necessitando, assim, de atenção especial para proporcionar a satisfação do idoso (BRAGA, LAUTERT, 2004).

A transição acontece também na parte funcional e nos sistemas do corpo, mas, o envelhecimento não está necessariamente ligado a deteriorização do corpo; na verdade, manter independência funcional é fator chave para um envelhecimento saudável (ativo), bem como desenvolver a cognição e promover melhora da atividade pelos idosos (BAIÉ et al., 2015).

De acordo com Hazzard et al. (1994), como citado em Caldas (2003) é significativo o efeito da idade avançada, pois soma-se a condições que causam dependência aos idosos, tais como: a demência em si, fraturas ósseas, acidentes vasculares cerebrais, doenças reumatológicas e deficiências na acuidade auditiva e visual, reduzindo a capacidade de adequação a certos ambientes.

Além dessas deficiências que acometem os idosos, destacamos também as doenças crônicas que debilitam e impossibilitam de executarem diversas tarefas diárias,



**Artigo**

diminuindo progressivamente as respostas adaptativas do corpo do idoso frente ao meio ambiente. Ademais, em muitos casos, exigem tratamentos contínuos, que causam dependência e também algum tipo de disfunção e seqüela (NASRI,2008).

Ainda deve-se lembrar de que o aceleração biológico do ciclo da vida da população tem ocorrido, não por conquistas políticas, sociais ou financeiras, mas, pela disseminação dos serviços públicos, com, benefícios farmacêuticos, médicos e sanitários, evidenciando a saúde pública ( PROCHKET,2005).

**QUALIDADE DE VIDA**

O estudo da qualidade de vida em idosos está em ascensão pelo grande número desse público, principalmente em países desenvolvidos, fortalecendo que a idéia de velhice patológica onera o indivíduo e a sociedade (NERI,2007).

Para se envelhecer com qualidade é necessário manter integral sintonia nos aspectos físico, social, psíquico e espiritual; com evidência a se observar a estrutura de cada indivíduo no processo saúde-doença (VECCHIA; et.al.,2005).

A qualidade de vida para os idosos é concretizada através da independência para desenvolverem atividades diárias básicas, além desfrutarem de liberdade de doenças, engajamento e competência física mental (DIOGO; NERI; CACHIONE, 2006).

Para Vieira (2004) a qualidade de vida “é o estado ou condição benéfica de vida em que os componentes que interferem no bem-estar físico, mental, emocional e social estão devidamente controlados.” Esse estado ver o indivíduo de maneira holística, agrupados em todos os sentidos e não apenas, em ausência de doença.

De acordo com WHOOL Group (1996) a qualidade de vida foi definida como percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

No meio rural, a qualidade de vida do idoso reflete em saúde e lazer, além de somar para o bem-estar próprio, contribui, em várias situações sociais, como, a preservação do meio ambiente, conservação de mananciais de água de água de árvores, solo e até organização comunitária (KREUTZ, 2012).



**Artigo**

**ACESSO À SAÚDE NA ZONA RURAL**

A atenção básica, é um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde(SUS). Onde, dentre os desafios, destacam-se, o acesso, o acolhimento à efetividade é a resolutividade das suas práticas, frente ao processo de trabalho real como objeto de análise e intervenção (BRASIL, 2013).

Entretanto, esse acesso a Estratégia de Saúde da Família (ESF), em meio rural, às vezes, fica prejudicado mediante diversas circunstâncias de caráter pessoal bem como, de caráter de apoio logístico tais como: horário, distância, tempo, dentre outros. Assim, o menor acesso e conseqüentemente menor utilização de serviços de saúde pelas populações rurais, seja menor disponibilidade de serviços, grandes distâncias a serem percorridas ou dificuldades de acesso (TRAVASSOS: VIACAVA, 2007).

O espaço rural insere-se num contexto amplo e relacional ao espaço urbano, ficando marginalizado, ou seja, para o campo não foram pensadas políticas públicas, principalmente que garantissem obtenção e acesso à saúde(MOREIRA,2018).

Os idosos residentes nas áreas rurais, além de enfrentar os problemas de saúde do envelhecimento, têm de lidar com maiores barreiras para obter os serviços de saúde, de que necessitam, além, ainda de baixa renda, são indicadores de redução, para os serviços de saúde (OLIVEIRA, 2004).

**ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO IDOSO NA ZONA RURAL**

Para se ter satisfação nessa faixa etária, torna-se necessário estabelecer o controle na cognição, produtividade, gerência financeira, saúde física e psíquica, interação com familiares e sociedade (NERI,1993, SANTOS et al., 2002 ).

Além desses indicadores, o local onde o idoso reside, pode definir também o estado de saúde e bem-estar. É bom salientar que os idosos formam um conjunto distinto onde os cuidados devem ser ímpares e específicos para cada indivíduo (CARVALHO et al., 2012)

Um ambiente salutar para alguns idosos é a zona rural, neste os que são pró-ativos, podem desenvolver atividades agrícolas, pecuária, manejo com avicultura, suinocultura, hortas e pomares; destacando a adaptação dos indivíduos, idosos diante da vida (NERI, 2004).



**Artigo**

As estimativas populacionais realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apontam que o envelhecimento no Brasil deve acelerar nos próximos anos, dobrando em cerca de 23,5%, diante da estimativa da Organização das Nações Unidas(ONU) para o resto do mundo, sendo que desse total, quase metade dos idosos pró-ativos, residem em áreas rurais (IGBE,2015).

. Viver na zona rural pode fornecer níveis aumentados de capacidade funcional dinamizada, uma vez que as atividades diárias físicas laborais, são mantidas com constante periodicidade num ritmo intenso. As atividades voltadas para o plantio de cereais, manejo com animais e plantações, bem como a limpeza e manutenção do domicílio, causam efetividades nas tarefas, além de despertar sentimentos de se sentir útil e produtivo diante da família e sociedade (FERREIRA; TAVARES,2013; FILHO et al., 2014).

**METODOLOGIA**

A presente pesquisa é do tipo exploratória e descritiva, de caráter bibliográfica utilizando para bases de dados os artigos presentes em bancos de dados como: Scielo, Bireme e Google acadêmico, donde foram selecionados arquivos originais, para elucidarem mais contextos sobre o tema em estudo escolhido, relacionados ao processo de envelhecimento e qualidade de vida do idoso em zona rural: em breve análise, diante de uma revisão literária sobre o tema.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES**

De acordo com Vecchia et al.(2005), a qualidade de vida na terceira idade pode ser compreendida como manutenção da saúde em todos os aspectos da vida humana, observando a multidimensionalidade da pessoa, pois, nem sempre apresenta equilíbrio ideal e precisa ser percebido de acordo com as possibilidades reais de cada sujeito em consonância com Herculano e seus colaboradores (2000) que propõem que a qualidade de vida é a soma das condições econômicas, ambientais, científicos, culturais e políticas coletivamente construídas e postas à disposição dos indivíduos para realizar suas potencialidades.





**Artigo**

Para mensurar a qualidade de vida dos idosos da zona rural estudos desenvolvidos por Ferreira e seus colaboradores em 2013, referem que o cuidado impõe desafios aos profissionais de saúde, sendo necessárias mudanças nos arranjos organizacionais nos sistemas de saúde e sociais.

Através dos estudos de Sequeira e Silva (2002) percebe-se que no meio rural os idosos apresentaram melhores índices de qualidade de vida subjetiva, pois existe uma maior estabilidade populacional em um sentido de identidade entre as pessoas o que favorece a manutenção de laços afetivos, maior contato e maior rede de vizinhança, reforçando a interação pessoal. Além disso, os idosos do meio rural na atualidade, nas pesquisas de Martins et al. (2007), tem mais acesso à aquisição de bens de consumo e meios de comunicação, devido às facilidades que o mercado oferece, quanto a energia elétrica e conseqüente popularização da televisão e do rádio ampliando as suas oportunidades de diversão.

Lopes (2004) e Ferreira (2009) encontraram resultados concordantes com os dos estudos anteriores, afirmando que a qualidade de vida dos idosos é superior nos residentes em meio rural. Beltrame, Cader, Cordazzo e Dantas(2012) também obtiveram melhores pontuações de qualidade de vida no grupo rural em relação à saúde e aos aspectos sociais.

Krouts e Coward (1998) citado por Fonseca et al. (2005) elecam alguns mitos na qualidade de vida do idoso na zona rural, salientando que existe a idéia de que os idosos se redefinem em pequenas comunidades rurais onde espera anos de sossego, sem preocupações e um pouco de conforto, felicidade e contentamento, além de elevados níveis de saúde e satisfação, uma vez que, o apoio familiar é importante para amparar as necessidades do idoso no meio rural , dado terem vivido como viveram em comunidades solidárias, e de apoio, pois, não sendo ricos, descobrem meios para conquistar de uma forma imponderável as necessidades básicas, acreditando que o custo de vida do meio rural é baixo.

Navarro (2008) destacou que além de tudo isso, o idoso necessita de atividades de lazer, que são relevantes para o controle ou a redução do estresse, promovendo interação social, ajudando ao idoso, manter uma situação positiva perante as situações de dificuldades.

Porém, alguns estudos, como o de Fonseca et al. (2005) refere que existe inúmeras desvantagens na zona rural, como ausência de transportes, acesso às áreas de assistência médica e outros serviços, rendimentos insuficientes para fazer face a uma saúde débil e fracas condições habitacionais, dificultando assim, uma melhor qualidade de vida.



**Artigo**

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através da análise desse estudo, foi possível observar que a qualidade de vida do idoso é satisfatória, no tocante a vida subjetiva, o conviver em tranquilidade na sociedade, uma vez que a qualidade de vida também está ligada as condições econômicas, ambientais, culturais para o desenvolvimento de potencialidades dos idosos, além de proporcionar que os mesmos sejam proativos, na aquisição de bens de consumo e comunicação.

De contraponto, para se obter qualidade de vida para o idoso no meio rural é necessário intensificar os cuidados nestas regiões, no que tange a oferta e acesso aos serviços de saúde e transporte.

**REFERÊNCIAS**

BAIÉ, M. B. CORRÉIA, C.K. M.; MANGUEIRA, D.V.D. **Envelhecimento e Funcionalidade**: Fatores que influencia a busca por um envelhecimento ativo. Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, 2015.

BELTRAME, V., Cader, S.A., Cordazzo, F., & Dantas, E.H. Qualidade de vida de idosos da área urbana e rural do município de Concórdia, SC. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 15(2), pp 223-232, 2012 Consultado em 10 de maio de 2019. Acesso <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000200005 &script=sci-arttext>

BRAGA, C.; LAUTERT, L. Caracterização sociodemográfica dos idosos em uma comunidade de Porto Alegre, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre v 25, n1, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 1 ed. 3. Reimpr- Brasília: Ministério da Saúde, 2013.2006(1): 7-8-12-13.



**Artigo**

-----, Ministério da Saúde. **Manual Técnico operacional do sistema de informações hospitalares-módulo II**: orientações técnicas . Brasília-DF,2012.

BRITO, F. C.; LITVOC, C. J. Conceitos básicos: In F.C. Brito e C. Litvoc (Ed.), **Envelhecimento prevenção e promoção de saúde**. São Paulo, Atheneu, p. 1-16, 2004.

CARVALHO FILHO, E.T., de. PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

DIOGO, M.J.D.; NERI, A.L., CACHIONI, M. **Saúde e qualidade de vida na velhice**. 2 ed. Campinas: Editora Alínea, 2006.

FERREIRA, A.L.C.B.M. **A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais**: a perspectiva do próprio e do seu cuidador. Tese de Psicologia e Ciências de Educação. Universidade de Lisboa, 2009.

FERREIRA, Pollyana Cristina dos Santos; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo.v47. v.2 p.401-407. Abr. 2013.

FONSECA, A. M. O envelhecimento bem sucedido. In A. M. Fonseca, & M.C. Paúl(Eds). **Envelhecer em Portugal** (pp. 281-311) Lisboa: Climepsi Editores, 2006.

FONSECA, A. M. Paul, C., Martim, I. e Amado, J. **Condição Psicossocial de Idosos Rurais numa Aldeia do Interior de Portugal**. E C. Paul e A. Fonseca (eds) Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados. Lisboa: climepsi, 2000.

HERCULANO, Selene C. **A qualidade de vida e seus indicadores**. Niterói: Eduff,2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) - **Síntese de indicadores sociais** - uma análise das condições sociais da população brasileira. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD); 2015.



**Artigo**

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Saúde & Ciência Coletiva**, v.13 n4, 2008.

KREUTZ, I. **Qualidade de vida estimula a permanência de idosos no meio rural**. Ver. Emater/RS, 2012.

LEE,R. The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change. **Journal of Economic Perspectives**, v17(4): pg 167-190, 2003.

LOPES,P.A.P.L. **Qualidade de vida e suporte social do idoso no meio rural e no meio urbano**: um estudo comparativo e correlacional. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada(ISPA).

MARTINS, C. R. et al. **Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos**: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. *Estud Interd. Envelhec. Porto Alegre*, v.11 pg.135-154, 2007.

MEIRELLES, V. C. et. Al. **Características do idosos em área de abrangência do Programa de Saúde do idoso na região noroeste do Paraná**: contribuições para o cuidado em enfermagem. *Saúde Sociedade*, São Paulo v16 n1, 2007.

MOREIRA, F. **Identidade cultural e cultura na fronteira homem/meio rural**. Disponível em: [www.rizoma.ufsc.br/pdfs/765-of10c-stl.pdf](http://www.rizoma.ufsc.br/pdfs/765-of10c-stl.pdf). Acesso em: 01 de jun. de 2019.

MOTTA, L.B. Processo de envelhecimento. In A L Saldanha e C. P. Caldas(Ed). **Saúde do idoso**: arte de cuidar. 2ed. Rio de Janeiro: Interciência, p 114-124, 2004.

NASRI, F. **O envelhecimento populacional do Brasil**. *Einstein*, v.6,2008.

NAVARRO, FM, RABELOJF, FARIA STLOPES MCR, MARCON SS. Percepção dos idosos sobre a prática e importância de atividades físicas em suas vidas. **Ver. Gaúcha de Enferm.** 2008; 29 (4) 596-603.

NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, Papirus,1993.



**Artigo**

\_\_\_\_\_. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In DUAARTE Y. A. O, DIOGO, M.J.D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000 p33-47.

OLIVEIRA, EXG, Carvalho; MS, Travassos C. Territórios do Sistema Único de Saúde: Mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, 2004; 20: 386-402.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Assembléia Mundial sobre Envelhecimento**. Viena: World Health Organization,

PAÚL, C. A construção de um modelo de envelhecimento humano. In A. M. Fonseca, & M. C Paúl (EDS). **Envelhecer em Portugal** (pp. 22-41) Lisboa: Climepsi Editores, 2006.

PROCHKET, TC; RUIZ, TR; CORREIA I. Considerações gerais sobre o envelhecimento brasileiro. **Ver. Brasil. De Enferm.** 2006,(5),3:168-73.

RODRIGUES, NC. Política Nacional do Idoso: Retrospectiva histórica. **Estud. Interdiscip. Envelhec.** 2005.

SANTOS, S. S. C. Ensino da enfermagem gerontogeriatrics e a complexidade. **Ver Esc. Enferm USP**, 2006; 40(2):228-35.

SEQUEIRA, Armênio; SILVA, Marlene Nunes. O bem estar da pessoa idosa no meio rural. **Análise Psicológica** :Lisboa, v 3, pg509-516, 2002.

TEIXEIRA, E C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da sociedade**. Salvador AATR: 2002.

THE WHOQOL GROUP. **What quality of life?** World Health Forum. WHO: Geneva, 1996.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA. F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n10; p. 24



# Temas em Saúde

Vol. 19, N. 3  
ISSN 2447-2131  
João Pessoa, 2019

## Artigo

VIEIRA, E. B. **Manual de gerontologia**: um guia teórico-prático, para profissionais, cuidadores e familiares. 2ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

WONG, L.L.R, CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. Bras. Est. Pop**, São Paulo, v.23 n 1, 2006.



ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSO NA ZONA RURAL: REVISÃO  
DE LITERATURA

Páginas 273 a 284

Artigo

**HANSENÍASE: ANÁLISE DE FATORES RELACIONADOS À INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO**

**LEPROSY: ANALYSIS OF FACTORS RELATED TO TREATMENT INTERRUPTION**

Maria de Fátima Nogueira Rolim<sup>1</sup>  
Surellyson Oliveira Pereira da Silva<sup>2</sup>  
Rayrla Cristina de Abreu Temoteo<sup>3</sup>  
Geruslânia da Silva Almeida Pereira<sup>4</sup>  
Vanessa Erika Ferreira Abrantes<sup>5</sup>  
Mayane Gabriele Borges Salzani<sup>6</sup>

**RESUMO** - A hanseníase configura-se com um problema de saúde pública e seu controle depende da participação de todas as instâncias de saúde. Nesse contexto, as unidades básicas de saúde são serviços da atenção básica com função primordial no diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos acometidos pela hanseníase. O tratamento da hanseníase não pode ser interrompido, seu abandono pode provocar reaparecimento dos bacilos, tornando o doente novamente contagiante. Objetivou-se investigar a interrupção ou não adesão ao tratamento de pacientes com hanseníase no município de Cajazeiras – PB. Trata-se de uma pesquisa de campo que seguiu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de caráter exploratório descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, realizada nas Unidades Básicas de Saúde Mutirão, João Bosco Braga Barreto e São José. A coleta de dados deu-se por entrevista baseada em roteiro com questões caracterizando a amostra e questões direcionadas ao objetivo do estudo. Os dados foram organizados e analisados conforme a técnica de análise de conteúdo, fundamentados na literatura pertinente. Os dados sociodemográficos demonstraram uma prevalência nos indivíduos com idade entre 49 a 58 anos, 5 (55,6%) do sexo masculino, com a maioria de casados, ensino fundamental incompleto, do lar, menos de um salário mínimo. Dos dados

---

<sup>1</sup> Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria, Cajazeiras (PB).

<sup>2</sup> Bacharel em Enfermagem. Especialista em Nefrologia.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre e Docente na Faculdade Santa Maria.

<sup>4</sup> Especialista. Docente na faculdade Santa Maria.

<sup>5</sup> Mestre. Docente na faculdade Santa Maria.

<sup>6</sup> Bacharel em Enfermagem com Residência em Enfermagem em Clínica Cirúrgica.



**Artigo**

relacionados ao objeto de estudo, surgem duas categorias de análise: Motivos para não tomar o medicamento e sub-categorias: esquecimento; atividades laborais; efeitos colaterais; problemas familiares; problemas alcoólicos. Na segunda categoria, Orientações quanto ao tratamento da hanseníase e subcategorias: tomar medicamento no horário certo; e complicações decorrentes da doença. Conclui-se que os resultados deste estudo contribuíram para melhor compreensão e caracterização dos fatores relacionados ao abandono ou interrupção do tratamento da hanseníase.

**Palavras-chave:** Atenção primária; Hanseníase; Tratamento.

**ABSTRACT** - Leprosy is a public health problem and its control depends on the participation of all health instances. In this context, basic health units are primary care services with a primary function in the diagnosis, treatment and monitoring of those affected by leprosy. The treatment of leprosy cannot be interrupted, its abandonment can cause the bacilli to reappear, making the patient contagious again. This study aimed to investigate the interruption or non-adherence to treatment of leprosy patients in the city of Cajazeiras - PB. This is a field research that followed the Resolution 466/12 of the National Health Council, of descriptive exploratory character, with quantitative and qualitative approach, carried out in the Basic Health Units Mutirão, João Bosco Braga Barreto and São José. The data was given by script-based interview with questions characterizing the sample and questions directed to the objective of the study. Data were organized and analyzed according to the content analysis technique, based on the relevant literature. Sociodemographic data showed a prevalence in individuals aged 49 to 58 years, 5 (55.6%) male, with the majority of married, incomplete elementary school, home, less than one minimum wage. From the data related to the object of study, two categories of analysis appear: Reasons for not taking the drug and subcategories: forgetfulness; work activities; Side effects; family problems; alcohol problems. In the second category, Guidelines on leprosy treatment and subcategories: taking medication at the right time; and complications arising from the disease. It is concluded that the results of this study contributed to a better understanding and characterization of factors related to the abandonment or interruption of leprosy treatment.

**Key words:** Primary attention; Leprosy; Treatment





Artigo

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, uma bactéria intracelular obrigatória que compromete, principalmente, a pele e os nervos periféricos, o que pode ocasionar alteração na sensibilidade das áreas afetadas pela presença do bacilo. Esse tropismo neural é responsável pelo potencial incapacitante da doença que, sem intervenção, gera deformidades e incapacidades nos olhos, nas mãos e nos pés (BRASIL, 2008).

O *Mycobacterium leprae* tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), no entanto, poucos adoecem (baixa patogenicidade), propriedades estas que não são funções apenas de suas características intrínsecas, mas que dependem, sobretudo, de sua relação com o hospedeiro e grau de endemicidade do meio. O domicílio é apontado como importante espaço de transmissão da doença, embora ainda existam lacunas de conhecimento quanto aos prováveis fatores de risco implicados, especialmente aqueles relacionados ao ambiente social. A hanseníase parece ser uma das mais antigas doenças que acomete o homem. As referências mais remotas datam de 600 a.C. e procedem da Ásia que, juntamente com a África, podem ser consideradas o berço da doença. A melhoria das condições de vida e o avanço do conhecimento científico modificaram significativamente esse quadro e, hoje, a hanseníase tem tratamento e cura (BRASIL, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), na maioria das regiões do mundo a incidência da doença é maior nos homens do que nas mulheres. Existem outros fatores que favorecem a endemicidade, como as condições socioeconômicas desfavoráveis, condições precárias de vida e de saúde, e o elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente (BRASIL, 2002).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) informa que 105 países e territórios reportaram casos de hanseníase durante o primeiro quadrimestre de 2012, mostrando uma prevalência mundial da doença de 181.941 casos em tratamento. O número de casos novos detectados em todo o mundo em 2011 foi de aproximadamente 219.075. O Brasil ocupou em 2012 a segunda posição em número de casos novos de hanseníase, com 33.303, correspondendo a 15,4%. A primeira posição está com a Índia, com 126.800 casos novos, o que corresponde a 57,8% do total (BRASIL, 2014).

Ao ser confirmado o diagnóstico de Hanseníase, a pessoa é encaminhada ao serviço de saúde, para fazer o devido tratamento. No entanto, ocorrem casos em que algumas pessoas faltam na data agendada para a tomada do medicamento. Os indivíduos



**Artigo**

que não comparecem para tomar a dose supervisionada por mais de 30 dias devem ser visitados em seus domicílios pelos profissionais de saúde para pesquisar e intervir nas possíveis causas de falta, orientar e, conseqüentemente, evitar a situação de abandono do tratamento (BRASIL, 2008).

De acordo com Sousa *et al.* (2013), os motivos do não comparecimento regularmente à unidade básica de saúde (UBS) são: o desejo de faltar, assim como ausência dos sintomas, outros problemas de saúde, não aceitação da doença, pensamento de cura religiosa e constrangimento relacionado às idas mensais à referida unidade de saúde.

A escolha do tema deste estudo foi devido ao interesse pela disciplina saúde do adulto II, na qual tive a oportunidade de estagiar em uma unidade básica de saúde na cidade de Cajazeiras- PB, e realizar um estudo de caso com uma pessoa atingida pela hanseníase. Então surgiu o interesse em estudar quais as causas que leva o paciente a faltar ou até mesmo abandonar o tratamento da doença.

O referido estudo estabeleceu um contato direto com o paciente acometido pela hanseníase, um contato de fundamental importância, não somente para o paciente, mas para seus familiares, informando as conseqüências que a doença pode causar, dentre elas estão: a perda da sensibilidade e também a força muscular, além de se tornar vítima de deformidades incapacitantes, muitas vezes ocasionando sua exclusão social. Assim, é indispensável fazer o devido tratamento, com o uso correto e ininterrupto da Poliquimioterapia (PQT).

Diante das pesquisas observou-se que são poucos os estudos que revelam as causas para a interrupção ou abandono do tratamento da hanseníase, acarretando um grande problema de saúde pública, considerando-se que há uma incidência crescente do número de casos de hanseníase. Assim, o presente estudo tem como objetivo geral: Investigar a interrupção do tratamento da hanseníase ou a não adesão ao mesmo, por parte dos pacientes, no município de Cajazeiras (PB). Tem como objetivos específicos: Descrever a situação da Hanseníase no Brasil; evidenciar a importância da não interrupção ou não abandono do tratamento da Hanseníase; Traçar o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos pacientes com hanseníase; descrever os motivos da interrupção ou não adesão ao tratamento da hanseníase.



Artigo

REFERENCIAL TEÓRICO

**A situação da hanseníase no Brasil**

A hanseníase é uma doença infecto contagiosa de evolução lenta, causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, que pode acometer qualquer pessoa, em qualquer faixa etária. Manifesta-se principalmente por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões de pele e lesões de nervos periféricos, em especial o mediano, radial, ulnar, tibial, fibular e o facial (MOREIRA *et al.*, 2014).

As principais manifestações da doença são lesões de pele com perda de sensibilidade, nódulos, placas, espessamento da derme e, em alguns casos, acometimentos dos referidos nervos periféricos, que são responsáveis pelas incapacidades nas mãos, nos pés e nos olhos. Estas deformidades contribuem para a transcendência, que pode ser definida como o custo pessoal e social dos agravos à população, ou seja, tudo em relação à saúde/doença/intervenção que pode interferir de forma direta nas relações sociais, econômicas, profissionais e culturais (LANA *et al.*, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) informa que 105 países e territórios reportaram casos de hanseníase durante o primeiro quadrimestre de 2012, mostrando uma prevalência mundial da doença de 181.941 casos em tratamento. O número de casos novos detectados em todo o mundo em 2011 foi de aproximadamente 219.075. O Brasil ocupou em 2012 a segunda posição em número de casos novos de hanseníase, com 33.303, correspondendo a 15,4%. A primeira posição está com a Índia, com 126.800 casos novos, o que corresponde a 57,8% do total (BRASIL, 2014).

Acredita-se que sua transmissão ocorra pelo contato íntimo e prolongado de indivíduo suscetível com paciente bacilífero, através da inalação dos bacilos. É necessário, entretanto, um longo período de exposição ao agente. O aparecimento da doença na pessoa infectada depende da relação parasita-hospedeiro. Além das condições individuais, outros fatores relacionados aos níveis de endemia e às condições socioeconômicas desfavoráveis, assim como condições precárias de vida e de saúde e o elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente, influem no risco de adoecer. No entanto, a cadeia de transmissão é interrompida quando o doente inicia o tratamento quimioterápico, deixando de ser transmissor, pois as primeiras doses da medicação reduzem os bacilos a um número que impede a infecção de outras pessoas (MOREIRA *et al.*, 2014).

O diagnóstico precoce e o tratamento imediato contribuem para reduzir a incidência da doença, o risco de incapacidades, de sequelas e de deformidades, assim



## Artigo

como a convivência social com pessoas curadas e sem incapacidades ou sequelas graves, bem cuidadas e inseridas socialmente pode modificar a percepção que as pessoas têm sobre a doença. Garantir que a população atingida pela hanseníase viva uma vida normal, desenvolva seus talentos e projetos de vida só é possível em um contexto de atenção à saúde no qual não se abandone o paciente após a cura da doença. Por isso, é fundamental avaliar todos eles durante o período de tratamento, no momento da alta e nos anos subsequentes (BRITO *et al.*, 2014).

Como exames complementares, pode-se utilizar a baciloscopia que é mais útil no diagnóstico laboratorial; é de fácil execução e baixo custo. Colhe-se o material a ser examinado (raspado de tecido dérmico) nos lóbulos das orelhas direita e esquerda, cotovelos direito e esquerdo e em lesão suspeita. A coloração é feita pelo método de Ziehl-Neelsen e apresenta-se o resultado sob a forma de índice baciloscópico (IB), numa escala que vai de 0 a 6+. A baciloscopia mostra-se negativa (IB=0) nas formas tuberculóide e indeterminada, fortemente positiva na forma virchowiana e revela resultado variável na forma dimorfa (OLIVEIRA, 2014).

O coeficiente de prevalência de hanseníase do Brasil, indicador utilizado para monitorar o progresso da eliminação dessa doença enquanto problema de saúde pública, vem sofrendo redução progressiva nos últimos anos. Isso decorre da diminuição no número de casos novos da doença, de modo mais acentuado a partir de 2003; da redução do tempo de tratamento com a polioquimioterapia (PQT) a partir do ano 2000; e da melhoria da qualidade das informações, com atualizações sistemáticas nos bancos de dados. No entanto, o padrão espacial de distribuição da hanseníase permanece o mesmo (BRASIL, 2013).

Em 2013, o coeficiente de detecção geral de casos novos no Brasil foi de 15,44/100.000 hab., o que corresponde um padrão de alta endemicidade. A redução desse coeficiente de 2003 a 2013 foi de 47,42%. Os coeficientes de detecção da hanseníase apresentam tendência de redução no Brasil, mas ainda com patamares muito altos nas regiões Norte e Centro Oeste, com coeficientes médios de 35,89/100.000 hab. e 38,59/100.000 hab., respectivamente. A região Nordeste apresenta situação de endemicidade muito alta perante a região Sul e Sudeste, com média de 23,79/100.000 hab. enquanto as regiões Sudeste e Sul apresentam parâmetros médios de endemicidade, com coeficientes de, respectivamente, 5,58/100.000 hab. e 4,08/100.000 hab (BRASIL, 2014).

A hanseníase no Brasil mostra que a prevalência da doença teve uma redução, ainda que a taxa de detecção não tenha diminuído efetivamente, apresentando uma



**Artigo**

elevação do ano de 2005 para 2006. O quadro deve-se à endemia oculta (pois é insipiente a busca ativa dos doentes nas áreas endêmicas), aos diagnósticos tardios, deficiência nos programas público-assistenciais, precariedade dos serviços de saúde, abandono do tratamento, baixo nível de esclarecimento da população, ao preconceito e estigma que recaem sobre a doença. Estima-se que somente 1/3 dos portadores do bacilo de Hansen esteja notificado e que, dentre esses, muitos fazem um tratamento irregular ou o abandonam, tendo como consequência bacilos resistentes às medicações e que podem levar a dificuldades no tratamento da doença, aumentando o problema nacional da hanseníase (MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010).

A eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil apresenta aspectos facilitadores que incluem: a decisão política de eliminação da hanseníase; a hanseníase no contexto do Plano Brasil Sem Miséria; a inserção da hanseníase em todas as pactuações do Sistema Único de Saúde (SUS); a existência de ampla cobertura de unidades básicas de saúde com potencial para diagnosticar e tratar a doença até a cura; equipe multiprofissional com a presença de médicos e enfermeiros para a garantia do diagnóstico e acompanhamento de casos em unidades de saúde; assistência secundária e terciária na rede de atenção à saúde; atuação constante e forte de movimentos sociais; parcerias com (ONG) organizações não governamentais (BRASIL, 2013).

**A importância da não interrupção ou não abandono do tratamento da hanseníase**

O Ministério da Saúde no Brasil classifica a Hanseníase para fins operacionais de acordo com o tratamento quimioterápico. A organização mundial de saúde (OMS) propõe uma classificação simplificada e operacional na qual se consideram dois grupos autônomos e estáveis. Os casos com até cinco lesões são considerados Paucibacilar (PB) e aqueles com mais de cinco lesões são identificados como Multibacilares (MB) (PEREIRA *et al.*, 2012).

Contudo, vários outros grupos são identificados, tais como o grupo denominado Hanseníase indeterminada (HI). As lesões da HI surgem após um período de incubação que varia, em média, de dois a cinco anos. Caracteriza-se pelo aparecimento de manchas hipocrômicas, com alteração de sensibilidade, ou simplesmente por áreas de hipoestesia na pele. As lesões são em pequeno número e podem se localizar em qualquer área da pele. Frequentemente, apenas a sensibilidade térmica encontra-se alterada. Não há comprometimento de troncos nervosos nesta forma clínica, apenas nos músculos nervosos cutâneos. A pesquisa de Bacilos Álcool-Ácido Resistentes (BAAR) revela-se negativa. A



**Artigo**

HI é considerada a primeira manifestação clínica da hanseníase e, após período de tempo que varia de poucos meses até anos, ocorre evolução para cura ou para outra forma clínica (ARAÚJO, 2003).

Há também o grupo da Hanseníase tuberculóide (HT). Na hanseníase tuberculóide, o grau de resistência ao bacilo é grande. Essa forma caracteriza-se por máculas ou placas em pequeno número, forma e tamanho variados, bem delimitadas e de tom castanho, podendo ser cheias ou apresentando um bordo mais ou menos elevado e o centro plano e hipocrômico. Há alterações acentuadas de sensibilidade nas lesões e pode haver acometimento de troncos nervos superficiais ou profundos, mas, geralmente, em pequeno número. Há comprometimentos neurológicos que são específicos para essa forma clínica. A baciloscopia é negativa e a histopatologia revela granulomas tuberculóides que, às vezes, tocam a epiderme, destroem filetes nervosos e os bacilos não são visíveis, a não ser em cortes seriados. Reação de Mitsuda sempre positiva forte (7 mm ou mais). Grande parte dos casos é autolimitada, curando-se espontaneamente (URA, 2002).

Há ainda o grupo da Hanseníase virchowiana (HV), caracterizando-se clinicamente pela disseminação de lesões de pele que podem ser eritematosas, infiltrativas, de limites imprecisos, brilhantes e de distribuição simétrica. Nos locais em que a infiltração for mais acentuada podem se formar pápulas, tubérculos, nódulos e placas chamadas genericamente de hansenomas. Pode haver infiltração difusa da face e de pavilhões auriculares com perda de cílios e supercílios. Devem ser valorizados sintomas gerais incluindo obstrução nasal e rinite, mesmo na ausência de lesões significativas de pele e de nervos (BRASIL, 2010).

Por fim, há o grupo da Hanseníase dimorfa (HD). É caracterizado por sua instabilidade imunológica, o que faz com que haja grande variação em suas manifestações clínicas, seja na pele, nos nervos, ou no comprometimento sistêmico. As lesões da pele revelam ser numerosas e a sua morfologia mescla aspectos de HV e HT, podendo haver predominância ora de um, ora de outro tipo. Compreendem placas eritematosas, manchas hipocrômicas com bordas ferruginosas, manchas eritematosas ou acastanhadas, com limite interno nítido e limites externos imprecisos, placas eritemato-ferruginosas ou violáceas, com bordas internas nítidas e limites externos difusos (lesões foveolares). Quando numerosas, são chamadas lesões em renda ou queijo suíço. (ARAÚJO,2003).



Artigo

Atualmente, a prevenção das deficiências e das incapacidades físicas resultantes da doença é realizada por meio do diagnóstico e do tratamento precoce. O tratamento da hanseníase compreende: quimioterapia específica; supressão dos surtos reacionais, com corticoides e talidomida; prevenção de incapacidades físicas; reabilitação física e psicossocial. A poliquimioterapia (PQT) com rifampicina, dapsona e clofazimina é a base do tratamento (PACHECO; SEIXAS, 2014).

A poliquimioterapia emprega esquemas baseados na classificação operacional. Para paucibacilares, são 6 doses, incluindo 1 dose de rifampicina 600 mg/mês e dapsona 100 mg/dia. Para multibacilares, são 12 doses, acrescentando clofazimina, 1 dose de 300 mg/mês e 50 mg/dia. Empregam-se esquemas substitutivos na contraindicação a alguma droga. Drogas alternativas são ofloxacina e/ou minociclina. Em casos excepcionais, recomenda-se a administração mensal do esquema ROM (rifampicina, 600 mg, + ofloxacina, 400 mg, + minociclina, 100 mg), 6 doses nos paucibacilares e 24 nos multibacilares (LASTÓRIA; ABREU, 2012).

Mesmo realizando tratamento um paciente acometido por hanseníase pode desenvolver recidiva, tendo como fatores que podem contribuir para que isso ocorra algumas características inerentes ao *Mycobacterium leprae* como bacilos persistentes e fatores relacionados à cinética das drogas como irregularidade de tratamento pelo paciente e alterações que possam levar a menor absorção. Tais condições podem resultar em recidivas ou mesmo manutenção da doença ativa, sendo necessário prolongar o tempo de tratamento em pacientes nessas condições (OLIVEIRA, 2014). Contudo, os casos de abandono do tratamento em curso de um regime terapêutico constituem um grave problema para os profissionais da área de saúde pública e ao Programa de Controle da Hanseníase (SOUSA *et al.*, 2013).

Na medida em que as taxas de alta por cura e de abandono do tratamento praticamente estabilizaram-se, a meta de eliminação da hanseníase ficou protelada. Provavelmente porque, ao implementar a PQT, questões relevantes como os prejuízos causados pelos efeitos adversos às drogas, assim como o manejo desses efeitos não foram levados em consideração, sendo que tais questões podem contribuir efetivamente para o afastamento do paciente e, ainda, levar à adoção de esquemas monoterápicos pelas equipes de saúde, que aumentam a probabilidade de resistência medicamentosa (GOULART *et al.*, 2002).

Segundo Junior (2008), alguns motivos que levam os pacientes a abandonar o tratamento da hanseníase são esses: a distância da casa do doente para a unidade de saúde



**Artigo**

pode-se mostrar como um impedimento para o tratamento correto da doença, outro motivo pode ser a duração do tratamento, que dependendo do tipo de hanseníase pode levar de 6 a 12 meses de tratamento contínuo e diário, e por último podemos enfatizar as reações hansênicas, que embora bastante raras acometem alguns indivíduos durante o tratamento, fazendo com que estes interrompam ou mesmo abandonem o tratamento.

O uso do esquema de poliquimioterapia reduz o tempo de tratamento. O tratamento da hanseníase paucibacilar é de no mínimo 6 meses e estendendo a 9 meses, caso tenha pausa/interrupção no tratamento. Enquanto a multibacilar é de 12 a 18 meses, também sendo influenciado pela pausa/interrupção. O tratamento da hanseníase não pode ser interrompido, pois pode provocar recaída e reaparecimento dos bacilos, tornando o doente novamente contagiante. O tratamento que foi interrompido pode e deve ser recommençado em qualquer época. Ao final do tratamento o doente fica curado e recebe alta, não sendo necessário ficar sob o controle supervisionado dos serviços de saúde. Qualquer doente, mesmo em tratamento, pode apresentar reações, caroços vermelhos com febre alta, dor nos nervos e outras manifestações. Todos esses casos devem ser encaminhados aos médicos, porque existem outros remédios para controlar essas crises (PIAUI; LUZ, 2009).

**Ações da Estratégia Saúde da Família no combate ao abandono do tratamento da hanseníase.**

O atual cenário da atenção primária à saúde no Brasil está ancorado na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem papel fundamental na reorientação do modelo assistencial e na consolidação das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF está pautada em princípios da família como foco de abordagem, território definido, a descrição da clientela, trabalho em equipe multidisciplinar, com responsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social (LANZA; LANA, 2011).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a atenção primária é responsável pelo manejo das necessidades de saúde de maior frequência e relevância no território, realizando ações de promoção da saúde, proteção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação no âmbito individual e coletivo. No entanto, estudos evidenciam que os municípios brasileiros ainda enfrentam dificuldades na integração das ações de controle da hanseníase (ACH) na APS, tanto no âmbito individual, devido à ausência de profissionais capacitados para realizar o diagnóstico e tratamento, como no âmbito





## Artigo

coletivo, com a realização de ações educativas pontuais para a comunidade, busca dos contatos e vigilância epidemiológica (LANZA, 2014).

A hanseníase é um grande problema de saúde pública e seu controle depende da participação de todas as instâncias do sistema municipal de saúde. Nesse contexto, a UBS é um serviço da atenção básica que, por ser uma das portas de entrada dos pacientes nos serviços de saúde, tem uma função primordial no diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos portadores de hanseníase. Um serviço é porta de entrada quando identificado pela população e pela equipe como o primeiro recurso de saúde. Para isso, deve ser de fácil acesso e disponível (SOUZA *et al.*, 2013).

A consulta de enfermagem é capaz de identificar além das demandas específicas, outras demandas pertencentes ao dia a dia do ser doente, incluindo as que estão relacionadas ao estigma e ao potencial incapacitante da hanseníase, tomando as necessidades do doente como centro de suas intervenções e práticas. Busca-se na consulta de enfermagem, a criação de vínculo e confiança com o cliente, para oferecer uma atenção de qualidade, humanizada e efetiva, priorizando-se a cura e prevenção de incapacidades (HIRLE, 2009).

Desse modo, é função da (o) Enfermeira(o) da ESF proporcionar uma educação continuada dos auxiliares e técnicos de enfermagem, bem como dos agentes comunitários de saúde, e principalmente, realizar consultas de enfermagem que proporcionem, dentre outras funções, a identificação dos fatores de risco e de adesão no tratamento da hanseníase (JUNIOR *et al.*, 2008).

O cuidado é cultural, pois cada povo tem seu próprio jeito de cuidar, considerando como diversidade do cuidado. Nessa perspectiva, para uma assistência adequada, a(o) enfermeira(o) pode avaliar os comportamentos de cuidados culturais, decidindo com a pessoa se são preserváveis, mutáveis ou negociáveis (JUNIOR *et al.*, 2008).

O cuidar desses pacientes envolve objetivos, como avaliar, confortar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer, restaurar e etc. Esse cuidado almeja a cura, mas independe de sua consecução. Deve ser um cuidado permanente e holístico, envolvendo os vários aspectos da vida do paciente (SANTOS *et al.*, 2012).

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória. A ficha de notificação/ investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN deve ser preenchida para os casos novos, recidivas, transferidos, reingressos de abandono, outros reingressos e enviada à Gerência de Dermatologia Sanitária (GDS). Para os casos diagnosticados em menores de quinze



## Artigo

anos, preencher o Protocolo complementar de diagnóstico de hanseníase em menores de 15 anos e anexar à notificação (RIO DE JANEIRO, 2010).

O SINAN representa a fonte nacional de informações sobre agravos de notificação, apresenta ainda algumas limitações relacionadas à fidedignidade dos dados, à duplicidade de registros e à ausência de padronização no lançamento dos dados; entretanto, tem se aperfeiçoado a cada ano e vem se consolidando como uma importante fonte de dados em pesquisas em saúde (LANA; CARVALHO; DAVI, 2011).

O diagnóstico da hanseníase é feito a partir da apresentação clínica e/ou da identificação do *M. leprae*. A baciloscopia da linfa é o exame microscópico onde se observa o *M. leprae* diretamente nos esfregaços de raspados intradérmicos das lesões hansênicas ou de outros locais de coleta selecionados: lóbulos auriculares e/ou cotovelos (MOREIRA *et al.*, 2006).

O diagnóstico de caso de hanseníase na atenção básica de saúde é essencialmente clínico por meio do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico). Os casos com suspeita de comprometimento neural sem lesão cutânea (suspeita de hanseníase neural pura) e aqueles que apresentam área(s) com alteração sensitiva e/ou autonômica sem lesão cutânea evidente deverão ser encaminhados para unidades de saúde de maior complexidade para confirmação diagnóstica. Deve-se abordar, na anamnese, a presença dos sinais e sintomas, bem como acolher as dúvidas, impressões e opiniões do paciente (BRASIL, 2007).

O exame dermatológico consiste na identificação de lesões de pele por meio de inspeção de toda a superfície corporal do paciente e realização de pesquisa de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil nas lesões e/ou áreas suspeitas para verificar qualquer alteração. O profissional deverá orientar o paciente como os testes serão realizados, certificando-se de sua compreensão para maior colaboração. É necessária a concentração do examinador e do paciente (BRASIL, 2007).

Já a avaliação neurológica deve ser realizada no processo de diagnóstico, semestralmente e na alta do tratamento, na ocorrência de neurites e reações ou quando houver suspeita das mesmas, durante ou após o tratamento PQT e sempre que houver queixas. Os principais nervos periféricos acometidos na hanseníase são os que passam: pela face – trigêmio e facial, que podem causar alterações na face, nos olhos e no nariz; pelos braços – radial, ulnar e mediano, que podem causar alterações nos braços e mãos; pelas pernas – fibular comum e tibial posterior, que podem causar alterações nas pernas e pés (BRASIL, 2001).



**Artigo**

É necessário trazer os contatos para ser examinados e fazer a profilaxia por meio da vacinação com o Bacilo de Calmette e Guérin (BCG). Pelas normas atuais do Ministério da Saúde, a prevenção consiste no diagnóstico precoce de casos e na utilização do BCG por via intradérmica. Para tal, recomenda-se o exame dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares do caso diagnosticado nos últimos cinco anos (LIMA *et al.*, 2014).

O contato da equipe de saúde com a pessoa em tratamento deverá ocorrer mensalmente. Nesse momento, deverá ser administrada a dose supervisionada do medicamento indicado pelo tratamento PQT e, também, ser entregue os medicamentos correspondentes ao mês subsequente para que seja utilizado de forma auto-administrada, sempre de acordo com o preconizado pelos esquemas anteriormente apontados. O esquema de administração da dose supervisionada deve ser o mais regular possível – de 28 em 28 dias. Porém, se o contato não ocorrer na unidade de saúde no dia agendado, não se deve deixar de provocá-lo, mesmo que no domicílio, pois a garantia da administração da dose supervisionada e da entrega dos medicamentos indicados para a automedicação é imprescindível para o tratamento adequado (BRASIL, 2001).

Alguns critérios para alta nos casos paucibacilares serão considerados curados os pacientes que completarem as seis doses supervisionadas num período de até 09 meses, já nos casos multibacilares serão considerados curados os pacientes que completarem as doze doses supervisionadas num período de até 18 meses. Pacientes que apresentarem pouca ou nenhuma melhora após completarem o tratamento devem ser encaminhados para unidade de referência (RIO DE JANEIRO, 2010).

## **METODOLOGIA**

### **Desenho do estudo**

Para alcançar os objetivos traçados optou-se por utilizar o percurso metodológico de um estudo de campo do tipo descritivo-exploratório com abordagem quanti-qualitativa, sendo desenvolvido junto aos pacientes atingidos pela hanseníase cadastrados em 3 (três) Unidades Saúde da Família do município de Cajazeiras, Paraíba.

Conforme Minayo (2008), a metodologia destina-se viabilizar a obtenção dos dados que serão estudados e que servirão para o enriquecimento dos conhecimentos científicos. Para tanto, o modelo metodológico adotado deve ser capaz de abranger os



## Artigo

fenômenos observados no mundo empírico e, assim, descrever e explicar esses fenômenos.

Dentre a discussão de Prestes (2008), o estudo descritivo busca traçar o perfil de certas variáveis através de métodos qualitativos. Nesse contexto, argumenta que a abordagem qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis.

Segundo Gil (2008), a pesquisa exploratória “tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema com vista a torná-lo mais explícito ou a constituir hipótese e tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições”. A pesquisa quantitativa se centra na objetividade, influenciada pelo positivismo, que considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis (GERHARD; SILVEIRA, 2009).

Na abordagem qualitativa, será utilizado o método de análise de conteúdo (AC) proposto por Bardin, o qual busca revelar a visão dos participantes acerca de um assunto, consistindo em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter a desição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (BARDIN, 2011).

A metodologia quanti-qualitativa foi escolhida em virtude das questões expressas nesta pesquisa que podem ser classificadas a partir de falas vindas dos próprios sujeitos, pois permite estudar entre outras coisas, os fatores relacionados ao abandono ou interrupção do tratamento da hanseníase. Deste modo, a abordagem quanti- qualitativa se caracteriza como o método que atende a proposta desse estudo.

### Local do estudo

A pesquisa foi realizada nas Unidades de Saúde da Família: Multirão, localizado na Rua Maria Anicete Cavalcante, S/N, Bairro Pio X, João Bosco Braga Barreto, localizada na Rua Luiz Paulo Silva, S/N, Bairro Capoeiras e São José/PAPS, localizada na Praça Irma Fernanda, N° 242, Bairro Casas Populares na cidade de Cajazeiras, um município brasileiro localizado no alto sertão paraibano, que fica a 477 km da capital João Pessoa. Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010)



**Artigo**

apresenta uma população de cinquenta e oito mil quatrocentos e quarenta e seis (58.446) habitantes, que residem numa área total de 565,896 quilômetros quadrados, com densidade demográfica de 103,28 habitantes por quilometro quadrado. No município, no momento, há 22 Unidades de Saúde da Família, sendo localizadas 17 na zona urbana e 5 na zona rural. Foram escolhidas três unidades devido apresentar maior número de casos de hanseníase.

**População e amostra**

Na pesquisa científica, população é definida como um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características. Dessa forma, consiste no universo a ser pesquisado, definido a partir do problema, pergunta, hipóteses ou objetivos da pesquisa (ZAPELINI; ZAPELINI, 2013). A amostra é parte da população ou do universo, selecionada de acordo com uma regra ou um plano. Refere-se ao subconjunto do universo ou da população, por meio do qual estabelecemos ou estimamos as características desse universo ou dessa população (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A população do estudo foi composta por 10 pacientes acometidos pela hanseníase, cadastrados nas USF do município de Cajazeiras (já citadas anteriormente), os quais abandonaram e/ou interromperam o tratamento da hanseníase. A amostra contou com 9 pacientes que aceitaram participar da pesquisa. Foi excluído da pesquisa um paciente por não se enquadrar nos critérios de inclusão, o mesmo relatou na entrevista que não abandonou o tratamento e seguiu corretamente as prescrições.

**Critérios de inclusão e exclusão**

Participaram do estudo pacientes com hanseníase ou que realizaram acompanhamento no período de 2013 até 2015 (até o momento da coleta de dados), cadastrados nas ESF em estudo, notificados nos últimos 2 anos, em abandono (interromperam o tratamento por um período superior a 30 dias) ou interrupção (interromperam o tratamento por um período inferior a 30 dias) do tratamento da hanseníase, maiores de 18 anos e que concordaram em participar da pesquisa. Foram adotados como critérios de exclusão: pacientes com hanseníase, não cadastrados nas ESF em estudo e menores de 18 anos.



**Artigo**

**Coleta de dados e instrumento**

Inicialmente, o projeto foi encaminhado para submissão e apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria. Após aprovação do CEP, sob parecer nº 1.248.614 iniciou-se o processo de coleta de dados. Posteriormente foi encaminhado um ofício para as unidades de saúde selecionadas com objetivo de obter autorização para a realização da pesquisa. Antes da coleta de dados, a pesquisadora e os pacientes assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando uma cópia com cada uma das partes envolvidas, o qual informa o teor científico e as características da pesquisa no momento da coleta de dados.

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado contendo questões que caracterizaram a amostra e questões direcionadas ao objetivo do estudo.

A coleta de dados foi realizada de forma individual, domiciliar e seguiu o padrão proposto no instrumento, sendo gravada com auxílio de um gravador portátil com duração média de 30 a 40 minutos e posteriormente transcrita na íntegra no próprio instrumento sem intervenção da pesquisadora participante. Após término, os dados obtidos foram analisados.

**Análise de dados**

As questões referentes aos dados sociodemográficos foram trabalhadas de forma descritiva, por meio da construção de tabelas e/ou gráficos. Os dados coletados por meio de questões subjetivas foram analisados conforme a metodologia quantitativa e qualitativa, considerando a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2008). A sistematização dos dados foi realizada através da técnica de Análise de Conteúdo por Categorias Temáticas, proposta por Bardin (2011).

Bardin (2011), ressalva a dificuldade de se compreender a análise de conteúdo como método uniforme, alertando para o fato de que se trata, antes, de um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Por isso, a autora complementa que a mesma deve ser entendida não como instrumento, mas como leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações.



## Artigo

A Análise de Conteúdo (AC) é uma técnica de pesquisa que se deve compreender o pensamento do sujeito, por meio do conteúdo expresso no texto, em concepção clara de linguagem, quando o texto é um meio de procedimento do sujeito, onde o analista busca a categorização das unidades do texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem. A análise acompanhou as etapas do método de AC:

- Organização da análise: tem o objetivo de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais numa espécie de pré-análise, conduzindo um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise, sendo o tratamento dos resultados obtidos conduzidos de forma a serem significativos e válidos, passíveis de interpretação por meio de estatísticas simples ou de análise fatorial;
- Codificação: incide numa transformação, seguindo regras concisas, de dados brutos do texto, passando do recorte, agregação e enumeração, atingindo uma representação do conteúdo ou da sua expressão, possível de esclarecer o analista acerca das características do texto e facilitar a escolha das categorias analíticas;
- Categorização: refere-se a uma classificação operacional de elementos característicos de um conjunto por diferenciação e sucessivamente por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos, formando categorias/classes que reúnem grupos de elementos com características semelhantes/comuns, sob um título genérico;
- Inferência: é o andamento de indução, quando o pesquisador visa obter inferências válidas sobre a relação causa/efeito utilizando o canal da comunicação e as mensagens com significação.

Após a transcrição das entrevistas, foram visualizadas as falas, e em seguida, foram agrupadas em categorias de análise (método de análise por categorias temáticas).

## CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, foram esclarecidas as informações, objetivos, interesse e motivo da pesquisa; respeitados os direitos legais de confidencialidade e liberdade dos participantes do estudo; além de observados os princípios da Bioética no que concerne a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Respeitando o anonimato do participante, bem como, a desistência do mesmo em qualquer fase de desenvolvimento dessa pesquisa.



**Artigo**

**RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Buscando atingir os objetivos propostos do estudo e uma melhor compreensão dos resultados, este capítulo apresenta a descrição e análise dos resultados da pesquisa.

A seguir serão apresentados os resultados alcançados através do roteiro de entrevista semiestruturada. Os dados foram divididos em duas partes, a primeira referente aos dados sócio demográficos e na segunda parte são apresentados os resultados da pesquisa diante das falas dos participantes a respeito dos motivos para abandono ou interrupção do tratamento.

A identificação das participantes foi preservada, utilizando-se das taxonomias de *P01 a P9*.

**Caracterização sociodemográfica**

Neste capítulo será abordado os dados referentes ao perfil sociodemográfico, uma vez que possibilita o primeiro reconhecimento dos pacientes analisados.





## Artigo

**Tabela I:** Distribuição dos participantes do estudo conforme sexo, idade, estado civil e escolaridade. Brasil. Cajazeiras - Paraíba, 2015.

	VARIÁVEIS	Nº	%
Idade	34-40	3	33,3
	49-58	4	44,4
	64-66	2	22,2
Total		9	100%
Sexo	Masculino	5	55,6
	Feminino	4	44,4
Total		9	100%
Estado civil	Casado (a)	4	44,4
	União Estável	1	11,1
	Solteiro (a)	2	22,2
	Separado (a)	1	11,1
	Viúvo (a)	1	11,1
Total		9	100%
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	6	66,7
	Não Alfabetizado	3	33,3
Total		9	100%

Fonte: Própria pesquisadora/2015.

Analisando os dados da tabela I, pode-se observar que houve uma prevalência maior nos indivíduos com idade entre 49 a 58 anos, totalizando 44,4% dos entrevistados. De acordo com Pereira et al. (2012), esse dado pode ser evidenciado devido a mudança da estrutura etária, com a diminuição relativa da população mais jovem e o aumento da idade que se aproxima da idade idosa considerando-se que o envelhecimento é acompanhado de diminuição da imunidade, tornando o indivíduo mais suscetível a patologias infecto-contagiosas.

Em relação ao sexo, pode-se observar que houve uma pequena prevalência do sexo masculino, porém não houve diferença significativa, pois 5 (55,6%) dos pacientes foram do sexo masculino e 4 (44,4%) do sexo feminino. Esse dado pode ser evidenciado pelo fato dos homens terem uma maior resistência em procurar o serviço de saúde, fazendo com que esse público tenha pouca orientação a respeito da prevenção e tratamento da doença, buscando atendimento somente quando a patologia já está instalada, muitas vezes em fases avançadas. Segundo relatório da Organização Mundial de Saúde (2010), embora



**Artigo**

a hanseníase afete ambos os sexos, na maioria das partes do mundo, os homens são afetados com mais frequência do que as mulheres. Deve ser salientado que a preponderância masculina em hanseníase não é universal e há várias áreas, particularmente na África, onde há ocorrência ou igual de hanseníase nos dois sexos, ou, ocasionalmente, até mesmo uma prevalência maior no sexo feminino (BRITO et al. 2014 p. 2690).

No que se refere à situação conjugal, 4 (44,45%) dos pacientes relataram ser casados, 2 (22,2%) solteiros, 1 (11,1%) vive em união estável, 1 (11,1%) separado e apenas 1 (11,1%) era viúvo. A situação conjugal é um dado bastante importante uma vez que o apoio familiar torna-se um elemento complementar para adesão e continuação do tratamento. De acordo com Fogos; Oliveira e Garcia (2000), a prevalência de indivíduos casados está de acordo com a faixa etária média dos pacientes, tendo em vista que nesta idade uma grande parcela da população já tem família constituída e cujo impacto da descoberta da doença, sobre todos, é significativa.

Em relação à escolaridade, os dados demonstraram que 6 (66,7%) dos pacientes entrevistados possuem apenas o ensino fundamental incompleto e 3 (3,33%) não são alfabetizados. Esses dados tem conformidade com o estudo de Sousa *et al.*, (2013), realizado nas Unidades Básicas de Saúde de Imperatriz/MA, onde os resultados obtidos demonstraram um baixo nível de instrução entre os participantes do estudo, uma vez que a maioria possuíam ensino fundamental incompleto, seguidos daqueles que não eram alfabetizados.

O grau de escolaridade é um fator bastante importante, pois o mesmo interfere na compreensão das orientações repassadas pelos profissionais de saúde durante as consultas, prejudicando assim, a eficácia do tratamento.



Artigo

**Tabela II:** Distribuição dos participantes do estudo conforme número de pessoas no domicílio, ocupação atual e renda mensal familiar. Brasil. Cajazeiras - Paraíba, 2015.

	VARIÁVEIS	Nº	%
Nº de pessoas no domicílio	1-2	2	22,2
	3-4	5	55,6
	5-7	2	22,2
Total		9	100%
Ocupação atual	Autônomo	1	11,1
	Do lar	5	55,6
	Servente	2	22,2
	Desempregado	1	11,1
Total		9	100%
Renda Mensal familiar	<1 Salário Mínimo	5	55,6
	1 Salário Mínimo	4	44,4
Total		9	100%

Fonte: Própria pesquisadora/2015

Em relação ao número de pessoas que residem no domicílio, 5 (55,6%) dos pacientes relataram ter entre 3-4 membros residentes no domicílio, 2 (22,2%) 5-7 e 2 (22,2%) 1-2 familiares. Este é um dado bastante importante para o estudo, pois a hanseníase é uma doença contagiosa, sendo transmitida pelo contato direto de uma pessoa para a outra. De acordo com Oliveira (2014), o contato de pessoas com diagnóstico de hanseníase é apontado como sendo o grupo de maior risco de adquirir a doença. No entanto, as atividades relacionadas ao controle desse grupo têm sido pouco valorizadas pelos serviços e profissionais de saúde em seu contexto familiar e social, sendo mais vezes privilegiado o espaço para o controle da doença e do doente.

Quanto à ocupação dos participantes, 5 (55,65%) eram do lar, 2 (22,2%) serventes, 1 (11,1%) autônomo e 1 (11,1%) desempregado. Podemos observar que a maioria não possui profissão definida, ocupando-se basicamente em serviços gerais. Esses dados corroboram com Santos; Castro; Falqueto, (2008), um estudo realizado na rede de saúde do município de Jaguaré – ES, em relação ao tipo de ocupação mais encontrada entre casos e controles, houve predomínio de domésticas 93 (25,8%), seguido de lavradores 79 (21,9%), aposentados 51 (14,2%) e braçais 15 (4,2%). Como visto nos resultados dos dois estudos mencionados, os pacientes não possuem trabalhos fixos, fator que pode dificultar a adesão ao tratamento, uma vez que o início do uso do PQT necessita de uma maior



**Artigo**

atenção aos horários da medicação, como esses trabalhos não tem horários certos, pode impossibilitar a forma correta do tratamento.

Na renda familiar mensal dos participantes, 5 (55,6%) sobrevivem com menos de 1 salário mínimo, 4 (44,4%) com um salário mínimo. Os resultados da pesquisa demonstraram que a maioria dos entrevistados vivem com menos de um salário mínimo, um dado que se torna bastante insatisfatório, tendo em vista que essa situação interfere nas suas condições socioeconômicas, comprometendo assim sua qualidade de vida e a adesão ao tratamento. Esses dados tem conformidade com o estudo de Gomes et al.(2014), realizado na cidade de Cajazeiras- PB onde os resultados mostram baixa renda mensal familiar, 10 (50%) dos acometidos pela hanseníase relataram possuir renda mensal de 1 salário mínimo (SM), 4 (20%) menos de 1 SM e 6 (30%) afirmaram receber entre 2 e 3 SM. Nota-se que a maioria dos pacientes é de baixa renda.

**Motivos para não adesão ao tratamento**

Esta segunda parte do estudo mostra a apresentação dos resultados da coleta de dados relacionados às questões direcionadas ao principal objetivo do estudo. Os dados foram divididos em categorias sendo analisados a partir da Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin.

Quanto aos dados diretamente relacionados ao objeto de estudo, estratificou-se em categorias como: Motivos para não tomar o medicamento e sub-categorias: Esquecimento; Atividades laborais; Efeitos colaterais; Problemas familiares; problemas alcoólicos. Na segunda categoria: Orientações dispensadas pela enfermagem sobre o tratamento da hanseníase. E como sub-categorias tomar medicamento no horário certo e complicações decorrentes da doença.

Quando o paciente não comparece às consultas agendadas mensalmente para a dose supervisionada, é considerado pelos serviços de saúde um paciente faltoso. Esta falta pode significar a continuidade da transmissão da doença, a resistência do bacilo à medicação e o atraso na cura da hanseníase. Os faltosos devem ser precocemente identificados, para os procedimentos de busca, bem como os contatos intradomiciliares para exames dermatoneurológicos. O tratamento supervisionado contribui para reduzir o abandono de tratamento e aumentar o número de pessoas curadas (BRASIL, 2008).

A identificação de fatores associados com abandono é importante para definir grupos de alto risco que possam ser acompanhados de forma mais cuidadosa durante a PQT. Isso não somente contribui na redução da taxa de abandono com todas suas



Artigo

implicações, mas também reduz o risco do desenvolvimento de resistência à PQT (TRINDADE et al. 2009)

CATEGORIA I-MOTIVOS PARA NÃO TOMAR O MEDICAMENTO.

SUBCATEGORIA 1.1-ESQUECIMENTO

*“Já esqueci, tomava às vezes, tinha dias que esquecia passava uns dias sem tomar no mês, né”. P2*

*“Esquecia às vezes. Por que esquecia”. P3*

*“Não, às vezes, não esquecia sempre”. P8*

**Quadro 01**– Subcategoria 1.1: Motivos para não tomar o medicamento Esquecimento. Brasil. Cajazeiras-PB.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2015.

Quanto ao esquecimento as falas acima mostram a indiferença que os participantes tem em relação ao medicamento. É de grande importância que o paciente não esqueça de tomar a medicação, pois o mesmo interfere no tratamento, contribuindo com o aumento da transmissão da patologia, dificultando sua cura.

O devido atendimento prestado pelos profissionais de saúde viabiliza aos pacientes a formação de conhecimentos sobre a sua doença. Um estudo qualitativo, que buscou conhecimentos e vivências únicas dos pacientes, concluiu que, os portadores de hanseníase que não apresentaram histórico de adesão ao tratamento medicamentoso, ao se comunicar com seus familiares, utilizavam explicações geradas pela imaginação popular, ignorando os aspectos científicos informados pelos profissionais da equipe de saúde, mostrando que essas informações não foram transmitidas de maneira adequada à compreensão pelos indivíduos estudados (FERREIRA, 2012).



Artigo

SUBCATEGORIA 1.2 - ATIVIDADES LABORAIS

*“O motivo foi o trabalho, estava trabalhando aí esquecia”. P4*

**Quadro 02**– Subcategoria 1.2: Atividades laborais. Brasil. Cajazeiras-PB.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2015.

Observa-se no relato acima que as atividades laborais diárias surgem como um fator que dificulta a não adesão ao tratamento da hanseníase, o mesmo esquecia da medicação devido ao trabalho, ou seja, dava prioridade ao trabalho ao invés de cuidar da sua saúde, uma vez que a saúde deve estar em primeiro lugar, pois só assim o paciente pode exercer suas atividades de forma mais eficaz e segura.

O trabalho é descrito como principal atividade diária do indivíduo. Seus efeitos sobre a saúde podem ser positivos ou negativos, ou mesmo contribuir para o surgimento de doenças físicas ou psicológicas. Já a atividade de lazer diz respeito ao que se realiza distante do tempo de trabalho, com vistas à distração (LUNA et al,2010). De acordo com o resultado do estudo, o trabalho tornou-se um ponto negativo em relação ao tratamento da hanseníase, tendo em vista que devido o mesmo o paciente abandonou seu tratamento.

