



Temas em
Saúde

VOLUME 19

NÚMERO 5

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.temasensaude.com
contato@temasensaude.com



Temas em Saúde

Índice

1 ACURÁCIA DOS PONTOS DE CORTES DE IMC BASEADO NO CRITÉRIO DA OMS PARA SOBREPESO/OBESIDADE EM ADOLESCENTES EM MACAPÁ, AP **8**

Roseline Maria Amaral de Carvalho, Danylo José Simões da Costa, Demilto Yamaguchida Pureza, Dilson Rodreigues Belfort, Alvaro Adolfo Duarte Alberto, Wollner Materko

2 ANÁLISE DOS PERFIS SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE MULHERES COM FIBROMIALGIA **24**

Géssika Araújo de Melo, Marcela Laís Lima Holmes Madruga, Joalysson de Souza Marinho, Nelson Torro

3 ANÁLISE DO PERFIL PATOLÓGICO DE MÉDICOS EM MARINGÁ - PARANÁ **35**

Mariana Evangelista Gracino, Juliana Tortajada, Stephanie Freire Garcia, Bruna Cristina Mendes dos Santos, Mirian Ueda Yamaguchi, Ely Mitie Massuda

4 METODOLOGIA ATIVA NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: UMA EXPERIÊNCIA COM A APLICAÇÃO DO ARCO DA PROBLEMATIZAÇÃO DE MAGUEREZ **47**

Elicarlos Marques Nunes, Glenda Agra, Ana Karla Bezerra da Silva Lima, Carlos Bezerra de Lima, Milena Nunes Alves de Sousa

5 ASSÉDIO MORAL EM UMA INSTITUIÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO DO NORTE DO PAÍS **63**

Marlene Valerio dos Santos Arenas, Valmiria Carolina Piccinini

6 ASPECTOS GERAIS DAS NEOPLASIAS DA LARINGE **89**

Ana Júlia Nascimento do Santos, Gabriel Soares de Souza, Marcos Cezar Feitosa de Paula Machado, Pauliana Valéria Machado Galvão, Polyana Felipe Ferreira da Costa, Priscila Maria de Barros Rodrigues



Temas em Saúde

7 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE USUÁRIOS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS **102**

Jucimere Fagundes Durães Rocha, Paulo Afrânio Sant'Anna, Maria Aparecida Vieira, Ana Caroline Pereira Martins

8 AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DA CRENÇA DOS SEUS PROFISSIONAIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA **131**

Anny Mayara de Araújo Oliveira, Brunno Alves de Lucena, Francyely dos Santos Moura, Erika Mayra de Almeida Barreto, Gislayne Barros Correia, Rayssa Silva do Nascimento

9 CARACTERIZANDO OS EVADIDOS DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO FEDERAL DE ENSINO **142**

Leila Conceição de Paula Miranda, Rivaldo Alfredo Paccola, Leonardo de Paula Miranda, José de Almeida Carneiro Neto, Thatiane Lopes Oliveira de Paula

10 DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA: PERCEPÇÃO DO CUIDADO DE MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTOS, SÃO PAULO **157**

Daniela dos Santos Lopes Homenko, Cristina dos Santos Cardoso de Sá, Maria Fernanda Petrolí Frutuoso

11 EFEITOS DO METILFENIDATO NA FUNCIONALIDADE CEREBRAL DE HUMANOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA **182**

Elen Bruna Pereira Vicente, Lucas Pelisson Daroque, Rogério Thomé Junior, Marcelo Picinin Bernuci

12 ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSO NA ZONA RURAL: REVISÃO DE LITERATURA **205**

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

13 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DE EQUIPES TÉCNICAS NO PODER JUDICIÁRIO **217**

Maria do Carmo Lima Batista, Cristiano Machado Galhardi, Luciano Resende Ferreira

14 EXAME PAPANICOLAOU: PERCEPÇÃO DE MULHERES SOBRE OS MOTIVOS QUE INFLUENCIAM A SUA NÃO REALIZAÇÃO **241**

Iara Damascena Silva, Maria Elizanete Teixeira da Silva, Josimeire Souza de Oliveira Andrade

15 INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO TERCIÁRIA: PERCEPÇÕES DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E ESTUDANTES DE MEDICINA **256**

Marina Bertone Buck, Magali Aparecida Alves de Moraes, Roseli Vernasque Bettini

16 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS RECÉM-NASCIDOS COM ANOMALIAS CONGÊNITAS EM MICRORREGIÕES DO NORTE DO ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL **279**

Ana Caroline Pereira Martins, Joyce Micaelle Alves, Jucimere Fagundes Durães Rocha, Danilo Cangussu Mendes, Antônio Prates Caldeira, Maria Aparecida Vieira

17 PREVALÊNCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFESSORES MÉDICOS DE INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DA PARAÍBA **299**

Lucas de Lima Medeiros Pereira, Francisco Orlando Rafael Freitas, Paula Christianne Gomes Gouveia Souto Maia, Milena Nunes Alves de Sousa

18 RELAÇÃO ENTRE COMPOSIÇÃO CORPORAL E TEMPO DE USO DE TELA NO DESEMPENHO FUNCIONAL DE ESTUDANTES **312**

Elizene Alvares de Ursinio, Tânia Cristina Dias da Silva Hamu, Martina Estevam Brom Vieira, Thaís Inácio Rolim Póvoa, Cibelle Kayenne Martins Roberto Formiga



Temas em Saúde

19 REVISITANDO FATORES DE RISCO PARA O BAIXO PESO AO NASCIMENTO EM MATERNIDADE PÚBLICA DO INTERIOR DE MINAS GERAIS: UM ESTUDO COMPARATIVO **333**

Joyce Micaelle Alves, Ana Caroline Pereira Martins, Fernanda Marques da Costa, Antônio Prates Caldeira, Maria Aparecida Vieira

20 VARIÁVEIS RELACIONADAS AO NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E AO ÓBITO NO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO MODERADO OU GRAVE **352**

Fernanda Dillenburg da Costa, Cejane Oliveira Martins Prudente

21 VIOLÊNCIA DE GÊNERO E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA SAÚDE DA MULHER **376**

Maria Betânia Bezerra, Ana Paula Dantas da Silva Paulo, Hellen Renata Leopoldino Medeiros, Erta Soraya Ribeiro Cesar Rodrigues

22 UMA VISÃO DE PSICÓLOGOS SOBRE A AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO PROCEDIMENTO DE CIRURGIA BARIÁTRICA **392**

Marília da Mata Silva, Lúcia Yulico Ishii Sato, Thaniery Xavier Rosa, Gabriel de Leão Esteves, Andréa Grano Marques, Leonardo Pestillo de Oliveira

23 AVALIAÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR, QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE DO IDOSO EM TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO **416**

Gabriela Decurcio Cabral, Aline Cristina Batista Resende de Moraes, Tânia Cristina Dias da Silva Hamu

24 INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS DE OBESIDADE NA DOENÇA HEPÁTICA GORDUROSA NÃO ALCOÓLICA **434**

Josilda Ferreira Cruz, Eusébio Lino dos Santos Júnior, Anne Karoline Oliveira Mendonça Bispo, Yasmim Anayr Costa Ferrari, Carla Perez Machado, Sonia Oliveira Lima



Temas em Saúde

25 EFFECTS OF WALKING ON QUALITY OF LIFE DURING CHEMOTHERAPY FOR BREAST CANCER **453**

Rebeca Garcia Rosa Ferreira, Laura Ferreira de Rezende

26 NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE (NAFLD): RISK FACTORS AND SEVERITY **465**

Josilda Ferreira Cruz, Demetrius Silva de Santana, Allan Victor Hora Mota, Yasmim Anayr Costa Ferrari, Carla Perez Machado, Sonia Oliveira Lima

27 PLANTAS MEDICINAIS PARA CONTROLE DA OBESIDADE **483**

Raquel Pessoa de Araújo, Selene Maia de Moraes

28 TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE CUIDADO INTERDISCIPLINAR AO PACIENTE DIABÉTICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA **509**

Renata Schnepfer Gans, Loriane Cotovicz, Bruno Pedroso, Pollyanna Kássia de Oliveira Borges, Erildo Vicente Muller, Elise Souza dos Santos Reis

29 QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES E JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA **522**

Rebeca Rocha Carneiro, Rubia Dayane Fontes Monteiro, Allan Batista Silva, Hemílio Fernandes Campos Coêlho, Anna Alice Figueiredo de Almeida, Caliandra Maria Bezerra de Luna Lima

30 THE THERAPEUTIC EFFECTS OF LIGHT-EMITTING DIODE IN WOUND HEALING – SYSTEMATIC REVIEW **542**

Francielle Rodrigues Guimarães, Adriana Clemente Mendonça, Júlia de Paula Tasso, Regiane Luz Carvalho, Laura Ferreira de Rezende Franco, Elaine Caldeira de Oliveira Guirro

31 A RELAÇÃO ENTRE SUPORTE FAMILIAR E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS **557**



Temas em Saúde

João Pereira Filho, Liana Mirela Souza Oliveira, Antônio Cesar Sousa Lima Santos, Ícaro da Silva Gomes, Ana Karla Alves Agripino, Marcelo Henriques Neves Dos Anjos

32 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA MATA NORTE DE PERNAMBUCO **574**

Maiane Silva Barbosa de Moraes, Denise Lopes da Silva, Raquel Lafaiete da Silva, Eduardo Felipe da Silva Oliveira, Evelyne Joyce Dias Oliveira, Ana Carolina Lopes Cavalcanti de Oliveira, Renan Pires Maia



Artigo

ACURÁCIA DOS PONTOS DE CORTES DE IMC BASEADO NO CRITÉRIO DA OMS PARA SOBREPESO/OBESIDADE EM ADOLESCENTES EM MACAPÁ, AP

ACCURACY OF BMI CUTOFF POINTS BASED ON WHO CRITERIA FOR OVERWEIGHT / OBESITY IN ADOLESCENTS IN MACAPÁ, AP

Roseline Maria Amaral de Carvalho¹
Danylo José Simões da Costa²
Demilto Yamaguchida Pureza³
Dilson Rodrigues Belfort⁴
Alvaro Adolfo Duarte Alberto⁵
Wollner Materko⁶

¹ Laboratório de Biodinâmica do Movimento Humano e Fisiologia do Exercício, Escola de Educação Física, Universidade Federal do Amapá, Macapá, Amapá, AP, Brasil. Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Amapá;

² Laboratório de Biodinâmica do Movimento Humano e Fisiologia do Exercício, Escola de Educação Física, Universidade Federal do Amapá, Macapá, Amapá, AP, Brasil;

³ Laboratório de Biodinâmica do Movimento Humano e Fisiologia do Exercício, Escola de Educação Física, Universidade Federal do Amapá, Macapá, Amapá, AP, Brasil. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá. Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Amapá;

⁴ Laboratório de Biodinâmica do Movimento Humano e Fisiologia do Exercício, Escola de Educação Física, Universidade Federal do Amapá, Macapá, Amapá, AP, Brasil.

⁵ Laboratório de Biodinâmica do Movimento Humano e Fisiologia do Exercício, Escola de Educação Física, Universidade Federal do Amapá, Macapá, Amapá, AP, Brasil. Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Amapá;

⁶ Laboratório de Biodinâmica do Movimento Humano e Fisiologia do Exercício, Escola de Educação Física, Universidade Federal do Amapá, Macapá, Amapá, AP, Brasil.

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá.

Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Amapá. E-mail wollner.materko@gmail.com.



Artigo

RESUMO - A proposta do presente estudo teve como objetivo foi avaliar a prevalência de sobrepeso/obesidade e o desempenho de pontos de corte de IMC baseado no critério da OMS considerando características antropométricas em escolares adolescentes no município de Macapá-AP. Foram avaliados 1.071 escolares com faixa etária entre 15 a 16 anos de ambos os sexos, matriculados no ensino médio na área urbana. As variáveis antropométricas foram obtidas a partir da medida da massa corporal e estatura para calcular o IMC. Os pontos de cortes do IMC foram definidos como o critério da OMS (2007): $\geq 85\%$ da distribuição amostral como sobrepeso/obesidade correspondendo a 24,6 kg/m^2 para ambos os sexos. Foi utilizada a curva ROC para identificar o melhor ponto de corte de IMC em termos de sensibilidade e especificidade. As áreas sob as curvas ROC do IMC, resultaram em 0,99 (IC95%: 0,99 a 1,00) em meninos, que corresponde a um valor de corte de 24,6 kg/m^2 (sensibilidade de 100% e especificidade de 99,8%) e nas meninas em 0,99 (IC95%: 0,74 a 0,85), o que correspondeu a um valor de corte de 24,5 kg/m^2 (sensibilidade de 100% e especificidade de 99,7%). Conclui-se que o IMC de 24,6 kg/m^2 para os meninos e 24,5 kg/m^2 para as meninas, indicando que os pontos de cortes baseados nas características físicas e antropométricas desta população são semelhantes aos recomendados pela OMS.

Palavras-chave: Adolescente; Sobrepeso; Obesidade; IMC; Sensibilidade; Especificidade.

ABSTRACT - The purpose of the present study was to evaluate the prevalence of overweight/obesity and the cut-off points of BMI based on the WHO criteria considering anthropometric characteristics in adolescent students in the city of Macapá-AP. A total of 1.071 students aged between 15 and 16 years of both sexes, enrolled in High School in the urban area, were evaluated. Anthropometric variables were obtained from body mass and height measurements to calculate BMI. The BMI cut points were defined as WHO criteria (2007): $\geq 85\%$ of the sample distribution as overweight/obese, corresponding to 24.6 kg/m^2 for both sexes. The ROC curve was used to identify the best cutoff point for BMI in terms of sensitivity and specificity. The areas under the ROC curves of the IMC resulted in 0.99 (95% CI: 0.99 to 1.00) in boys, corresponding to a cutoff value of 24.6 kg/m^2 (100% sensitivity and 99.8% of specificity). In girls, 0.99 (95% CI: 0.74 to 0.85), which corresponded to a cutoff value of 24.5 kg/m^2 (100% sensitivity and 99.7%



Artigo

specificity). It was concluded that the BMI of 24.6 kg/m² for boys and 24.5 kg/m² for girls, indicating that the cut points based on the physical and anthropometric characteristics of this population are similar to those recommended by WHO.

Keywords: Adolescent; Overweight; Obesity; BMI; Sensitivity; Specificity.

INTRODUÇÃO

Obesidade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal (WHO, 1998). É considerado um problema de saúde pública que leva a sérias consequências sociais, psicológicas e físicas, e está associado a maior risco de morbimortalidade por alterações metabólicas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis – DCNT (ABRANTES *et al.*, 2002; COUTINHO, 2007).

A prevalência de sobrepeso e obesidade vem aumentando no Brasil, estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que, em 35 anos, o número de crianças e adolescentes acima do peso subiu, apresentando crescimento em todas as idades (FAVARO e SCHNOOR, 2011) levando o aparecimento da síndrome metabólica (DA SILVA *et al.*, 2015).

Na prática clínica e em estudos populacionais o índice de massa corporal (IMC), tem sido amplamente utilizado como critério para estabelecer o estado nutricional em crianças por ser um método não-invasivo, válido e de baixo custo (NIHISER *et al.*, 2007). Além disso, este índice constitui a ferramenta mais utilizada para o diagnóstico quantitativo da obesidade devido a sua simplicidade e boa correlação com a adiposidade (MATERKO *et al.*, 2017; MATERKO e SANTOS, 2010) e com a massa corporal e pela baixa correlação com a estatura (ANJOS, 1992; GARN *et al.*, 1986).

Contudo, este índice apresenta algumas limitações tais como: é incapaz de quantificar as variações nos compartimentos corporais decorrentes da redução da massa corporal, valores semelhantes de IMC podem representar quantidades de gordura corporal diferentes (DEURENBERG *et al.*, 1999), apresenta correlação com a estatura embora baixa, mas ainda significativa, e com a massa livre de gordura, principalmente em homens (ANJOS, 1992; GARN *et al.*, 1986). Apesar destas limitações, a relação entre o aumento do IMC com o risco de mortalidade pelas doenças crônicas, constitui-se em motivo



Artigo

suficiente para a utilização deste índice como indicador nutricional em estudos epidemiológicos (DE CASTRO *et al.*, 2018; TWIG *et al.*, 2016; BASTIEN *et al.*, 2014).

Em 2007, Organização Mundial da Saúde (OMS), propôs um critério universal de classificação do estado nutricional para crianças e adolescentes entre 5 e 19 anos de idade, que foi desenvolvido a partir dos dados americanos do *National Center for Health Statistics* (1977), onde define a partir dos pontos de corte determinados para sexo e idade, a classificação dos valores do IMC menores que o percentil 3, como desnutrição, entre os percentis 85 e 97 como sobrepeso e acima do percentil 97 como obesidade (BARBOSA FILHO, 2010).

A grande dificuldade na determinação de um referencial internacional para diagnóstico do estado nutricional e a adiposidade para a avaliação da composição corporal (ANZOLIN *et al.*, 2017). Se o objetivo é detectar a prevalência de excesso de sobrepeso/obesidade no país para fins de aplicação nos programas de saúde pública, valores de referência nacionais e regionais são mais apropriados por reproduzirem a variabilidade da população a ser avaliada (VITOLLO *et al.*, 2007) e, portanto, devem ser específicos para cada população (MATERKO *et al.*, 2017; MATERKO e SANTOS, 2017). Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi avaliar o desempenho de pontos de corte de IMC, baseado no critério da OMS, considerando características antropométricas em escolares adolescentes do município de Macapá-AP.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo de estudo, População e Amostra

Esta pesquisa trata-se de estudo transversal/descritivo de base populacional escolar, com o total de cinco escolas públicas estaduais e três escolas particulares da cidade de Macapá/AP na área urbana. Desta forma, a população geral da pesquisa foi estimada em 44.280 alunos. Estes números foram disponibilizados pela Secretaria de Estado da Educação do Amapá (SEED/AP, 2016), considerando faixa etária entre 15 a 16 anos para o ensino médio de acordo com Ministério da Educação – MEC. Os parâmetros para cálculo da amostra se delimitaram em: nível de confiança em 95%; erro amostral de 3%; efeito de desenho amostral 1,5. Isso resultou em uma amostra n=1310 adolescentes, entretanto houve perdas e recusas para realizar a pesquisa e a amostra final foi de n=1071 adolescentes.



Artigo

Critérios de elegibilidade da amostra foram os indivíduos que apresentarem o termo de consentimento livre esclarecimento previsto na resolução 446/96 assinados pelos pais ou responsáveis, ainda sim, foi respeitada a participação dos adolescentes por adesão voluntária, na faixa etária entre 15 a 16 anos; devidamente matriculados na escola para o ensino médio; que estiveram presentes no dia e horário marcados para execução dos testes e que apresentaram condições clínicas e físicas favoráveis a participação da pesquisa.

A presente pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética cujo número do parecer é CAAE: 37241014.6.0000.0003. Além disso, para os cuidados éticos da pesquisa foi disponibilizado aos estudantes um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e carta de apresentação com os objetivos da pesquisa sendo entregue aos pais ou responsáveis dos adolescentes, além da obtenção de autorização da unidade gestora da escola, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, foram reservados dois dias na semana para que pudesse haver o recolhimento do TCLE assinado pelos pais.

Procedimentos e instrumentos de pesquisa

As medidas antropométricas foram mensuradas a partir da medida da massa corporal através de uma balança portátil com modelo P150M (Líder, Brasil) com capacidade máxima de 200 Kg e variação de 0,1 Kg para massa corporal e a estatura em um estadiômetro portátil (Sanny, Brasil) de escala em milímetros com campo de medição 0,40 a 2,20m, com uma variação de 0,2 cm. Foi calculado o índice de massa corporal (IMC) pela razão entre a massa corporal em quilogramas e a estatura do indivíduo em metros (WHO, 1998). Os estudantes foram avaliados descalços, usando roupas leves e sem portar qualquer objeto baseado nas técnicas descritas por Heyward (2001). Os pontos de cortes do IMC foram definidos como o critério da OMS (2007): $\geq 85\%$ da distribuição amostral como sobrepeso/obesidade correspondendo a $24,6 \text{ kg/m}^2$ para ambos os sexos.

Os procedimentos de coleta aconteceram no horário normal de aula, preferencialmente agendados durante as aulas de Educação Física entre as segundas e sexta-feira. Nas escolas públicas pesquisadas a coleta aconteceu em dois períodos de funcionamento da escola, de manhã (das 7h às 12h30min) e à tarde (13h30min às 18h30min), já nas escolas particulares as coletas aconteceram no turno da manhã (7h às 12h45min).



Artigo

Tratamento e análise dos dados

A análise descritiva buscou a definição do perfil do grupo, sendo expressa como média e desvio padrão, além do intervalo de confiança de 95% (IC95%). Foram estimados os valores percentuais específicos em relação ao sexo, identificando o percentil e proporção equivalentes da distribuição do IMC para sobrepeso/obesidade baseado no critério da OMS (2007), além do teste de assimetria. Ao comparar as características físicas e antropométricas entre os sexos foi realizado pelo teste t de *Student* para amostras independentes. Foi utilizada a curva ROC (*Receiver operator characteristic curve*) para identificar o melhor ponto de corte de IMC estabelecidos internacionalmente pela OMS (2007) para detectar sobrepeso/obesidade (≥ 85 percentil) em adolescentes, ou seja, qual a melhor sensibilidade e especificidade e o ponto de equilíbrio entre sensibilidade e especificidade em meninos e meninas. Foi adotado em todos os testes empregados $\alpha = 0,05$. Todos os procedimentos estatísticos foram realizados em *Statistica* v.8 (Statsoft, EUA).

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características físicas e antropométricas do grupo de voluntários. Embora a amostra tenha sido composta por indivíduos de faixa etária semelhante ($p = 1,00$), diferenças significantes foram encontradas na comparação entre os sexos, os meninos apresentando valores médios mais elevados de massa corporal (+7,0 kg, $P < 0,01$) e estatura (+10,8 cm, $p < 0,01$).



Artigo

Tabela 1. – Estatística descritiva da população em estudo, por sexo (n=1.071). Macapá, AP, Brasil. 2018

Variáveis	Meninos (n=470) Média ± DP	IC95%	Meninas (n=601) Média ± DP	IC95%	Valor p
Idade (anos)	15,5 ± 0,4	15,5 – 15,5	15,5 ± 0,4	15,4 – 15,5	1,00
Estatura (cm)	171,3 ± 6,8	170,0 – 172,0	161,1 ± 6,4	160,0 – 161,6	< 0,01
Massa corporal (kg)	62,5 ± 10,4	61,6 – 63,5	55,4 ± 9,8	54,7 – 56,2	< 0,01
IMC (kg/m ²)	21,2 ± 3,2	21,0 – 21,6	21,3 ± 3,4	21,0 – 21,6	0,70

DP é o desvio padrão

A prevalência de sobrepeso/obesidade foi semelhante nos meninos (16,1%) e nas meninas (16,6%) baseado no critério da OMS (2007). O IMC apresentou distribuição assimétrica positiva em ambos os sexos, no teste de assimetria igual a 0,43 (P=0,0002) para os meninos (Figura 1A) e a 0,67 (P<0,0001) para as meninas (Figura 1B). Nos meninos, o IMC distribuiu-se em 21,2 ± 3,2 kg/m² e mediana de 21,0 kg/m² e nas meninas distribuiu-se em 21,3 ± 3,4 kg/m² e mediana de 20,9 kg/m², não apresentando diferença significativa (p = 0,70).



Artigo

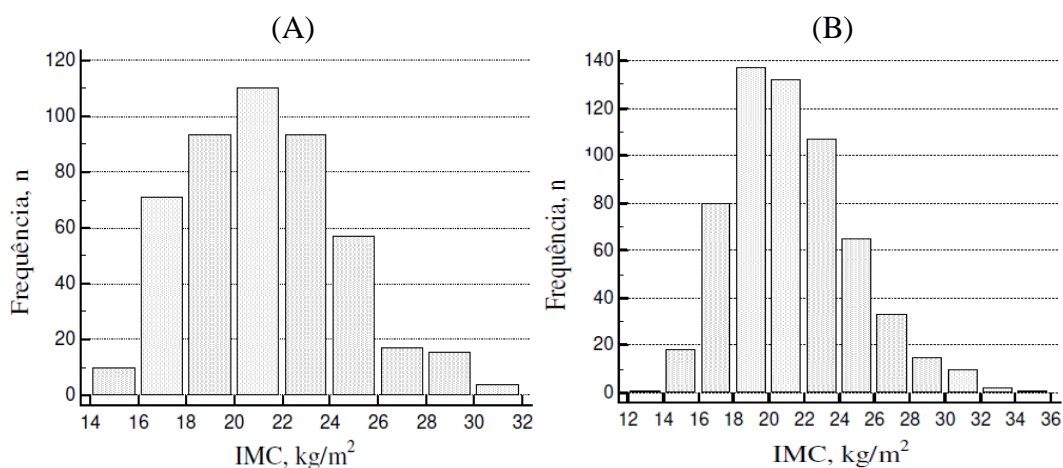


Figura 1. Histogramas para o ÍMC nos adolescentes, por sexo, meninos (A) e meninas (B).

As áreas sob as curvas ROC do IMC baseado no critério da OMS (2007) para determinação de sensibilidade e especificidade na detecção de sobrepeso/obesidade em meninas e meninos estão ilustradas na Figura 2. As AUCs para detectar valores de IMC para sobrepeso/obesidade resultaram em 0,99 (IC95%: 0,99 a 1,00) em meninos (Figura 2A), que corresponde a um valor de corte de 24,6 kg/m² (sensibilidade de 100% e especificidade de 99,8%). Nas meninas (Figura 2B), a AUC obtida foi de 0,99 (IC95%: 0,99 a 1,00), o que correspondeu a um valor de corte de 24,5 kg/m² (sensibilidade de 100% e especificidade de 99,7%).



Artigo

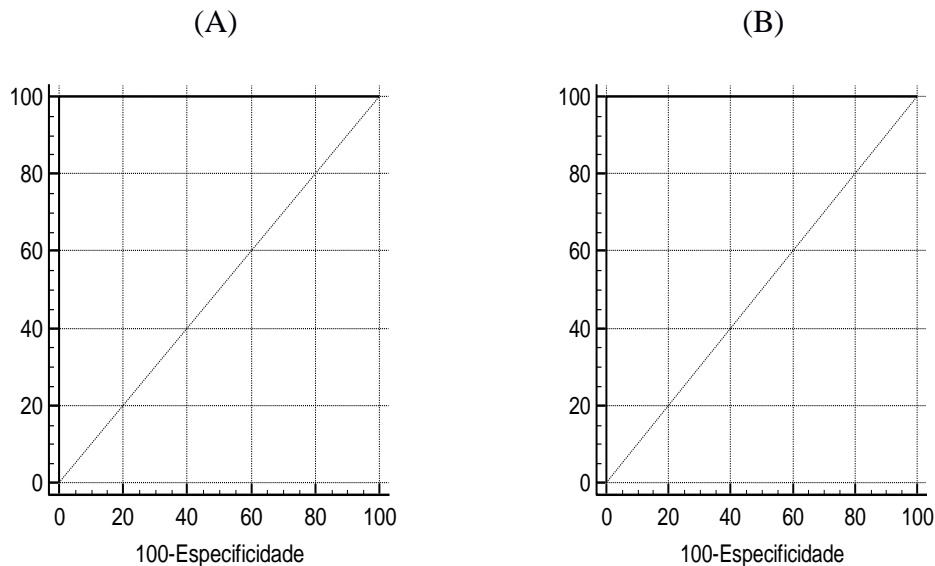


Figura 2. Curvas ROC mostrando o desempenho do índice de massa corporal baseado no critério da OMS (2007) em meninos (A) e meninas (B).

DISCUSSÃO

A proposta do presente estudo foi avaliar a acurácia dos pontos de corte de IMC baseado no critério da OMS (2007), considerando características físicas e antropométricas em escolares adolescentes com faixa etária entre 15 a 16 anos no município de Macapá, AP. Portanto, apresentou um ponto de corte semelhante ao recomendado pela OMS na detecção de sobrepeso/obesidade, sendo considerados como indicadores de excesso de peso, podendo ser ou não excesso de gordura corporal (MATERKO *et al.*, 2017) e tem a vantagem da fácil determinação e recomendável para uso em serviços e na promoção de saúde pública.

Com base no IMC, são considerados sobrepeso/obesidade os adolescentes com ponto de corte para sobrepeso/obesidade $\geq 85\%$ da distribuição do IMC pela OMS (2007), no presente estudo correspondeu a $24,6 \text{ kg/m}^2$ para ambos os sexos, entretanto, ANJOS *et al.*, (1998) estudou uma base populacional em adolescentes brasileiros com a faixa



Artigo

etária de 15 a 16 anos que representa um índice massa corporal igual a 23,6 kg/m² para o sexo feminino e valores de IMC igual a 21,6 kg/m² para o sexo masculino no percentil 85. Peledrini *et al.*, (2015) estudaram pontos de corte para os rapazes e as moças escolares de 15-17 anos matriculados em escolas públicas no estado de Santa Catarina, respectivamente, associados com gordura corporal elevada foi IMC 22,7 kg/m² e 20,1 kg/m², ou seja, subestimando os resultados quando comparados ao presente estudo, sendo assim, faz-se necessário uma análise para cada região devido heterogeneidade das características físicas e antropométricas (VITOLLO *et al.*, 2007), além dos costumes regionais (TRIGO *et al.*, 1989).

Nesse sentido, Cole *et al.*, (2000) desenvolveram pontos de corte para o IMC em uma amostra de adolescentes brasileiros relatou que na faixa do estudo (14-17 anos) o IMC de sobrepeso variou de 21,7 kg/m² a 23,6 kg/m² para homens e de 22,8 kg/m² a 24,8 kg/m² para mulheres. Uma possível explicação para essas discrepâncias pode estar relacionada às diferenças étnicas e culturais em adolescentes brasileiros que podem influenciar o IMC.

Em adultos já é bem documentado os pontos de corte estabelecidos específicos para cada população, tais como, a população chinesa (CHEN *et al.*, 2006), indiana (VIKRAM *et al.*, 2003), norte-americana (CHEN *et al.*, 2006), japonesa (GALLAGHER *et al.*, 2000), tailandesa (LIMPAWATTANA *et al.*, 2014), britânica (CHEN *et al.*, 2006), indonesa (HASTUTI *et al.*, 2017), polonesa (KAGAWA *et al.*, 2006), espanhola (FERNÁNDEZ-REAL *et al.*, 2001), árabe (AL-LAWATI e JOUSILAHTI, 2008), tonga (CRAIG *et al.*, 2007), australiana (PIERS *et al.*, 2003), nigeriana (LUKE *et al.*, 1997), jamaicana (LUKE *et al.*, 1997) e brasileira (MATERKO *et al.*, 2017; MATERKO e SANTOS, 2017; DAVID *et al.*, 2017) têm demonstrado que um mesmo valor de IMC representa valores distintos de percentual de gordura devido às influências das características étnicas e ambientais (LIN *et al.*, 2002; DEURENBERG-YAP *et al.*, 2001), pelo gênero e pela faixa etária (MATERKO *et al.*, 2017) da população, entretanto, em adolescentes poucos estudos (CHIARA *et al.*, 2003; MONTEIRO *et al.*, 2000) investigaram pontos de corte do IMC baseado nas características físicas e antropométricas específicas de cada população.

O estudo de MONTEIRO *et al.* (2000) que investigou 493 adolescentes, com idades de 15 a 16 anos, residentes na zona urbana de Pelotas, RS, no qual, o ponto de corte do IMC 25 kg/m² relatou o melhor desempenho na detecção de sobrepeso/obesidade sendo definida pelo percentil 85 de IMC, conforme a OMS (2007). Assim como, CHIARA *et al.* (2003) investigaram 502 adolescentes de 12 a 18 anos, participantes da



Artigo

pesquisa Nutrição e Saúde do Município do Rio de Janeiro, no qual resultou num ponto de equilíbrio entre sensibilidade e especificidade para maiores de 15 anos foi próximo ao percentil 70 para meninas e meninos o ponto de corte aproximou-se do percentil 50 do IMC. Em discordância, o resultado do presente estudo avaliou os valores de ponto de corte do IMC baseado no critério da OMS (2007) para determinação do ponto de equilíbrio entre a sensibilidade e especificidade que resultaram em $24,6 \text{ kg/m}^2$ para os meninos e $24,5 \text{ kg/m}^2$ para as meninas. Ou seja, resultado demonstra que o critério da OMS para a classificação de sobrepeso/obesidade mostrou-se eficaz quando aplicado em meninos e meninas com faixa etária entre 15 a 16 anos no município de Macapá.

Os resultados referem-se a uma população urbana de 1071 adolescentes escolares de ambos os sexos da região extremo norte do Brasil, especificamente, na cidade de Macapá-AP, e, portanto, não devem ser extrapolados para o todo o país. Se esse critério for útil em outras populações, terá a grande vantagem de simplificar a investigação e tratamento em nível individual e aperfeiçoar os investimentos no controle de problemas de saúde pública como sobrepeso/obesidade em adolescentes.

Pesquisas futuras devem abordar as limitações do presente estudo, empregando uma amostra de diferentes regiões do país e investigando as associações entre valores de pontos de corte do IMC e a gordura corporal relativa. Diante deste contexto se propõe a realização de um estudo que pretende estabelecer os melhores pontos de corte com alta sensibilidade e especificidade na predição de excesso de gordura corporal e estejam associados com a hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia, por serem co-morbidades mais associada à obesidade, em uma amostra de indivíduos com as características antropométricas e físicas semelhantes às da população de Macapá e posteriormente, que valores do ponto de corte do IMC predizem melhor estes valores de percentual de gordura.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo relataram um valor de corte do IMC para sobrepeso/obesidade de $24,6 \text{ kg/m}^2$ para os meninos e $24,5 \text{ kg/m}^2$ para as meninas, indicando que as características físicas e antropométricas nesta população são semelhantes ao recomendado pela OMS.



Artigo

REFERÊNCIAS

ABRANTES, Marcelo M; LAMOUNIER, Joel A; COLOSIMO, Enrico A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste.

Jornal de Pediatria, v. 78, n. 4, p. 335-40, 2002.

AL-LAWATI, Jawad A.; JOUSILAHTI, Pekka. Body mass index, waist circumference and waist-to-hip ratio cut-off points for categorisation of obesity among Omani

Arabs. **Public Health Nutrition**, v. 11, n. 1, p. 102-108, 2008.

ANJOS, Luiz Antonio dos; VEIGA, Gloria Valeria da; CASTRO, Inês Rugani Ribeiro de. Distribuição dos valores do índice de massa corporal da população brasileira até 25

anos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 3, p. 164-173, 1998.

ANJOS, Luiz A. Índice de massa corporal (massa corporal.estatura²) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, v. 26, p. 431-436, 1992.

ANZOLIN, Caroline Cristina et al. Accuracy of different cutoff points of body mass index to identify overweight according to body fat values estimated by DEXA. **Jornal de Pediatria**, v. 93, n. 1, p. 58-63, 2017.

BARBOSA FILHO, Valter; et al. A utilização do critério da Organização Mundial de Saúde para classificação do estado nutricional em crianças. **Motriz**, v.16 n.4 p.811-819, 2010.

BASTIEN, Marjorie et al. Overview of epidemiology and contribution of obesity to cardiovascular disease. **Progress in cardiovascular diseases**, v. 56, n. 4, p. 369-381, 2014.

CHEN, Y. M. et al. Validity of body mass index and waist circumference in the classification of obesity as compared to percent body fat in Chinese middle-aged women. **International journal of obesity**, v. 30, n. 6, p. 918, 2006.



Artigo

CHIARA, Vera; SICHIERI, Rosely; MARTINS, Patrícia D. Sensibilidade e especificidade de classificação de sobrepeso em adolescentes, Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 226-231, 2003.

COLE, Tim J. et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. **Bmj**, v. 320, n. 7244, p. 1240, 2000.

COUTINHO, Walmir; DUALIB, P. Etiologia da obesidade. **Revista da ABESO**, v. 7, n. 30, p. 1-14, 2007.

CRAIG, Pippa et al. Identifying cut-points in anthropometric indexes for predicting previously undiagnosed diabetes and cardiovascular risk factors in the Tongan population. **Obesity research & clinical practice**, v. 1, n. 1, p. 17-25, 2007.

DA SILVA PEREIRA, Tayann Kelly et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos da síndrome metabólica em crianças. **Temas em Saúde**, v. 15, n. 1, p. 55-78, 2015.

DAVID, C. N. et al. Overweight and abdominal obesity association with all-cause and cardiovascular mortality in the elderly aged 80 and over: A cohort study. **The journal of nutrition, health & aging**, v. 21, n. 5, p. 597-603, 2017.

DE CASTRO, Jessica Marliere, et al. Prevalence of overweight and obesity and the risk factors associated in adolescents. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, vol. 12, no. 69, 2018, p. 84-94.

DEURENBERG, Paul et al. The impact of body build on the relationship between body mass index and percent body fat. **International Journal of Obesity**, v. 23, n. 5, p. 537, 1999.

DEURENBERG-YAP, M. et al. Relationships between indices of obesity and its co-morbidities in multi-ethnic Singapore. **International Journal of Obesity**, v. 25, n. 10, p. 1554, 2001.



Artigo

DUMITH, Samuel C.; FARIAS JÚNIOR, José Cazuza. Sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes: comparação de três critérios de classificação baseados no índice de massa corporal. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 28, p. 30-35, 2010.

FAVARO, Otávio Rodrigo P.; SCHNOOR, João Carlos. Diagnóstico de sobrepeso e obesidade em escolares do ensino fundamental de Várzea Grande/MT: grau de concordância entre três critérios de classificação do Índice de Massa Corporal. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 5, n. 28, p. 7, 2011.

FERNÁNDEZ-REAL, José Manuel et al. Body mass index (BMI) and percent fat mass. A BMI > 27.5 kg/m² could be indicative of obesity in the Spanish population. **Medicina clínica**, v. 117, n. 18, p. 681-684, 2001.

GALLAGHER, Dymrna et al. Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index. **The American journal of clinical nutrition**, v. 72, n. 3, p. 694-701, 2000.

HASTUTI, Janatin et al. Determination of new anthropometric cut-off values for obesity screening in Indonesian adults. **Asia Pacific journal of clinical nutrition**, v. 26, n. 4, p. 650, 2017.

HEYWARD V. Methods Recommendation: Body composition assessment. **Journal of Exercise Physiology online**, v. 4, n. 4, p. 1-12, 2001.

KAGAWA, Masaharu et al. Is the BMI cut-off level for Japanese females for obesity set too high?-A consideration from a body composition perspective. **Asia Pacific journal of clinical nutrition**, v. 15, n. 4, p. 502-507, 2006.

LIMPAWATTANA, Panita et al. The performance of obesity screening tools among young Thai adults. **Journal of community health**, v. 39, n. 6, p. 1216-1221, 2014.

LIN, W. Y. et al. Optimal cut-off values for obesity: using simple anthropometric indices to predict cardiovascular risk factors in Taiwan. **International journal of obesity**, v. 26, n. 9, p. 1232, 2002.



Artigo

LUKE, Amy et al. Relation between body mass index and body fat in black population samples from Nigeria, Jamaica, and the United States. **American journal of epidemiology**, v. 145, n. 7, p. 620-628, 1997.