SUBCATEGORIA 1.3 – EFEITOS COLATERAIS

*“Porque eu não estava mais aguentando eu estava mim sentindo tonta e dores no estomago, desistir de tomar”.P5*

*“Porque da reação na pele, quando tomava os comprimidos eu passava mal, porque lançava uma dor aqui no estômago, atacando meu folgo”. (SIC) P6*

*“Porque estava inchada e aquelas coceiras neu”. (SIC) P9*

**Quadro 03**– Subcategoria 1.3: Efeitos colaterais. Brasil. Cajazeiras-PB.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2015.

Em relação aos efeitos colaterais que as drogas causam, isso pode fazer com que os pacientes deixem de tomar a medicação, ou seja, abandonar o tratamento. A PQT é geralmente bem tolerada e a ocorrência de efeitos adversos que justifiquem a mudança de esquema terapêutico é pouco frequente. Pacientes com suspeita de efeitos adversos devem ser referenciados. Após avaliação e conduta em unidade de referência, serão



Artigo

reencaminhados com indicação de esquema substitutivo para acompanhamento mensal na unidade de atenção primária (TARDIN et al. 2010).

De acordo com Garcia (2011), qualquer medicamento, inclusive os utilizados no tratamento da hanseníase também podem causar efeitos colaterais, com os quais a equipe de saúde deve estar atenta, para encaminhar o paciente a tratamento adequado destes, e informar os efeitos mais comuns que ele normalmente vai ter ao começar o tratamento.

SUBCATEGORIA 1.4 - PROBLEMAS FAMILIARES E ESTRESSE

*“Devido o movimento de coisa de família mesmo em casa mesmo”. (SIC) P7*

**Quadro 04**– Subcategoria 1.4: Problemas familiares estresse. Brasil. Cajazeiras-PB.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2015.

Com o relato acima podemos observar que a família deve apoiar o paciente no momento que mais precisa, e não desprezá-lo, na maioria das vezes seus familiares tendem a abandonar seus entes queridos.

De acordo com Baialardi (2007), a hanseníase deixa cicatrizes profundas nas pessoas, o estigma na maioria das vezes enraíza nelas e há grandes perdas e mudanças, tanto fisiológicas quanto psicológicas, perdas essas que se configuram no âmbito familiar de forma geral, perdas dos amigos, do trabalho e da saúde, fatos que ainda acontecem atualmente.

Além disso, Figueiredo (2012), afirma que a hanseníase pode gerar conflitos que afetam de forma geral todo contexto vivencial do indivíduo que tem a doença, contextos esses que podem ser citados como familiares, sociais, profissionais e econômicos, e na maioria das vezes, configura-se na perda do convívio social. Essa perda está intimamente ligada à marca que envolve a doença, a qual está presente na própria pessoa enferma e na sociedade com a qual convive.

SUBCATEGORIA 1.5 – ALCOOLISMO

*“Pelo fato de beber eu não tomava o remédio”. P9*

**Quadro 05**– Subcategoria 1.5: Problemas alcóolicos. Brasil. Cajazeiras-PB.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2015.



Artigo

Conforme relato acima percebe-se que o uso do álcool associado com a medicação da hanseníase é um grande empecilho para a cura da doença, pois o uso diariamente do álcool diminuem o efeito do tratamento e com isso fica mais difícil chegar até a cura.

De acordo com o estudo de Rocha (2010), a dependência do álcool e outras drogas apontam como relevantes às redes sociais, como a família, para a redução ou abstinência das substâncias psicoativas. No entanto, as famílias dos alcoolistas estão permeadas por ambiguidades e estresse, desgastadas e desacreditadas pelas recaídas do familiar doente, enquanto outros alcoolistas perderam o vínculo familiar, por causa da dependência, tornando a ajuda desta rede social muito difícil. Por esta razão, a equipe multiprofissional que trabalha na atenção primária tem a atribuição relevante de auxiliar os alcoolistas, no papel de uma rede social de ajuda, mais ainda quando este alcoolista é também acometido pela hanseníase pois, nesta situação, juntam-se doenças altamente estigmatizantes que colocam o indivíduo duplamente sem possibilidades de acesso a redes sociais de ajuda.

De acordo com Luna *et al.*, (2010), um estudo realizado na cidade de Guaiúba - Ceará, atualmente, o alcoolismo representa um grave problema mundial, é insidioso e quando presente interfere nos cuidados pessoais, nos comportamentos e na diminuição do apetite, com consequências para a saúde. Conforme as condições de cada pessoa pode-se beber moderadamente. Mas, o álcool não deve superar 4%da ingestão energética diária. O alcoolismo provoca mudanças nos hábitos alimentares.

CATEGORIA II – ORIENTAÇÕES DISPENSADAS PELA ENFERMAGEM SOBRE O TRATAMENTO DA HANSENÍASE.

SUBCATEGORIA 2.1 – TOMAR MEDICAÇÃO NO HORÁRIO CERTO

*“Dizia a hora pra me tomar, pra não esquecer”.P3*

*“Ela me orientava que não podia esquecer, tinha que tomar direitinho todos os dias, tomar a cartela toda”.P5*

*“Dizia pra tomar o medicamento direitinho”. P6*

*“Ela falava que bebesse o remédio certo até terminar”.P8*

**Quadro 06**– Subcategoria 2.1. Orientações dispensadas pela enfermagem sobre o tratamento da hanseníase. Brasil. Cajazeiras-PB.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2015.

Do ponto de vista científico de Duarte; Ayres; Simonette (2008), a consulta de enfermagem é uma atividade primordial na assistência, pois estabelece uma interação terapêutica do indivíduo e o profissional da saúde, o que possibilita o reconhecimento das





Artigo

condições de vida que determinarão os perfis de saúde e doença, além de direcionar a prática profissional para a independência, autonomia e qualidade de vida dos indivíduos. A agregação de elementos da história de vida de cada pessoa, do contexto social e cultural poderá propiciar a identificação de fatores de risco e de proteção. Desta forma, as ações propostas não se restringirão à terapêutica medicamentosa, mas com a valorização do poder terapêutico da escuta e da palavra, da educação em saúde e do apoio psicossocial.

De acordo com a subcategoria II, percebe-se a partir dos relatos dos pacientes que os enfermeiros valorizam principalmente nas consultas de enfermagem orientações quanto ao horário da medicação. Portanto é necessário que os profissionais de saúde orientem os pacientes a respeito de todos os aspectos relacionados à doença.

SUBCATEGORIA 2.2 COMPLICAÇÕES DECORRENTES DA DOENÇA

*“Explicava de sensibilidade, perder sensibilidade, Pra me ter mais cuidado”. P7*

*“Falava das manchas que poderia aumentar, das complicações e sequelas”. P4*

**Quadro 07**– Subcategoria 2.2 Complicações decorrentes da doença. Brasil. Cajazeiras-PB.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2015.

De acordo com Vieira et al. (2012), deixa clara a “importância do esclarecimento dos pacientes quanto aos vários aspectos da hanseníase, a fim de que compreenda as manifestações clínicas que vivenciam e a importância da adesão ao tratamento”, além de estimular o autocuidado, fundamental na prevenção de incapacidades e manutenção de sua saúde. O acometido pela hanseníase precisa compreender a sua responsabilidade no tratamento e entender que ele é o sujeito ativo deste processo e o profissional de saúde deve trabalhar de forma integrada com os familiares para ampliar o cuidado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo propiciou um maior conhecimento acerca dos fatores relacionados ao abandono do tratamento da hanseníase, no que concerne às dificuldades afirmadas pelos entrevistados podendo conhecer de perto as necessidades e a falta de conhecimento da doença.

O abandono do tratamento da hanseníase permanece ainda com índices bastante elevados, porém é necessário que a assistência de enfermagem seja bem ampliada,



**Artigo**

realizada de maneira mais efetiva e de qualidade esclarecendo todas as dúvidas, explicando os mesmo com palavras claras para que os pacientes possam entender, já que o índice de escolaridade é bem baixo. O presente estudo demonstrou a realidade, onde se pôde perceber, que existem muitas falhas a serem corrigidas frente à temática abordada. Os participantes desta pesquisa se mostraram receptivos, porém, alguns tímidos durante a realização das entrevistas, e por ser uma doença cheia de estigmas e preconceitos eles ficam receosos em falar sobre a doença. Os motivos pelos quais os pacientes relataram o abandono do tratamento da hanseníase foram : esquecimento, atividades laborais, efeitos colaterais, problemas familiares e problemas alcoólicos. A maioria dos participantes tem uma visão limitada com relação às ações que eram realizadas pelo enfermeiro nas consultas, sendo que muitos deles não conseguiam sequer compreender o que estava sendo perguntado em relação a consulta de enfermagem.

**REFERÊNCIAS**

ARAÚJO, Marcelo Grossi. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, [S.l.], v.36, n. 3, p. 373-382, maio/jun. 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle da hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.



**Artigo**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE** – Diretoria de Pesquisa. Coordenação de população e indicadores sociais. Censo. 2010.

\_\_\_\_\_. Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução nº 466 de 2012**. Brasília, DF, 12 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. v. 44, n. 11, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRITO, Karen Krystine Gonçalves et al. Epidemiologia da hanseníase em um estado do nordeste brasileiro. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 8, n. 8, p. 2686-2693, ago. 2014.

DUARTE, Marli Teresinha Cassamassimo; AYRES, Jairo Aparecido; SIMONETTI, Janete Passuto. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.61, p. 767-773, 2008.

FERREIRA, Isis Polianna Silva. **Estudo do perfil e da satisfação com o tratamento dos pacientes do ensaio clínico “estudo independente para determinar efetividade do esquema uniforme de multidrogaterapia de seis doses (u-mdt) em Pacientes de hanseníase**. 2012. 88p. Dissertação [Mestrado]. Universidade de Brasília, 2013.



**Artigo**

FIGUEREDO, Andréia Pinto Prevedello de. **Hanseníase: do isolamento familiar ao social**. 2012. 36p. Monografia [Graduação]. Fundação UNIRG, 2012.

FOGOS, Andressa Ribeiro; OLIVEIRA, Elizabete Regina Araújo; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. Análise dos motivos para o abandono do tratamento - o caso dos pacientes hansenianos da Unidade de Saúde em Carapina/ES. **Hansen. Int.**, [S/l], v. 25, n. 2, p. 147-156, 2000.

GARCIA, Meirielly de Oliveira. **Descentralização das atividades do programa de controle e combate a hanseníase para as unidades de saúde da família no município de água doce do norte**. 2011. 34p. Monografia [specialização]. Fundação de Assistência e Educação – FAESA. 2011.

GERHARD, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOULART, Isabela Maria Bernades et al. Efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase: um levantamento de cinco anos em um Centro de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, [S.l], v. 35, n. 5, p. 453-460, set./out., 2002.

HIRLE, Keila Ferreira; MURAI, Hogla Cardozo. Intervenção de enfermagem em Hanseníase: instrumentos e políticas públicas. **Rev. Enferm. UNISA**, [S.l], v. 10, n. 1, p. 34-38, 2009.

JÚNIOR, Fernando José Guedes Silva et al. Assistência de enfermagem ao portador de Hanseníase: abordagem transcultural. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, p. 713-717, 2008.

LANA, Francisco Carlos Félix; CARVALHO, Ana Paula Mendes; DAVI, Raquel Ferraz Lopez. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan./mar. P. 62-67, 2011.



**Artigo**

LANA, Francisco Carlos Félix. O estigma em hanseníase e sua relação com as ações de controle. **Rev. Enferm.UFSM**, [S.l], v. 4, n. 3, p. 556-565, jul./set., 2014.

LANZA, Fernanda Moura; LANA, Francisco Carlos Félix. Processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, p. 238-46, 2011.

LANZA, Fernanda Moura et al. Avaliação da Atenção Primária no controle da hanseníase: proposta de uma ferramenta destinada aos usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, [S.l], v.48, n. 6, p.1054-1061, 2014.

LASTÓRIA, Joel Carlos; ABREU, Marilda Aparecida Milanez Morgado. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. **Diagn. Tratamento**, [S.l], v. 17, n. 4, p.173-9, 2012.

LIMA, Pereira Diogo et al. Estudo da prevalência das formas clínicas da hanseníase na cidade de Anápolis-GO. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo Grande, v. 16, n. 1, p. 55-67, 2012.

LIMA, Carliene Soares Oliveira et al. Hanseníase: vigilância dos comunicantes. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 8, n. 5, p.1136-41, maio, 2014.

LUNA, Izaildo Tavares et al. Adesão ao tratamento ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 983-990, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro; PEREIRA, Livia Helena de Moraes; NUNES, Altacílio Aparecido. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 43, n. 1, jan./feb. 2010.



**Artigo**

MOREIRA, Adriana Souza et al. Baciloscopia da conjuntiva no diagnóstico e acompanhamento de pacientes portadores de hanseníase. **Arq. Bras. Oftalmol.**, [S.l], v. 69, n. 6, p. 865-869, 2006.

MOREIRA, Ana Jotta et al. Ação educativa sobre hanseníase na população usuária das unidades básicas de saúde de Uberaba-MG. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 234-243, abr./jun. 2014.

OLIVEIRA, Luciana Albuquerque. **Hanseníase entre contatos domiciliares no município de Maracaçumé – MA**. 2014. 98 f. São Luís, 2014. Trabalho de Conclusão de Mestrado (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal do Maranhão, 2014.

PACHECO, Marcos Antonio Barbosa; AIRES, Monica Lize Leite; SEIXAS, Emanuelle Samary. Prevalência e controle de hanseníase: pesquisa em uma ocupação urbana de São Luís, Maranhão, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 30, p. 23-30, jan./mar., 2014.

PEREIRA, Diogo Lima et al. Estudo da prevalência das formas clínicas da hanseníase na cidade de Anápolis-GO. **Ensaio e Ciência**. Campo Grande, v. 16, n. 1, p. 55-67, 2012.  
PIAUÍ, Darcilene Nery; LUZ, Laura Cristina Silva. O misticismo da lepra. **Revista Interdisciplinar**, [S.l], v. 11, n. 18, p. 1-19, 2009.

PRESTES, Maria Luci de Mesquita. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia**. 3. ed. São Paulo: Rêspel, 2008.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Cesar de Freitas. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Sub-Secretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Superintendência de Atenção Primária Coordenação de Linhas de Cuidado e Programas Especiais. **Linha de Cuidado da Hanseníase**. 2010.



**Artigo**

SANTOS, Andréia Soprani dos; CASTRO, Denise Silveira de; FALQUETO Aloísio. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v, 61, p. 738-743, 2008.

SANTOS, P. N. et al. Detecção da hanseníase e a humanização do cuidado: ações do enfermeiro do programa de saúde da família. **Enfermería Global**, [S.l.], n. 25, p. 116-128, jan. 2012.

SOUSA, Adriana Alves et al. Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em Unidades Básicas de Saúde de Imperatriz-MA. **ANARE**, Sobral, v. 12, n. 1, p. 06-12, jan./jun. 2013.

SOUZA, Viviane Bezerra de et al. Prevalência e controle de hanseníase: pesquisa em uma ocupação urbana de São Luís, Maranhão, Brasil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S.l.], v. 26, n. 1, 2013.

TARDIN, Rachel Tebaldi et al. **Linha de cuidado da Hanseníase**. Superintendência de Atenção Primária Coordenação de Linhas de Cuidado e Programas Especiais Gerência de Dermatologia Sanitária. Rio de Janeiro, 2010.

TELMA, maria da silva rocha. **Intervenções breves para adesão ao tratamento dos Portadores de hanseníase que fazem uso Abusivo de bebida alcoólica**. 2010. 151p. Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010.

TRINDADE, Luciana Cavalcante et al. Fatores associados ao abandono do tratamento da hanseníase em João Pessoa, estado da Paraíba. **Cad . Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 51 - 65, 2009.

URA, Diltor Vladimir Opromolla Somei. **Atlas de Hanseníase**. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima, 2002.

ZAPELINI, M. B.; ZAPELINI, S. M. K. C. **Metodologia científica e da pesquisa da FEAN**. Faculdade Energia de Administração e Negócios – FEAN. Florianópolis, 2013.



**Artigo**

**INFECÇÕES URINÁRIAS: BUSCANDO EVIDENCIAR AS DROGAS MAIS USADAS NO TRATAMENTO DESSAS PATOLOGIAS**

**URINARY INFECTIONS: SEEKING TO EVIDENCE THE MOST USED DRUGS IN THE TREATMENT OF THESE PATHOLOGIES**

Mayane Gabriele Borges Salzani<sup>1</sup>  
Flávia Negromonte Souto Maior<sup>2</sup>  
Camila Carolina de Menezes  
Patrício Santos<sup>3</sup>  
Igara Oliveira Lima<sup>4</sup>  
Surellyson Oliveira Pereira da Silva<sup>5</sup>  
Roseane de Sousa Mendes<sup>6</sup>

**RESUMO** - As infecções do trato urinário apresentam grande incidência, figurando como a segunda maior na população mundial, atingindo mulheres e homens, tendo como fatores predisponentes cateterização prolongada, obstrução do fluxo urinário, bexiga neurogênica, diabetes, uso de diafragma, mulheres grávidas, uso de preservativo com espermicida, anormalidades congênitas do trato urinário, dentre outras. As bactérias presentes nessas infecções vêm sofrendo mudanças progressivas no perfil de resistência aos antibióticos mais usados, exigindo conhecimento da etiologia e o perfil de resistência dos microrganismos causais. Assim, este estudo teve como objetivo a busca na literatura de drogas utilizadas para o tratamento de infecções urinárias. Foi realizada uma revisão da literatura de forma sistemática dos artigos publicados nos últimos dezessete anos, em bases de dados online. Os resultados identificaram entre as bactérias de maior prevalência: *E. coli* e *Klebsiella spp*, seguidas de *Enterobacter spp*, *Staphylococcus spp* e *Proteus spp*. As manifestações clínicas mais comumente encontradas foram Infecções do Trato Urinário Superior: pielonefrite, ureterites; Infecções do Trato Urinário Inferior: cistite, uretrite, Particularmente nos homens: epididimite e prostatite. Os principais

<sup>1</sup> Bacharel em Enfermagem com Residência em Enfermagem em Clínica Cirúrgica.

<sup>2</sup> Docente na Universidade Federal de Campina Grande. Cuité – PB.

<sup>3</sup> Docente na Universidade Federal de Campina Grande. Cuité – PB.

<sup>4</sup> Docente na Universidade Federal de Campina Grande. Cuité – PB

<sup>5</sup> Bacharel em Enfermagem. Especialista em Nefrologia.

<sup>6</sup> Bacharel em Farmácia pela Universidade Federal Campina Grande. Cuité (PB) .





**Artigo**

antibacterianos de uso clínico são as penicilinas, cefalosporinas, aminoglicosídeos, quinolonas e sulfonamidas. A escolha da terapia antimicrobiana varia de acordo com a apresentação da infecção, hospedeiro e bioagente. A conclusão é que a escolha da antibioticoterapia é de extrema importância no tratamento dessas infecções

**Palavras-chave:** Infecções do Sistema Urinário. Antimicrobianos. Resistência Bacteriana a Fármacos

**ABSTRACT:** Urinary tract infections have a high incidence, being the second largest in the world population, reaching women and men, predisposing factors such as prolonged catheterization, urinary flow obstruction, neurogenic bladder, diabetes, diaphragm use, pregnant women, use of condom with spermicide, congenital abnormalities of the urinary tract, among others. The bacteria present in these infections have undergone progressive changes in the profile of resistance to the most used antibiotics, requiring knowledge of the etiology and the resistance profile of the causative microorganisms. Thus, this study had as objective the search in the literature of drugs used for the treatment of urinary infections. A systematic literature review of the articles published in the last seventeen years was carried out in online databases. The results identified among the most prevalent bacteria: E. coli and Klebsiella spp, followed by Enterobacter spp, Staphylococcus spp and Proteus spp. The most common clinical manifestations were Upper Urinary Tract Infections: pyelonephritis, ureteritis; Lower Urinary Tract Infections: cystitis, urethritis, Particularly in men: epididymitis and prostatitis. The main antibacterials for clinical use are penicillins, cephalosporins, aminoglycosides, quinolones and sulfonamides. The choice of antimicrobial therapy varies according to the presentation of the infection, host and bioagent. The conclusion is that the choice of antibiotic therapy is extremely important in the treatment of these infections

**Keywords:** Urinary System Infections, Antimicrobial Agents, Bacterial Resistance to Drugs



Artigo

INTRODUÇÃO

As infecções do trato urinário (ITU) são consideradas umas das infecções mais encontradas na prática médica, figurando como a segunda maior na população mundial, podendo atingir mulheres e homens, sendo que as prevalências variam de acordo com a idade e o sexo dos pacientes e a maior parte dos episódios são tratados com antibióticos (JUNIOR; FERNANDEZ, 2004; CRISTINA *et al.*, 2007; VELLINGA *et al.*, 2010; SILVEIRA *et al.*, 2010; JOHNSON *et al.*, 2012). A maior incidência na vida adulta é nas mulheres devido ao início da prática sexual, enquanto que, aos 60 anos de idade, ocorre um aumento de ITU, atingindo de 3,0 a 4,0 % dos homens, em virtude do desenvolvimento de hiperplasia prostática (MULLER, 2008). Nos casos de mulheres idosas, os fatores possivelmente atribuídos ao desenvolvimento dessas infecções são deficiência de estrogênio e condições precárias de higiene (CORRÊA; CAMARGO, 2004). No Brasil, um total de 80,0% das consultas em clínica urológica feminina deve-se a essas infecções (MOREIRA *et al.*, 2003). As cistites representam um problema de saúde nas mulheres, afetando entre 10,0% e 20,0% delas em seu ciclo de vida, sendo que 80,0% destas apresentam infecções recorrentes (PALMA; DAMBROS, 2002).

São considerados fatores predisponentes para a ITU, cateterização prolongada, sequência de troca do cateter vesical, tipo de instituição onde o paciente encontra-se hospitalizado, alterações hematogênicas, obstrução do fluxo urinário, bexiga neurogênica, diabetes, uso de diafragma, mulheres grávidas, uso de preservativo com espermicida, anormalidades congênitas do trato urinário, obstrução urinária e deficiência de estrógeno (VALDEZ; MIYAHIRA, 2001; STAPLETON, 2002).

O trato urinário está didaticamente classificado em duas grandes partes denominadas superior (rins e ureteres) e inferior (bexiga e uretra) (KONEMAN, ALLEN; SCHRECKENBERGER, 2001). As infecções do trato urinário (ITU) localizadas na bexiga recebem o nome de cistite ou infecções do trato urinário baixo, enquanto que as localizadas nos ureteres e rins recebem o nome de pielonefrite ou infecção do trato urinário alto (TRABULSI; ALTHERTHUN, 2005). As infecções do trato urinário (ITU) são classificadas como não complicadas quando ocorrem em pacientes com estrutura e função do trato urinário normal e são adquiridas fora do ambiente hospitalar. As condições que se associam as infecções do trato urinário mais graves constituem as de causa obstrutiva (hipertrofia benigna da próstata, tumores, entre outros); anatomofuncionais (bexiga neurogênica, cistos renais, entre outras); metabólicas (diabetes mellitus,



Artigo

insuficiência renal) e qualquer tipo de instrumentação (por exemplo, cateterização) (HEILBERG; SCHOR, 2003).

A infecção urinária pode se manifestar de diversas formas, ou ser assintomática. Entre 2,0 a 4,0% das mulheres apresentam bacteriúria assintomática e muitas delas podem ter episódios repetidos de infecção urinária sintomática. Vinte por cento das mulheres jovens que apresentam um primeiro episódio de cistite voltam a repeti-lo, sendo na sua maioria por reinfecção exógena e não por persistência da infecção anterior (FASOLO; THOMÉ, 1996). Como reforça, Hooton, 1997, identificar a prevalência das infecções do trato urinário (ITU) é tarefa difícil, muitas condições corroboram com esta dificuldade dentre elas a ausência de sintomas como nos casos da bacteriúria assintomática e a não observância para um diagnóstico adequado, além de recomendações de critérios mínimos necessários para iniciar a terapia antibiótica para o tratamento desta infecção. Essa dificuldade ocorre principalmente nos pacientes que precisam de cuidados e apresentam doenças crônicas associadas (LOEB *et al.*, 2005).

Os antimicrobianos foram então descobertos e desenvolvidos como opções para o tratamento destas infecções (TORTORA; FUNKE; CASE, 2005). Os antibióticos permitiram grandes progressos na medicina para o tratamento de ITU, sendo classificadas como substâncias químicas naturais que são obtidas a partir de microrganismos; sintética (síntese totalmente química); ou semissintéticas, produzidas por modificações químicas de antimicrobianos naturais, com finalidade de os melhorar e que poderão ter uma atividade bactericida (matam as bactérias) ou atividade bacteriostática (inibem sua multiplicação e o crescimento bacteriano) (SOUSA, 2006; RIBAS, *et al.* 2006). Pensa-se que a determinante mais importante no sucesso do tratamento de uma ITU são os mecanismos de defesa do hospedeiro e não os antibióticos (LEES; ROGERS, 1986). Como reforça Wendy (2006), a antibioticoterapia, embora fundamental, ainda controla o crescimento das bactérias uropatogênicas durante tempo suficiente para que o organismo e seus mecanismos de defesa consigam evitar sua colonização.

O conhecimento epidemiológico das infecções do trato urinário (ITU) e do padrão de sensibilidade/resistência dos agentes causais aumentam de importância diante da falha no tratamento, que na maioria das vezes é empírico, sendo que o teste de sensibilidade a antimicrobianos orienta a nova conduta terapêutica (PIRES; FROTA; JÚNIOR, 2007). Segundo Morais (2009); Weese *et al.*, (2011), na maioria dos casos, e por forma a diminuir o desconforto que o paciente sente, a antibioticoterapia está indicada enquanto se aguarda o resultado da cultura microbiológica e o Teste de Sensibilidade aos Antimicrobianos (TSA). Contudo, a resistência aos antimicrobianos é um fator muito



## Artigo

relevante para morbimortalidade das infecções em geral, e uma preocupação constante no ambiente hospitalar, assim como o uso associado de outros medicamentos na terapia e suas possíveis interações (BLATT; MIRANDA, 2005). O aparecimento da resistência numa bactéria pode ocorrer através de mutações e pela transmissão de material genético extra cromossômico procedente de outras bactérias (GERRA *et al.*, 2000).

A capacidade dos microrganismos presentes em infecções do trato urinário (ITU) em desenvolver resistência aos mais variados antimicrobianos motivou a realização deste trabalho. Desta forma, foi feita uma exposição dos fármacos usados para o tratamento de infecções do trato urinário (ITU) baseada na revisão de literatura feita neste estudo, com o intuito de demonstrar os tipos de drogas mais utilizadas para o tratamento destas infecções. Observou-se que as infecções urinárias ocorrem nas diversas faixas etárias, por isso devem ser continuamente pesquisadas pela severidade com que muitos casos, como múltiplas formas clínicas, colocam em risco a vida dos pacientes (MORAIS, 2009). Sabendo-se da capacidade dos microrganismos envolvidos nas infecções do trato urinário (ITU) desenvolverem possíveis complicações, é de suma importância conhecer as drogas utilizadas no tratamento desta patologia e sua evolução clínica.

Pretendeu-se com este estudo conhecer os tipos de infecções urinárias mais prevalentes, assim como permitir a identificação dos uropatógenos mais envolvidos nas infecções do trato urinário (ITU) e destacar as possíveis complicações apresentadas pelos pacientes identificados como portadores de infecções urinárias.

Aperfeiçoar a prescrição de antimicrobianos é um desafio constante que exige envolvimento e conscientização multiprofissional. O uso apropriado ou não diante de antimicrobianos afeta significativamente a ecologia bacteriana, exercendo força seletiva, o que pode conduzir ao surgimento de resistência. Segundo Goldmann; Huskins (1997), 25,0% a 50,0% das drogas são usadas incorreta ou inapropriadamente. Vários estudos apontam que a sobrevida é significativamente aumentada quando a escolha inicial do antimicrobiano é adequada. Em virtude do surgimento de patógenos multirresistentes, a diminuição generalizada das susceptibilidades aos antimicrobianos e a mudança do perfil dos microrganismos colonizantes, torna-se importante destacar o uso de antimicrobianos nas diversas abordagens terapêuticas.

A prevalência das infecções do trato urinário (ITU) é do ponto de vista clínico atestada por vários estudos documentados em literatura (LAZZAROTTO *et al.*, 1999; BARROS *et al.*, 2000; FOXMAN, 2002). Sendo assim, este trabalho se justifica pela necessidade de apontar as drogas antimicrobianas utilizadas pelos profissionais da saúde que lidam com esse público, bem como suas possíveis complicações associadas às



**Artigo**

infecções urinárias, uma vez que, a falta de um diagnóstico clínico preciso impossibilita estabelecer um tratamento eficaz.

Diante desses pressupostos o presente trabalho teve como propósito responder à questão norteadora: Quais dessas drogas são mais eficazes para esse tratamento? Assim, teve como objetivo geral: Realizar uma revisão da literatura visando demonstrar as drogas utilizadas no tratamento de infecções urinárias. Teve como objetivos específicos: Apresentar a fisiologia renal; destacar os tipos de infecções urinárias prevalentes; fazer a identificação dos uropatógenos mais envolvidos nas infecções do trato urinário; Levantar as principais drogas utilizadas para o tratamento das infecções urinárias.

**FISIOLOGIA RENAL**

O sistema urinário garante a manutenção da homeostase geral através de processos de regulação de concentrações de volumes e eliminação de desperdícios metabólicos. Constituído pelos rins direito e esquerdo, onde ocorre a formação de urina, ureteres, bexiga e uretra (GUYTON; HALL, 1999; DOUGLAS, 2000).

A principal função do aparelho urinário é excretar resíduos tóxicos produzidos pelo nosso organismo. A filtração sanguínea é realizada em nível renal e, em seguida, os ureteres transportam a urina formada até a bexiga. Esta urina é, posteriormente, esvaziada através da uretra. A micção é um reflexo voluntário provocado pela contração do músculo vesical e o relaxamento do esfíncter uretral (SILVA, 2005).



## Artigo

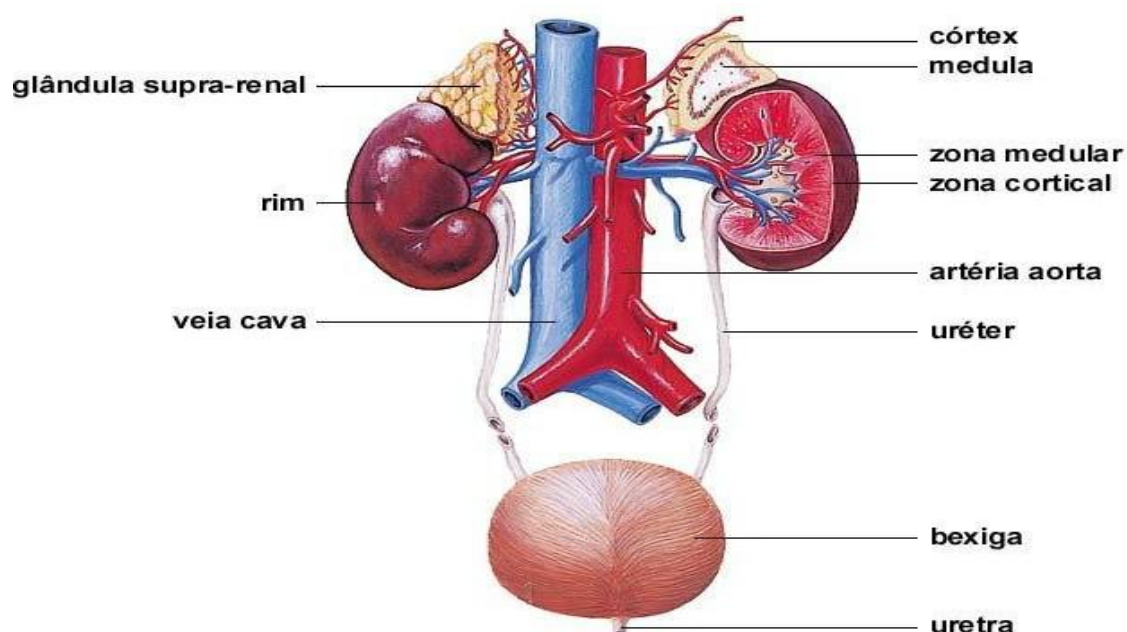


Figura 1 Sistema Urinário

Fonte: [https://www.infopedia.pt/\\$sistema-urinario,3](https://www.infopedia.pt/$sistema-urinario,3)

Os rins desempenham duas funções primordiais no organismo: primeiramente eliminação de produtos terminais do metabolismo orgânico, tais como ureia, creatinina, ácido úrico, bilirrubina, produtos da degradação de hormonas e substâncias tóxicas ingeridas ou produzidas no corpo. Posteriormente, o controle das concentrações da água e da maioria dos constituintes dos líquidos do organismo tais como sódio, potássio, bicarbonato, cloro e fosfato, através de mecanismos complexos que incluem variações das pressões vasculares, variações dos volumes filtrados e alterações da osmolaridade (SOUZA; ELIAS, 2006; MORAIS; COLICIGNO, 2007).

A composição da urina varia de um momento para o outro, refletindo as necessidades do organismo para excretar diferentes substâncias. Existem vários mecanismos hormonais de autoregulação e estímulos nervosos que visam atender todas as necessidades orgânicas e possibilitam que, de 180 litros filtrados diariamente apenas 1,5 litros sejam excretados sob forma de urina (MORAES; COLICIGNO, 2007).



Artigo

## CARACTERIZAÇÃO DA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

A infecção do trato urinário (ITU) pode ser definida como a colonização ou invasão microbiana de estruturas do trato urinário, abrangendo desde a uretra até os rins e que pode ser identificada pelo isolamento de micro-organismos na urina, uretra e rins. As vias que os micro-organismos utilizam para atingir o trato urinário são: a via ascendente, que é a mais comum, em especial nas mulheres devido à uretra curta; a via hematogênica, tendo as infecções sistêmicas como um importante meio de infecção renal; e a via linfática, que é uma via pouco frequente de infecção (JUNIOR; FERNANDEZ, 2004; POLETTI; REIS, 2005; ROSA *et al.*, 2009; SILVEIRA *et al.*, 2010). Este tipo de infecção é considerado como uma das infecções mais comuns na clínica médica, e também a segunda mais frequente no ser humano. Embora predomine entre mulheres, é também encontrada em homens nas faixas etárias avançadas da vida (PIRES *et al.*, 2007).

Segundo Lopes & Tavares (2005), a contaminação no gênero masculino é inferior em virtude do comprimento uretral, ao maior fluxo urinário e também devido à secreção prostática de fatores antibacterianos que protegem de algumas invasões patogênicas. Quando os homens desenvolvem infecções do trato urinário (ITU), elas estão normalmente relacionadas a anomalias funcionais ou anatômicas, doença de próstata ou instrumentalização do trato urinário. Estão descritos na literatura grupos de maior risco para o desenvolvimento de infecções do trato urinário, dentre eles os imunodeprimidos (portadores de HIV), as grávidas e os homossexuais masculinos. As taxas de ITU são superiores nos homossexuais masculinos, estando relacionadas com a prática mais frequente de sexo anal não protegido e também nos indivíduos com prepúcio intacto. Nos indivíduos portadores do vírus HIV, esta infecção por si só é um fator de risco para ITU.

Das mulheres que contraem infecções do trato urinário (ITU) em alguma época de suas vidas, 25,0% a 30,0% apresentam recidivas no setor hospitalar e são responsáveis por aproximadamente 40,0% de todas as infecções, sendo também umas das fontes importantes de septicemia (TRABULSI; ALTERTHUM, 2005; SOARES, 2006; SOUZA NETO *et al.* 2008). Nos indivíduos com diabetes ocorre um aumento de risco para ITU, especialmente nos casos de recorrência, prejudicando a qualidade de vida desses pacientes e aumentando as complicações no tratamento (GORTER *et al.*, 2010). Em pacientes idosos no âmbito hospitalar e na comunidade as infecções mais comuns são as que



## Artigo

cometem o trato respiratório e urinário perfazendo um total de 50,0% dos processos infecciosos diagnosticados (BERQUÓ *et al.*, 2004).

Na população de grávidas a prevalência de bacteriúria assintomática possui uma estimativa de aproximadamente 10,0% na gravidez podendo ser observada desde o início da gestação até o 3º trimestre, e 25,0 a 57,0% desta bacteriúria não tratada pode evoluir para infecção sintomática, inclusive pielonefrite, devido ao fato da dilatação fisiológica do ureter e pelve renal facilitar o refluxo e também risco de necrose papilar. A incidência de bacteriúria também aumenta em relação ao número prévio de gestação (HEILBERG; SCHOR, 2003).

Nos recém-nascidos até aos três meses de idade a prevalência de ITU é maior no gênero masculino devido a um aumento no número de mal formações congênicas tais como, má formação da uretra e da válvula da uretra posterior. A circuncisão dos meninos e a amamentação com leite materno diminui a probabilidade de infecção (BRANDINO *et al.*, 2007). Segundo estudos internacionais, a proporção de infecções do trato urinário (ITU) nosocomiais em doentes é alta, chegando aos 50,0%, constituindo-se como causa frequente de infecções bacteriêmicas, litíase, pielonefrite e insuficiência renal (ANDRADE *et al.*, 2009).

O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) relatou que a ITU acomete 38,0% dos dois milhões de infecções hospitalares a cada ano, e mais de 80,0% destas infecções hospitalares são em virtude do uso de sonda vesical. 14 25. Aproximadamente 15,0 a 25,0% de todos os pacientes hospitalizados necessitam de cateterização uretral, principalmente na assistência clínica para proporcionar adequada monitorização urinária durante a doença aguda, também com finalidade investigativa ou ainda no seguimento cirúrgico de tratamento da retenção urinária (CORRÊA; CAMARGO, 2004).

As infecções do trato urinário associadas à cateterização vesical acometem mais de 150 milhões de indivíduos em todo o mundo, sendo a *E. coli* o principal agente bacteriano causador dessas infecções 70,0 a 90,0%. Os cateteres são colonizados por esse agente, formando um biofilme que protege a bactéria dos agentes antimicrobianos (AMALARADJOU *et al.*, 2010). Outras situações inerentes à mulher como a menopausa, por exemplo, apresenta uma maior incidência de ITU. Cerca de mais de 10,0% das mulheres após os 60 anos, em decorrência de depleção estrogênica própria desta fase, leva a diminuição do glicogênio nas células do epitélio vaginal e como consequência, desenvolve uma mudança na flora bacteriana vaginal como diminuição progressiva dos lactobacilos glicógeno- dependentes, aumentando a colonização por *E. coli* e outros germes Gram-negativos da flora fecal (BAKEY, 2007; KELLEY, 2007).





**Artigo**

Todavia os mecanismos de defesa contra ITU se baseiam no fluxo urinário e na própria micção sendo estas consideradas as primeiras barreiras fisiológicas no combate a infecção. Outro meio protetor é o baixo pH e a osmolaridade da urina que podem ser fator inibidor do crescimento bacteriano. 3-17. Outros elementos na urina como o sal, os ácidos orgânicos e a ureia também representam barreiras fisiológicas na proteção contra esta infecção, que podem diminuir a sobrevivência da bactéria no trato urinário (KONTIOKARI, *et al.*, 2003).

A flora vaginal é considerada uma importante defesa do hospedeiro contra a ITU, os lactobacilos representam maior parte da flora vaginal em mulheres saudáveis, na pré menopausa. A relação sexual, o uso de antimicrobianos e antibióticos intravaginais, incluindo também os antimicóticos e espermicidas, tem sido identificados como fatores que reduzem os lactobacilos dominantes na flora vaginal e aumenta sua susceptibilidade (NOWACK, 2007).

## **CLASSIFICAÇÃO DAS INFECÇÕES URINÁRIAS**

Segundo Heilberg; Schor, (2003) a infecção do trato urinário (ITU) de uma maneira geral, é classificada como complicada quando inclui condições que se associam as causas obstrutivas (tumores, urolitíase, corpos estranhos. Como também, defeitos nos mecanismos de defesa do hospedeiro ocorrendo na presença de: anomalia anatômica ou funcional do sistema urinário; patologia concomitante que predispõe o paciente a infecção persistente, como urolitíase, obstrução urinária, neoplasia, pólipos, insuficiência renal, diabetes mellitus, entre outras; ITU recorrente; e falência no tratamento (BARSANTI, 2006; WEESE *et al.*, 2011); ou não complicada quando acomete pacientes com estrutura e função do trato urinário normais e é adquirida fora do ambiente hospitalar; anatomofuncionais (bexiga neurogênica, nefrocalcinose, refluxo vesico-ureteral, rimespongiomedular, cistos renais, divertículos vesicais); metabólicas (insuficiência renal, diabetes mellitus, transplante renal); uso de cateter de demora ou qualquer tipo de instrumentação (HEILBERG; SCHOR, 2003). Como reforça Wendy (2006); Weese *et al.* (2011) a ITU é considerada simples quando ocorre em indivíduos que não possuem anomalias anatômicas ou funcionais do trato urinário e nos mecanismos de defesa do hospedeiro.



**Artigo**

**Sinais e sintomas da infecção do trato urinário**

O bom funcionamento do sistema urinário é de importância fundamental para a manutenção dos processos de excreção e da homeostase do corpo humano. Quando o sistema urinário não executa com precisão a sua função pode estar comprometido por algum tipo de infecção, doença ou lesão (TORTORA; GRABOWSKI, 2003).

De acordo com Machado et al., (1995), a febre é tida como a manifestação mais comum da infecção urinária (IU) durante os primeiros anos de vida, assim como apatia, deficiência no desenvolvimento, perda de peso, vômitos e diarreia, dores abdominais, alterações do jato urinário (fator importante sobretudo nos meninos). Os sinais de localização da infecção como, dores hipogástricas, disúria e retenção urinária, não aparecem antes dos 3 ou 4 anos de idade. Contudo, a infecção bacteriana do trato urinário, clinicamente pode ser sintomática ou assintomática (BARTGES, 2007). Quando a sintomatologia existe, esta depende da virulência e do número de agentes patogênicos que atacam as vias urinárias, da presença ou ausência de doenças concomitantes, da integridade dos mecanismos naturais de defesa do hospedeiro, da duração da infecção, da integridade do sistema imunitário, e dos locais da infecção (PRESSLER; BARTGES, 2010).

As infecções urinárias do trato superior normalmente se apresentam com: hematúria micro ou macroscópica; insuficiência renal; dor a palpação uni ou bilateral na zona renal; febre; vômito; letargia; anorexia; etc (BARTGES, 2007). Já os sinais clínicos da ITU inferior são polaciúria, disúria ou hematúria. Quando a hematúria é mais acentuada no início da micção é mais sugestivo de uretrite ou prostatite, se for mais no fim da micção há uma maior possibilidade de se estar perante uma cistite. A olho nú, a urina pode apresentar-se, de coloração avermelhada, turva e com mau odor (BARSANTI, 2006; WENDY, 2006). Geralmente, em adultos ou adolescentes, os sintomas estão normalmente relacionados com o aparelho urinário, o que possibilita a suspeita clínica de ITU. Portanto, nos casos de infecção do trato urinário inferior (cistite), evidenciamos polaciúria, disúria, hematúria macroscópica, urgência miccional, desconforto ou dor no hipogástrio, podendo estar associada de febre, geralmente baixa. Já com presença de febre alta, agravamento do estado geral (sinais de toxemia) e/ou dor lombar, suspeitamos de pielonefrite (GUIDONO; TOPOROVSKI, 2001).



**Artigo**

**Diagnóstico da infecção do trato urinário**

O diagnóstico desta doença deve ser baseado no exame de estado geral e do aparelho urinário, devendo ser levados em consideração: os sinais clínicos que se revelam e que o indivíduo relata; os achados das análises hematológicas e bioquímicas; a urianálise; a cultura de urina, entre outros. Quanto à urocultura é fundamental solicitar sempre a realização de um teste de susceptibilidade antibiótico (TSA), para o tratamento ser realizado de forma adequada (SENIOR, 2006).

No diagnóstico laboratorial, a infecção urinária é caracterizada pelo crescimento bacteriano de pelo menos cem unidades formadoras de colônias por mililitro de urina (10<sup>5</sup> UFC/ml) numa colheita de urina do jacto médio e efetuada de maneira asséptica. A colheita de urina para exame microbiológico deve ser determinada clinicamente quando há suspeita de infecção e não ser pedida por rotina. A urocultura é o exame mais importante para o diagnóstico de uma infecção urinária, pois indica não apenas a ocorrência de multiplicação bacteriana no trato urinário, mas também permite o isolamento do agente causal e o estudo de sua sensibilidade aos antimicrobianos (SATO *et al.*, 2005). Oportuno se faz ressaltar que, a colheita, conservação e transporte da amostra clínica constituem a base do trabalho microbiológico, que culmina com a identificação do agente infeccioso e o perfil de sensibilidade aos antimicrobianos. Deve ser realizada, sempre que possível, antes do início ou da modificação da terapia antimicrobiana. A colheita de urina do jacto médio é o método mais utilizado, por não ser invasivo e pela relativa confiabilidade quando realizada com técnica adequada (ANGLADA, 1997).



Figura 2 Frasco de colheita de urina

Fonte: <http://fraimanbyfraiman.blogspot.com/2009>. Acedida em 15-10-10



## Artigo

A urina deve ser transportada ao laboratório no menor tempo possível ou refrigerada (a 4° C) até no máximo 4 horas, mantendo a refrigeração durante o transporte. Quanto antes iniciar o processamento da amostra no Laboratório de Microbiologia, maior a hipótese de recuperar o agente infeccioso. Nos casos de doentes hospitalizados em que uma rápida inoculação da amostra e até mesmo a sua refrigeração em geral é difícil, são utilizados tubos de colheita de urina com um conservante (ácido bórico estéril, em concentração final de 15 g/L). É um sistema fácil de utilizar e mais eficaz que a refrigeração para a manutenção das contagens microbianas e dos parâmetros químicos e microscópicos (SILVA *et al.* 2005).

A urianálise é um exame de diagnóstico simples, rápido e que deve ser rotineiro na avaliação do sistema urinário. Para ser considerada completa, a urianálise deve conter a determinação da densidade urinária via refractômetro, tira de urina e exame microscópico do sedimento urinário (BARTGES, 2004; BARTGES, 2007; WEESE *et al.*, 2011). Este exame está indicado nos casos em que exista qualquer alteração macroscópica a nível da urina, suspeita ou certeza de infecção urinária inferior, patologia renal ou urolitíase ou como elemento de prognóstico em outras situações clínicas (DIBARTOLA, 2010).

A urocultura quantitativa antes do início da terapia antimicrobiana é considerada a principal para o diagnóstico de infecção urinária (ITU) (BARTGES, 2004; LULICH & OSBORNE, 2004; BARSANTI, 2006; BARTGES, 2007). Este meio de diagnóstico permite a quantificação bacteriana em 1 ml de urina (DIBARTOLA, 2010). Contudo, não deve ser utilizada como único meio de diagnóstico (BOOTHE, 2006). Além de facilitar a diferenciação entre bactérias uropatogênicas e não patogênicas, a identificação correta da bactéria permite a determinação e seleção da antibioterapia para a qual a bactéria é susceptível. Também proporciona a diferenciação entre ITU recorrente causada por recidivas ou por reinfecções. Falhas na realização da urocultura, assim como na sua interpretação, podem levar a um diagnóstico errado e a uma consequente falha na terapêutica (LULICH; OSBORNE, 2004).

Nas infecções não complicadas do trato urinário, algumas diretrizes e publicações não recomendam a solicitação de rotina das uroculturas por razões meramente de custo-benefício, entretanto na prática médica cerca de 32,0% a 57,0% dos profissionais a solicitam. Dessa forma, demonstraram não existir uma associação positiva entre solicitar uma cultura de urina para o manejo da ITU e a redução das consultas de retorno devido à persistência dos sintomas de ITU (JOHNSON *et al.*, 2012).



**Artigo**

Figura 3 Sementeira de urina em meio de Agar CLED

Fonte: Fotografia cedida pelo serviço de Microbiologia do CHPV/VC



Importante nesse contexto é o teste de susceptibilidade aos antibióticos, considerando que a antibioterapia é primordial para o tratamento da infecção do trato urinário (ITU). Idealmente, o antibiótico deve ser fácil de administrar, ter pouco ou nenhum efeito colateral, ser barato, possuir capacidade para atingir o tecido ou para exceder, no mínimo, quatro vezes a Concentração Inibitória Mínima (CIM) para o agente patogénico na urina, e não afetar a flora intestinal dos pacientes (LULICH; OSBORNE, 1999; BARTGES, 2005; WALKER; GUIGÉRE, 2006; KOGIKA, 2009).

A escolha do antibiótico é geralmente baseada no TSA (BARTGES, 2004), porém, deve ser levada em consideração a farmacocinética do fármaco na espécie (WALKER; GIGUÉRE, 2006). Os resultados desse teste podem ser quantitativos e/ou qualitativos. O TSA pode ser realizado utilizando a técnica do teste de difusão em disco, que é um método adequado e o mais utilizado para ITU, visto ter uma elevada flexibilidade quanto ao número e tipo de fármacos que podem ser testados, e ser relativamente barato (BARTGES, 2004; BARTGES 2006; WALKER, 2006). Os resultados deste teste são meramente qualitativos, podendo subestimar a susceptibilidade do agente patogénico ao antibiótico,



**Artigo**

dada a maior concentração urinária *versus* plasmática de muitos antibióticos (BARTGES, 2007).

**Tratamento e profilaxia**

O tratamento de infecções urinárias tem como objetivo primordial restabelecer o bem estar do paciente, aliviar os sintomas urinários e possíveis danos renais. A escolha do tratamento antimicrobiano depende do grau de complexidade do paciente e perfil de sensibilidade da bactéria observada na urina. O tempo de tratamento irá depender da evolução do paciente (CAVARGNARO, 2005).

Nas infecções do trato urinário, o tratamento correto impede que ocorra recidivas infecções e reduza a taxa de internação. A escolha da medicação deve ser feita de acordo com a idade e condição clínica do paciente após serem realizados testes de sensibilidade para antibióticos (TUMELERO, 2006). A recidiva corresponde à recorrência da ITU num prazo de 6 meses, embora mais frequentemente após algumas semanas, ao término da infecção anterior, quando aparentemente o tratamento havia sido bem sucedido, sendo o agente uropatogênico, o mesmo que o previamente isolado na primeira ITU (BARSANTI, 2006; WENDY, 2006; WEESE *et al.*, 2011).

Nos casos em que o tratamento tem de ser imediatamente iniciado, o antibiótico escolhido deve ser um dos recomendados como antibioterapia empírica em ITU simples. Se a ITU for recorrente a classe do antibiótico utilizado deverá ser diferente da utilizada na primeira ITU. Após o tratamento ter sido iniciado, a continuação do tratamento deve ser baseada no resultado da cultura e do TSA. Preferencialmente devem ser prescritos antibióticos que sejam excretados ativamente na urina. Não existem evidências quanto à duração do tratamento nestas ITUs. Tipicamente, 4 semanas de tratamento são recomendadas. Nos casos em que se descobre que o animal apresenta uma doença concomitante e em que esta se está a controlar, tratamentos menos duradouros que 4 semanas podem ser suficientes (WEESE *et al.*, 2011).

Quando se trata de uma recidiva ou uma infecção urinária persistente, tratamentos com 06 semanas devem ser realizados (WENDY, 2006; KOGIKA, 2009). Nas ITUs recorrentes, terapêuticas de 08 semanas são recomendadas (KOGIKA, 2009). Nos casos em que na cultura microbiológica são identificados mais de um microorganismo patogênico, a relevância clínica de cada um deve ser considerada. Preferencialmente, o antibiótico prescrito deverá abranger as duas bactérias, mas quando isto não for possível



## Artigo

deverá ser considerada a realização de terapêutica combinada (PRESSLER; BARTGES, 2010; WEESE *et al.*, 2011).

Um aumento significativo da resistência dos patógenos causadores de ITU aos antimicrobianos vem restringindo o número de antibióticos sensíveis. Em razão disso, há necessidade de orientar o uso de antibiótico correto, determinando assim a dosagem específica a ser administrado, evitando recorrências e maiores danos renais (KOCH *et al.*, 2003). Porém, devem-se levar em conta outros fatores além da resistência microbiana, como toxicidade do medicamento para o paciente e custo financeiro, proporcionando um tratamento eficaz e acessível (FERREIRA, 2009).

No Brasil, estudos apontam que a prescrição inadequada de antibióticos, bem como seu uso por tempo prolongado têm ocasionado aumentos gradativos na seleção de bactérias resistentes, além de provocar aumento nos custos da saúde pública, tornando os antibióticos disponíveis cada vez menos eficazes para o tratamento das infecções de origem bacteriana (BRICKS, 2003; FIOL *et al.*, 2010). Outros fatores que são atribuídos ao aumento da resistência bacteriana são: a não adesão ao tratamento pelo paciente ou uso de forma inadequada e o erro na prescrição de antibióticos realizada por médicos não capacitados, contribuindo também para o fracasso do tratamento (NICOLINI *et al.*, 2010).

Dessa forma, controlar o uso de antimicrobianos e o aumento da resistência bacteriana, bem como guiar de forma racional a melhor escolha terapêutica para o tratamento das infecções do trato urinário (ITU) continua sendo uma das questões mais importantes enfrentadas pelas organizações de saúde (KIFFER *et al.*, 2007; ARAÚJO *et al.*, 2011). Ressalte-se que, as infecções hospitalares estão diretamente relacionadas ao desenvolvimento da resistência bacteriana, em virtude do contato prolongado destas bactérias com antimicrobianos em âmbito hospitalar, proporcionando o surgimento de cepas multirresistentes (LUNA, 2002). Segundo Brasil (1998), a Lei nº 9.431 de 6 de janeiro de 1997 e com a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.616/98 considera-se infecção hospitalar qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital e que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta.

A resistência de micro-organismos nos hospitais aos antimicrobianos está diretamente atribuída à pacientes com infecções graves causadas por bactérias, presença de pessoas mais susceptíveis às infecções e ao uso diário destes agentes, contribuindo para a sobrevivência de bactérias mutantes, resistentes a eles (LUNA, 2002). Segundo a OMS (2000), para minimizar a disseminação destes microorganismos resistentes são aplicados métodos preventivos e de controle através de normas e leis. Os pacientes internados estão



**Artigo**

sujeitos a uma série de infecções nosocomiais decorrentes de germes multirresistentes. E as infecções do trato urinário estão entre as infecções bacterianas mais prevalentes nesse meio e na comunidade (VELLINGA *et al.*, 2010; ARAÚJO *et al.*, 2011).

A identificação dos microrganismos associados à bacteriúria assume total relevância no controle da ITU, principalmente para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), demonstrando a resistência aos antibióticos e sua sensibilidade, que podem variar dependendo do hospital ou período. No Brasil, a portaria 2.616 do Ministério da Saúde (MS) regulamentou as CCIH, por atribuir que a infecção hospitalar constitui um risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais, e sua prevenção e controle que englobam medidas de qualificação de assistência hospitalar e da vigilância sanitária (BRASIL, 1998).

**Resistência bacteriana**

A resistência aos antibacterianos tem sido um sério problema para a medicina, desde a implementação da antibioterapia (JUDLIN *et al.*, 2010). Como reforça Obata *et al.* (2010), problemas com cepas resistentes vêm se agravando ao longo do tempo, em consequência do uso inadequado de drogas. Situações mais graves são os casos de resistência adquirida, onde inicialmente populações susceptíveis de bactérias criam resistência a um agente antibacteriano, proliferando e disseminando. Desta forma vários mecanismos de resistência aos antimicrobianos são facilmente espalhados para uma variedade de gêneros bacterianos (SOUSA, 2006; TONOVER, 2006).

As bactérias podem adquirir uma variedade de genes de uma via metabólica, esta produz alterações nas paredes celulares de bactérias que passam a não possuir a ligação alvo do agente antimicrobiano e pode ocorrer também por mutação perdendo a afinidade pelo o antibiótico. Esta resistência é determinada pelo genoma da bactéria, que codifica a expressão de mecanismos bioquímicos capazes de neutralizar os efeitos destes (OBATA *et al.*, 2010). É de salientar também o fato de determinadas bactérias causadoras de ITU ser zoonóticas, e a transmissão das resistências bacterianas ocorrer para do homem para o homem e do homem para o animal, como comprovado por vários estudos realizados (JOHNSON; CLABOTS, 2006; SIDJABAT *et al.*, 2006; SIDJABAT *et al.*, 2006; SIDJABAT *et al.*, 2009; PLATELL *et al.*, 2010).

Uma bactéria é considerada resistente a um determinado antimicrobiano, quando ela é capaz de crescer, *in vitro*, em concentrações mais elevadas do que a maior concentração alcançada pelo fármaco no local da infecção (HOIBY *et al.*, 2010). Como fala Ang *et al.*,





**Artigo**

(2004), o conceito de resistência é relativo e é definido em função das concentrações terapêuticas possíveis a serem atingidas no sangue, que é muito inferior aquela alcançada em certos tecidos, fluidos e secreções. Desta forma, uma bactéria pode ser resistente a concentração da droga no sangue, porém ser morta por esta mesma droga ao se localizar, por exemplo, nas vias respiratórias, devido as mais elevadas concentrações alcançadas neste local.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As infecções do trato urinário (ITU) são manifestações frequentes na população, com maior incidência nas mulheres que nos homens, em decorrência da uretra feminina ser mais curta, favorecendo a contaminação pela flora fecal. A infecção urinária consiste na colonização microbiana da urina com invasão tecidual de qualquer estrutura do trato urinário. Os microorganismos podem chegar ao trato urinário por meio de três vias: ascendente, hematogênica e linfática (SCHAECHTER; ENGLEBERG; EISENSTEIN; MEDOFF, 2002). Tais infecções podem ser classificadas de acordo com a sua localização anatômica: a das vias baixas, como cistite, uretrite, epididimite e prostatite (aguda e crônica); e as das vias altas que correspondem às infecções que acometem os rins (pielonefrites) (SPIEGEL, 2002).

### **Infecções urinárias mais prevalentes**

Infecções do Trato Urinário Superior, aquelas que envolvem o parênquima renal (pielonefrite), ureteres (ureterites) ou provocam abscessos renais:

- ❖ Pielonefrite Aguda, de acordo com D'Ippolito *et al.*, (2005), a pielonefrite aguda é a mais frequente causa de infecção bacteriana renal, se trata de uma infecção grave que atinge o parênquima, cálices e pelve renal;
- ❖ Pielonefrite Crônica, não apenas de origem infecciosa esta patologia tem múltiplas etiologias, pois afeta o parênquima renal e ocasiona deterioração renal progressiva. Caracteriza-se por uma infecção persistente, quase sempre associada a uma anomalia estrutural do trato urinário, como a presença de litíase, dilatação crônica ou antecedentes cirúrgicos (COSTA; PRÍNCIPE, 2005).



Artigo

Infecções do Trato Urinário Inferior são aquelas que envolvem a bexiga (cistite) a uretra (uretrite), e nos homens o epidídimo (epididimite) e a próstata (prostatite):

- ❖ Cistite, a migração de microrganismos a partir da uretra até a bexiga, é responsável pelo processo inflamatório ou infeccioso, esta infecção pode ser favorecida igualmente por hábitos higiênicos inadequados, sobretudo a limpeza de trás para a frente após as evacuações, já que esta ação arrasta os microrganismos provenientes do intestino para a região. Por outro lado, qualquer problema que dificulte o normal esvaziamento da bexiga, através das micções, favorece o aparecimento de cistite. A cistite é uma complicação de doenças como a bexiga neurogênica, os tumores da bexiga, os cálculos vesicais e as estenoses da uretra (PALMA; DAMBOS, 2002; COSTA; PRÍNCIPE, 2005);
- ❖ Uretrite está relacionada com a uretra. No homem a uretrite adquire-se por transmissão sexual e manifesta-se por disúria, enquanto que na mulher é clinicamente indistinguível da cistite e não é necessário fazer diagnóstico diferencial para se realizar o tratamento (COSTA; PRÍNCIPE, 2005);
- ❖ Prostatite é um aumento do número de células inflamatórias no parênquima prostático, onde os indivíduos mais susceptíveis são aqueles previamente submetidos a instrumentalização uretral (cateterização uretral, acamados e doentes submetidos a cirurgia tras-uretral), indivíduos com diabetes, fimose, ITU ou imunodeprimidos (VITOR; AMARAL; FERRAZ, 2005);
- ❖ Bacteriúria Assintomática ocorre presença de bacteriúria no trato urinário na ausência de sintomas, para considerá-la significativa e diferenciá-la de contaminação são necessários pelo menos duas uroculturas (GRABE *et al.*, 2010). Trata-se de uma situação clínica comum entre as mulheres saudáveis, assim como também entre idosos. Habitualmente a terapia antimicrobiana não é indicada nestes casos, todavia a presença de fatores de risco incluem-se a cirurgia e a instrumentalização urológica, pacientes pediátricos, gravidez e diabetes (LENZ, 2006).



**Artigo**

**Uropatogenos mais envolvidos nas infecções do trato urinário**

A maioria das infecções do trato urinário é causada por enterobactérias, em virtude da proximidade da região perianal com a abertura da uretra. *Escherichia coli* é um exemplo de uropatógeno presente na microbiota fecal que pode colonizar a região vaginal, seguindo até a bexiga. É a bactéria mais encontrada tanto nas infecções comunitárias quanto nas hospitalares (ROSEN, *et al.*, 2007). Sendo considerado o agente etiológico mais frequente nas infecções do trato urinário, representando um terço da metade de todos os microorganismos (PENNA *et al.*, 2010).

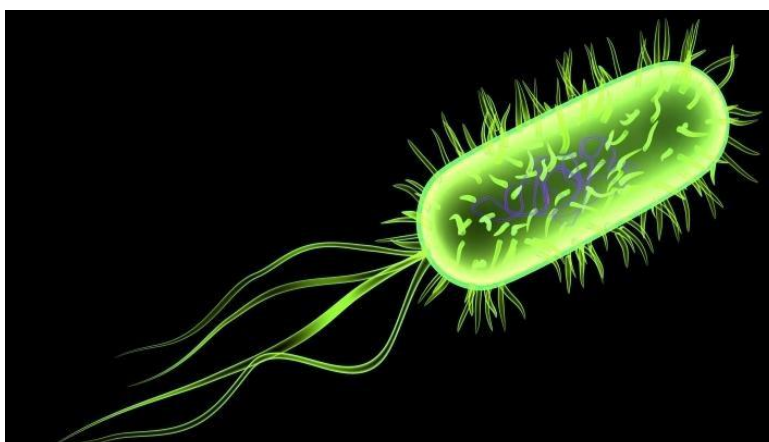
As infecções não complicadas do trato urinário ou adquiridas na comunidade são, na maioria das vezes, causadas por bactérias gram-negativas aeróbicas oriundas do trato gastrointestinal, sendo a *E. coli* o micro-organismo mais encontrado nessas infecções (VELLINGA *et al.*, 2010; SILVEIRA ET AL., 2010; ASGHAR, 2011). Este patógeno é o mais comum nas ITU ascendentes, pois existe um grande número de sorotipos desta bactéria, embora poucos sejam patogênicos para as vias urinárias. Os antígenos da *E. coli* são encontrados em mais de 80,0% das estirpes e são responsáveis por pielonefrites (FRÉDÉRIC *et al.*, 1999).

De acordo com Pompeo *et al.*, (2004), geralmente a infecção urinária em homens é considerada complicada, pois advém de uma anomalia funcional, como também pode ser secundária à instrumentalização do trato gênito-urinário. A *E. coli* é responsável por 40,0 a 50,0% dos casos de ITU no homem.



**Artigo**

Figura 4 *Escherichia coli*.



Fonte: <http://www.elitelawyerproject.com/blog/e-coli-poisoning-help-from-a-long-island-personal-injury-law-firm/>

Os agentes etiológicos mais predominantes nas infecções do trato urinário adquiridas na comunidade são: *Klebsiella pneumoniae* e outras bactérias menos frequentes como *Enterobacter spp*, *Staphylococcus spp* e *Proteus spp* (LOPES *et al.*, 1998; ASGHAR, 2011). Enquanto que as infecções urinárias adquiridas nos hospitais em pacientes internados apresentam uropatógenos mais diversificados, predominando, *Enterobactériaceae*, com diminuição na frequência de *E. coli*, embora esta ainda permaneça como causa principal, e um aumento na frequência do *Proteus spp*, *P. aeruginosa*, *Klebsiella spp*, *Enterobacter spp*, *Enterococcus faecalis* e de fungos, com destaque para a *Cândida spp* (LOPES; TAVARES, 2005).

A *Cândida* está entre as infecções urinárias causadas por fungo. A *Cândida albicans* é o fungo mais predominantemente encontrado em exames bacteriológicos de urina, principalmente em pacientes imunodeprimidos que estão predispostos à invasão, tanto sistêmica como do trato urinário, e em indivíduos portadores de diabetes não tratados (SOUTO; DIAS, 2003).