MATERKO, Wollner et al. Accuracy of the WHO's body mass index cut-off points to measure gender- and age- specific obesity in middle-aged adults living in the city of Rio de Janeiro, Brazil. **Journal of Public Health Research**, v. 6, n. 2, 2017.

MATERKO, W; SANTOS, E. L. Optimal cut-off values for obesity using classification tree in middle-aged adults living Rio de Janeiro city. **International Journal of Research in Medical Sciences**, v. 5, n. 7, p. 3172-3177, 2017.

MATERKO, W; SANTOS, E.L. Predição e validação da gordura corporal relativa baseada em características antropométricas de adultos frequentadores de academia de ginástica. **Arquivos em Movimento**, v. 6, n. 1, p. 91-106, 2010.

MONTEIRO, Paulo Orlando Alves et al. Diagnóstico de sobrepeso em adolescentes: estudo do desempenho de diferentes critérios para o Índice de Massa Corporal. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, p. 506-513, 2000.

NIHISER, Allison J. et al. Body mass index measurement in schools. **Journal of School Health**, v. 77, n. 10, p. 651-671, 2007.

PELEGRINI, Andreia et al. Indicadores antropométricos de obesidade na predição de gordura corporal elevada em adolescentes. **Revista paulista de pediatria**, v. 33, n. 1, p. 56-62, 2015.

PIERS, L. S. et al. Relation of adiposity and body fat distribution to body mass index in Australians of Aboriginal and European ancestry. **European journal of clinical nutrition**, v. 57, n. 8, p. 956, 2003.

TRIGO, Marlene et al. Tabus alimentares em região do Norte do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 23, p. 455-464, 1989.



Artigo

TWIG, Gilad et al. Body-mass index in 2.3 million adolescents and cardiovascular death in adulthood. **New England Journal of Medicine**, v. 374, n. 25, p. 2430-2440, 2016.

VIKRAM, Naval K. et al. Non-obese (body mass index < 25 kg/m²) Asian Indians with normal waist circumference have high cardiovascular risk. **Nutrition**, v. 19, n. 6, p. 503-509, 2003.

VITOLO, Márcia Regina et al. Avaliação de duas classificações para excesso de peso em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 653-656, 2007.

WORLD, Health. Obesity: preventing and managing the global epidemic. **World Health Organization: Geneva**, v. 276, 1998.



Artigo

**ANÁLISE DOS PERFIS SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE MULHERES
COM FIBROMIALGIA**

**ANALYSIS OF THE SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILES OF
WOMEN WITH FIBROMYALGIA**

Géssika Araújo de Melo¹

Marcela Laís Lima Holmes Madruga²

Joalysson de Souza Marinho³

Nelson Torro⁴

RESUMO – A fibromialgia é uma doença relacionada ao sistema nervoso central e seu quadro clínico pode englobar, dentre outros, dor crônica, fadiga, rigidez matinal, parestesias e distúrbios do sono. A pesquisa trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado no município de João Pessoa – PB, na qual a amostra foi composta por 60 voluntárias com diagnóstico de fibromialgia. Os instrumentos utilizados foram: Questionário Sociodemográfico e Clínico, Escala de Classificação de Doença Cumulativa e Escala Visual Analógica. As participantes estavam na faixa etária entre 27 e 65 anos e possuíam diagnóstico de fibromialgia, em média, há 76 meses. Os resultados apontam que a maioria é casada, faz uso regular de medicamentos, possui ensino médio completo e renda mensal entre um e dois salários mínimos. Além disso, a minoria relatou que faz acompanhamento fisioterapêutico/psicólogo e tem histórico de fibromialgia na família. Em média, as participantes dormiram 6 horas no dia anterior e apresentaram um nível de sono 3. As comorbidades mais frequentes foram as doenças psiquiátricas. Assim, o presente estudo identificou o perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com fibromialgia no município de João Pessoa, relacionando os achados à literatura especializada relacionada ao tema.

¹ Doutoranda em Neurociência Cognitiva e Comportamento – UFPB
E-mail: gessika.fisio@gmail.com;

² Graduanda de Fisioterapia – UFPB;

³ Graduado em Engenharia de Produção – UFPB;

⁴ Docente/Pesquisador do Departamento de Psicologia – UFPB.



Artigo

Palavras-chave: Doenças reumáticas; Fibromialgia; Perfil de saúde.

ABSTRACT – Fibromyalgia is a disease related to the central nervous system and its clinical condition may include, among others, chronic pain, fatigue, morning stiffness, paresthesias and sleep disorders. The research is a descriptive and cross-sectional study, with a quantitative approach, carried out in the city of João Pessoa - PB, in which the sample consisted of 60 volunteers diagnosed with fibromyalgia. The instruments used were: Sociodemographic and Clinical Questionnaire, Cumulative Disease Classification Scale and Visual Analog Scale. The participants were in the age group between 27 and 65 years old and had a diagnosis of fibromyalgia, on average, at 76 months. The results indicate that the majority are married, make regular use of medicines, complete high school and monthly income between one and two minimum wages. In addition, the minority reported does physiotherapeutic / psychologist follow-up, and has a history of fibromyalgia in the family. On average, the participants slept 6 hours the previous day and presented a level of sleep 3. The most frequent comorbidities were psychiatric diseases. Thus, the present study identified the sociodemographic and clinical profiles of women with fibromyalgia in the city of João Pessoa, relating the findings to specialized literature related to the topic.

Keywords: Rheumatic diseases; Fibromyalgia; Health profile.

INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é considerada uma doença relacionada primordialmente ao sistema nervoso central (SNC) (GOLDENBERG et al., 2008), na qual o diagnóstico se baseia em critérios exclusivamente clínicos. Assim, ainda não há exames complementares que a identifiquem, sendo estes usados apenas para diagnóstico diferencial (HEYMANN et al., 2010). Com relação à epidemiologia da FM, a literatura aponta que a prevalência da FM na população em geral está entre 0,2 e 6,6%, em mulheres, entre 2,4 e 6,8% (MARQUES et al., 2017).

A fisiopatologia desta doença inclui influências biológicas, genéticas, ambientais e função anormal dos sistemas neuroendócrino e autônomo (GOLDENBERG et al., 2008). A etiologia e a fisiopatologia ainda precisam de esclarecimentos, mas as hipóteses mais aceitas relatam que os mecanismos centrais de modulação e amplificação da dor são



Artigo

os principais fatores envolvidos na gênese da FM (HELFENSTEIN; GOLDENFUM; SIENA, 2012).

O quadro clínico pode englobar, além da dor crônica, fadiga, rigidez matinal, parestesias, sensação de edema, problemas de concentração, cefaleia e distúrbios do sono (HEYMANN et al., 2010). Segundo Martins et al. (2012), o sofrimento vivenciado leva ao afastamento do trabalho e, conseqüentemente, da vida social, aumentando, assim, a severidade da doença. O diagnóstico da FM ainda é um desafio, devido à ausência de um marcador clínico objetivo, dependendo, portanto, da subjetividade no julgamento clínico.

Diante do exposto, o presente artigo propôs-se a identificar o perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com FM no município de João Pessoa.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado no município de João Pessoa – PB. A amostra do estudo foi por conveniência, de caráter não probabilístico, totalizando 60 voluntárias. A captação das participantes deu-se através de meios informativos, como cartazes distribuídos no município referido e em websites.

O Projeto foi submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB sob o CAAE: 39796914.5.0000.5188, conforme rege a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a realização e a publicação dos resultados do estudo.

As participantes do estudo se enquadraram nos seguintes critérios: (1) possuir diagnóstico de fibromialgia, de acordo com os critérios do American College of Rheumatology; (2) ter sido diagnosticada há pelo menos três meses; (3) ser do sexo feminino; (4) estar na faixa etária entre 25 e 60 anos de idade; e (5) assinar o TCLE.

Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram: a) o Questionário Sociodemográfico e Clínico: para caracterizar a amostra no tangente ao sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, profissão, consumo de álcool, tabagismo, uso de medicações, prática de atividade física e acompanhamento terapêutico (psicológico e fisioterapêutico) e nível se sono; b) a Escala de Classificação de Doença Cumulativa: prevê a classificação de 13 áreas de órgãos independentes do corpo humano, agrupados em sistemas corporais, a saber: sistemas cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, geniturinário, músculo-esquelético-tegumentar, endócrino e neuropsiquiátrico, para



Artigo

analisar a presença de possíveis comorbidades; c) a Escala Visual Analógica: para avaliar o nível de dor no momento da avaliação. Constitui-se de uma linha horizontal de 10 cm, na qual se encontram graduações que variam de zero a dez, e as participantes assinalam um ponto que para eles melhor represente a sua percepção de intensidade da dor.

A coleta dos dados foi realizada individualmente, no Laboratório de Neurociência Social, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Inicialmente, as participantes foram instruídas acerca dos procedimentos da pesquisa e convidadas a assinar o TCLE, autorizando a participação no estudo e divulgação dos resultados encontrados.

A análise dos dados foi realizada de maneira descritiva, através de medidas de tendência central e dispersão, com o intuito de caracterizar a amostra. Os resultados estão sistematizados e expostos em tabelas.

RESULTADOS

As participantes foram mulheres na faixa etária entre 27 e 65 anos ($44,7 \pm 8,9$) e diagnosticadas com FM, em média, há 76 meses. Os dados relacionados ao estado civil e escolaridade das entrevistadas encontram-se nos Tabelas 1 e 2. Assim, observou-se que a maioria é casada, 74% da amostra, e possui ensino médio completo, 44% das entrevistadas.

No tocante à renda familiar, 37% informaram possuir renda entre um e dois salários mínimos mensais. Verificou-se também o estilo de vida das participantes, bem como o uso de medicamentos e histórico de FM na família (Tabela 1).

Tabela 1: Dados sobre estilo de vida das mulheres com fibromialgia e acompanhamento terapêutico.

Variáveis	Sim	Não
Etilismo	7 %	93 %
Tabagismo	2 %	98 %
Atividade Física	29 %	71 %
Acompanhamento Fisioterapêutico	11 %	89 %
Acompanhamento Psicológico	26 %	74 %



Artigo

Sobre etilismo e tabagismo, 93% relataram não ingerir bebidas alcoólicas e 98% não fumar. Apenas 29% das mulheres indicam que praticam atividades físicas, apenas 11% fazem acompanhamento fisioterapêutico e somente 26% frequentam o psicólogo. No que se refere ao histórico familiar, 29% tiveram casos de FM na família. Quanto à medicação, 78% usam medicamentos regularmente (Tabela 2).

Tabela 2: Dados sobre histórico familiar e uso de medicamentos pelas mulheres com fibromialgia.

Variáveis	Sim	Não
Histórico Familiar	29 %	69 %
Medicamento em uso	78 %	22 %

Em seguida, averiguaram-se questões relacionadas ao sono, como nível de sono no momento da coleta dos dados e horas de sono no dia anterior, e ao nível de dor das participantes (Tabela 3). Em média, as participantes dormiram 6 horas no dia anterior e apresentaram um nível de sono 3, levando em consideração uma escala que varia de 0 a 10. O nível médio de dor verificado foi 6 ($6,5 \pm 1,7$), representando um nível moderado, em uma escala de 0 a 10.

Tabela 3: Dados sobre níveis de dor e sono e horas de sono das mulheres com fibromialgia.

Variável	Média	DP
Nível de dor	6,5	1,7
Nível de sono	3,6	3,2
Horas de Sono	6,3	1,7

Ao relacionar as variáveis “nível de dor” e “uso de medicamentos”, observa-se que a maioria entrevistada faz uso de medicamentos e, ainda assim, há um nível moderado de dor presente na amostra. Em relação às comorbidades que acometem as participantes do estudo, as que mais prevaleceram foram as doenças psiquiátricas (78,3%), musculares e tegumentares (73,3), além de uma alta incidência de alterações nos olhos, ouvidos nariz, garganta e laringe (63,3%), como podem ser observados na Tabela 4.



Artigo

Tabela 4: Dados sobre a presença de comorbidades em mulheres com FM.

Variáveis	Quantidade (%)	%
Coração	12 (20 %)	20%
Vascular	32	53,6%
Hematopoiético	9	15,0%
Respiratório	8	13,3%
Olhos, ouvidos, nariz, garganta e laringe	38	63,3%
Trato gastrointestinal superior	32	53,6%
Trato gastrointestinal inferior	30	50,0%
Fígado	9	15,0%
Rim	11	18,3%
Geniturinário	12	20,0%
Musculoesquelético/tegumento	44	73,3%
Neurológico	32	53,6%
Endócrino/metabólico e mama	23	38,3%
Doença psiquiátrica	47	78,3%

A ocorrência de multimorbidades no presente estudo correspondeu a 96,7% das mulheres apresentando duas ou mais categorias marcadas. Nas doenças psiquiátricas, 95% das que pontuaram apresentaram ansiedade ou depressão.

DISCUSSÃO

A média de idade encontrada, de 44,7 anos, é semelhante à do estudo de Santos et al. (2006), nos quais as mulheres tinham em média, respectivamente, 43 e 47 anos. No que se refere aos dados sociodemográficos, observa-se que estes corroboram aos achados do estudo de Brandt et al. (2011), no qual 69% eram casadas e 83% haviam cursado o ensino médio; o autor também verificou que apenas 25,5% exerciam atividade remunerada. Segundo Martins et al., (2012), o sofrimento vivenciado leva ao afastamento do trabalho e, conseqüentemente, da vida social, aumentando, assim, a severidade da doença. No estudo realizado por Gequelim et al. (2013), 63% das mulheres eram casadas e 62% tinham o ensino fundamental. O primeiro dado deste autor corrobora o nosso trabalho, no entanto, o nível de escolaridade é divergente.



Artigo

Quanto à informação acerca da renda familiar, esta divergiu do estudo de Gequelim et al. (2013), no qual 54% das mulheres possuíam renda inferior a um salário mínimo. Em relação ao estilo de vida e uso de medicamentos, segundo Santos et al. (2006), indivíduos com FM tem pior qualidade de vida quando comparados a pessoas saudáveis, avaliados pelo questionário Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey (SF-36), o qual avalia a qualidade de vida e foi validado no Brasil em 1997. Casos de depressão foram encontrados em dois terços de uma amostra de mulheres com FM, estando associada à redução na qualidade de vida, na qual os aspectos afetados foram: condicionamento e funcionalidade física, percepção de dor e funcionalidade social (BERBER; KUPEK; BERBER, 2005).

Em relação ao histórico familiar, Bondy et al. (1999) e Yunus et al. (1999) referem que o polimorfismo do gene codificador de receptores para serotonina, encontrado nessa população, pode levar à diminuição da atividade da serotonina, podendo explicar a presença da dor crônica (generalizada ou não). Nesse cenário, tem-se a atuação não coordenada dos mecanismos de nocicepção e de inibição da dor, que provocam uma percepção alterada da sintomatologia dolorosa (RIBERTO; PATO, 2004).

Quanto ao uso de medicamentos, 78% usam medicamentos regularmente, resultado semelhante com o encontrado por Brandt et al. (2011), no qual apenas 11% das pacientes não usavam medicamentos. Dada a presença de distúrbios do sono nesses indivíduos, avaliou-se também este aspecto. Em estudos como o de Pernambuco et al. (2017), foi comparado a qualidade de sono de mulheres saudáveis com mulheres com FM e os resultados mostraram que pacientes com a síndrome possuem uma significativa dificuldade de descanso durante a noite.

A presença marcante da sintomatologia dolorosa também é comumente relatada na literatura. Assim, de acordo com Brandt et al., (2011), a dor generalizada e o sono não restaurador, juntamente com a rigidez articular, manifestam as queixas predominantes dessa população.

Para as variáveis “nível de dor” e “uso de medicamentos”, embora a maioria estivesse em uso de fármacos, o nível de dor das mesmas ainda é moderado. Este dado é, de fato, corriqueiramente observado em indivíduos com FM, visto que os fármacos disponíveis para o tratamento da dor crônica têm fornecido apenas um alívio modesto para estes (DASILVA et al., 2011).

As comorbidades mais encontradas foram as doenças psiquiátricas, seguidas pelo comprometimento do sistema musculoesquelético. O predomínio das categorias em questão foi congruente ao estudo em pacientes da atenção básica que não apresentavam



Artigo

uma patologia específica, feito por Brett et al. (2013), no qual os domínios mais afetados foram o musculoesquelético/tegumentar e psiquiátrico.

A associação de comorbidades é frequente, aumentando o sofrimento e a piora da qualidade de vida destes indivíduos (HEYMANN et al., 2010). Outros estudos também apresentaram uma parcela significativa de pacientes com uma condição patológica concomitante, como Friend et al., (2015), que mostrou que metade da sua amostra possuía outro diagnóstico médico e que a FM tinha efeitos adversos na função do paciente e estado psicológico, aumentando a complexidade das outras disfunções. Por fim, Ubago Linares et al., (2005), enfatizaram a multimorbidade e a percepção das pacientes em relação aos seus estados de saúde, constatando que apenas 7% de sua amostra se considera em boas condições.

Traumas físicos e emocionais se apresentam como uma importante influência no desenvolvimento e manutenção da FM e distúrbios funcionais (WALKER et al., 1997), dessa forma, a existência de comorbidades associadas pode implicar na continuidade do quadro clínico dessas mulheres. A dor associada à depressão possui um impacto maior do que a dor sozinha (BAIR et al., 2003), o que pode intensificar a influência das patologias associadas, refletindo na diminuição da qualidade de vida e das atividades instrumentais e básicas da vida diária.

Segundo Bellato et al. (2012), sintomas de ansiedade e depressão são comuns em indivíduos com FM, embora a dor crônica generalizada seja o sintoma mais predominante. Esta associação de fatores leva à incapacidade funcional e afastamento do trabalho, reforçando a instalação da doença.

CONCLUSÃO

O presente estudo identificou o perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com FM no município de João Pessoa, relacionando os achados à literatura especializada relacionada ao tema. Observou-se que as mulheres com FM eram, em sua maioria, casadas, e a minoria estava exercendo atividade remunerada. Em relação aos aspectos clínicos, destaca-se o nível de dor moderado, embora a maioria desta amostra estivesse em acompanhamento medicamentoso. Por fim, a presença de comorbidades na maioria da amostra revela a importância do acompanhamento integral, devido à própria fisiopatologia desta doença, a qual inclui influências biológicas, genéticas e ambientais.



Artigo

REFERÊNCIAS

BAIR, M. J. et al. Depression and pain comorbidity: a literature review. **Archives of internal medicine**, v. 163, n. 20, p. 2433-2445, 2003.

BELLATO, E. et al. Fibromyalgia syndrome: etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. **Pain research and treatment**, v. 2012, p. 1-17, 2012.

BERBER, J. S. S.; KUPEK, E.; BERBER, S. C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 45, n. 2, p. 47-54, 2005.

BONDY, B. et al. The T102C polymorphism of the 5-HT_{2A}-receptor gene in fibromyalgia. **Neurobiology of disease**, v. 6, n. 5, p. 433-439, 1999.

BRANDT, R. et al. Perfil de humor de mulheres com fibromialgia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n. 3, p. 216-220, 2011.

BRETT, T. et al. Multimorbidity in patients attending 2 Australian primary care practices. **The Annals of Family Medicine**, v. 11, n. 6, p. 535-542, 2013.

CICONELLI, R. M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36–Item Short-Form Health Survey (SF-36)”. **São Paulo: Universidade Federal de São Paulo**, 1997.

DASILVA, A. F. et al. Electrode positioning and montage in transcranial direct current stimulation. **JoVE (Journal of Visualized Experiments)**, n. 51, p. 1-11, 2011.

FRIEND, R.; BENNETT, R. M. Evaluating disease severity in chronic pain patients with and without fibromyalgia: a comparison of the symptom impact questionnaire and the polysymptomatic distress scale. **The Journal of rheumatology**, v. 42, n. 12, p. 2404-2411, 2015.

GEQUELIM, G. C. et al. Estudo clínico-epidemiológico de fibromialgia em um hospital universitário do Sul do Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 11, n. 4, p. 344-349, 2013.



Artigo

GOLDENBERG, D. L. et al. Understanding fibromyalgia and its related disorders. **Prim Care Companion Journal Clinical Psychiatry**, v. 10, n. 2, p. 133-144, 2008.

HELFENSTEIN, M. J.; GOLDENFUM, M. A.; SIENA, C. A. F. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 3, p. 358-365, 2012.

HEYMANN, R. E. et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. **Revista brasileira de reumatologia**, v. 50, n. 1, p. 56-66, 2010.

MARQUES, A. P. et al. A prevalência de fibromialgia: atualização da revisão de literatura. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 57, n. 4, p. 356-363, 2017.

MARTINS, M. R. I. et al. Uso de questionários para avaliar a multidimensionalidade e a qualidade de vida do fibromiálgico. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 52, n. 1, p. 16-26, 2012.

PERNAMBUCO, A. P. et al. Perfil clínico de pacientes com fibromialgia. **Revista Fisioterapia em Movimento**, v. 20, n. 2, p. 287-296, 2017.

RIBERTO, M.; PATO, T. R. Fisiopatologia da fibromialgia. **Acta fisiátrica**, v. 11, n. 2, p. 78-81, 2004.

SANTOS, A. M. B. et al. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 10, n. 3, p. 317-324, 2006.

UBAGO LINARES, M. del C. et al. Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia: Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. **Revista Española de Salud Pública**, v. 79, n. 6, p. 683-695, 2005.

WALKER, E. et al. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. **Psychosomatic medicine**, v. 59, n. 6, p. 572-577, 1997.



Artigo

YUNUS, M. B. et al. Genetic linkage analysis of multicase families with fibromyalgia syndrome. **The Journal of rheumatology**, v. 26, n. 2, p. 408-412, 1999.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Financiamento:

Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq/UFPB).

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).



Artigo

**ANÁLISE DO PERFIL PATOLÓGICO DE MÉDICOS EM MARINGÁ -
PARANÁ**

**ANALYSIS OF THE PATHOLOGICAL PROFILE OF PHYSICIANS IN
MARINGÁ - PARANÁ**

Mariana Evangelista Gracino¹

Juliana Tortajada²

Stephanie Freire Garcia³

Bruna Cristina Mendes dos Santos⁴

Mirian Ueda Yamaguchi⁵

Ely Mitie Massuda⁶

RESUMO - Estudo transversal sobre o perfil patológico dos profissionais médicos, realizado em amostra aleatória composta por 408 médicos do município de Maringá-PR, cujo instrumento de pesquisa foi um questionário autoaplicado com questões sobre doenças autorreferidas e diagnosticadas. Observou-se predominância de médicos do sexo masculino e da faixa etária entre 20 e 40 anos. Quanto ao adoecimento, 47,30% autorreferiu ao menos uma lesão ou doença e 43,63% doenças diagnosticadas por (outro) médico. As doenças mais referidas foram muscoesqueléticas (21,57%) e psiquiátricas (13,97%), enquanto as mais diagnosticadas foram musculoesqueléticas (16,42%) e cardiovasculares (11,76%). Conclui-se que medidas profiláticas e de promoção de saúde voltadas para essas enfermidades são necessárias, de forma a contribuir para o bem-estar do profissional que, certamente, contribuirá para a qualidade dos serviços prestados à população.

¹ Médica, graduada pela Unicesumar-Maringá (PR), Brasil;

² Médica, graduada pela Unicesumar-Maringá (PR), Brasil;

³ Médica, graduada pela Unicesumar-Maringá (PR), Brasil;

⁴ Médica, graduada pela Unicesumar-Maringá (PR), Brasil;

⁵ Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Unicesumar – Maringá (PR), Brasil;

⁶ Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Unicesumar – Maringá (PR), Brasil.



Artigo

Palavras-chave: Autoavaliação Diagnóstica; Doenças Profissionais; Esgotamento Profissional; Estresse Ocupacional; Perfil de Saúde; Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT - Cross-sectional study of the pathological profile of medical professionals, conducted in a random sample composed of 408 physicians from the city of Maringá-PR, whose research instrument was a self-administered questionnaire with questions about self-reported and diagnosed diseases. There was a predominance of male doctors aged between 20 and 40 years. Regarding illness, 47.30% self-reported at least one injury or disease and 43.63% diagnosed diseases by (other) physician. The most referred diseases were musculoskeletal (21.57%) and psychiatric (13.97%), while the most diagnosed were musculoskeletal (16.42%) and cardiovascular (11.76%). It is concluded that prophylactic and health promotion measures aimed at these diseases are necessary, in order to contribute to the well-being of professionals, which will certainly contribute to the quality of services provided to the population.

Keywords: Burnout; Diagnostic Self Evaluation; Health Profile; Occupational Diseases; Occupational Health; Occupational Stress.

INTRODUÇÃO

A profissão médica exige elevado nível de dedicação por parte do profissional e, por muitas vezes é acompanhada de uma exposição ocupacional que pode acarretar-lhe desgaste mental e físico, devido às condições e ao ambiente de trabalho inadequado (GRACINO et al., 2016).

O adoecimento mental pode provir do estresse durante o ensino e prática médica, bem como jornadas de trabalho prolongadas, ritmo acelerado de trabalho, pausas quase inexistentes para descanso ao longo do dia e intensa responsabilidade sobre tarefas executadas (BARBOSA et al., 2012). O desgaste e exposição podem ser explicados pela excessiva dedicação de tempo a profissão, a responsabilidade frente ao doente e a constante exposição dos profissionais à mídia, muitas vezes denegando a imagem do médico (TORRES et al., 2011; GRACINO et al., 2016).

O constante estresse ocupacional pode culminar em uma relação médico paciente não tão eficiente bem como o surgimento dos erros médicos (BROWN et al., 2009). A falta de assistência psicológica a estes profissionais desde o processo de sua



Artigo

formação para que sejam capazes de desenvolver estratégias para o enfrentamento das adversidades presentes na profissão e no ambiente de trabalho acabam por interferir na vida pessoal do profissional da saúde e, portanto, no trabalho (DYRBYE et al., 2014).

Quando se trata da saúde mental constata-se que as doenças mentais contribuem de forma importante na mortalidade, na incapacitação e dependência (TORRES et al., 2011) sendo que o transtorno mais frequente é a Síndrome de Burnout. De acordo estudo realizado em um hospital público do Estado de São Paulo aproximadamente 11% dos médicos tinha diagnóstico médico compatível de tal síndrome e cerca de 80% dos médicos com níveis mediano e alto de estresse apresentavam exaustão emocional e despersonalização, uma atitude fria e distante ao trabalho e as pessoas nele presentes, características que representam uma proximidade muito alta do desenvolvimento do Burnout (MAGALHÃES, 2006).

Fatores importantes para o aumento do desgaste e a ocorrência do erro médico, são distúrbios e privação do sono (DIAS, 2015). Considerando a saúde física são frequentes as queixas de lombalgia, dores musculoesqueléticas nos membros superiores e inferiores que assumem caráter de múltiplas formas e intensidades (DIAS, 2015). A presença de doenças do aparelho digestivo, hipertensão arterial, doenças do aparelho cardiovascular e respiratório além de doenças endócrino-metabólicas também são referidas entre os profissionais médicos (BARBOSA et al., 2007).

Estudos sobre as patologias que acometem o profissional que se dedica à cura e ao tratamento de doenças são relativamente raros, sobretudo locais. O objetivo da presente pesquisa consiste em identificar o perfil patológico desses profissionais no município de Maringá (PR).

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo do tipo transversal, descritivo, de natureza exploratória por meio de um questionário autoaplicado. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UniCesumar, segundo o parecer do CEP número 1.615.193. De acordo com a Resolução CNS 196/96, cada um dos participantes do estudo assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em Maringá (PR), 1.993 profissionais atuavam no município em 2017, conforme o levantamento do número de médicos cadastrados no Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM-PR) (PORTAL CRM, 2017), resultando em amostra de 382 participantes. Foi sorteada uma amostra reserva devido à dificuldade inicial em



Artigo

encontrar alguns médicos e às recusas, encerrando 408 participantes. Utilizou-se o ambiente estatístico R (*R Core Team*) (R DEVELOPMENT, 2015), versão 3.2.2, com nível de 95% de confiança e margem de erro de 5%, aplicando o fator de correção para populações finitas. .

Os participantes da pesquisa foram sorteados a partir dos nomes completos obtidos no referido portal. Os envelopes com os questionários foram entregues nos locais de trabalho de cada participante, tais envelopes não apresentavam identificação para garantir o sigilo e identidade dos profissionais. O período da coleta dos dados foi de outubro de 2016 a abril de 2017.

O questionário estruturado constituiu-se de questões relativas quanto ao sexo e idade, doenças autorreferidas e doenças diagnosticadas dentre uma lista de 51 doenças obtidas do instrumento Índice de Capacidade para o trabalho (ICT) (TUOMI *et al*, 2005) por ter como escopo a capacidade de trabalho e sua relação com o adoecimento. As 51 doenças do ICT foram divididas em 11 categorias de agravos (desfechos): musculares, cardiovasculares, pulmonares, psiquiátricos, neurológicos, gastroenterológicos, geniturinários, dermatológicos, carcinomas, endócrinos e hematológicos.

Realizou-se uma análise descritiva dos resultados para a obtenção de gráficos e tabelas de frequência com as características da distribuição de generalistas e especialistas e das doenças autor referidas e diagnosticadas por (outro) médico com o auxílio do ambiente estatístico R (*R Development Core Team*) (R DEVELOPMENT, 2015), versão 3.3.1

RESULTADOS

Médicos do sexo masculino representam 61% do total e, do sexo feminino, 39%. Quanto à idade, 57% encontram-se faixa etária entre 20 e 40 anos, 35%, entre 40 e 60 anos e 8%, mais de 60 anos.

Entre os participantes da pesquisa, 193 (47,30%) autorreferiram ao menos uma lesão por acidente ou doença e 178 médicos (43,63%) relataram ao menos uma lesão por acidente ou doenças diagnosticadas por (outro) médico. Quanto a doenças autoreferidas, 21,57% dos participantes da pesquisa citaram doenças muscoesqueléticas, seguido pelas doenças psiquiátricas, por 13,97% dos indivíduos. Ainda, as doenças gastrointestinais foram relatadas por 10,05% dos médicos.



Artigo

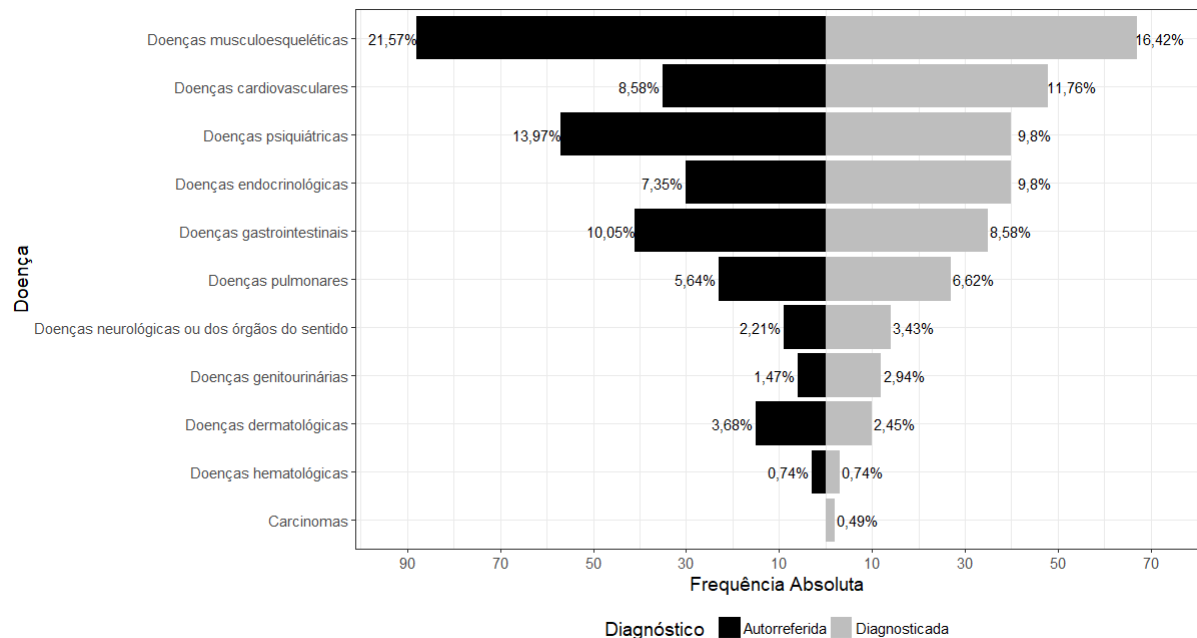


Figura 2 - Distribuição de frequências dos grupos de doenças auto referidas e diagnosticadas nos médicos. Maringá, Paraná, 2017.

Em relação à doenças diagnosticadas por (outros) médicos, constata-se que 16,42% apontaram ao menos uma doença musculoesquelética, sendo o grupo de doenças mais frequente, seguido pelas doenças cardiovasculares (11,76%). As doenças psiquiátricas ou endocrinológicas foram diagnosticadas em 9,8% dos médicos. Já as doenças gastrointestinais representaram 8,58% e as pulmonares, 6,62%.

DISCUSSÃO

O número de médicos jovens atuando no município retrata a expansão dos cursos de medicina no país e, em particular, em Maringá que conta a oferta de vagas em três instituições de ensino, formam-se cerca de 300 profissionais por ano (SCHEFFER et al., 2018; NASCIMENTO-SOBRINHO et al., 2006). No que se refere ao predomínio de médicos do sexo masculino, expressa-se o cenário no Brasil, em que as mulheres são



Artigo

minoria na profissão, embora se verifique gradativo aumento do número de mulheres na profissão (GRACINO et al., 2018; SCHEFFER et al., 2015)

Embora se observe semelhança no confronto entre as doenças autorreferidas e diagnosticadas por (outro) médico indicadas, há diferença na ordem de apontamento, pois as doenças cardiovasculares surgem em segunda posição entre as diagnosticadas e em quarto entre as autorreferidas. No entanto, as diferenças percentuais não são exorbitantes, provavelmente porque a população pesquisada realiza seu auto diagnóstico corretamente. Em contrapartida, isto pode ser prejudicial, pois pode haver negligência dos seus próprios exames de rastreio, o que culminaria no diagnóstico tardio de doenças graves como as neoplasias. Estudo revela que apenas 73% dos médicos possuíam avaliação cardiológica, 73% rastrearam câncer colorretal e 81% dos homens realizaram rastreio de câncer de próstata. Ademais, a automedicação dos profissionais médicos é outro fator preocupante (BELOYARTSEVA, M. et al., 2012).

A maior referência de doenças muscoesqueléticas que encabeçam a listagem, deve-se, por exemplo, às suas manifestações serem percebidas com facilidade sem o auxílio de exames complementares. Enquanto as doenças cardiovasculares, como a hipertensão e dislipidemia, são doenças silenciosas com manifestações clínicas principalmente na sua forma complicada como o acidente vascular cerebral (AVC) e o infarto agudo do miocárdico (IAM), e dependem de exames complementares para o diagnóstico precoce (MALFATTI, 2011).

O acometimento predominantemente musculoesquelético reflete o fato de que essas são as lesões mais comuns dentre os trabalhadores e são importantes causas de ausência no trabalho (ESTEVES, 2013). Os fatores ocupacionais relacionados a essas afecções são associadas ao desequilíbrio entre as solicitações mecânicas e a adaptação do organismo a isso, longas jornadas de trabalho sem tempo para a recuperação da fadiga muscular, realização de tarefas simples, porém repetitivas, até mesmo fatores psicossociais podem estar relacionados a esses agravos. Essas alterações afetam principalmente os membros superiores, pescoço e coluna lombar, e quando as lesões se tornam crônicas ocorre perda da função, da força muscular e limitação dos movimentos incapacitando o indivíduo de realizar suas atividades (NASCIMENTO-SOBRINHO et al., 2006; ESTEVES, 2013).

Problemas musculoesqueléticos predominam entre os cirurgiões, porém entre os clínicos, também é a patologia mais prevalente. Os cirurgiões são mais acometidos por trabalharem em ergonomia desfavorável, principalmente em cirurgias longas como de coluna (AUERBACH, J. D. et al., 2011). Os cirurgiões realizam movimentos finos repetitivos 26 vezes mais tempo que os clínicos e ficam 130% mais tempo de pé, sendo



Artigo

que 73% deles percebem e queixam-se de posturas desconfortáveis e exaustivas. Entre os cirurgiões da coluna a prevalência de cervicalgia é de 59%, enquanto na população geral é de 20%. As hérnias de disco lombares e radiculopatia foram relatadas por 31% dos cirurgiões da coluna, dos quais 41% faltaram ao trabalho por essa patologia.

As doenças cardiovasculares (DCV) que são apontados tanto como autorreferidas e diagnosticadas configuram entre as mais prevalentes na população mundial e brasileira, constituindo-se na principal causa de morte no mundo, totalizando 31% do total. Embora afetem principalmente populações de baixa e média renda, assim como menor nível de escolaridade (OPAS/OMS, 2017), o estresse, horas irregulares de sono, característicos nessa categoria profissional, podem ser associados à patologia (RAUCHENZAUNER, M. et al., 2009; MAGNAVITA, N. et al., 2008). Dormir mais de 6 horas por dia foi indicado como fator de proteção contra lesões osteomusculares, condizente com o fato de que durante o sono ocorre regeneração tecidual (SANTOS, 2017).

As doenças psiquiátricas que surgiram com a segunda mais prevalente entre as autorreferidas e a terceira entre as diagnosticadas estão sobrecarga laboral (física e emocional) e conflitos familiares devido à profissão (GRACINO, 2016). Médicas mulheres são mais atingidas, possivelmente porque relatam com maior facilidade seus sintomas e procuram mais os serviços médicos (COSTA-JÚNIOR, 2016). Aditivamente à alta carga de trabalho dos médicos em geral, entre as mulheres há sobreposição com as atividades domésticas e o cuidado com os filhos, fatores que não podem ser desconsiderados como estressantes mentais (SILVA, 2018). Dentre as doenças psiquiátricas entre médicos destaca-se a Síndrome de Burnout, seguida de distúrbios do sono e ansiedade (DIEHL, 2016).

As doenças endócrinas por sua vez, podem se manifestar de forma inespecífica, por exemplo, o hipotireoidismo apresenta-se com fadiga, alteração de apetite e sono, muitas vezes sendo confundidas com sintomas depressivos (OLIVEIRA, et al., 2001). Assim, o médico pode autorreferir o diagnóstico de depressão e depois ser diagnosticado laboratorialmente com hipotireoidismo. Provavelmente por isso, as doenças mentais são mais autorreferidas e as endócrinas mais diagnosticadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil patológico dos médicos indicou a predominância de afecções musculoesqueléticas, doenças cardiovasculares, psiquiátricas, gastrointestinais e



Artigo

endócrinas quando autorreferidas, assim como diagnosticadas por outros médicos. Os resultados desta pesquisa apontam para a necessidade da criação de estratégias de promoção de saúde para o bem-estar dos profissionais médicos, a fim de auxiliá-los no autocuidado e no desempenho do cuidado da saúde da população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. M. S.; DUMITH, S. C. Associação entre sintomas osteomusculares e estresse percebido em servidores públicos de uma Universidade Federal do Sul do Brasil. *Br J Pain*. São Paulo, v.1, n.1, p.9-14, 2018.

AUERBACH, J. D. et al. Musculoskeletal disorders among spine surgeons. *Spine (Phila Pa 1976)*, Hagerstown, v. 36, n. 26, p.1715-1721, 2011.