As infecções fúngicas de origem hospitalar passaram a ter grande relevância nos últimos anos, em virtude do aumento progressivo e das elevadas taxas de mortalidade. A maioria dessas infecções é de origem endógena, como também de origem exógena, seja pelas mãos dos atuantes da área de saúde, infusos contaminados e biomateriais



## Artigo

(COLOMBO, 2000; PFALLER, *et al.*, 2001). Como reforça Koneman (2001), a sua distribuição é muito ampla, podendo ser encontrada no meio ambiente como fazendo parte da microbiota normal do indivíduo, no trato gastrointestinal, nas mucosas bucal e vaginal. Cerca de aproximadamente 25,0 a 30,0% da população são portadores de *Cândida albicans* na cavidade oral; 50,0% no trato gastrointestinal e 30,0% das mulheres têm colonização vaginal em algum momento.

Figura 5 *Cândida albicans*.



Fonte: <http://pt.wikinoticia.com/estilo%20de%20vida/beleza?start=1016>

Como fala Manning *et al.* (2005), o *Enterobacter spp* e *Klebsiella spp* também são consideradas como algumas das bactérias frequentemente encontradas nas infecções urinárias contraídas em meio hospitalar devido à sua resistência aos antibióticos. *E. coli*, *Proteus mirabilis* e *Klebsiella pneumoniae* pertencem à flora normal, como também causam infecções oportunistas. O *Proteus mirabilis* está associado a cálculos renais por possuir uma potente enzima urease que converte a ureia em amônia, tornando a urina alcalina.

Encontrada em diversos ambientes, como também no solo e na água, a *Pseudomonas aeruginosa* é uma das bactérias frequentemente associadas a infecções hospitalares, com capacidade de adesão a diversos materiais, ventiladores, próteses, lentes de contato e contaminando cateteres. Em virtude a alta resistência a antibióticos e aos



**Artigo**

fatores de virulência desta bactéria, as infecções por ela causadas são de difícil controle (MIMS *et al.*, 2004; MADIGAN *et al.*, 2008).

Figura 6 *Pseudomonas aeruginosa*.



Fonte: <http://www.biomedicinapadrao.com>

Também associadas às infecções do trato urinário em pacientes hospitalizados os *Staphylococcus epidermidis* e os *Enterococcus*, este último de origem fecal, causam dificuldades no tratamento devido a sua resistência a múltiplos antibióticos. Já os *Staphylococcus saprophyticus* é considerada como causa de maior número de ITU em mulheres jovens sexualmente ativas (MIMS *et al.*, 2004; MADIGAN *et al.*, 2008).

## ANTIMICROBIANOS

Nos anos de 1928 e 1932 foram descobertas, a penicilina e as sulfonamidas, o que iniciou o processo de síntese comercial dos antibióticos e sua administração terapêutica (LIVERMORE, 2003). Os antibióticos na década de 1940, tornaram-se amplamente disponíveis, principalmente a penicilina, e foram nomeadas de “drogas milagrosas que eliminavam as bactérias” (LEVY, 1998). Sem dúvida estes foram os grandes responsáveis



**Artigo**

pelo controle de múltiplas infecções de grande valia do ponto de vista clínico (KUMMERER, 2003; BOERLIN; WHITE, 2006).

Desde a descoberta da penicilina surgiram quase uma dezena de novos antibióticos ou sintetizados. Entretanto, a sua eficácia vem sendo diminuída por um uso excessivo e até incorreto, o que levou ao surgimento e disseminação de bactérias resistentes aos antibióticos (RIBAS *et al.*, 2006).

**Principais antibacterianos de uso clínico**

**Penicilina**

A penicilina é uma molécula caracterizada pela presença do anel  $\beta$ -lactâmico, inibindo a enzima envolvida na transpeptidação, e que é responsável pela ligação entre as cadeias de tetrapeptídeos do peptidoglicano. Em consequência, há inibição da formação das ligações entre os tetrapeptídeos de cadeias adjacentes de peptidoglicano, acarretando uma perda na rigidez da parede celular. Acredita-se também que estas drogas podem atuar promovendo a ativação de enzimas autolíticas, resultando na degradação da parede (BROWN, 2004). Amoxicilina e a ampicilina são consideradas penicilinas de amplo espectro e agem sobre os bacilos tanto Gram-positivos como Gram-negativos, as mesmas são sensíveis aos mecanismos de resistência das bactérias, como as beta-lactamases, que atuam sobre o anel  $\beta$ -lactâmico. A oxacilina é um antibacteriano de espectro reduzido, não tendo efeito farmacológico sobre os bacilos Gram-negativos, mas sendo resistente a beta-lactamase (EGGERTSON; SCHINDLER, 2007).

**Cefalosporinas**

As cefalosporinas são classificadas como antibióticos  $\beta$ -lactâmico, assim como as penicilinas, e podem ser de origem natural ou de origem semi-sintética (SCHINDLER, 2007). Cada classe de cefalosporinas constitui predominantemente atividade antimicrobiana contra determinadas bactérias. Sendo assim, as de primeira geração (cefalotina, cefazolina, cefalexina, cefadroxil e cefradina), são mais ativas contra cocos aeróbios Gram-positivos, atuam contra os *Staphylococcus aureus*, oxacilina-resistentes e ainda retarda o desenvolvimento de resistência bacteriana. As de segunda geração (cefotaxima, cefamandol, cefaclor e cefuroxina), têm maior eficácia contra microorganismos aeróbios, Gram negativos e anaeróbios, e ainda são consideradas fortes



**Artigo**

indutoras de betalactamases. As de terceira geração (ceftriaxona, cefotaxima, cefoperazona, ceftazidima, cefpodoxima e cefixima), apresentam maior eficácia contra aeróbios Gram- negativos multirresistentes e pseudomonas (BRASIL, 2008). As cefalosporina de quarta geração (cefepima e cefipiroma) podem agir sobre cocos Gram-positivos e bactérias anaeróbias e são resistentes a beta-lactamases de enterobactérias (BOMONO; SZABO, 2006).

**Aminoglicosídeos**

Os aminoglicosídeos (estreptomina, gentamicina, kanamicina, tobramicina, neomicina, ampicilina e metilmicina), são considerados antimicrobianos que possuem ação sobre as bactérias Gram-negativas aeróbias, *M. tuberculosis*, como também alguns estafilococos (DIENSTMANN *et al.*, 2010; SCHINDLER, 2007).

**Quinolonas**

As quinolonas atuam principalmente contra os Gram-negativos, mas apresentam um amplo espectro de ação e são classificadas como quinolonas de primeira geração (ácido nalidíxico, cinoxacina e ácido oxolínico); as de segunda geração (norfloxacin, ciprofloxacina, lomefloxacina e ofloxacina); terceira geração (levofloxacina e trovafloxacina) e as de quarta geração (moxifloxacina e gatifloxacina) (SEVERINO; MAGALHÃES, 2002). São indicados contra agentes de infecção gastrintestinais, urinárias, *Neisseria gonorrhoeae* e bacilos Gram-negativos multirresistentes a beta-lactâmicos e aminoglicosídeos (CROSS *et al.*, 2010).

**Sulfonamidas**

As sulfas (sulfonamida, sulfapiridina, sulfametoxol, etc), possuem grande espectro de ação, porém com um uso clínico muito limitado, principalmente pela disponibilidade de fármacos mais eficazes. As sulfas são indicadas para o tratamento de diversas infecções incluindo as causadas por *N. asteroides* (HALL, 2010). Ressalte-se que a incidência de infecção do trato urinário pode variar com a condição socioeconômica, presença de diabetes mellitus, condições de higiene, após as relações sexuais, na presença de automedicação e de anormalidades anatômicas do trato urinário com maior frequência em mulheres (MENEZES; MELO; OLIVEIRA, 2003). Os principais microorganismos





## Artigo

causadores de ITU destacados no presente estudo são concordantes com relatos descritos na literatura. Parece haver variações de acordo com a região ou país conforme relatado por Moges, Gemetu, Mengistu (2002) que afirma em um dos seus estudos que 28,5% das infecções do trato urinário (ITU) na Etiópia são causadas por bactérias Gram-positivas.

No caso de resistência das bactérias Gram-positivas à oxacilina, a vancomicina é o glicopeptídeo de escolha para o tratamento das ITUs. Esta droga inibe a síntese da parede celular bacteriana ao interromper a reação de trasglicosilação (OLIVEIRA; MAMIZUKA, 2005). Com o advento da resistência às penicilinas, foi produzida a oxacilina, sendo portanto, uma penicilina resistente às penicilinases. É um antimicrobiano  $\beta$ -lactâmico, isoxazolil penicilina, utilizada para o tratamento de infecções causadas por *S. aureus* (BARROS; BITTENCOURT; CARANORI; MACHADO, 2010). Entretanto, como mostram os estudos realizados por Jones, Ballow (2009) e Arias *et al.*, (2003), as bactérias Gram-positivas foram resistentes à oxacilina.

De acordo com a literatura foi observado que a *Escherichia coli* é o principal microorganismo prevalente causador de ITU. Diversas pesquisas demonstraram alta sensibilidade de bactérias Gram-negativas a ciprofloxacina e norfloxacina (ASTAL; MANAMA; SHARIFE, 2010; GORDON; JONES, 2003; LOPES *et al.*, 2001; RIEGER E HORTA, 2003). O certo grau de resistência encontrado na literatura pode ser justificado, também, pelo uso inadequado, que acarretaria alterações cromossômicas (MENEZES, ARAÚJO; LOPES, 2009). De acordo com Thompson *et al.* (2011) através de mecanismos de troca de material genético, muitas bactérias tornam-se resistentes a múltiplas classes de antibióticos. Estas bactérias resistentes a três ou mais classes diferentes de antibióticos intitulam-se bactérias multirresistentes. Para infecções graves, causadas por Enterobacteriaceae, é recomendado o uso da gentamicina, esta droga inibe a síntese de proteínas ao bloquear a formação do complexo de iniciação, se ligando na porção 30S do ribossomo bacteriano (BARROS; BITTENCOURT; CARANORI, 2012).

De acordo com Menezes, Araújo; Lopes, (2009), a elevada resistência microbiana ao trimetoprim/sulfametoxazol é justificada pelo fato de ser um microbiano mais antigo, já muito utilizado em infecções, possivelmente de uma maneira indiscriminada e aleatória com a automedicação. O uso apropriado ou não de antimicrobianos afeta inevitavelmente a ecologia bacteriana exercendo força seletiva, o que pode levar ao surgimento de resistência. Sendo assim, é necessário o aperfeiçoamento da prescrição de antimicrobianos, envolvendo a conscientização multiprofissional, portanto estima-se que 25,0 a 50,0% das drogas sejam usadas incorreta ou inapropriadamente. Estudos apontam



**Artigo**

que a sobrevida é significativamente aumentada quando a escolha inicial do antimicrobiano é apropriada (GOLDMANN; HUSKINS, 1997).

Outro dado encontrado na literatura no que se refere a amoxicilina e ampicilina é que estes antimicrobianos não são recomendados para o tratamento das ITU por causa da resistência e alta recorrência, se comparadas a outros agentes, sendo esta resistência justificada principalmente pela produção de  $\beta$ -lactamases e por alterações nas proteínas de ligação das penicilinas das bactérias. Na atualidade para uma boa resposta terapêutica no caso das ITU, deve-se utilizar a amoxicilina associada ao ácido clavulânico (JANCEL; DUDAS, 2010).

A escolha da terapia antimicrobiana para as ITUs varia de acordo com a apresentação da infecção, hospedeiro e agente. Estratégias envolvendo diferentes esquemas terapêuticos de acordo com grupos específicos de pacientes maximizam os benefícios terapêuticos, as incidências de efeitos adversos e o surgimento de microrganismos resistentes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto fica claro que escolha da antibioterapia é de extrema importância no tratamento da infecção do trato urinário (ITU). Por isso a necessidade de analisar os medicamentos que atuam diretamente sobre o agente causador da infecção urinária, auxiliando de forma significativa para o não aparecimento e disseminação de resistência bacteriana. Note-se que o uso crescente de antibióticos e emergência de resistências bacterianas tem importantes repercussões clínicas e provavelmente econômicas, exigindo do médico a instituição de uma antibioticoterapia conscienciosa e racional.

Conforme descrito na literatura, o padrão de resistência aos antibióticos dos microorganismos isolados mais frequentemente causadores de ITU varia de acordo com a população e assim existe a necessidade de estudos e análises periódicas para o monitoramento e identificação desses micro-organismos, visando a obtenção de informações precisas para orientar uma terapia empírica mais adequada e direcionada. Essas ações são importantes no cotidiano da prática clínica, uma vez que o quadro brando e de pouca letalidade das infecções do trato urinário, a demora dos resultados das uroculturas e a necessidade de iniciar logo o tratamento, levam os médicos a arriscarem um tratamento empírico inicial.



**Artigo**

Assim, consideramos que o resultado deste estudo poderá contribuir para uma melhor orientação no cuidado com a decisão para se instaurar um tratamento de forma correta e racional, pois é muito importante conhecer, entre outros fatores, quais são e como evoluem no tempo os padrões de susceptibilidade aos antimicrobianos mais utilizados para o tratamento da infecção do trato urinário (ITU).

**REFERÊNCIAS**

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, **Manual de Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção em Serviços de Saúde Manual de Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção em Serviços de Saúde**, 2004.

AL JOHANI, S.M.; AKHTER, J.; BALKHY, H.; EI-SAED, A.; YOUNAN, M.; MEMISH, Z. **Prevalence of antimicrobial resistance among gram-negative isolates in an adult intensive care unit at a tertiary care center in Saudi Arabia. Annals of Saudi medicine 2010;30(5):364–9.**

AMARALADJOU, M.A.R.; NARAYANAN, A.; BASKARAN, A.S. VENKITANARAYANAN. **Antibiofilm Effect of Trans-Cinnamaldehyde Uropathogenic. Escherichia coli. Journal of Urology 184: 358-363. 2010.**

ANDRADE, M.J.; TRÊPA A.; CASTRO A.; GONÇALVES. **Caracterização das Infecções Urinárias Numa Unidade de Lesões Medulares. Acta Médica Portuguesa, 2009.**

ANG, J. Y.; EZIKE E.; ASMAR B. I. **Antibacterial resistance. Symp Ser Soc Appl Microbiol. 2004.**

ASGHAR, A.H. **Frequency and antibiotic susceptibility of gram-positive bacteria in Makkah hospitals. Makkah (Saudi Arabia): Ann Saudi Med; 462-468. 2011.**

ARAÚJO, S.M.; MOURÃO, T.C.; OLIVEIRA, J.L.; MELO, I.F.S.; ARAÚJO, C.A.A.; ARAÚJO, N.A.A., *et al.* **Antimicrobial resistance of uropathogens in women**



**Artigo**

with acute uncomplicated cystitis from primary care settings. *International urology and nephrology* 2011;43(2):461–6.

ARIAS, C.A.; REYES, J; ZÚÑIGA, M.; CORTÉS, L.; CRUZ, C.; RICO, C.L. Panesso D and on behalf of the Colombian Antimicrobial Resistance Group (RESCOL). Multicentre surveillance of antimicrobial resistance in enterococci and staphylococci from Colombian hospitals, 2001–2002. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 51: 59-68, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICA. NBR 16280: referência bibliográfica. Rio de Janeiro. 2014.

ASTAL, Z.; MANAMA, A., SHARIF, F.A. Antibiotic resistance of bacteria associated with community-acquired urinary tract infections in the southern area of the Gaza Strip. *Journal Chemotherapy*, 14:259-264, 2010.

BARTGES, J. W. Diagnosis of urinary tract infections. *Vet Clin Small Anim.* 34:923-933, 2004.

BAKEY, W.M.; Predicting UTI in symptomatic postmenopausal women: a review of the literature; *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 2006.

BARSANTI, J. A. Genitourinary Infections. In: Greene, C. E. Ed, **Infectious diseases of the dog and cat**. Estados Unidos da América: Elsevier Saunders. 3ª Ed. 935-949p, 2006.

BARTGES, J. W. **Bacterial Urinary Tract Infections**. Comunicação apresentada no North American Veterinary Conference, Orlando, Florida, Estados Unidos da América, 2007.

BARROS, E.; BITTENCOURT, H.; CARAMORI, M.L.; MACHADO, A. **Antimicrobianos, consulta rápida**. Artmed, Porto Alegre, 2012.

BOMONO, R. A.; SZABO D. **Mechanisms of multidrug resistance in Acinetobacter species, Pseudomonas aeruginosa**. *Clin Infect Dis.* p .49-56. cap. 43, 2006.



**Artigo**

BRANDINO, B.A., *et. al.* **Prevalência e Fatores Associados à Infecção do Trato Urinário.** NewsLab. 83ª Ed. p.166-173, 2007.

BRAIOS, A.; TURATTI, T.F.; MEREDIJA, L.C.; CAMPOS, T.R.; DENADAI, F.H. **Infecções do trato urinário em pacientes não hospitalizados: etiologia e padrão de resistência aos antimicrobianos.** J Bras Patol Med Lab, 45(6): 449-456, 2009.

BRICKS, L.F. **Judicious use of medication in children.** J Pediatr (Rio) 79:107-114, 2003.

BROWN, K. **The history of penicillin from discovery to the drive to production.** Pharm Hist . 2004. p. 37-43. cap. 34.

CAMARGO, I.L.B.C.; MASCHIETO A.; SALVINO C.; DARINI A.L.C.; **Diagnóstico bacteriológico das infecções do trato urinário: uma revisão técnica.** Medicina Ribeirão Preto. p.70-78. cap. 43, 2001.

CAVAGNARO; FELIPE. **Infecção urinaria en la infancia.** Revista Chilena de Infectología, v. 22, n. 2, p. 161-168, jun. 2005.

CETIN, C.; SENTURK, S.; KOCABIYIK, A.L.; TEMIZEL, M.; OZEL, E. **Bacteriological examination of urine samples from dogs with symptoms of urinary tract infection.** Turk J. Vet Anim Sci, 27, 1225-1229, 2003.

COLOMBO, A.L. **Epidemiology and treatment of hematogenous candidiasis: a Brazilian perspective.** Brazilian Journal of Infectious Diseases. 2000.

CORREIA, L; CAMARGO L.F.A. **Infecções do Trato Urinário.** Lemos, São Paulo. p. 4-24, 2004.

CORREIA, CARLOS *et. al.* **Etiologia das Infecções do trato urinário e sua Susceptibilidade aos Antimicrobianos.** Acta Med Port. 2007.



**Artigo**

**COSTA, L.; PRÍNCIPE P. Infecção do Tracto Urinário. Rev Port Clin Geral. p. 219-225. cap.21, 2005.**

**CRISTINA, M.; FROTA, K.D.S.; JUNIOR, P.D.O.M.; CORREIA, A.F.; JOSÉ, J.; CELESTE, C., et al. Prevalência e susceptibilidades bacterianas das infecções comunitárias do trato urinário , em Hospital Universitário de Brasília , no período de 2001 a 2005. Prevalence and bacterial susceptibility of community acquired urinary tract infection in University, 40(6):643–7, 2007.**

**DIENSTMANN, R.; et al. Avaliação fenotípica da enzima *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase (KPC) em Enterobacteriaceae de ambiente hospitalar. J Bras Patol Med Lab. 2010. p. 133-35. cap.81.**

**FINEGOLD, S.; BARON, E. Diagnóstico microbiológico Bailey- Scott. 7ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1991.**

**FIOL FS, LOPES LC, TOLEDO MI, BARBERATO-FILHO S. Prescription patterns and antibiotic use in community-based infections. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 43(1): 68-72, 2010.**

**FRÉDÉRIC, L. Les infections urinaires de la femme. John Libbey Eurotext Paris. Gonzalez H. 2005. Enfermagem em Ginecologia. Ed.Senac. São Paulo. 11ª Ed. 1999. p. 69- 83.**

**GRABE, M.; et al. Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology. 2010.**

**GORDON, K.A.; JONES, R.N. Susceptibility patterns of orally administered antimicrobials among urinary tract infection pathogens from hospitalized patients in North America: comparison report to Europe and Latin America. Results from the SENTRY Antimicrobial Surveillance Program (2000). Diagnostic Microbiology and Infectious Disease 45:295-301, 2003.**

**GORTER, K.J.; HAK, E.; ZUTHOFF, P.A.; HOPELMAN, A.I.M.; RUTTEN, E.H. Risk of recurrent acute lower urinary tract infections and prescription pattern**



**Artigo**

**of antibiotics in women with and without diabetes in primary case. Family Practice 0: 1-7, 2010.**

GOLDMANN, D. A.; HUSKINS, W. C. **Control of nosocomial antimicrobial-resistant bacteria: a strategic priority for hospitals worldwide. Clin Infect Dis. 1997.**

GRABE, M.; *et al.* **Guidelines on Urological Infections.** European Association of Urology. 2010.

**GUIDONI, E.B.M.; TOPOROVSKI, J. Urinary infection in adolescents. Jornal de pediatria, p. 165-169, 2001.**

GUYTON, A.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica.** Guanabara koogan, Rio de Janeiro. 9º Ed. p. 293-302. cap. 26, 1999.

HALL, R. M. **Salmonella genomic islands and antibiotic resistance in Salmonella enterica.** Future Microbiol. p.1525-38. cap. 5, 2010.

**HEILBERG, I.P.; SCHOR, N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário. Rev. Assoc. Med. Bras. p.109-116. cap. 49, 2003.**

**H. E.; TOWNSEND, K. M., LORENTZEN, M., GOBIUS, K. S., FEGAN, N., CHIN, J. J. et al. Emergence and spread of two distinct clonal groups of multidrug-resistant Escherichia coli in a veterinary teaching hospital in Australia. J Med Microbiol, 55, 1125-1134, 2006.**

**I.**

**HINRICHSEN, S.C. et al. Profile of microorganisms found in urocultures after urinary catheterization in patients undergoing elective gynecological surgery. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Recife. p. 77-84. cap. 9, 2009.**

HOIBY, N., *et al.* Antibiotic resistance of bacterial biofilms. **Int J Antimicrob Agents.** p.322-32. cap. 35, 2010.

**HOOTON, T.M.; STAMM, W.E. Diagnosis and treatment of uncomplicated urinary tract infection. Infect Dis Clin North Am., p. 551. cap. 11, 1997.**



**Artigo**

JACOBY, G.A. **Mechanisms of resistance to quinolones.** Clin Inf Dis. 2005. p. 120-26. cap. 41.

JANCEL, T.; DUDAS, V. Management of uncomplicated urinary tract infections. **Western Journal Medicine**, 176:51-55, 2010.

**JOHNSON, J.D.; O'MARA, H.M.; DURTSCHI, H.F.; KOPJAR, B. Do urine cultures for urinary tract infections decrease follow-up visits? Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM, 24(6):647–55.2012.**

**JOHNSON, J. R. CLBOTS, C. Sharing of virulence *Escherichia coli* clones among household members of a woman with cystitis. Clin Infect Dis, 43(10), 101-108, 2006.**

**JONES, R.N.; BALLOW, C.H.; Biedenbach and the ZAPS Study Group Medical Centers. Multi-laboratory assessment of the linezolid spectrum of activity using the Kirby-Bauer disk diffusion method: Report of the Ziyvox Antimicrobial Potency Study (ZAPS) in the United States. Diagnostic Microbiology and Infectious Disease 40: 59-66, 2009**

**JUNIOR, M.A.; FERNANDEZ, L.Z. Perfil de susceptibilidade aos antimicrobianos mais comercializados para o tratamento de infecções do trato urinário no ano de 2003 em Salvador- BA. NewsLab, 8:96-106, 2004.**

**KELLEY, C. Estrogen and its effect on vaginal atrophy in post-menopausal women. p. 40-5. cap. 27, 2007.**

**KIFFER, C.R.; MENDES, C.; OPLUSTIL, C.P.; SAMPAIO, J.L. Antibiotic resistance and trend of urinary pathogens in general outpatients from a major urban city. São Paulo (Brasil): International Braz J Urol, 42-49, 2007.**

**KOCH; VERA H. Infecção do trato urinário: em busca das evidências. Jornal de Pediatria. Porto Alegre, Jun. 2003.**





**Artigo**

**KOCH, C.R.; RIBEIRO, J.C.; SCHNOR, O.H.; ZIMMERMANN, B.S.; MÜLLER, F.M.;**

AGOSTIN, J.D., *et al.* Resistência antimicrobiana dos uropatógenos em pacientes ambulatoriais, 2000-2004. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 41(3): 277-281, 2008.

KOGIKA, M.M. **Recommendations for management of urinary tract infection in dogs.** Comunicação apresentada no 34º World Small Animal Veterinary Congress, São Paulo, 2009.

KONEMAN, E.; ALLEN, J.; SCHRECKENBERGER, W. **Diagnóstico microbiológico: texto e atlas colorido.** 5. ed. São Paulo: MEDSI, 2001.

**KONTIOKARI, T.; LAITINEN, J.; POKKA, T.; SUNDQVIST, K.; UHARI, M. Dietary factors protecting women from urinary tract infection. Am J Clin Nutr. p. 600-4. cap. 77, 2003.**

KUMMERER, K. Significance of antibiotics in the environment. **J Antimicrob Chemother**, p. 5-7. cap. 52, 2003.

**LEES, G. E.; ROGERS, K. Treatment of urinary tract infections in dogs and cats. J Am Vet Med Assoc, p. 658-652. cap.189, 1986.**

LENZ, L.L. **Bactériuria Assintomatica. Arq Catarinenses de Medicina.** 2006. p.7-10. cap. 35.

LEVY, S. B. The Challenge of Antibiotic Resistance. **Scientific Am Magazine**, p.46-53, 2003.

**LIVERMORE, D. M. Bacterial Resistance: Origins, Epidemiology, and Impact. Clin Infect Dis, p.11-23. cap. 36, 2003.**



**Artigo**

LOEB, M.; BRAZIL, K.; LOHFELD, L. **Effect of multifaceted intervention on number of antimicrobial prescriptions for suspected urinary tract infections in residents of nursing homes: Cluster randomized controlled trial.** BMJ 2005.

LOPES, H.V.; TAVARES, W. **Diagnóstico das infecções do trato urinário.** Rev. Assoc. Med. Bras. p. 301-312. cap. 51, 2005.

LULICH, J. P., OSBORNE, C. A. & BARTGES, J. W. **Canine lower urinary tract disorders.** In: S. J. Ettinger, E. C. Feldman (Eds.), *Textbook of veterinary internal medicine*, 5ª Ed., pp. 1747-1783. Filadélfia: WB Saunders, 1999.

LUNA, E.J.A. **A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil.** Ver Bras. Epid. 5: 229-243, 2002.

MENEZES, E.A.; MELO, O.F.; OLIVEIRA, I.R.N.; SANTOS, A.S.; FARIAS, R.B.; GUERRA, A.C.P.; CUNHA, F.A. **Bacteriúria assintomática em gestantes atendidas no Hospital da Base Aérea de Fortaleza.** Laes & Haes, 140:84-96, 2003.

MOGES, A.F.; GENETU, A.; MENGISTU, G. **Antibiotic sensitivities of common bacterial pathogens in urinary tract infections at Gondar Hospital, Ethiopia.** Eastern African of Medicine Journal, 79: 140-142, 2002.

MENEZES, E.A.; ARAÚJO, G.N.; LOPES, H.M.; COSTA, E.P.; NASCIMENTO, I.R.O.; CUNHA, F.A. **Perfil de Susceptibilidade a Norfloxacin e ao Sulfazotrim no tratamento de Infecções Urinárias causadas por Escherichia coli no Laboratório de Análises Clínicas de Esquadrão de Saúde da Base Aérea de Fortaleza.** NewsLab ano IX 49:150- 156, 2009.

MACHADO, B.M. **Analysis of the Diagnostic Methods for Urinary Tract Infections.** São Paulo. p. 42-47. cap. 17, 1995.

MADIGAN, M.T.; MARTINKO, J.M.; DUNLAP, P.V.; CLARK, D.P. **Brock Biology of Microorganisms.** 12th Edition. 2008.



**Artigo**

MENDO, A.; ANTUNES, J.; COSTA, M.C. **Frequência de Infecções Urinárias em Ambulatório**. Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde. p. 216-223. cap. 5 2008.

MORAIS, H. A. **Empiric antibiotic therapy. Comunicação apresentada no 34th World Small Animal Veterinary Congress, São Paulo, Brasil. 2009.**

MULLER, E.V.; SANTOS, D.F.; CORRÊA, N.A.B. **Prevalência de microrganismos em infecções do trato urinário de pacientes atendidos no laboratório de análises clínicas da Universidade Paranaense**. RBAC, v.40. p. 35-37, 2008.

Moreira MAA, Costa FS, Nogueira NAP 203. **Bacteriúria assintomática em gestantes atendidas no Centro de Saúde Ambulatorial Abdomal Machado, Crateús- CE**. *Rev Bras Anal Clin* 35: 41 B.

NICOLETTI, J.; KUSTER, S.P.; SULSER, T.; ZBINDEN, R.; RUEF, C.; LEDERGERBER, B. *et al.* **Risk factors for urinary tract infections due to ciprofloxacin-resistant *Escherichia coli* in a tertiary care urology department in Switzerland**. *Swiss medical weekly*, 2010 .

OBATA, F. **Influence of *Escherichia coli* shiga toxin on the mammalian central nervous system**. *Adv Appl Microbiol*. p.1-19. cap. 71, 2010.

OLIVEIRA, G.A.; ATOBE, J.H.; MAMIZUKA, E.M. **Enterococcus spp: Importância clínica, fatores de virulência, resistência aos antimicrobianos e diagnóstico laboratorial**. *Laes&Haes* 131:88-111, 2005.

PALMA, PCR.; DAMBROS, M **Cistites na Mulher**. *Rev. Bras. de Medicina*. p. 346- 350, 2002.

PALLET, A.; HAND, K. **Complicated urinary tract infections: practical solutions for the treatment of multiresistant gram-negative bacteria**. *J Antimicrob Chemother*. 65(3), 25-33, 2010.

PFALLER, M.A. **Nosocomial candidiasis: emerging species, reservoirs, and modes of transmission**. *Clinical Infectious Diseases*. 1996.



**Artigo**

**PIRES, MCS.; FROTA, KS; JÚNIOR, POM. Prevalence and bacterial susceptibility of community acquired urinary tract infection in University Hospital of Brasília, 2001 to 2005. Rev. Soc. Bras. Med. 2007.**

**PLATELL, J. L.; COBBOLD, R. N.; JOHNSON, J. R.; TROTT, D.J. Clonal group distribution of fluoroquinolone resistant *Escherichia coli* among humans and companion animals in Australia. J Antimicrob Chemoter, 65, 1936-1938, 2010.**

**POLETTO, K.Q.; REIS, C. Suscetibilidade antimicrobiana de uropatógenos em pacientes ambulatoriais na Cidade de Goiânia, GO. 38(5):416-20, 2005.**

**POLZIN, D. Difficult urinary tract infections. Comunicação apresentada no Societa culturale italiana veterinary per animali de compagnia congress. Rimini, Itália, 2007.**

**PRESSLER, B. M.; BARTGES, J. W. Urinary tract infections. In: S. J. Ettinger, E. C. Feldman (Eds.), Textbook of veterinary internal medicine. 7ª Ed., p. 2036-2046. Filadélfia, Estados Unidos da América: Elsevier Saunders. 2010.**

**RIBAS, C.S. Antibióticos, ayer, hoy y mañana...? Revista Química Viva. Nº 2. 2006. ROSA, A.; RAMOS, D.O.; AMADEU, M.; SUCUPIRA, J.S.; MARTINS, R.; JESUS, M.D. *et al.* Infecções do Trato Urinário: análise da frequência e do perfil de sensibilidade da *Escherichia coli* como agente causador dessas infecções. 41(4):275-7, 2009.**

**SATO, A.F.; SVIDZINSKI, A.E.; CONSOLARO, M.E.L.; BOER, C.G. Urinary nitrite and urinary-tract infection by gram-positive cocci. J. Bras. Patol. Med. Lab. 41(6):397-404, 2005.**

**SCHAECHTER, M.; ENGLEBERG, N.C.; EISENTEIN, B.I.; MEDOFF, G. Microbiologia: mecanismos das doenças infecciosas. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2002.**

**SCHINDLER, B. Worldwide Spread of Resistent *Staphylococcus*. Med Monatsschr Pharm. p. 155-56. cap. 55, 2007.**



**Artigo**

**SENIOR, D.F. Urinary tract infection. Comunicação apresentada no 31st World Small Animal Veterinary Congress WSAVA, Praga, República Checa. 2006.**

**SIDJABAT, H.E.; TOWNSEND, K.M.; HANSON, N.D.; BELL, J.M.; STOKES, H.W.; GOBIUS, K.S. *et al.* Identification of bla (CMY-7) and associated plasmid-mediated resistance genes in multidrug-resistant *Escherichia coli* isolated from dogs at a veterinary teaching hospital in Australia. J Antimicrob Chemoter, 57, 840-848, 2006.**

**SILVA, C.H.P.M.; LINS, A.P.; SOUZA, D.R.; CRUZ, C.S.O.; BERGAMASCHI, G.C. Development and evaluation of a chemical preservative for microbiological and routine urinalysis of urine samples. RBAC. p.137-147. cap. 37, 2005.**

SILVA, M.M. Infecção urinária. **Associação Portuguesa de Urologia**, Jan. 2005.  
Disponível em: <<http://www.apurologia.pt/>> Acesso em: 20 março, 2014.

**SILVEIRA, S.A.; FONSECA, F.M.; CAROLINA, A.; OLIVEIRA, S.D. Prevalência e Suscetibilidade Bacteriana em Infecções do Trato Urinário de Pacientes Atendidos no Hospital Universitário de Uberaba. 42(3):157-60, 2010.**

SOUSA, J.C. **Manual de Antibióticos Antibacterianos**. Univ. Fernando Pessoa. 2ª Edição. 2006.

SPIEGEL, C. **Bacterial vaginosis**. Clin Microbiol. 4:485-502, 1991.

TENOVER, F.C. Mechanisms of Antimicrobial Resistance in Bacteria. **The American Journal of Medicine**. 2006.

**THOMPSON, M. F.; LITSTER, A. L.; PLATELL, J. L.; TROTT, D. J. Canine bacterial urinary tract infections: new developments in old pathogens. Vet J, 190(1), 22-27, 2011.**

**TORTORA, G. J.; FUNKE, R. B.; CASE, C. L. Microbiologia**. Editora Atheneu, São Paulo, 6ª edição. 2005.



**Artigo**

**TORTORA, G.J.; GRABOWSKI, S.R. Corpo Humano: Fundamentos de Anatomia e Fisiologia. Porto Alegre: Artmed. 4ª Ed. p. 486-507, 2003.**

**TRABULSI, L. R.; ALTHERTHUM, F. Microbiologia. Editora Atheneu, São Paulo, 4ª edição. 2005.**

**TUMELERO; ANDRESA. Manejo da infecção do trato urinário em crianças menores de dois anos de idade em um hospital de Porto Alegre/Rio Grande do Sul. Brasília, 2006.**

**VELLINGA, A.; CORMICAN, M.; HANAHOE, B.; MURPHY, A.W. Predictive value of antimicrobial susceptibility from previous urinary tract infection in the treatment of re- infection. The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners, Jul;60(576):511-3, 2010.**

**VÍTOR, O.; AMARAL, J.; FERRAZ, L. HBP e prostatite. Rev Port Clin Geral. p. 201-207, 2005.**

**WARREN, J.W. *et al.* Guidelines for antimicrobial treatment uncomplicated acute bacterial cystitis and acute pyelonephritis in woman. Infectious Diseases Society of America (IDSA). Clin Infect Dis, v.29, p. 745-58, 1999.**

**WEESE, J. S.; BLONDEAU, J.M.; BOOTHE, D.; BREITSCHWERDT, E. B.; GUARDABASSI, L.; HILLIER, A. *et al.* Antimicrobial use guidelines for treatment of urinary tract disease in dogs and cats: antimicrobial guidelines working group of the International Society for Companion Animal Infection Diseases. Vet Med Int. 2011.**

**WENDY, A. W. Infecções do trato urinário. In: R. W. Nelson & C. G. Couto. Medicina interna de pequenos animais. 3ª Ed., p. 599-605. São Paulo, Brasil: Elsevier. 2006.**



Artigo

**MUNICÍPIOS DO OESTE DE SANTA CATARINA COM MAIORES ÍNDICES DE CASOS DE DENGUE: AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE**

**MUNICIPALITIES OF SANTA CATARINA WEST WITH HIGHER DENGUE CASE INDICES: PREVENTION AND CONTROL ACTIONS**

Joel Morschbacher<sup>1</sup>  
Lucimare Ferraz<sup>2</sup>  
Maria Assunta Busato<sup>2</sup>  
Walter Antonio Roman Júnior<sup>2</sup>  
Arnildo Korb<sup>3</sup>  
Junir Antonio Lutinski<sup>2</sup>

**RESUMO:** Introdução: A dengue tem suscitado preocupação para autoridades mundiais em saúde, dentre eles estão autoridades brasileiras. A razão disso é a expansão geográfica da doença e a dificuldade para o controle desta endemia, considerando a proliferação do vetor e o potencial de disseminação da doença. Os quatro municípios do Estado de Santa Catarina, que, em 2016, apresentaram a maior quantidade de casos de Dengue notificados estão no Oeste Catarinense, foram eles, Pinhalzinho, Chapecó, Descanso e São Miguel do Oeste. Objetivo: Descrever as ações adotadas nesses municípios para prevenção e controle da dengue durante e após período endêmico. Métodos: Com abordagem quantitativa, nos quatro municípios foram entrevistados enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família e gestores da Vigilância Epidemiológica. A coleta de dados ocorreu durante o segundo semestre de 2017, no local de trabalho dos Enfermeiros e gestores, mediante carta de ciência e concordância dos gestores de saúde dos municípios envolvidos e prévio agendamento. As entrevistas foram norteadas por questões embasadas nos determinantes sociais de saúde. Resultados: Os municípios adotaram e seguem os protocolos do Ministério da Saúde como base para a realização de campanhas de prevenção e cuidados à população atingida. Implementaram, naquele período, ações

<sup>1</sup>Discente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), Chapecó, SC, Brasil.

<sup>2</sup>Docentes do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), Chapecó, SC, Brasil.

<sup>3</sup>Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, UDESC, Chapecó, SC, Brasil. E-mail: [arnildo.korb@udesc.br](mailto:arnildo.korb@udesc.br)



## Artigo

intersetoriais e as mantêm após a epidemia. Foram efetivadas parcerias com serviços públicos municipais e privados para maximizar o território geográfico nas ações de prevenção. constatou-se, como reflexo das ações, a diminuição dos casos de dengue na região avaliada. Conclusão: Constatou-se que o trabalho das equipes de saúde e dos gestores está de acordo com os protocolos e planos do Ministério da Saúde e as ações se concentram na prevenção da doença e no cuidado aos pacientes. A epidemia de dengue que assolou os municípios da região deixou consequências de ordem psicológica, em decorrência das perdas de vidas humanas, contudo, garantiu um legado de experiências nos serviços de saúde, úteis no planejamento e nas ações nos anos subsequentes.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; Doenças endêmicas; Promoção da Saúde; Vigilância em saúde.

**ABSTRACT:** Introduction: Dengue has raised concern for world health authorities, among them are Brazilian authorities. The reason for this is the geographic expansion of the disease and the difficulty to control this endemic, considering the proliferation of the vector and the potential for dissemination of the disease. The four municipalities of the State of Santa Catarina, which, in 2016, had the highest number of reported cases of Dengue are in the West of Santa Catarina, Pinhalzinho, Chapecó, Descanso and São Miguel do Oeste. Objective: To describe the actions adopted in these municipalities for the prevention and control of dengue during and after the endemic period. Methods: With a quantitative approach, nurses from the Family Health Strategies and Epidemiological Surveillance managers were interviewed in the four municipalities. Data collection took place during the second half of 2017, at the workplace of nurses and managers, through a letter of knowledge and agreement of the health managers of the municipalities involved and prior scheduling. The interviews were guided by questions based on social determinants of health. Results: The municipalities adopted and follow the protocols of the Ministry of Health as the basis for carrying out prevention and care campaigns for the affected population. They implemented, in that period, intersectoral actions and maintained them after the epidemic. Partnerships with public and private services were made to maximize geographic territory in prevention actions. As a reflection of the actions, the decrease of the dengue cases in the evaluated region. Conclusion: It was verified that the work of the health teams and the managers is in agreement with the protocols and plans of the Ministry of Health and the actions are focused on the prevention of the





**Artigo**

disease and the care to the patients. The epidemic of dengue that devastated the municipalities of the region left psychological consequences due to the loss of human life, however, it guaranteed a legacy of experiences in health services, useful in planning and actions in subsequent years.

**Keywords:** Primary health care; Endemic diseases; Health promotion; Health surveillance.

## INTRODUÇÃO

A dengue tem suscitado preocupação para autoridades mundiais em saúde inclusive as brasileiras. A razão disso é a expansão geográfica da doença e a dificuldade para o controle desta endemia, considerando a proliferação do vetor e o potencial de disseminação da doença. No Brasil, as epidemias de dengue, considerando a complexidade, muitas vezes ultrapassam a capacidade de atendimento no Sistema Único de Saúde (TEIXEIRA et al., 2015). Formas de controle e prevenção de casos da doença são realizados por meio de diversas tecnologias (FREITAS; RODRIGUES, ALMEIDA, 2011), tais como a técnicas para o monitoramento e controle populacional de mosquitos em suas diversas fases do ciclo de vida (GEIER; EIRAS, 2004; DONATTI; GOMES, 2007).

Ações de prevenção são definidas como intervenções orientadas para evitar o surgimento de doenças específicas com redução da incidência e prevalência baseadas no conhecimento epidemiológico (CZERESNIA, 2003). São intervenções orientadas por uma ação oportuna voltada para a detecção, controle e diminuição de fatores de risco e vulnerabilidades, diminuindo a incidência e a prevalência de doenças na população (BUSS, 2003; BRASIL, 2011). Programas que auxiliam a promoção da saúde e a prevenção de riscos e agravos têm como objetivo qualificar a gestão em saúde por um modo de produção centrada nas necessidades dos indivíduos e na racionalização dos recursos (BRASIL, 2011).

Em 2001, o governo brasileiro reorganizou as metas de erradicação do vetor e passou a considerar o seu controle, com a implantação do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue (PIACD) enfocando ações em municípios com maior transmissão da doença (BRAGA; VALLE, 2007; BRASIL, 2009b; FIGUEIRÓ et al., 2010). Em 2002, depois de adaptações, foi criado o Plano Nacional de Controle da



Artigo

Dengue e Febre Amarela (PNCD), em vigor até a atualidade, com o objetivo de diminuir o impacto da dengue no Brasil (FUNASA, 2002). Esta estratégia enfatiza o controle vetorial com o uso de produtos como inseticidas larvicidas e adulticidas, bem como estimula a participação da população em ações para controle e combate ao vetor, ações de educação em saúde nos municípios considerados prioritários, objetivando responsabilizar as famílias na manutenção do seu ambiente livre de locais propícios para a reprodução do *A. aegypti* (FUNASA, 2002). O PNCD baseia-se em componentes que visam reduzir o número de casos e ocorrência de epidemias, controlar a população do vetor, prestar assistência oportuna aos pacientes infectados, integrar as ações com a Atenção Básica em Saúde, promover ações de saneamento ambiental e de educação em saúde e capacitar de recursos humanos.

A transmissão da dengue tem sido registrada de uma forma cada vez mais intensa, aumentando a magnitude das epidemias e a área de circulação do vírus (TEIXEIRA et al., 2015; VALLE; PIMENTA; CUNHA, 2015). Observa-se que a doença está presente em toda a região intertropical e expande-se para regiões subtropicais (VALLE; PIMENTA; CUNHA, 2015). No Estado de Santa Catarina, no ano de 2016, foram notificados mais de 13 mil casos suspeitos da doença com a confirmação de mais de 30% destes. Dentre os municípios do Estado, na região Oeste estão aqueles que lideraram o *ranking* estadual dos casos confirmados (SANTA CATARINA, 2018).

A Carta de Ottawa (1986) descreve a promoção da saúde como o processo de capacitação e empoderamento de indivíduos e de grupos para atuarem na melhoria da saúde e qualidade de vida, participando ativamente no controle deste processo (CONFERÊNCIA, 1986). Assim, aspectos sociais, econômicos, culturais, ambientais e fatores biológicos tornam-se relevantes para a saúde. A partir destes, há uma definição de que a promoção da saúde é uma responsabilidade múltipla entre ações governamentais, capacitação e desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas em conjunto com parcerias intersetoriais para a definição de prioridades, bem como para o planejamento e implementação de políticas de saúde (BRASIL, 2011). O termo promoção da saúde também está associado à valores sociais como a vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria (BUSS, 2003). Também, pode estar voltado para ações do Estado, dos indivíduos e coletividades, do sistema de saúde e das parcerias intersetoriais (FARINATTI; FERREIRA, 2006). Considerando-se a dengue como um agravo à saúde de importância para a coletividade, emerge a necessidade de políticas públicas e ações integradas com a sociedade para o seu controle e prevenção.



## Artigo

Considerando a ausência prévia ao ano de 2016 de epidemias de dengue na região oeste de Santa Catarina e o caráter recidivo da doença, tornou-se relevante conhecer as estratégias de prevenção e controle adotadas pelos municípios afetados e que pudessem servir como ponto de partida para políticas de enfrentamentos de futuros surtos ou cenários epidêmicos. Nesse contexto, este estudo visou verificar as ações de prevenção e controle da dengue adotadas por municípios da região Oeste de Santa Catarina afetados pela epidemia de dengue de 2016 e, verificar as ações de acolhimento e de notificação que permaneceram após ao evento de transmissão viral.

## MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa quantitativa de caráter descritiva-transversal na qual também requisitou de informações e relatos de natureza qualitativos para a compreensão das ações de prevenção e controle da dengue adotadas pelos municípios. O estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Parecer n. 2.249.830) foi desenvolvido no período de setembro a dezembro de 2017, em municípios da região Oeste de Santa Catarina, que em 2016 apresentaram as mais elevadas taxas de incidência de dengue no Estado a citar: Pinhalzinho com 60,9%, Chapecó com 19,7%; Descanso com 2,2% e São Miguel do Oeste com 1% (SANTA CATARINA, 2016).

Em relação aos aspectos geográficos e socioeconômicos, Chapecó (26°05'45"S; 52°37'04"W) destaca-se como o principal polo econômico do Oeste catarinense e representa a maior cidade da região. Com população de 213.279 habitantes, o município possui área de 626.060 km<sup>2</sup>, está localizado a 555 km de distância da capital do Estado e a 670 m de altitude. Descanso (26°49'34"S; 53°30'06"W) se destaca pela economia agrícola e pequenas indústrias. Com população de 8.399 habitantes e área de 285 km<sup>2</sup>, está a 680 km da capital do estado e a 552 m de altitude. O município de Pinhalzinho (26°50'53"S; 52°59'31"W) possui economia agroindustrial e conta com 19.511 habitantes e área de 128.298 km<sup>2</sup>. Situa-se a 650 km de distância da capital do Estado e a 515 m de altitude (26°35'50"S; 53°31'00"W). São Miguel do Oeste destaca-se como maior cidade do extremo-oeste catarinense e conta com economia agroindustrial. Com população de 39.793 habitantes e área de 234 km<sup>2</sup>. Está a 730 km de distância da capital do Estado e a 720 m de altitude (IBGE, 2018).

Fizeram parte da pesquisa em cada município um dos quatro municípios pesquisados, o gestor municipal do serviço de Vigilância Epidemiológica (VE) e



## Artigo

enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O número de Enfermeiros foi definido com base no número de ESF existentes, limitando-se a cinco por município. Os participantes do estudo, por atuarem em diferentes regiões, foram considerados informantes-chave. Tratavam-se de indivíduos com envolvimento ativo no serviço e na comunidade e que tinham amplo conhecimento sobre o tema de estudo e informação mais detalhadas sobre o serviço em que se encontram inseridos (SCHENSUL, 2004). Assim, estes eram profissionais que trabalhavam em áreas que registraram a ocorrência de dengue, bem como atenderam pessoas que contraíram a doença ou com sintomas sugestivos.

A coleta de dados ocorreu no local de trabalho dos Enfermeiros e gestores, mediante carta de ciência e concordância dos gestores de saúde dos municípios envolvidos e prévio agendamento. As entrevistas foram norteadas por questões embasadas nos determinantes sociais de saúde (WHITEHEAD, 2000) do PNCD (FUNASA, 2002) e de notas técnicas da Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2016), relacionadas ao cuidado de pacientes com dengue.

Os resultados de natureza quantitativa foram tabulados em banco de dados no *software* Excel (versão 2010). Utilizou-se a técnica de análise descritiva exploratória por meio análises de frequência. Na etapa de exploração dos dados de natureza qualitativa, foi utilizado o *software Atlas.ti for Windows 7.0*.

## RESULTADOS

Ao todo, a pesquisa contemplou 21 participantes. A maioria afirmou já ter participado de campanhas sobre segregação de resíduos sólidos fomentados pelas Secretarias Municipais de Saúde e, todos os participantes afirmaram que os respectivos municípios implantaram fiscalização em atividades ou habitações que oferecem risco para ocorrência da dengue, porém a maioria considera esse serviço insuficiente (Tabela 1).



**Artigo**

**Tabela 1 – Percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família e gestores da Vigilância Epidemiológica, dos quatro municípios, quanto às ações de prevenção e controle da dengue, 2017.**

<b>Percepções</b>	<b>Sim (n)</b>	<b>%</b>	<b>Não (n)</b>	<b>%</b>
Realização de campanhas de segregação dos resíduos sólidos urbanos pelos municípios.	17	80,9	4	19,1
Fiscalização nas atividades ou habitações que oferecem risco para ocorrência da dengue.	21	100,0		
Eficiência na fiscalização de atividades ou habitações que oferecem risco para ocorrência da dengue.	14	66,6	7	33,4

A maioria dos participantes (76,1%) informou que nos seus municípios de atuação foram intensificadas as ações de educação em saúde voltadas à prevenção e controle da dengue após 2016. Também, 95,2% relatou que passaram a executar ações direcionadas para a prevenção e controle da dengue como notificações e investigações de casos suspeitos e confirmados. Os participantes afirmaram que os municípios intensificaram ações intersetoriais entre as secretarias municipais, como estratégias de prevenção e controle da doença. Quanto à participação no Conselho Municipal de Saúde e na sala de situação, os participantes, em sua maioria (61,9% e 66,6%), participavam desses espaços voltados ao planejamento integrado das ações (Tabela 2).



**Artigo**

**Tabela 2 – Percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família e gestores da Vigilância Epidemiológica, dos municípios de Chapecó, Descanso, Pinhalzinho e São Miguel do Oeste, quanto a realização de ações dos serviços sociais de saúde e condições de trabalho voltadas à prevenção e controle da dengue, 2017.**

<b>Ações dos participantes</b>	<b>Sim (n)</b>	<b>%</b>	<b>Não (n)</b>	<b>%</b>
<b>Realização de Serviços sociais de saúde</b>				
notificação de casos suspeitos	20	95,2	1	4,8
notificação de casos confirmados	20	95,2	1	4,8
investigação de casos suspeitos ou confirmados	20	95,2	1	4,8
<b>Percepção das condições de trabalho</b>				
integração entre secretarias municipais sobre na prevenção à dengue	21	100,0		
intersetorialidade no combate e controle da dengue	20	95,2	1	4,8
Participava do Conselho Municipal de Saúde	13	61,9	8	38,1
Participava da sala de situação de planejamento e avaliação das ações de controle da dengue	14	66,6	7	33,4

Quanto ao conhecimento do PNCD, a maioria (94,1%) dos participantes relatou conhecer e seguir os protocolos e fluxogramas preconizados pelo Ministério da Saúde para o atendimento inicial e seguimento da conduta para o usuário com sinais característicos da dengue. Quanto ao acesso à informação sobre consultas de enfermagem e exames físicos, somente os enfermeiros que estavam atuando em CSF responderam aos questionamentos relacionados a essa problemática (Tabela 3).



**Artigo**

**Tabela 3 – Percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família e gestores da Vigilância Epidemiológica dos municípios de Chapecó, Descanso, Pinhalzinho e São Miguel do Oeste, quanto ao acesso a informação das ações de educação em saúde e trabalho voltados à prevenção e controle da dengue, 2017.**

<b>Acesso à informação</b>	<b>Sim (n)</b>	<b>%</b>	<b>Não (n)</b>	<b>%</b>
Conhecia o PNCD	19	88,2	2	11,8
Conhecia os protocolos de atendimento do Ministério da Saúde sobre cuidado ao paciente com suspeita de dengue	20	94,1	1	5,9
Realizava consulta de enfermagem no atendimento inicial ao paciente com suspeita de dengue	17	100,0		
Realizava exame físico durante o atendimento inicial paciente com suspeita de dengue	15	88,2	2	11,8

**DISCUSSÃO**

Percebeu-se que os municípios pesquisados intensificaram as campanhas de segregação dos resíduos sólidos (RS) e fiscalização a partir do ano de 2016, após a epidemia de dengue. Observou-se estreita relação entre Resíduos Sólidos Urbanos (RSU) descartados em locais impróprios e o crescimento populacional de *A. aegypti*. Estratégias de mutirões de limpeza, campanhas para a separação dos RSU e fiscalização são apontadas como positivas para o a prevenção e controle da dengue (MENDONÇA; SOUZA; DUTRA, 2009). Assim, os relatos dos participantes apontaram que essas ações permaneceram nos municípios após a transmissão viral, indicando uma conformidade com o PNCD. Dentre as ações previstas no programa, a fiscalização de imóveis e atividades econômicas favoráveis à proliferação de vetores torna-se importante instrumento nas ações de controle, pois facilitam a identificação de áreas de risco, o que permite a melhor aplicação de recursos e mão de obra para efetivação da fiscalização (GALLI; CHIARAVALLI NETO, 2008; BARBOSA; SILVA, 2015).

Os municípios, como efeito da dengue, desenvolvem ações de educação ambiental junto às comunidades e os entrevistados concordaram com essa necessidade, contudo, relataram baixa adesão social. O planejamento das ações de prevenção e controle da dengue necessita de envolvimento entre gestão e comunidade, por meio de ações que contemplem a mobilização social (FEITOSA; SOBRAL; JESUS, 2015). A educação em



Artigo

saúde pode ser vista como uma das mais eficazes estratégias para o controle da infestação pelo *A. aegypti*. Contribui para a formação cidadã e para o envolvimento da sociedade nas ações de prevenção e controle da dengue (OLIVEIRA et al., 2012; FEITOSA; SOBRAL; JESUS, 2015).

Nos municípios estudados, nem todos os profissionais relataram ter recebido treinamentos específicos sobre prevenção ou manejo de pacientes com dengue. O Ministério da Saúde (MS), visando diminuir os impactos da dengue, elaborou estratégias de capacitação para diminuição da ocorrência da dengue, com treinamentos que tem como base discussões, estudos de caso, elaboração de protocolos e materiais digitalizados. Estes são alguns dos instrumentos utilizados como integração entre os serviços para redução da dengue. Porém, tal estratégia não atingiu a amplitude desejada, fato apontado pela falta de adesão dos profissionais e didáticas de capacitação presencial. Ao buscar novas estratégias, o MS formulou capacitações para os profissionais como Educação à distância voltada à erradicação da dengue e “dengue em 15 minutos” incorporado após iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SAID et al., 2014).

Outra iniciativa do MS para a capacitação dos profissionais é o estabelecimento de parcerias entre o MS e a Universidade Aberta do SUS com a proposta EaD Dengue, com foco voltado ao diagnóstico precoce e tratamento da dengue (SAID et al., 2014). O autor aponta ainda como estratégia de integração entre os serviços, a atualização dos planos de contingência para garantir o atendimento oportuno em épocas endêmicas, assegurando o acesso ao serviço pelo usuário. Neste sentido, os municípios estão em concordância com a iniciativa do MS e os participantes da pesquisa mostram-se engajados com tais propostas.

Os participantes da pesquisa relataram o cumprimento de ações de notificação e rastreamento de casos, fato este apontado com proteção, mas reconhecem que a comunidade ignora os riscos para ocorrência da dengue principalmente voltados à prevenção de locais de proliferação do vetor. Taui (2002) aponta como estratégias mais eficazes de prevenção de epidemias de grandes extensões no Brasil a “[...] detecção precoce e a investigação de surtos de doença febril, sem confirmação diagnóstica, em área infestada pelo *Ae. aegypti*, seguida de medidas de controle localizadas”. A responsabilidade sobre a prevenção de epidemias é dividida entre autoridades governamentais, profissionais de saúde, tanto assistencial, quanto de vigilância e da comunidade local.

Verifica-se consonância das ações dos municípios com o preconizado pelo MS, visto que segundo relato dos participantes, a maioria afirmou seguir as normativas do MS





## Artigo

quanto a notificação dos casos e avaliação dos pacientes com sinais de alarme de dengue. A doença é de notificação compulsória registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). O objetivo da notificação é coletar, transmitir e disseminar dados a partir do Sistema de Vigilância Epidemiológica, favorecendo o processo de investigação e apontando riscos destes agravos (BRASIL, 2010). A disponibilidade dos dados no sistema de vigilância em tempo hábil, entre a coleta, análise, interpretação dos dados e divulgação, reflete no tempo oportuno para que sejam tomadas medidas de controle (BRASIL, 2009b).

Segundo o relato dos participantes, a maioria desses realiza as notificações e investigações de casos suspeitos de dengue, revelando comprometimento com as ações para prevenção e controle da dengue, não descartando a possibilidade de haver casos de subnotificações, apesar das epidemias registradas. A dengue, sendo uma doença de rápida disseminação viral, a sua notificação em tempo hábil, é uma medida fundamental para que a vigilância consiga acompanhar a transmissibilidade da doença, contribuindo para evitar casos graves (MANDACARÚ, 2012). Os profissionais de saúde precisam ficar atentos em relação ao diagnóstico clínico em tempo hábil nos casos suspeitos, em seguimento ao proposto pelo MS (TAUIL, 2014). O preenchimento da ficha de investigação com qualidade e dados oportunos deve ser realizado de imediato no primeiro atendimento de casos suspeitos e se necessário, realizado busca ativa de casos suspeitos de gravidade (BRASIL, 2010; MANDACARÚ, 2012). A ficha individual de notificação e a ficha individual de investigação tornam-se elementos indispensáveis para correto registro, manejo e processamento dos agravos (FUNASA, 2002).

Melhorias na infraestrutura de centros urbanos, adoção de estratégias voltadas à tentativa de mudança de comportamento da população e integração de setores para a prevenção da dengue como epidemiologia, entomologia, laboratório, educação e mobilização social, tornam-se indispensáveis neste contexto (PENNA et al., 2011). Verificam-se ações desenvolvidas neste contexto pelos serviços de saúde nos municípios, segundo os relatos dos participantes, através de ações de educação em saúde em escolas e em meios de comunicação locais.

Percebeu-se que nem todos os profissionais participam do conselho municipal de saúde ou da sala de situação, espaços estes oportunos para estabelecer diálogos e participação nas ações de combate ao vetor e controle da dengue. Quanto à participação da população no controle da dengue, essa tem papel fundamental na efetividade das ações de prevenção e os vínculos para este envolvimento devem estar inseridos nos planos municipais de saúde, principalmente onde há transmissão de dengue (FERREIRA; VERAS; SILVA, 2009). A sala de situação é outro espaço de diálogo e de integração das



## Artigo

ações conta a dengue, proposto pelo MS e adotado pelos municípios avaliados, durante e depois da epidemia de 2016.

Ainda, como ações de controle da dengue, os participantes citaram ações intersetoriais entre secretarias municipais e órgãos públicos. Corroborando, Gonçalves et al. (2015) reforçam a importância da integração da atuação dos agentes de combate às endemias e dos agentes comunitários de saúde, juntamente com a escola como promotora de saúde com o objetivo de auxiliar no processo de sensibilização para o combate ao vetor. Ainda, o papel da imprensa na difusão de informações, de caráter técnico ou científico e a participação da população com destaque para a promoção de mudanças comportamentais. O desenvolvimento de consciência sanitária por meio da compreensão dos problemas de saúde e seus determinantes (BUSS, 2000; GONÇALVES et al., 2015) para o controle da dengue é uma preocupação dos municípios estudados segundo a percepção dos participantes.

Estratégias intersetoriais para controle da dengue, como a criação de procedimentos e o compartilhamento de responsabilidades entre a secretaria de saúde e demais secretarias municipais, exemplificadas por mutirões de limpeza urbana, ações de fiscalização pelo poder público e comunidade, uso de meios de comunicação, ações de prevenção em escolas, parcerias com associações da sociedade civil organizada (BRASIL, 2009b; FREITAS; RODRIGUES; ALMEIDA, 2011), podem ser articuladas e estabelecidas como metas. Said et al. (2014) relatam a possibilidade de estruturação do serviço com parcerias entre a Atenção Básica e Atenção Secundária na cobertura de ações assistenciais. Segundo o afirmado pelos participantes, estas ações foram realizadas pelos municípios durante e após a epidemia e continuam como meta das Secretarias de Saúde dos municípios, embora reconheçam que necessitaria mais adesão por parte da população.

Dificuldades e desafios em educação em saúde no controle da dengue juntamente com o PNCD estabelecem o envolvimento e o papel da Atenção Básica das ESF em uma perspectiva de manter ambientes domésticos livres da dengue através de ações e planejamentos educativos voltados à interdisciplinaridade entre governo, gestores, profissionais da saúde, rede de ensino e segmentos da sociedade (FUNASA, 2002; SCHALL; ASSIS; PIMENTA, 2015).

Quanto às ações intersetoriais, Fernandez, Nuñez e Cifuentes (2010) indicam como barreira na prevenção da dengue a sobrecarga para o setor da saúde e investimentos suficientes. Rangel-S (2008) aponta que as ações intersetoriais devem ser contínuas e permanentemente reavaliadas quanto a eficácia. Ações pontuais, baseadas somente em campanhas com intervenções voltadas ao combate ou atribuição da doença à população,



**Artigo**

podem dificultar o objetivo final da ação proposta. Verificou-se que havia intersectorialidade nos municípios avaliados o que refletiu positivamente no comprometimento com as ações, mesmo em períodos não epidêmicos.

As ações educativas contribuem para a criação de ambientes favoráveis à aprendizagem e busca estimular práticas voltadas à mudança de comportamento da população com relação ao cuidado com a saúde e o ambiente. Processos educativos integrados com educação em saúde vêm ao encontro do planejamento de prevenção e controle da doença e, por conseguinte, podem auxiliar na produção e práticas das ações voltadas ao controle da proliferação do vetor (SCHALL; ASSIS; PIMENTA, 2015).

Sobre os cuidados e ações de educação em saúde voltados à prevenção da dengue, o serviço de enfermagem no acolhimento requer aperfeiçoamento constante para assimilar as mudanças nas tecnologias de saúde, bem como, os profissionais devem estar atentos a suspeição (SANTOS et al., 2016). Os cuidados de enfermagem ao paciente suspeito de dengue estão descritos pelo MS e apontam o enfermeiro como agente multiplicador de conhecimentos (SANTOS et al., 2016). Os argumentos dos participantes da pesquisa coadunam com os dos autores, uma vez que a Enfermagem é a área de formação desses. Relataram os entrevistados que nos municípios, o enfermeiro participavam e realizavam a triagem de casos suspeitos, e, ainda, juntamente com a Vigilância Epidemiológica, eram responsáveis por realizar palestras e divulgar informações voltadas à prevenção a dengue.

Ainda sobre o cuidado ao paciente, ao chegar à unidade de saúde, esse passa pela classificação de risco sob responsabilidade do Enfermeiro para seguir o atendimento. Ao paciente com sinais e sintomas manifestados, o profissional Enfermeiro atua no primeiro atendimento, com consulta de enfermagem e exame físico conforme preconizado pelo MS para o paciente com dengue (TAUIL, 2008; BRASIL, 2009b; SANTOS et al., 2016). Tais procedimentos, segundo Tauil (2008), podem ser considerados como medidas eficazes que tendem a reduzir a incidência e letalidade pela dengue. Verifica-se que a maioria dos entrevistados agregou esta ação como parte das atividades de rotina e atuam de acordo com o proposto pelo MS.

Constata-se que os municípios estão empenhados em desenvolver ações de prevenção conjuntas entre setores do poder público para enfrentamento da dengue, bem como os profissionais estão atuando de acordo com as instruções normativas do MS e da DIVE/SC, embora ainda existam profissionais que não realizam a notificação. No entanto, observa-se preocupação por parte dos profissionais de saúde dos ESF quanto a importância de proporcionar orientações à comunidade não só em períodos endêmicos,



**Artigo**

mas como rotina dos serviços de saúde. Outrossim, percebem a necessidade de direcionamento prioritário para casos suspeitos quando do atendimento inicial.

As ações de maior destaque na prevenção da dengue são realizadas diretamente junto à população, mas com a iniciativa das Secretarias de Saúde dos respectivos municípios. Contudo, verifica-se um distanciamento quanto ao engajamento de todos os profissionais na participação de ações intersetoriais, mesmo estas sendo realizadas pelos serviços de saúde dos municípios. Sugere-se como recomendação, para uma melhor atuação dos serviços de saúde, uma maior mobilização e compartilhamento de responsabilidades com os outros serviços públicos, além do setor saúde.

**CONCLUSÃO**

Os municípios contemplados no estudo vivenciaram, no ano de 2016, o mais importante evento de transmissão viral de dengue. Uma realidade nova, considerando-se o histórico anterior de casos isolados apenas. A epidemia de 2016 colocou os serviços de saúde, profissionais e a população diante de um cenário novo, mesmo considerando o conhecimento prévio da realidade da dengue em outras regiões do país. A transmissão viral deixou um legado de sofrimentos, danos econômicos e sociais, ceifou vidas. Contudo, legou aos profissionais da saúde aprendizados quanto às necessidades de recursos e de articulação intersetorial voltadas à prevenção de novos casos e ao cuidado de pacientes afetados. Cabe destacar a percepção e as práticas adotadas por profissionais Enfermeiros diante da ameaça da dengue, e que em muitos momentos desempenham função de gestor e de formadores de opinião no âmbito do SUS.

Cabe ainda destacar o comprometimento dos profissionais de saúde na suspeição e nas notificações dos casos de dengue. Sem um trabalho efetivo nesse sentido, o número de casos e o tempo de transmissão viral poderiam ter sido maiores. O legado de conhecimentos e de ações desencadeadas pelos municípios afetados também se estende para os demais municípios catarinenses.



**Artigo**

**REFERÊNCIAS**

BARBOSA, I. R.; SILVA, L. P. Influência dos determinantes sociais e ambientais na distribuição espacial da dengue no município de Natal-RN. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 1, n. 3, p. 62-75, 2015.

BRAGA, I. A.; VALLE, D. *Aedes Aegypti*: histórico do controle no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 113-118, jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Nota Técnica 03/2010**: Implantação do Sinan *on-line*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 3. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Cartilha para a modelagem de Programas para Promoção da Saúde e prevenção de riscos e doenças**. Rio de Janeiro: ANS, 2011.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. O.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CALDAS, J. M. P.; SANTOS, Z. M. S. A. Saúde e equidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, n. 50, v. 4, p. 540-541, 2016.



**Artigo**

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Ottawa, 1986.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. O.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DONATTI, G. A. C.; GOMES, A. C. Adultrap: descrição de armadilha para adulto de *Aedes aegypti* (Diptera, Culicidae). **Revista Brasileira de Entomologia**, Curitiba, n. 52, p. 255-256, 2007.

FARINATTI, P. T. V.; FERREIRA, M. S. **Saúde, promoção da saúde e educação física: conceitos, princípios e aplicações**. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2006.

FEITOSA, F. R. S.; SOBRAL, I. S.; JESUS, E. N. de. Indicadores socioambientais como subsídio à prevenção e controle da dengue. **Revista Eletrônica em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental**, Santa Maria, v. 19, n. 3, p. 351-368, 2015.

FERNANDEZ, M. I. G.; NUÑEZ, E. O.; CIFUENTES, E. Análise política do programa de controle da dengue em Morelos, México. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1079-1086, 2010.

FERREIRA, I. T. R. N.; VERAS, M. A. S. M.; SILVA, R. A. Participação da população no controle da dengue: uma análise da sensibilidade dos planos de saúde de municípios do Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2683-2694, 2009.

FIGUEIRÓ, A. C.; SÓTER, A. P.; BRAGA, C.; HARTZ, Z. M. de A.; SAMICO, I. Análise da lógica de intervenção do Programa Nacional de Controle da Dengue. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Recife, v. 10, Supl. 1, p. S93-S106, 2010.

FREITAS, R. M. de; RODRIGUES, C. S.; ALMEIDA, M. C. M. Estratégia intersetorial para o controle da dengue em Belo Horizonte (Minas Gerais), Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 773-785, 2011.



**Artigo**

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde. **Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

GALLI, B.; CHIARAVALLI NETO, F. Modelo de risco tempoespacial para identificação de áreas de risco para ocorrência de dengue. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 656-663, 2008.

GEIER, M. R.; EIRAS, A. A. E. A new lure for host-seeking anthropophilic mosquitoes and a novel type of a simple, non-CO2 mosquito trap. **International Journal of Medical Microbiology**, [s.l.], v. 293, p. 38-50, 2004.

GONÇALVES, R. P. LIMA, E. C. de; LIMA, J. W. de O.; SILVA, M. G. C. da; CAPRARA, A. Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 578-593, jun. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Cidades**. 2018. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/home-cidades>>. Acesso em: 10 maio. 2019.

MANDACARÚ, P. M. **Oportunidade do sistema de vigilância da dengue, doenças exantemáticas, meningite e tuberculose no Brasil, 2005 a 2008**. 2012. 110 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2012.

MENDONÇA, F. de A.; SOUZA, A. V.; DUTRA, D. de A. Saúde pública, urbanização e dengue no Brasil. **Sociedade e Natureza**, Uberlândia, v. 21, n. 3, p. 257-269, dez. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1982-45132009000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-45132009000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 nov. 2016.

OLIVEIRA, G. L. A.; NERY, C. R.; DINIZ, M. C. P.; SCHALL, V. T. **Prevenção e controle da dengue na visão de agentes de controle de endemias: desafios e perspectivas**. Fiocruz: COVIBRA, 2012.



Artigo

PENNA, G. O.; DOMINGUES, C.; SIQUEIRA JUNIOR, J. B.; ELKHOURI, A. N.; CECHINEL, M.; GROSSI, M. A. de F.; GOMES, M. de L.; SENA, J.; PEREIRA, G. F. M.; LIMA JUNIOR, F. E.; SEGATTO, T. C. V.; MELO, F. C. de; ROSA, F. M.; SILVA, M. M.; NICOLAU, R. A. Doenças dermatológicas de notificação compulsória no Brasil. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 5, p. 865-877, out. 2011.

RANGEL-S, M. L. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras. **Interface**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 433-441, jun. 2008.

SAID, R. F. C.; COELHO, G. E.; FONTOURA, O. de M.; LUCENA, C. D. R. X. de; CERRONI, M. de P. Integralidade e integração dos serviços de saúde: desafios para redução dos óbitos por dengue. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 129-144, 2014.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **26º Boletim Epidemiológico/2017**. Situação da dengue, febre do chikungunya e zika vírus em Santa Catarina. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2018.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **31º Boletim Epidemiológico/2016**. Situação da dengue, febre do chikungunya e zika vírus em Santa Catarina. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2016. Disponível em: <[www.divesc.gov.br](http://www.divesc.gov.br)>. Acesso em: 10 nov. 2016.

SANTOS, G. A. C. dos; ROSA, J. da S.; MATOS, E. O.; SANTANA, M. E. Dengue: prevenção, controle e cuidados de enfermagem – revisão integrativa da literatura 2008-2013. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 20, n. 1, p. 71-78, 2016.

SCHALL, V. T.; ASSIS, S. S. de; PIMENTA, D. N. Educação em saúde como estratégia no controle integrado da dengue: reflexões e perspectivas. In: VALLE, D.; PIMENTA, D. N.; CUNHA, R. V. da (Org.). **Dengue: teorias e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 357-380.





**Artigo**

SCHENSUL, J. J. Key informants. In: NORNAM, Anderson. (Ed.). **Encyclopedia of health & behavior**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2004. p. 569-571.

TAUIL, P. L. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 867-871, 2002.

TAUIL, P. L. Dengue: desafios para o seu controle. **Brasília Médica**, Brasília, v. 45, n. 1, p. 3-4, 2008.

TAUIL, P. L. Condições para a transmissão da febre do vírus chikungunya. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 773-774, dez. 2014.

TEIXEIRA, M. da G.; COSTA, M. C. N.; BARRETO, M. L.; BARRETO, F. R. Epidemiologia da Dengue. In: VALLE, D.; PIMENTA, D. N.; CUNHA, R. V. da (Org.). **Dengue: teorias e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 293-315.

VALLE, D.; PIMENTA, D. N.; CUNHA, R. V. da (Org.). **Dengue: teorias e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principals of equity and health**. EUR/ICP/RPD 414, 7732r, Geneva: WHO, 2000.



Artigo

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DOS PACIENTES COM INFECÇÃO NO SÍTIO  
CIRÚRGICO EM UM HOSPITAL DO INTERIOR DA PARAÍBA**

**EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH INFECTION IN THE  
SURGICAL SITE IN A HOSPITAL INSIDE THE PARAÍBA**

Antônio Cesar Sousa Lima Santos<sup>1</sup>  
Kamila Nethielly Souza Leite<sup>2</sup>  
Sheila Costa Rodrigues Silva<sup>3</sup>  
Ana Karla Bezerra de Silva Lima<sup>4</sup>  
Simone Carneiro de Azevedo<sup>5</sup>  
João Pereira Amorim Filho<sup>6</sup>

**RESUMO:** A infecção do sítio cirúrgico, como é mais conhecido pela ISC's representa-se, atualmente, uma das principais Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), identificadas em pacientes hospitalizados. Entende-se por ISC aquela que ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou, nos casos de implantes, até um ano após o procedimento, é de extrema relevância que os profissionais de saúde compreendam os fatores que influenciam a incidência de ISC para implementarem ações que possibilitem minimizar os riscos de infecções, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente cirúrgico, a infecção pós-operatória é determinada por uma combinação de fatores: quantidade e tipo de contaminação, técnica cirúrgica e anestésica empregada e resistência do hospedeiro, esse estudo teve como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos pacientes com infecção no sítio cirúrgico, o estudo foi do tipo

<sup>1</sup> Enfermeiro formado pelas Faculdades Integradas de Patos – FIP, Pós Graduante em Urgência e Emergência e UTI.

<sup>2</sup> Docente do curso de Enfermagem das FIP, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da UFBP, Doutoranda em Pesquisa em Cirurgia da FCMSCSP. E-Mail: Ka\_mila.n@hotmail.com.

<sup>3</sup> Docente das Faculdades Integradas de Patos - FIP. Enfermeira. Especialista em UTI. Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade Católica de Santos- SP.

<sup>4</sup> Docente das Faculdades Integradas de Patos – FIP. Enfermeira, Especialista em LIBRAS pelas Faculdades Montenegro (Petrolina/PE).

<sup>5</sup> Educadora Física - Personal formada pelas Faculdades Integradas de Patos.

<sup>6</sup> Psicólogo formado pelas Faculdades Integradas de Patos.



**Artigo**

exploratório descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa realizada na clínica cirúrgica do Hospital Regional de Patos – HRP no município de Patos – PB. A maioria 31% tem um mesmo perfil epidemiológico de ter somente o ensino fundamental incompleto ou completo com uma sintomatologia que já pré-dispõe a infecção, sendo diabético e hipertenso, conclui-se que de 98 pacientes que passaram por procedimento cirúrgico no período da pesquisa 16 tiveram ISC, número considerado alarmante, também é importante frisarmos que a população atual não sabem de como cuidar de complicações com as ISC desta forma sendo necessário da equipe de enfermagem de uma real e humanitária informação ao paciente e aos familiares no processo do cuidar

**Palavras-chave:** Infecção Pós-Cirúrgico, Infecção do Sítio Cirúrgico, Sítio Cirúrgico

**ABSTRACT:** Surgical site infection, as ISC is best known, is now one of the main infections related to health care (IRAS), identified in hospitalized patients. ISC is the one that occurs within the first 30 days after surgery or, in the case of implants, up to one year after the procedure, it is extremely relevant that health professionals understand the factors that influence the incidence of SSI to perform actions that minimize the risk of infection and contribute to the improvement of the quality of care provided to the surgical patient, postoperative infection is determined by a combination of factors: quantity and type of contamination, surgical technique and anesthetic employed, and resistance of the host, this study aimed to trace the epidemiological profile of patients with infection at the surgical site, the study was descriptive, cross - sectional exploratory, with a quantitative approach. The research will be performed at the surgical clinic of the Regional Hospital of Patos - HRP in the municipality of Patos - PB. Most 31% have the same epidemiological profile of incomplete or complete primary education with a symptomatology that already predisposes the infection, being diabetic and hypertensive, it is concluded that of 98 patients who underwent surgical procedure in the period of the research 16 had ISC, a number considered alarming, it is also important to emphasize that the current population does not know how to take care of complications with SSI in this way, and the nursing team needs a real and humane information to the patient and family members in the care process

**Keywords:** keys: post-surgical infection, surgical site infection, surgical site



Artigo

INTRODUÇÃO

A infecção do sítio cirúrgico (ISC) representa atualmente, uma das principais infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), identificadas em pacientes hospitalizados. Entende-se por ISC aquela que ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou, nos casos de implantes, até um ano após o procedimento. A ISC pode ser causada por agentes patogênicos de origem endógena ou fonte exógena ao paciente e pode ser classificada, conforme o plano de acometimento, em: superficial, que acomete pele e tecido celular subcutâneo; incisional profunda, em que ocorre o acometimento de fáscia e músculos e aquela que envolve órgãos e cavidades, abertos ou manipulados durante o procedimento (PEREIRA et al., 2014).

O ato da cirurgia já constitui um procedimento de risco por si só, devido ao rompimento da barreira epitelial, desencadeando desta forma uma série de reações sistêmicas no organismo contribuindo para uma facilidade na ocorrência do processo infeccioso, quer seja pelo ato em si, em que ocorre a alteração do pH, a hipóxia e a deposição de fibrina, que afetam os mecanismos locais de defesa, seja por uma infecção a distância ou outro procedimento invasivo que o paciente tenha passado (OLIVEIRA et al., 2002).

Estudos demonstram que os patógenos da microbiologia das ISC variam, dependendo do tipo de operação e dos procedimentos realizados. O *Staphylococcus aureus* foi o microrganismo isolado que mais predominou em ISC seguido da *Klebsiella pneumoniae*, da *Escherichia coli* e da *Klebsiella ozonae* (SANTOS, ARAUJO et al., 2016).

As infecções das feridas cirúrgicas continuam consumindo um percentual considerável dos recursos destinados à assistência à saúde. Embora a eliminação completa da infecção no paciente cirúrgico seja impossível, uma redução na sua incidência para um nível mínimo pode produzir grandes benefícios tanto em conforto para os pacientes quanto em recursos economizados (MEDEIROS et al., 2003).

Um extensivo programa de vigilância pode reduzir as taxas de infecções de sítio cirúrgico em 30 a 40%, mas para que este programa seja efetivo deve-se conhecer a real incidência destas infecções e os fatores de risco associados (FUSCO et al., 2016).

Para se discutir racionalmente as infecções em cirurgia, é necessário definir certos termos. As feridas cirúrgicas são classificadas em quatro categorias, de acordo com o seu grau de contaminação, conforme estabelecido pelo Colégio Americano de Cirurgias. Feridas limpas: têm reduzido potencial de infecção, não ocorre abertura de vísceras ocas ou infração da técnica asséptica; nas feridas limpas contaminadas ocorre



**Artigo**

abertura de víscera oca, com mínimo extravasamento de conteúdo ou pequenas infrações técnicas. As feridas contaminadas são decorrentes da abertura de víscera oca com grosseiro extravasamento de conteúdo, inflamação aguda sem pus, infrações grosseiras na técnica asséptica e lesões traumáticas com menos de seis horas. Finalmente, nas feridas sujas ou infectadas ocorre a presença de processo purulento, víscera oca perfurada e lesões traumáticas com mais de seis horas de evolução (MEDEIROS et al., 2003).

A microbiota do paciente presente na pele, nas mucosas e no trato gastrointestinal constituem uma fonte importante de patógenos, que podem contaminar o sítio manipulado. Em virtude disto, o risco de desenvolvimento de ISC pode variar de acordo com o potencial de contaminação da ferida cirúrgica. Em 1964 foi elaborada por *National Academy of Sciences, National Research Council* uma classificação para as feridas cirúrgicas considerando seu potencial de contaminação (BRASIL, 2014).

Durante o estágio de cirúrgica pode-se observar muitos pacientes com infecção no sítio cirúrgico. Diante disso, surgiam alguns questionamentos como, quais os fatores de risco que acometem a infecção pós-cirúrgica? Qual é o perfil epidemiológico desses pacientes? E os cuidados de enfermagem para esses pacientes?

Essa pesquisa justifica-se, pelo fato de que em período de estágio de cirúrgica observa-se o acometimento e o desenvolvimento de alguns casos de infecção pós período cirúrgico e tudo isso ainda em âmbito hospitalar de um hospital com abrangência regional na cidade de Patos – PB. Tendo como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos pacientes com infecção no sítio cirúrgico em um hospital no interior da paraíba.

## MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi do tipo exploratório descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada juntos aos pacientes internados na clínica cirúrgica do Hospital Regional de Patos – HRP no município de Patos - PB. A população foi constituída por 98 e a amostra do estudo foi constituída por 16 pacientes.

Os dados coletados foram submetidos a análise estatística simples e disponibilizados através de gráficos ou tabelas, com auxílio de programas como Excel Office 2010, onde serão analisados estatisticamente no período acima descrito e fundamentado à luz da literatura pesquisada.

A pesquisa foi realizada levando em consideração os aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos assegurado total sigilo das informações individuais



**Artigo**

colhidas, preconizados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL., 2013) e foi aprovado sob CAAE nº 74028117.5.0000.5181 e parecer de número 2.315.289. Vale destacar que os participantes assinaram o TCLE para participar da pesquisa, após receberam as devidas orientações e esclarecimentos sobre a pesquisa. A fim de evitar riscos mínimos de constrangimento por parte do entrevistado ao responder algumas perguntas do questionário, buscou-se aplicar o questionário na própria enfermaria em seu leito sempre na presença do entrevistador, pesquisador e acompanhante.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Durante a realização coleta de dados, entrevistou-se 16 pacientes que já estavam em pós-operatório e constatado a complicação de ISC, em que foram analisados os seguintes dados sócio demográficos: faixa etária, gênero, escolaridade, profissão e estado civil.



**Artigo**

**Tabela 1. Descrição dados sócio demográficos (n = 16), Patos – PB.**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Masculino</b>	12	75
<b>Feminino</b>	04	25
<b>Idade</b>		
< 40	6	37,5
41 – 50	1	6
51 – 60	3	19
61 – 70	5	31
71 – 80	1	6
<b>Escolaridade</b>		
Não alfabetizado	3	19
Ensino Fundamental Incompleto	2	12,5
Ensino Fundamental completo	7	44
Ensino Médio Incompleto	1	6
Ensino Médio Completo	2	12,5
Ensino Superior Incompleto	0	00
Ensino Superior Completo	1	6
<b>Profissão</b>		
Agricultor	5	31
Motorista	2	12,5
Estudante	2	12,5
Segurança	1	6
Operador de caixa	1	6
Representante de vendas	1	6
Auxiliar de serviços gerais	1	6
Mecânico	1	6
Autônomo	1	6
Aposentado	1	6
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	6	37,5
Casado(a)	9	56
Divorciado(a)	1	6
Viúvo(a)	0	00

Fonte: *dados da pesquisa 2017*



## Artigo

De acordo com os dados expostos na tabela 1, é notório que a maioria das pessoas admitidas nas enfermarias do setor cirúrgico que obtiveram algum tipo de infecção pós-cirúrgico são pessoas do sexo masculino, sendo 12 homens e 4 mulheres, assim como também mostra os trabalhos de Santos et al (2015) e tem-se uma resposta para explicar esse fenômeno é a questão cultural do homem em se achar mais forte e com isso negligencia os cuidados sabendo, que foi orientado de como cuidar, mas não cuida, desta forma praticando imprudência consigo mesmo.

No que diz respeito a variável idade, os paciente em igual ou com menos de 40 anos correspondia, 37,5% (06) entre 41 a 50 anos, 6% (01) entre 51 a 60 anos, 19% (03) entre 61 a 70 anos, 31% (05) entre 71 a 80, 6% (01), temos um números muito variante, não tendo uma faixa etária dominante, variando de 20 a 77 anos com uma média de idade de 50 anos, desta forma contradizendo estudos de Ercole et al (2011) e Santana e Oliveira (2015) que afirmam em dizem que as pessoas acima de 65 anos é que terão as maiores probabilidades de serem acometidos com ISC. Com isso ressaltamos a atenção com os cuidados a pessoas adultas para ISC.

Em relação ao estado civil, observou-se que a prevalência maior foi entre os casados 56% (09) seguido por solteiros 37,5% (06) e divorciados 6% (01) e nenhum viúvo, dessa forma contradizendo os estudos de Soller et al (2016) que diz em seus estudos que a maioria das pessoas ISC não tem companheiro.

De acordo com a escolaridade, 44% (07) possuem ensino fundamental completo, 19% (03) não eram alfabetizados, 12,5% (02) tinha o ensino fundamental incompleto, 12,5% (02) tinha o ensino médio completo e 6% (01) tinha o ensino médio incompleto, como também demonstrado nos estudos de Soller et al (2016) nota-se que pessoas com um grau de instrução baixo ou com algum comprometimento cognitivo tem um déficit no autocuidado e com isso não sendo capaz cuidar de modo adequado da ferida cirúrgica, não tem a plena capacidade de entender orientações que lhe sejam dirigidas, consequentemente favorecendo a infecções em sitio cirúrgico dessa forma o baixo nível de instrução é um fator de risco e também por ser bem característico do perfil epidemiológico dessa classe.

No que se observa nas profissões há uma predominância em agricultores com 31% (05), motoristas 12,5% (02), estudantes 12,5% (02), segurança 6% (01), operador de caixa 6% (01), representante de vendas 6% (01), auxiliar de serviços gerais 6% (01), mecânico 6% (01), autônomo 6% (01), aposentado 6% (01), com esses dados entendesse por se notar um acentuado números de agricultores com ISC por serem também pessoas



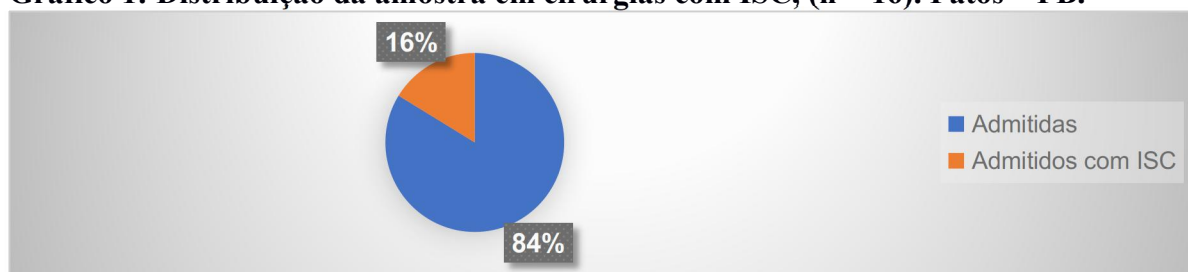


**Artigo**

de um baixo grau de instrução e reforçando os fatores de desencadeamento para uma complicação pós-cirúrgica.

**CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO**

**Gráfico 1: Distribuição da amostra em cirurgias com ISC, (n = 16). Patos – PB.**



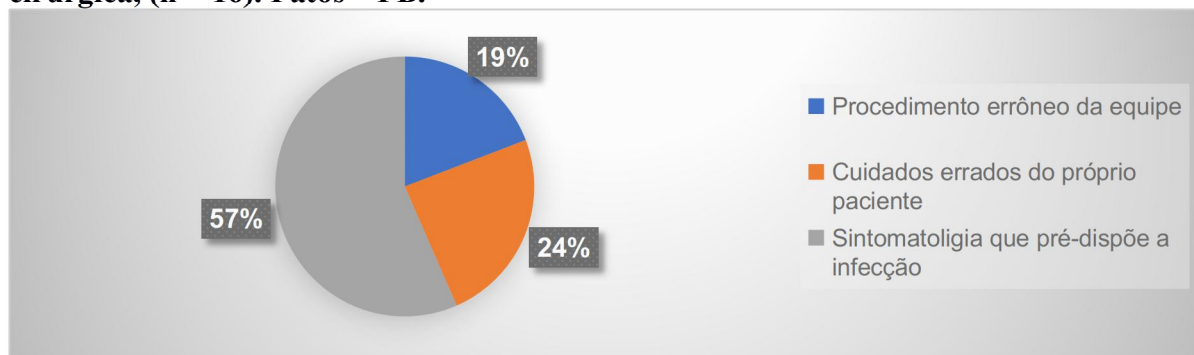
*Fonte: dados da pesquisa 2017*

De 98 admitidos nas enfermarias cirúrgicas do Hospital no período de outubro de 2017, 16% (16) obtiveram alguma infecção no sítio cirúrgico, desta forma obtendo índices altos como é visto no estudo de Eteyer et al (2016) que expõe 14 a 16% das internações pós-cirúrgicas tem ISC. O que mostra que não houve uma redução e nem um aumento e sim uma estagnação nos índices se comparados a estudos anteriores, mas não pode-se deixar de destacar que são números ainda preocupantes.



Artigo

**Gráfico 2: Distribuição da amostra sobre os fatores que acarretaram a infecção pós-cirúrgica, (n = 16). Patos – PB.**



Fonte: dados da pesquisa 2017

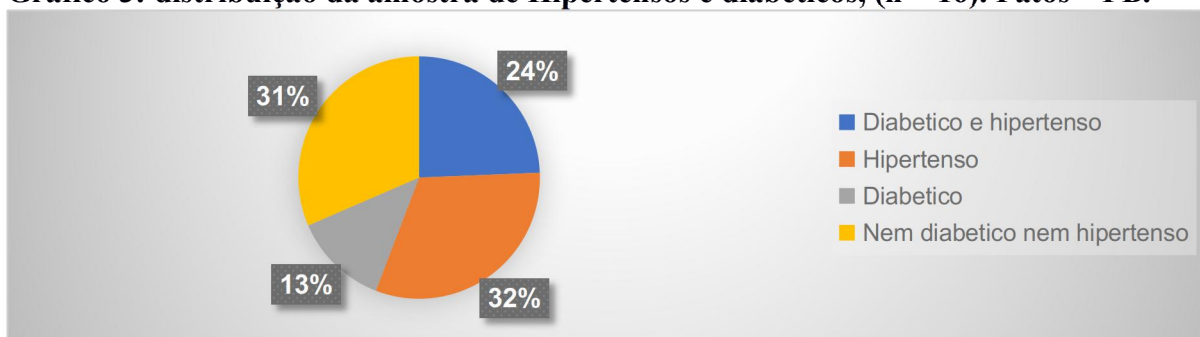
Como pode ser observado no gráfico 2 temos uma significativa predominância 56% (09) de pacientes que já tem uma sintomatologia que pré-dispõe a infecção, seguidos de 24% (04) de cuidados errados do próprio paciente e por último com 19% (03) procedimentos errôneo da equipe.

Segundo o que foi observado no período dessa pesquisa com relação a paramentação da equipe cirúrgica não houve a observação de irregularidades da equipe cirúrgica, sendo assim trabalhando de modo correto seguindo os protocolos instituídos pela ANVISA e pelo Ministério da Saúde, desta forma contradizendo alguns estudos como Pereira et al (2014) e Ribeiro et al (2013) e o modo errôneo do próprio paciente também não é o principal fator que desencadeou a ISC nos pacientes entrevistados, contudo a sintomatologia clínica do paciente é quem vai se apresentar como principal fator de risco e desencadeador para as ISC com 56% dos casos nesse estudo como também já era retratado nos trabalhos de (SANTANA, OLIVEIRA, 2015).



**Artigo**

**Gráfico 3: distribuição da amostra de Hipertensos e diabéticos, (n = 16). Patos – PB.**

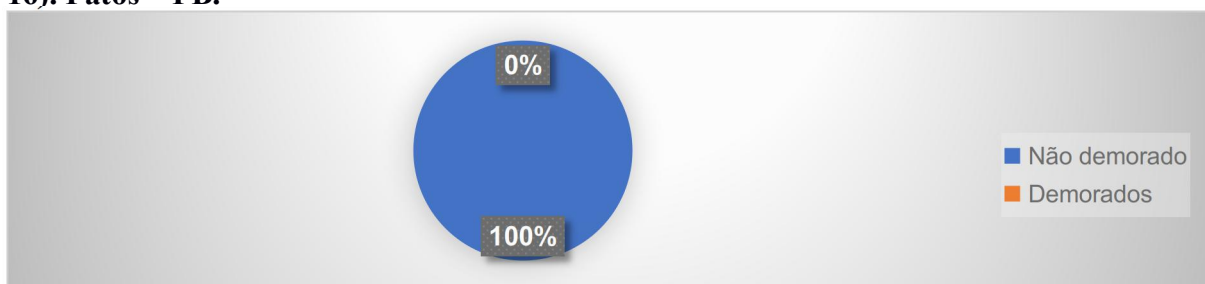


Fonte: dados da pesquisa 2017

Em relação à presença de comorbidades associadas à ISC não obtivemos números expressivos de paciente hipertensos e diabéticos, muito relativo de cada caso mais houve um pequeno destaque para as pessoas que são hipertensas com 32% (05) seguidos de hipertensos e diabéticos com 24% (04), só diabéticas 13% (02) e não sendo diabética e nem hipertensas 31% (05).

Com relação as comorbidades associadas nessa pesquisa não foi identificado um número acentuados de hipertensos e diabéticos com infecção pós-cirúrgico, como é afirmado nos estudos de Feitosa et al (2014), nessa pesquisa identificamos uma discreta diferença de hipertensos 32% do que paras as demais comorbidades, sendo assim ainda a comorbidade de maior risco ainda fica sendo os hipertensos, e também é notório as pessoas com nenhuma comorbidade e ainda sim identificados com ISC com isso alertamos para um cuidado acentuado independente de comorbidades associadas.

**Gráfico 4: Distribuição da amostra com relação ao tempo de transoperatório, (n = 16). Patos – PB.**



Fonte: dados da pesquisa 2017

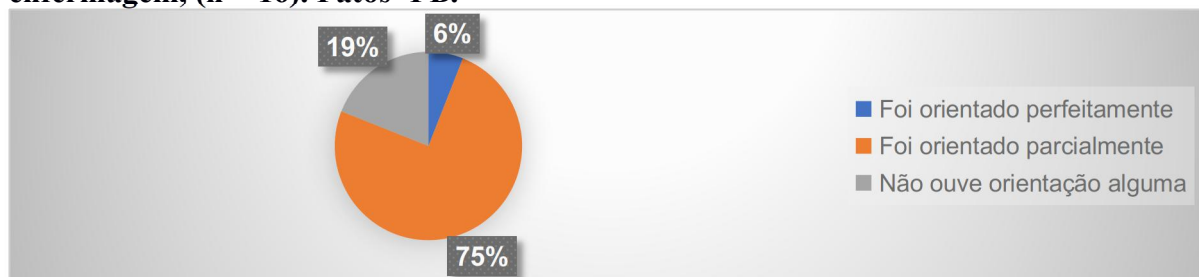


## Artigo

Em se tratando de tempo da cirurgia como é mostrado no gráfico 4 a pesquisa em questão foi unânime em não ter demorado no período transoperatório superior a 120 minutos, com 100 % disse não ter superado esse tempo.

Sendo assim as literaturas demonstras que normalmente as cirurgias com maior tempo em média 120 min de exposição em mesa cirúrgica é que terão possibilidade de ISC como é relatado nos estudos de Santos et al (2015), nessa pesquisa contradiz essa colocação sendo que todas as ISC identificadas nessa pesquisa tiveram tempo menor que 120 min e mesmo assim obtiveram ISC, ou seja, a variável tempo não é significativa pois se demora muito ou pouco o paciente terá possibilidade de ter ISC.

**Gráfico 5: distribuição da amostra com relação as orientações recebidas da equipe de enfermagem, (n = 16). Patos- PB.**



*Fonte: dados da pesquisa 2017*

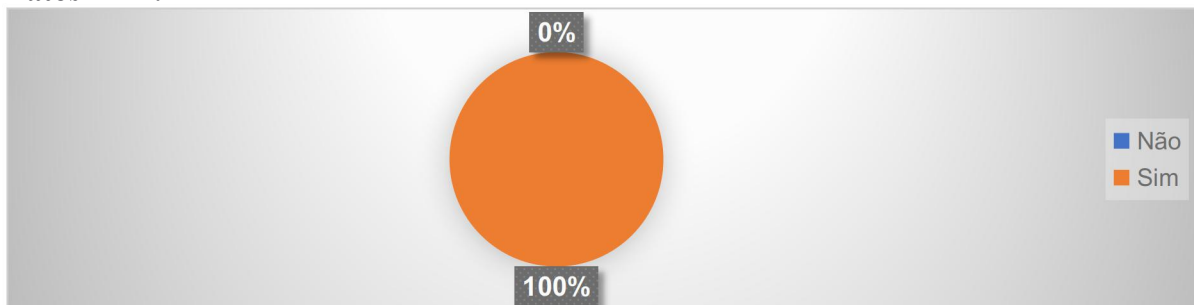
No que diz respeito às orientações da equipe de enfermagem aos pacientes de pós-cirúrgico 75% (12) falaram parcialmente a respeito, com 19% (03) não obtiveram nenhuma orientação da através da equipe de enfermagem e 6% (01) foram devidamente orientados cuidar da ISC.

São os cuidados de enfermagem no setor clínica cirúrgica, orientar o pacientes e familiares perfeitamente com o objetivo de prevenção e sanar com as possíveis dúvidas que os pacientes ou familiares ainda tenham como afirma os estudos de (SILVA et al., 2017). Contudo, essa pesquisa contradiz esse estudo pois a equipe de enfermagem apenas orienta parcialmente os pacientes ainda restando consigo algumas dúvidas. Portanto é necessário mais atenção da equipe de enfermagem na atenção ao paciente e informar com calma quais são as condutas a serem seguidas.



**Artigo**

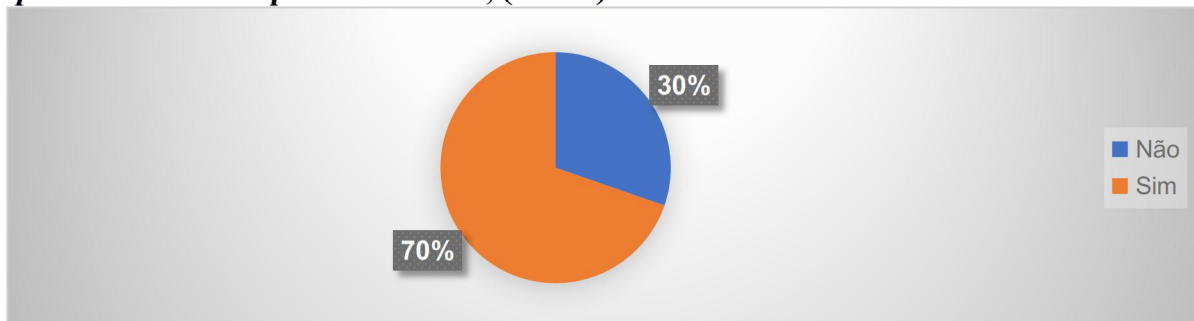
**Gráfico 6: distribuição da amostra dos pacientes em antibioticoprofilaxia, (n = 16). Patos – PB.**



*Fonte: Dados da pesquisa 2017*

Tendo 100% (16) em uso de antibioticoprofilaxia como é ilustrado no gráfico 6, paciente com ISC é de fundamental importância do uso de antibióticos reduzindo a ocorrência de complicações mais graves, e as orientações da equipe de enfermagem de como cuidar da ISC também são relevantes como afirma Junior et al (2016), que são fatores significantes para o processo de recuperação e promoção de saúde.

**Gráfico 7: Distribuição da amostra dos pacientes que se sentem mais segurança quando orientados pelo enfermeiro, (n = 16). Patos – PB.**



*Fonte: dados da pesquisa 2017*

Com é mostrado no gráfico 7, 70% (11) dos pacientes se sente mais seguros no modo de cuidar da ISC quando a equipe de enfermagem orienta-los de como proceder e 30% (05) não se sentem confiantes quando a enfermagem orienta-los.



**Artigo**

Como é visto com bastante ênfase na pesquisa e afirmado nos estudos de Fellipe, Raque e Ribeiro (2013), os pacientes e acompanhantes se sentem mais confiantes no modo de cuidar das ISC quando alguém da equipe de enfermagem dá as devidas orientações, nisso mostra a importância do nosso papel e também torna-se gratificante nossa profissão pois diretamente estamos ajudando na recuperação de pacientes graves.

**CONCLUSÃO**

Conclui-se que de 98 pacientes submetidos à cirurgias no período da pesquisa 16 tiveram ISC, número considerado alarmante, também é importante frisarmos que a população atual não sabe cuidar das complicações com as ISC desta forma, sendo necessário a equipe de enfermagem dar os devidos esclarecimentos informando aos pacientes e aos familiares o processo do cuidar.

É interessante salientarmos que os pacientes se sentem-se mais confiantes no processo de cuidar quando a equipe de enfermagem orienta de como proceder com as complicações com isso ressalta a importância de sabermos orientar perfeitamente os pacientes.

Logo, foi possível observar que não existem muitos trabalhos nessa temática o que torna um agravamento para obter dados literários, destaca-se uma carência nessa área que precisa de mais estudos, parâmetros e conhecimento por parte dos profissionais sendo uma área bastante ampla e que precisa de respaldo literário mais abrangente.

**REFERENCIAS**

BRASIL; Ministério da Saúde; Manual de Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico; **Zero Infecção**, 2014, disponível em < [https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/guias-e-protocolos/Documents/manual\\_infeccao\\_zero\\_compacto.pdf](https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/guias-e-protocolos/Documents/manual_infeccao_zero_compacto.pdf) > acessado em agosto de 2017.

ERCOLE. F. F et al. Risco para infecções do sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgia ortopédicas. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**, v.19, n.9, 2011, disponível em < [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt\\_12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_12.pdf) > acessado em novembro de 2017.



**Artigo**

ETEYER. N.H et al. Perfil clínico, diagnóstico e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatórios de cirurgias bariátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.37, n.1, p. 01 – 08, 2016, disponível em <

file:///C:/Users/Ant%C3%B4nio%20Cesar/Downloads/0102-6933-rgenf-1983-144720160150170%20(2).pdf > Acessado em junho de 2017.

FEITOSA. R. G. F et al. Análise de incidência de infecção de sítio cirúrgico em cirurgia oncológica do aparelho digestivo no hospital geral de fortaleza. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 47, n.2, p.157 – 164, 2014, disponível em <

<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/84567> > Acessado em novembro de 2017.

FELLIPE. C. M; ROQUE. L. O; RIBEIRO. I. M. Contribuição das orientações pré-operatórias na recuperação de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. **Revista Pesquisa em Saúde**, v.14, n.3, p. 1600 – 166, 2013, disponível em <

file:///C:/Users/Ant%C3%B4nio%20Cesar/Downloads/2791-19611-1-PB.pdf > Acessado em agosto de 2017.

FUSCO. S. F. B et al. Infecção de sítio cirúrgico e suas fatores de risco em cirurgia de colón. **Revista da Escola de Enfermagem da SUP**, v.50, n.11, p.43 – 49, 2016 disponível em < <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/112687/110602> > Acessado em maio de 2017.

JUNIOR. C. J et al. Comparação de resultados do uso de antibióticoprofilaxia por um e cinco dias em pacientes submetidos a artrodese lombar. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v.51, n.3, p. 333 – 337, 2016, disponível em <

file:///C:/Users/Ant%C3%B4nio%20Cesar/Downloads/1-s2.0-S0102361615001666-main%20%20(1).pdf > Acessado em Junho de 2017.

MEDEIROS. A. C et al. Infecção hospitalar em paciente cirúrgico de hospital universitário. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v.10, n.1, p.15 – 18, 2003, disponível em < <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/1/6616> > Acessado em novembro de 2017.

OLIVEIRA. A. C et al. Estudo comparativo do diagnóstico da infecção do sítio cirúrgico durante e pós a internação. **Revista Saúde Pública**, v.36, n.6, p.717 – 722, 2002,



**Artigo**

disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13526.pdf> > acessado em agosto em 2017.

PEREIRA. B. R. R et al. Astroplastia do quadril; prevenção de infecção do sitio cirúrgico. **Revista SOBECC**, v.19, n.4, p.181 – 187, 2014, disponível em < [http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v19n4/SOBECC\\_v19n4\\_181-187.pdf](http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v19n4/SOBECC_v19n4_181-187.pdf) > Acessado em setembro de 2017.

RIBEIRO. J. C et al. Ocorrência e fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgias ortopédicas. **Acta Paul Enferm**, v.26, n.4, p.356 – 360, 2013, disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n4/v26n4a09.pdf> > Acessado em junho de 2017.

SANTOS. G. C et al. Incidência e fatores de risco de infecção de sitio cirúrgico: revisão Integrativa. **Itenerarius Reflectionis**, v.11, n.1, p.1 – 17, 2015, disponível em < <http://www.revistas.ufg.br/rir/article/viewFile/34142/20357> > Acessado julho de 2017.

SANTOS. W. B et al. Microbiota infectante de ferida cirúrgica: análise da produção científica nacional e internacional. **Rev. Sabecc**, v.21, n.1, p.46 – 51, 2016, disponível em < <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2016/v21n1/a5576.pdf> > acessado em março de 2017.

SANTANA. C. A; OLIVEIRA. C. G. E. Assistência de Enfermagem na Prevenção de Infecção de Sitio Cirúrgico; Uma revisão Integrativa da Literatura. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**, v.1, n.1, p.76 – 88, junho de 2015, disponível em < <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2015/01/ASSISTENCIA-DE-ENFERMAGEM-NA-PREVENCAO-DE-INFECOES-DE-SITIO-CIRURGICO-UMA-REVIS%C3%83O-INTEGRATIVA-DA-LITERATURA-REVISTA-ATUALIZA-SAUDE-N1-V1.pdf> > Acessado em novembro de 2017.

SILVA L. L. T et al. Cuidados de enfermagem nas complicações pós-operatórias de cirurgias de revascularização do miocárdio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.31, n.3, p. 1 – 9, 2017, disponível em < <file:///C:/Users/Ant%C3%B4nio%20Cesar/Downloads/20181-84231-1-PB.pdf> > Acessado em junho de 2017.





**Artigo**

SOLLER. I. C. S. et al. Peril epidemiológico de pacientes com traumatismo facial atendidos em emergência em um hospital. **Revista Min Enfermeiro**, v.20. n.935, p. 1 – 8, 2016, disponível em < file:///C:/Users/JESUS%20CRISTO/Downloads/e935.pdf > acessado em novembro de 2017.



**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM INFECÇÃO NO SÍTIO  
CIRÚRGICO EM UM HOSPITAL DO INTERIOR DA PARAÍBA**

Páginas 377 a 392

Artigo

PERCEPÇÃO CORPORAL E AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DAS  
CANTINEIRAS DAS ESCOLAS PÚBLICAS

BODY PERCEPTION AND NUTRITIONAL EVALUATION OF CANTEEN  
MANAGERS OF PUBLIC SCHOOLS

Ana Maria Figueredo Rocha<sup>1</sup>  
Alessandra Christie Borges Lopes<sup>2</sup>  
Patrícia Dawylla de Freitas Soares<sup>3</sup>  
Tatiane Aparecida Amâncio Versiani<sup>4</sup>  
Raíssa Pereira Barbosa<sup>5</sup>  
Suzy Alice de Souza<sup>6</sup>  
Josiane Pinto da Silva<sup>7</sup>  
Maria Cecília Nascimento Arcanjo<sup>8</sup>  
Jousiane Alves Martins<sup>9</sup>  
Letícia Josyane Ferreira Soares<sup>10</sup>  
Paula Karoline Soares Farias<sup>11</sup>

**RESUMO:** O objetivo deste estudo foi identificar o perfil nutricional e a percepção corporal das cantineiras das Escolas Municipais da cidade de Montes Claros – MG. Trata-se de um estudo do tipo exploratório, transversal, quantitativo, descritivo, com coletas de dados privados. O trabalho foi realizado com 200 cantineiras registradas na rede municipal. A Escala de Classificação de *Stunkard* foi aplicada por autoperenchimento. Foi

<sup>1</sup> Faculdades Unidas do Norte de Minas - FUNORTE, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>2</sup> Faculdades Unidas do Norte de Minas - FUNORTE, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>3</sup> Instituto de Ciências Agrárias da Universidade Federal de Minas Gerais – ICA/UFMG, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>4</sup> Faculdades Unidas do Norte de Minas - FUNORTE, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>5</sup> Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>6</sup> Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>7</sup> Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>8</sup> Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>9</sup> Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>10</sup> Universidade Estadual de Montes Claros – MG, Montes Claros – MG, Brasil.

<sup>11</sup> Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS, Montes Claros – MG, Brasil. Telefone: (38)99970-3007.



**Artigo**

realizada avaliação antropométrica e cálculo do IMC. Este estudo foi pautado na Resolução 466/12, e aprovado pelo Comitê de Ética. Participaram do estudo 200 mulheres com idade média de 40 anos. De acordo com o preenchimento da escala de classificação de *Stunkard*, observou-se que a maioria das participantes julgava se assemelhar às silhuetas maiores, que correspondem ao IMC de 25,0 kg/m<sup>2</sup>, 27,5 kg/ m<sup>2</sup> e 30,0kg/ m<sup>2</sup>. Os dados obtidos pela escala concordam com o diagnóstico nutricional verificado pelo cálculo do IMC de cada participante, na qual existe a predominância de sobrepeso das pessoas avaliadas.

**Palavra-chave:** Estado nutricional. Imagem Corporal. Doença das Coronárias.

**ABSTRACT:** The aim of this study was to identify the nutritional profile and the corporal perception of the canteen managers of the municipal schools of the city of Montes Claros - MG. It is an exploratory, cross-sectional, quantitative, descriptive study with private data collections. The work was done with 200 canteens registered in the municipal network. The Stunkard Rating Scale was applied by self-filling. An anthropometric evaluation and BMI calculation were performed. This study was based on Resolution 466/12, and approved by the Ethics Committee. 200 women with a mean age of 40 years participated in the study. According to the completion of the Stunkard classification scale, it was observed that the majority of participants judged to be similar to the larger silhouettes, which correspond to BMI of 25.0 kg m<sup>2</sup>, 27.5 kg m<sup>2</sup> and 30.0 kg m<sup>2</sup>. The data obtained by the scale agree with the nutritional diagnosis verified by the calculation of the BMI of each participant, where there is a predominance of overweight of the people evaluated.

**Keywords:** Nutritional status. Body Image. Coronary Disease.

## INTRODUÇÃO

A preocupação com a imagem corporal tem sido transmitida e muito incentivada pelos meios de comunicação. A sociedade impõe critérios nos quais as pessoas principalmente as mulheres, devem cumprir para afirmarem a sua identidade. A imagem corporal é o reflexo dessa identidade, condicionando o comportamento alimentar, além de



**Artigo**

todas as escolhas de vida que necessitam ser de acordo com o estabelecido pela mídia (MOZETIC *et al.*, 2016).

As cantineiras buscam manter-se dentro de padrões estéticos, este padrão de beleza veiculado pelos meios de comunicação, especialmente pela mídia televisiva parece exercer uma influência marcante principalmente sobre as mulheres em idade mais jovem, uma vez que são manipuladoras de alimentos e lidam diretamente com alimentação saudável todos os dias (GONÇALVES; MARTÍNEZ, 2014).

A mídia apresenta uma influência muito significativa nos comportamentos sociais das pessoas. Como elas devem se relacionar, como aprender, comprar, e utilizar serviços de saúde, além de cuidar do corpo e das escolhas alimentares. A busca por padrões estéticos deixou de ser um dever social, e passou a ser um dever moral, para o qual a mulher deverá se esforçar o suficiente para conquistar (OLIVEIRA; HUTZ, 2010).

Para atender ao padrão de beleza socialmente estabelecido pela mídia, a preocupação das mulheres com a estética corporal, tem se mostrado presente na sociedade. No entanto, a relação das mulheres com o corpo tem se modificado ao longo da história. Se, historicamente, as mulheres preocupavam-se com a beleza, atualmente ser e estar bela é uma responsabilidade, no qual a sociedade impõe os padrões (CAMARGO *et al.*, 2013).

Essas mensagens induzem ao psiquismo, em especial o feminino que é o principal alvo de tais manobras da mídia. A indústria da dieta preocupa-se com o lucro capital e ignora os danos causados à saúde (RIBEIRO *et al.*, 2015). Diante desses fatores percebe-se a importância de estudos sobre a percepção da imagem corporal em mulheres, com o objetivo de analisar a insatisfação corporal e a verificar a associação com os indicadores antropométricos.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, transversal, quantitativo e descritivo. Este estudo foi desenvolvido na cidade de Montes Claros, localizada no Norte de Minas do Estado de Minas Gerais, considerada pólo regional. Apresenta uma população de 398.298 habitantes, em 2016, residentes no município (IBGE, 2017). Atualmente, o município conta com aproximadamente 200 cantineiras devidamente registradas com idade entre 18 a 65 anos.

Foi apresentado à Secretaria Municipal de Educação o projeto de pesquisa e mediante a este foi solicitado o consentimento para a realização da pesquisa nas escolas



Artigo

públicas de Montes Claros – MG. Nestas, foram solicitadas ao responsável a permissão para a realização do projeto dentro das escolas. Após a autorização da Secretaria Municipal de Educação, o projeto foi iniciado nas escolas, e as cantineiras foram convidadas a partir do projeto e foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), este foi pautado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Posterior, foi aferido peso e altura para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) conforme proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998) e realizado o diagnóstico nutricional, em um espaço reservado na escola. As cantineiras tiveram o peso aferido da seguinte maneira: medido em quilogramas, utilizando uma balança com capacidade de 150 kg. As participantes estavam sem calçados, com vestes leves, sem relógios, bolsas, casacos, chaveiros, carteiras e outros. Na balança os pés mantiveram-se dentro de toda área da balança, não podendo ter nenhuma parte para fora. A altura foi medida em metros, com auxílio de um estadiômetro, e as cantineiras estavam descalças, em posição ortostática, com as costas e a parte posterior dos joelhos encostados à parede e olhando para frente.

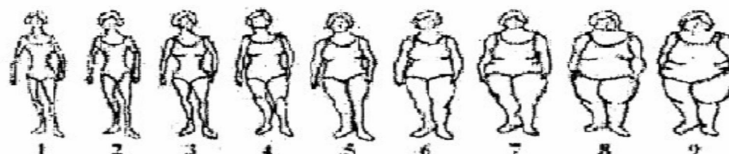
As variáveis antropométricas analisadas foram peso e altura, e circunferência da cintura e quadril por não ser invasiva, fácil execução, de baixo custo operacional, seguro, e por identificar populações de risco nutricional (VASCONCELOS, 2007). A relação cintura quadril são bons indicadores da obesidade e da distribuição de gordura pelo corpo, onde a gordura localizada na região central associada a maiores riscos para DVC, diabetes, dislipidemias, e síndrome metabólica (MORAES *et al.*, 2015).

A insatisfação com a imagem corporal foi avaliada pela escala de silhuetas corporais conhecida como *Stunkard's Rating Scale* (Escala de Classificação de *Stunkard*), aplicada por autopreenchimento, esta foi adaptada para o público feminino. A escala é constituída por uma série de 9 figuras que vão desde imagens muito magras até muito obesas (figura 1). As mulheres foram convidadas a escolher a figura na escala que melhor representava seu corpo, e deveriam marcar o número que assemelhasse e também aquela que condizia com o corpo que elas desejariam ter, além de marcar a frequência na qual realizava alguma prática de atividade física.



## Artigo

Figura 1. Escala de Classificação de Stunkard utilizada para o diagnóstico da percepção corporal.



Foi utilizado o Questionário de Imagem Corporal (*Body Shape Questionnaire – BSQ*) na versão traduzida para o português e validada por Di Pietro e Silveira (2009). O BSQ é um questionário autoaplicável do tipo escala de Likert, composto por 34 perguntas, com seis opções de resposta (nunca, raramente, às vezes, frequentemente, muito frequentemente e sempre), que pontuam de um a seis. Para este trabalho, as perguntas foram adaptadas e reduzidas para 15 questões.

Posterior a coleta e tabulação dos dados, estes foram reunidos em um único banco de dados. Os resultados passaram por análise estatística, com descrição dos dados com comparação das médias. Os dados antropométricos encontrados foram analisados através do índice de *Quetelet* conhecido por Índice de Massa Corporal (IMC), dado pela relação peso (kg)/altura (m<sup>2</sup>).

Os dados foram tabulados no *Microsoft Office Excel 2010*<sup>®</sup> e em seguida exportados para análise estatística no *software Statistical Package for the Social Sciences -19*<sup>®</sup>. Os resultados foram apresentados de forma descritiva através de frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de dispersão (amplitude e desvio padrão) e medidas de tendência central (médias aritméticas) com o intuito de caracterizar as cantineiras quanto às variáveis envolvidas no estudo.

O desenvolvimento do estudo seguiu as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as normas aplicadas às pesquisas que envolvem seres humanos. Além disso, o trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS de Montes Claros com o n° do parecer 2.236.074.



**Artigo**

**RESULTADOS**

Participaram do presente estudo 200 cantineiras, sendo a média de idade de 40 anos. O estado nutricional foi avaliado bom base no Índice de Massa Corporal (IMC) e relação cintura quadril.

A partir dos dados coletados a partir do cálculo do IMC observou-se que a maioria das participantes, 38%, encontra-se em sobrepeso, 25% eutróficas, 24,5 em obesidade grau 1, 8% obesidade grau 2, 3% obesidade grau 3 e 0,5% em desnutrição (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição do perfil antropométrico das cantineiras avaliadas das Escolas Municipais de Montes Claros – MG.

<b>IMC</b>	<b>Diagnóstico Nutricional</b>	<b>%</b>
Desnutrição	1	0,5
Eutrofia	50	25
Sobrepeso	76	38
Obesidade Grau 1	49	24,5
Obesidade Grau 2	16	8
Obesidade Grau 3	6	3

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2017.



Artigo

Tabela 2. Distribuição da percepção corporal das cantineiras das Escolas Municipais da Cidade de Montes Claros – MG, segundo a Classificação de *Stunkard* e a frequência na realização de atividade física.

<b>Silhueta que mais se assemelham com o perfil corporal atual da cantineira</b>			
<b>Escala de Classificação de <i>Stunkard</i></b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
1	4	2	
2	19	9,5	
3	17	8,5	
4	51	25,5	
5	45	22,5	
6	35	17,5	
7	19	9,5	
8	6	3	
9	3	1,5	
<b>Silhueta corporal que a cantineira gostaria de ter.</b>			
<b>Escala de Classificação de <i>Stunkard</i></b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
1	19	9,5	
2	31	15,5	
3	100	50	
4	48	24	
5	10	5	
6	2	1	
7	0	0	
8	0	0	
9	1	0,5	
<b>Realização de atividade física das cantineiras</b>			
		<b>N</b>	<b>%</b>
Realização de atividade física e a frequência semanal	4-5 vezes por semana	24	12
	2-3 vezes por semana	13	6,5
	1-2 vezes por semana	16	8
Não realiza nenhuma atividade física.		147	73,5





## Artigo

A partir do preenchimento da escala de classificação de *Stunkard*, observou-se que a maioria das participantes, 25,5% se assemelhava na silhueta de número 4, 22,5% na silhueta de número 5 e 17,5 na silhueta de número 6. Tais figuras apresentam silhuetas de pessoas mais largas, a figura 4 corresponde ao IMC de 25,0 kg/m<sup>2</sup>, a figura 5 de 27,5 kg/m<sup>2</sup> e a figura 6 IMC de 30,0kg/m<sup>2</sup> (CAMPOS *et al.*, 2015).

Os dados obtidos pela escala estão de acordo com o diagnóstico nutricional verificado pelo cálculo do IMC de cada participante, no qual se tem a predominância de sobrepeso das pessoas avaliadas.

Ainda analisando a escalas de classificação de *Stunkard*, ao serem questionadas sobre as silhuetas que gostarias de ter, a maioria das cantineiras, 50%, optou pela figura de número 3, seguidas pela figura 4 com 24% e a figura 2 com 15,5%. Essas figuras representa pessoas mais magras com IMCs adequados os dados levantados nos mostra uma insatisfação com autoimagem corporal em relação a massa corporal que apresentam ter.

Ao serem questionadas em relação a pratica de atividades física, 73, 5 das participantes não praticam nenhuma atividade física, 12% praticam de 4-5 vezes por semana, 8% praticam apenas 1-2 vezes por semana, seguidas de 6,5% das participantes praticam atividade física de 2-3 vezes por semana. Os dados apresentados relacionam com o diagnostico nutricional apresentados pelas avaliadas, uma vez que a relação da má alimentação e do sedentarismo com excesso de peso (Tabela 2).

A partir dos dados coletados na relação cintura quadril, 81,5% apresentam circunferência aumentada, e 18,5% significativamente aumentada o que condiz com o estado nutricional das participantes (Tabela 3).

Tabela 3. Avaliação da circunferência da cinturadas cantineiras avaliadas das Escolas Municipais de Montes Claros – MG.

Variável	Diagnóstico	N	%
Circunferência da Cintura Aumentada	≥ 80 cm	37	18,5
Circunferência da Cintura Significativamente Aumentada	≥ 88 cm	163	81,5

Ao relatarem sobre as atitudes alimentares e a preocupação com percepção corporal, 29,5% das cantineiras demonstraram sempre se preocupar com sua forma física,



Artigo

e 48,5 demonstram preocupação com a forma física e a realização de dietas, 82,0% sentem-se tão mal a respeito do seu próprio corpo que chegaram a chorar, 43% das participantes demonstram sentirem vergonha do corpo. Já as demais participantes não demonstram sentir vergonha do corpo, ou alguma atitude de não aceitação (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição das atitudes alimentares e a preocupação com a percepção corporal das cantineiras das Escolas Municipais da Cidade de Montes Claros – MG.

	N		R		AV		F		MF		S	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Preocupação com a forma física	45	22,5	8	4	56	28	12	6	2	1	59	29,5
Preocupação excessiva com a forma física e realização de dietas	49	24,5	8	4	24	12	7	3,5	9	4,5	97	48,5
Sensação de estar acima do peso, mesmo alimentando-se com quantidade menor de comida	72	36	9	4,5	31	15,5	4	2	5	2,5	71	35,5
Estar nua, por exemplo, durante o banho, expressa a sensação de estar gorda	75	37,5	7	3,5	40	20	7	3,5	5	2,5	62	31
Ao realizar a ingestão de doces, massas ou outros alimentos ricos em calorias expressa a sensação de estar gorda	86	43	5	2,5	31	15,5	5	2,5	2	1	64	32
Sentimento de mal estar a respeito do corpo que em alguns momentos apresenta crises de choro	162	82	6	3	13	6,5	4	2	0	0	13	6,5
Evita usar roupas que a fazem notar as formas do corpo	60	30	8	4	26	13	3	1,5	7	3,5	70	35
Evita participar de eventos sociais (como por exemplo, festas) por sentir-se gorda	176	88	1	0,5	7	3,5	2	1	1	0,5	12	6
Tem vergonha do corpo	136	68	4	2	33	16,5	2	1	3	1,5	22	11
Realiza vômitos para sentir-se mais magra	187	93,5	0	0	3	1,5	0	0	0	0	8	4
Acredita que o físico atual decorre de uma falta de autocontrole	85	42,5	2	1	32	16	6	3	3	1,5	69	34,5
Demonstra preocupação com o fato de estarem surgindo dobrinhas no corpo	47	23,5	6	3	32	16	6	3	4	2	96	48
Evita situações nas quais as pessoas possam ver o corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)	91	45,5	12	6	106	53	4	2	2	1	60	30



## Artigo

Tem a percepção que deveria realizar mais exercícios quando tem a sensação de estar mais gorda	32	16	3	1,5	23	11,5	25	12,5	5	2,5	122	61
Após ingerir uma grande refeição, tem a sensação de estar gorda	90	45	13	6,5	32	16	9	4,5	5	2,5	59	29,5

Legenda: S: Sempre; MF: Muito Frequentemente; F: Frequentemente; AV: Às Vezes; R: Raramente; N: Nunca.

## DISCUSSÃO

Para se adaptar ao novo cenário mundial que devido a modernização as pessoas passaram a ter menos tempo para si mesmo, não preocupando-se com a alimentação mais saudável e a prática de exercícios físicos. Observa-se que uma parcela da população recorre cada vez mais as formas mais rápidas de se alimentar, ingerindo alimentos densamente calóricos, que associado com a falta de atividade física acabam por aumentar consideravelmente o número de pessoas com sobrepeso e obesidade (SOUZA, 2010)

A obesidade é uma doença multifatorial, causada pelo desequilíbrio da alta ingestão calórica e o gasto energético, que acarreta em acúmulo de tecido adiposo, que por consequência elevam o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis como diabetes hipertensão, doenças cardiovasculares e cânceres. O aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade das cantineiras torna-se preocupante já que elevada quantidade de gordura corporal traz complicações, podendo elencar dificuldade da capacidade física e a motilidade das mesmas.

Orsi *et al.*, (2008) mostraram que há interferência do excesso de peso na capacidade laboral, além de aumentar o risco de morbimortalidade (ROSA *et al.*, 2017). Além da alta prevalência da alteração do índice de Massa Muscular (IMC) das avaliadas o presente estudo observou que a maior parte das cantineiras apresentaram maior risco para doenças cardiovasculares, segundo a avaliação da circunferência da cintura. Simon *et al.* (2008) verificaram, em estudo com 190 funcionários do Serviço de Nutrição e Dietética (SND) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que 77,3% dos participantes estavam com a circunferência abdominal acima dos valores considerados normais.

A circunferência abdominal aumentada representa riscos de complicações metabólicas, doenças cardiovasculares, dislipidemias que associadas ao IMC elevado representa um risco mais elevado (SILVA *et al.*, 2015)



## Artigo

Em concomitância com a transição nutricional adotada pela sociedade atual observa-se a redução da prática de atividade física e de lazer, associado com gasto energético aumentado, caracterizam uma vida mais sedentária, com falta de atividade e mais tempo dedicado a televisão, vídeo- game ou computador, diminuindo assim o gasto energético, o que vinculado a uma alimentação inadequada ocorre o aumento do acúmulo de gordura, predispondo o risco para a obesidade (GUEDES *et al.*, 2017).

Com aumento do quadro de sobrepeso e obesidade observados entre as mulheres verifica-se que a insatisfação com a imagem corporal e a preocupação com a forma física é cada vez mais frequente entre as mulheres. Percebe-se uma associação da própria imagem com imagens que aparentam serem maiores do realmente apresentam, ou visualizam menores do que realmente são causando assim, uma distorção.

A imagem corporal caracteriza-se pela formação que se tem na mente em relação ao próprio corpo, que abrange sentimento em relação às características que acreditam enxergar de si mesmo. A distorção da imagem corporal é um dos grandes fatores que provocam insatisfação corporal entre as mulheres. O desejo por uma silhueta mais magra é considerado uma fator principal para o desenvolvimento de transtornos alimentares como anorexia nervosa e bulimia (SAIKALI *et al.*, 2008).

No presente estudo foi observado que a maioria das mulheres demonstrou algum tipo de insatisfação quanto a forma física e que desejavam um corpo mais magro. Um estudo feito por Coqueiro et al, com mulheres no climatério, mostrou prevalência de insatisfação com a imagem corporal sendo descritas prevalências de 76% entres as pesquisadas (COQUEIRO et al., 2008).

O que correlaciona com resultado encontrado no estudo em que grande das avaliadas apresentaram distorção da imagem corporal, e relataram que o físico atual interfere na vida pessoal. Como consequência, a vergonha que apresentam do próprio corpo acabam deixando de lado o vínculo social, atitude esta que pode ser preocupante, pois a insatisfação com o físico pode acarretar em transtornos na vida pessoal como a ansiedade e depressão.

## CONCLUSÃO

É notória que a transição nutricional acarretou serias mudanças no padrão alimentar das pessoas ao longo dos anos, e trouxe o que hoje é considerado caso de saúde



**Artigo**

pública que é o aumento de pessoas com sobrepeso e obesidade, independente do sexo, idade ou classe social.

No presente estudo o estado nutricional da maioria das cantineiras mostrou-se insatisfatório, com índice elevado de sobrepeso e obesidade, as complicações cardiovasculares tornam-se ainda maiores, pois a relação cintura/quadril apresentou-se elevada. A maioria das avaliadas apresentou-se insatisfeita com a própria imagem corporal, desejando uma silhueta mais fina provocando uma distorção da autoimagem.

Diante dos dados coletados, considera-se de extrema importância um acompanhamento nutricional junto as cantineiras, para assim melhorar o quadro nutricional que é de risco elevado para as doenças crônicas degenerativas, proporcionando perda de peso e de medidas, o que irá contribuir com uma melhora na qualidade de vida e da autoestima das mesmas, uma vez que as mesmas são manipuladoras de alimentos e auxiliam na formação dos hábitos alimentares de crianças, jovens e adultos através da alimentação fornecida.