AZAMBUJA, R. Dermatologia integrativa: a pele em novo contexto. *Revista Brasileira de Dermatologia*, v.75, n.4, p.393-420, 2000.

BARBOSA, G. A. et al. A saúde dos médicos no Brasil. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 220p, 2007.

BARBOSA, G. B. et al. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 306-315, 2012.

BARROS, A. J. D. et al. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.9, p.3707-3716, 2011.

BELOYARTSEVA, M. et al. Widespread vitamin D deficiency among Indian health care professionals. *Arch Osteoporos*, Londres, n. 7, p. 187-192, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 47, n. 19, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças Respiratórias Crônicas. Brasília, 2010.



Artigo

BROWN, S. D.; GOSKE, M. J.; JOHNSON, C. M. Beyond substance abuse: stress, burnout, and depression as causes of physician impairment and disruptive behavior. *J Am Coll Radiol*, Nova York, v. 6, n. 7, p. 479-485, 2009.

COSTA-JUNIOR, Florêncio Mariano da; COUTO, Márcia Thereza; MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi. Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. *Sex., Salud Soc. (Rio J.)*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 97-117, 2016.

DIAS, E. C. Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho. São Paulo, *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 13, n. 2, 2015.

DIEHL, L.; MARIN, A. H. Adoecimento mental em professores brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Est. Inter. Psicol.*, Londrina, v. 7, n. 2, p. 64-85, dez, 2016.

DYRBYE, L. N. et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med*, Filadélfia, v.89, n. 3, p. 443-451, 2014.

ESTEVES, C.A.G. Lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho uma análise estatística. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre Engenharia de Segurança e Higiene Ocupacionais Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, 2013.

GRACINO, M.E. et al. A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. Rio de Janeiro: *Saúde debate*, v. 40, n. 110, 2016.

Gracino M.E., et al. Análise da capacidade dos médicos para o trabalho, na cidade de Maringá. *Rev Bras Med Trab*, v. 16, n.4, p.417-428, 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017.



Artigo

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Práticas de esporte e atividade física: 2015. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017.

Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). Caderno Estatístico. Maringá, 2018.

LUNZ, W. et al. Impacto da atividade física sobre o risco cardiovascular na população adulta de Vitória-ES. R. bras. Ci. e Mov, v. 18, n. 3, p. 64-73, 2010.

MACROPLAN CONSULTORIA. Desafio de Gestão Municipal 2018. Disponível em: <https://www.desafiosdosmunicipios.com/>.

MAGALHÃES, R.; GLINA, D. M. Prevalência de Burnout em médicos de um Hospital Público de São Paulo. Saúde, Ética & Justiça, v. 11, p. 29-35, 2006.

MAGNAVITA, N. et al. Work stress in radiologists: a pilot study. Radiol Med, Torino, v. 113, n. 3, p. 329-346, 2008.

MALFATTI, C. R. M. e ASSUNCAO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1383-1388, 2011.

MORETTIN, P.; BUSSAB, W. Estatística Básica (7a. ed.). Editora Saraiva; 2012.

NASCIMENTO-SOBRINHO C. et al. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. Rev Assoc Med Bras, v. 52, n. 2, p.97-102, 2006.

OLIVEIRA e FERREIRA, L.R. Neuroepidemiologia no mundo: o particular de Portugal.

OLIVEIRA, et al. Sinais e Sintomas Sugestivos de Depressão em Adultos Com Hipotireoidismo Primário. Arq Bras Endocrinol Metab, v. 45 n. 6, 2001.

OPAS/OMS – Doenças cardiovasculares. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839.



Artigo

PEDROSA, D.F., et al. Efeitos benéficos do estrogênio no sistema cardiovascular. Perspectiva online, v.3, n.12, 2009.

PIMENTA, A. M. et al. Trabalho noturno e risco cardiovascular em funcionários de universidade pública. Rev Assoc Med Bras, v.58, n.2, p.168-177, 2012.

Portal CRM-PR [Internet]. Crmpr.org.br. 2017. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/>. Acesso em: 28 mar. 2018.

RAUCHENZAUNER, M. et al. Arrhythmias and increased neuro-endocrine stress response during physicians' night shifts: a randomized cross-over trial. Eur Heart J, Londres, v. 30, p. 2606-2613, 2009.

R DEVELOPMENT CORE TEAM, R: a language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing: Vienna, Austria, 2015. Disponível em: <http://www.Rproject.org>. Acesso em: 23 jul. 2017.

SANTOS, E. C. et al. Prevalência de dor musculoesquelética em profissionais de enfermagem que atuam na ortopedia. Rev. Dor, v.18, n.4, p.298-306, 2017.

SCHEFFER, M. et al, Demografia Médica no Brasil 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.

SILVA, P. A. S. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v.23, n.2, p. 639-64, 2018.

STOKES, M. E.; DAVIS, C. S.; KOCH, G. G. Categorical data analysis using SAS system. 2nd ed. Cary: Statistical Analysis System Institute, 2000.



Temas em Saúde

Volume 19, Número 5

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

TOMASI, E. et al. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. Rev Bras Epidemiol, v. 10, n.1, p. 66-74, 2007.

TORRES, A.R. et al. Qualidade de vida e saúde física e mental de médicos: uma autoavaliação por egressos da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP Rev Bras Epidemiol, 2011.

TUOMI K. et al. Índice de capacidade para o trabalho. São Carlos: EDUFSCAR, 2005.

World Gastroenterology Organization (WGO). Map of Digestive Disorders & Diseases, 2008.



ANÁLISE DO PERFIL PATOLÓGICO DE MÉDICOS EM MARINGÁ - PARANÁ

Páginas 35 a 46

Artigo

**METODOLOGIA ATIVA NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: UMA
EXPERIÊNCIA COM A APLICAÇÃO DO ARCO DA PROBLEMATIZAÇÃO
DE MAGUEREZ**

**ACTIVE METHODOLOGY IN NURSING EDUCATION: AN EXPERIENCE
WITH THE APPLICATION OF THE MAGUEREZ PROBLEM ARC**

Elicarlos Marques Nunes¹

Glenda Agra²

Ana Karla Bezerra da Silva Lima³

Carlos Bezerra de Lima⁴

Milena Nunes Alves de Sousa⁵

RESUMO - As metodologias ativas surgem como forma de redefinir os personagens, professores e estudantes, inseridos como sujeitos ativos no processo do ensino-aprendizagem. Dessa forma, o presente estudo objetivou analisar a experiência docente com a pedagogia ativa, evidenciando a importância do conhecimento do Arco da Problematização de Magueréz por parte de docentes como forma de sensibilização mediante os estudantes. O relato acontece em dois momentos vividos pelo autor principal, durante o ensino médio e durante a prática profissional. O Arco da

¹ Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP. Professor da Unidade Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cuité, Brasil. Endereço: Rua Nicolau Camilo, 58, centro, Conceição, Paraíba, CEP: 58.970-000. elicarlosnunes@yahoo.com.br;

² Enfermeira/Psicóloga. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Professora da Unidade Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, Brasil;

³ Bacharel em Ciências Contábeis. Especialista em Contabilidade Pública. Enfermeira. Especialista e Língua Brasileira de Sinais. Mestranda em Saúde Pública;

⁴ Enfermeiro. Especialista em metodologia do Ensino e da Assistência. Doutor em Enfermagem pela UFRJ;

⁵ Enfermeira. Doutora em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca, São Paulo. Professora Unidade Acadêmica de Medicina das Faculdades Integradas de Patos, Paraíba, Brasil.



Artigo

Problematização de Magueréz se mostra totalmente plausível em sua aplicabilidade, pois partindo da realidade dos estudantes e sendo fortalecido na relação docente e estudante, fazendo com que o mesmo se afirme em ator ativo em seu processo de aprendizagem. Portanto, percebe-se que a estratégia é de grande utilidade na aplicabilidade desse método, principalmente na sensibilização docente para que haja melhor facilitação na realização dos papéis de professor e de estudante.

Palavras-Chave: Educação Baseada em Competência; Aprendizagem; Educador; Estudantes.

ABSTRACT - Active methodologies emerge as a way to redefine the characters, teachers and students, inserted as active subjects in the teaching-learning process. Thus, the present study aimed to analyze the teaching experience with active pedagogy, highlighting the importance of teachers' knowledge of the Arc of Problematization of Magueréz as a way of sensitizing students. The report happens in two moments lived by the main author, during high school and during professional practice. Magueréz's Arc of Problematization is totally plausible in its applicability, as it starts from the students' reality and is strengthened in the teacher-student relationship, making it an active actor in its learning process. Therefore, it is clear that the strategy is very useful in the applicability of this method, especially in the sensitization of teachers so that there is better facilitation in the fulfillment of the roles of teacher and student.

Keywords: Competency Based Education; Learning; Educator; Students.

INTRODUÇÃO

A indagação de qual o maior problema vivenciado na trajetória humana ou quais seriam os maiores problemas enfrentados pela humanidade vai encontrar respostas no âmbito da educação. Em suma, o maior problema, do qual emanam todas as demais inquietudes individuais e até mesmo as sociais, com efeito cascata, parece ser a educação, que a nosso ver, é a maior transformadora do meio em que se vive. Sob esta perspectiva, particularmente no Brasil, nas últimas décadas, o processo educacional vem



Artigo

sofrendo alterações constantes e ininterruptas sem, contudo, apresentar uma solução eficaz e definitiva.

No atual contexto social brasileiro, o modelo de educação vigente apresenta diversas vertentes, sendo que cada escola pode eleger para si um determinado método e ou processo de educação condizente com sua realidade. Apesar de, no Brasil, o Ministério da Educação e Cultura – MEC estabelecer parâmetros na busca de uma formação igualitária em todas as unidades federativas, sempre estiveram concorrendo entre si os segmentos, público e o privado na formação humana, embora ambos os segmentos estejam subordinados diretamente ao MEC.

Na realidade, estamos duelando entre uma formação pública, ampla e com garantia de qualidade e a formação privada, expandindo-se rapidamente e facilitando o acesso ao público alvo. Oportuno se faz ressaltar que Minto (2018, p.3) tem mostrado que para se relacionar a questão da “educação superior à luz das configurações público-privadas no âmbito do Plano Nacional de Educação (PNE), é preciso guiar-se pelo movimento real de desenvolvimento dessa educação”. O referido autor afirma que, se fala de uma dinâmica histórica e concreta das classes sociais contemporâneas, fundada no antagonismo dos interesses gerais e particulares.

Nesse sentido, “seria inadequado analisar tais configurações como mero deslocamento da chamada fronteira entre as redes de ensino pública/estatal e privada/não estatal, sendo necessário ir além dessa identidade restrita” (FORBES BRASIL, 2014, p. 46). Ressalte-se que, uma nova lógica de organização no ensino superior passa a ser apresentada através da reforma universitária ocorrida em 1968, iniciando-se uma expansão quantitativa nos diversos níveis de ensino, principalmente do superior privado, que nos dias atuais é o maior predomínio quando comparado ao público (MARTINS, 2009).

A partir de tais pressupostos, correlacionando-os com a formação necessária para atender aos anseios daqueles que estão direta ou indiretamente envolvidos com o processo de educação no Brasil, seria interessante analisar quais estudantes os setores públicos e privados estão preparados para receber? Isso implica uma definição de quem são verdadeiramente os estudantes que adentram nesses setores e que realidades de experiências, vivências e conhecimentos prévios esses estudantes trazem consigo para a sala de aulas?

Refletindo acerca dessas indagações, oportuno se faz pontuar que na configuração do processo de aprendizagem estão implícitos os diferentes aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais dos indivíduos nele envolvidos,



Artigo

que devem ser observados na dimensão individual e coletiva, extrapolando a questão do espaço físico escolar e envolvendo os extras muros; com destaque para dois componentes importantíssimos: o estudante e o professor. As implicações dessa abordagem vão desenhar um perfil que deve estar adequado à realidade dos indivíduos que compõem o processo ensino-aprendizagem, visando ao exercício de cidadania e atendimento às características do mercado de trabalho.

Tais implicações são enfatizadas nas reflexões de Minto (2014), nas quais afirma que essa expansão em âmbito da educação é, no entanto, apenas uma das dimensões de um processo muito mais complexo. Em outro momento, este mesmo autor corrobora com a temática em questão, ressaltando que “[...] o papel do Estado continua a ser decisivo na política educacional. Mas é um papel movente, que acompanha os conflitos de classe em sua dinâmica concreta na qual, em contextos como o predominante nas últimas duas décadas, sua posição é de estímulo à lógica privatizante” (MINTO, 2018, p. 4).

Fazendo-se uma retrospectiva, especificamente, na história da formação em saúde aqui no Brasil, o processo começa com as primeiras escolas de medicina e desde então houve larga expansão na formação em todas as demais subáreas da saúde. Particularmente, a formação em Enfermagem surge em paralelo com a evolução industrial e se mantém firme na concretização da garantia de mão de obra qualificada para atuar nos serviços de saúde. Isso implica adequação à dinâmica do desenvolvimento social em todos os aspectos, principalmente, no que diz respeito à educação em nível superior.

Para Borochovicus e Tortella (2014, p. 263) a “geração Y é a que está ocupando as cadeiras nas universidades e assim como houve uma transformação no indivíduo, é possível observar a tendência de mudanças também nas escolas, nos currículos e no processo ensino-aprendizagem”. Quando se fala em mudanças no campo de educação, advém o ensino em saúde tendo como base as metodologias ativas, como forma de reconstrução nos campos da saúde, partindo na maioria das vezes da realidade vivenciada pelos estudantes em formação, como por exemplo, a aplicação da Metodologia da Problematização com o Arco de Magueréz.

As metodologias ativas sobressaem ao antigo método de ensino tradicional, entre outros fatores, pela compreensão de que os jovens universitários da “geração Y se beneficiam da quantidade e da velocidade da informação com os recursos da internet e desejam interagir com a realidade, representando um desafio” às aulas expositivas



Artigo

tradicionais, ainda que apoiadas por recursos audiovisuais (BOROCHOVICIUS; TORTELLA, 2014, p. 263).

Em outros termos, no contexto da educação dos tempos atuais, não há mais como negar-se a abrir as salas de aulas aos novos métodos de ensino, pois na verdade, o professor não é mais e nem pode se conceber como o detentor de todo o conhecimento, com o papel de repassar esse conhecimento aos estudantes. Nas metodologias ativas, os estudantes são sujeitos ativos, (co) responsáveis pela formação; portanto, devem estar inseridos no processo de ensino-aprendizagem. Assim, por meio da Problematização aplicando o Arco da Problematização de Maguerz, a realidade do alunado será apresentada em sala e será discutida pelos presentes. Essa discussão possibilitará a identificação dos pontos críticos e/ou focos específicos nos conteúdos a serem trabalhados nas aulas, para que posteriormente se possa teorizar, fundamentando-os na literatura científica. Juntos, professor e estudantes promoverão uma reconstrução e um fortalecimento dos conhecimentos, elencando hipóteses de soluções e por fim mostrando a aplicabilidade das soluções de hipóteses junto às realidades dos estudantes.

Dessa forma, o presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de evidenciar a importância do conhecimento acerca do Arco da Problematização de Maguerz por docentes como forma de sensibilização ao estudante. Compreendendo que todo conhecimento prévio trazido pelo mesmo tem forte potencial para ser lapidado, moldando-o na medida em que se valoriza a participação do sujeito estudante como parte essencial no processo da aprendizagem.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência feito pelo professor Elicarlos Marques Nunes, tomando como base suas vivências estudantis e docentes, a partir da aplicação do Arco da Problematização de Maguerz (Figura 1).



**METODOLOGIA ATIVA NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: UMA EXPERIÊNCIA COM A
APLICAÇÃO DO ARCO DA PROBLEMATIZAÇÃO DE MAGUERZ**

Páginas 47 a 62

Artigo

Figura 1: Arco da Problematização de Maguerz



Fonte: (UNASUS/UFSC, 2017).

Trata-se de uma estratégia pedagógica, que aplica o ensino e promove a aprendizagem, fundada pelo francês Charles Maguerz em 1970, visando à formação de analfabetos originários de países africanos que migravam para a França à procura de trabalho e condições de vida. O objetivo era iniciar aqueles indivíduos à compreensão dos conteúdos específicos do trabalho, da língua e da cultura do novo país, sendo a experiência validada com sucesso. Em 1982, o método foi aperfeiçoado no Brasil por Bordenave e Pereira, ajustando-o à pedagogia de resolução de problemas, estruturada pelo Cardeal Joseph Leo em 1960 e aplicada com grande êxito na caminhada da Igreja Católica Latino Americana como método VER JULGAR e AGIR, sendo também ajustando à pedagogia de Paulo Freire (CASTRO, GONÇALVES, BESSA, 2017).

Este recurso didático fundamenta-se nos princípios da pedagogia ativa, neste caso, uma operacionalização que parte da realidade dos estudantes e volta à realidade, com uma proposta de solução ou transformação, pois são cinco etapas que se dispõem em forma de arco: 1. Observação da realidade social dos estudantes, que têm voz nesta fase; 2. Análise da realidade e Identificação dos problemas (pontos chave), sendo a contribuição de estudantes e professores de fundamental importância; 3. Teorização, na



Artigo

qual a contribuição do professor é indispensável; 4. Hipóteses de solução (planejamento de ações com fundamentos voltados para possíveis transformações na referida realidade social) nesta fase a contribuição de estudantes e professores é de fundamental importância; 5. Aplicação (colocação das ações em prática)

Como cenário do estudo, peço permissão para me relacionar em dois momentos, primeiro quando eu era estudante do ensino médio e ao iniciar na docência (em 2014), sempre diante de diversos conteúdos, eu tinha alguma informação que obtinha certa relação, mas, ficava muito escanteado por parte de alguns professores que nunca ou raramente aceitavam meus conhecimentos prévios. Esse fato vai contra um dos princípios filosóficos da Andragogia, a autonomia no sentido que todo cidadão traz consigo certa base de conhecimentos. O segundo momento está inserido no meu dia a dia na contemporaneidade, cujo despertar emergiu a partir do ano de 2016 quando conheci o Arco da Problematização de Magueréz, acordando para sua significância em sala de aula. Enquanto docente percebi que precisava deixar que os estudantes se expressassem, expondo os fatos que acham relevantes ao fortalecimento e apreensão de conteúdos e saberes inerentes aos componentes curriculares a serem ministrados. O fato é que nem toda expressão é tão errada nem é tão certa, sempre tem algo que precisa ser melhorado e adaptado.

Como base metodológica, parto da prática educativa problematizadora iniciada em um ponto central, no caso, nas diversas realidades vividas pelos estudantes. A reflexão possibilita ao estudante a observar a realidade de modo crítico, para que ele possa relacionar essa realidade com a temática curricular que está estudando. Em seguida, ele é estimulado a perceber por si só os aspectos importantes, elencando os pontos chaves para uma teorização, mostrando e fortalecendo cientificamente os conhecimentos prévios. Essa abordagem atende à necessidade de preparar futuros profissionais para o aprendizado contínuo, o aprender a aprender previsto na Lei 9394/96 (LDB), que regulamenta a educação em todos os níveis no território brasileiro. Nela aparecem definições como Conceito Abrangente de Educação, Vinculação da Educação com o mundo do trabalho e com as diferentes práticas sociais (CARNEIRO, 2014).