**REFERÊNCIAS**

CAMARGO, B. V. *et al.* Efeitos de contexto e comunicação nas representações sociais sobre o corpo. **Psicologia e Saber Social**, v. 2, n. 1, p. 33-50, 2013.

CAMPOS, R. J. *et al.* O impacto do peso flutuante sobre fatores de risco cardiovascular em mulheres obesas. **HU Revista**, v. 41, n. 3,4, p. 143-148, 2015.

COQUEIRO, R.S. *et al.* Insatisfação com a imagem corporal: Avaliação comparativa da associação com estado nutricional em universitários. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 1, p. 31-38, 2008.

GONÇALVES, V. O.; MARTÍNEZ, J. P. Imagem corporal de adolescentes: um estudo sobre as relações de gênero e influência da mídia. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v.17, n. 2, p. 139-154, 2014.

GUEDES, C. V. *et al.* Prevalência e Fatores de risco para Excesso de Peso em Funcionários dos Turnos Vespertino e Noturno de um Hospital da Serra Gaúcha. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 11, n. 66, p.430-427, 2017.



**Artigo**

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População estimada 2016. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/3ON>>. Acesso em: 25 set 2017.

MORAES, D. K. *et al.* Correlação entre o índice de massa corporal e indicadores antropométricos de risco cardiovascular em mulheres. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 16, n. 3, p. 175-181, 2015.

MOZETIC, R. M. *et al.* Consumo alimentar próximo ao treinamento e avaliação antropométrica de praticantes de musculação com excesso de peso em um clube de Santo André-SP. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 10, n. 55, p. 31-42, 2016.

OLIVEIRA, L. L.; HUTZ, C. S. Transtornos alimentares: considerações gerais. **Rev Psicol Estud**, v. 15, n. 3, p. 575-582, 2010.

RIBEIRO, K. C. S. *et al.* Vulnerabilidade aos transtornos alimentares em adolescentes: fatores que afetam à satisfação com o corpo. **Invest Qualit Saúde**, v. 1, n. 1, p.328-332, 2015.

ROSA, P. Q. *et al.* Prevalência e Fatores de Risco Associados ao Excesso de Peso em mulheres adultas Colaboradoras de uma Unidade de Alimentação e Nutrição. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 11, n. 66, p. 428-436, 2017.

SAIKALI, C. J. *et al.* Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, p. 164-166, 2008.

SILVA, F. K. *et al.* Avaliação do Perfil Nutricional e Condições de Trabalho de Colaboradores de Unidade de Alimentação e Nutrição de Eugenópolis (MG). **Revista Científica da FAMINAS**, v. 11, n. 2, p. 42-43, 2015.

SIMON, M. I. *et al.* Avaliação Nutricional dos Profissionais do Serviço de Nutrição e Dietética de um Hospital Terciário de Porto Alegre. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 69-74, 2014.



# Temas em Saúde

Vol. 19, N. 3  
ISSN 2447-2131  
João Pessoa, 2019

## Artigo

SOUZA, B.E. Transição Nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. **Cadernos UniFOA**, v. 13, n. 1, p. 49-56, 2010.

VASCONCELOS, F. A. G. Avaliação nutricional de coletividades. **Revista Ampl**, p. 186, Florianópolis: UFSC, 2007.



PERCEPÇÃO CORPORAL E AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DAS CANTINEIRAS DAS  
ESCOLAS PÚBLICAS

Páginas 393 a 406

Artigo

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS DOENTES RENAI CRÔNICOS  
EM TRATAMENTO HEMODIÁLITICO: UM ESTUDO DA REGIÃO  
NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

**CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CHRONIC RENAL PATIENTS  
IN HEMODIALYSIS TREATMENT: A STUDY OF THE NORTHWEST REGION  
OF THE STATE OF RIO GRANDE DO SUL**

Luana Cecconello<sup>1</sup>  
Eliane Roseli Winkelmann<sup>2</sup>  
Edinara Moraes Moraes<sup>3</sup>  
Rodrigo Rosso Krug<sup>4</sup>  
Paulo Ricardo Moreira<sup>5</sup>

**RESUMO:** O número de novos pacientes com doença renal crônica em programa de hemodiálise aumenta anualmente. As principais causas do dano renal são a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, que são doenças crônicas degenerativas potencialmente preveníveis. **Objetivo:** Traçar o perfil clínico-epidemiológico dos doentes renais crônicos em hemodiálise em dois centros do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. **Método:** Estudo exploratório, analítico, descritivo e quantitativo desenvolvido entre novembro de 2018 a fevereiro de 2019 em duas Unidades de hemodiálise pertencentes à mesma macrorregião, que atenderam aproximadamente 280 indivíduos. A coleta de dados foi realizada por meio dos registros dos prontuários clínico e eletrônicos e por entrevista

<sup>1</sup> Fisioterapeuta. Discente do Programa Stricto Sensu Mestrado em Atenção Integral à Saúde UNICRUZ/UNIJUI; Integrante do Grupo de Pesquisa Atenção em Saúde (GPAS).

<sup>2</sup> Fisioterapeuta. Doutora em Ciências Cardiovasculares (UFRGS), Docente do DCVida/UNIJUI e do Programa Stricto Sensu Mestrado em Atenção Integral à Saúde UNICRUZ/UNIJUI; Coordenadora do Grupo de Pesquisa Atenção em Saúde (GPAS). Email: [elianew@unijui.edu.br](mailto:elianew@unijui.edu.br)

<sup>3</sup> Enfermeira. Discente do Programa Stricto Sensu Mestrado em Atenção Integral à Saúde UNICRUZ/UNIJUI; Integrante do Grupo de Pesquisa Atenção em Saúde (GPAS).

<sup>4</sup> Licenciado Pleno em Educação Física. Doutor em Ciências Médicas (UFSC), Docente do Curso de Educação Física UNICRUZ e do Programa Stricto Sensu Mestrado em Atenção Integral à Saúde UNICRUZ/UNIJUI; Integrante do Grupo de Pesquisa Atenção em Saúde (GPAS).

<sup>5</sup> Médico, Nefrologista. Docente do Programa Stricto Sensu Mestrado em Atenção Integral à Saúde UNICRUZ/UNIJUI. Email: [prm.paulomoreira@gmail.com](mailto:prm.paulomoreira@gmail.com)





Artigo

semiestruturada com os indivíduos durante as sessões de hemodiálise. Os dados obtidos foram agrupados, tabulados e analisados por meio da estatística descritiva (média, desvio padrão, frequência e percentual). **Resultados:** Participaram do estudo 141 indivíduos, com predominância masculina e idade entre 25 a 88 anos. As etiologias de base da doença renal crônica mais relatadas foram a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus. Menos da metade dos indivíduos realizaram acompanhamento e tratamento pré-dialítico. O tempo de diagnóstico da doença renal e o tempo de tratamento hemodialítico foram de 7,6 e 3,5 anos respectivamente. A maioria dos indivíduos era anêmico, inativo fisicamente, não tabagista e não etilista. 27,65% dos indivíduos realizavam atividades de lazer. Uma minoria dos indivíduos realizava acompanhamentos com profissional fisioterapeuta e nutricionista ou seguia as recomendações destes. **Conclusão:** Este estudo confirma que a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus são as principais causas de doença renal e, portanto, com potencial de intervenção precoce evitando a progressão para a insuficiência renal e hemodiálise. Há a necessidade de organização do sistema de saúde com o acesso à equipes multiprofissionais para atuar na educação e manejo dos pacientes.

**Palavras-chaves:** Insuficiência renal; Perfil de saúde; Diálise renal.

**ABSTRACT: Introduction:** The number of new patients with chronic kidney disease in a hemodialysis program increases annually. The main causes of kidney damage are systemic arterial hypertension and diabetes mellitus, potentially preventable chronic degenerative diseases. **Objective:** To trace the clinical-epidemiological profile of chronic renal patients in a hemodialysis program in two centers in the Northwest of the State of Rio Grande do Sul. **Method:** Exploratory, analytical, descriptive and quantitative study. This research was developed between November 2018 and February 2019 in two hemodialysis units belonging to the same macro-region, which attended approximately 280 individuals. Data collection was performed through the records of clinical and electronic records and by semi-structured interview with individuals during hemodialysis sessions. The data obtained were grouped, tabulated and analyzed through descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency and percentage). **Results:** 141 individuals participated in the study, with male predominance and age between 25 and 88 years. The most reported basic etiologies of chronic kidney disease were Systemic Arterial



Artigo

Hypertension and Diabetes Mellitus. Less than half of the individuals underwent follow-up and predialytic treatment. The time of diagnosis of renal disease and the time of hemodialysis treatment were 7.6 and 3.5 years, respectively. Most individuals are anemic, physically inactive, non-smokers and non-drug users. 27.65% of the individuals performed leisure activities. A minority of individuals followed up with physiotherapists and nutritionists or followed their recommendations. **Conclusion:** This study confirms that systemic arterial hypertension and diabetes mellitus are the main causes of kidney disease and, therefore, with potential for early intervention avoiding progression to renal failure and hemodialysis. There is a need to organize the health system with access to multiprofessional teams to act in the education and management of patients.

**Keywords:** Renal insufficiency; Health profile; Renal dialysis.

## INTRODUÇÃO

O processo de transição epidemiológica trouxe como foco prioritário das ações em saúde os agravos causados pelas doenças crônico-degenerativas (DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. 2012) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes mellitus (DM) assumem desde os primórdios uma carga importante na etiologia, nos fatores de riscos e morbimortalidade da doença renal crônica (DRC) (ALMEIDA; SERAFINO; LUZ, 2015). Além disso, mais recentemente, a obesidade, o envelhecimento populacional e a industrialização (exposição a produtos altamente processados e toxicidade ambiental) estão sendo relatados como contribuintes adicionais para o desenvolvimento e progressão do dano renal (DRAIBE, 2014).

O Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) continua apontando um acréscimo no número de pacientes em tratamento dialítico (de 122.825 em 2016 para 126.583 em 2017), com 40.307 novos pacientes em 2017 (THOMÉ, *et. al.*, 2019). Apesar do número crescente de pacientes renais crônicos nos últimos 10 anos, o Brasil ainda não dispõe de dados estatísticos sobre intervenções e gastos com a doença renal em seus estágios precoces (não dialítica). Os cálculos públicos geralmente referem-se à doença renal em seu estágio dialítico, e contam de que o Sistema Único de Saúde (SUS) gasta mais de dois bilhões de reais anualmente para tratar cerca de 85.000 pacientes (DRAIBE, 2014).



PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS DOENTES RENAIIS CRÔNICOS EM  
TRATAMENTO HEMODIÁLITICO: UM ESTUDO DA REGIÃO NOROESTE DO ESTADO  
DO RIO GRANDE DO SUL

Páginas 407 a 432

**Artigo**

A prevalência populacional da DRC em diferentes graus de disfunção (estágios de 1 a 5) varia de 8 a 16% (VIVEKANAND *et al.*, 2013) e é superior a 50% quando analisado as populações de alto risco (ECKARDT *et al.*, 2013). Estes dados representam uma potencialidade de pessoas que necessitarão de terapia renal substitutiva caso apresentem progressão para a fase terminal da DRC (VIVEKANAND *et al.*, 2013).

Existe uma ação da SBN de coletar dados individuais dos pacientes e dos centros de diálise de todo Brasil tem a função de construir um banco de dados capaz de subsidiar conhecimentos da realidade brasileira e tomar decisões políticas de atendimento ao paciente renal (SBN, 2019). O último censo (2017) caracteriza a população renal crônica como predominantemente masculina, tendo idade entre 45 e 64 anos, com diagnóstico de base HAS e/ou DM, com uma taxa de mortalidade anual de 19,9% (THOMÉ, *et al.*, 2019), considerável porcentagem de exames laboratoriais fora dos padrões de referência (GUERRA; ALVARADO; ESPINA, 2012; TELLES *et al.*, 2014), com baixo nível de atividade física (ARAÚJO FILHO *et al.*, 2016) e, por vezes, com hábitos de vida inapropriados.

Portanto, manter-se pesquisando o perfil clínico e epidemiológico nos remete não somente a conhecer a realidade do local do estudo, mas a nos atentarmos a identificar lacunas importantes nos diferentes níveis de cuidado. O processo de saúde-doença se produz e distribui na sociedade mediante fortes fatores de determinação social, cultural, econômica, epidemiológica e clínica e estes, exercem influência nos mais variados desfechos (CARVALHO, 2013). Consideramos que os centros de nosso estudo são importantes centros do interior do estado do Rio Grande do Sul por atenderem um extenso território geográfico e estão situados em cidades distintas, além de possuírem uma população adscrita heterogênea. Sendo assim, esta pesquisa objetivou traçar o perfil clínico-epidemiológico dos doentes renais crônicos em hemodiálise em dois centros do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

## MÉTODOS

Esta pesquisa se caracterizou por ser um estudo exploratório, analítico, descritivo e quantitativo desenvolvido em duas Unidades de Hemodiálise, de cidades diferentes, porém, da mesma macrorregião (noroeste do estado do Rio Grande do Sul). São atendidos, em ambos os centros, um total de aproximadamente 280 indivíduos, divididos em três



**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS DOENTES RENAI CRÔNICOS EM  
TRATAMENTO HEMODIÁLITICO: UM ESTUDO DA REGIÃO NOROESTE DO ESTADO  
DO RIO GRANDE DO SUL**

Páginas 407 a 432

## Artigo

turmas de horários pré-definidos, e em dois períodos (segunda, quarta e sexta; terça, quinta e sábado). As clínicas foram denominadas como Unidade Renal 01 e Unidade Renal 02.

Foram considerados critérios de inclusão para esta pesquisa ser maior de 18 anos; indivíduos em tratamento hemodialítico por DRC há mais de três meses; pertencentes aos serviços de hemodiálise dos centros estabelecidos; concordara em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); não ter diagnóstico de doença renal aguda; não apresentar dificuldades em compreender, responder ou realizar completamente os instrumentos de avaliação propostos; e, no momento da avaliação apresentar condições clínicas estáveis.

Aplicados os critérios supra descritos, foram participantes nesta pesquisa 141 indivíduos.

Para caracterizar a população e identificar o perfil foi realizada análise dos prontuários clínico-eletrônico e os pesquisados responderam a um roteiro de entrevista semiestruturado elaborado para este estudo com as seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, ocupação, estado conjugal, filhos, se mora sozinho e convênio de tratamento, etiologia da doença renal, tempo de descoberta da doença renal, sinais e sintomas iniciais, tempo de tratamento, tipo de acesso para hemodiálise, frequência da hemodiálise, realização de acompanhamento anterior à hemodiálise, transplante renal, doenças associadas, HAS, DM, sedentarismo, alcoolismo, tabagismo, anemia, albuminemia, índice de massa corporal (IMC), acompanhamento nutricional e fisioterapêutico.

Os exames laboratoriais foram analisados a partir do registro eletrônico e para definir o diagnóstico de anemia consideraram-se as recomendações dos níveis de hemoglobina (Hb) das Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no Sistema Único de Saúde (Hb<13g/Dl, para homens e Hb<12, para mulheres) (BRASIL, 2014), para classificar albuminemia utilizou como referência albumina sérica menor 3,5 gramas por 100 mililitros (FOUQUE *et al.*, 2008).

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e por uma equipe de estagiários treinados previamente e aconteceram durante as sessões de hemodiálise. A coleta de dados ocorreu nos meses de novembro de 2018 a janeiro de 2019.

Os dados obtidos foram agrupados, tabulados e analisados por meio da estatística descritiva (média, desvio padrão, frequência e percentual). O projeto de pesquisa foi apresentado e submetido à aprovação dos serviços de hemodiálise e em seguida



**Artigo**

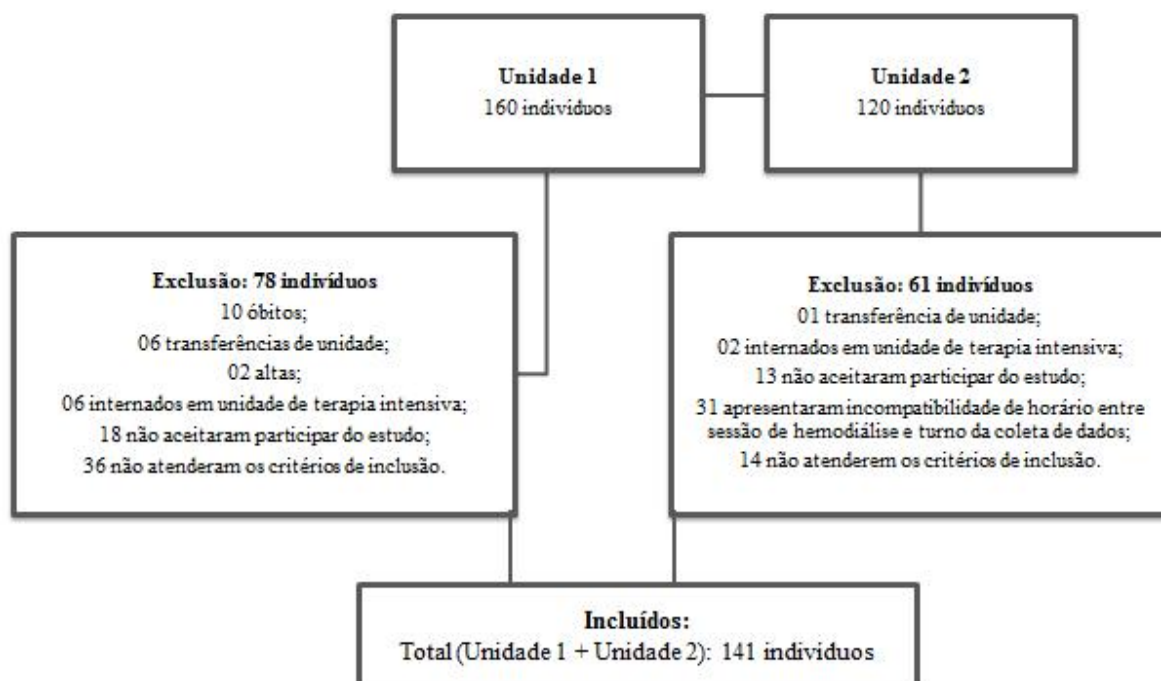
encaminhado ao Comitê de Ética de Pesquisa aprovado sob número do parecer: 3.012.096 e CAAE: 90954218.6.0000.5350. Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o TCLE.

**RESULTADOS**

A Unidade Renal 01 atendia um total de aproximadamente 160 indivíduos. Destes foram excluídos 78 indivíduos (10 óbitos; 06 transferências de unidade; 02 altas; 06 internados em unidade de terapia intensiva; 18 não aceitaram participar do estudo; e, 36 não atenderam os critérios de inclusão). A Unidade Renal 02 atendia um total de aproximadamente 120 indivíduos. Destes foram excluídos 61 (01 transferência de unidade; 02 internados em unidade de terapia intensiva; 13 não aceitaram participar do estudo; 14 não atenderem os critérios de inclusão; e, 31 apresentaram incompatibilidade de horário entre sessão de hemodiálise e turno da coleta). Portanto, a amostra da pesquisa totalizou 141 indivíduos (Figura 1).



## Artigo



**Figura 1:** Fluxograma dos participantes da pesquisa.

Dos 141 indivíduos, 68,8% eram do sexo masculino e, a idade variou entre de 25 a 88 anos, com média de  $60 \pm 13,74$  anos, sendo que a maior parte dos indivíduos (56,0%) tinham idade entre 51 e 70 anos. Quanto à ocupação, apenas 7,09% responderam estar em um trabalho remunerado e 61,7% referiram estar aposentados. A maioria dos indivíduos era casado (59,6%), morava com algum companheiro, familiar ou cuidador (85,8%), com escolaridade incompleta ao primeiro grau (64,5%) e tinham filhos (84,4%). Quanto ao convênio de tratamento hemodialítico 89,4% dos participantes da pesquisa realizavam hemodiálise pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Devido à dificuldade de locomoção e acesso, longa distância do domicílio ao centro da unidade de hemodiálise ou por sintomas apresentados pós-sessão de hemodiálise, 62,4% dos indivíduos responderam que necessitavam de acompanhante nas



## Artigo

sessões de hemodiálise. Estes dados e demais complementos estão demonstrados na tabela 1.

**Tabela 1:** Dados sociodemográficos dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico em duas clínicas da região noroeste do Rio Grande do Sul, Brasil, 2018/19 (n=141).

<i>Variável</i>	<i>n (141)</i>	<i>% (100)</i>
<b>Sexo</b>		
Masculino / Feminino	97 / 44	68,8 / 31,2
<b>Faixa etária</b>		
< 30 anos	05	3,54
31 – 40 anos	08	5,67
41 – 50 anos	17	12,05
51 – 60 anos	36	25,53
61 – 70 anos	43	30,49
71 – 80 anos	25	17,73
>80 anos	07	4,96
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	25	17,7
Casado	84	59,6
Viúvo	10	7,1
Separado	15	10,6
Outro	06	4,3
Não responderam	01	0,7
<b>Escolaridade</b>		
1º grau incompleto	91	64,5
1º grau completo	17	12,1
2º grau incompleto	09	6,4
2º grau completo	11	7,8
Superior incompleto	02	1,4
Superior completo	11	7,8
<b>Mora sozinho</b>		
Sim	19	13,5
Não / Não responderam	121 / 01	85,8 / 0,7



## Artigo

<b>Acompanhante nas sessões</b>		
Sim	50	35,5
Não / Não responderam	88 / 03	62,4 / 2,1
<b>Convênio/Hemodiálise</b>		
SUS	126	89,4
Outro	15	10,6
<b>Filhos</b>		
Sim	119	84,4
Não / Não responderam	19 / 03	13,5 / 2,1
<b>Ocupação</b>		
Aposentado	87	61,70
Auxílio doença	27	19,14
Trabalho Remunerado	10	7,09
Não trabalha/ do lar/ agricultor	07	4,96
Não responderam	10	7,09

Os sinais e sintomas iniciais da doença renal referidos pelos pacientes foram edema (n= 54), fraqueza, cansaço, fadiga (n= 25) e dor (na coluna, na altura da posição anatômica renal, em membros inferiores e cefaleia) (n= 24).

Quanto às patologias associadas, 63,8% dos indivíduos não responderam ou não sabiam informar se apresentavam ou não algum tipo de doença concomitante. Entre os indivíduos que souberam responder, a patologia cardíaca prevaleceu (58,8%).

Em nossa pesquisa predominou como etiologia de base da DRC a associação da HAS e DM (31,2%), seguida da HAS isolada (25,5%) e do DM (11,3%). Se considerarmos o somatório desses números, são 68% dos indivíduos.

Em relação ao tempo de diagnóstico da doença renal, a grande maioria tinha o diagnóstico a mais de 25 meses, apresentando uma média de tempo de diagnóstico de aproximadamente 7,6 anos (tempo de tratamento conservador antes da hemodiálise). 46,8% dos indivíduos responderam terem realizado tratamento e acompanhamento pré-dialítico. Já em relação ao tempo de tratamento hemodialítico a média foi de  $42,5 \pm 40,6$  meses (3,5 anos aproximadamente) sendo que a maior parte dos indivíduos estava em hemodiálise entre 13 a 60 meses (um a cinco anos). Destes indivíduos, 20,56% estavam na fila de transplante renal.





Artigo

Ainda, 88,65% dos indivíduos realizavam as sessões de hemodiálise em uma frequência de três vezes semanais e, quanto à via de acesso, 77,3% utilizavam fistula arteriovenosa (FAV) e 21,27% cateter. Demais dados encontram-se explanados na tabela 2.

**Tabela 2:** Distribuição dos pacientes de acordo com histórico clínico da doença renal. Dados de duas clínicas da região noroeste do Rio Grande do Sul, Brasil, 2018/19 (n=141).

<i>Variável</i>	<i>n(141)</i>	<i>% (100)</i>
<b>Etiologia</b>		
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	36	25,53
Diabetes Mellitus (DM)	16	11,34
HAS + DM	44	31,20
Rins policísticos	12	8,51
Pielonefrite	07	4,96
Indeterminada	05	3,54
Outra	11	7,80
Não souberam/Não responderam	10	7,09
<b>Tempo que descobriu a doença</b>		
Menos de 12 meses	18	12,76
13 - 24 meses	18	12,76
25 – 60 meses	33	23,40
61 – 120 meses	38	26,95
121 – 240 meses	25	17,73
Mais de 240 meses	09	6,38
<b>Tempo que está em hemodiálise (meses)</b>		
Menos de 12 meses	33	23,40
13 - 24 meses	31	21,98
25 – 60 meses	47	33,33
61 – 120 meses	20	14,18
121 – 240 meses	8	5,67
Mais de 240 meses	1	0,70
Não souberam/Não responderam	1	0,70
<b>Frequência da hemodiálise (semanal)</b>		
02 vezes/semanal	16	11,34



## Artigo

03 vezes/semanal	125	88,65
<b>Sinais e sintomas iniciais</b>		
Edema	54	38,29
Fraqueza/cansaço/fadiga	25	17,73
Dor (coluna/pernas/cabeça)	24	17,02
Anúria/oligúria/polaquiúria/hematúria	14	9,92
Mal estar/tontura/desmaios	11	7,80
Náuseas/Vômitos	10	7,09
Falta de ar	07	4,96
Emagrecimento/inapetência	05	3,54
Anemia	03	2,12
Sonolência	02	1,41
Outros	07	4,96
<b>Tipo de acesso</b>		
Fístula Arteriovenosa (FAV)	109	77,30
Cateter de longa permanência	30	21,27
Dado incompleto	02	1,41
<b>Transplante renal</b>		
Sim	12	8,51
Não / Não responderam	126 / 03	89,36 / 2,12
<b>Fila de transplante renal</b>		
Sim	29	20,56
Não / Não souberam/Não responderam	109 / 03	77,30 / 2,12
<b>Acompanhamento pré-dialítico</b>		
Sim	66	46,80
Não / Não souberam/não responderam	60 / 15	42,55 / 10,63
<b>Patologias associadas</b>		
Sim	51	36,17
<i>Cardíaca</i>	30	58,82
<i>Neurológica</i>	03	5,88
<i>Ortopédica</i>	05	9,80
<i>Endócrina</i>	02	3,92
<i>Mais de uma patologia associada</i>	11	21,56
Não/ Não souberam/Não responderam	90	63,82



## Artigo

<b>Hipertensão</b>		
Sim	109	77,30
Não/Não souberam ou não responderam	30 / 02	21,27 / 1,41
<b>Diabetes</b>		
Sim	64	45,39
Não/Não souberam ou não responderam	77 / 0	54,60 / 0

Investigou-se também, subjetivamente, alguns fatores que contribuem para o declínio clínico e funcional dos indivíduos com DRC, tais como sedentarismo, atividades de lazer, alterações no índice de massa corporal (IMC), albuminemia, anemia, tabagismo, alcoolismo, estresse/ansiedade/depressão, acompanhamento fisioterapêutico e nutricional. Dessa forma, as opções de respostas foram sim, não e não sei, com exceção do índice de massa corporal que foi calculado a partir de dados do prontuário eletrônico além dos valores laboratoriais de albumina e hemoglobina. Os resultados encontram-se na tabela 3.

**Tabela 3:** Fatores de risco e hábitos de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise em duas clínicas da região noroeste do Rio Grande do Sul, Brasil, 2018/19 (n=141).

<i>Variável</i>	<i>n (141)</i>	<i>%(100)</i>
<b>Sedentarismo</b>		
Sim	89	63,12
<b>Atividades de lazer</b>		
Sim	39	27,65
<b>Índice de massa corporal</b>		
<18,5	01 – 1,31% (% n = 76)	0,70
18,5 – 24,9 (normal)	36 – 47,36% (% n = 76)	25,53
25,0 – 29,9 (sobrepeso)	26 – 34,21% (% n = 76)	18,43
< 30,0 (obesidade)	13 – 17,10% (% n = 76)	9,201
Dados incompletos	65	46,09
<b>Albuminemia</b>		
Sim	06	4,25
Não	55 / 80	39,0
Desatualizados		56,73
<b>Anemia</b>		
Sim	116	82,3%



## Artigo

---

<b>Tabagismo</b>		
Sim / Ex-fumante	09 / 46	6,38 / 32,62
Não / Não responderam	85 / 01	60,28 / 0,70
<b>Alcoolismo</b>		
Sim / Ex-alcoólatra	04 / 36	2,83 / 25,53
Não / Não responderam	100 / 01	70,92 / 0,70
<b>Estresse/ Ansiedade/ Depressão</b>		
Sim	60	42,55
<b>Acompanhamento nutricional</b>		
Sim	54	38,29
<b>Realiza fisioterapia semanalmente</b>		
Sim	36	25,53

---

A maioria dos indivíduos (60,28%) não era fumante e não consome bebidas alcoólicas com frequência (70,92%). Alterações psicológicas e do humor estavam presentes em 42,55% dos indivíduos.

Em relação ao hábito de atividades físicas, 36,87% dos indivíduos referiram realizar pelo menos um tipo de atividade física regular e os demais 63,12% se declararam inativos fisicamente. Apesar de frequentemente se ter a presença do profissional fisioterapeuta e profissional de Educação Física nos centros investigados, apenas 25,53% dos indivíduos responderam realizar exercícios intradialíticos. E, em relação às atividades de lazer apenas 27,65% dos indivíduos responderam “sim”.

Dados incompletos, ausentes ou desatualizados dos prontuários clínicos dificultaram a coleta de variáveis para cálculo do IMC. Dos dados válidos (n=76), pode-se perceber que a maior porcentagem dos indivíduos (47,36%) apresentavam IMC dentro dos valores normais de referência de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1995).

Dos participantes da pesquisa, apenas 61 indivíduos tinham dados atualizados (dos últimos três meses) dos níveis séricos de albumina. Destes, apenas 06 indivíduos apresentaram valores menores que 3,5 g/dL. Em relação à anemia, 82,3% (n = 116) dos indivíduos avaliados apresentavam níveis de hemoglobina abaixo do recomendado. Ainda, 60,99% dos indivíduos mencionaram não realizar acompanhamento nutricional e apenas 25,53% realizavam fisioterapia.



Artigo

DISCUSSÃO

A análise dos resultados deste estudo mostrou que a maioria dos indivíduos era do sexo masculino, com média de idade  $60 \pm 13,74$  anos, aposentados, casados, morando com acompanhantes, escolaridade incompleta ao primeiro grau, com filhos e realizava hemodiálise pelo SUS.

Os últimos censos de diálise brasileira descrevem uma população predominantemente masculina nos centros de tratamento renal (THOMÉ, *et. al.*, 2019) e, semelhante ao exposto por nossa pesquisa, um estudo transversal realizado em uma clínica de referência na cidade de Santa Cruz do Sul (RS), a maior parte dos doentes renais crônicos em tratamento hemodialítico eram do sexo masculino (58,19%) (PEREIRA *et al.*, 2016).

A grande maioria dos indivíduos deste estudo tinha idade entre 51 e 70 anos. No Brasil, a distribuição percentual dos doentes renais em hemodiálise encontrava-se 42,6% entre as faixas etárias de 45 a 64 anos, seguida de 22,5% entre 65 a 74 anos e 20,9% entre 20 a 44 anos. Os menores percentuais ficaram em idades iguais ou acima de 75 anos e inferior a 20 anos (THOME, *et. al.*, 2019). No estudo de Valle, Souza e Ribeiro (2013) 75% da população investigada era aposentada. Essa maior representação de número de aposentados ou que recebe auxílio doença, por vezes, é uma limitação imposta pela patologia, uma vez que a DRC pode alterar a capacidade física das pessoas (PEREIRA; SANTOS; ROSSI, 2012) ou, também, em decorrência da própria faixa etária, que em nossa pesquisa ficou com média de 60 anos.

O maior número de pacientes casados ou que moram com companheiros confirma resultados de outro estudo brasileiro e, supõe-se que esse fato pode representar um ponto de apoio e suporte, além de ser facilitador para o enfrentamento da doença e para a adesão ao tratamento (PICCIN *et al.*, 2018). A baixa escolaridade de pacientes em hemodiálise também se destaca como um achado comum em outros estudos de perfis, o que, segundo Oliveira *et al.* (2015) alertam ser um quesito de restrições na compreensão do cuidado em saúde.

Quanto aos dados clínicos, os sinais e sintomas iniciais da DRC foram edema, fraqueza, cansaço, fadiga e dor. Como doença associada a patologia cardíaca prevaleceu. A etiologia de base mais prevalente foi a associação da HAS e DM. O tempo de diagnóstico da doença renal foi de aproximadamente 7,6 anos, a maioria sem tratamento e



## Artigo

acompanhamento pré-dialítico. O tempo de tratamento hemodialítico foi de  $42,5 \pm 40,6$  meses.

A DRC, por sua característica silenciosa, faz com que os primeiros sintomas possam demorar anos para começar a aparecer, e mesmo assim, indivíduos, familiares e até mesmo os profissionais da saúde não estão preparados suficientemente para identificar a DRC (FREITAS, 2017). Porém, com um diagnóstico precoce e uma abordagem multidisciplinar voltada não só ao tratamento da doença, mas a educação frente a uma patologia progressiva algumas complicações podem ser evitadas e a intervenção realizada precocemente, facilitando o acesso ao atendimento especializado.

Em nosso estudo, uma porcentagem importante dos indivíduos (63,8%), não sabe informar a presença ou não de comorbidades associadas. Este posicionamento dos indivíduos frente à própria situação de saúde nos remete a refletir sobre a maneira de promover educação no processo saúde-doença. Dos indivíduos que souberam responder, a patologia cardíaca foi a que prevaleceu e, a HAS também está relatada no perfil clínico. Os fatores de risco e mortalidade cardiovascular são maiores em indivíduos com doença renal em estágio terminal do que na população geral (BABUA *et al.*, 2015) e, é observada uma associação entre DRC com aumento do risco de doença cardiovascular em grupos de alto risco e população geral que apresentam baixos índices de filtração glomerular e albuminúria (MATSUSHITA *et al.*, 2010).

A hipertensão arterial está fortemente relacionada à DRC. A deterioração da função renal provoca aumento da pressão arterial e a presença sustentada de altos níveis pressóricos induz e agrava a disfunção renal (JUDD e CALHOUN, 2015). Entretanto, de acordo com Townsend e Taler (2015), a HAS é um dos achados mais frequentes nos doentes renais (67-92%) e sua prevalência aumenta com o grau de disfunção renal (IHM, 2015).

É notável que as ações de tratamento conservador e prevenção de doenças crônicas não são resolutivas, ou provavelmente, não acontecem. Um grande número porcentagem dos indivíduos em nosso estudo nem ao menos realizou acompanhamento pré-dialítico. Os censos da SBN demonstram desde os primórdios que os principais diagnósticos de base da doença renal são a HAS (34% em 2017) e o DM (31% em 2017). A SBN reforça anualmente que o tratamento conservador deve ser começado imediatamente ao se diagnosticar a doença base, visando evitar e/ou retardar o acometimento da função renal e, quando já existe o comprometimento renal, busca-se reduzir os sintomas e prevenir complicações associadas. O tratamento conservador pode ser mantido por muitos anos, até



Artigo

que os sinais e sintomas, geralmente provocados pela uremia, comecem a apresentar impacto negativo na vida do paciente. Logo, o tratamento dialítico é indicado a fim de que se garanta melhor qualidade de vida e sobrevida aos pacientes e, quanto mais precoce se começar o tratamento conservador maior são as chances para preservar a função dos rins por mais tempo (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Um estudo realizado em uma das maiores clínicas renais do estado do Rio Grande do Sul, a Clínica Renal de Santa Maria Ltda, verificou que uma porcentagem expressiva de pacientes (64,5%) não realizou tratamento conservador para a DRC antes do início da hemodiálise (PICCIN *et al.*, 2018). Internacionalmente, o relatório de 2013 do Sistema de Dados Renais dos Estados Unidos (U.S. Renal Data System – USRDS, 2013) revela que 42% dos pacientes renais crônicos não tiveram acesso a um nefrologista antes de iniciarem um programa dialítico. Essas porcentagens nos atentam um olhar para a qualidade da atenção básica de saúde. Moraes *et al.* (2017) analisaram o letramento funcional em saúde e perceberam em seu estudo que os doentes renais crônicos em tratamento pré-dialítico apresentam dificuldades em processar as informações em saúde recebidas, transformá-las em conhecimento e assim aplicá-las em prol do autogerenciamento da doença. Logo, a abordagem em saúde deve ser embasada pela realidade contextual do indivíduo e a aprendizagem deste deve ser regularmente avaliada, a fim de que se alcancem os objetivos das ações/intervenções/conduas.

Observa-se uma sobrevida maior de cinco anos nas pessoas em tratamento hemodialítico, no entanto, é necessário planejamento na assistência para que essa maior sobrevida seja acompanhada também de melhor qualidade de vida (BOSENBECKER *et al.*, 2015). Teixeira *et al.* (2015) desenvolveram um estudo longitudinal no Maranhão com pacientes em hemodiálise e como resultados demonstraram uma taxa de mortalidade de 24,69%, com sobrevida de 84,71% em um ano e 63,32% em cinco anos de tratamento. Os autores mencionaram que a taxa de sobrevida é maior em pacientes que iniciam a hemodiálise com menos de 60 anos quando comparados com idades superiores.

O principal acesso vascular utilizado em hemodiálise é a FAV. A literatura aponta que a FAV oferece menores riscos de complicação e assim, reduz os períodos de hospitalização, taxas de morbidade e mortalidade, bem como os custos à saúde (SOLID; CARLIN, 2012). Neste sentido, surge a necessidade do adequado acompanhamento pré-dialítico para que aconteça a indicação e a confecção precoce da FAV, o que poderia evitar a utilização dos cateteres e consequentemente suas complicações.



## Artigo

O sedentarismo e a presença de anemia foram as variáveis mais expressivas nos resultados dos fatores de risco e hábitos de vida que interferem nos desfechos em saúde. Vários estudos na área de renoproteção têm esclarecido estratégias e possíveis tratamentos para minimizar complicações e/ou lentificar a progressão da DRC. Além disso, apresentam claramente tais fatores e o possível manejo dos mesmos (BRASIL, 2018; BRITO-ASHURST *et al.*, 2009; GOICOECHEA *et al.*, 2010; ISAKOVA *et al.*, 2011; SCHAEFER, 2012; SCHMIEDER *et al.*, 2014; SIU *et al.*, 2006; WÜHL e SCHAEFER, 2008; TAAL, 2004;).

Pesquisas brasileiras e internacionais mencionam os benefícios da prática regular de atividades físicas com efeitos significativos na funcionalidade e conseqüentemente na qualidade de vida dos indivíduos com DRC. A fisioterapia na hemodiálise contribui para a melhora da capacidade funcional, aspectos físicos e também psicológicos dos doentes renais (MARCHESAN, M. *et al.*, 2016; SOARES; VIESSER; RZNISKI; BRUM, 2011). Entretanto, confirmando os nossos dados, ainda é grande o número de pacientes sedentários e/ou com baixos níveis de atividade física (NASCIMENTO; COUTINHO; SILVA, 2012; CIGARROA *et al.*, 2016). Freire *et al.* (2017) demonstraram que realizar atividades físicas com frequência pode contribuir física e psicologicamente nesta população e ir além, quando realizado exercícios físicos no período intradialítico pode auxiliar para a melhoria da eficiência de diálise.

O estresse, ansiedade e depressão foram citados por 42,55% indivíduos desta pesquisa. Os transtornos de humor em DRC são mencionados com maior frequência do que em relação à população geral (STASIAK; BAZAN; KUSS; SCHUINSKI; BARONI, 2014), Ottaviani *et al.* (2016) em sua pesquisa encontraram uma prevalência de ansiedade e depressão de 33,0% e 16,0% respectivamente.

Consideramos que associado à intervenção intradialítica os profissionais da saúde atuem como agentes promotores de educação, incentivem, orientem e conduzam ações que propõem à integralidade do cuidado. Confirmando ao nosso achado Costa, Coutinho e Santana (2014) verificaram que uma parte considerável dos doentes renais afirma não seguir a dieta e orientações nutricionais, apesar de saberem da importância que ela possui para o tratamento da doença. O IMC pode ser considerado um bom indicador nutricional desde que associado a outros preditores, tais como pregas cutâneas, circunferências corporais, consumo alimentar e exames laboratoriais a fim de fornecer um diagnóstico nutricional preciso e fidedigno (DOS SANTOS *et al.*, 2015). Entre os exames laboratoriais, a albumina sérica se destaca entre os fatores de prognóstico clínicos e





## Artigo

também relacionados ao estado nutricional, todavia é discutível suas influências, pois os níveis séricos de albumina refletem diferentes situações clínicas, inclusive inflamação, estritamente presente nessa população (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2013; BHARADWAJ *et al.*, 2016; KADIRI; NECHBA; OUALIM, 2011; MUTSERT *et al.*, 2009). Mudanças nos hábitos alimentares são capazes de minimizar complicações e manifestações clínicas da doença renal (DOS SANTOS *et al.*, 2016).

Um sinal de alerta para nossos indivíduos e para os profissionais dos centros investigados é o fato de que 82,3% apresentaram níveis de hemoglobina inferiores ao recomendado. Há, cientificamente confirmado, que a anemia contribui para o aumento de complicações cardiovasculares e sobrecarga cardíaca, o que aumenta o risco de óbito (RIELLA, 2010). Além disso, indivíduos com DRC e anemia apresentam sintomas que interferem na qualidade de vida (KLIGER, FISHBANE, FINKELSTEIN; 2012).

Quanto à prática de atividades de lazer, percebeu-se que dos indivíduos que responderam realizar atividades de lazer frequentemente 77% apresentam idade superior a 50 anos e referem como um momento de lazer as atividades desenvolvidas pelos grupos de terceira idade. As práticas de lazer, a implantação de projetos e a inserção de atividades que propiciem bem-estar e segurança e que façam do indivíduo o protagonista das ações facilitarão a interação e convívio social dos mesmos, possibilitando novos aprendizados no ambiente no qual está inserido e facilitando ações em diversos setores (DA SILVA; DA SILVA, 2018). Neste sentido, utilizar alternativas complementares é uma boa opção para integrar-se com as ações tradicionais de saúde e ser um fator estimulante para a participação constante dos indivíduos e assim conseguir alcançar uma abordagem firmemente baseado nos princípios e diretrizes do SUS.

A aplicabilidade de estratégias para promoção, prevenção e tratamento da doença renal deve ser direcionada levando em consideração as características de subgrupos e o contexto no qual estes estão inseridos. Assim, pesquisas mais específicas fornecem dados que, a partir da discussão e comparação dos mesmos, é possível definir melhores objetivos para a assistência dos doentes renais, além de melhorar a educação em saúde e, inclusive atentar para melhorar o cuidado em atenção primária de uma determinada região. Como limitação do estudo podemos citar a não participação dos indivíduos como todo, por vezes relacionada ao excesso de pesquisas nos centros, desinformação quanto aos possíveis benefícios e retorno precário dos resultados. Outra limitação é o escasso tempo de contato entre pesquisadores e participantes, o que dificulta o vínculo e conseqüentemente a adesão aos protocolos de pesquisa, inclusive mesmo quando durante a sessão de hemodiálise.



**Artigo**

**CONCLUSÃO**

A maioria dos participantes desta pesquisa é do sexo masculino, com idade entre 51 e 70 anos, aposentados, casados, com filhos e baixa escolaridade. Realizam hemodiálise custeada pelo SUS e necessitam de acompanhante nas sessões de hemodiálise. O principal sinal inicial referido foi edema. A etiologia prevalente é a HAS associada ao DM e a patologia cardíaca foi a mais mencionada como patologia associada. A média de tempo de diagnóstico foi de 7,6 anos e de tratamento hemodialítico de 3,5 anos. A via de acesso mais utilizada é a FAV. Em relação aos hábitos de vida predominou os sedentários, eutróficos, anêmicos, não fumantes, não alcoólatras. Grande parte dos indivíduos não frequentam ações da fisioterapia, nutricionista e de lazer.

Nesta pesquisa também identificamos a necessidade de melhorar o diálogo e a clareza das informações além das ações educativas entre os pacientes em todos os estágios da doença renal, levando em consideração aspectos próprios do contexto em que os indivíduos estão inseridos. A equipe multiprofissional precisa abordar estratégias funcionais, que reflitam além da doença e que promovam a interação adequada entre usuários, profissionais e sistema de saúde, a fim de favorecer a compreensão da dimensão do processo saúde-doença.

**REFERÊNCIAS**

ALMEIDA, A. F.; SERAFINO, G. C.; LUZ, A. B. Agregação familiar da doença renal crônica secundária à hipertensão arterial ou diabetes mellitus: estudo caso-controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 471-478, 2015.

ARAÚJO FILHO, J. C. *et al.* Nível de atividade física de pacientes em hemodiálise: um estudo de corte transversal. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 23, n. 3, p. 234-240, 2016.

BABUA, C. *et al.* Cardiovascular risk factors among patients with chronic kidney disease attending a tertiary hospital in Uganda. **Cardiovascular Journal**, v. 26, n.4, p.177-180, 2015.



**Artigo**

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011.

BHARADWAJ, S. *et al.* Malnutrition: laboratory markers vs nutritional assessment. **Gastroenterology report**, v. 4, n. 4, p.272-280, 2016.

BOSENBECKER, N. R. V. *et al.* Perfil das pessoas em hemodiálise de um serviço de nefrologia. **Journal of Nursing and Health**, v. 5, n. 1, p. 38-46, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

BRITO-ASHURST, I. *et al.* Bicarbonate supplementation slows progression of CKD and improves nutritional status. **Journal of the American Society of Nephrology**, v. 20, p. 2075-2084, 2009.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 2, p. 19-38, 2013.

CIGARROA, I. *et al.* Efectos de un programa de ejercicio de fuerza-resistencia muscular en la capacidad funcional, fuerza y calidad de vida de adultos con enfermedad renal crónica em hemodiálisis. **Revista Médica de Chile**, v.144, n. 7, p.844-852, 2016.



**Artigo**

COSTA, F. G.; COUTINHO, M. P. L.; DE SANTANA, I. O. Insuficiência renal crônica: representações sociais de pacientes com e sem depressão. **Psico-USF**, v. 19, n. 3, p. 387-398, 2014.

DA SILVA, R. L.; DA SILVA, L. A.; RODRIGUES, S. M. Lazer e qualidade de vida na terceira idade: o caso de um bairro de reassentamento urbano coletivo em Altamira-Pará. **Revista Brasileira de Estudos do Lazer**, v. 5, n. 2, p. 105-123, 2018.

DRAIBE, A. (Org.). **Panorama da Doença Renal Crônica no Brasil e no mundo**. UNASUS. Universidade Aberta do SUS e Universidade Federal do Maranhão - UNASUS/UFMA: São Luís, 2014. Disponível em:  
<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2028>

DOS SANTOS, M. B. *et al.* Conhecimento de orientação nutricional em pacientes com nefropatia diabética durante tratamento de hemodiálise reflete no estado nutricional?. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 31, n. 2, p. 156-161, 2016.

DOS SANTOS, A. S. M. *et al.* Relação entre a composição corporal e o estado nutricional de pacientes sob tratamento de hemodiálise. **Revista Ciência & Saberes-Facema**, v. 1, n. 2, p. 119-123, 2015.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012.

FRANCO, S. *et al.* Caracterização do estado nutricional de pacientes com insuficiência renal crônica em programa de hemodiálise na cidade de Guarapuava-Paraná. **Uniciências**, v. 17, n. 1, 2015.

ECKARDT, K. *et al.* Evolving importance of kidney disease: from subspecialty to global health burden. **Lancet Series Global Kidney Disease**, v. 382, n.9887, p. 58-169, jul. 2013.



**Artigo**

FOUQUE, D. *et al.* A proposed nomenclature and diagnostic criteria for protein–energy wasting in acute and chronic kidney disease. **Kidney international**, v. 73, n. 4, p. 391-398, 2008.

FREIRE, A. P. C. F. *et al.* Aplicação de exercício isotônico durante a hemodiálise melhora a eficiência dialítica. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 1, 2017.

FREITAS, M. J. R. **Avaliação da atenção à pessoa portadora de doença renal crônica na atenção básica à saúde na perspectiva de usuários, familiares e profissionais de saúde.** Dissertação (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

GOICOECHEA, M. *et al.* Effect of allopurinol in chronic kidney disease progression and cardiovascular risk. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, v. 5, n. 8, p. 1388-93, 2010.

GUERRA, G. V.; ALVARADO, S.; ESPINA, M. C. Quality of life in people with chronic hemodialysis: association with sociodemographic, medical-clinical and laboratory variables. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 5, p.838-846, 2012.

IHM, C. Hypertension in chronic glomerulonephritis. **Electrolytes & Blood Pressure**, v. 13, n. 2, p. 41-45, 2015.

ISAKOVA, T. *et al.* Vitamin D deficiency, inflammation, and albuminuria in chronic kidney disease: complex interactions. **Journal of Renal Nutrition**, v. 21, n. 4, p. 295-302, 2011.

JUDD, E.; CALHOUN, D. A. Management of hypertension in CKD: beyond the guidelines. **Advances in chronic kidney disease**, v.22, n. 2, p. 116-22, 2015.

KADIRI, M. E. M.; NECHBA, R.B.; OUALIM, Z. Factors predicting malnutrition in hemodialysis patients. **Saudi Journal of Kidney Disease and Transplantation**, v. 22, n.4, p.695-704, 2011.



**Artigo**

KLIGER, A. S.; FISHBANE, S.; FINKELSTEIN, F. O. Agentes estimulantes eritropoiéticos e qualidade de vida de um paciente: Individualizando o tratamento da anemia. **Revista Clínica da Sociedade Americana de Nefrologia**, v. 7, n. 2, p. 354-357, 2012.

MARCHESAN, M. *et al.*, 2016; Physical exercise modifies the functional capacity of elderly patients on hemodialysis. **Fisioterapia em Movimento**, v. 29, p. 351-359, 2016.

MATSUSHITA, K. *et al.* Association of estimated glomerular filtration rate and albuminuria with all-cause and cardiovascular mortality in general population cohorts: a collaborative meta-analysis. **Lancet**, v. 375, n. 9731, p. 2073-81, 2010.

MORAES, K. L. *et al.* Letramento funcional em saúde e conhecimento de doentes renais em tratamento pré-dialítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 1, 2017.

MUTSERT, R. *et al.* Association between serum albumin and mortality in dialysis patients is partly explained by inflammation, and not by malnutrition. **Journal of Renal Nutrition**, v. 19, n. 2, p. 127-135, 2009.

NASCIMENTO, L. C. A.; COUTINHO, E. B.; SILVA, K. N. G. Efetividade do exercício físico na insuficiência renal crônica. **Fisioterapia e Movimento**, n.25, v.1, p.231-239, 2012.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. National Institute of Diabetes & Digestive & Kidney Diseases. Annual Data Report: **Atlas of Chronic Kidney Disease in the United States**. Bethesda, MD: USRDS, v.1, 2013.

U.S. Renals Data System Relatório Annual de Dados USRDS. **Atlas da doença renal crônica e doença renal terminal nos Estados Unidos**. National Institutes of Health. National Institute of Diabetes & Digestive & Kidney Diseases: Bethesda, EUA, 2013.

OLIVEIRA, C. S. *et al.* Perfil dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 29, n. 1, 2015.



**Artigo**

OTTAVIANI, A. C. *et al.* Associação entre ansiedade e depressão e a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 3, 2016.

PEREIRA, A. F. B. *et al.* Perfil Epidemiológico de Pacientes Portadores de Doença Renal Crônica Terminal em Programa de Hemodiálise em Clínica de Santa Cruz do Sul-RS. **Blucher Medical Proceedings**, v. 2, n. 7, p. 193-198, 2016.

PEREIRA, S. S.; SANTOS, L. F.; ROSSI, V. E. C. Qualidade de vida dos pacientes em tratamento hemodialítico em uma cidade do interior de Minas Gerais. **Saúde & Transformação Social**, v. 3, n. 4, p. 54-61, 2012.

PICCIN, C. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes renais crônicos na hemodiálise. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 12, n. 12, 2018.

RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SCHAEFER, B.; WÜHL, E. Educational Paper: Progression in chronic kidney disease and prevention strategies. **European Journal of Pediatrics**, v. 171, n. 11, p.1579-1588, 2012.

SCHMIEDER, R. E. *et al.* Mortalidade e morbidade em relação às alterações da albuminúria, glicemia e pressão arterial sistólica: uma análise dos estudos ONTARGET e TRANSCEND. **Diabetologia**, v. 57, n. 10, p. 2019-2029, 2014.

STASIAK, C. E. S. *et al.* Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 36, n. 3, p.325-331, 2014.

SOARES, K. T. A. *et al.* Eficácia de um protocolo de exercícios físicos em pacientes com insuficiência renal crônica, durante o tratamento de hemodiálise, avaliada pelo SF-36. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 1, p.133-140, 2011.



**Artigo**

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo de diálise**. 2017. Disponível em: <[http:// www.sbn.org.br/censo-brasileiro](http://www.sbn.org.br/censo-brasileiro)> Acesso em fevereiro de 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Registro Brasileiro de Diálise**. Disponível em: <<https://sbn.org.br/registro-brasileiro-de-dialise/>> Acesso em março de 2019.

SOLID, C. A. CARLIN, C. Timing of Arteriovenous Fistula Placement and Medicare Costs During Dialysis Initiation. **American Journal of Nephrology**, v. 35, n. 6, p. 498-508, 2012.

SIU, Y. P. *et al.* Use of allopurinol in slowing the progression of renal disease through its ability to lower serum uric acid level. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 47, p. 51-59, 2006.

TAAL, M. W. Slowing the progression of adult chronic kidney disease. **Drugs**, v. 64, n. 20, p.2273-2289, 2004.

TEIXEIRA, F. I. R. *et al.* Sobrevida de pacientes em hemodiálise em um hospital universitário. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 37, n. 1, p.64-71, 2015.

TELLES, C. T. *et al.* Perfil sociodemográfico, clínico e laboratorial de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 3, 2014.

THOMÉ, F. S. *et al.* Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, n. AHEAD, 2019.

TOWNSEND, R. R.; TALER, S. J. Management of hypertension in chronic kidney disease. **Nature Reviews Nephrology**, v. 11, n. 9, p. 555-563, 2015.

VALLE, L. S.; SOUZA, V. F.; RIBEIRO, A. M. Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Estudos de Psicologia**, v. 30, n. 1, p. 131-138, 2013.





**Artigo**

VIVEKANAND, J.H.A. *et al.* Chronic kidney disease: global dimensions and perspectives. **Lancet, Series Global Kidney Disease**, v. 382, n. 9888, p. 260-272, 2013.

World Health Organization (WHO). **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneve: WHO, 1995.

WÜHL, E.; SCHAEFER, F. Therapeutic strategies to slow chronic kidney disease progression. **Pediatric Nephrology**, v, 23, n. 5, p. 705-716, 2008.



**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS DOENTES RENAIIS CRÔNICOS EM  
TRATAMENTO HEMODIÁLITICO: UM ESTUDO DA REGIÃO NOROESTE DO ESTADO  
DO RIO GRANDE DO SUL**

Páginas 407 a 432

Artigo

**PERFIL E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO ÓBITO DE INDIVÍDUOS  
COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

**PROFILE AND RISK FACTORS ASSOCIATED WITH DEATH OF  
INDIVIDUALS WITH CEREBROVASCULAR ACCIDENT**

Jéssica Soares Ramalho de Oliveira<sup>1</sup>  
Luciana de Moura Mendes de Lima<sup>2</sup>  
Danyelle Nóbrega de Fárias<sup>3</sup>  
Nuno Ricardo Tiene Lima Moreira<sup>4</sup>  
Geraldo Eduardo Guedes de Brito<sup>5</sup>  
Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro<sup>6</sup>

**RESUMO** - O acidente vascular encefálico é uma alteração neurológica de rápido desenvolvimento causada por uma interrupção do fluxo sanguíneo em determinada área encefálica. Representa uma das principais causas incapacidade e óbito no mundo. Portanto, o estudo teve como objetivos caracterizar o perfil de sujeitos acometidos por acidente vascular encefálico admitidos em um hospital público no estado da Paraíba e verificar os fatores de risco associados ao óbito. O estudo foi caracterizado por um recorte de um estudo longitudinal observacional, com 77 indivíduos de ambos os sexos, admitidos em um hospital público no estado da Paraíba, que apresentaram como causa primária da internação o acidente vascular encefálico. Foi utilizada a estatística descritiva e o modelo de regressão logística. Foi verificada uma distribuição homogênea entre os sexos, enquanto em relação à faixa etária a maioria tinha mais de 60 anos. Grande parte dos sujeitos possuía baixa ou nenhuma escolaridade (80,6%) e a metade dos indivíduos da pesquisa possuíam relação estável. Mais da metade (57,1%) foram identificados como

<sup>1</sup> Fisioterapeuta pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba.

<sup>2</sup> Mestre e doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisões e Saúde, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba. E-mail:lucianamm\_@hotmail.com

<sup>3</sup> Mestre e doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisões e Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba.

<sup>4</sup> Mestre e doutorando no Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisões e Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba.

<sup>5</sup> Docente do departamento de Fisioterapia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba.

<sup>6</sup> Docente do departamento de Fisioterapia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba.



## Artigo

pardos pelo prontuário hospitalar e mais de 80% possuía cuidador. Em relação às características clínicas, a maioria dos entrevistados foi acometida por AVE do tipo isquêmico (71,4%) e a metade foi afetado do lado direito (50,6%). Grande parte dos sujeitos era hipertenso (71,4%), não diabético (75,3%) e permaneceram internados por períodos superiores há 24 horas (63,9%). Foi constatado que 42,2% dos sujeitos evoluíram ao óbito. Os fatores de risco foram: raça/cor parda (OR= 14,87), presença de cuidador (OR= 4,83) e hipertensos (OR= 0,25). Esses achados podem contribuir para o planejamento e fortalecimento de ações de prevenção e promoção à saúde dessa população e para o conhecimento dos fatores de risco associado ao óbito, assim subsidiando os gestores públicos e profissionais de saúde no processo de tomada de decisão.

**Palavras-chave:** Acidente Cerebrovascular; Fatores de Risco; Óbito; Regressão Logística.

**ABSTRACT** - Cerebrovascular accident is a neurological disorder of the rapid development caused by an interruption of blood flow in specific brain area. It represents one of the main causes of disability and death in the world. Therefore, the study aimed to characterize the profile of cerebrovascular accident patients admitted to a public hospital in the state of Paraíba and to verify the risk factors associated with death. The study was characterized by a longitudinal observational study with 77 individuals of both sexes admitted to a public hospital in the state of Paraíba, who presented the primary cause of hospitalization for cerebrovascular accident. Descriptive statistics and the logistic regression model were used. A homogeneous distribution was found between the sexes, whereas in relation to the age group the majority was over 60 years old. Most subjects had low or no schooling (80.6%) and half of the subjects had a stable relationship. More than half (57.1%) were identified as pardos by hospital records and more than 80% had caregivers. Regarding clinical characteristics, most of the interviewees were affected by ischemic cerebrovascular accident (71.4%) and half were affected on the right side (50.6%). Most of the subjects were hypertensive (71.4%), non-diabetic (75.3%) and remained hospitalized for longer periods 24 hours (63.9%). It was found that 42.2% of the subjects evolved to death. Risk factors were: race/brown color (OR=14.87), presence of caregiver (OR=4.83) and hypertensive (OR=0.25). These findings can contribute to the planning and strengthening of prevention and health promotion actions for this population



**Artigo**

and to knowledge of the risk factors associated with death, thus subsidizing public managers and health professionals in the decision-making process.

**Keywords:** Stroke; Risk Factors; Death; Logistic Regression.

## INTRODUÇÃO

O perfil epidemiológico mundial é caracterizado por uma expressiva prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais se destacam os agravos cerebrovasculares (MONTEIRO et al., 2013). Neste grupo de patologias ressalta-se o Acidente Vascular Encefálico (AVE), a mais frequente e comprometedor (BROL; BORTOLOTO; MAGAGNIN, 2009), podendo causar, entre outras, incapacidades nas funções cognitivas e motoras (BUCHAN; BALAMI; ARBA, 2013).

O AVE é decorrente da interrupção do fluxo sanguíneo para o encéfalo ocorrendo de maneira rápida. Sua incidência aumenta com o avançar da idade e duplica a cada década de vida a partir dos 55 anos (UMPHRED, 2009). Representa uma das primeiras causas de incapacidade prolongada e comprometimento funcional em adultos e de óbito no Brasil e no mundo (BUCHAN, BALAMI, ARBA, 2013; LOZANO et al., 2012) refletindo em um problema de saúde pública mundial.

Entre os anos de 2014 e 2018, foram registrados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) 745.099 mil internações por AVE no Brasil, com uma taxa de óbitos de aproximadamente 16% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). A região Nordeste ocupou a 2ª posição ficando atrás apenas da região Sudeste em relação ao número de internações e da região Norte no que se refere à taxa de mortalidade. Enquanto, no estado da Paraíba foram registrados 8.035 internações por AVE, com uma taxa de mortalidade de 19,75% refletindo uma taxa maior do que a média nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Portanto, diversos fatores se relacionam ao aumento de chance de óbito, como exemplo: AVE do tipo hemorrágico, a classe social, escolaridade baixa e viver em áreas demográficas vulneráveis (STRAZZULLO et al., 2010). Entretanto, estratégias de prevenção, diagnóstico e intervenção precoce podem auxiliar na diminuição da taxa de mortalidade pela doença (ARAÚJO et al., 2018).

Diante da magnitude do problema, a análise dos fatores de risco associados ao óbito em indivíduos acometidos por AVE pode oferecer subsídios para o planejamento e



## Artigo

gerenciamento das ações de saúde. Além disso, conhecer e compreender estes fatores contribui para que novas medidas de prevenção e intervenção sejam tomadas, podendo, inclusive, reduzir o ônus gerado para os indivíduos, a sociedade e o Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, o estudo teve como objetivos caracterizar o perfil de sujeitos acometidos por AVE admitidos em um hospital público no estado da Paraíba e verificar os fatores de risco associados ao óbito.

## MÉTODOS

O estudo é caracterizado por um recorte de um estudo quantitativo longitudinal, operacionalizado a partir dos dados referentes a quatro ondas de inquéritos por meio de visitas domiciliares (MENDES et al, 2016). A população foi composta por 107 sujeitos de ambos os sexos, residentes dos municípios de João Pessoa e Cabedelo, Paraíba, admitidos em um hospital público da região metropolitana na capital entre os meses de abril e maio de 2013, que apresentaram o AVE como causa primária no Boletim de Emergência (BE) e tiveram diagnóstico confirmado no prontuário hospitalar (MENDES et al, 2016). Desta população, 30 foram excluídos do estudo por impossibilidade de localização devido à insuficiência de dados, por residirem em outra cidade ou terem recusado a participar da pesquisa. Logo, o número final de sujeitos para o seguimento foi de 77.

As informações dos sujeitos eram coletadas por meio dos dados secundários disponibilizados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do hospital, em seguida um grupo de pesquisadores contatava-os informando sobre os objetivos da pesquisa e convidando-os a participar. Quando aceitava, o pesquisador dirigia-se ao domicílio para aplicação do instrumento de avaliação multidimensional da pesquisa nos momentos T0, T1 e T2 (MENDES et al., 2016).

Para o presente estudo foram extraídas as informações referentes ao sexo, idade, nível de escolaridade, estado civil, raça/cor, presença de cuidador, tipo de AVE, lado afetado, fatores de risco, como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), tempo de internação e óbito. Os dados foram tabulados e analisados a partir do *software* estatístico R livre e gratuito. Foi utilizada a estatística descritiva para apresentar as características sociodemográficas e clínicas da amostra e a regressão logística para verificar os fatores de risco sobre a chance dos sujeitos evoluírem ao óbito.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), Universidade Federal da Paraíba, com protocolo



**Artigo**

nº 0372/12 (CAEE: 06573712.9.0000.5188) e obedeceu as diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foi verificada uma distribuição homogênea entre os sexos, enquanto em relação à faixa etária a maioria tinha mais de 60 anos. Grande parte dos sujeitos possuía baixa ou nenhuma escolaridade (80,6%) e a metade dos indivíduos da pesquisa possuíam relação estável. Mais da metade (57,1%) foram identificados como pardos pelo prontuário hospitalar e mais de 80% possuía cuidador (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos indivíduos com AVE, no ano de 2013, João Pessoa e Cabedelo.

<b>Características</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	37	48,1
	Feminino	40	51,9
<b>Faixa etária</b>	Até 60 anos	31	40,3
	> que 60 anos	46	59,7
<b>Escolaridade</b>	Nenhuma	32	41,6
	Ensino Fundamental	30	39,0
	Ensino Médio	11	14,3
	Ensino Superior	4	5,1
<b>União Estável</b>	Sim	39	50,6
	Não	38	49,4
<b>Raça/cor</b>	Branco	21	27,3
	Pardo	44	57,1
	Negro	3	3,9
	Outros	9	11,7
<b>Possui Cuidador</b>	Sim	64	83,2
	Não	13	16,8

A distribuição homogênea entre os sexos no estudo corrobora com a literatura científica (BAUMANN et al., 2012; LUCENA et al., 2011). No que diz respeito a faixa



## Artigo

etária, algumas pesquisas apontam para os mesmos achados (LUCENA et al., 2011; MENDES et al., 2016) refletindo as consequências dos hábitos de vida da sociedade atual, particularmente nas fases mais tardias da vida. Também é importante destacar o expressivo percentual de indivíduos com faixa etária inferior a 60 anos (40,3%). Este segmento populacional trata-se, possivelmente, de sujeitos ativos economicamente podendo acarretar a um afastamento das atividades laborais repercutindo de maneira negativa na sua qualidade de vida.

A baixa escolaridade pode implicar na ausência de medidas preventivas e/ou em dificuldade de acesso às informações de prevenção e promoção a saúde. Em contrapartida, a escolaridade elevada se relaciona com aumento da sobrevida, melhor controle dos fatores de risco para doenças cardiovasculares e melhor capacidade de retorno às atividades de vida diária após acometimentos por AVE (FARIAS, 2014).

O presente estudo concorda com os achados apresentados pela investigação de Canuto, Nogueira e Araújo (2016), em que a maioria dos indivíduos com AVE eram casados. A ausência do laço afetivo pode causar insegurança, anseio, depressão e desenvolvimento de hábitos de vida não saudáveis que podem contribuir para o aparecimento de diversas afecções, dentre elas, o AVE. Em relação à raça/cor, o estudo de Santos et al., (2012) revela uma maior incidência de AVE em indivíduos de raça/cor branca.

As investigações revelam que a maioria dos indivíduos do AVE possuem cuidador (ARAÚJO et al., 2012; RIBEIRO et al., 2013) talvez pelo fato que a doença, geralmente, ocasionam diferentes graus de dependência. Logo, os profissionais de saúde devem compreender o cuidador como sujeito ativo na assistência aos doentes, por meio do reconhecimento da indissociação entre paciente e seu cuidador, considerando as necessidades de ambos (OLIVEIRA; GARANHANI; GARANHANI, 2011).

As características clínicas dos sujeitos com AVE, ano de 2013, nos municípios de João Pessoa e Cabedelo foram verificadas na Tabela 2. A maioria dos entrevistados foi acometido por AVE do tipo isquêmico (71,4%) e a metade foi afetado do lado direito (50,6%). Grande parte dos sujeitos era hipertenso (71,4%), não diabético (75,3%) e permaneceram internados por períodos superiores há 24 horas (63,9%). Durante o período de seguimento do estudo, 44,2% dos sujeitos evoluíram a óbito.



## Artigo

Tabela 2 - Características clínicas dos indivíduos com AVE, no ano de 2013, João Pessoa e Cabedelo.

Características		n	%
<b>Tipo de AVE</b>	Isquêmico	55	71,4
	Hemorrágico	22	28,6
<b>Lado Afetado</b>	Direito	39	50,6
	Esquerdo	33	42,9
	Ambos	5	6,5
<b>Hipertensão Arterial Sistêmica</b>	Sim	55	71,4
	Não	22	28,6
<b>Diabetes Mellitus</b>	Sim	19	24,7
	Não	58	75,3
<b>Tempo de internação</b>	Até 24 horas	28	36,4
	Mais que 24 horas	49	63,6
<b>Óbito</b>	Sim	34	44,2
	Não	43	55,8

Foi verificado uma frequência maior de AVE do tipo isquêmico corroborando com outras pesquisas (MENDES et al., 2016; TRIGUEIRO, GAGLIARDI, 2018). Assim como nos estudos de Canuto, Nogueira, Araújo (2016) e Mendes et al. (2016) houve um maior comprometimento no hemisfério direito dos indivíduos. Essa condição pode dificultar na execução de padrões de movimento, principalmente aos destros.

A HAS é considerada o principal fator de risco ao surgimento do AVE (ROTH et al., 2011). Na população estudada um elevado percentual declarou ter HAS corroborando com as investigações de Canuto, Nogueira, Araújo (2016) e Trigueiro, Gagliardi, 2018. No Brasil, a HAS é o fator de risco mais importante para doença cerebrovascular (LIMA et al., 2014), cuja estimativa de prevalência está em torno de 11 a 20% acima dos 20 anos e 35% acima dos 50 anos. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis prioriza o controle e combate da HAS por meio de ações de promoção e proteção à saúde (BRASIL, 2011). Além disso, a Estratégia de Saúde da Família, a expansão da atenção farmacêutica e distribuição de medicamentos pelo governo brasileiro têm possibilitado aos pacientes com HAS melhorias na sua assistência e acompanhamento (SILVA et al., 2013). A DM foi auto-referida por 24,7% dos sujeitos





## Artigo

analisados no estudo, assemelhando aos resultados de outra investigação (CANUTO, NOGUEIRA, ARAÚJO, 2016).

No estudo desenvolvido por Rolim e Martins (2011) foi constatado que o tempo médio de permanência em hospital público de pacientes com AVE isquêmico foram de 3,18 dias. Vale ressaltar que períodos superiores a 24 horas de internação podem ser justificados pela necessidade de realização de exames, acompanhamento da evolução da doença e prevenção de possíveis complicações e recidivas do AVE.

Dos 77 participantes, 34 evoluíram ao óbito ao longo do estudo, representando 44,2% da população indicando um alto percentual semelhante aos achados de Cordova, Cesarino e Tognola (2007). No Brasil, em 2018, foi registrada uma taxa de mortalidade por AVE de 15,17%, na região Nordeste 16,44% e no estado da Paraíba 20,13% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Há uma discrepância entre os achados do estudo e os apresentados pelos registros oficiais. Este fato pode ser justificado pelo grande número de óbitos por complicações decorrentes do AVE, tais como: edema cerebral, crises convulsivas descontroladas, fraqueza muscular respiratória grave, entre outras, que não são notificados como mortalidade pelo AVE (FARIAS, 2014; POLESE et al., 2013).

Para a elaboração do modelo de regressão logística, inicialmente foi verificado o valor do qui-quadrado entre a variável dependente (óbito) e as independentes: sexo ( $p=0,761$ ), faixa etária ( $p=0,028$ ), escolaridade ( $p=0,954$ ), união estável ( $p=0,919$ ), raça/cor ( $p=0,007$ ), cuidadores ( $p=0,001$ ), tipo de AVE ( $p=0,717$ ), lado afetado ( $p=0,202$ ), hipertenso ( $p=0,029$ ), diabético ( $p=0,459$ ) e tempo de internação ( $p=0,037$ ). Para a seleção das variáveis destinadas a regressão, foi adotado um  $p<0,20$  como nível crítico e a partir da distribuição de frequência para variável dependente a mesma admitiu  $\beta=4$ . O modelo de regressão foi construído por quatro variáveis e foi verificado que os fatores associados ao óbito foram: presença de cuidador, hipertenso e a raça/cor parda, ajustados pela faixa etária (Tabela 3). O sujeito com cuidador apresentou 14,9 vezes mais chance de evoluir a óbito. O fator raça/cor aumentou em 4,8 vezes e a hipertensão em 4 vezes a chance de óbito pós-AVE. O modelo foi ajustado pelo teste de Hosmer and Lemeshow (0,705) (HOSMER JR; LEMESHOW; STURDIVANT, 2013).

Tabela 3- Modelo de regressão logística.

Variáveis	Odds Ratio	p-valor
Ter cuidador	14,878	0,022
Raça/cor parda	4,837	0,012
Presença de hipertensão	0,251	0,027



**Artigo**

A *Odds Ratio* (OR) pode ser entendida como um estimador de risco relativo, a medida de intensidade de associação ou possibilidade de ocorrência (MONTGOMERY; PECK; VINING, 2012). O modelo evidenciou que os fatores independentes considerados de risco para óbito de sujeitos acometidos por AVE foram: presença de cuidador, raça/cor parda e diagnóstico de HAS.

O cuidador pode ser relacionado com o risco de óbito uma vez que a presença dele é necessária, visto que o estado/gravidade da condição de saúde do sujeito exige a presença de maiores cuidados. Não foram encontrados estudos em que relacionavam a presença do cuidado ao óbito por AVE. Em relação à etnia, as taxas de mortalidade cerebrovascular demonstraram que o risco de morrer é maior em negros, seguidos por pardos e geralmente menor em brancos (LOTUFO; BENSON, 2013).

Frente a hipertensão, o controle da pressão arterial deve ser considerado determinante na redução da mortalidade dos eventos cerebrovasculares, Lotufo et al. (2017) referem ainda que a diminuição da taxa de óbito por AVE antecede ao uso de medicamentos anti-hipertensivos. É importante o planejamento e a execução de ações de saúde na atenção primária a saúde, incluindo medidas educativas em relação à alimentação saudável, atividade física regular e controle da pressão arterial sistêmica como forma de evitar um possível AVE ou minimizar suas consequências.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo permitiu conhecer as características sociodemográficas e clínicas dos indivíduos com AVE residentes dos municípios de João Pessoa e Cabedelo, no estado da Paraíba e averiguar os fatores de risco associados ao óbito. Os achados do estudo podem subsidiar os gestores públicos e profissionais de saúde no processo de tomada de decisão, como exemplos: no planejamento de ações de promoção e prevenção a saúde, manutenção ou fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e também no conhecimento dos principais fatores associado ao óbito por AVE. Além disso, foi possível verificar a eficiência e utilidade da metodologia empregada.



**Artigo**

**REFERÊNCIAS**

ARAÚJO, J.P. et al. Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Município de Maringá, Paraná entre os Anos de 2005 a 2015. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 31, n. 1, p. 56-62, 2018.

ARAÚJO, J.S. et al. O perfil representacional dos cuidadores de pacientes acometido por acidente vascular cerebral. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v.3, n. 3, p. 574-586, 2012.

BAUMANN, M. et al. Life satisfaction two-years after stroke onset: the effects of gender, sex occupational status, memory function and quality of life among stroke patients (Newsqol) and their family caregivers (Whoqol-bref) in Luxembourg. **BMC neurology**, v. 12, n. 1, p. 105, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)**. Brasília; 2011.

BROL, A.M.; BORTOLOTO, F.; MAGAGNIN, N.M.S. Tratamento de restrição e indução do movimento na reabilitação funcional de pacientes pós acidente vascular encefálico: uma revisão bibliográfica. **Fisioterapia em Movimento**, v. 22, n. 4, p.497-509, 2009.

BUCHAN, A.M.; BALAMI, J.S.; ARBA, F. Epidemiologia da prevenção do acidente vascular cerebral e urgência do tratamento. In: SPENCE, J.D. **Acidente vascular cerebral: prevenção, tratamento e reabilitação**. Porto Alegre: AMGH, 2013.

CANUTO, M.A.O.; NOGUEIRA, L.T.; ARAÚJO, T.M.E. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas após acidente vascular cerebral. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 245-252, 2016.

CORDOVA, R.A.M.; CESARINO, C.B.; TOGNOLA, W.A. Avaliação clínica evolutiva de pacientes pós-primeiro Acidente Vascular Encefálico e seus cuidadores. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 2, p. 71-75, 2007.



**Artigo**

FARIAS, N.S.O. Mortalidade cardiovascular e desigualdades sociais no município de São Paulo, Brasil, 1996-1998 e 2008-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, p. 57-66, 2014.

GARRITANO, C.R. et al. Análise da tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral no Brasil no século XXI. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.98, n.6, p.519-527, 2012.

HOSMER JR, D.W.; LEMESHOW, S.; STURDIVANT, R., X. **Applied logistic regression**. John Wiley & Sons, 2013.

LIMA, M.L. et al. Qualidade de vida de indivíduos com acidente vascular encefálico e de seus cuidadores de um município do Triângulo Mineiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.17, n. 2, p. 453-64, 2014.

LOTUFO, P.A; BENSENOR, I.J.M. Raça e mortalidade cerebrovascular no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n.6, p. 1201-1204, 2013.

LOTUFO, P.A. et al. Doença cerebrovascular no Brasil de 1990 a 2015: global burden of disease 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.20, n. 1, p. 453-64, 2017.

LOZANO, R. et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2095-2128, 2012.

LUCENA, E.M.F. et al. A funcionalidade de usuários acometidos por AVE em conformidade com a acessibilidade à reabilitação. **Acta fisiátrica**, v. 18, n. 3, p. 112-118, 2011.

MENDES, L.M. et al. Acesso de sujeitos pós-Acidente Vascular Cerebral aos serviços de fisioterapia. **Journal of Nursing UFPE**, v. 10, n. 2, p. 387-394, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Epidemiológicas e Morbidades**. Disponível



**Artigo**

em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 20 janeiro 2019.

MONTEIRO, R.B.C. et al. Medo de cair e sua relação com a medida da independência funcional e a qualidade de vida em indivíduos após Acidente Vascular Encefálico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2017-2027, 2013.

MONTGOMERY, D.C.; PECK, E.A.; VINING, G.G. **Introduction to linear regression analysis**. John Wiley & Sons, 2012.

OLIVEIRA, B.C.; GARANHANI, M.L.; GARANHANI, M.R. Caregivers of people with stroke: needs, feelings and guidelines provided. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 43-49, 2011.

POLESE, J.C. et al. Estudo de seguimento da função motora de indivíduos pós-acidente vascular encefálico. **Fisioterapia & Pesquisa**, v.20, n.3, p. 222-227, 2013.

RIBEIRO, K.S.Q.S. et al. Perfil de usuários acometidos por Acidente Vascular Cerebral adscritos à Estratégia Saúde da Família em uma capital do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, p. 35-44, 2013.

ROLIM, C.L.R.C.; MARTINS, M. Qualidade do cuidado ao acidente vascular cerebral isquêmico no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n.11, p. 2106-2116, 2011.

ROTH, D.L. et al. Race and Gender Differences in One-Year Outcomes for Community-Dwelling Stroke Survivors with Family Caregivers. **Stroke**, v.42, n.3, p.626-631, 2011.

SANTOS, W.M. et al. Perfil Epidemiológico dos Pacientes sequelados de Acidente Vascular Cerebral: um estudo transversal. **Enciclopédia Biosfera. Centro Científico Conhecer, Goiânia**, v. 8, n. 15, p.1997-2007, 2012.

SILVA, C.S. et al. Blood pressure control and adherence/attachment in hypertensive users of Primary Healthcare. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.3, p.584-590, 2013.



**Artigo**

STRAZZULLO, P. et al. Excess body weight and incidence of stroke: meta-analysis of prospective studies with 2 million participants. **Stroke**, v. 41, n. 5, p. e418-e426, 2010.

TRIGUEIRO, A.C.Q; GAGLIARDI, R.J. Perfil clínico e funcional de pacientes acometidos por acidente vascular cerebral no município de Patos-PB. **Temas em Saúde**, v.19, n.1, p.86-100, 2019.

UMPHRED D.A. **Reabilitação Neurológica**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.



Artigo

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CADASTRADOS COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: REVISÃO DE  
LITERATURA

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS REGISTERED WITH  
ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS: LITERATURE  
REVIEW

Renata Santos Carvalho<sup>1</sup>  
Alcione Pereira da Costa<sup>2</sup>  
Amanda Karen Dantas Morais<sup>3</sup>  
Laysa Maria de Oliveira Nóbrega<sup>4</sup>  
Maria Ferreira da Nóbrega Neta<sup>5</sup>  
Maria Mirtes da Nóbrega<sup>6</sup>

**RESUMO:** A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus representam um importante problema de saúde pública principalmente pelas consequências responsáveis pelo aumento da morbimortalidade, afetando significativamente a qualidade de vida da população portadora de tais doenças. Objetivou-se Descrever através da análise literária o perfil epidemiológico dos pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Trata-se de uma revisão de literatura, de caráter descritivo e exploratório com população e amostra compostas por artigos científicos publicados na base de dados Scielo, Lilacs e Google Acadêmico entre 2012 e 2017. A coleta dos dados ocorreu em setembro de 2017, os quais

---

<sup>1</sup> Enfermeira, Especialista em Políticas Públicas com Ênfase em Estratégia Saúde da Família, pelas FIP-PB.

<sup>2</sup> Discente de enfermagem das Faculdades Integradas de Patos, 5º período, Técnica de Enfermagem na pela Escola Técnica de Enfermagem Dra. Miriam Nóbrega

<sup>3</sup> Nutricionista, Especialista em Políticas Públicas com Ênfase em Estratégia Saúde da Família pelas FIP-PB.

<sup>4</sup> Nutricionista, Especialista em Políticas Públicas com Ênfase em Estratégia Saúde da Família pelas FIP-PB.

<sup>5</sup> Pedagoga, Professora e Coordenadora Pedagógica da Escola Técnica de Saúde Dra. Miriam Nóbrega.

<sup>6</sup> Enfermeira, Mestre em Ciências da Educação, Orientadora e professora das Faculdades Integradas de Patos.



**Artigo**

após uma análise criteriosa foram descritos textualmente. O estudo demonstrou que os indivíduos com Hipertensão e Diabetes Mellitus são em sua maioria mulheres, com baixa escolaridade e idosas. Os principais fatores de risco encontrados foram antecedentes familiares de doenças cardiovasculares, tabagismo, sobrepeso/obesidade e sedentarismo. Destacaram-se também como complicações infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, doenças coronarianas, doenças renais, pé diabético e amputação por diabetes. A partir das análises foi possível perceber que a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus apresentam-se com tendência crescente nos últimos anos, o que reforça a necessidade do desenvolvimento de ações que estimulem hábitos de vida saudáveis e adesão ao tratamento de tais doenças.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Diabetes Mellitus. Saúde Pública.

**ABSTRACT:** Hypertension and Diabetes Mellitus represent an important public health problem mainly due to the consequences responsible for the increase of morbidity and mortality, significantly affecting the quality of life of the population with such diseases. The objective was to describe through the literary analysis the epidemiological profile of patients with hypertension and diabetes mellitus. This is a descriptive and exploratory literature review with population and sample composed of scientific articles published in the Scielo, Lilacs and Google Scholar database between 2012 and 2017. Data collection took place in September 2017, which after careful analysis were described verbatim. The study showed that individuals with hypertension and diabetes mellitus are mostly women, with low education and elderly. The main risk factors found were family history of cardiovascular disease, smoking, overweight / obesity and physical inactivity. Complications were also acute myocardial infarction, stroke, coronary heart disease, kidney disease, diabetic foot and amputation due to diabetes. From the analysis it was possible to realize that Hypertension and Diabetes Mellitus have been increasing with tendency in recent years, which reinforces the need to develop actions that stimulate healthy lifestyle and adherence to the treatment of such diseases.

**Keywords:** Hypertension. Diabetes Mellitus. Public health.





**Artigo**

**INTRODUÇÃO**

Atualmente, a população brasileira tem vivenciado mudanças significativas no perfil de morbimortalidade existente no país, onde as doenças infecciosas e parasitárias vêm sendo cada vez mais substituídas pela ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Estas doenças, por sua vez são consideradas como um importante desafio de saúde pública, principalmente pelos impactos que ocasionam, já que podem levar a incapacidades que afetam tanto a qualidade de vida do indivíduo quanto a economia do país.

Frente a este cenário epidemiológico é possível perceber que o envelhecimento da população, a urbanização crescente e adoção de estilos de vida poucos saudáveis como a inatividade física, dieta inadequada, sobrepeso, obesidade e o tabagismo são considerados grandes responsáveis pela incidência e prevalência das DCNT entre elas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), responsáveis em grande parte por complicações e internações hospitalares de doenças cardiovasculares, como acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio, doença renal crônica e amputações em membros inferiores.

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão (2015), estima-se que a HAS está presente em 30% da população adulta, afetando mais de 50% dos idosos e 5% das crianças e adolescentes brasileiros. Já com relação ao DM, as Diretrizes Brasileiras de Diabetes (2015-2016) estimam que mundialmente a doença acometa cerca de 387 milhões de indivíduos e que até o ano de 2035 possa atingir 471 milhões de pessoas.

No Brasil, o Ministério da Saúde, criou diversos programas destinados ao controle de doenças com grande impacto na população, e no caso da Hipertensão e Diabetes Mellitus, por exemplo, foi instituído no ano de 2002 o Programa HIPERDIA com intuito de reorientar a assistência farmacêutica para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e contínua, bem como o acompanhamento da situação clínica dos pacientes cadastrados (CORTEZ et al., 2015). Entretanto, ainda verifica-se um elevado número de hipertensos e diabéticos que não seguem adequadamente a terapêutica recomendada, o que acarreta inúmeras complicações passíveis de prevenção e controle, contribuindo assim para a elevação da morbimortalidade causada por estas doenças no país.

Diante desse contexto surgiu o interesse em investigar através de uma revisão de literatura a epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus, resultando no seguinte questionamento: Quais as complicações que mais acometem os



**Artigo**

portadores dessas patologias? A realização deste trabalho será de grande relevância, uma vez que permitirá o aprofundamento em relação à temática, como também poderá servir como fonte de informações para acadêmicos, profissionais e pesquisadores, objetivando assim contribuir posteriormente para a formulação e implementação de ações e estratégias que favoreçam a conscientização e adesão desse público para o alcance de uma melhor qualidade de vida e redução dos índices de complicações resultantes de um tratamento ineficaz.

O estudo possui como objetivo geral descrever através da análise literária o perfil epidemiológico dos pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão de literatura, de caráter descritivo e exploratório mediante abordagem do tema Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. A população e amostra do estudo foram compostas por artigos científicos disponíveis nas bases de dados Scielo, Lilacs e Google Acadêmico. Foram utilizados como critérios de inclusão artigos disponibilizados na íntegra, publicados entre 2012 a 2017 e que abordassem a temática em estudo, sendo excluídos aqueles que não seguissem as exigências propostas anteriormente para esta revisão. A coleta dos dados ocorreu durante o mês de setembro de 2017, posteriormente esses dados foram analisados criticamente e descritos textualmente seguindo uma sistematização para melhor compreensão e obtenção do objetivo proposto.

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **Aspectos gerais da Hipertensão Arterial Sistêmica**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode ser definida como a pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em pessoas que não estão fazendo uso de medicamentos anti-hipertensivos (BRASIL, 2014).

É uma condição clínica de origem multifatorial que frequentemente está associada a alterações funcionais e/ou estruturais em órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares (DAUDT, 2013). Possui elevada prevalência e baixas taxas de controle,



## Artigo

constituindo o principal fator de risco para a ocorrência de acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica terminal.

O diagnóstico da hipertensão arterial é feito através da medição da pressão arterial (PA) por profissionais de saúde capacitados, e constitui-se na média da PA superior ou igual a 140/90 mmHg, constatada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, a média das medidas do primeiro dia juntamente com as duas medidas subsequentes são somadas e divididas por três (BRASIL,2013a). A HAS é uma patologia que não exige tecnologias sofisticadas para obter seu diagnóstico e sua terapêutica exige apenas mudanças no estilo de vida ou utilização de medicamentos de fácil acesso e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes (BRASIL, 2013a). Desse modo, a principal finalidade do tratamento é obter a redução da morbimortalidade de doenças cardiovasculares, resultantes dos elevados níveis pressóricos e de outros fatores associados, visando com isso elevar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

### Aspectos gerais do Diabetes Mellitus

O diabetes é uma síndrome metabólica caracterizada por níveis glicêmicos elevados associadas a complicações, disfunções e insuficiência de diversos órgãos, principalmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Decorrente da falta de insulina ou da incapacidade da mesma exercer satisfatoriamente seus efeitos (DAUDT, 2013).

Conforme Brasil (2013b) os tipos mais frequentes de DM são: o DM tipo 1 no qual é resultante da destruição das células beta que leva à deficiência absoluta de insulina, acometendo em geral crianças e adolescentes sem excesso de peso; o DM tipo 2 apresenta uma deficiência relativa de insulina e acomete principalmente adultos com excesso de peso e com histórico familiar de DM tipo 2, no entanto com o aumento da obesidade infantil pode também afetar crianças e jovens; o DM gestacional é uma condição menos severa que o DM tipo 1 e 2, caracterizado por um estado hiperglicêmico detectado durante a gravidez que normalmente costuma desaparecer após o parto ou pode persistir anos depois.

As principais manifestações clínicas que levam a suspeita da doença são: poliúria (aumento da frequência urinária), polidipsia (sede excessiva), polifagia (fome excessiva) e perda de peso inexplicada. De acordo com Brasil (2013b) apesar de estarem presentes no



**Artigo**

DM tipo 2, esses sinais são mais evidentes no tipo 1, podendo evoluir para cetose, desidratação e acidose metabólica. Já no DM tipo 2, o início é insidioso e na maioria das vezes a doença não manifesta sintomas, fazendo com que a suspeita seja feita somente diante da presença de complicações tardias, como proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica, doença arteriosclerótica ou por infecções recorrentes.

Em relação ao diagnóstico de DM são realizados alguns exames capazes de detectar as taxas de glicose no sangue, como por exemplo, a glicemia casual com valor maior ou igual a 200 mg/dL, realizada em qualquer momento do dia, independentemente do horário das refeições; glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas (TTG) maior ou igual a 200 mg/dL e, em alguns casos, hemoglobina glicada-HbA1c maior que 6,5% (BRASIL, 2014).

A principal finalidade do tratamento é possibilitar o controle glicêmico, seja através de mudanças no estilo de vida, ou seja, por meio de uma dieta mais saudável aliada a prática de atividades físicas mais regulares, ou mesmo através do uso de medicações orais e aplicações de insulina. Sendo inclusive de grande importância a realização regular de exames específicos para o acompanhamento da doença e detecção precoce de complicações.

**Importância da assistência prestada aos pacientes portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**

Acerca da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus evidencia-se que o número de pacientes portadores dessas doenças tende a aumentar significativamente nos próximos anos, não apenas em decorrência do envelhecimento populacional, mas principalmente pela adoção de um estilo de vida no qual prevalecem os maus hábitos alimentares, além do sedentarismo, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, entre outros.

Conforme Bechelaine (2014), o maior obstáculo encontrado para o controle dessas doenças é a adesão do paciente ao seu tratamento. Geralmente essa dificuldade advém de baixas condições socioeconômicas, baixo nível de escolaridade, desconhecimento em relação à doença e ao tratamento, idade avançada e ausência de preparo dos familiares. Diante disso é essencial que os profissionais de saúde promovam o esclarecimento desses pacientes em relação ao tratamento da HAS e DM, pois é extremamente necessário orientações quanto à adesão ao tratamento medicamentoso e não



**Artigo**

medicamentoso para o alcance do controle glicêmico e arterial, bem como para a prevenção de possíveis complicações.

Mudanças no estilo de vida através de uma alimentação adequada, especialmente quanto à ingestão de sal e ao controle de peso, a prática de exercícios físicos, o abandono do tabagismo e a redução do consumo de álcool precisam ser oportunamente abordados, pois sem os mesmos o sucesso do tratamento poderá não ser atingido, mesmo com quantidades progressivas de medicações. Com isso, a atuação dos profissionais da Atenção Básica tem sido um instrumento de grande relevância para estimular a adesão das pessoas às diversas ações de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da HAS e DM conscientizando-as sobre essas condições clínicas e estabelecendo metas e estratégias de continuidade do cuidado (BRASIL, 2013a).



## Artigo

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

**Quadro 1:** Distribuição dos artigos selecionados e analisados sobre o perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: uma revisão de literatura segundo autoria, título, ano, local e periódico.

<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Ano</b>	<b>Local</b>	<b>Periódico</b>
Santos e Moreira	Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro	2012	CE	Revista Escola de Enfermagem da USP
Sales et al.	Perfil epidemiológico dos pacientes hipertensos de um centro de saúde, Teresina-PI	2013	PI	Revista Multiprofissional em Saúde do Hospital São Marcos
Pereira et al.	Perfil epidemiológico de hipertensos e diabéticos em uma Estratégia da Saúde da Família de Santa Maria/RS	2014	RS	Revista Disciplinarum Scientia
Souza; Silva e Santos	Análise do perfil da hipertensão e diabetes no município de Jequié-BA	2014	BA	Revista Interscientia
Palmeira e Pinto	Perfil epidemiológico de pacientes com Diabetes Mellitus em Salvador, Bahia, Brasil (2002-2012)	2015	BA	Revista Baiana de Enfermagem
Gimenes et al.	Perfil dos pacientes de Hiperdia no município de Barra Bonita, estado de São Paulo	2016	SP	Revista Fisioterapia em Movimento
Araújo et al.	Perfil de não adesão ao tratamento de usuários com Diabetes e Hipertensão em uma Unidade de Saúde da Família	2016	BA	Revista Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde
Santos et al.	Caracterização do perfil dos hipertensos e diabéticos no estado do Piauí, Brasil – Análise a partir do sistema Hiperdia	2017	PI	Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR
Cargnin; Rosa e Echer	Análise dos registros de usuários do programa Hiperdia	2014	RS	Cogitare Enfermagem
Alves et al.	Dados clínicos dos Pacientes Cadastrados no Programa HiperDia, Itajubá, Minas Gerais, Brasil	2012	MG	Revista Ciências em Saúde



Artigo

Os resultados encontrados na pesquisa de Santos e Moreira (2012), através da análise de 2691 fichas do HIPERDIA em 20 unidades da Secretaria Executiva Regional de Fortaleza entre 2007 a 2009, mostram que os portadores de hipertensão e diabetes mellitus são compostos em sua maioria por mulheres, com faixa etária de 60 a 79 anos. Em relação à raça, grande parte declarou ser branca, amarela ou parda e acerca da escolaridade possuíam apenas 1 a 8 anos de estudo.

Esses achados foram compatíveis com a maioria dos artigos analisados, no que se refere à presença elevada dessas doenças no sexo feminino, com baixo grau de escolaridade e idosos. A grande prevalência de tais patologias no sexo feminino pode estar relacionada ao fato das mulheres buscarem mais os serviços de saúde do que os homens e assim facilitar o diagnóstico. No que diz respeito à faixa etária, um estudo realizado por Souza; Silva e Santos (2014) no município de Jequié-BA revelou grande predominância de hipertensos e diabéticos com idade inferior a 60 anos.

Esse resultado corrobora como outro estudo feito por Palmeira e Pinto (2015) cujo objetivo foi traçar o perfil epidemiológico de pacientes com Diabetes Mellitus em Salvador (BA), no qual detectou maior número de ocorrência de DM tipo 1 e tipo 2 nas faixas etárias de 40 a 59 anos de idade. Um dado bastante significativo, uma vez que a Hipertensão e Diabetes Mellitus apresentam-se com maior proporção em indivíduos com idade superior a 50 anos na maioria das pesquisas realizadas no Brasil, em virtude da ligação entre o envelhecimento e desenvolvimento das DCNT.

Quanto à escolaridade, verificou-se nos estudos selecionados um número expressivo de hipertensos e diabéticos que possuem apenas ensino fundamental. Isso é um fato preocupante, já que o baixo grau de escolaridade pode inviabilizar uma boa adesão dos mesmos em relação aos cuidados exigidos durante o tratamento medicamentoso ou não-medicamentoso. Para Cargnin; Rosa e Echer (2014) é essencial que as equipes de saúde desenvolvam ações de promoção e prevenção à saúde, como realização de visitas domiciliares e criação de grupos de modo a facilitar o acesso e promover maior conscientização dessa população.

Com relação aos fatores de risco para Hipertensão e DM, foram mencionados nas literaturas analisadas: antecedentes familiares de doenças cardiovasculares, tabagismo, sobrepeso/obesidade e sedentarismo. Araújo et al. (2016) cita ainda em seus estudos o estresse como fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. É válido ressaltar que no estudo de Sales et al. (2013) realizado em Teresina-PI, entre os pacientes hipertensos do sexo masculino, o sedentarismo foi o principal fator de risco identificado,



## Artigo

em contrapartida nas mulheres hipertensas, a maioria apresentava o sedentarismo e a obesidade associados. Comparando-se com o grupo de diabéticos, o estudo de Santos et al. (2017) revelou que dentre os hipertensos 28% tinham sobrepeso, 41,2% eram sedentários e 16,9% tabagistas, enquanto que nos diabéticos 28,2%, possuíam sobrepeso, 40,9% tinham sedentarismo e 17,7% eram tabagistas, o que denota poucas diferenças estatísticas em tais fatores abordados. Nesse sentido, é notável a necessidade de ações educativas mediante atuação de uma equipe multidisciplinar, a fim de estimular hábitos de vida saudáveis nesses pacientes e posteriormente evitar complicações futuras resultantes de negligência com seu autocuidado.

Dentre as principais complicações que acometem os portadores de Hipertensão e Diabetes Mellitus que foram evidenciadas nesta revisão destacaram-se o infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, doenças coronarianas, doenças renais, pé diabético, amputação por diabetes. Foi possível constatar que nos estudos de Santos e Moreira (2012); Pereira et al. (2014) e Souza, Silva e Santos (2014) as complicações como pé diabético e amputações por DM não ocorreram com grande frequência. Houve também semelhança estatística entre as complicações por pé diabético e amputações nos resultados das pesquisas de Alves et al. (2012) e Palmeira e Pinto (2015). Cabe salientar também que a análise dos dados do Hiperdia, no município de Barra Bonita- SP, realizada por Gimenes et al. (2016) mostrou que ao procurarem os serviços de saúde os pacientes já haviam apresentado algum tipo de complicação em decorrência de um controle metabólico inadequado. Dado esse que reforça ainda mais a importância da educação em saúde para essa população.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que a HAS e o DM constituem um importante problema de saúde pública com tendência crescente, nos últimos anos, em consequência do envelhecimento populacional e principalmente pela adoção de um estilo de vida não saudável, essa revisão bibliográfica possibilitou constatar que o histórico familiar de doenças cardiovasculares, tabagismo, sobrepeso/obesidade e sedentarismo foram apontados como principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças, já com relação às complicações destacaram-se nesses grupos: o infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, doenças coronarianas, doenças renais, pé diabético, amputação por diabetes. Frente à essa problemática percebe-se o quanto é importante o fortalecimento de ações preventivas para





**Artigo**

a conscientização da população acerca de tais patologias, uma vez que a partir da adesão às mudanças nos hábitos de vida e utilização adequada das medicações quando prescritas é possível controlá-las, bem como promover melhor qualidade de vida e evitar possíveis danos.

**REFERÊNCIAS**

ALVES, Jéssica Ribeiro et al. Dados Clínicos dos Pacientes Cadastrados no Programa HIPERDIA, Itajubá, Minas Gerais, Brasil. **Revista Ciências em Saúde**, v. 2, n. 4, p.1-9, out. 2012. Disponível em: <[http:// 200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit\\_zero/article/view/120](http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/view/120)>. Acesso em: 29 set. 2017.

ARAÚJO, Maria da Conceição Filgueiras de et al., Perfil de Não Adesão ao Tratamento de Usuários com Diabetes e Hipertensão em uma Unidade de Saúde da Família. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 20, n. 1, p.43-48, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/260/26045778007.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2017.

BECHELAINÉ, Saulo Corradi. **Hipertensão e Diabetes: Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento**. 2014. 25 f. TCC- Curso de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Ponto Chique-mg, 2014. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4927.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n 36). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_36.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf)>. Acesso em: 19 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p. (Cadernos de Atenção



Artigo

Básica, n 37). Disponível em:

<[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf)>. Acesso em: 19 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 211 p. (Cadernos de Atenção Básica, n 38). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_38.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_38.pdf)>. Acesso em: 09 mar. 2017.

CARGNIN, Marcia dos Santos Casaril; ROSA, Jonathan da; ECHER, Isabel Cristina. Análise dos registros de usuários do Programa HiperDia. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 2, p.277-283, abr/jun 2014. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/143164/000964558.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 29 set. 2017.

CORTEZ, Daniel Nogueira et al. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 3, p.250-255, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307039760010>>. Acesso em: 07 fev. 2017.

DAUDT, Carmen Vera Giacobbo. **Fatores de Risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em uma Comunidade Universitária do Sul do Brasil (UFRGS)**. 2013. 177 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós - Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/88424/000911726.pdf?sequenc>>. Acesso em: 19 mar. 2017.

**DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2015-2016)**. São Paulo: A.c. Farmacêutica, 2016. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2017.

GIMENES, Camila et al., Profile of Hiperdia patients in the municipality of Barra Bonita, Sao Paulo state. **Fisioterapia em Movimento**, v. 29, n. 4, p.731-739, dez. 2016.



**Artigo**

Disponível em:

<<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/rfm?dd1=16338&dd99=view&dd98=pb>>.

Acesso em: 29 set. 2017.

PALMEIRA, Catia Suely; PINTO, Sayonara Rocha. Perfil Epidemiológico de pacientes com Diabetes Mellitus em Salvador, Bahia, Brasil (2002-2012). **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 3, p.240-249, jul/set 2015. Disponível em: <[https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13158/pdf\\_7](https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13158/pdf_7)>. Acesso em: 29 set. 2017.

PEREIRA, Cláudia et al. Perfil Epidemiológico de Hipertensos e Diabéticos em uma Estratégia da Saúde da Família de Santa Maria/RS. **Disciplinarum Scientia**, Santa Maria-RS, v. 15, n. 2, p.195-203, 2014. Disponível em: <<https://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/viewFile/1078/1022>>. Acesso em: 29 set. 2017.

SALES, Jaqueline Carvalho e Silva et al., Perfil epidemiológico dos pacientes hipertensos de um centro de saúde, Teresina-PI. **Revista Multiprofissional em Saúde do Hospital São Marcos**, Teresina-PI, v. 1, n. 1, p.4-13, 2013. Disponível em: <<http://ojs.saomarcos.org.br/ojs/index.php/cientifica/article/view/14>>. Acesso em: 29 set. 2017.

SANTOS, Gleyson Moura dos et al. Caracterização do perfil dos hipertensos e diabéticos no estado do Piauí, Brasil- Análise a partir do sistema HIPERDIA. **Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research – Bjsr**, v. 20, n. 1, p.38-42, set/nov 2017. Disponível em: <[https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170905\\_174302.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170905_174302.pdf)>. Acesso em: 29 set. 2017.

SANTOS, Jênifa Cavalcante dos; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev Esc Enferm Usp**, v. 46, n. 5, p.1125-1132, 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reusp/article/download/48134/51952>>. Acesso em: 29 set. 2017.



**Artigo**

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **Rio de Janeiro recebe o XXIII Congresso Brasileiro de Hipertensão**. 2015. Disponível em: <

<http://www.sbh.org.br/geral/noticias.asp?id=484> >. Acesso em: 07 fev. 2017.

SOUZA, Samuel Santos; SILVA, James Melo; SANTOS, Mona Freitas. Análise do perfil da Hipertensão e Diabetes no município de Jequié-BA. **Interscientia**, João Pessoa, v. 2, n. 1, p.63-76, jan/abr 2014. Disponível em:

<<https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/59/56>>. Acesso em: 29 set. 2017.



**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CADASTRADOS COM HIPERTENSÃO  
ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: REVISÃO DE LITERATURA**

Páginas 446 a 459

Artigo

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB NO PERÍODO DE 2013 A 2017**

**EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF TUBERCULOSIS IN THE MUNICIPALITY OF PATOS-PB IN THE PERIOD FROM 2013 TO 2017**

Kézia Rodrigues Marcelino Soares<sup>1</sup>  
Elicarlos Marques Nunes<sup>2</sup>  
Kamila Nethiely Souza Leite<sup>3</sup>  
Claudia Morgana Soares<sup>4</sup>  
Hellen Renata Leopoldino Medeiros<sup>5</sup>

**RESUMO:** A tuberculose é uma doença infecciosa, de origem bacteriana, causada pelo agente etiológico *Mycobacterium tuberculosis*. Segundo a Organização Mundial da Saúde, dois bilhões de pessoas, referindo-se a um terço da população mundial, estão infectadas pelo *Mycobacterium Tuberculosis*. Objetivou-se traçar o perfil epidemiológico dos casos de tuberculose de residentes no Município de Patos PB, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação no período de 2013 a 2017. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e quantitativo. Foram notificados 106 casos de tuberculose pulmonar, os maiores números de notificação foram do gênero masculino, entre 20-49 anos, com baixa escolaridade e residentes em zona urbana. A maioria dos casos não apresentou HIV associado à tuberculose, em relação ao tratamento a maioria obteve cura. O trabalho possibilitou conhecer as características epidemiológicas da população estudada e a deficiência do preenchimento da ficha de investigação, no município de Patos-PB.

<sup>1</sup> Graduanda em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos – FIP.

<sup>2</sup> Enfermeiro. Docente das Faculdades Integradas de Patos. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba. Doutorando em Ciências da Saúde pela FCMSP.

<sup>3</sup> Enfermeira. Docente das Faculdades Integradas de Patos. Mestre pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPB. Doutoranda em Pesquisa em Cirurgia pela FCMSCSP.

<sup>4</sup> Médica Veterinária. Docente das Faculdades Integradas de Patos – FIP. Mestre em Medicina Veterinária pela Universidade Federal de Campina Grande- UFCG.

<sup>5</sup> Docente das Faculdades Integradas de Patos – FIP. Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência e Enfermagem do Trabalho pelas FIP. Mestranda pela a FCM da Santa Casa de São Paulo. E-mail: hellen.medeiros@gmail.com



Artigo

**Palavras-chave:** Tuberculose. Perfil Epidemiológico da tuberculose. Saúde pública.

**ABSTRACT:** Tuberculosis is an infectious disease of bacterial origin caused by the etiologic agent *Mycobacterium tuberculosis*. According to the World Health Organization (WHO), two billion people, referring to a third of the world's population, are infected with *Mycobacterium tuberculosis*. The objective is to describe the epidemiological profile of tuberculosis cases in the municipality of Patos PB, reported in the SINAN (National Institute of Public Health Information System) from 2013 to 2017. This is an epidemiological, descriptive and quantitative study. The population was composed by the residents of the Municipality of choice, registered in SINAN in the estimated period. A total of 106 cases of pulmonary tuberculosis were reported. The highest numbers were male, 20-49, low schooling, and urban residents. Most of the cases did not present HIV associated with tuberculosis, in relation to the treatment most were cured. Conclusion: The study makes it possible to know the epidemiological characteristics of the studied population and the deficiency of completing the research file, in the municipality of Patos-PB.

**Keywords:** Tuberculosis. Epidemiological profile of tuberculosis. Public health.

## INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa, de origem bacteriana, causada pelo agente etiológico *Mycobacterium tuberculosis* que afeta preferencialmente os pulmões, podendo acometer outros sistemas, como linfático, gastrointestinal, ósseo e nervoso. A apresentação pulmonar é mais comum, e é também a principal responsável pela transmissibilidade da doença. A infecção ocorre através de objeto contaminado, especialmente aerossóis provenientes de tosse, fala ou espirro do doente (ANDREWS et al., 2014; BRASIL, 2014).

Em 2015, foram registrados no mundo 10,4 milhões de casos incidentes, 1,4 milhões de mortes por tuberculose (HIV negativo), 400 mil mortes de pessoas (TB/HIV positivo), 480 mil casos de multidrogarresistência (MDR) com 190 mil mortes associadas. No Brasil no ano de 2015, foram notificados 69 mil casos novos, 4,5 mil pessoas



## Artigo

morreram e 6,8 mil pessoas infectadas com HIV desenvolveram tuberculose (BRASIL, 2017).

De acordo com a nova classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) 2016 - 2020, o Brasil ocupa a 20ª posição na lista dos 30 países com alta carga de TB e a 19ª posição na lista dos 30 países no que se refere à coinfeção de TB/HIV. A patologia se apresenta como a terceira causa de mortes por doenças Infecciosas e a primeira causa de mortes em pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida (BRASIL, 2016).

Os sintomas da Tuberculose pulmonar são: tosse prolongada há mais de três semanas, podendo ser de apresentação seca ou produtiva (com muco e possivelmente sangue), febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento (BRASIL, 2011).

A vacina BCG é uma forma de prevenção que é prioritariamente indicada para crianças de 0 a 4 anos, com obrigatoriedade para menores de 1 ano, geralmente tomada ao nascer. Trata-se de uma vacina atenuada que quando administrada não protege as pessoas já infectadas pelo *Mycobacterium tuberculosis* nem evita o adoecimento por infecção endógena ou exógena, mas oferece proteção a não infectados contra as formas mais grave (BRASIL, 2011).

Sua prevalência está associada ao desemprego, educação precária, má alimentação, moradia precária e outros fatores associados à pobreza. Portanto, pode-se dizer que as condições sociais e econômicas deficientes influenciam fortemente na vulnerabilidade à tuberculose. Além disso, configura-se que os portadores de HIV (vírus da imunodeficiência humana) apresentam uma maior vulnerabilidade a adquirir a Tuberculose, devido ao comprometimento da sua imunidade (BEZERRA et al., 2014).

Dessa forma, o problema requer uma atenção redobrada dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo, pois obedece a todos os critérios de um grave problema de saúde pública, ou seja, de grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade (BRASIL, 2011).

Dentro desta perspectiva, considerando o impacto que a tuberculose exerce na população, se faz essencial conhecer as características epidemiológicas para uma melhor atuação dos profissionais de saúde nas ações de prevenção e controle da TB. Nesse contexto, surgiu a seguinte problemática: Qual o perfil epidemiológico dos casos de tuberculose no município de Patos- PB?

Essa pesquisa fornecerá maiores informações quanto ao tema abordado, visando contribuir para um melhor conhecimento da doença, além de auxiliar os serviços de saúde no acompanhamento da população com maior vulnerabilidade para o adoecimento e desenvolvimento de ações de promoção a saúde.



**Artigo**

Portanto, este estudo tem por objetivo traçar o perfil epidemiológico dos casos notificados de tuberculose de residentes no Município de Patos PB, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2013 a 2017.

**METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e quantitativo realizado no Município de Patos - PB, no período de 2013 a 2017. O estudo foi realizado com os registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, tendo como local de escolha o Município de Patos localizado no interior da Paraíba. O município encontra-se habilitado na gestão plena da Atenção Básica, pertencendo à 6ª Microrregião de Saúde e possui 40 equipes de Saúde da Família cadastradas, sendo estas, divididas em quatro Distritos Geo-administrativos – DGA.

A população foi composta pelos residentes no Município de escolha, registrados no SINAN, totalizando 113 casos. A amostra seguiu o seguinte critério de inclusão: diagnóstico exclusivo de tuberculose pulmonar, nos registros de 2013 a 2017, no total de 106 casos de tuberculose. Considera-se, segundo o MS, como caso de tuberculose todo indivíduo com diagnóstico confirmado por baciloscopia ou cultura e aquele em que o médico, com base nos dados clínico-epidemiológicos e no resultado de exames complementares, firma o diagnóstico de tuberculose. Excluindo os dados anteriores e posteriores aos anos estimados e que apresentavam como diagnóstico Tb extrapulmonar.

O instrumento para coleta dos dados foi um roteiro semi-estruturado, preenchido pela pesquisadora, contendo as seguintes informações: gênero, faixa etária, escolaridade, moradia, diagnóstico baciloscópico, associação TB/HIV, e situação de encerramento dos casos.

Foram coletados os casos registrados no período de 2013 a 2017 durante o mês de janeiro de 2018. Os dados coletados foram dispostos, na forma de tabelas, a fim de facilitar a compreensão e análise de acordo com a literatura pertinente que foi associada a uma análise de estatística descritiva simples.

A pesquisa não ofereceu riscos, por ser realizada no SINAN em que informam dados quantitativos e sócios demográficos, não expondo assim nome e endereço de nenhum paciente, não havendo, portanto, necessidade de termos éticos. Quanto aos benefícios, a pesquisa realizou uma avaliação do comportamento da doença nessa





Artigo

população, e, assim, contribuiu para um melhor conhecimento da doença e melhor atuação dos profissionais de saúde quanto às ações de prevenção e controle.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados os dados sociodemográficos, a coinfeção HIV/Tuberculose, situação de encerramento dos casos e a prevalência de casos de TB confirmados por baciloscopia.

**Tabela 1-** Dados sociodemográficos referentes aos anos 2013-2017 (N=106), Patos (PB), 2018.

Variáveis		N	%
Gênero	Masculino	76	71,7
	Feminino	30	28,3
Escolaridade	Sem escolaridade	8	7,5
	Ensino Fundamental Inc.	13	12,3
	Ensino Fundamental Completo	3	2,8
	Ensino Médio Incompleto	6	5,7
	Ensino Médio Completo	5	4,7
	Ensino Superior	2	1,9
	Ign/Branco	69	65,1
Moradia	Urbana		
	Rural	101	95,3
	Ign/Branco	3	2,8
Faixa etária		2	1,9
	0-19 anos		
	20-49 anos	7	6,6
	>50 anos	61	57,5
		38	35,9

Fonte: SINAN Patos (PB)



## Artigo

Em relação aos dados sociodemográficos, foram encontrados 76 casos do sexo masculino (71,7%) e 30 casos do sexo feminino (28,3%). Esse perfil é semelhante encontrado na literatura. Deus Filho e Carvalho (2018) mostram em seu estudo que mais da metade dos casos de TB acometem indivíduos do sexo masculino (68%) evidenciando assim que a maioria da população acometida com TB é do gênero masculino.

Segundo Hino et al. (2013) os homens são mais acometidos pela tuberculose, quando comparados às mulheres, em todas as faixas etárias, fato que pode ser explicado pela diferença de exposição a fatores de risco por parte dos homens. Na ausência de uma explicação biológica que justifique essa diferença, é possível admitir que tal fato pode ser efeito de diferenças culturais no desempenho de papéis entre os sexos, que engloba, entre outros, a procura limitada pelos serviços de saúde por parte dos homens, além do modo de vida determinado pela inclusão social de cada indivíduo.

Quanto à escolaridade, observamos que 21 (19,8%) tinham ensino fundamental incompleto ou sem escolaridade, apenas 2 (1,9%) tinham ensino superior e 69 (65,1%) dos casos notificados tiveram os campos ignorados ou em branco. Um Estudo epidemiológico, realizado no estado de Minas Gerais no período de 2010 a 2013 mostra dados semelhantes, em que de 584 casos, obteve-se que 44,2% das notificações tiveram os campos ignorados ou em branco no momento da notificação. Entre as informações disponíveis, observa-se que 37,3% eram analfabetos e com ensino fundamental, e apenas 2,9% tinham ensino superior (ANDRADE et al., 2016). A baixa escolaridade entre os pacientes com tuberculose compromete o entendimento da doença e a adequação ao tratamento.

Como a tuberculose é um problema de saúde pública que está presente em diversos países, a baixa escolaridade representa não apenas um impacto nos indicadores sociais, mas também um sério fator de risco para a persistência da doença enquanto problema de saúde atual. Deve-se ter em mente que o acesso à educação está diretamente relacionado à capacidade do sujeito de compreender as informações de promoção e prevenção das doenças e a terapêutica prescrita. Assim, são necessários mais investimentos do governo direcionados a essa classe da sociedade (LOPES et al., 2013; ARAÚJO et al., 2013).

Com relação ao tipo de moradia 101 (95,3%) residem em zona urbana, e apenas 3 (2,8%) casos em zona rural. Freitas et al. (2016) destacam que dentre os prontuários analisados, a procedência da maioria 99 pacientes (97,06%) era urbana, apenas de um paciente (0,98%) era rural e dois prontuários (1,96%) não relatavam a procedência dos pacientes, se assemelhando com o presente estudo em que mostra (95,3%) dos pacientes residem em área urbana.



## Artigo

De acordo com Macedo et al. (2017), a Tuberculose é mais comum em áreas urbanas, tendo em vista que a poluição do ar, locais mal ventilados e com maior concentração de pessoas são situações comuns nas cidades que aumentam o risco de adoecimento por tuberculose.

A faixa etária mais prevalente foi entre 20-49 anos de idade, representando 61 (57,5%) casos. Em um estudo realizado por Silva et al. (2016), no município de Imperatriz-MA, mostrou que a faixa etária que obteve maior frequência foi de 20-39 anos, com 42,0%. Araújo et al. (2013) em seu estudo realizado na cidade de Patos-PB, entre os anos de 2001 a 2010 demonstra que a tuberculose foi mais prevalente na faixa etária entre 30 a 49 anos. Desta forma, DURANS et al., (2013) corroboram ao afirmar que a tuberculose acomete mais a classe de adultos jovens, os quais representam o grupo de maior produtividade social, trazendo assim implicações econômicas e sociais para o próprio indivíduo e para a família.

**Tabela 2.** Associação TB/HIV e situação de encerramento dos casos analisados. (N=106), 2018. Patos (PB).

Variáveis		N	%
Associação TB/HIV	Positivo	12	11,3
	Negativo	46	43,4
	Em Andamento	8	7,5
	Não Realizado	40	37,8
Situação de Encerramento	Cura	49	46,2
	Abandono	6	5,7
	Óbito	5	4,7
	Transferência	8	7,5
	Mudança de Diagnóstico	1	0,9
	Ign/Branco	37	35
<b>Total</b>		<b>106</b>	<b>100%</b>

Fonte: SINAN Patos (PB)



Artigo

Quando investigada a comorbidade TB/HIV, encontrou-se coinfeção em 12 casos (11,3%), em 46 (43,4%) casos deram negativo para associação TB/HIV, (7,5%) estava em andamento, e (37,8%) não realizaram o exame. Vale salientar sobre esta variável que o teste não foi realizado em 37,8% dos casos, ou seja, 40 pessoas ficaram sem realizar o teste na hora da consulta. Assemelhando-se ao estudo de Silva et al. (2016) que entre os indivíduos que realizaram a sorologia para o HIV, 81,5% dos resultados foram negativos, porém, a sorologia não foi realizada em 180 casos do total de pacientes com tuberculose (49,5%) sendo essas as maiores porcentagens quando comparada as outras variáveis colaborando com dados da pesquisa. Um estudo realizado no estado do Maranhão com amostra de 2.850 entre os casos (63,9%) não realizaram exame de HIV, correspondendo a maioria (SILVA; MOURA; CALDAS, 2014).

É importante ressaltar o alto percentual de pessoas que não realizaram o teste anti-HIV, mesmo sendo estabelecida pelo Ministério da Saúde (2011) nos programas de tuberculose. Estima-se, no Brasil, que embora a oferta do teste anti-HIV seja de aproximadamente 70%, apenas 50% dos indivíduos têm acesso ao resultado em momento adequado; dentre esses há uma prevalência de positividade de 15%. Além disso, a tuberculose é a maior causa de morte entre indivíduos vivendo com HIV, sendo a taxa de óbito na coinfeção de 20%.

É preciso considerar a existência de fatores associados à subnotificação de TB/HIV, como o fato de que, muitas vezes, o profissional que realiza a notificação desconhece as doenças a notificar ou ocorrem dificuldades no fluxo da notificação. Essas dificuldades podem ocorrer por mudança na definição de caso e falta de comunicação entre os profissionais, que não notificam por confiar que outro profissional já realizou a notificação (SANTOS, 2014).

Quanto à condição de encerramento dos casos notificados de residentes de Patos-PB, (46,2%) apresentaram cura, (5,7%) abandonaram o tratamento, (4,7%) tiveram óbito, (7,5%) foram transferidos, (0,9%) tiveram mudança de diagnóstico, (35%) apresentaram encerramento ignorado/branco, mostrando que a maioria teve alta por cura, correspondendo a (46,2%). Em Minas Gerais um estudo realizado no período de 2010 a 2015 com amostra de 104 casos notificados mostrou semelhanças em relação à situação de encerramento, em que a pesquisa apontou que a maior parte dos casos foram finalizados com cura 69 (66,3%), e 8 pacientes (7,7%) abandonaram o tratamento. (ANDRADE; SANTOS; FONSECA, 2018).

O tratamento da tuberculose é extenso, porém com o uso apropriado das medicações, o tratamento apresenta eficiência de aproximadamente 95% e também

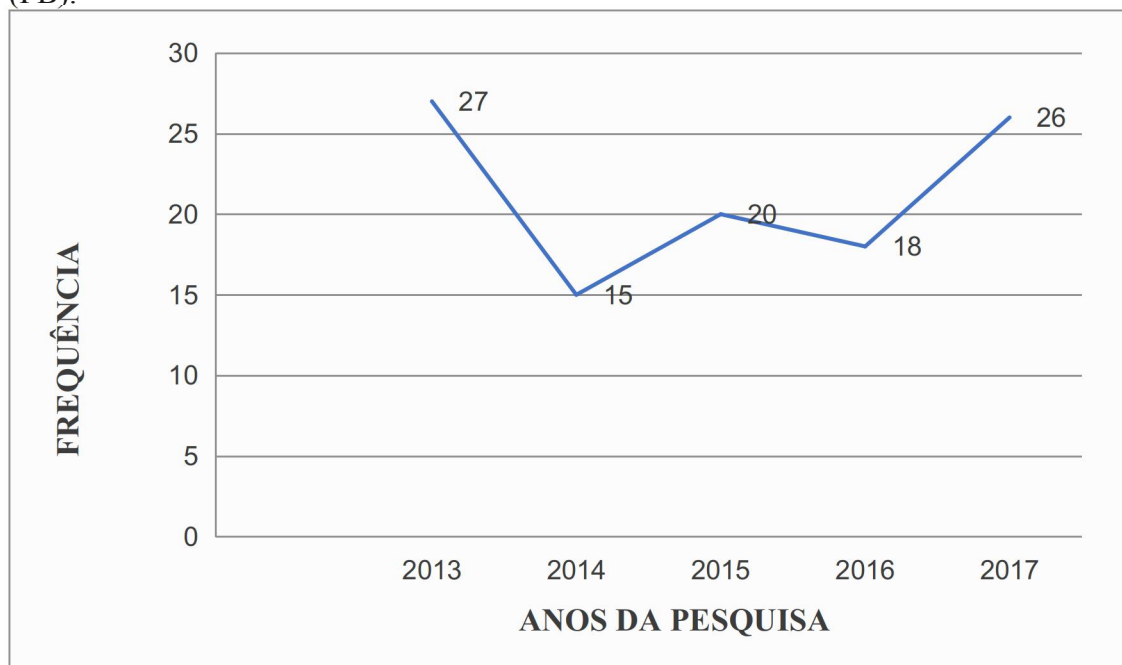


Artigo

contribuiu para uma rápida redução de sua disseminação. Por acontecer melhora significativa dos sintomas após o início do tratamento, é frequente o paciente abandoná-lo antes do período recomendado, causando o aparecimento de resistência bacteriana aos fármacos utilizados (BOLHUIS, 2016; FERREIRA et al., 2013).

A adesão ao tratamento da tuberculose, ainda é um dos maiores desafios da saúde pública de maneira integral, por ser um processo dinâmico, que engloba vários fatores, como, aspectos comportamentais, psíquicos e sociais e requer, decisões compartilhadas e responsabilidade entre os usuários dos serviços, a equipe de saúde e as redes de apoio, com abordagens que respondam as singularidades socioculturais e subjetivas, visando a uma melhor qualidade de vida das pessoas (RAMIREZ, 2015).

**Tabela 3-** Distribuição de casos de TB confirmados por baciloscopias entre 2013-2017. (N=106), 2018. Patos (PB).



Fonte: SINAN Patos (PB)



**Artigo**

Na tabela 3, esta descrita a prevalência dos casos de TB confirmados por baciloscopias em cada ano estudado. No período de 2013 a 2017 tivemos 106 casos de tuberculose pulmonar em Patos-PB registrados no SINAN, todos os casos confirmados por baciloscopia. Isso mostra que em 2013 foram diagnosticados com TB (27 casos), em 2014 (15 casos), no ano de 2015 (20 casos), no ano de 2016 (18 casos), e 2017 (26 casos). Um estudo feito em Teresina PI, mostra dados semelhantes em relação aos métodos diagnósticos, onde os mais utilizados no estudo foi a baciloscopia, correspondendo a 32% (DEUS FILHO; CARVALHO, 2018).

É possível observar que o ano que obteve o maior número de casos foi no ano 2013 e no decorrer do período ocorreu um declínio em 2014, tendo crescimento no ano seguinte, posteriormente ocorreu uma nova redução e em 2017 o quadro epidemiológico ficou com o resultado semelhante ao do período inicial. Oliveira et al. (2018) em seu estudo sobre perfil epidemiológico de Tb no estado do Maranhão no período de 2012 a 2016 mostra que os casos de tuberculose mantiveram-se com números semelhantes no decorrer do período estudado. Porém no ano de 2013 foi o ano de maior prevalência, se assemelhando a pesquisa.

De acordo com Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil a baciloscopia é um método simples e seguro e permite detectar cerca de 60% a 80% dos casos da forma pulmonar, desde que executada de forma correta. Deve ser realizada em, no mínimo, duas amostras de escarro: sendo uma coletada no momento da primeira consulta e outra, independentemente do resultado da primeira, na manhã do dia seguinte, preferentemente ao despertar (BRASIL, 2011).

Hassan et al. (2014) acrescentam que o diagnóstico baciloscópico, procura a presença do bacilo no escarro. Indica-se, assim, se o paciente é bacilífero, ou seja, se este é transmissor da patologia.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A pesquisa possibilitou conhecer o perfil epidemiológico da tuberculose em Patos-PB, mostrando que o sexo masculino, com faixa etária entre 20-49 anos, baixa escolaridade e residentes de zona urbana são os mais afetados pela doença nos anos de estudo.

Uma causa limitante deste estudo foi o grande número de campos não preenchidos e ignorados ou preenchidos de maneira incompleta nas fichas de notificação, como



**Artigo**

mostrou-se nas variáveis sobre escolaridade e situação de encerramento. Isso dificulta o conhecimento concreto da situação de saúde no município estudado, dificultando as ações de controle, por não conhecer a real amplitude do problema. Outro fator preocupante foi o alto índice de pacientes que não realizaram o teste HIV, mesmo sendo algo preconizado pelo Ministério da saúde.

Este trabalho destaca a necessidade de capacitações dos profissionais envolvidos no programa sobre tuberculose, em que deve-se reforçar o preenchimento correto da ficha de investigação, e a necessidade de ações preventivas voltadas para o público de adultos jovens que estão na sua vida economicamente ativa.

**REFERÊNCIAS**

ANDREWS, J. R. et al. Integrating Social Contact and Environmental Data in Evaluating Tuberculosis Transmission in a South African Township. **Journal of Infectious Diseases**, v. 210, n. 4, p. 597-603, ago.2014. Disponível em:

<<https://www.researchgate.net/publication/260647208>> Acesso: 20 Set. 2017.

ANDRADE, H. S. et al. Características clínico-epidemiológicas de casos novos de tuberculose. **Rev enferm UFPE on line**. v. 10 n.7 p.2528-36, 2016 . Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11311/12988>> Acesso em: 22 mai.2018

ANDRADE, H. S.; SANTOS, R. C. F.; FONSECA, J. C. N. Perfil dos portadores de tuberculose em um município de Minas Gerais. **Ciência&Saúde**. v. 11, n.1, p:1-6. 2018. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/26034/16687>> Acesso: 20 mai.2018

ARAÚJO, K. M. F. A. et al. Evolução da distribuição espacial dos casos novos de tuberculose no município de Patos (PB), 2001–2010. **Cad. Saúde Colet**. v. 21, n. 3, p. 296-302. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n3/v21n3a10.pdf>> Acesso em 22 mai.2018.



**Artigo**

BEZERRA, W.K. T. et al. A assistência de enfermagem no tratamento dos portadores de tuberculose no município de Patos-PB. **Revista gvaa**, v. 8, n. 1, p. 76-89, 2014.

Disponível em:<

<http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/INTESA/article/viewFile/3028/2524> > Acesso em: 18 mai.2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose.**

Situação da Tuberculose no Brasil. 2016 Disponível em:

<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/21/Apresentacao-sobre-os-principais-indicadores-da-tuberculose.pdf>> Acesso em: 20 mar.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil livre da tuberculose.** Plano Nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública. Brasília (DF) 2017. Disponível em:

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/24/Plano-Nacional-Tuberculose.pdf> Acesso : 21 Set.2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde.** 2014. Disponível em: <

<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/tuberculose> Acesso: 21 Set.2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para o Controle da**

**Tuberculose no Brasil.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_recomendacoes\\_controle\\_tuberculose\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf)> . Acesso em 20 Set. 2017/ 20 Mai.2018.

BOLHUIS, M. S. et al. Individualized Treatment of Multidrug-Resistant Tuberculosis Using Therapeutic Drug Monitoring. **International Journal of Mycobacteriology**, v.5, p. 44-45,ago. 2016. Disponível em :

<<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212553116300589>>. Acesso em 28 Set. 2017.

DURANS, J.J.F et al.Perfil clínico e sociodemográficos de pacientes que abandonaram o tratamento de tuberculose no município de São Luís – MA.

**Revista de Pesquisa em Saúde.** v. 14, n. 3, p: 175-8, 2013. Disponível em:





Artigo

<<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/2794>>.  
Acesso em: 28 mai.2018.

FERREIRA, A.C.G. et al. Desfechos clínicos do tratamento de tuberculose utilizando o esquema básico recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil com comprimidos em dose fixa combinada na região metropolitana de Goiânia . **J Bras Pneumol**. v.9, n.1,p.76-83,2013. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1806-37132013000100011&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-37132013000100011&lng=pt&tlng=pt)> Acesso: 29 Set.2017

FREITAS, W. M. T. M. et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de tuberculose atendidos em uma unidade municipal de saúde de Belém, Estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saúde**. v.7 n.2 p.45-50. 2016. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v7n2/2176-6223-rpas-7-02-00045.pdf>> Acesso em: 22 mai.2018.