Tive a honra concedida por Deus de me fixar na disciplina de assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em que recebo estudantes de diversos níveis sociais e de crenças religiosas distintas, muitos já com formação de técnico em Enfermagem. Desses estudantes, boa parte já atua como funcionários do hospital regional onde acompanho estudantes de Enfermagem na parte dos estágios da

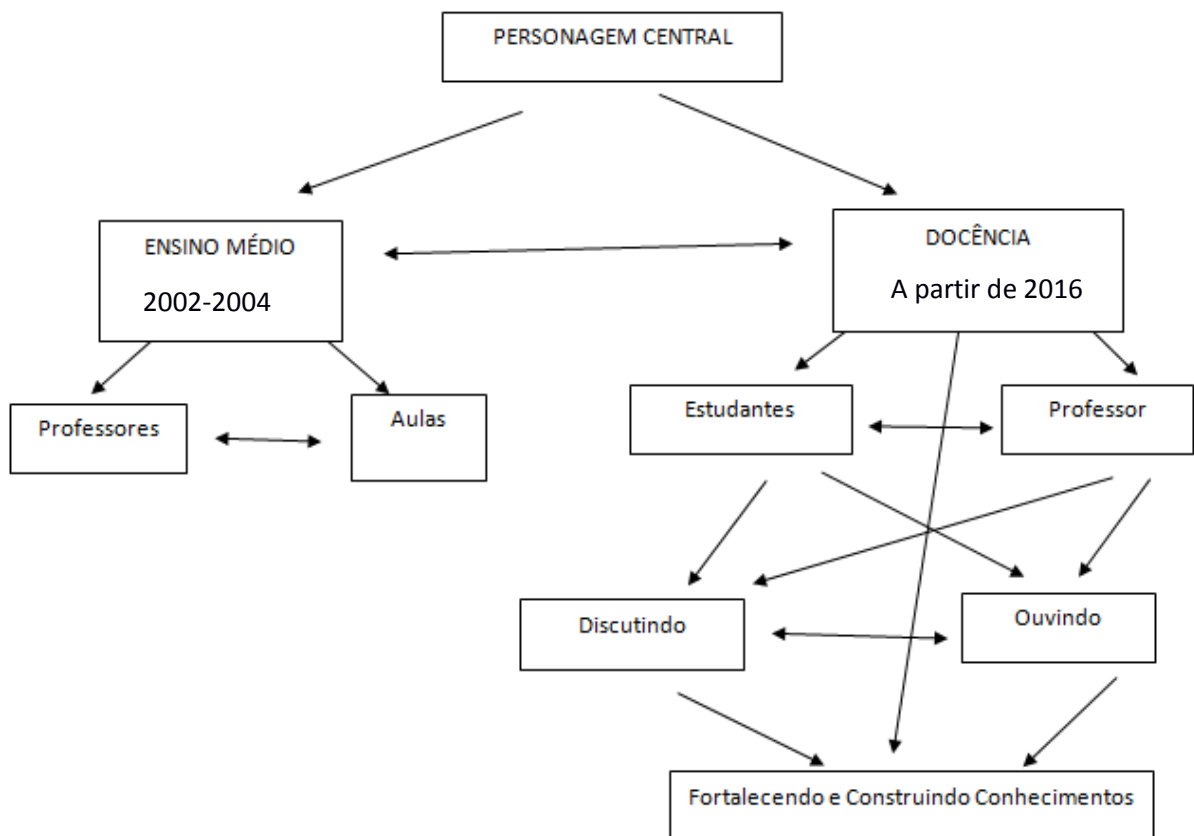


Artigo

referida disciplina, assim, recebo muitos estudantes durante as aulas em que eles trazem consigo uma larga gama de conhecimentos prévios sobre a assistência de Enfermagem em diversos campos de atuação, inclusive na própria UTI.

Do primeiro ponto de explanação, parece até dificultoso lecionar para estudantes que já atuam na área, mas na medida em que se realizam os encontros, percebo que não é, pois, mesmo tendo os estudantes uma base, muitos pilares do conhecimento precisam e são fortalecidos em nossas aulas. Sob essa perspectiva, como percurso metodológico instituo o fluxograma para nortear os passos de discussão deste relato, apresentado na figura 2.

Figura 2: Fluxograma inerente aos passos de discussão deste relato



Fonte: Autoria própria, 2018.



Artigo

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Período Temporal de 2002 a 2004 (O Ensino Médio)

Mesmo tendo nascido em Conceição, Paraíba, onde se tinha o ensino médio, fiz seleção e fui estudar em uma escola Técnica Federal (a ETSC da UFCG) em Cajazeiras, Paraíba, distante 101 km de minha terra natal, eu achava que o ensino médio federal poderia ser muito mais enriquecedor para minha formação, e não errei, lembro que tinha até as disciplinas de informática, sociologia e filosofia, sem falar nas disciplinas tradicionais que sempre existiam. Um grande diferencial na época, contudo, lá éramos treinados para vestibulares, simulados e outros.

Professores e Aulas

Entre tantos professores que tive durante minha passagem pelo ensino médio, alguns marcaram mais, com fatores positivos ou mesmo negativos. Lembro que tinha um professor de biologia que trazia seu livro, sentava ao birô, baixava a cabeça, abria o livro e lia o capítulo inteiro, sem falar que na medida em que lia, balançava tanto os pés que para eu e para meus colegas aquilo era muito cansativo e aquela cena se repetia todas as quintas-feiras. Mas o problema não era só isso, mediante as avaliações do referido professor, o mesmo exigia que transcrevêssemos as respostas tais quais estavam nos parágrafos do livro. Em outras palavras, se quiséssemos ser aprovados, deveríamos decorar cada letra, cada vírgula, cada disposição do trecho nas páginas das bibliografias indicadas. Nossos entendimentos sobre a temática estavam à mercê do esperado. A regra era DECORAR! O que compreendíamos não era nem tão pouco valorizado pelo docente e até o famoso tirar dúvidas não podia existir, ele não dava espaço e nem queria.

Hoje, podemos perceber uma significativa mudança paradigmática, pois a relação professor e estudante:

Em primeiro lugar, deve ser uma relação humanizada e humanizadora para ambos, o que, [...], exclui o autoritarismo, a arrogância, o pedantismo, o filisteísmo, o cinismo, o sadismo, que impedem qualquer possibilidade de aproximação amigável entre professor e aluno. Em segundo lugar, e conseqüentemente, deve ser uma relação



Artigo

de acolhimento e respeito recíprocos, a fim de que o vínculo afetivo e pedagógico entre ambos se estabeleça e se consolide, criando uma atmosfera favorável ao ensino e à aprendizagem (Silveira, 2018, p. 107).

Também me recordo da professora de história, em que as aulas tinham mais vida, pois a mesma trazia os conteúdos em forma de versos e músicas, com seu violão, entendíamos entre outras, a pré-história, a história mundial e história a do Brasil, eramos incentivados a também contar os conteúdos e nos momentos das avaliações, dizer com nossas palavras, o que verdadeiramente tínhamos compreendido sobre os temas trabalhados em sala. A impressão que tenho é que nossos pensamentos eram valorizados. No processo ensino-aprendizagem, o que sugestiono hoje, com a didática desta figura ímpar, é que “essa atitude de acolhimento supõe que o professor jamais duvide da capacidade do estudante para aprender aquilo que ele, professor, tem para ensinar” (Silveira, 2018, p. 108).

E, o que o olhar e a vivência com realidades tão distintas me fez querer? Passei a querer muito mais a ser um professor. Um desejo de criança que crescera com esta realidade. Afinal, quando infante achava incrível minhas professoras do antigo ensino primário, hoje ensino fundamental, dominar tantos conteúdos e deixar tantos estudantes literalmente conectados a elas. Quis tornar-me um professor diferente daquele docente de biologia e que fosse ao menos um pouco parecido com a professora de história. Destarte, os meus estudantes deveriam ser ouvidos e está escuta rendesse sementes frutíferas.

Docência

As Pedagogias Ativas promovem mudanças significativas na docência, pois insere um método de aprender e não de ensina. Neste contexto, “a educação é um processo dinâmico e sem terminalidade definida na vida de um indivíduo, envolvendo aspectos múltiplos, desde humanos propriamente ditos (tais como cognição e desenvolvimento de habilidades) a sociais (culturais e políticos)” (MAIA, 2014, p. 567). Nas Pedagogias Ativas, esse processo coloca a relação entre estudante e professor na horizontalidade, como sujeitos ativos no processo Ensino-aprendizagem.



Artigo

Durante meu período de acadêmico em Enfermagem, fui monitor por dois anos de anatomia humana e de semiologia e semiotécnica de Enfermagem, a certeza que queria ser docente na área de Enfermagem passou a preencher meus pensamentos.

Em 2014, após seleção, entrei na atual faculdade na qual leciono a disciplina de Assistência de Enfermagem em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), sendo eu, professor da teoria e da prática do mencionado componente curricular.

Para Michelin e Spiri (2018, p. 397):

Considerando as características peculiares que permeiam o contexto das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e por essa ser um setor no qual se realiza cuidado específico e complexo, destaca-se que não basta dominar o conhecimento junto à alta tecnologia existente nelas, é necessário deter atenção particular na integralidade do cuidado.

Dessa forma, a disciplina de Assistência de Enfermagem em UTI, conteúdo profissionalizante do curso, contempla o ensinamento de diversos procedimentos técnicos específicos, me deparo com estudantes que trazem consigo conhecimentos da área que embora limitados, mais trazem.

A assistência de enfermagem singulariza como maior fator interferencial no processo saúde doença dos pacientes.

Período Temporal (a partir de 2016)

O Arco da Problematização de Magueréz e o ensino da Enfermagem em UTI

Percebi que mesmo antes de ter conhecido o Arco da Problematização de Magueréz, eu já praticava a pedagogia problematizadora de modo empírico, e após conhecê-lo, vi que ele se pauta nas etapas: observação da realidade, nos pontos-chave, a teorização, as hipóteses de solução e aplicação à realidade. Tratando-se de percurso metodológico que é capaz de “orientar a prática pedagógica de um educador preocupado com o desenvolvimento de seus estudantes e com sua autonomia intelectual, visando o pensamento crítico e criativo, além da preparação para uma atuação política (PRADO et al., 2012. p. 173)”.

Sempre que inicia a oferta de conteúdos como, por exemplo, avaliação de paciente crítico, balanço hídrico e a unidade de terapia intensiva propriamente dita,



Artigo

sempre o alunado faz colocações altamente pertinentes acerca de tais conteúdos, essas colocações são de certa forma as experiências vividas, ouvidas e ou até imaginárias do estudante, então o que tanto tem concretude? Como fortalecer o entendimento do alunado? De quais formas posso fazer com os estudantes que construam entendimentos acerca dos conteúdos, reconstruindo linhas de pensamentos começando novas ideologias edificadas e fundamentadas no saber.

Professor Discutindo versus Ouvindo e Estudantes Ouvindo versus discutindo

Tendo como base o discurso de Prado et al. (2012, p. 173) em que eles defendem que para Paulo Freire, o “aluno precisa ser o protagonista de seu processo de aprendizagem e ao professor cabe a tarefa de despertar a curiosidade epistemológica”.

Recordo que certa vez acompanhando estudantes no campo da UTI, mostrei um paciente X e fiz uma colocação: “- observem o paciente, analisem cuidadosamente”. Dei um tempo e depois pedi que eles me dessem uma análise crítica do quadro clínico, físico e patológico do mesmo, envolvendo os cuidados da Enfermagem.

Uma das observações feitas pelos estudantes referiu-se à desidratação do paciente, então aquela era momentaneamente a realidade vivenciada pelos estudantes (1ª etapa do arco da problematização de Magueréz), depois começaram a me mostrar os pontos-chave (2ª etapa): recebendo diversos soros e medicações, os sinais fisiológicos, sondado, porém, sem urina. Comecei a teorizar (3ª etapa) juntamente com eles, até que ponto pode ser a desidratação? A relação entre líquidos infundidos e líquidos perdidos estaria adequada?

Depois levantamos as hipóteses de solução (4ª etapa). Seria interessante nesse momento a instalação da Pressão Venosa Central (PVC) que vocês já viram em sala de aula, para mensurar a volemia do paciente e só assim certificar se a não produção de urina é devido à desidratação ou se é apenas a questão que o próprio paciente está em hipovolemia e todo líquido infundido está apenas repondo as necessidades orgânicas, sem passar a ser excesso, e por isso, estaria reduzida a urina. E por fim, fizemos a aplicação à realidade, com a utilização da Sistematização de Enfermagem, da PVC, dos cuidados de Enfermagem, com análise crítica do Balanço Hídrico.

Para Prado et al. (2012, p. 174) “a fundamentação teórica da metodologia da Problematização tem origem na concepção da educação histórico-crítica, com propósito maior de preparar o estudante/ ser humano na tomada de consciência do seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo”.



Artigo

Dessa forma, se percebe a importância do Arco da Problematização de Magueréz, como instrumento estratégico no processo do ensino-aprendizagem para o desenvolvimento da Problematização.

Fortalecendo e Construindo conhecimentos

Defendo literalmente que todo conhecimento seja qual for, ou ainda, seja de quem ele vier, é válido, e a academia se destaca como centro transformador. Assim:

A escola tem um papel importante na formação dos indivíduos, na transmissão do conhecimento e no acesso aos bens culturais, e que esses indivíduos podem contribuir para que essa sociedade possa ser modificada para se tornar justa e igualitária, permitindo, assim, a liberdade individual. (CROCHIK et al. 2014, p. 3)

Portanto, o processo de ensino aprendizagem tem muita relevância, a construção de novos conhecimentos deve ser feita conjuntamente e seu fortalecimento só se efetivará por meio da troca de experiências, da parceria, do diálogo constante e do querer contribuir e ser ajudado, é uma relação de compartilhamento entre professor com estudantes e de estudantes com outros estudantes.

Facilidades e dificuldades encontradas

Com a aplicação da metodologia do arco da problematização de Magueréz aponto como facilidade a sua fácil aplicabilidade mediante qualquer situação problema, a referida metodologia de certa forma nos sensibiliza para a melhoria em nossas práticas docentes, no tocante estudante, é fácil fazer com ele se sinta responsável pelo seu processo de formação, uma vez que ele é o sujeito ativo, e dentro dessa metodologia, ele se sente parte fundamental.

Já como ponto negativo, tem-se o fator de uma vez ou outra, se deparar com o alunado que ainda está muito preso ao ensino tradicional e que espere somente de minha parte uma transmissão de conhecimento, quando na verdade cientificamente está provado que aprendemos muito mais quando estamos envolvidos no processo e contribuindo com o mesmo na busca e construção de informação, do que quando só vamos a uma sala de aula sentar e ficar ouvindo.



Artigo

Nessa trajetória, mesmo sendo a metodologia aqui defendida de fácil adoção, quando se encontra estudantes como citado acima, encontramos certa dificuldade na operacionalização dessa metodologia.

CONCLUSÃO

Apesar das grandes mudanças que ocorreram no contexto social brasileiro das últimas décadas; da instituição da nova Constituição Federal, que define e propõe novos rumos para a educação no Brasil; da promulgação da Lei 9394/96, a LDB, que redefine os papéis do estudante, professor, da sociedade e da instituição de ensino, a educação brasileira continua com muitas fragilidades e recebendo críticas. Em uma dessas críticas vai ser acusada, inclusive, de uma fábrica de analfabetos funcionais, considerando que muitos estudantes egressos das escolas públicas não são capazes de interpretar um texto que acabaram de ler.

Não há como negar, aquele ensino tradicional em que somente o professor é o detentor do conhecimento já não é aceitável. Nós, os professores somos auxiliares no processo de formação de opinião em pleno século XXI, com isso, compreendemos que com o uso e a aplicabilidade do Arco da Problematização de Magueréz, o professor tende a sensibilizar-se perante o processo de ensino-aprendizagem, compreendendo que todo estudante advém de uma realidade local, podendo ou não ser protagonista do seu aprendizado. Afinal, esse personagem traz consigo uma gama de conhecimentos que embora ainda não tenha sido sistematizado corrobora para a problematização por parte do professor/facilitador – um alicerce para lapidar o próprio alunado.

Muitos foram os novos recursos (equipamentos e tecnologias de ponta) que podem ser usados no processo de ensino-aprendizagem, tanto por parte do professor, como por parte do estudante, pois ambos são atores, protagonistas nesse processo. Assim, é de fundamental importância a adoção de novas práticas docentes e em especial, o conhecimento e a prática da pedagogia do Arco da Problematização de Magueréz, como marco orientador na abordagem pedagógica, definindo a relação professor – estudante, uma relação que se estabelece na horizontalidade, envolvendo estudantes e professores como sujeitos ativos neste processo.

A prática da Pedagogia ativa utilizando o Arco da Problematização de Magueréz apresenta garantias de qualidade na formação de futuros cidadãos e trabalhadores, promovendo condições de desconstruir representações sociais sobre a educação



Artigo

brasileira e construir novas representações fundamentadas em princípios, conceitos e práticas de ensino-aprendizagem.

REFERÊNCIAS

ADORNO, T. W. Educação contra a barbárie. In: ADORNO, Theodor Wiesengrund. Educação e emancipação. 4. ed. Tradução de Wolfgang Leo Maar. São Paulo: Paz e Terra. p. 155-168, dez. 1995.

Arco da Problematização de Maguerez, disponível em:
https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6808/mod_resource/content/3/un03/top03p01.html, acessado em: 15 de fev de 2018.

BOROCHOVICIUS, E; TORTELLA, J. C. B. Aprendizagem Baseada em Problemas: um método de ensino-aprendizagem e suas práticas educativas. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v.22, n. 83, p. 263-294, abr./jun. 2014.

CARNEIRO, Moacir Alves. **LDB Fácil: leitura critico-compreensiva artigo a artigo**. 22 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2014.

CASTRO, E.; GONÇALVES, J.; BESSA, S. **Aplicação da metodologia de problematização**, 2017. Disponível em educere.brue.com.br/arquivo/pdf2017/24584_11946.pdf

CROCHÍK, J. L.; DIAS, M. Á. L; FRELLER, C. C; et al. Hierarquias escolares: desempenho e popularidade. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 44, p167-836, mar. 2018.

FORBES BRASIL, **150 bilionários brasileiros**. São Paulo, p. 46-82, ago. 2014.

MAIA, J. A. Metodologias Problematizadoras em Currículos de Graduação Médica. **Revista Brasileira de educação Médica**. Brasília – DF. 38 (4): 566-574; ago. 2014.



Artigo

MICHELAN, V. C. A; SPIRI, W. C. Percepção da humanização dos trabalhadores de enfermagem em terapia intensiva. **Rev Bras Enferm**; Brasília – DF. 71(2):397-404, abr. 2018.

MINTO, L. W. Educação superior no PNE (2014-2024): apontamentos sobre as relações público-privadas. **Revista Brasileira de Educação**. Rio de Janeiro. 23. Nov. 2018.

MINTO, L. W. A educação da “miséria”: particularidade capitalista e educação superior no Brasil. *Outras Expressões*: 20. São Paulo, nov. 2014.

NEVES, A. C. Reflexões sobre o ensino superior de contabilidade e a formação do contador. **Revista do Conselho Regional de Contabilidade do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, p. 18-29, abr. 2006.

PRADO, M. L; VELHO, M. B; ESPINDOLA, D. S; et al. Relato de Experiência: Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Esc Anna Nery.**, Rio de Janeiro; 16 (1):172-177, jan/mar. 2012.

SILVEIRA, R. T. A Relação Professor-Aluno de uma Perspectiva Gramsciana. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 43, n. 1, p. 97-114, jan./mar. 2018.



Artigo

ASSÉDIO MORAL EM UMA INSTITUIÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO DO NORTE DO PAÍS

HARASSMENT IN AN INSTITUTION OF THE JUDICIAL POWER OF THE NORTH OF THE COUNTRY

Marlene Valerio dos Santos Arenas¹
Valmiria Carolina Piccinini²

RESUMO - Assédio moral é uma forma de violência que repercute na saúde física e mental do trabalhador. Esse problema se torna mais sério no serviço público, onde o ambiente de trabalho é propício, com condições suficientes para evolução e proliferação, em virtude do grande número de servidores e pela estabilidade adquirida após estágio probatório, tanto da vítima como do agressor, podendo perdurar por anos. Este artigo é parte de uma tese apresentada como um estudo de caso, em que foi feita uma pesquisa tipo *survey*. A *survey* foi realizada utilizando a rede existente no Poder Judiciário de um Estado no Norte do País para investigar as possíveis práticas de assédio moral. Constatou-se que dos 198 questionários respondidos, 67% de declararam sofrer ou terem sofrido assédio moral. Predomina maior assédio entre os servidores com até três anos de serviço e os de cargo em extinção com escolaridade superior à função que ocupam. O assédio, independe do sexo do servidor. A frequência do assédio é diária ou várias vezes por semana e por um longo tempo. O tipo de assédio é o descendente e misto, ocorre mais com os que não ocupam cargo de chefia. As práticas de assédio que mais se destacam são de pressão por cumprimento de metas, sobrecarga de trabalho, desrespeito e humilhações com o servidor.

Palavras-chave: Assédio moral; Serviço Público; Subordinação.

¹ Doutora em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Prof^a Associada da Fundação Universidade Federal de Rondônia, e-mail: marlenearenas@unir.br;

² Dr^a em Economia do Trabalho e da Produção. Université Pierre Mendès France Grenoble França. Prof^a Associada da Escola de Administração UFRGS. PPGA/EA/UFRGS. e-mail: piccininipt@yahoo.com.br.



Artigo

ABSTRACT - Harassment is a form of violence that has repercussions on the worker's physical and mental health. This problem becomes more serious in the public service, where the work environment is conducive, with sufficient conditions for evolution and proliferation, due to the large number of servants and the stability acquired after probationary stage, both of the victim and the aggressor, and can last for years. This article is part of a thesis presented as a case study, in which a survey was conducted. The survey was carried out using the existing network in the Judiciary of a State in the North of the Country to investigate possible harassment practices. It was found that of the 198 questionnaires answered, 67% reported having suffered or suffered moral harassment. More harassment predominates among the servants with up to three years of service and those in office with extinction with education higher than the job they occupy. The harassment is independent of the sex of the server. The frequency of harassment is daily or several times a week and for a long time. The type of harassment is the descendant and mixed, occurs more with those who do not hold a position of leadership. The harassing practices that stand out most are pressure for meeting goals, overwork, disrespect and humiliation with the server.

Keywords: Harassment; Public service; Subordination.

INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema que será discutido neste artigo é decorrente do fato da pesquisadora atuar no Poder Judiciário de um Estado do norte do Brasil e sempre ter se inquietado com situações vexatórias, vividas por servidores, que se caracterizam como assédio moral. Diante dessa constatação é que a pesquisa foi realizada.

Esse fenômeno traz consequências não só para a vítima do assédio, mas também um custo para a própria organização, bem como para a sociedade.

O fenômeno começou a ser mais lembrado pela grande mídia internacional, quando, a partir de 2007, começaram a ser publicadas matérias sobre a Électricité de France (6 suicídios em 3 anos), PSA Peugeot-Citroën (6 suicídios em 7 meses), Renault (5 suicídios comprovados), France Télécom (32 suicídios de 2008 a dezembro de 2009). Esses casos foram atribuídos à organização do trabalho, cada vez menos tolerante à diversidade humana (HELOANI, 2011). No Brasil, uma “onda de suicídios” ocorreu no setor bancário entre 1993 e 1995, com 72 suicídios, sendo um a cada 15 dias) e de 1996



Artigo

a 2005, ainda no Brasil, 181 pessoas colocaram fim à própria vida, sendo um a cada 20 dias. Todos esses fatos foram relacionados a problemas no trabalho (SANTOS, 2009).

Esse fenômeno está presente em todos os tipos de organizações empresariais, governamentais e não governamentais, tornando-se verdadeiros pesadelos para os trabalhadores e dirigentes, podendo esses suicídios estarem relacionados ao assédio moral.

Este artigo é parte de um estudo que buscou caracterizar quantitativamente os casos de assédio moral, tipos, formas, frequência, duração e se o adoecimento da vítima está ligado a este fenômeno em um órgão do Poder Judiciário de um Estado no Norte do País.

Discute-se no capítulo abaixo assédio moral e sofrimento no trabalho, as diversas abordagens teóricas sobre assédio, tipos de assédio. No capítulo três os procedimentos metodológicos, em que buscou-se através de uma *survey* mapear e caracterizar o número de casos de assédio moral. No capítulo 4 apresenta-se a instituição estudada, em seguida os resultados da pesquisa e se analisa os resultados. Finalmente, apresenta-se as considerações finais.

ASSÉDIO MORAL E SOFRIMENTO NO TRABALHO

O tema assédio moral também conhecido como agressão psicológica é um fenômeno que acontece tanto no ambiente social, familiar, estudantil, como de trabalho, tanto no serviço público quanto no setor privado. Hoje o fenômeno ganhou visibilidade na mídia e passou a ser discutido na sociedade, possivelmente pelo fato de as pessoas terem maior acesso a informações e se conscientizarem do problema.

Dependendo do país, diversos são os termos utilizados nas pesquisas sobre esse fenômeno. Em função dessa diversidade de termos, faz-se necessária uma revisão sobre as diferentes visões desse fenômeno pelos pesquisadores.

O termo *Mobbing* presumivelmente foi utilizado pela primeira vez pelo etnólogo Konrad Lorenz, a propósito do comportamento agressivo de grupos de animais que querem expulsar um intruso, e nos anos 60 pelo médico sueco, Peter Paul Heinemann, para descrever o comportamento hostil de determinadas crianças com relação a outras no ambiente escolar (HIRIGOYEN, 2005; SOBOLL e GOSDAL, 2009).

Nos anos 1980, Heinz Leymann introduziu o conceito de *mobbing*, e também o termo *psicoterror*, para descrever as formas severas de assédio dentro das organizações. O *mobbing* consiste em manobras hostis frequentes e repetidas no local de trabalho,



Artigo

visando sistematicamente a mesma pessoa. Segundo Leymann, o *mobbing* decorre de um conflito que degenera e é uma forma particularmente grave de estresse psicossocial. Sobre o assédio moral também nos sistemas de ensino, preferiu o termo *bullying*, pelas situações de ameaça e agressão física comum em escolas.

Nos países nórdicos (Suécia, Dinamarca, Noruega, Finlândia), na Suíça e na Alemanha, o termo *mobbing* continua a prevalecer. Na Alemanha, um dos principais pesquisadores sobre o *mobbing* é o Professor Dieter Zapf, da Universidade de Frankfurt. Na Itália, o professor Harald Ege, especialista em relações industriais e do trabalho, que dirige o centro de pesquisas sobre o estresse psicossocial e o *mobbing*, identificou os conflitos constantes e continuados no local de trabalho. Em pesquisas junto à Universidade de Bolonha/Itália em 1996, usou o termo *mobbing* (também *bullying* ou *job harassment*).

Atualmente, o termo *mobbing* corresponde às perseguições coletivas e à violência ligada à organização, mas que podem incluir desvios que, progressivamente, transformam-se em violência física (HIRIGOYEN, 2005).

Bullying significa tratar com desumanidade, com grosseria, o mais fraco. O termo *bullying* de início, não dizia respeito ao mundo do trabalho. Falava-se de *bullying* essencialmente para descrever as humilhações, os vexames ou as ameaças que certas crianças ou grupos de crianças infligem a outras. Depois, o termo se estendeu às agressões observadas no exército, nas atividades esportivas, na vida familiar, em particular com relação a pessoas de idade, e no mundo do trabalho (HIRIGOYEN, 2005).

Em 1984 este termo foi introduzido na psicologia do trabalho por Lazarus, que dentre outros elementos de estresse, reconheceu o estresse social, dentro do qual inseriu o *bullying*. Para Stale Einarsen assédio moral é a agressão a longo prazo, seja ela física ou não, dirigida a alguém que não é capaz de defender-se, levando à vitimização dessa pessoa. O “*bullying* institucionalizado” é o assédio moral perpetrado pelos chefes ou supervisores numa empresa, ou instituição, que adotam a política de uma liderança agressiva e destrutiva, de forma recorrente (EINARSEN, 2005, 2016, tradução livre).

Dieter Zapf considera que o *bullying* coloca o aspecto de agressão física em primeiro plano, o que certamente não é o caso nas empresas, e também como originário majoritariamente de superiores hierárquicos, enquanto o *mobbing* é muito mais um fenômeno de grupo, e se refere, sobretudo, aos contextos organizacionais.

Harassment termo usado nos Estados Unidos, pelo psiquiatra americano M. Brodsky Carroll iniciou seus estudos sobre o fenômeno em 1976, e publicou o livro *The harassment worket*, em que observa que o assédio consiste em ataques repetidos e



Artigo

voluntários de uma pessoa a outra, para atormentá-la, miná-la, enfim, provocá-la. Considera os efeitos nocivos à saúde, e acrescenta que provavelmente é somente uma ponta do *iceberg* (HIRIGOYEN, 2005). O termo *harassment* somente foi introduzido em 1990 por um artigo de Heinz Leymann na revista americana *Violence and victims*³.

Marie-France Hirigoyen⁴, psicanalista e vitimóloga, concentrou suas pesquisas em violência psicológica, sendo o ensaio “*Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien*”, publicado em português pela primeira vez em 1998 e “*Malaise dans le travail, harcèlement moral*” publicado em português em 2001, usou o termo *harcèlement moral*, porque entendeu que a escolha do termo “moral” implicava em uma tomada de posição. Trata-se efetivamente de bem e de mal, do que se faz e do que não se faz, e do que é considerado aceitável ou não em nossa sociedade (HIRIGOYEN, 2005).

Existem várias terminologias que são utilizadas em função da nacionalidade, contexto e perspectivas culturais dos pesquisadores em diferentes países sobre assédio moral. Esse fenômeno social tem nas pesquisas o uso indistinto, mesmo não sendo fenômenos idênticos. A terminologia em inglês, em particular, é confusa e não há um critério objetivo que seja aceito pelos pesquisadores, pois usam tanto os termos *mobbing* como *bullying*.

Para Di Martino, Hoel e Cooper (2003) há diferença entre os termos *bullying* e *mobbing*, sendo que o primeiro é usado para se referir à situação de assédio individual enquanto o último refere-se à situação em que o assédio parte de um grande número de agressores. Heinz Leymann (1990), Harald Ege (2010), Dieter Zapf (2001), usam a terminologia *mobbing*, quando se referem a agressões pontuais no ambiente de trabalho. R. Lazarus e Stale Einarsen (1999) utilizam a terminologia *bullying* quando se referem à violência no trabalho. *Harassment* (assédio moral) é usada por M. Brodsky Carroll (1976) e Marie-France Hirigoyen (2005; 2009) e pelos autores brasileiros quando se referem a condutas abusivas, agressões por comportamento, atos e palavras em ambiente de trabalho. Alkimin (2007), Barreto (2006), Batalha(2009), Bradaschia (2007), Carvalho (2010), Soboll e Gosdal (2009) , Cianato (2008). Cianato e Lima (2008), Freitas, Heloani e Barreto (2008; 2015), Heloani (2004), Freire (2010), Merlo (2002), Soares (2008), entre outros, autores brasileiros, usam o termo assédio moral.

³ [http://www.mobbingportal.com/LeymannV&V1990\(2\).pdf](http://www.mobbingportal.com/LeymannV&V1990(2).pdf) s– Acesso em 27 mai 2016

⁴ http://pt.wikilingue.com/es/Marie-France_Hirigoyen Acesso em 15 maio 2016



Temas em Saúde

Volume 19, Número 5

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

Leymann (1990) usa ainda o termo “psicoterror”, também adotado por Guedes (2008). Guedes (2008) usa além do termo “psicoterror”, o termo “violência moral”.

No Japão o termo utilizado para definir o assédio moral é *Ijime*. Descreve as ofensas e humilhações infligidas às crianças nos colégios e as pressões de um grupo com o objetivo de reprimir individualidades, criatividade, pessoas com personalidades marcantes, críticas das organizações a que pertençam, sejam essas públicas e/ou privadas, visando adaptá-los ou afastá-los do sistema. Como os japoneses não apreciam o individualismo, o objetivo do *ijime* é inserir os indivíduos no grupo e os tornar adaptados, usando também como uma forma de controle social. (MORAES, 2008, HIRIGOYEN, 2005).



ASSÉDIO MORAL EM UMA INSTITUIÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO DO NORTE DO PAÍS

Páginas 63 a 88

Artigo

Pesquisadores de diversos países utilizaram diversas expressões no estudo da violência no trabalho. Para melhor distinguir, apresentamos no quadro abaixo o termo usado por pesquisadores e sua definição, no seu tempo e na cultura de cada país.

Ano	País	Pesquisador	Termo	Definição
1976	EUA	M. Brodsky Carroll	<i>Harassment</i>	Ações repetidas e persistentes de atormentar, diminuir, frustrar um indivíduo. A persistência provoca, intimida e/ou causa desconforto em outra pessoa.
1996	Suécia	Heinz Leyman	<i>Mobbing/psicoterror</i>	Processo no qual um indivíduo é selecionado como alvo e marcado para ser excluído, agredido e perseguido sem cessar, por um indivíduo ou um grupo no ambiente de trabalho. Pode vir de um colega, de um subordinado ou de um chefe. A frequência é de pelo menos uma semana a seis meses.
1996	Itália	Harald Ege	<i>Mobbing</i>	Conflito constante e continuado em local de trabalho.
1999	Alemanha	Dieter Zapf	<i>Mobbing</i>	Assédio moral é quando apresenta certa duração (menos de 6 meses), com ações frequentes de assédio (ao menos a cada semana), de forma sistemática com vista a uma pessoa-alvo por parte de colegas, supervisores ou subordinados.
2000	Noruega	Stale Einarsen	<i>Mobbing</i>	A agressão a longo prazo, seja ela física ou não, dirigida a alguém que não é capaz de defender-se, levando à vitimização dessa pessoa. O “ <i>bullying</i> institucionalizado” é o assédio moral em uma empresa ou instituição perpetrado por chefes ou supervisores, que adotam uma política de liderança agressiva e destrutiva, de forma recorrente.
2000	Dinamarca, Noruega e Suécia.	Hoel Cooper	<i>Bulling</i>	Uma situação onde um ou vários indivíduos persistentemente durante um período de tempo percebem estar sofrendo e com dificuldade de defesa contra ações negativas, provocadas por uma ou várias pessoas.



Artigo

Ano	País	Pesquisador	Termo	Definição
2001	França	Marie-France Hirigoyen	<i>Harcèlement moral</i>	Toda e qualquer conduta abusiva manifestando-se, sobretudo, por comportamento, palavras, atos, gestos, escritos, que possam trazer dano à personalidade, à dignidade ou à integridade física de uma pessoa, pôr em perigo seu emprego ou degradar o ambiente de trabalho.
2001	Brasil	Maria Ester de Freitas	Assédio moral	Conecta-se ao esforço repetitivo de desqualificação de uma pessoa, que, dependendo das circunstâncias, pode levar ou não ao assédio sexual, são verdadeiros assassinatos psíquicos.
2003	Grã-Bretanha	Hoel Helge	<i>Bullying, harassment</i>	Violência no trabalho diz respeito a incidentes onde pessoas são abusadas, ameaçadas ou agredidas em circunstâncias relacionadas a seus trabalhos, envolvendo ameaças explícitas ou implícitas à sua segurança, seu bem-estar ou à sua saúde.
2005	Brasil	Margari da Barreto	Assédio moral	É uma forma sutil de violência que envolve danos tanto de ordem material quanto moral, no âmbito das relações laborais. O que se verifica no assédio é a repetição do ato que viola intencionalmente os direitos do outro, atingindo sua integridade biológica e causando transtornos à saúde psíquica e física. Compreende um conjunto de sinais em que se estabelece um cerco ao outro sem lhe dar tréguas. Sua intencionalidade é exercer o domínio, quebrar a vontade do outro impondo término ao conflito quer pela via da demissão ou pela sujeição da vítima.
2008	Brasil	Maria Ester Freitas, Roberto Heloani e Margari	Assédio Moral	Conduta abusiva, intencional, frequente e repetida no ambiente de trabalho e que visa diminuir, humilhar, vexar, constranger, desqualificar e demolir psicologicamente um indivíduo ou um grupo, degradando as suas condições de trabalho, atingindo a sua dignidade e colocando em risco a sua integridade pessoal e profissional.



Artigo

Ano	País	Pesquisador	Termo	Definição
		da Barreto		

Quadro 1 – Definições de assédio moral (tradução livre)

Fonte: quadro elaborado pela autora com base na pesquisa

Assédio moral e os conflitos inter-pessoais

Os trabalhadores, no atual contexto econômico e organizacional ficam muito mais dependentes de fatores não somente tecnológicos, mas também de políticas de gestão, como terceirizações, contratos frágeis e inseguros. Esses fatores podem levar o trabalhador a confundir situações de conflito com assédio moral.

É importante a distinção entre assédio moral e conflito. O assédio moral não pode ser confundido com agressões pontuais, que não se repetem, e tampouco se prolongam no tempo, se restringindo a um caso isolado. Como por exemplo, se em determinado dia, o chefe se altera, quando avalia o trabalho, um projeto ou um relatório e faz críticas para melhorá-lo, ou quando um empregado é transferido para outra filial, sendo que quando foi admitido essa possibilidade estava estipulada no contrato.

Não se pode confundir a violência pontual - derivada de grosseria, nervosismo ou mau humor, a que todos estão sujeitos no cotidiano, seja doméstico ou no trabalho - com a violência insidiosa e destrutiva que se repete no tempo e que visa destruir psiquicamente o outro. Não se pode esquecer a questão da intencionalidade, quando se fala de agressão psicológica, o caráter intencional é um traumatismo que agrava o impacto da agressão (HIRIGOYEN, 2005).

Einarsen *et al.* (2005, 2016) quando se referem a atos negativos, lembram da necessidade de estarem presentes as características como direcionalidade, repetitividade, duração, frequência, regularidade e intencionalidade. Muitas situações são confundidas com assédio moral, mas na verdade não passam de conflitos entre trabalhadores. No caso do assédio têm que estar presentes essas características e a percepção subjetiva da vítima em relação aos repetidos atos hostis, humilhantes e intimidantes, onde ela seja o



Artigo

foco (EINARSEN, 2005). É comum também, que a vítima não tenha consciência da má intenção de que é objeto.

Segundo Hirigoyen (2005) quando se fala em intencionalidade, é importante acrescentar que há a consciência e a vontade de fazer o mal ou o inconsciente de não querer fazer o mal, mas a vontade é mais forte do que o próprio agressor. Nesse mesmo sentido, Soboll (2008) lembra que a prática de assédio é permeada de intencionalidade no sentido de querer prejudicar, destruir, anular ou excluir um ou alguns alvos escolhidos, sempre direcionados para a mesma pessoa ou pessoas. Heloani (2004) acrescenta que não há dúvida de que se trata de um processo onde o agressor procura anular aquele que é considerado por ele uma ameaça.

Freitas, Heloani e Barreto (2008; 2015) entendem o assédio moral como uma conduta abusiva e intencional, frequente e repetida, que ocorre no ambiente de trabalho e que visa diminuir, humilhar, vexar, constranger, desqualificar e demolir psiquicamente um indivíduo ou um grupo, degradando as suas condições de trabalho, atingindo a sua dignidade e colocando em risco a sua integridade pessoal e profissional.

A intencionalidade visa na verdade a exclusão da vítima, forçando a desistir do emprego ou mudar de setor, ou com objetivo de dominá-la, fazê-la calar-se, sujeitar-se.