DEUS FILHO, A.; CARVALHO, I. M. S. Perfil epidemiológico dos pacientes com tuberculose em hospital universitário de Teresina-pi. **JCS HU-UFPI**, v.1, n.1, p: 51-60. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.26694/2595-0290.1151-60>>. Acesso em: 15 mai.2018

HASSAN, W. et al. Value of Repeated Direct Smear Sputum Examination in the Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis. **Open Journal of Respiratory Diseases**, v. 4, p. 41-47, mar. 2014. Disponível em: <<<http://dx.doi.org/10.4236/ojrd.2014.42007>>. Acesso em 28 Set. 2017.

HINO, P.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R.; EGRY, E. Y. A ocorrência da tuberculose em um distrito administrativo do município de São Paulo. **Esc Anna Nery**. v. 17, n. 1, p. 153-159. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000100021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100021)> Acesso em 22 mai. 2018.

LOPES, R. H. et al. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**.v.37, n.3, p.661-



**Artigo**

671. 2013. Disponível em:

<<http://files.bvs.br/upload/S/01000233/2013/v37n3/a4467.pdf>>

Acesso em: 18 mai.2018.

MACEDO, J. L. et al. Perfil epidemiológico da tuberculose em um Município do Maranhão. **Portuguese ReonFacema**. v. 3 n.4 p:699-705. 2017. Disponível em: <[www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/download/251/149](http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/download/251/149)> Acesso em: 18 mai.2018.

OLIVEIRA, M.S.R. et al. Perfil Epidemiológico dos Casos de Tuberculose no Estado do Maranhão nos Anos de 2012 a 2016. **Rev Pre Infec e Saúde**. v.4, p-6896. 2018. . Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6896> > Acesso em: 28 mai.2018.

RAMIREZ, A. R.M. Intervenção educativa em saúde com pacientes portadores de tuberculose pulmonar, no município de Cariré-ce. **Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família**. 2015 Disponível em:< <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9207> > Acesso em: 20 mai.2018.

SANTOS, M.L. **Fatores associados à subnotificação de TB e AIDS, durante os anos de 2001 a 2010**, a partir do Sinan [dissertação]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2014. 62 p. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/12257/1/12.pdf> > Acesso em: 15 mai.2018

SILVA, I. P. et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos da tuberculose no município de imperatriz, maranhão. **ENCICLOPÉDIA BIOSFERA**. v. 13, n. 24, p. 1385. 2016. Disponível em: <<http://www.conhecer.org.br/enciclop/2016b/saude/aspectos%20clinicos.pdf>> Acesso em: 15 mai.2018

SILVA, P. F.; MOURA, G. S.; CALDAS, A. J. M. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n.8, p: 1745-1754. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00124513>\_Acesso em: 15 mai.2018



Artigo

**O ESTUDANTE DE MEDICINA E A LÍNGUAGEM BRASILEIRA DE SINAIS:  
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**THE STUDENT OF MEDICINE AND THE BRAZILIAN LANGUAGE OF SIGNS:  
EXPERIENCE REPORT**

Daniel Sarmento Bezerra<sup>1</sup>  
Ivanice Bezerra Gomes da Silva<sup>1</sup>  
Ana Karla Bezerra<sup>2</sup>  
Renan Pires Maia<sup>3</sup>

**RESUMO:** Trata-se de uma vivência de acadêmicos de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança, na cidade de João Pessoa – PB, ocorrida durante o período 2016.1 na cadeira optativa de LIBRAS; e que teve como intuito desenvolver tanto individualmente quanto coletivamente o senso de responsabilidade que o futuro médico deve ter acerca da integração do paciente surdo no sistema de saúde. Dessa maneira, pode-se perceber que através de diversos tipos de tecnologias como jogos lúdicos, vídeos e atividades em grupo foi possível que os saberes entre os alunos fossem disseminados na transformação de um olhar crítico e inovador para que estas experiências serão fonte de um atendimento mais inclusivo e humanizado. A experiência serviu tanto como aprendizado para os discentes de medicina quanto teve forte relevância para a sociedade que os cerca, já que possui como finalidade ratificar a Política de Humanização preconizada pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

**Palavras-chave:** Linguagem de sinais. Estudantes de Medicina. Integração social. Relato de experiência.

---

<sup>1</sup> Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa-PB.

<sup>1</sup> Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa-PB. E-mail: ivvabezerra@gmail.com

<sup>2</sup> Docente da Faculdade Santíssima Trindade, Nazaré da Mata-PE. Enfermeira pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa-PB. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos, Santos-SP. Email: lima.anakarla@gmail.com

<sup>3</sup> Docente da Faculdade Santíssima Trindade, Nazaré da Mata-PE. Psicólogo, mestre em filosofia e doutorando em filosofia pela Universidade Federal da Paraíba. Email: renanpmaia@gmail.com



**Artigo**

**ABSTRACT:** This is an experience of medical students of the Faculdade de Medicina Nova Esperança, in the city of João Pessoa - PB, occurred during the period 2016.1 in the optional chair of LIBRAS; and that aimed to develop both individually and collectively the sense of responsibility that the future doctor should have about the integration of the deaf patient into the health system. In this way, it can be seen that through various types of technologies such as games, videos and group activities, it was possible for the knowledge among the students to be disseminated in the transformation of a critical and innovative look so that these experiences will be the source of a service more inclusive and humanized. The experience served both as learning for medical students and had a strong relevance for the society that surrounds them, since its purpose is to ratify the Humanization Policy advocated by the Unified Health System - SUS.

**Keywords:** Sign language. Medical students. Social integration. Experience report.

## INTRODUÇÃO

A criação da Política Nacional para a Integração de Pessoas com Deficiência, regulamentada pelo Decreto nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999 fundamentou-se nos artigos 3 e 5 da Constituição Federal de 1988 que unidos garantem direitos fundamentais a qualquer cidadão brasileiro. Aquela, visou proteger as pessoas surdas ou com algum tipo de deficiência auditiva uma vez que elas enfrentam dificuldades diferenciadas perante a sociedade. Política esta, justificada, na premissa de que a surdez ou hipoacusia prejudica a comunicação e o aprendizado da criança e traz ainda como consequência, o isolamento social, além de menores chances profissionais (RODRIGUES; DAMIÃO, 2014).

Diante da compreensão destas dificuldades e no intuito de legitimar os direitos dos brasileiros surdos, houve o incremento de tecnologias voltadas ao melhor aprendizado destes, a partir de 2008, com a implantação da Política Nacional de Educação Inclusiva. Esta, visou ajustar as escolas para que as pessoas com déficit auditivo (de todos os níveis de hipoacusia) pudessem ter iguais chances de aprendizado e desenvolvimento (SILVA; SILVA; SILVA, 2014).

Os processos de exclusão que se dão no âmbito da vida do surdo o prejudicam de modo incalculável, na medida em que, enquanto ser humano, ele é, como os demais, dependente de seu contexto social, no qual ele se vê marginalizado a nível de interação com outras pessoas – posto que possui uma limitação de comunicação, por não possuir



## Artigo

originariamente um sistema de signos compartilhado com os demais. Tal prejuízo se dá também na medida em que, no caso dos que possuem uma surdez congênita, pode haver uma significativa dificuldade no âmbito do desenvolvimento psíquico – que começa já na primeira infância – e das funções mentais superiores (atenção voluntária, memória lógica, pensamento verbal e conceptual, emoções complexas etc.).

Vygotsky sem dúvidas foi um dos que melhor apontaram a relação indissolúvel entre linguagem e pensamento e o modo como esta relação condiciona as vivências de cada um. Evidentemente, esta relação entre pensamento e linguagem não se vê aparte das interações social. Pelo contrário, pensamento, linguagem simbólica e sociedade são três elementos que estão implicados numa relação dialética. Assim comenta Ivic, a respeito do pensamento de Vygotsky:

O ser humano, por sua origem e natureza, não pode nem existir nem conhecer o desenvolvimento próprio de sua espécie como uma mônada isolada: ele tem, necessariamente, seu prolongamento nos outros; tomado em si, ele não é um ser completo. Para o desenvolvimento da criança, em particular na primeira infância, os fatores mais importantes são as interações assimétricas, isto é, as interações com os adultos, portadores de todas as mensagens da cultura. Nesse tipo de interação, o papel fundamental cabe aos signos, aos diferentes sistemas semióticos que, do ponto de vista genético, têm, em primeiro lugar, uma função de comunicação, depois uma função individual: eles começam a ser utilizados como instrumentos de organização e de controle do comportamento individual (IVIC, 2010, p. 16).

A linguagem simbólica é, assim, instrumento ou ferramenta. Instrumento de estruturação psicológica, condicionando as funções mentais superiores; e de relação do sujeito com a realidade, social ou não. E tal sistema simbólico que constitui a linguagem é apreendido pelo sujeito através da cultura, em interação. Na medida em que o surdo se vê privado de um sistema de signos em comum com os demais do qual ele possa fazer uso enquanto ferramenta de compreensão e de relação com o mundo, como corolário, ele tem o seu desenvolvimento enquanto sujeito prejudicado, bem como prejudicada sua inserção social.

No tocante à inserção social, cabe dizer que as pessoas com surdez já foram consideradas doentes, limitadas e possuidoras de déficits cognitivos; dessa forma, durante muito tempo, foram estigmatizadas e alvo de preconceitos da sociedade e da própria



## Artigo

família que muitas vezes a escondiam nos fundos das residências para que não fossem vistas (DUARTE, 2013). Outras vezes, estas pessoas, eram internas em sanatórios, onde recebiam tratamento contra doenças mentais e jamais recebiam alta; estando confinadas e condenadas a uma vida miserável e solitária.

Por outro lado, hoje, a sociedade entende que essas pessoas são normais e possuidoras de potenciais e habilidades. Inclusive, tornando-se alvo de interesse da comunidade científica. Importa dizer que, a despeito de não raro não possuir um sistema de signos em comum com os demais, o surdo não deixa de possuir, como qualquer ser humano, linguagem, e de compreender a realidade e se relacionar simbolicamente<sup>4</sup>, sendo capaz de raciocinar, de aprender, de memorizar etc., assim como os demais. A surdez não possui, destarte, vínculo necessário com qualquer psicopatologia, sendo uma deficiência de cunho sensorial. Por outro lado, é umas das deficiências sensoriais de maior crescimento no Brasil e no mundo, e mesmo assim este grupo social ainda enfrenta diversos obstáculos (ARAGÃO et al., 2015) (OLIVEIRA et al., 2014).

A acessibilidade aos serviços básicos de saúde, no Brasil, é precária para pessoas com deficiência já que não faz parte dos currículos acadêmicos de profissionais de saúde o aprendizado do sistema LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais), nem existem editais de contratação de profissionais qualificados nestas instituições (de saúde) para que haja um atendimento humanizado a esta população específica. Assim, não conseguindo interagir com o mundo que as cerca e diante da desestrutura do sistema de saúde, acabam não procurando os serviços médico-hospitalares e dependem exclusivamente de poucos intérpretes (ARAGÃO et al., 2015) (OLIVEIRA et al., 2014).

Ademais, estudos diversos mostram que a percepção da pessoa com surdez acerca da comunicação dentro dos serviços médico-hospitalares não é boa o que implica em uma experiência negativa, principalmente devido à falta do uso dos sinais nas comunicações. Estes, são a base da confiança entre os pacientes surdos e os profissionais que os acolhem; na ausência desse canal ocorre perda do sentimento de acolhimento findando no abandono do tratamento (ARAGÃO et al., 2015) (MAGRINI; SANTOS, 2014).

Garantir uma comunicação eficiente evita que haja diagnóstico incorreto e consequentemente a não maleficência do paciente surdo. Não esquecendo a importância de se garantir ambiente adequado para que não haja exposição desnecessária da intimidade

---

<sup>4</sup> Note-se que a linguagem é algo mais amplo do que o sistema de signos que utilizamos na comunicação verbal, já que envolve até mesmo linguagem corporal e comportamental. Poderíamos dizer que a linguagem é um aspecto inato do ser humano, e que se modifica e se desenvolve a partir de um sistema de signos, como a língua falada e escrita apreendida socialmente.



**Artigo**

do paciente em ambiente público. Assim, é indispensável que os serviços de saúde incorporem novos protocolos que venham a sanar os problemas com o atendimento destes grupos (de surdos e deficientes auditivos), principalmente na seara das Unidades de Pronto Atendimento (RODRIGUES; DAMIÃO, 2014) (MAGRINI; SANTOS, 2014).

De acordo com a literatura estudada e dentro deste contexto, o presente estudo teve como objetivo relatar a experiência dos acadêmicos do curso de medicina que foi vivenciada durante 4 meses como também desenvolver um olhar diferenciado para que estas experiências sejam fonte de um atendimento mais inclusivo. Atingindo assim, uma maior humanização, principalmente na atenção básica, o que visa consolidar a Política de Humanização preconizada pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Este trabalho consiste em um relato de experiência vivenciado pelos acadêmicos de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE, no período 2016.1, por meio de abordagem descritiva e exploratória, com análise qualitativa. A cadeira optativa de LIBRAS faz parte da extensão universitária e se dá uma vez por semana na própria faculdade. Inicialmente foi realizada a observação do cronograma das aulas e a discussão de todas as atividades que seriam desenvolvidas ao longo do período de 4 meses.

O curso foi iniciado com o estudo da história da surdez e acerca inserção da linguagem de sinais na sociedade, além disso, foram observadas as condições a que o surdo era submetido ao longo dos tempos. Após a aula introdutória foram ministradas lições com o uso dos sinais e sua tradução correspondente. As aulas foram dadas através de quadro e lápis colorido, slides e também contou com dinâmicas onde os alunos compartilharam as descobertas acerca do conteúdo ensinado em aula. Ao longo do curso foram feitas três provas escritas, constando de questões objetivas e dissertativas, além da interpretação de vídeos e jogos lúdicos para que os alunos simulassem a comunicação entre pessoas surdas.

O clima de amizade e cordialidade foi determinante para que houvesse uma boa interação entre alunos e a professora. O uso da textualização, de rodas de conversa, jogos e provas teórico-práticas foram essenciais para a reflexão criativa. E a partir da observação de fatores cotidianos e do estudo da literatura específica promover teorias que pudessem ser aplicadas na prática. Este ambiente de racionalização e humanização do



**Artigo**

pensar o outro e suas necessidades gera um novo olhar do aluno e futuro médico, e por fim, consegue transpor as barreiras existentes e que venham a prejudicar o atendimento e a promoção em saúde.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Definição de surdez/hipoacusia e suas origens**

Ao ter a capacidade auditiva diminuída ou perdida totalmente, perdesse a possibilidade de se comunicar normalmente através da audição e fonação. A surdez é vista do ponto de vista clínico pela perda da sensibilidade ou redução da percepção sonora (hipoacusia) de forma neurosensorial (não há transformação do som em significado), como também por perda de condução do som através dos ossos e ductos auditivos (o som não consegue atingir o ouvido interno onde será interpretado) (LEVINO, 2013).

Dentre as muitas possibilidades do desenvolvimento da perda auditiva temos: doenças - rubéola, toxoplasmose, sarampo, sífilis, herpes, diabetes; traumas cranianos e localizados junto aos órgãos auditivos, medicamentos ototóxicos como diuréticos e antibióticos, etc. Por outro lado, a pessoa pode ter surdez congênita (desde o nascimento), em sua grande maioria relacionada ao cromossomo X e que tem origem em aproximadamente 400 síndromes (LEVINO, 2013).

Ser surdo é apreender o entorno através de experiências visuais e proprioceptivas (através do sistema nervoso periférico e seus neurosensores). A surdez ao surgir ao longo da vida (não congênita) desafia o ser a ultrapassar barreiras importantes como estabelecer novas formas de comunicação e entendimento do mundo que agora é revelado. O período de adaptação pode ser maior ou menor dependendo dos recursos financeiros e educacionais proporcionados. E pensando na inserção social destas pessoas, foram criadas as línguas de sinais oficiais, que legalmente no Brasil é a LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) (LEVINO, 2013).

### **Humanização do atendimento em saúde e sua relação com a surdez/deficiência auditiva**

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), acolher, no campo da saúde, é construir interações interpessoais embasadas em uma escuta atenta, de forma ética e





Artigo

compromissada; demonstrando interesse e reconhecimento do outro. Uma vez que existe a necessidade cada vez mais pulsante pelo entendimento holístico do paciente e que este entendimento é cobrado conscientemente ou não pelos pacientes, cabe aos profissionais de saúde atentar para uma educação continuada que venha a sanar esta necessidade.

Por outro lado, assegurar um bom atendimento, com visualização integral dos pacientes, traz aos profissionais uma demanda por ferramentas e tecnologias que estejam atualizadas e em sintonia com as reais necessidades da população. Logo, diante de pacientes surdos, nada mais importante que a comunicação; e para que esta comunicação fosse correta e plena foi desenvolvido e oficializado pelo Estado o Sistema Brasileiro de Linguagem de Sinais (LIBRAS). Este sistema, desenvolvido a partir do modelo Francês, é usado pelas comunidades surdas de forma oficial nos dias atuais, uma vez que teve sua regulamentação no ano de 2002 (OLIVEIRA et al., 2014).

A linguagem de sinais começou a ser valorizada e reconhecida por diversos países a partir da década de 60 quando muitas políticas, decretos e leis começaram a ser sancionados (GUARINELLO, 2013). E cada país possui autonomia para regular de forma mais conveniente estas linguagens, dependendo da cultura e do regionalismo. O Sistema Brasileiro de Linguagem de Sinais (LIBRAS) é regulado, no Brasil, pela Lei 10.436, de 24 de abril de 2002; e o artigo 2 da mesma lei, recomenda que o governo, os serviços públicos e as empresas concessionárias apoiem o uso e a difusão de LIBRAS. A mesma lei, em seu artigo 3, regulamenta que os serviços públicos e as empresas concessionárias de saúde têm o dever de garantir aos surdos, tanto um atendimento adequado quanto resolutivo e seguindo os princípios do SUS (ARAGÃO et al., 2015).

Mesmo diante da necessidade do conhecimento da linguagem de sinais, o CNE- Conselho Nacional de Educação, não traz em suas diretrizes a obrigatoriedade de se ensinar LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) no ensino superior; cabendo ao estudante a vontade e o interesse próprio em adquirir esse saber (SOUSA; QUADROS, 2012).

A falta de uso do sistema LIBRAS enfraquece a comunicação entre as pessoas com surdez e os profissionais, e por fim, dificulta o acesso daqueles aos serviços de Atenção Básica ofertados pelo SUS (Sistema Único de Saúde). O despreparo dos profissionais afeta a qualidade da assistência e torna o tratamento inadequado e ineficaz. Por isso, é essencial que os profissionais de saúde saibam se comunicar em LIBRAS, a fim de compreender esse público e não comprometer o atendimento prestado (ARAGÃO et al, 2015).



**Artigo**

**Ensino-aprendizagem de universitários para o atendimento de surdos e deficientes auditivos**

O Brasil, embora não seja de conhecimento da população geral, possui mais de 200 idiomas, já que os mesmos incluem as línguas indígenas e estrangeiras. Inclusive, os índios Kaapor da Amazônia, utilizam um tipo próprio de linguagem de sinais diferente do sistema LIBRAS. Neste contexto, diante da variedade enorme de línguas e dialetos, encontra-se a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) (LEVINO, 2013).

O deficiente auditivo ou surdo precisa vencer a ausência da audição através de outros sentidos como a visão, este sendo o mais importante para uma boa interação com o meio ambiente. E sendo o ser humano necessitado de socialização e participação dentro da comunidade em que vive é inevitável que formem uma cultura própria e que se utilize de linguagem gestual específica para comunicação. O sistema LIBRAS surge da necessidade de oficializar a comunicação de forma a garantir os direitos destas comunidades, não simplesmente utilizando da mímica, mas, através de uma gramática possuidora de fonologia, morfologia, sintaxe e semântica (LEVINO, 2013) (OLIVEIRA et al., 2014).

Um fator importante para a diminuição das diferenças entre a população geral e surda foi a sanção da Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que reconhece a LIBRAS como oficial e legal para comunicação entre pessoas com surdez ou hipoacusia. Ademais, em 2005, outro ganho veio com o decreto 5.626 que obrigou ensino da LIBRAS nos cursos de magistratura ou licenciatura, quaisquer que sejam suas áreas ou níveis de ensino, em todas as 3 esferas de poder. Sendo que nos demais cursos de educação superior e profissional deverá ser ofertada de forma optativa (LEVINO, 2013) (DOHMS; TESSER; GROSSEMAN, 2013).

**CONCLUSÃO**

Evidenciamos, neste trabalho, a importância do desenvolvimento de mais estudos que focalizem o surdo em seus diversos processos de inclusão. A partir das reflexões teóricas sobre o atendimento ao paciente surdo, buscamos investigar, através do relato de experiência do estudo da LIBRAS, como melhorar a relação entre os futuros médicos e o possível paciente surdo. Uma vez que não é comum o atendimento a pacientes surdos nos serviços mais usados. No exercício de lembrar o vivido, os estudantes de medicina refletiram tanto acerca das estratégias utilizadas quanto sobre a legislação vigente, no



**Artigo**

intuito de fomentar novos conhecimentos e técnicas que visam melhorar o atendimento médico prestado a este público.

Desta forma, várias críticas aos processos atuais de interação entre os profissionais e o paciente surdo foram discutidas ao longo das aulas. A pouca interação entre surdos e os profissionais de saúde é explicada diante da falta completa ou ineficiente do uso da LIBRAS dentro dos serviços médicos públicos. A ausência de intimidade com a LIBRAS por parte de médicos e enfermeiros, principalmente, gera inadequação e sentimento de não pertencimento por parte do paciente surdo, afastando-o do cuidado com sua saúde.

Sem dúvida alguma, o surdo vive a impotência diante da ausência de um treinamento mais adequado na maioria dos serviços médicos. Daí a presença indispensável, do intérprete, e que mesmo assim, não isenta nenhuma das partes de possíveis problemas. Por fim, pode-se concluir, que incentivar o ensino da LIBRAS dentro das faculdades é essencial para o sucesso do atendimento destes pacientes.

**REFERÊNCIAS**

ARAGÃO, J. S. et al. A content validity study of signs, symptoms and diseases/health problems expressed in LIBRAS. **Rev Lat Am Enfermagem**. 2015. v. 23. n. 6. Nov-Dec.

COELHO, E. P. (Org.); IVIC, I. **Lev Semionovich Vygotsky**. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana, 2010.

DOHMS, M.; TESSER, C. D.; GROSSEMAN, S. Potencialidades no ensino-aprendizagem da comunicação médico-paciente em três escolas brasileira, espanhola e holandesa. *Rev. bras. educ. med.* 2013; jul/set; 37(3).

DUARTE, S. B. R. et al. Aspectos históricos e socioculturais da população surda. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* vol.20 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2013.

GUARINELLO, A. C. A disciplina de Libras no contexto de formação acadêmica em fonoaudiologia. *Rev. CEFAC*. 2013; março/abril; 15(2).

LEVINO, D. A. et al. Libras na graduação médica: o despertar para uma nova língua. *Rev. bras. educ. med.* 2013; abril/junho; 37(2).



**Artigo**

MAGRINI, A. M.; SANTOS, T. M. M. Comunicação entre funcionários de uma unidade de saúde e pacientes surdos: um problema? *Distúrb Comum*. 2014; set; 26(3): 550-558.

OLIVEIRA, L. C.; AVILA, M. M. M.; GOMES, A. M. A.; SAMPAIO, M. H. L. M. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. Botucatu. 2014. **Interface**. v. 18. n. 2. p. 1389-1400.

OLIVEIRA, Y. C. A. A língua brasileira de sinais na formação dos profissionais de enfermagem, fisioterapia e odontologia no estado da Paraíba, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2012; out/dez; 16(43).

RODRIGUES, S. C. M.; DAMIÃO, G. C. Virtual Environment: assistance in nursing care for the deaf based on the protocol of Primary Care. *Rev. esc. enferm. USP*. 2014; Ago; 48 (4).

SILVA, C. M.; SILVA, D. N. H.; SILVA, R. C. Inclusão e processos de escolarização: narrativas de surdos sobre estratégias pedagógicas docentes. *Psicol. Estud.* 2014; abril/junho; 19 (2).

SOUSA, A. N.; QUADROS, R. M. Uma análise do fenômeno “alternância de línguas” na fala de bilíngues intermodais (Libras e Português). **Rev Virtual Estud Ling**. 2012; 10(19): 329–346.



**Artigo**

**SAÚDE NA PERSPECTIVA DE PESSOAS COM HIV/AIDS: UM OLHAR  
FENOMENOLÓGICO**

**HEALTH FROM THE PERSPECTIVE OF PEOPLE WITH HIV / AIDS: A  
PHENOMENOLOGICAL VIEW**

Mânia Quadros Coelho Pinto<sup>1</sup>  
Tatiana Carvalho Reis Martins<sup>2</sup>  
José Márcio Girardi de Mendonça<sup>3</sup>  
Simone de Melo Costa<sup>4</sup>  
Cristina Andrade Sampaio<sup>5</sup>

**RESUMO** - O adoecimento pelo HIV traz consigo um histórico de valores sociais e morais que incluem questões religiosas. Buscando compreender o significado de saúde das pessoas vivendo com HIV/aids, é que se delimitou o objetivo desta pesquisa em um estudo de abordagem qualitativa de natureza fenomenológica, que se propõe a compreender experiências vivenciadas. Os participantes da pesquisa destacaram a importância do uso do medicamento, da alimentação adequada e também de atividade física para se ter uma boa saúde. Declararam adesão à terapia antirretroviral devido seus benefícios. A espiritualidade é vivenciada pelos participantes como meio de se obter forças para superar as dificuldades causadas pelo adoecimento. A análise fenomenológica desvelou que para a pessoa com HIV/aids o significado de saúde está relacionado ao cotidiano de cuidado, à percepção sobre seu tratamento, à sua experiência com a religião e ao estigma desse adoecimento.

---

<sup>1</sup> Doutora em Ciências da Saúde; Universidade Estadual de Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: maniaquadros@gmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Ciências da Saúde; Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, MS, Brasil. E-mail: tatyenn@hotmail.com

<sup>3</sup> Mestre em Enfermagem; Universidade Estadual de Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: girardidemendonca@terra.com.br

<sup>4</sup> Doutora em Odontologia-Saúde Coletiva; Universidade Estadual de Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: smelocosta@gmail.com

<sup>5</sup> Doutora em Saúde Coletiva; Universidade Estadual de Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: sampaio.cristina@uol.com.br



**Artigo**

**Palavras-chave:** Saúde; HIV; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Pesquisa Qualitativa.

**ABSTRACT** - HIV disease brings with it a history of social and moral values that include religious issues. Aiming to understand the health significance of being living with HIV / aids, the purpose of this research was delimited in a study of a qualitative approach of phenomenological nature, which aims to understand experiences. Participants highlighted the importance of using the medication, adequate food and also physical activity to be in good health. They declared adherence to antiretroviral therapy because of its benefits. Spirituality is experienced by the participants as a means of obtaining the strength to overcome the difficulties caused by illness. The phenomenological revealed that for being with HIV / aids the meaning of health is related to their daily care, their perception about their treatment, and thus about their adherence, their experience with religion and the stigma of this illness.

**Keywords:** Health; HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Qualitative Research.

## INTRODUÇÃO

A AIDS se apresenta desde 1980 como uma doença infectocontagiosa, com histórico de pressões sociais e morais agregadas e, inclusão de questões religiosas (DALMOLIN et al., 2011). As incertezas, a carga moral e social imputadas à AIDS, desde o seu aparecimento, favorecem as concepções estigmatizantes vivenciadas, no dia a dia, pelas pessoas que convivem com esse problema.

A estigmatização da doença acarreta discriminação, a qual se refere a qualquer forma arbitrária de excluir pessoas com condição sorológica, confirmada ou suspeita, para o vírus HIV (FERREIRA; FAVORETO; GUIMARÃES, 2012). A infecção pelo HIV/AIDS influencia diretamente na dinâmica da vida, o que exige adaptações para enfrentar a discriminação e o preconceito vivenciados pela maioria das pessoas infectadas (JESUS, 2017).

Pesquisas mostram que os comportamentos de uma população são influenciados pela autopercepção de saúde (WHO, 1996; MEIRELLES, 2010). Nessa perspectiva, conhecer a percepção de saúde auxilia na assistência às pessoas (WHO, 1996) com



Artigo

doenças infecciosas e estigmatizantes, como a AIDS. Comumente, no decorrer do processo saúde/doença, há um amadurecimento e a pessoa aprende a não deixar que a doença se torne o centro de sua vida (MEIRELLES, 2010).

Nesse contexto, faz-se necessário, compreender o ser humano como único e multidimensional inserido em um determinado contexto, real e concreto (DALMOLIN et al., 2011). Isso porque quem estabelece o estado da doença é o sofrimento, a dor, o prazer, afinal, os valores e os sentimentos expressos pelo corpo subjetivo, que adocece (BRÉTAS; GAMBA, 2006). Assim, esta pesquisa buscou compreender o significado de saúde junto a pessoas com HIV/AIDS, por meio de experiências vivenciadas.

## MÉTODO

O estudo proposto consiste em uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa e de natureza fenomenológica, que se propõe a compreender as experiências humanas. Por se tratar de pesquisa qualitativa, volta-se ao desvelamento do fenômeno estudado, indagando o mundo ao redor (MARTINS; BICUDO, 2005).

O estudo envolveu pessoas com HIV/AIDS, de ambos os sexos, assistidos em uma unidade de atenção de Instituição de Ensino de Minas Gerais, Brasil. Adotaram-se como critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos e estar presente na unidade de atenção no período de coleta de dados.

Os dados foram coletados por meio de entrevista individual, não estruturada. Utilizaram-se as seguintes questões norteadoras: O que é saúde para você? O que você faz para ter uma boa saúde? Na sua opinião, por que as pessoas adoecem?

Participaram 11 pessoas, sendo seis do sexo masculino. O número de participantes foi definido a partir da saturação de dados, ou seja, quando nenhuma informação nova foi referida pelas pessoas. Cada entrevista durou cerca de uma hora e meia e foi gravada. Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas e uma leitura intensiva possibilitou a compreensão fenomenológica do discurso e seu agrupamento em temas que se seguiram dos recortes das falas dos sujeitos. Para assegurar o anonimato, os pesquisados foram identificados com codinomes E1, E2, para entrevistado 1 e sucessivamente.

Os dados foram interpretados por meio dos pressupostos da fenomenologia de Husserl, que sugere, no primeiro passo, a descrição do objeto da experiência como se tratasse de um primeiro encontro. Esse primeiro passo é conhecido como *epoché*, o



**Artigo**

tradicional por em suspensão ou entre parênteses (CAMON, 1996). Concluída essa fase de descrição, o segundo passo se constituiu na exploração e investigação do material descrito, explorando-o exaustivamente. Concluiu-se o segundo passo com a preparação de uma nova descrição, que mostrou uma nova consciência do objeto da experiência. No terceiro passo revelou-se o direcionamento da consciência para o objeto da experiência. Esse direcionamento, que é o mesmo que intenção, é, então, o sentido que o objeto assume para a consciência. Na teoria de Husserl, chega-se a esse sentido por meio das várias modalidades dos processos mentais. Esses processos são conhecidos como afeição (eu sinto), conação (eu julgo) e cognição (eu penso). Assim, a investigação chega ao fim com a descoberta da intencionalidade do outro (CAMON, 1996; LEITE, 2001).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes, sob parecer consubstanciado de número 203.146.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os três temas que emergiram das entrevistas foram: “Percepção de saúde entre pessoas com o HIV/ AIDS”; “Aprendendo a conviver com o HIV/AIDS” e, “O processo de adoecimento por HIV/AIDS e suas consequências”. Os temas desvelam a percepção de conviver com HIV/ AIDS, na perspectiva dos participantes desta pesquisa.

### **Percepção de saúde entre pessoas com o HIV/ AIDS**

Após a constatação do diagnóstico de HIV/ AIDS e considerando o aspecto crônico da doença, as questões que emergiram da análise dos dados que compõem a categoria “Percepção de saúde entre pessoas com o HIV/ AIDS” estão descritas nas subcategorias: 'O cuidado com a vida para se ter saúde' e 'Saúde, seus percalços e o convívio com a doença'.

#### **O cuidado com a vida para se ter saúde**

A infecção pelo HIV pode gerar mudanças na vida das pessoas. As dificuldades que a condição sorológica impõe em relação à qualidade de vida tem sido um desafio para as pessoas com HIV/ AIDS (MEIRELLES et al., 2010). Os entrevistados apresentam uma visão ampla de saúde, com agrupamento de diferentes facetas, sendo destacada a





**Artigo**

importância do medicamento, da alimentação adequada e também o bem estar para se ter uma boa saúde.

*Pra mim, no geral, acho que saúde é você tá bem em todas as áreas, amorosa, financeira, saúde, enfim é um conjunto. (E3)*  
*Saúde é estar bem, alimentando bem, dormindo bem, andando bem e vivendo bem. [...] tomo os remédios que eu tomo, os retrovirais, pra ficar bem tem que tomar [...] depois que passei a tomar o remédio [...], no horário certinho, passei me alimentar melhor [...] A princípio foi um choque doido, mas depois com medicamento o remédio certinho, hoje já me sinto um cara com saúde. (E2)*

O uso correto dos antirretrovirais possibilita um aumento da imunidade e redução das chances de infecções oportunistas (MEIRELLES et al., 2010). Nessa perspectiva a maioria dos participantes adere ao tratamento medicamentoso pelos benefícios da terapia antirretroviral (TARV) (ALMEIDA et al., 2011).

**Saúde, seus percalços e o convívio com a doença**

Para as pessoas convivendo com o HIV faz-se necessário planejar um atendimento de forma integral, para além do manejo clínico da infecção e seus sintomas, incorporando, por exemplo, uma atenção voltada à dimensão biopsicossocial do indivíduo e família (MEDEIROS et al., 2016).

O recebimento do diagnóstico de HIV/ AIDS pode interferir na percepção de saúde das pessoas de uma forma negativa. Contudo, as pessoas vão-se adaptando e aprendendo a conviver com a doença e, com isso, a percepção de saúde vai-se modificando (MEIRELLES et al., 2010).

*[...] no começo, assim, eu entreguei, só pensava em suicídio e tirar minha vida, [...]. (E4)*  
*[...] achava que a morte tava cada vez mais próxima e não sabia o que fazer, para onde correr, não sabia qual o meu destino, [...] fiquei uma pessoa quase fora do normal, eu achava que já tava com um caixão já pronto. (E6)*  
*[...] doença é estar doente mesmo [...] tem que acostumar e aprender a lidar com ela, não pode desesperar. (E1)*



### Artigo

Desde o surgimento da aids, sua representação social prima pelo caráter discriminatório e estigmatizante (SEIDL; RIBEIRO; GALINKIN, 2010). Os fatores que mais influenciam no viver com essa condição de saúde, além das manifestações físicas, são as dificuldades psicológicas e sociais. O preconceito e a discriminação que se expressam nas atitudes de outras pessoas, especialmente as mais próximas, como filhos e outros parentes, geram desconforto (MEIRELLES et al., 2010). As falas dos sujeitos ilustram essas situações:

*[...] eu já sofri muito com certas coisas que as pessoas falavam eu ficava deprimida, entrava em depressão [...]* (E4)

*[...] um problema também é o preconceito. Tem que vencer o preconceito porque ele ainda existe.* (E5)

*[...] a questão do preconceito é grande [...] muita gente afasta da gente, não quer ter contato! Muita gente acha que só de encostar, só de cumprimentar, acha que vai contrair a doença e não é bem assim, a gente se sente muito mal.* (E7)

O preconceito, também, pode excluir os infectados do mercado de trabalho. Assim, o preconceito com que são tratados e estigmatizados os pacientes, em adição à doença os torna duplamente vitimizados (GUNTHER; BARACAT, 2013).

### Aprendendo a conviver com o HIV/AIDS

Após o diagnóstico de soropositividade para o HIV, o sujeito depara-se com uma situação nova, com a qual precisa aprender a conviver, visto o aspecto crônico da doença. Diante dessa nova condição, as pessoas com HIV/aids vivenciam momentos conflitantes, mas, devido à vontade de viver, elas encontram força interior e fazem uso de medicamentos que podem lhes proporcionar maior longevidade (PASCHOAL, 2014).

A inserção do tratamento na rotina, a adesão à terapia antirretroviral e como essas pessoas assumem seu autocuidado são formas de conviver melhor com o problema de saúde e levar uma vida normal como de pessoas não infectadas pelo vírus.

*[...] quando a pessoa mantém o tratamento certinho leva uma vida normal. [...] você vê que as pessoas têm até a capacidade de viver normal como qualquer outra, só basta ter o tratamento certo [...].* (E7)



Artigo

*[...] saúde pra mim é você tentar fazer a coisa certa. Tentar obedecer os conselhos do médico, tomar medicação do jeito que é orientada. Evitar consumo de álcool e cigarro. (E9)*

Os pacientes infectados pelo HIV apresentam imunidade diminuída, o que os torna mais vulneráveis às doenças oportunistas (GALVÃO, 2011), que, em alguns casos, podem levar ao óbito. Ante essa realidade, os participantes ressaltam a importância de se cumprir a prescrição médica a fim de se sentir bem e saudável.

*[...] mas através do medicamento, estou controlado, graças à Deus, encaro como se diz, como se nada fosse nada. Tem hora que nem sinto que estou doente. (E5)*

*[...] mas depois com medicamento, o remédio certinho, hoje já me sinto um cara com saúde. (E11)*

Para se ter uma vida mais saudável, as pessoas com HIV/ AIDS precisam aprender a conciliar o uso diário dos antirretrovirais com seus efeitos colaterais (MEIRELLES et al., 2010), que apesar de incomodá-las tornam-se secundários, pois é por meio deles que se tem vida.

*[...] os remédios são bons, “dão” efeito colateral, mas também “dão” boa expectativa de vida, faz bem pra gente [...]. Os efeitos colaterais, por exemplo: a gente acumula muita gordura no abdômen -incomoda muito! (E9)*

Além de assumirem uma rotina de tratamento, as pessoas com HIV/ AIDS passam a valorizar mais o autocuidado (MEIRELLES et al., 2010). Começa a fazer parte de suas atividades diárias a adoção de hábitos saudáveis, como uma alimentação equilibrada e a prática de atividade física.

*É comer bem, não preocupar com nada [...] ter ritmo de vida assim saudável [...]. Passear, fazer um exercício físico. Viver bem no geral. (E1)*

A construção do indivíduo ocorre mediante o que ele é, o que está sendo e o que poderá “vir-a-ser” (KIKUCHI; MENDES, 2012). Na reflexão fenomenológica, voltada para a experiência vivida, a busca da compreensão do ser humano ocorre a partir de sua



Artigo

interação com o mundo (GIL; LICHT; SANTOS, 2006). Nessa perspectiva, ao assumirem o tratamento como única opção, os pacientes constroem uma rotina que é percebida como uma alternativa para se levar uma “vida normal”, como no discurso dos entrevistados.

A religiosidade ameniza as dificuldades vivenciadas com o HIV/ AIDS. Para o ser humano, a espiritualidade é vista como expressão de identidade e propósito, decorrentes do anseio de cada pessoa. O alívio ao sofrimento é fruto da religião, que permite ao paciente perceber o HIV/ AIDS em outra perspectiva (AQUINO; ZAGO, 2007).

*[...] é muito dolorido a gente chegar, fazer um exame e descobrir que a gente tá com um problema de saúde muito sério, que é só mesmo Deus pra abençoar a nossa vida, quando a gente descobre que está passando por um problema muito difícil [...]. (E4)*

A espiritualidade é sentida pelos participantes como um meio de se obter forças para a superação das dificuldades causadas pelo adoecimento (FERREIRA; FAVORETO; GUIMARÃES, 2012). Na fala dos participantes, verifica-se que essa superação é alcançada mediante a fé e o novo significado que atribuem à vida.

*[...]então, através da busca por Deus, de falar com Deus, hoje eu me sinto uma pessoa forte. Pode até dizer que eu nem sei mais o que é ser deprimida, ser triste, ficar magoada. Com tudo que as pessoas falam hoje, eu estou uma pessoa forte, graças a Deus. (E4)*

*[...] eu tenho motivos pra agradecer a Deus, pois ainda eu tenho vida. (E8)*

*[...] é ir com fé em Deus, fé em Deus que as coisas resolvem, se tiver que acontecer, vai acontecer, se não tiver também e se as pessoas “tiver” cabeça boa, com certeza e fé em Deus as coisas não acontecem [...]. (E1)*

Perante a complexidade da experiência da religiosidade, a fenomenologia auxilia no conhecimento dessa relação (RIBEIRO, 2008). Os aspectos da religiosidade expressos nas falas são reflexos das experiências dos sujeitos que valorizam a importância da fé em Deus como uma forma de manterem uma estabilidade emocional, a partir de uma perspectiva positiva das circunstâncias pelas quais passam (CRUZ, 2017).



**Artigo**

**O processo de adoecimento por HIV/AIDS e suas consequências**

Existem diversos aspectos comportamentais que estão relacionados ao processo de adoecimento por HIV/aids. O fator patológico pode ser considerado como uma alteração do estado normal, em que a doença torna-se uma espécie de mal (CANGUILHEM, 2009). Ser doente é, realmente, para o homem, viver uma vida diferente, mesmo no sentido biológico da palavra.

*[...] as pessoas adoecem por falta de conhecimento sobre a saúde, sobre a vida [...]. (E4)*

A doença não é uma variação da dimensão da saúde; e sim uma nova dimensão da vida. Ela passa a ser uma experiência de inovação positiva do ser vivo e não apenas um fato diminutivo ou multiplicativo (CANGUILHEM, 2009).

*[...] as pessoas adoecem, em geral, alguns por descuido [...]. (E3)*

Para uma pessoa que está doente, a experiência vivenciada é muito particular, mesmo que partilhe a experiência com outras pessoas que passam por situação semelhante (MOREIRA; NOGUEIRA; ROCHA, 2007). O tratamento exige interesse, disciplina; e vínculo com um serviço de saúde, para ajudar no processo de adesão e manter a esperança. Outro aspecto a ser considerado é o nível de conhecimento das pessoas sobre as formas de prevenção da AIDS. Em um estudo realizado com adultos nas cidades de São Paulo e Recife, os participantes afirmaram possuir informações sobre a aids e suas formas de prevenção, mas, durante as falas, observou-se que as informações que possuíam eram incorretas, fundamentadas no imaginário popular (GARCIA; SOUZA, 2010).

*[...]o que influi muito é não cuidar da alimentação corretamente ou não tomar os remédios na hora certa [...]. (E3)*

Poucas vezes são consideradas as condições socioculturais singulares em que a pessoa vive, a fim de compreender como adoeceu e como se sente. A possibilidade de agravamento da doença, também, é fator motivador para enfrentar o problema. É a superação do estado de inércia para o reconhecimento de si mesmo como sujeito capaz de significar a existência do HIV.



Artigo

*[...] a maioria das pessoas que adoecem são pessoas que não se cuidam também. Tem que procurar médico, fazer sempre exames [...]. (E1)*

Adoecer pode vir a significar um sofrimento que transcende o sintoma, implicando um sofrimento adicional pelo medo de ficar desempregado, e excluído socialmente. Com significados elaborados, a experiência de adoecer foi identificada como uma vivência de despotencialização e exclusão social. Entretanto, a doença traz a possibilidade de benefício secundário, a despeito das várias perdas envolvidas e, ainda, como oportunidade de mudanças e revisão da vida (MOREIRA; NOGUEIRA; ROCHA, 2007).

Adoecer significa conviver com uma moléstia que, até então, existia como mera possibilidade, sem chance efetiva de se tornar realidade. O adoecimento, segundo a fenomenologia, significa que a liberdade de vir a ser da existência se encontra limitada (GUNTHER; BARACAT, 2013).

Quando o paciente recebe o diagnóstico de uma doença, passa da condição de sadio para a de doente. Assim, começa a lidar com o risco iminente de adoecer, sofrer e morrer. Isso traz sofrimento físico e psíquico e ele precisa elaborar essa importante perda (SCHILIEMANN; NACIF; OLIVEIRA, 2002). Heidegger (2009) sinaliza que “toda doença é uma perda de liberdade, uma limitação da possibilidade de viver”.

O indivíduo é quem avalia a transformação do normal em patológico, porque é ele quem sofre as consequências no momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe. É a partir do julgamento individual de estar doente que cada pessoa sente a necessidade de procurar assistência (CANGUILHEM, 2009).

O profissional deve ter a sensibilidade de ouvir o sujeito, conhecer sua realidade e, assim, chegar a um ponto comum sobre as ações mais eficazes, visando a melhoria das condições de vida, observando além da doença.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que o conhecimento dos aspectos envolvidos na percepção de saúde e sobre a capacidade de os indivíduos lidarem com as adversidades físicas e sociais pode contribuir para o enfrentamento da doença. Principalmente porque a AIDS não é somente mais uma doença considerada sem cura, que ainda causa medo e pânico na população, mas, é sim um fator de total rediscussão de conceitos, preconceitos e comportamentos individuais e coletivos. É importante apreender, compreender e atender às demandas das



**Artigo**

peessoas com HIV/ AIDS, visando procurar ações direcionadas para a resolubilidade das dificuldades causadas pelo adoecimento e fortalecimento da superação dessas dificuldades. A análise fenomenológica permitiu conhecer sobre aspectos inseridos na vida da pessoa com HIV/ AIDS relacionados ao seu cotidiano de cuidados, à sua percepção sobre seu tratamento, e, assim, sobre sua adesão, sua experiência com a religião e o estigma desse adoecimento.

Nosso estudo deixa em aberto questões a serem investigadas, pois limitou-se à perspectiva do paciente soropositivo em tratamento. Contudo, os achados evidenciam que o caráter de cronicidade da AIDS prevê o seguimento dessas pessoas em longo prazo, o que acarreta a necessidade de avaliação e acompanhamento dos aspectos psicossociais.

**REFERÊNCIAS**

ALMEIDA, E.L. et al. Adesão dos portadores do HIV/AIDS ao tratamento: fatores intervenientes. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 208 -216, 2011.

AQUINO, V.V.; ZAGO, M.M.F. The meaning of religious beliefs for a group of cancer patients during rehabilitation. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 42-47, 2007.

BRÊTAS, .A.C.P.; GAMBA, M.A. **Enfermagem e Saúde do Adulto**. Barueri: Manole, 2006.

CAMON, V.A. O imaginário e o adoecer: um esboço de pequenas e grandes dúvidas. In: A. V. Camon, organizador. **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 1996, p.181-213.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CRUZ, D.S.M. et al. Vivência de pacientes com HIV/AIDS e a influência da religiosidade/espiritualidade no enfrentamento da doença. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11(Supl. 10), p. 4089-4095, 2017.



**Artigo**

DALMOLIN, B.B. et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 389-394, 2011.

FERREIRA, D.C.; FAVORETO, C.A.O.; GUIMARÃES, M.B.L. A influência da religiosidade no conviver com o HIV. **Interface (Botucatu)**, v. 16, n. 41, p. 383-394, 2012.

GALVÃO, M.T.G. et al. Temáticas produzidas por portadores de HIV/AIDS em grupo de autoajuda. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 19, n. 2, pág. 299-304, 2011.

GARCIA, S.; SOUZA, F.M. Vulnerabilidades ao HIV/AIDS no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde e Sociedade**, v. 19 (Supl.2), pág. 9-20, 2010.

GIL, A.C.; LICHT, R.H.G.; SANTOS, B. Por que fazer pesquisa qualitativa em saúde. **Caderno de pesquisa em ciências da saúde**, v. 1, n. 2, p. 5-19, 2006.

GUNTHER, L.E.; BARACAT, E.M. O HIV e a AIDS: Preconceito, Discriminação e Estigma no Trabalho. **Revista Jurídica**, v. 1, n. 3, p. 398-428, 2013.

HEIDEGGER, M. **Seminários de Zollikon**. Petrópolis: ABD/ Educ/ Vozes, 2009.

JESUS, G.J. et al. Dificuldades do viver com HIV/AIDS: Entraves na qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 301-307, 2017.

KIKUCHI, E.M.; MENDES, M.M.R. O cuidado no processo de avaliação da aprendizagem: um enfoque fenomenológico. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11(Supl), p. 23-30, 2012.

LEITE, M.T.S. **O processo de ensino aprendizagem na perspectiva do ser professor e do ser aluno**. Montes Claros: Unimontes, 2002.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Centauro, 2005.





**Artigo**

MEDEIROS, L.B. et al. Integração entre serviços de saúde no cuidado às pessoas vivendo com aids: uma abordagem utilizando árvore de decisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.2, p.543-552, 2016.

MEIRELLES, B.H.S. et al. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. **Revista Rene Fortaleza**, v.11, n.3, p. 68-76, 2010.

MOREIRA, V.; NOGUEIRA, F.N.N.; ROCHA, M.A.S. Leitura fenomenológica mundana do adoecer em pacientes do Serviço de Fisioterapia do Núcleo de Atenção Médica Integrada, Universidade de Fortaleza. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 24, n. 2, p. 191-203, 2007.

PASCHOAL, E.P. et al. Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 32-40, 2014.

RIBEIRO, J.P. Reflexões sobre o lugar de uma Psicologia da Religião. **Rev Abordagem Gestált**, v. 14, n. 2, p. 197-204, 2008.

SCHILLEMANN, A.L.; NACIF, M.R.G.; OLIVEIRA, M.C. Luto e saúde. In: Franco, MHP, organizadora. **Estudos avançados sobre o luto**. Campinas: Livro Pleno, 2002. p.131-150.

SEIDL, E.M.F.; RIBEIRO, T.R.A.; GALINKIN, A.L. Opiniões de jovens universitários sobre pessoas com HIV/AIDS: um estudo exploratório sobre preconceito. **Psico-USF**, v. 15, n. 1, p. 103-112, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Interview Surveys: towards international harmonization of methods and instruments. Geneva: World Health Organization; 1996.



**Artigo**

**SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: OS DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS GESTORES PÚBLICOS**

**PUBLIC HEALTH IN BRAZIL: CHALLENGES FACED BY PUBLIC MANAGERS**

Kalyane Souza Amarante<sup>1</sup>

Aliny Clegia Trindade<sup>2</sup>

Edil Bezerra Santos<sup>3</sup>

Flavia Eunice Gonsalves dos Santos<sup>4</sup>

Maria Ferreira da Nóbrega Neta<sup>5</sup>

Maria Mirtes da Nóbrega<sup>6</sup>

**RESUMO** - A saúde brasileira passou por grandes transformações ao longo dos anos. A 8ª Conferencia Nacional de Saúde, realizada em 1986 em Brasília, foi o marco para esse processo que criou o Sistema Único de Saúde. O objetivo desse estudo é destacar os desafios enfrentados pelos gestores atuantes na saúde pública. Assim, este estudo foi realizado através de uma revisão de literatura com busca de fontes secundárias de informações em bases de dados online em abril de 2018. Foram encontrados 22 artigos publicados no período de 2013 a 2018, sendo que apenas 10 compuseram a amostra deste estudo. Podemos observar com esse estudo que muitas vezes, esses gestores estão despreparados para assumir a função que lhes competem a gestão, além dos diversos desafios existentes da própria logística do Sistema de Saúde que não permite que estes coloquem em pratica tudo que o Ministério da Saúde preconize.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Gestores Públicos, Saúde Pública no Brasil.

---

<sup>1</sup> Discente de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos, Técnica de Enfermagem na pela Escola Técnica de Enfermagem Dra. Miriam Nóbrega.

<sup>2</sup> Discente de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos.

<sup>3</sup> Discente de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos.

<sup>4</sup> Enfermeira, Especialista em Saúde da Família pelas FIP-PB.

<sup>5</sup> Pedagoga, Especialista em Saúde da Família pelas FIP-PB.

<sup>6</sup> Mestre em Ciências da Educação, professora das Faculdades Integradas de Patos-PB.



## Artigo

**ABSTRACT** - Brazilian health has undergone great changes over the years. The 8th National Health Conference, held in 1986 in Brasilia, was the milestone for this process that created the Unified Health System. The objective of this study is to highlight the challenges faced by public health managers. Thus, this study was carried out through a literature review with search of secondary sources of information in online databases in April 2018. We found 22 articles published in the period from 2013 to 2018, and only 10 composed the sample of this study . We can observe from this study that these managers are often unprepared to take on the role of management, as well as the various challenges of the logistics of the Health System itself, which does not allow them to put into practice everything that the Ministry of Health.

**Keywords:** Nursing, Public Managers, Public Health in Brazil

## INTRODUÇÃO

O Brasil foi colonizado por Portugueses que em sua maioria foram banidos da sociedade para cumprirem sua pena em um lugar isolado da civilização e cheio de mistérios a serem descobertos. Mesmo com a instalação do império português, não se pensou em um modelo assistencial de saúde para os novos moradores, aliás, não houve nem interesse do governo colonizador em cria-lo.

Os cuidados à saúde eram limitados, pois os recursos disponíveis eram aqueles oferecidos pela natureza (plantas e ervas), que eram usados por curandeiros através dos conhecimentos empíricos e que acabavam desenvolvendo suas habilidades em curar. Com a chegada da família real ao Brasil a necessidade em organizar uma estrutura que desse suporte ao poder que se instalava na atual capital do país, o Rio de Janeiro (GOMES et al., 2016).

Malta (2016) afirma que em 1948 a Organização Mundial de Saúde (OMS) escreveu na sua carta de fundação que a saúde é um direito fundamental ao ser humano, seguindo o compromisso já expressado na Declaração Universal dos Direitos do Homem. A saúde é um bem público, promovido pelas redes de relação e disputas de sujeitos que buscam colocar determinados interesses e necessidades na agenda das políticas públicas. Faz parte do conjunto de estratégias a Promoção em Saúde individual e coletiva que tem como objetivo atender as necessidades sociais e de saúde, proporcionando melhoria na qualidade de vida da comunidade.



## Artigo

A saúde brasileira passou por grandes transformações ao longo dos anos. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 em Brasília, foi o marco para esse processo que criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Houve também, a formulação de mudanças relacionadas a atenção à saúde como a criação dos princípios do SUS, baseados no direito universal, acesso igualitário e ampla participação da sociedade nos processos decisórios. A Constituição Federal (CF) de 1988, em seu Art. 196, diz que "A saúde é um direito de todos e um dever do Estado..." dando nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como um direito universal (MARTINS & WACLAWOVSKY, 2015).

Conforme Silva (2016), a comunidade passou a participar da formulação, avaliação e fiscalização das políticas no Brasil, uma prática que vem crescendo ao longo dos anos. A CF em seu artigo 37 destaca outros princípios que devem ser aplicados: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência para administração pública direta e indireta por meio de qualquer esfera de poder. Em seu parágrafo 3º, estabelece que: "a lei disciplinará as formas de participação da comunidade na administração dos serviços públicos de maneira direta e indireta, com objetivo de fiscalizar, avaliar e contribuir para construção destes serviços".

Os fóruns de gestão de políticas públicas, especialmente os conselhos gestores municipais, se configuram em espaços públicos de participação e ligação entre governo e sociedade, por meio de responsabilidade partilhada que requer dos envolvidos um "fazer parte efetivo" (KLEBA et al., 2015).

O processo de trabalho em saúde está na atenção, na gestão e na educação; a questão cultural; organizacional (profissões da saúde); no conhecimento científico e nos recursos tecnológicos; na base conceitual da organização do trabalho (produção); no nível de organização dos trabalhadores (equipe); na legislação pertinente; nas demandas sociais e sua capacidade de influência, são fatores que condicionam a complexidade do processo trabalho-saúde. A qualificação da atenção em saúde aos usuários é necessária e deve ser embasada em vários elementos, a gestão deve incluir formas de organização do processo de trabalho (novas tecnologias), equipamentos, recurso pessoal (quantitativo e qualitativo), materiais, medicações e ações educativas abrangentes que possam permitir o desenvolvimento integral dos trabalhadores de saúde (SIGNOR et al., 2015).

A gestão pública ou administração pública é referida por Martins & Waclawovsky (2015) como, ordenação que envolve planejamento e organização, direção e controle dos serviços do governo nas esferas de poder Federal, Estadual e Municipal que proporcionam direção e controle que seguem os preceitos do direito e da moral que objetiva o bem comum da população. Gerir requer planejamento, alocação de recursos mínimos,



**Artigo**

avaliação de desempenho e outras atividades básicas ligadas a administração, realização de reuniões em equipe, protocolos padronizados, coordenação, direção e controle. O objetivo desse estudo é destacar os desafios enfrentados pelos gestores atuantes na saúde pública.

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão de literatura realizada com busca de fontes secundárias de informações disponíveis nas bases de dados do GOOGLE ACADÊMICO. A coleta de informações ocorreu durante o mês de abril de 2018, sendo selecionados 10 artigos, através dos seguintes descritores: Enfermagem, Gestores Públicos, Saúde Pública no Brasil. O material selecionado passou inicialmente por leitura seletiva para escolher os textos a serem utilizados, em seguida foram realizadas leituras para apreensão do conteúdo, o que permitiu definir as categorias de análise, e por fim, foi realizada leitura analítica crítica, com finalidade de compreender os conteúdos dos documentos lidos e elaborar o presente relatório, que deu forma a este artigo.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O tema gestão está presente em várias pesquisas que criam e utilizam meios que possibilitam concretizar os princípios de organização política. Estão inclusos a essa temática a gestão de serviços e sistema de saúde, gestão de qualidade, gestão estratégica, gestão de recursos humanos, gestão orçamentária e financeira. Ao abordar gestão e saúde, podemos agregar o planejamento, a política e a gestão em saúde. Vários documentos foram encontrados sobre a trajetória política de saúde no Brasil, ou seja, não dá pra se falar em gestão em saúde sem falar em política de saúde e política pública de saúde, um marco determinante na expansão da atenção básica de saúde (DALL-ORSOLETTA & XAVIER, 2014).

Por meio da Portaria nº 399/2006, ficou estabelecido que as responsabilidades da gestão dos municípios é garantir a integralidade das ações de saúde para indivíduos e familiares, promover a equidade na atenção à saúde, participar no financiamento tripartite do SUS, executar ações de atenção básica que assumem a gerência de toda a rede pública de serviços da atenção básica, desenvolver planejamento, regulação, programação



## Artigo

pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento, avaliação, organização e pactuação ao acesso das ações e serviços de atenção especializada por meio das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção; assumir a gestão da vigilância em saúde local e elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, sempre usando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

A saúde brasileira vem se adaptando as necessidades da população. Os gestores possuem ferramentas legais para descentralizar e estabelecer parcerias intermunicipais capazes de promover o atendimento fora dos serviços locais favorecendo o cuidado adequado e contínuo.

A gestão entrou na área da saúde por meio das tentativas de programar o modelo de administração pública gerencial, que foca a reforma do Estado e por seu reconhecimento pelo Movimento Sanitário, um fator estratégico na construção do SUS, formulando novas necessidades que irão desenvolver tecnologias de gestão em saúde. Gestão se resume a governar pessoas, organizações e instituições, desde que haja dimensionamento político quanto ao ato de dirigir pessoas (GOMES, 2016).

Nos últimos séculos, ocorreu uma reformulação nas políticas públicas, porém podemos observar que vários problemas em nível de gestão, são causados pela forma que estes profissionais escolhem para trabalhar, como também, a maneira que se investem e tomam decisões conforme os objetivos da gestão pública. Só se pode obter êxito nessas ações, quando se compreende que o desenvolvimento econômico é consequência do desenvolvimento social, dependendo totalmente das condições das ações de saúde ofertadas no ambiente em que este indivíduo está inserido.

Essas mudanças foram criadas conforme a necessidade da população, por meio das políticas que são baseadas no perfil dos habitantes da comunidade, como também pelas dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde ao se deparar com problemas complexos ou isolados, sejam no atendimento especializado ou até mesmo nos serviços de saúde básicos, embora o tamanho dos municípios seja diversificado.

O modelo de gestão atual requer gestores capazes de implantar políticas e novos modelos de atenção, requerendo que estes tenham capacidade e competência de administrar problemas graves apresentados durante esse processo. A gestão em saúde instila que os gestores de saúde são os responsáveis pela solução de muitos problemas que são apresentados pelos serviços de saúde. Para isso, os gestores precisam ter sensibilidade, determinação, visão clara, é necessário que sejam pragmáticos, responsáveis e inteligentes. O sucesso da atenção à saúde, só é possível por meio de instrumentos como



**Artigo**

planejamento, organização, coordenação e controle (MARTINS & WACLAWOVSKY, 2015).

A maior parte desses representantes que executam a função pública (gestores) são nomeados, por indicação política, independente da competência e habilidade profissional desse profissional. Muitos se acham aptos a assumir tais cargos, embora a maior parte da população não aprove, não interfiram, ou não opinem no processo de escolha que deveria ser feito pela experiência de vida de cada candidato que acaba sendo influenciados pelo coletivo.

As novas configurações institucionais, como os conselhos gestores de políticas públicas, são na verdade frutos em transição do regime político a partir dos novos atores que ganham voz e passam a influenciar a formulação direta, execução e avaliação de políticas. Esse novo método de gestão pública altera a lógica e a racionalidade de funcionamento, gerando oportunidade e incorporação de demandas sociais verbalizadas por diferentes atores. Conforme a corresponsabilidade entre o Estado e a sociedade civil amplia, o poder dos diferentes atores e segmentos sociais sobre os processos constitutivos da política, proporcionando maior compromisso dos envolvidos, pois requer deles capacidade de análise, proposição e controle social na defesa de interesses coletivos (KLEBA et al., 2015).

A gestão tem papel fundamental na consolidação da descentralização do SUS por meio dos processos de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação, e auditoria, funções estas pertinentes a gestão do sistema municipal, estadual e federal de saúde.

A atenção em saúde aos usuários requer uma vasta diversidade de ações que tentam seguir uma linha de conduta relacionada às políticas de saúde do Brasil. A obtenção dos resultados na atenção a saúde estão vinculados com a forma de organização do processo de trabalho, que necessita ser levando em consideração, o trinômio: atenção-educação-gestão, que se assiste educando e educa-se assistindo, correlatamente faz-se gestão.

Martins e Waclawovsky (2015) afirmam que o desafio da gestão em saúde esta na restauração, nos três níveis dos governos, do processo de planejamento integrado por ações de formulação de políticas, programação, orçamento, controle, acompanhamento e avaliação, visto que vários desvirtuamentos podem ser decorrentes da falta de planejamento das ações do gestor. A deficiência gerencial é também um problema crônico enfrentado no processo de gestão em saúde, frequentemente atribuída a baixos salários, a rigidez e ao centralismo da administração pública.



**Artigo**

Há casos em que os gestores precisam dialogar com outros setores, não apenas porque eles não tem poder exclusivo de decidir, mais dessa forma podem potencializar os recursos desde que entrem em acordo com outros executantes que priorizam a implementação de acordos com os recursos materiais e pessoais disponíveis (KLEBA et al., 2015). Alguns gestores acreditam que ditar normas e seguir protocolos prescreve o trabalho dos profissionais de maneira suficiente para garantir que o cuidado se realize. Essa pratica estimula que profissionais repercutam com velhas práticas dificultando a assistência correta impostos pelos programas nacionais e descentralização municipal (GOMES et al., 2016).

As modificações das práticas institucionalizadas nos serviços de saúde são necessárias. Privilegiar o conhecimento em suas ações educativas favorece a reflexão compartilhada e sistemática por meio da teoria, experimentadas nas práticas e as práticas aperfeiçoadas nas teorias. Dessa forma, projeta-se que a educação permanente seja uma das possibilidades para produzir transformações nas práticas e nos processos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipe e a capacidade de gestão e avaliação dos processos de trabalho (SIGNOR et al., 2015).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Podemos observar com esse estudo que muitas vezes, esses gestores estão despreparados para assumir a função que lhes competem a gestão, além dos diversos desafios existentes da própria logística do Sistema de Saúde que não permite que estes coloquem em pratica tudo que o Ministério da Saúde preconize. Vários municípios se depararam com problemas de gestão ligados a implantação de novas politicas que descentralize o atendimento do usuário, seja por um problema geográfico ou ate mesmo falta de insumos (transporte) para conduzir a população. Portanto é essencial que os gestores da saúde sejam mais atuantes no planejamento e execução das politicas publicas que devem ser criados conforme as necessidades da comunidade e do local. Planejar antecipadamente cada ação a ser realizada será o fio condutor para a resolutividade de vários problemas enfrentados na saúde. A participação da comunidade (por meio de um representante) no Conselho Municipal de saúde deixaria a população mais próxima e atuante nessas decisões políticas, ou seja, o distanciamento da população acaba fazendo com que os profissionais façam escolhas conforme seus interesses pessoais ou políticos. Embora exista o acesso o universal, integral e igualitário, quando não se fiscaliza, os





**Artigo**

serviços de saúde passa a ser um ramo de atividades empresariais lucrativas. A gestão pública é regida por normas que se aplicam em todas as instituições de sua categoria, embora nem sempre isso aconteça. É necessário que os municípios capacitem seus profissionais para que estes compartilhem o conhecimento com a sociedade e que ela fique responsável por supervisionar, dar continuidade e ou desenvolvimento dos processos mesmo após o fim dos mandatos.

**REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html) Acessado em: Abril/2018.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.** Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com alterações determinadas por Emendas Constitucionais de revisão. Brasília, DF. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf) Acessado em: Abril/2018.

DALL'ORSOLETTA, D.; XAVIER, P. B. A intersectorialidade: conhecimento dos getores e a sua aplicabilidade nas políticas públicas de saúde. **Rev. Saúde Públ.** Santa Cat., Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 93-106, maio/ago. 2014. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/09/unoesc-DELIANA-DALLORSOLETTA.pdf> Acessado em: Abril/2018.

GOMES, Raimundo Nonato Silva. Políticas de saúde pública no Brasil: contexto histórico. **Rev. Augustus.** Rio de Janeiro, v.21, n.42, p.127-136. Jul./Dez.2016. Disponível em: <http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/revistaaugustus/article/view/19811896.2016v21n42p127> Acessado em: Abril/2018.



**Artigo**

KLEBA, M. E.; ZAMPIROM, K.; COMERLATTO, D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um conselho municipal de saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.2, p.556-567, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00556.pdf> Acessado em: Abril/2018.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA, M. M. A. da.; ROCHA, D.; CASTRO, A. M. de.; REIS, A. A. C. dos.; AKERMAN, M. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(6):1683-1694, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000601683&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000601683&script=sci_abstract&tlng=pt) Acessado em: Abril/2018.

MARTINS, Caroline Curry; WACLAWOVSKY, Aline Josiane. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS**. Vol.4, N.1, janeiro/junho, 2015. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/157> Acessado em: Abril/2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Direitos Humanos. **Constituição da Organização Mundial de Saúde**. Nova York, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html> Acessado em: Abril/2018.

SIGNOR, E.; SILVA, L. A. A. da.; GOMES, I. E. M.; RIBEIRO, R. V.; KESSLER, M.; WEILLER, T. H.; PESERICO, A. Educação permanente em saúde: desafios para a gestão em saúde pública. **Rev Enferm UFSM** 2015 Jan/Mar;5(1):01-11. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14766> Acessado em: Abril/2018.

SILVA, R. P. S.; JESUS, E. A.; RICARDI, L. M.; SOUSA, M. F.; MENDONÇA, A. V. M. O pensamento dos gestores municipais sobre a ouvidoria como um potencial instrumento de gestão participativa do SUS. **Saúde Debate** . Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 81-94, JUL-SET 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000300081&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000300081&script=sci_abstract&tlng=pt) Acessado em: Abril/2018.



Artigo

ESCALA DE AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAÇÃO NO PERÍODO PÓS-  
PARTO IMEDIATO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Márcio Eli de Pontes<sup>1</sup>  
Fernanda Cabral Oliveira<sup>2</sup>  
Erica Passos Baciuk<sup>3</sup>

**RESUMO** - Objetivo: Identificar na literatura científica a utilização da Escala de Auto-Eficácia em Amamentação *Breastfeeding Self-efficacy Scale* (BSES) no pós-parto imediato. Método: As bases científicas utilizadas foram Bireme, PubMed, Scielo e Capes, com critérios de inclusão estabeleceram-se artigos completos e originais, disponíveis eletronicamente, publicados de 2013 à 2018, idiomas Português, Inglês ou Espanhol, revisados em pares, que abordem sobre a BSES no pós-parto imediato. Resultados: 20 artigos foram elegíveis. No período de pós-parto imediato a maioria das puérperas apresentou elevado BSES. Houve relação estatística positiva entre BSES e mãe que amamenta exclusivamente no período do pós-parto imediato, entre BSES e amamentação na primeira hora de vida. Conclusões: A BSES demonstrou ser uma variável modificável e de fácil acesso aos profissionais de saúde. Mulheres com maior nível BSES são mais propensas a amamentação exclusiva durante o período de pós-parto imediato. O uso da BSES possibilita aos profissionais a realização de intervenções individualizadas quando necessário.

**Palavras Chave:** Aleitamento Materno; Autoeficacia; Maternidade; Período pós-parto.

**ABSTRACT** - This present systematic review aimed to identify in the scientific literature the use of the Self-Efficacy for Breastfeeding Scale (BSES) in immediate postpartum. *Breastfeeding Self-efficacy Scale* (BSES) method: The scientific databases used were

---

<sup>1</sup> Acadêmico do Curso de Mestrado Interdisciplinar em Educação, Ambiente e Sociedade do Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino-UNIFAE. E-mail: [mepontes@andradas-net.com.br](mailto:mepontes@andradas-net.com.br)

<sup>2</sup> Acadêmico do Curso de Bacharel em Medicina do Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino-UNIFAE

<sup>3</sup> Docente do Curso de Mestrado Interdisciplinar em Educação, Ambiente e Sociedade do Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino-UNIFAE.



Artigo

BIREME, PubMed, Scielo and Capes, with inclusion criteria it was possible to establish complete and original article, available electronically published from the years 2013 to 2018 in Portuguese, English and Spanish, reviewed in pairs that deal with BSES in immediate postpartum. Results: Twenty articles were eligible. In the immediate postpartum period most of the women who exclusive have presented a high BSES. There was a positive statistical correlation between BSES and women who exclusive breastfeed in immediate postpartum period and BSES between breastfeeding in the first hour of life. Conclusions: The BSES has demonstrated to be a changeable variable, of a low cost and easy access by health professionals. Women with higher level of BSES are more susceptible to exclusive breastfeeding during the immediate postpartum period. The use of BSE allows that healthcare professionals to perform interventions when necessary.

**Keywords:** Breastfeeding; Self Efficacy; Hospitals, Maternity; Postpartum Period.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde recomenda que a criança deve receber amamentação materna exclusiva até o sexto mês de vida, e mantida até os dois anos de idade ou mais, complementado com alimentos saudáveis (WHO, 2001). Amamentar é uma das maiores intervenções de promoção na saúde com benefícios para a criança, a mulher e a sociedade (HANSEN, 2016).

Com relação aos benefícios para a criança, a curto prazo evidencia-se a diminuição de infecções respiratórias e digestivas. Estima-se que metade dos episódios de diarreia e mais de 70% das internações por esta doença e, um terço das infecções respiratórias e 57% das hospitalizações por elas causadas poderiam ser evitados pela amamentação (VICTORA *et al.*, 2016). Em médio prazo, a amamentação pode reduzir em 68% a má oclusão dental (PERES *et al.*, 2016) e melhorar função mastigatória quando amamentadas por 12 meses ou mais, comparadas àquelas amamentadas por períodos mais curtos (PIRES *et al.*, 2012), além de melhorar o desenvolvimento cognitivo (VICTORA *et al.*, 2015). Crianças amamentadas possuem quociente de inteligência (QI) até 3,76 pontos mais elevado, maior escolaridade e maior renda mensal quando comparados àquelas amamentadas por menos de um mês (VICTORA *et al.*, 2015). Em longo prazo, estima-se redução de 25% nas chances de uma criança amamentada desenvolver sobrepeso ou



Artigo

obesidade na vida adulta, quando comparadas com crianças não amamentadas (HORTA *et al.*, 2015).

Em relação à mulher que amamenta há evidências que o AM protege contra o desenvolvimento de câncer de mama e ovários, com comprovada redução de 22% de carcinoma de mama quando comparadas às que nunca amamentaram e evidente dose-resposta. Além de prevenir o diabetes tipo 2, sendo a duração maior de prevenção, quanto mais tempo ela amamentar (CHOWDHURY *et al.*, 2015).

Em relação aos benefícios para a sociedade, a amamentação contribui para a equidade, onde todas as crianças podem ter a melhor nutrição para alcançar sucesso na sua vida (HANSEN, 2016).

Estima-se que a amamentação é responsável por evitar mais de 19000 mortes por câncer de mama por ano em 75 países de média e baixa renda e mais de 20000 mortes poderiam ser evitadas se a amamentação fosse praticada segundo as recomendações da OMS (VICTORA *et al.*, 2016); e prevenir cerca de 12% das mortes em crianças menores de 5 anos a cada ano, ou cerca de 820.000 mortes em países de média e baixa renda (VICTORA *et al.*, 2016).

Nas últimas três décadas, foram elaboradas diversas estratégias de incentivo ao aleitamento materno, como Hospital Amigo da Criança (1991) e a Semana Mundial de Aleitamento Materno (1992) com melhoras dos índices mundiais para amamentação, porém tais índices permanecem abaixo do recomendado pela OMS (2001).

Um dos fatores que influenciam no início da amamentação e sua manutenção é a confiança materna na habilidade para amamentar. A confiança materna também chamada de Auto-Eficácia na amamentação (KOOLS *et al.*, 2005).

Para avaliar o nível de Auto-Eficácia na amamentação, Dennis e Faux desenvolveram e validaram, a *Breastfeeding Self-efficacy Scale* (BSES), composta por 33 questões (1999). Em 2003, a escala foi revisada por Dennis, resultando na *Breastfeeding Self-Efficacy Breastfeeding Short-Form* (BSES-SF) (2003).

Neste contexto, esta revisão tem por objetivo identificar na literatura científica a utilização da Escala de Auto eficácia em Amamentação no pós-parto imediato.



**Artigo**

**MÉTODO**

**Estratégia da Pesquisa**

Foi realizado um processo de busca nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS e MEDLINE), Portal CAPES, SCIELO e PUBMED. O descritor utilizado para a realização da busca foi “*Breastfeeding Self-Efficacy Scale*” AND “*immediate pospartum*” e “*Breastfeeding Self-Efficacy Scale*” AND “*maternity*”.

**Crítérios de elegibilidade**

Os artigos considerados elegíveis foram a) Artigos completos e originais, disponíveis eletronicamente b) Publicados de 2013 à 2018, c) Idiomas Português, Inglês ou Espanhol, d) Revisados em Pares, e) Que abordem sobre a Escala de Auto eficácia em Amamentação no pós-parto imediato (0 a 6 semanas do nascimento do RN). Foram excluídos a) Artigos de editoriais, b) Cartas ao editor, c) Monografias, d) Teses e artigos de congressos ou eventos científicos, e) Artigos de revisão.

**Processo de Seleção**

As buscas foram realizadas no mês de Março de 2018, de forma independente por 2 pesquisadores experientes em estudos de revisão. Primeiramente selecionou-se os títulos com seus resumos. Após a avaliação dos resumos, os estudos que pareciam elegíveis, foram lidos na íntegra.

**Sínteses dos Dados**

Os dados foram coletados e sintetizados em uma tabela contendo autor, título, tipo de estudo utilizado, metodologia, variáveis utilizadas, resultados; com finalidade de comparar os dados encontrados (Tabela 1).



**Artigo**

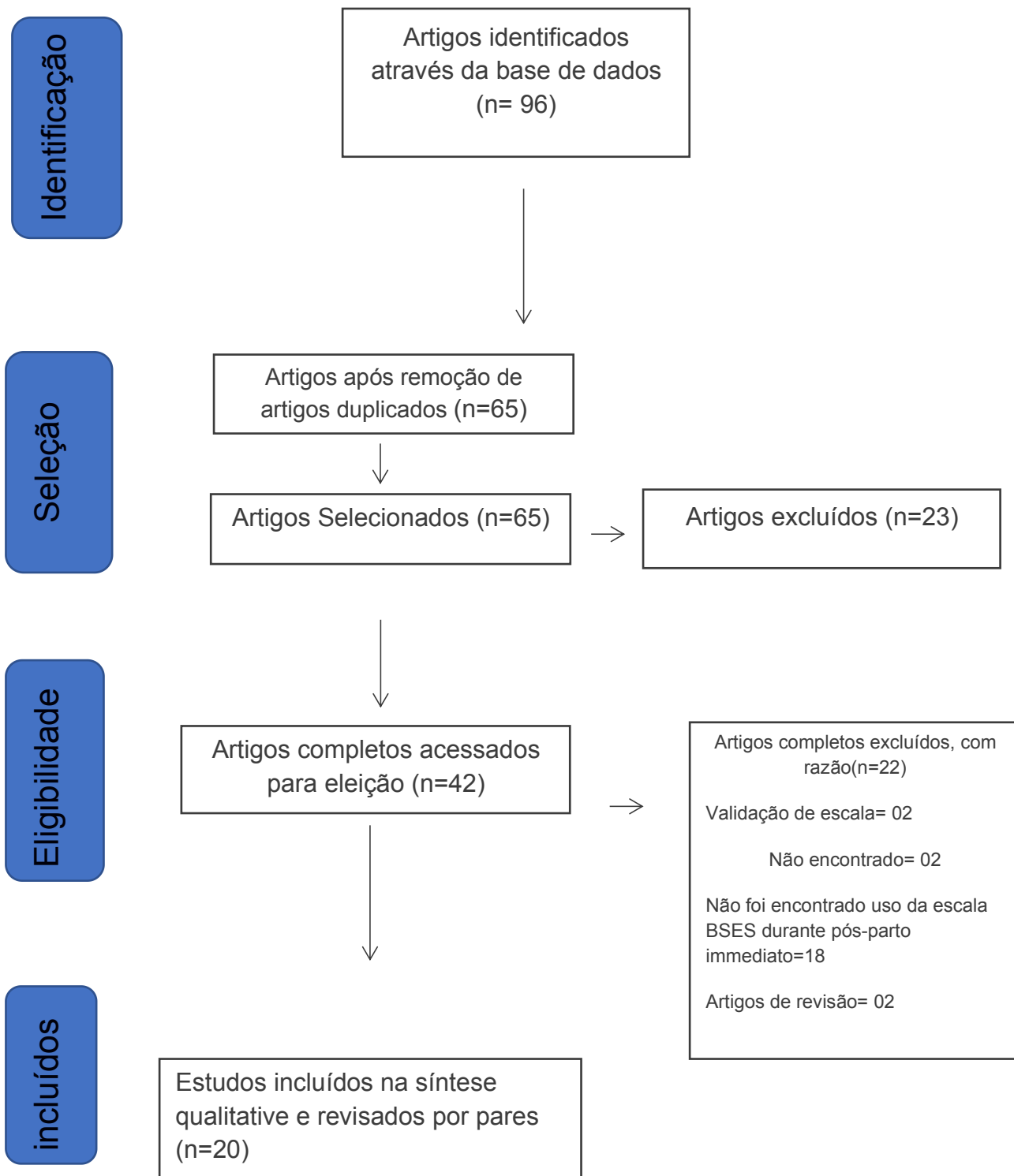


Figura 1: Fluxograma dos artigos incluídos na revisão



## Artigo

**Tabela 1:** Estudos que utilizaram a Escala de Auto-Eficácia em amamentar, no período de 2013 a 2018.

Autores	Título	Tipo de estudo	População	Procedimento do estudo	Variáveis	Resultados	p valor
Aghdas <i>et al</i> , 2014	Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial	Ensaio Clínico Randomizado	-99 primíparas saudáveis, a termo, parto vaginal e intenção de amamentar seu filho, sendo:	Coleta de dados: • Na maternidade • 28 dias após nascimento, contato telefônico Instrumentos: • Formulário para caracterização das puérperas; • IBFAT – Instrumento de avaliação da amamentação da criança • Escala de Auto-Eficácia para amamentar (BSES) Análise de dados: Uso	Nível de Auto eficácia	- Grupo intervenção apresentou maiores níveis na escala de Auto-Eficácia quando comparado ao grupo controle	p=0,0003
			47 primíparas grupo contato pele-a-pele. (contato pele a pele mãe e RN no nascimento pelo menos 2horas)		Sucesso na primeira mamada	-Sucesso na primeira mamada no grupo intervenção foi superior ao grupo controle	p=0,02
			42 primíparas grupo controle (segue rotina da		Momento da primeira mamada	- Momento da primeira mamada ocorreu antes no grupo intervenção quando comparado ao grupo controle	p=0,001





## Artigo

			maternidade)	t-student para dados quantitativos e qui-quadrado para dados qualitativos .			
<b>Edwards et al, 2013</b>	Use of an Interactive Computer Agent to support breastfeeding	Estudo piloto randomizado utilizando um programa de computador que incentiva a amamentação, no grupo de intervenção	-13 primíparas: -06 usou o programa de computador e 07 não usaram	Coleta de Dados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primeira entrevista no terceiro trimestre da gestação</li> <li>• Segunda durante período do nascimento a alta hospitalar do RN</li> </ul> Programa The Computer Agent  -Instrumentos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário para caracterização das puérperas;</li> <li>• Escala de Auto-Eficácia para amamentar forma reduzida (BSEF-SF)</li> <li>• Escala de atitude da</li> </ul>	- Uso do Programa The Computer Agent  -Nível de Auto - Eficácia  - Escala de atitude materna em relação à alimentação infantil	A intervenção do Agente do Computador está associada à maior intenção de amamentar exclusivamente  -Houve níveis elevados de Auto-Eficácia em ambos os grupos  Ambos os grupo apresentaram atitude neutra em relação ao uso da fórmula para amamentar.	=0,049  p=N.S.  p=N.S.



## Artigo

<b>Gerçek et al, 2017</b>	The relationship between Breastfeeding Self-Efficacy and LACTH Scores and Affecting Factors	Estudo descritivo e transversal	- 303 mulheres no pós-parto	alimentação infantil de Iowa (IIFAS)			
				-Análise de dados: Wilcoxon Rank Sum and Signed-Rank tests.			
				-134 parto vaginal	-BSES-SF	-Fraca correlação positiva entre médias do LACTH com BSES-SF no período pós-parto	p< 0,001
				-169 parto cesáreo	-LACTH		
				-18-40 anos			
				- instrumentos:			
				• Formulário para caracterização das puérperas;	Váriáveis obstétricas	-Mulheres com quatro ou mais gravidez apresentaram alto grau de BSE-SF e alto escore LACTH	p= 0,004
				• Escala de Auto-Eficácia para amamentar forma reduzida (BSEF-SF)			
				• LACTH – Ferramenta de avaliação da amamentação.	Tempo de casamento	Correlação positiva entre escores de LACTH e tempo de casamento	p=0,007
				Análise de dados: uso Mann-Whitney U Test e Bonferroni correction.	Momento da primeira mamada	Correlação positiva entre escores de LACTH e mães que amamentaram no primeiros 30 minutos de vida do RN	p=0,007



## Artigo

<b>Guimarães et al, 2017a</b>	Comparação da Autoeficácia na Amamentação entre Puérperas adolescentes e Adultas em uma Maternidade de Ribeirão Preto, Brasil	Estudo Observacional, transversal e comparativo	400 Puérperas: - 306 adultas - 94 adolescentes.	A seleção foi realizada por amostragem aleatória simples. Coleta de dados por meio de entrevistas estruturadas em um alojamento conjunto de uma maternidade pública entre janeiro a julho de 2014 - instrumentos: • Identificação: dados sócio-demográficos e obstétricos; • Escala de Auto-Eficácia para amamentar (BSES) - Análise dos dados: Test t student		-A idade materna não influenciou no nível de Auto-Eficácia materna na amamentação no pós-parto	p=0,3482
					Domínio Técnico	-Domínio Técnico: não houve diferença estatística entre os grupos estudados	p=0,2142
					Domínio Interpessoal	-Domínio Interpessoal: não houve diferença estatística entre os grupos estudados	p=0,7139
					Nível de Auto-Eficácia para amamentação	-Ambas apresentaram níveis alto de Auto-Eficácia que podem ser justificados devido ao credenciamento na maternidade ao Hospital Amigo da Criança, o que pode ser considerado uma limitação do estudo.	
<b>Guimarães et al, 2017b</b>	Fatores relacionados à auto-eficácia na amamentação no pós-parto imediato	Estudo observacional, transversal e descritivo	94 puérperas adolescentes	A seleção foi por amostragem aleatória simples. Coleta de dados por	Nível de Auto-Eficácia para amamentação	11,7% baixa auto-eficácia, 34,04% média e 54,26% alta-eficácia;	



# Temas em Saúde

Vol. 19, N. 3  
ISSN 2447-2131  
João Pessoa, 2019

## Artigo

	entre puérperas adolescentes			meio de entrevista estruturada em um alojamento conjunto de uma maternidade pública, com no mínimo 24 horas de pós-parto. - Instrumentos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Formulário para caracterização das puérperas;</li><li>• Escala de Auto-Eficácia para amamentar (BSES)</li></ul> -Análise dos dados: Teste Exato de Fisher.	Auxílio recebido nos cuidados com bebê  Aleitamento na primeira hora de vida  Tipo de aleitamento no momento da coleta	-Associação positiva entre nível de Auto-Eficácia para amamentação e: - Auxílio recebido nos cuidados com bebê  -aleitamento materno na primeira hora de vida  - aleitamento materno exclusivo no momento da coleta	p= 0,0083  p=0,0244  p=0,0148
<b>Hadjona et al, 2017</b>	Cyprus mothers' breast feeding self-efficacy and their perceptions about the implementation of the "10 steps" in the first 48hours after birth	Estudo Comparativo Descritivo Transversal	216 puérperas	Coletas de dados em uma maternidade entre 24 a 48hs do nascimento; em 1 hospital público e 7 hospitais privados - instrumentos:	BSES-SF  Implementação dos 10 passos para a amamentação	Nível moderado de Auto-Eficácia entre as mães de Chipre, pelo menos durante as primeiras 48hs do nascimento do RN  -Implementação relativamente pobre dos 10 passos para a amamentação	



ESCALA DE AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAÇÃO NO PERÍODO PÓS-PARTO IMEDIATO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Páginas 506 a 20

## Artigo

				<ul style="list-style-type: none"><li>• Formulário para caracterização das puérperas;</li><li>• Escala de Auto-Eficácia para amamentar forma reduzida (BSEF-SF)</li><li>• Questionário a partir da seção 4 do documento da WHO e UNICEF sobre verificação de práticas do parto</li></ul> Análise de dados: uso de técnicas descritivas e analíticas como teste $\chi^2$ e ANOVA.	Variável obstétrica	Múltiparas apresentaram valores maiores na escala de Auto-Eficácia em amamentar quando comparadas às primíparas	$p < 0,001$
					Nível de escolaridade materna	Mães com nível de escolaridade de pós-graduação apresentaram menores índices na escala de Auto-Eficácia quando comparada às demais	$p = 0,006$
<b>Hannula et al, 2013</b>	A study to promote breastfeeding in the Helsinki Metropolitan area in Finland	Um desenho quase experimental com grupo controle não equivalente	-705 mães: <ul style="list-style-type: none"><li>• 432 grupo intervenção (de 20 semanas de gestação até 1</li></ul>	Estudo realizado em três maternidades públicas -As mães foram solicitadas a preencher um questionário básico	- Escore LACTH na sala de parto: 0-10	-Um bom escore LATCH (8–10) na sala de parto aumentou a probabilidade de aleitamento materno exclusivo desde o nascimento e durante todo o período de internação	- $p = 0,0083$



## Artigo

ano de idade, suporte intensivo em amamentação através de website específico para estímulo a amamentação	estruturado no hospital e na primeira semana após o parto instrumentos:	Escore de LACTH antes da alta: 0-10	-Um bom escore LATCH (8-10) antes da alta aumentou a probabilidade de aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar.	-p = 0,0280
• 274 grupo controle	• Formulário para caracterização das puérperas;	-Tempo para iniciar primeira amamentação	-Amamentação que ocorreu dentro de uma hora do parto teve sucesso na maioria dos casos; mais comumente no grupo de intervenção	-p = 0,019
• 1 hospital grupo controle	• Escala de Auto-Eficácia para amamentar forma reduzida (BSEF-SF)	-Relação entre amamentação em mães do grupo controle e grupo de intervenção	-No momento da alta, as mães do grupo de intervenção amamentaram com maior frequência do que as mães do grupo controle	- p = 0,0099
• 2 hospitais grupo intervenção	• Escala de Capacidade técnica para amamentar (LACTH)	-Relação amamentação e doenças da gravidez	- Aleitamento materno exclusivo foi maior pela mãe que não realizou nenhum tratamento durante a gravidez devido a doença ou a um problema relacionado com a gravidez	-p = 0,0005
	• Escala de atitude da alimentação infantil de Iowa (IIFAS)	-Tipo de parto	- Ter um parto vaginal normal aumentou a probabilidade de	- p = 0,003
	-Análise de dados: Análise Logística, Análises Multivariada, t-test e $\chi^2$ test.			



## Artigo

	amamentação exclusiva	
BSES-SF	-Maiores valores na Escala de Auto-Eficácia em amamentar teve associação positiva aleitamento materno exclusivo	-p = 0,001
IIFAS	- Atitudes positivas no aleitamento materno e o bom enfrentamento da amamentação , aumentaram a probabilidade de aleitamento materno exclusivo	-p = 0,043 -p = 0,036
Tipo de amamentação e Participação do grupo de intervenção	-A participação no grupo de intervenção aumentou a probabilidade de amamentação exclusiva  A presença do pai em período integral na enfermaria com a mãe e o bebê aumentou a probabilidade de amamentação exclusiva .	p = 0,005
	-Presença de pai e	p = 0,024



## Artigo

<b>Henshaw <i>et al</i>, 2015</b>	Breastfeeding Self-Efficacy, Mood, and Breastfeeding Outcomes among Primiparous Women	Longitudinal	146 primíparas	Coletas de dados em três momentos;	amamentação exclusiva		
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segundo dia pós parto,</li> <li>• 6 semanas por e-mail</li> <li>• 6 meses após nascimento por e-mail</li> </ul>	-BSE-SF e alimentação materna exclusiva	Alta BSE no segundo dia pós-parto foi um preditor emocional positivo previsto e menos sintomas depressivos na sexta semana pós-parto, como foi mais amamentação exclusiva aos 6 meses pós-parto	
				-Instrumentos	Nível de Auto-Eficácia e depressão	Mães que apresentaram sintomas depressivos nas 6 semanas pós-parto apresentaram diminuição na escala de Auto-Eficácia	p<0,001
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de Auto-Eficácia para amamentar forma reduzida (BSEF-SF)</li> <li>• Edinburg Postnatal Depression (EPDS)</li> <li>• Postpartum depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R)</li> </ul>	-Edinburg Postnatal Depression (EPDS)	-Mães com sintomas depressivos e ajuste emocional em 6 semanas pós parto e 6 meses pós parto apresentaram aumento na EPDS	p<0,001
					-Breastfeeding ease	-Mulheres com ajuste emocional apresentaram menor facilidade de amamentação nas 6 semanas pós parto	p<0,05





# Temas em Saúde

Vol. 19, N. 3  
ISSN 2447-2131  
João Pessoa, 2019

## Artigo

<b>Ip et al, 2016</b>	The Short Form of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale as a Prognostic Factor of Exclusive Breastfeeding among Mandarin-Speaking Chinese Mothers	Estudo Prospectivo de Coorte	562 mães	<ul style="list-style-type: none"><li>• Being a Mother Scale (BaM-13)</li><li>• Formulário para caracterização das puérperas;</li></ul> Análise de dados: Hierarchical multiple regression analyses	-Use of breastfeeding education resources	-Mulheres com consultas sobre lactação apresentaram maiores taxas de amamentação nos 6 meses pós parto	p<0,05
				Coleta de dados em dois momentos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Na maternidade, 72 horas após nascimento</li><li>• 6 meses, por telefone</li></ul>	Nível de Auto-Eficácia	- Maior escore BSES-SF está associado ao menor risco de descontinuação do AME aos 6 meses de pós-parto.	p<0,001
				-Instrumentos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Formulário para caracterização das puérperas;</li><li>• Escala de Auto-Eficácia para amamentar forma reduzida (BSEF-SF)</li></ul> -Análise de dados:	-Momento das primeiras mamadas	- Amamentação exclusivamente materna nas primeiras 72hrs está associado ao menor risco de descontinuação do AME aos 6 meses de pós-parto	p<0,001
					-Tipo de parto: <ul style="list-style-type: none"><li>• Cesariana</li><li>• Parto vaginal</li></ul>	-Cesariana está associado ao menor risco de descontinuação do AME aos 6 meses de pós-parto.	p=0,003
						Os índices de amamentação exclusiva na China estão longe do satisfatório e o	



ESCALA DE AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAÇÃO NO PERÍODO PÓS-PARTO IMEDIATO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Páginas 506 a 20

# Temas em Saúde

Vol. 19, N. 3  
ISSN 2447-2131  
João Pessoa, 2019

## Artigo

				The Kaplan-Meier método e Análise de Regressão Cox		uso da BSE-SF pode auxiliar a identificar mães que necessitam maior suporte para AME.	
<b>Keemer, Frances, 2013</b>	Breastfeeding self-efficacy of women using second-line strategies for healthy term infants in the first week postpartum: an Australian observational study	Um estudo retrospectivo de auto-relato	-128 mulheres (73 multiparous and 55 primiparous) -62 necessitaram de uma estratégia de segunda linha para amamentar (como protetor de bico, seringa, copinho)	Coleta de dados: questionário enviado no sétimo dia pós parto instrumentos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Formulário para caracterização das puérperas;</li><li>• Escala de Auto-Eficácia para amamentar forma reduzida (BSEF-SF)</li></ul> -Análise de dados: The non-parametric Kruskal-Wallis Analysis of Variance.	Escala de Auto-Eficácia	-A amostra foi composta por mães com alto grau educacional	p=0,001
<b>Koskinen et al, 2014</b>	Maternity hospital practices and breast feeding self-efficacy in Finnish	Estudo Transversal	573 primíparas e múltíparas -Apenas 339 responderam o	Os dados foram coletados por meio de uma amostra de conveniência em três	-Amamentação entre múltíparas e primíparas	As múltíparas são mais propensas a amamentar exclusivamente do que as primíparas	p<0,001



ESCALA DE AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAÇÃO NO PERÍODO PÓS-PARTO IMEDIATO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Páginas 506 a 20

## Artigo

primiparous and  
multiparous women  
during the  
immediate  
postpartum period

segundo  
questionário

maternidades  
-Coleta de dados na  
primeira semana de  
vida do RN e 6  
semanas no pós parto  
instrumentos:  
• Formulário para  
caracterização das  
puérperas;  
• Escala de Auto-  
Eficácia para  
amamentar forma  
reduzida (BSEF-SF)  
-No questionário de  
seis semanas, as mães  
foram  
questionadas se a  
criança era  
exclusivamente  
amamentada,  
parcialmente  
alimentados ou  
desmamados  
- Foi usada a escala  
Osgood scale sobre

-Experiencia  
positiva na  
amamentação

-Aconselhamento  
em amamentação  
do profissional de  
enfermagem

-Momento da  
primeira  
amamentação

-Amamentação  
exclusiva no  
hospital

-Mães que tiveram uma experiência  
muito positiva do primeiro aleitamento  
materno apresentou maior Auto-  
Eficácia da amamentação

-Relação positiva com a autoeficácia da  
amamentação

-Aumento na escala de Auto-Eficácia  
quando tem amamentação na primeira  
hora ou menos

-Amamentação exclusiva estão  
relacionados a altos índices de Auto-  
Eficácia em amamentação

p<0,001

p<0,001

p<0,001

p<0,001



# Temas em Saúde

Vol. 19, N. 3  
ISSN 2447-2131  
João Pessoa, 2019

## Artigo

orientação da equipe de enfermagem sobre amamentação.

Análise de dados: x2 test; Mann-Whitney U-test; Kruskal-Wallis H-test; Spearman correlation coeficiente.

<b>Laliberté et al, 2016</b>	A Randomized Controlled Trial of Innovative Postpartum Care Model for Mother-Baby Dyads	Ensaio Clínico Randomizado	472 mães: - 157 grupo controle (após alta hospitalar mãe agendava retorno com pediatra ou médico da família. -315 grupo intervenção (agendamento 48hs após nascimento em uma clinica com consultora em	Coleta de dados: Primeiro medida: Taxa de Amamentação com 2 – 4 – 12 e 24 semanas puerpério Segunda Medida: Taxa de Amamentação Exclusiva com 12 semanas puerpério. Instrumentos: • Formulário para caracterização das puérperas; • Escala de Auto-Eficácia para amamentar forma	EPDS  BSES-SF	Não houve diferença estatística com 3 semanas de puerpério entre os grupos  Não houve diferença entre os grupos com 2,4 e 12 semanas pós-parto.  Em ambos os grupos, as mães com elevado escore de BSES com duas semanas foi superior para amamentação exclusiva aos 12 e 24 semanas pós-parto do que as mulheres com baixo escore em BSES	p=NS  p=NS  p<0,005
------------------------------	---	----------------------------	--	---	---------------------	--	---------------------------------



ESCALA DE AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAÇÃO NO PERÍODO PÓS-PARTO IMEDIATO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Páginas 506 a 20

# Temas em Saúde

Vol. 19, N. 3  
ISSN 2447-2131  
João Pessoa, 2019

## Artigo

			amamentação, enfermeira e medico da família e com livre acesso a clinica durante os primeiros 30 dias de vida da criança).	reduzida (BSEF-SF) <ul style="list-style-type: none"><li>• EPDS – Escala Depressão Pós parto</li><li>• Pesquisa de satisfação materna</li><li>• Problemas no pós-parto e readmissão</li></ul> Análise de dados: Univariate test, Pearson Chi-Squared e Teste t Student.	Pesquisa de Satisfação materno	Elevado índice de satisfação no grupo intervenção.	
<b>Loke et al, 2013</b>	Maternal Breastfeeding Self-Efficacy and the Breastfeeding Behaviors of Newborns in the Practice of Exclusive Breastfeeding	Estudo Descritivo Correlacional	199 puérperas com intenção de amamentar	Coleta de dados <ul style="list-style-type: none"><li>• Na maternidade</li><li>• 6 semanas após nascimento ocorreu contato telefônico</li></ul> - instrumentos <ul style="list-style-type: none"><li>• Formulário para caracterização das puérperas;</li><li>• Escala de Auto-Eficácia para</li></ul>	BSES-SF E Tipo de alimentação na 6 semanas do puerpério	Mulheres que estavam amamentando exclusivamente ao peito tiveram elevados escores BSES-SF do que os outros 2 grupos	p<0,001
					Escores IBTAT	Escores de IBTAT elevado no grupo de mães em amamentação exclusiva comparado com demais grupos	p=0,023



ESCALA DE AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAÇÃO NO PERÍODO PÓS-PARTO IMEDIATO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Páginas 506 a 20

# Temas em Saúde

Vol. 19, N. 3  
ISSN 2447-2131  
João Pessoa, 2019

## Artigo

amamentar forma reduzida (BSEF-SF)

- IBFAT – Instrumento de avaliação da amamentação da criança
- Tipo de alimentação 6 semanas após nascimento:
  - Aleitamento Materno Exclusivo;
  - Aleitamento Materno complementado
  - Leite Artificial

Análise de dados: teste qui-quadrado e teste ANOVA.

**Lopes et al, 2017**

Avaliação da auto-eficácia materna em amamentar no puerpério imediato

Estudo transversal, com abordagem quantitativa

132 puérperas no pós-parto imediato, em alojamento conjunto

Coleta de dados diretamente com a mãe em alojamento conjunto. Instrumentos:

- Formulário para

BSES-SF

-90,9% apresentaram alto nível de Auto-Eficácia,  
-09,1% apresentaram médio nível de Auto-Eficácia

Dados

- Não houve associação entre BSES-SF



ESCALA DE AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAÇÃO NO PERÍODO PÓS-PARTO IMEDIATO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Páginas 506 a 20

# Temas em Saúde

Vol. 19, N. 3  
ISSN 2447-2131  
João Pessoa, 2019

## Artigo

			caracterização das puérperas; <ul style="list-style-type: none"><li>• Escala de Auto-Eficácia para amamentar forma reduzida (BSEF-SF)</li></ul> Análise de dados: Qui quadrado de Pearson e os testes exatos de Fisher.	sociodemográficos e Dados obstétricos	e variáveis: sócio-demográficas (idade, estado civil e escolaridade)	p=NS	
					econômicas (ocupação e renda) obstétricas (amamentou anteriormente, número de consultas no pré natal, tipo de parto, amamentação na primeira hora após parto)	p=NS p=NS	
<b>McQueen et al, 2015</b>	Prevalence and Factors Affecting Breastfeeding Among Aboriginal Women in Northwestern Ontario	Estudo Prospectivo de Coorte	-130 puérperas aborígenes: <ul style="list-style-type: none"><li>• 130 completaram o questionário no hospital</li><li>• 105 em 4 semanas</li><li>• 102 em 8 semanas</li></ul>	-Julho 2010 a março 2011 -Mães entrevistadas 24 a 48hs pós parto e por telefone 4 e 8 semanas pós parto  -Instrumentos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Formulário para caracterização das puérperas;</li><li>• Escala de Auto - Eficácia para</li></ul>	Escala de Auto-Eficácia  -Tipo de Amamentação: <ul style="list-style-type: none"><li>• Amamentação Exclusiva</li><li>• Amamentação Parcialmente Exclusiva</li><li>• Amamentação</li></ul>	-Para cada aumento de 10 pontos nos escores da BSES-SF, as mulheres tinham 1,8 vez mais chances de estarem amamentando 8 semanas  -As mulheres eram duas vezes mais propensas a amamentar exclusivamente às 8 semanas com cada incremento de 10 pontos nos escores da BSES-SF.  -Devido aos inquestionáveis benefícios da amamentação esforços devem ser realizados para aumentar os índices de amamentação em populações	p=0,004  p=0,0001



ESCALA DE AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAÇÃO NO PERÍODO PÓS-PARTO IMEDIATO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Páginas 506 a 20

## Artigo

<b>RODRIGUES et al, 2014</b>	Fatores do Pré-Natal e do Puerpério que interferem na auto-eficácia em amamentação	Estudo de abordagem quantitativa e com delineamento transversal	322 Puérperas	<p>amamentar forma reduzida (BSEF-SF) -Análise de dados: Coleta de dados por meio de entrevista estruturada em um alojamento conjunto. - instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulário para caracterização das puérperas;</li> <li>• Escala de Auto-Eficácia para amamentar forma reduzida (BSEF-SF)</li> </ul> <p>-Análise dos dados: estatística descritiva e Teste Qui-quadrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amamentação Parcial</li> </ul> <p>Nível de Auto-Eficácia para amamentação</p> <p>Variáveis obstétricas</p>	<p>vulneráveis.</p> <p>81% – Alta eficácia 19% – Média eficácia</p> <p>-Associação positiva entre nível de Auto-Eficácia para amamentação e colocar o bebê para sugar após a primeira hora do parto</p>	p=0,018
<b>Uchoa et al, 2017</b>	The Association Between Self-Efficacy in the Puerperal Pregnancy Cycle and the Type	Estudo Longitudinal Quantitativo	50 gestantes	<p>- Coleta de dados em 4 momentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pré-natal:</li> <li>• 01 a 15 dias de puerpério (pós-parto)</li> </ul>	<p>Nível de Auto-Eficácia para amamentação</p> <p>Domínio técnico</p>	<p>-médias dos escores BSES-SF maiores no pré-natal e pós-parto imediato</p> <p>- Domínio técnico maior pós parto</p>	p=0,009 p=0,001





## Artigo

	of Breastfeeding			<p>imediatos);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primeiro mês do puerpério</li> <li>• Segundo mês do puerpério.</li> </ul> <p>- instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação, dados sócio-demográficos e obstétricos;</li> <li>• Escala de Auto-Eficácia para amamentar forma reduzida (BSEF-SF)</li> <li>• Formulário sobre a dieta da criança</li> </ul> <p>- Análise dos dados: Test t Student e Wilcoxon</p>	<p>Tipo de aleitamento infantil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amamentação exclusiva</li> <li>• Fórmula infantil exclusiva</li> <li>• Amamentação mista</li> </ul>	<p>imediatos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Houve associação entre uso de leite artificial ao nascer e o tipo de aleitamento posterior à alta da maternidade</li> <li>- aleitamento materno exclusivo na maternidade foi associado a escores mais elevados de Auto-Eficácia tanto no pré-natal como no pós-parto imediato</li> <li>- Nível de auto-eficácia no pré-natal é menor do que no puerpério imediato, o que ficou evidenciado na prevalência da amamentação exclusiva em vários pontos de corte longitudinais: Pós-parto imediato (01 a 15 dias) Primeiro mês de vida Segundo mês de vida</li> </ul>	<p>p &lt; 0,005</p> <p>p&lt;0.015</p> <p>p=0,011 p=0,009 p&lt;0,0001</p>
<b>Uchoa et al, 2016</b>	The Self-Efficacy in Breastfeeding of Womwn in the	Estudo Longitudinal Tipo Painel	50 mulheres	Coleta de dados no pré-natal e 15 dias de puerpério em uma UBS	-Nível Auto-	- Nível Auto-Eficácia elevado no pré-natal e 15 dias de puerpério foi associado à:	p<0,05



# Temas em Saúde

Vol. 19, N. 3  
ISSN 2447-2131  
João Pessoa, 2019

## Artigo

Prenatal and  
Postpartum:  
Longitudinal Study

da família

Pré-natal:

- Escala de Auto-Eficácia para amamentar forma reduzida (BSES-SF)
- Formulário sobre a gravidez atual;

15 dias de puerpério:

- BSES-SF
- Formulário sobre o parto e puerpério e caracterização do tipo de aleitamento na unidade de internação e na alta.

-Análise de dados: teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, teste de variância de Levene e análise exploratória pelo Test t

Eficácia e  
gravidez atual

-Nível de Auto-Eficácia e dados do parto e puerpério

Gravidez planejada;  
Ter realizado 6 ou mais consultas no pré-natal;  
Ter tido ou não gravidez de risco;  
Ter pouco conhecimento prévio em amamentar;  
Realizar a preparação das mamas para amamentar;  
Pretender amamentar o filho e de forma exclusiva  
Participação auto referida em grupo de gestantes

Níveis de Auto-Eficácia elevado foi associado:  
Parto vaginal,  
Parto em hospital público,  
Crianças que mamaram na primeira hora de vida,  
Mulheres que não apresentaram dificuldades em amamentar  
Oferta de aleitamento materno exclusivo aos recém-nascidos na maternidade  
Oferta de aleitamento materno

p<0,05



ESCALA DE AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAÇÃO NO PERÍODO PÓS-PARTO IMEDIATO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Páginas 506 a 20

529

# Temas em Saúde

Vol. 19, N. 3  
ISSN 2447-2131  
João Pessoa, 2019

## Artigo

<b>Uchoa et al, 2014</b>	Antecedentes Socioeconômicos e Obstétricos na Autoeficácia materna em amamentar: estudo em painel	Estudo Quantitativo Longitudinal Tipo Painel	50 mulheres atendidas em Unidade da Saúde da Família	<ul style="list-style-type: none"><li>• Coleta de Dados: Pré-Natal</li><li>• 15 dias de puerpério</li></ul> Instrumentos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Identificação, dados sócioeconômicos e obstétricos;</li><li>• Escala de Auto-Eficácia para amamentar forma reduzida (BSEF-SF)</li></ul> Análise de dados: Teste de Wilcoxon e t - student	Variáveis sociodemográficas e BSES-SF  Variáveis obstétricas e BSES-SF	de Student e de Wilcoxon  exclusivo aos recém-nascidos na alta hospitalar	Houve associação estatística:  -Idade 15-17 anos, casada, união consensual, escolaridade materna menor que 08 anos e paterna maior que 08 anos, duas pessoas residindo no mesmo domínio, não ter bolsa família e ter saneamento básico.  Multiparidade, ausência de aborto, multigestação, ter dois filhos vivos, ter amamentado anteriormente, sem dificuldade em amamentar, experiência anterior positiva em amamentar, mães que foram amamentadas na infância, conheciam alguém que amamentou.	P<0,005  p<0,003
<b>Yang et al, 2016</b>	Predictor of breast feeding self-efficacy in the immediate postpartum period:	Estudo Descritivo Transversal	571 puérperas pós-parto em um hospital amigo da criança na China	Coleta de dados entre 3 e 4 dia de internação após nascimento do RN instrumentos:	BSES-SF  Amamentação no	Mães relataram media Auto-Eficácia no período pós-parto.  Encontrou-se 6 preditores para Auto-		



ESCALA DE AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAÇÃO NO PERÍODO PÓS-PARTO IMEDIATO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Páginas 506 a 20

# Temas em Saúde

Vol. 19, N. 3  
ISSN 2447-2131  
João Pessoa, 2019

## Artigo

A cross-sectional  
study

Abril a Julho de  
2014

- Formulário para caracterização das puérperas;
- Escala de Auto-Eficácia para amamentar forma reduzida (BSEF-SF)
- Análise de dados: t-test, ANOVA e Pearson's product-moment correlation coefficient

pós-parto imediato

Eficácia em amamentação no pós-parto imediato:

- intenção de amamentar, p=0,000
- suporte pelo marido, p=0,001
- suporte das enfermeiras e/ou parteiras p=0,013
- participar aulas de incentivo a amamentação antes do parto, p=0,014
- tempo que a criança iniciou a primeira mamada p=0,004
- experiência anterior em amamentar. p=0,006



ESCALA DE AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAÇÃO NO PERÍODO PÓS-PARTO IMEDIATO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Páginas 506 a 20

Artigo

RESULTADOS

A pesquisa encontrou 96 resultados; 42 artigos na íntegra foram elegíveis para leitura e 20 artigos foram considerados relevantes para esta revisão. A figura 1 apresenta o fluxograma deste processo.

Dos artigos elegíveis, 17 utilizaram para pesquisa a Escala de Auto-Eficácia em Amamentar Forma Reduzida com validação no seu país específico de pesquisa, apenas 3 artigos utilizaram a Escala de Auto-Eficácia em Amamentar completa (Aghdas et al., 2014; Guimarães et al., 2017a; Guimarães et al., 2017b).

Os estudos incluídos na presente revisão foram desenvolvidos em diversos países: 07 no Brasil, 03 China, 02 nos Estados Unidos, Canadá e Finlândia, 01 Irã, Turquia, Chipre e Austrália; denotando a utilização da escala de Auto-Eficácia em âmbito mundial.

Em relação ao tipo de estudo, esta revisão mostrou: 08 artigos transversais (Gerçek et al., 2017; Guimarães et al., 2017a; Guimarães et al., 2017b; Hadjona et al., 2017; Koskinen et al., 2014; Lopes et al., 2017; Rodrigues et al., 2014; Yang et al., 2016); 04 longitudinais (: Henshaw et al., 2015; Uchoa et al., 2017a; Uchoa et al., 2016b; Uchoa et al., 2014c); 03 Randomizado (Aghdas et al., 2014; Edwards et al., 2013; Laliberté et al., 2016); 02 Coorte (Ip et al., 2016; McQueen et al., 2015); 01 Desenho (Hannula et al., 2013); 01 Descritivo Correlacional (: Loke et al., 2013); 01 Quantitativo Retrospectivo (Keemer, F., 2013); demonstrando que a escala pode ser utilizada para pesquisa independente do tipo de estudo a ser realizado. O tipo de estudo mais utilizado foi o transversal devido seu objetivo ser claramente definido, fácil de realizar, baratos e úteis na investigação do grau de exposição a certas características individuais fixas (Fletcher et al., 2014).

Em 12 artigos os estudos utilizaram como instrumentos, além do questionário de caracterização sociodemográfica e obstétricas, a escala de Auto-Eficácia e, em 08 foi associada com outra(s) escala(s): IBFAT (Aghdas et al., 2014; Loke et al., 2013); IIFAS (Edwards et al., 2013; Hannula et al., 2013); LACTH (Gerçek et al., 2017; Hannula et al., 2013); EPDS (Henshaw et al., 2015; Laliberté et al., 2016) PDI-R (Henshaw et al., 2015); Questionário adaptado WHO e UNICEF (Hadjona et al., 2017). Isto demonstrou que a escala também está sendo utilizada associada a outros instrumentos.

Sete artigos apresentaram nível de Auto-Eficácia em Amamentar elevado estatisticamente (Edwards et al., 2013; Guimarães et al., 2017a; Guimarães et al., 2017b; Laliberté et al., 2016; Lopes et al., 2017; McQueen et al., 2014 e Uchoa et al., 2014), dois artigos moderado (Hadjona et al., 2017; Yang et al., 2016) e um estudo mostrou que os menores escores de Auto-Eficácia estava relacionado com maiores sintomas depressivos (Henshaw et al., 2015).

O Aleitamento Materno Exclusivo foi relacionado com elevados escores de Auto-Eficácia em 06 artigos (Guimarães et al., 2017b; Hannula et al., 2013; Koskinen et al., 2014; Loke et al., 2013; McQueen et al., 2015; Uchoa et al., 2017; Ip et al., 2016); na alta hospitalar (Guimarães et al., 2017b; Henshaw et al., 2015; Koskinen et al., 2014; Uchoa et



Artigo

*al.*,2017; Uchoa *et al.*,2016; Ip *et al.*,2016) e aos 6 meses de vida da criança relacionando ao menor risco de descontinuação do aleitamento materno exclusivo (Ip *et al.*,2016).

Quatro estudos relacionaram a amamentação do RN na primeira hora de vida ao alto nível de Auto-Eficácia (Guimarães *et al.*, 2017b; Koskinen *et al.*, 2014; Uchoa *et al.*,2016b; Yang *et al.*, 2016). No entanto, um estudo (Lopes *et al.*, 2017) referiu que não houve interferência em amamentar na primeira hora e em um estudo houve nível elevado de Auto-Eficácia com a amamentação realizada após uma hora de vida (Rodrigues *et al.*, 2014).

As puérperas que receberam auxílio de enfermeiras para a amamentar (Koskinen *et al.*,2014; Yang *et al.*,2016), da mãe ou sogra (Guimarães *et al.*,2017b), e pelo pai (Yang *et al.*,2016), apresentaram elevados escores de Auto-Eficácia.

Ao verificar-se a escolaridade das puérperas, Lopes *et al.* (2017) referiram não haver interferência sobre o nível de Auto-Eficácia. No entanto, quando a escolaridade materna foi menor de 8 anos, os níveis de Auto-Eficácia foram menores no trabalho de Uchoa *et al.* (2014), e para Hadjona *et al.* (2017) quando as puérperas apresentaram pós-graduação os níveis de Auto-Eficácia foram menores.

Apenas dois estudos investigaram separadamente o domínio técnico e interpessoal da Escala de Auto-Eficácia em Amamentar: não houve diferença estatística entre grupos de puérperas adultas e adolescentes tanto no domínio técnico quanto no interpessoal (Guimarães *et al.*,2017a) e em um estudo houve diferença no domínio técnico quando a escala foi aplicado no pré-natal e depois maior quando aplicado no pós-parto imediato (Uchoa *et al.*,2017).

Com relação às variáveis obstétricas, os resultados dos estudos apresentam-se controversos com relação ao número de consultas no pré-natal. Para Uchoa *et al.* (2016), os escores elevados de Auto-Eficácia estiveram associados a seis ou mais consultas, e Lopes *et al.* (2017) não encontraram interferência do número de consultas no pré-natal sobre os níveis de Auto-Eficácia.

As multíparas apresentaram maiores escores de Auto-Eficácia comparado às primíparas (Gerçek *et al.*,2017; Hadjona *et al.*,2017; Uchoa *et al.*,2014). Assim como estiveram mais propensas a amamentar exclusivamente no peito que primíparas (Koskinen *et al.*,2014).

O elevados escores de Auto-Eficácia estiveram associados à gravidez planejada e parto vaginal (Uchoa *et al.*,2016). No entanto, Lopes *et al.* (2017) referem que o tipo de parto não interferiu nos níveis de Auto-Eficácia.

A participação em aulas ou grupos de incentivo para amamentar durante o pré-natal foi relacionado com elevados escores de Auto-Eficácia (Uchoa *et al.*,2016; Yang *et al.*,2016).

Mães que amamentaram anteriormente obtiveram escores mais elevados do que primíparas (Uchoa *et al.*,2014; Yang *et al.*,2016) e Lopes *et al.*(2017) não encontrou relação entre níveis de Auto-Eficácia e Amamentação Anterior.

Quanto a variáveis sócioedemográficas, houve controvérsia em relação ao estado civil. Para Uchoa *et al.* (2014), puérperas casadas apresentaram elevados escores de Auto-



Artigo

Eficácia e para Lopes et al. (2017) esta relação não ocorreu. Em relação a idade materna Gerçek *et al.* (2017) não encontrou relação com o nível de Auto-Eficácia mas no estudo de Uchoa et al. (2014c) mães entre 15 a 17 anos apresentaram maior nível de Auto-Eficácia.

Um artigo (Henshaw *et al.*,2015) demonstrou que quanto menos sintomas de depressão no puerpério maior é o nível de Auto-Eficácia para Amamentação Exclusiva e quanto mais intensos os sintomas de depressão menores são os níveis de Auto-Eficácia.

Keemer (2013) relata associação entre o uso de estratégias de segunda linha (bicos, intermediários e outros) com menores escores de Auto-Eficácia.

Três estudos foram realizados em hospitais credenciados como “Hospitais Amigo da Criança”. Em dois as mães apresentaram alto nível de Auto-Eficácia (Guimarães *et al.*,2017a, Guimarães *et al.*,2017b) e um moderado (Yang *et al.*,2016). São hospitais em que se espera alto nível de Auto-Eficácia das mães devido ao intensivo estímulo para as mães amamentarem, mas Yang et al. (2016) referiram que os índices de amamentação na China estão inferiores ao mínimo esperado.

Em 03 estudos utilizou-se para pesquisa um grupo controle, que seguia a rotina da maternidade e do pós-parto imediato, e um grupo intervenção. No primeiro estudo a criança permanecia em contato pele a pele com a mãe nas primeiras duas horas de vida do RN (Aghdas *et al.*,2014). Esta intervenção apresentou maiores escores de Auto-Eficácia comparado ao grupo controle. No segundo estudo no grupo de intervenção houve um aconselhamento maior e mais intensivo para incentivar a amamentação, não ocorrendo diferença estatística entre os dois grupos (Laliberté *et al.*,2016). No terceiro estudo o grupo intervenção utilizou um programa de computador com informações para incentivo ao aleitamento materno (Edwards *et al.*,2013) mas, esta intervenção esteve associada a maior intenção em amamentar exclusivamente no peito.

## DISCUSSÃO

A abordagem pelos profissionais de saúde para melhorar os índices de amamentação passa pela identificação das mães com alto risco para deixar de amamentar. Para isto, são necessárias intervenções baseadas em variáveis modificáveis que possam guiar o desenvolvimento e avaliação destas intervenções. Uma variável modificável é a confiança da mãe em amamentar (Dennis,2003).

Segundo o constructo de Auto-Eficácia, desenvolvido por Bandura a partir da Teoria da Auto-Eficácia, os indivíduos precisam ter a convicção de que poderão realizar com êxito determinada tarefa ou comportamento, acreditando que irão atingir o resultado de saúde esperado (1977). Assim, a Auto-Eficácia em amamentar está relacionado à percepção da mulher sobre sua capacidade de amamentar o seu bebê, e na crença de que tem conhecimentos e habilidades suficientes para realizar a amamentação de seu filho com êxito (Dennis *et al.*,1999).

A BSES-SF é uma escala do tipo Likert validada e confiável (alfa de Cronbach 0,74), composta por 14 itens distribuídos em dois domínios (técnico e pensamentos



**Artigo**

intrapessoais) com cinco opções de resposta: 1) discordo totalmente 2) discordo 3) às vezes concordo 4) concordo 5) concordo totalmente. A pontuação total desta escala pode variar de 14 a 70 pontos. Considera-se Auto-Eficácia Baixa (14 a 32 pontos); Auto-Eficácia Média (33 a 51 pontos) e Auto-Eficácia Elevada (52 a 70 pontos). Portanto, quanto mais elevados os escores da mãe no somatório dos itens, maior sua Auto-Eficácia para amamentar.

A Escala de forma reduzida foi utilizada em 17 dos 20 artigos. Concluiu-se que a escala original apresentava itens redundantes, 18 itens foram deletados e mantendo a escala o mesmo grau de confiabilidade (Cronbach's alpha correlations) e mais fácil de ser manipulada. Pode ser utilizado durante todo o período do pós-parto e identifica quais mães estão mais propensas para amamentar e as que necessitam estratégias de construção de confiança para estimular a amamentar (Dennis *et.al.*,2003).

Nesta revisão todos os trabalhos estavam relacionados a pesquisa de pós-graduação, sendo 17 por enfermeiras, apenas um por equipe de psicólogos, um por equipe de médicos (pediatra, ginecologista e médico da família) e um por farmacêutico. Isto demonstra um domínio de uso da escala pela equipe de enfermagem mas, ainda necessita, por sua abrangência interdisciplinar, que seja testada e conhecida por outros profissionais como fonoaudiólogos, ginecologistas, pediatras, médicos de família, dentista, psicólogos, entre outros.

O objetivo desta revisão sistemática foi examinar o uso da Escala de Auto-Eficácia no pós-parto imediato. Verificou-se que as mães apresentam elevados escores de Auto-eficácia em Amamentar ao nascimento do RN. Resultados demonstraram que escores elevados de Auto-Eficácia são preditores das mães com maiores chances de amamentar exclusivamente ao seio durante o pós-parto imediato. Também ficou evidente que mães que iniciam amamentação na primeira hora do nascimento do RN apresentam elevados escores de Auto-Eficácia relacionados à amamentação materna exclusiva.

## CONCLUSÕES

A Escala de Auto-Eficácia demonstrou ser uma variável modificável e de fácil acesso aos profissionais de saúde. Sua análise permite identificar que as mulheres com maior nível de Auto-Eficácia são mais propensas a amamentação exclusiva durante o período de pós-parto imediato. Observou-se a necessidade de trabalhos longitudinais utilizando a escala para verificar sua relação com a descontinuação da amamentação exclusiva antes do sexto mês de vida, proporcionando aos profissionais a possibilidade da realização de intervenções individualizadas quando necessário.





Artigo

REFERÊNCIAS

AGHADAS, K.; TALAT, K., SEPIDE, B. Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women. A randomized control trial. **Women and Birth**, v. 27, n. 1, p. 37-40, 2014.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. **Psychological Review**, v. 84, n.2, p. 191-215, 1977.

CHOWDHURY, R.; SINHA, B.; SANKAR, B.; TANEJA, S.; BHANDARI, N.; ROLLINS, N. *et al.* Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatr.** v.104, n.467, p. 96-113, 2015.

DENNIS, C.L. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. **J Human Lact**, v. 15, n. 3, p.195-201, 1999.

DENNIS, C.L. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the short Form. **J Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 32, n. 6, 2003.

EDWARDS, R.; BICKMORE, T.; JENKINS, L.; FOLEY, M.; MANJOUTIDES, J. Use of an interactive computer agent to support breastfeeding. **Maternal and Child Health Journal**, v. 17, n. 10, p.1961-8, 2013.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S.W.; FLETCHER, G.S. **Epidemiologia Clinica**. 5<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed; p.296, 2014.

GERÇEK, E. *et al.* The Relationship between breastfeeding Self-Efficacy and LATCH scores and affecting factors. **Journal of clinical nursing**, v. 26, n7-8, p.994-1004, 2017.

GUIMARÃES, C. *et al.* Comparison of Breastfeeding Self-Efficacy between Adolescent and Adult Mothers at a Maternity Hospital in Ribeirão Preto. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 26, n. 1, p.1-9, 2017a.

GUIMARÃES, C. *et al.* Fatores Relacionados à Auto eficácia na Amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 109-115, 2017b.

HADJINONA, V. *et al.* 2016. Cyprus mother's Breastfeeding Self-Efficacy and their perceptions about the implementation of the "10 steps" in the first 48hours after birth. **Midwifery**, v. 36, p 43-52, 2016.



**Artigo**

HANSEN, K. Breastfeeding: a smart investment in people and in economies. **Lancet** v. 387, n. 416, p.387-416, 2016.

HANULA, L.; KAUNONEN, M.; PUUKKA, P. A Study to promote breastfeeding in the Helsinki Metropolitan area in Finland. **Midwifery**, v. 30, n. 6, p.696-704,2014.

HENSHAW, E.; FRIED, R.; SISKIND, E.; NEWHOUS, L. et al. Breastfeeding Self-Efficacy, Mood and Breastfeeding Outcomes among Primiparous Women. **Journal of Human Lactation**, v.3, n. 3, p. 511-518, 2015.

HORTA, B. L.; LORETE DE MOLA, C.; VICTORA, C.G. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatr.** v.104, n.467, p. 30-37, 2015.

IP, W-Y.; GAO, L-L.; CHOI, K.; CHAU, J.; XIAO, Y. The Short Form of the breastfeeding among Mandarin-Speaking Chinese Mothers. **Journal of Human Lactation**, v. 32, n. 4, p.1-10, 2016.

KEEMER, F. Breastfeeding self-efficacy of women using second-line strategies for healthy term infants in the first week postpartum; an Australian observational study. **International Breastfeeding Journal**, v. 8, n.18, p.1-9, 2013.

KOOLS, E.J., THIJS, C.; De VRIES, H. The behavioral determinants of breast-feeding in The Netherlands: predictions for the initiation of breastfeeding. **Health Educ Behav.** v. 32, n. 6, p.809-824, 2005.

KOSKINEN, K.; AHO, A.; HANNULA, L.; KAUNONEN, M. Maternity hospital practices and breast feeding self-efficacy in Finnish primiparous and multiparous women during the immediate postpartum period. **Midwifery**, v. 30, n. 4, p.464-410, 2014.

LALIBERTÉ, C.; DUNN, S.; POUND, C.; SOURIAL, N.; YASSEEN, A. S.; MILIAR, D.; RENNICKS, W. R.; WALKER, M.; LACAZEE-MASMOTEL, T.; KRUKOWSKI, R. A Randomized Controlled Trial of Innovative Postpartum Care Model for Mother-Baby Dyads. **PloS ONE** v. 11, n. 2, p.1-17, 2016.

LOKE, A.Y.; CHAN, L. K. Maternal Breastfeeding Self-Efficacy and the Breastfeeding Behavior of Newborns in the Practice of Exclusive Breastfeeding. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 42, n. 6, p.672-684, 2013.

LOPES, B., *et al.* Avaliação da autoeficácia materna em amamentar no puerpério imediato. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n.6, p.818-824, 2017.



**Artigo**

MCQUEEN, K.; SIESWERDA, L.; MONTELPARE, W.; DENNIS, C. L. Prevalence and Factors Affecting Breastfeeding Among Aboriginal Women in Northwestern Ontario. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 44, n. 1, p.51-68, 2015.

ORIÁ, M.; XIMENES, L. Translation and cultural adaptation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale to Portuguese. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 2 p.230-238, 2010.

PEREZ-BLASCO, J.; VIGUER, P. & RODRIGO, M. F. Effects of a mindfulness-based intervention on psychological distress, well-being, and maternal self-efficacy in breastfeeding mothers: results of a pilot study. **Archives of Women's Health**, v.16, n.3,p.227-36., 2013.

PIRES, S. C.; GIUGLIANI, E. R. J.; CARAMEZ, S. F. Influence of the duration of breastfeeding on quality of muscle function during mastication in preschoolers: a cohort study. **BMC Public Health**. v.12, n.1, p.934. 2012.

RODRIGUES, A.; PADOIN, S.; GUIDO, L.; LOPES, L. Fatores do pré-natal e puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. **Escola Anna Nery**, v. 18, n.2, p.257-261, 2014.

ROMANO, M.; CACCIATORE, A.; GIORDANO, R.; LA ROSA, B. Postpartum period: three distinct but continuous phases. **Journal of Prenatal Medicine**, v. 4, n.2, p.22-25, 2010.

UCHOA, J. *et al.* Associação entre Auto Eficácia no Ciclo Gravídico e o tipo de Aleitamento Materno. **Aquichán**, v. 17, n.1, p.84-92,2017.

UCHOA. *et al.* Autoeficácia em amamentar de mulheres no pré-natal e no pós-parto: estudo longitudinal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n.1, p.10-20, 2016.

UCHOA, J. L., GOMES, A.L. A.; JOVENTINO, E.S; ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B.; DE ALMEIDA, P. C. Sociodemographic and Obstetric History in a Maternal Self-Efficacy in Nursing: a study in painel. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v.13, n.4, p. 645-655, 2014.

VICTORIA, C.G.; BAHL, R.; BARROS, A.J.D.; FRANÇA, G.V.A.; HORTON, S.; KRASEVEC, J. *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n.10017, p.475-490, Jan 30, 2016.

VICTORIA, C.G.; HORTA, B. L., MOTA, C. L.; QUEVEDO, L.; PINHEIRO, R. T.; GIGANTE, D. P. *et al.* Association between breastfeeding and intelligence, educational



**Artigo**

attainment, and income at 30 years of age: A prospective birth cohort study from Brazil. **Lancet Global Health**. v.3, n.4, p. 99-205, 2015.

YANG, X. *et al.* Predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study. **Midwifery**, v. 41, p.1-8, 2016.

WHO. Infant and young child feeding. Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals, 2009.

WHO. World Health Organization. Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding. Geneva: WHO, 2001.





Temas em  
**Saúde**