Assédio moral no mundo do trabalho envolve a comunicação hostil e antiética, dirigida de forma sistemática a um ou mais indivíduos (LEYMANN, 1996a, 1996b; EINARSEN, 2000), que, devido ao assédio moral, é empurrado para uma posição impotente e indefeso (LEYMANN, 1996a). O assédio moral normalmente envolve pessoalidade, ou seja, o alvo das agressões é uma pessoa específica, mas duas ou mais pessoas de um mesmo grupo, também podem ser alvo das agressões, pois o processo de perseguição é direcionado e pessoal (SOBOLL, 2008)

Os comportamentos hostis devem ocorrer por repetidas vezes, em um período prolongado de tempo. Não há consenso sobre isso, pois a duração do fenômeno varia de acordo com observado pelos autores. Leymann (1996a) constatou como superior a 12 meses, para Einarsen *et al.* (2003) média de 18 meses, Hirigoyen (2005) um pouco mais de 40 meses e Margarida Barreto (2006) de 3 a 36 meses.

Identificar a prática continuada e insistente caracteriza o assédio moral (SOBOLL, 2008). As atitudes hostis são muito frequentes, pelo menos uma vez por semana e durante um longo período de tempo, com duração de pelo menos seis meses (LEYMANN, 1996a; EINARSEN, 2005). Devido à alta frequência e longa duração do comportamento hostil, esta resulta em considerável sofrimento mental, psicossomático e social. Pode ocorrer várias vezes durante a jornada, com diferentes táticas a fim de



Artigo

forçar a vítima a desistir do emprego ou a pedir transferência de setor ou sujeitar-se sem reclamar (FREITAS, HELOANI, BARRETO, 2008).

Conflito nas organizações pode até ser benéfico, desde que seja verbalizado, e expostos os pontos de vista. O conflito é fonte de renovação e reorganização, das energias, reúne as pessoas, modifica as alianças, em prol de objetivos comuns. No entanto pode ser maléfico se não for resolvido de forma clara, pois criam-se hostilidades, formam-se grupos rivais, e cada um deles tenta ficar no controle da situação, prejudicando o ambiente de trabalho e poderão se transformar em assédio moral.

Desta forma, um ato isolado e a primeira hostilidade não podem ser considerados assédio moral. O que diferencia o assédio moral de outras formas de violência no trabalho é o tempo de duração e claro objetivo de destruir a pessoa escolhida como alvo dessas agressões.

Tipos de assédio moral

Os diferentes tipos de assédio que podem ocorrer dentro das organizações e que afetam o ambiente de trabalho. O **assédio vertical descendente (que vem da hierarquia)** – o assédio que vem de um superior hierárquico tem consequências muito mais graves sobre a saúde do que o assédio horizontal, pois a vítima se sente ainda mais isolada e tem mais dificuldade para achar a solução para o problema (LEYMANN, 1996a; EINARSEN, 2005; HIRIGOYEN, 2005, 2009; BARRETO, 2006;).

Assédio horizontal (que vem de colegas) – ocorre entre funcionários de mesmo nível hierárquico, colegas de trabalho de uma mesma área e, é mais frequente quando dois empregados disputam um mesmo cargo ou uma promoção. Pode ser ocasionado por ciúme, inveja, falta de afinidade, preconceito (LEYMANN, 1996a; EINARSEN, 2005; HIRIGOYEN, 2005, 2009; BARRETO, 2006;). Ocorre também quando o funcionário assediador goza de excessiva proteção do seu chefe, e quando presenciado, muitas vezes é entendido como problema de relacionamento interpessoal (SOUZA, 2009).

Assédio misto - envolve pessoas de diversas hierarquias em relação àquele que é alvo das agressões, como por exemplo, o processo de assédio desencadeado por colegas e superiores hierárquicos em relação ao trabalhador portador de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (SOBOLL e GOSDAL, 2009). É raro um assédio horizontal duradouro não ser vivido, depois de algum tempo, como assédio vertical



Artigo

descendente, em virtude da omissão da chefia ou do superior hierárquico, que se torna, portanto, cúmplice (HIRIGOYEN, 2005, 2009; ZANETTI, 2008).

Assédio ascendente - ocorre quando um ou mais subordinados investem contra o chefe e não é levado em consideração. No entanto, pode ser do mesmo modo destrutivo. As vítimas, neste caso, não sabem para onde se dirigir para se defender (LEYMANN, 1996a; EINARSEN, 2005; HIRIGOYEN, 2005, 2009; BARRETO, 2006;). Um exemplo é o do meio futebolístico quando jogadores boicotam o técnico de futebol, derrubando-o e culpando-o pelos maus resultados, que foram de suas próprias responsabilidades (MORAES, 2008).

Assédio moral no serviço público

O serviço público propicia assédio moral devido ao grande número de pessoas empregadas, os servidores que para se diferenciarem no meio dessa grande massa começam a assediar seus subordinados, ou mesmo uma repartição inteira. Como o serviço público está voltado para o bem público, dentro de um esquema social, os abusos chamam atenção. O assédio não está tão relacionado à produtividade, como no setor privado, mas, muitas vezes, à disputa pelo poder, à inveja e à cobiça.

Carvalho (2009) lembra que o serviço público é hoje um dos ambientes de trabalho onde o assédio moral prolifera, consubstanciando-se no que os americanos convencionaram chamar de *mobbing* de Estado. Paulatinamente, vem sendo travada uma verdadeira guerra psicológica, envolvendo abuso de poder e manipulação perversa, responsáveis por prejuízos à saúde mental e física dos servidores.

Segundo Hirigoyen (2009), os abusos de poder são frequentes no serviço público e podem ser expressos, por exemplo, por meio da distribuição de cargos ou quando diretores decidem não darem atribuições aos funcionários antes mesmo de conhecê-los ou saber como trabalham. No Brasil, esse fenômeno ocorre pela falta de preparo de alguns chefes imediatos, perseguição a um determinado indivíduo, ou porque são indicados por relações de parentesco, amizade ou relações políticas mesmo que não disponham de qualificação, preparação técnica para o desempenho da função (BATALHA, 2009).

As modalidades conhecidas de assédio são a famosa “geladeira” ele fica sem atribuições, isolado. Pode manifestar-se, também, pelo desvio de função, ou mesmo ser colocado à disposição do Departamento de Recursos Humanos. Quando o chefe “proíbe a servidora de se ausentar de espaço de trabalho, porque a mesma precisa estar presente para atender ao telefone”, impedindo inclusive de atender as necessidades fisiológicas;



Artigo

ou “escala de almoço infactível”, quando alguém só tem autorização para almoçar em horário em que os restaurantes estão fechados (BATALHA, 2009).

Às vezes, assumem jovens diplomados formados em técnicas mais modernas para fazer o trabalho e os funcionários concursados mais velhos são mantidos, mas sem lhes dar qualquer tarefa. Quando são funcionários mais graduados, disfarça-se o afastamento por trás de um título honorífico do tipo “encarregado da missão” (HIRIGOYEN, 2005; 2009).

No exército, os atos de violência são frequentes, porém, como nos demais lugares, são difíceis de serem denunciados em razão do peso da hierarquia. Quando há denúncia por parte de algum membro, independentemente do nível hierárquico, é a instituição que se sente ameaçada. Quando há problema entre um militar e um membro de sua hierarquia, podem ocorrer transferências ou remoções *ex officio* calcadas no interesse da Administração. Implica em remover um funcionário com altas despesas para o Erário para persegui-lo, puni-lo, assediá-lo. Esse procedimento fere o Princípio da Razoabilidade, do interesse público, da Economicidade da Administração, além de se configurar em malversação do dinheiro público (BATALHA, 2009).

Esse tipo de procedimento tem como único objetivo deixar o servidor sem atribuições, no qual ele recebe sem trabalhar, mesmo que contra sua vontade. Essa chefia incorre num ato ilícito, pois está cometendo um crime contra o Erário, além de dano material contra o servidor, que perde suas progressões e promoções, porque acaba sendo mal avaliado. Pode ter como consequência, além do seu adoecimento, processos trabalhistas que acarretam indenizações que deverão ser pagas pelo Erário. Outra situação é o caso de um servidor que possui conhecimento técnico e experiência ser ofuscado pelo eleito ou novo chefe, ou mesmo ser retirado do seu cargo por ter trabalhado em harmonia com a equipe anterior ou de outra corrente política. É olhado com desconfiança, e todos suspeitam de sua lealdade.

O assédio moral nas organizações sempre existiu, mas o fato de a sociedade estar mais preocupada com o assunto leva a buscar amenizar o problema já que é inerente a uma sociedade em que existe relação de poder. Há grandes perdas com a desumanização do trabalho, a omissão por parte das chefias e a falta de solidariedade dos colegas que permitem que o assédio moral aconteça.

Os custos desse fenômeno são altos, pois a tendência é que o servidor, vítima desse fenômeno adoença, portanto, o órgão não poderá contar com seu trabalho. Estando em licença médica, afastando-se do ambiente de trabalho todos são afetados, pois a produtividade do setor diminui, assim como a qualidade. Com a saída de servidores, o



Artigo

órgão precisará abrir novo concurso, treinar novos servidores e em consequência o aumento dos custos para a administração pública.

Para levantar os dados sobre assédio moral na instituição estudada foram utilizados vários procedimentos metodológico. Neste estudo foi explorada a *survey*, pois outros procedimentos não serão discutidos aqui, pela amplitude dos mesmos.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa caracteriza-se como um estudo de caso, descritivo, em que foram levantados dados quantitativos por meio de uma “*survey*”, em uma Instituição Pública, no caso o Tribunal de Justiça de um Estado Brasileiro no norte do país, envolvendo a sede, a comarca da capital e as comarcas no interior do Estado que têm como finalidade principal a prestação de serviço jurisdicional à sociedade. Os servidores desse órgão constituem um grupo bastante heterogêneo, com grau de instrução desde ensino fundamental até mestrado e doutorado, com peculiaridades inerentes às atividades jurisdicionais, dentro da realidade do Estado.

A pesquisa quantitativa consistiu em uma *survey* para mapear e caracterizar o número de casos de assédio moral, como são constatados, bem como tipos e atitudes que o configuram na população escolhida.

O instrumento utilizado foi adaptado de Leymann (1990), Einarsen (1994), Margarida Barreto (2000) e Nunes (2011), mas tendo em vista as características da população pesquisada foi pré-testado.

A *survey* busca caracterizar o número de casos, identificar as origens, tipos, frequência e formas de assédio, reflexo na saúde da vítima, na organização estudada. Para tanto os respondentes aceitaram participar da pesquisa no início da *survey* e a pesquisa atendeu a todos os requisitos de éticos exigidos ao caso.

CAMPO DE ESTUDO: O PODER JUDICIÁRIO

A administração pública passou por diversas fases, a primeira delas quando passou de administração pública patrimonialista para burocrática, na Era Vargas e visava substituir a administração patriarcal em que se misturava o patrimônio privado e o público. Assim, por meio de lei, foi definida a finalidade de cada órgão, além dos limites impostos aos servidores, ideia da carreira pública, o ingresso por concurso



Artigo

público, profissionalização do servidor, evidenciando assim, o princípio da impessoalidade e o combate ao nepotismo e à corrupção.

Foi nessa fase também que algumas questões ficaram mais claras na Administração Pública burocrática, como a diferença entre cargos e função, direção e chefia, a hierarquia funcional. As decisões eram centralizadas, o poder era estrutural, o controle reforçado com a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público – DASP.

Mais tarde, durante a ditadura militar (1964-1985) foi inserido no texto Constitucional um novo conceito de administração pública, transferindo às organizações do terceiro setor, autarquias, fundações, empresas públicas a responsabilidade de desenvolver a atividade e função administrativa em atendimento aos interesses públicos. Há a preocupação com a eficiência da administração, qualidade dos serviços e redução dos custos.

Com a redemocratização, a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 37 estabelece os princípios da administração pública de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, impondo ao gestor público fazer somente o que está no ordenamento jurídico, tendo como meta a finalidade pública, respeito Aos valores morais e éticos, em todos os seus atos, dando eficácia aos mesmos através da publicação e gerir os recursos públicos de forma a otimizá-los, de maneira a ser eficiente, eficaz e efetivo.

A passagem da administração pública burocrática para a gerencial iniciou em 1995, no governo de Fernando Henrique Cardoso, com o objetivo de combater os gastos excessivos, a deficiência do Estado na prestação de serviço de qualidade ao cidadão na área de políticas pública para a saúde, educação e sociais.

Essa reforma comandada por Luiz Carlos Bresser Pereira (1996) visava tornar a administração pública muito mais flexível, diminuir os custos, garantir um serviço de qualidade, com um servidor motivado com seu trabalho e valorizado aos olhos da sociedade.

Segundo o Ministério de Administração Federal e Reforma do Estado (MARE, 1995), o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE, 1995) visava fortalecer estrategicamente o Estado, redução do Estado, controle das políticas públicas, redefinição do papel regulador do Estado, responder com agilidade às demandas sociais, recuperar a capacidade financeira e administrativa.

O Estado deixava de ser assistencialista e paternalista e se voltava para a produção de bens e serviços, com qualidade para o cidadão. Muitos serviços públicos foram privatizados por não serem considerados função essencial do Estado.



Artigo

Segundo Bresser Pereira (1995) o Estado seria constituído de um núcleo burocrático voltado para as funções exclusiva do governo que é o de legislar, tributar, administrar a justiça, garantir a segurança e a ordem interna, defender o país contra inimigo externo, estabelecer políticas de caráter econômico, social, cultural e do meio ambiente. Em outro núcleo que estavam os serviços que fariam parte do Estado, mas não necessariamente prestado apenas pelo Estado, como educação, pesquisa, saúde pública, cultura e seguridade social, que poderiam ser oferecidas pelo setor privado e organizações sem fins lucrativos.

Na administração pública as reestruturações das organizações governamentais ocorrem por pressão da sociedade que cobra por melhores serviços. Foi o que aconteceu com o Poder Judiciário que para atender os reclamos da sociedade tinha que combater o seu ponto mais crítico que era, e ainda é, a morosidade.

O legislador constitucional na promulgação em 1988 DA CONSTITUINTE quis combater o ponto nevrálgico no âmbito da justiça e da administração como um todo, constando no texto da Carta Magna em seu inciso LXXVIII do art. 5º, a razoável duração do processo e os meios que garantissem a celeridade de sua tramitação, conferindo ao magistrado a resolução da lide.

Durante todo o processo de transição da administração pública burocrática para a administração pública gerencial o Poder Judiciário foi alvo de críticas constantes em virtude da morosidade na solução dos litígios, que chegavam a um lapso temporal de 5, 10, 15 anos, provocando uma crescente insatisfação do usuário e com isso a necessidade de mudança que adveio com a Emenda Constitucional (EC) 45, de 08 de dezembro de 2004. Essa Emenda visava garantir ao cidadão brasileiro acesso a justiça democrática com uma decisão justa, mais ágil, eficiente e humanizada.

O Poder Judiciário tem enfrentado cobranças da sociedade que busca eficiência e celeridade, o que se intensificou quando foi criado o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) que desempenha um papel importante nessa busca de presteza e agilidade na prestação de serviço à sociedade, estabelecendo prazos para julgamento dos processos que recebe e que pode estar contribuindo para situações de assédio, uma vez que pressiona pelo aumento da produtividade do servidor. É neste meio, o do judiciário, que foram aplicados os questionários e obtidos os seguintes resultados.



Artigo

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Foram enviados questionários online a todos os 2.551 servidores do Judiciário Estadual. A baixa participação pode ser atribuído ao tema proposto e o temor de se exporem. Dos 198 questionários válidos, 102 foram respondidos por mulheres e 96 por homens. Desse total, 158 respondentes têm mais de 29 anos. Predomina a etnia branca (93) e parda (87). Quanto ao estado civil 131 são casados ou vivem em união estável. Observa-se alta escolaridade, pois 63 têm curso superior e 92 são pós-graduados (especialização, mestrado e doutorado). Dos respondentes, 101 trabalham a menos de 11 anos na administração pública, e 97 entre 11 a 40 anos. Mesmo que predomine formação de nível superior, 125 são concursados para nível médio e fundamental, 56 para nível superior e 11 comissionados de livre nomeação⁵. Do total de 198 respondentes, 98 ocupam cargo de chefia, 94 são lotados na área meio (administrativa) e 104 na área judiciária (cível, criminal, família, juizados especiais e sede do Judiciário).

Quando perguntados se sofreram ou sofrem assédio moral no ambiente de trabalho, 133 responderam que se sentem assediados e 65 que não. A faixa etária dos que se sentem mais assediados é primeiramente os que se situam entre 31 a 36 anos, em segundo a faixa de 37 a 42 anos, em terceiro de 25 a 30 anos e depois entre 49 a 54 anos.

Buscou-se cruzar os dados entre os que afirmaram se sentirem assediados com o tempo de serviço. Dos 133 que se sentem assediados a maior frequência ocorre entre os que estão (ou estavam) de 1 a 3 anos no serviço público, justamente quando o servidor está em período de estágio probatório, que é quando o mesmo encontra-se mais vulnerável, porque depende da aprovação no estágio para obter a estabilidade.

Tem maior ocorrência com os técnicos de nível médio e fundamental (45 feminino e 40 masculino), seguido dos agentes judiciários de nível superior (21 feminino e 18 masculino). Estes técnicos representam aproximadamente 50%, dos servidores dentro do nível da carreira. Quando comparado a carreira do servidor e o *status* ocupado por ele no Poder Judiciário observa-se os técnicos são os que se sentem mais assediados, 40 ocupam cargos de confiança e 45 não ocupam. Uma peculiaridade é

⁵ Cargo em comissão de livre nomeação – são aqueles destinados ao livre provimento e exoneração, de caráter provisório, destinando-se à direção, chefia e assessoramento, que podem ser exonerado a qualquer tempo, portanto não são servidores concursados. No caso estudado há cargos em comissão de livre nomeação que permanecem por vários anos.



Artigo

que um determinado funcionário pode chefiar um pequeno ou grande número de funcionários, mas oficialmente não tem essa função. Da mesma forma um servidor exerce um cargo de confiança, mas sem subordinados.

Dos respondentes, 86 apontam como assediadores, em sua maioria, os superiores hierárquicos. Chama atenção o número de assédio misto 25 (chefe, colegas, conjunto de colegas ao mesmo tempo), que ocorre na nossa amostra, e que é considerado incomum por Hirigoyen (2005; 2009).

Sabe-se que no serviço público as chefias não têm o poder de demitir em virtude da estabilidade do servidor após três anos de efetivo exercício e da aprovação no estágio probatório. É difícil distinguir as atitudes abusivas das prerrogativas da hierarquia. A própria noção de subordinação remete a uma relação de desigualdade da qual alguns administradores, poucos seguros de si, ou detentores de poder se aproveitam, abusando e sentindo prazer em submeter o outro (HIRIGOYEN, 2009).

Procurou-se verificar a relação entre o nível de escolaridade dos respondentes, em relação ao assédio moral. Desses 56 estão na carreira de nível superior, 42 com pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado); 125 são da carreira de técnico Judiciário (nível médio e fundamental), 90 possuem graduação e pós-graduação (especialização e mestrado) e 27 o superior incompleto (cursando) e dos comissionados de livre nomeação 11 são formados e pós-graduados (especialização).

Os agentes do judiciário que se sentem mais assediados apresentam nível de formação superior e pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado). O mesmo ocorre com os técnicos de nível médio e fundamental que estão cursando faculdade, graduados e os pós-graduados (especialização), portanto, os que têm escolaridade superior àquela que é exigida para o cargo.

Quanto à frequência do assédio moral, 59 afirmaram que ocorre/u várias vezes por semana, 37 uma vez por semana e 37 diariamente. Para um número expressivo desses a duração do assédio é/foi superior a 5 anos, seguido de nove ocorrências de 3 a 4 anos e 13 ocorrências entre 1 a 2 anos.

Quase metade dos servidores que se sentem assediados (57) o assédio é superior a três anos, e (36) com duração entre 1 a 2 anos, corroborando com o que afirma Hirigoyen (2005, 2009) de que o assédio moral na administração pública pode ser muito mais cruel e longo que nas organizações privadas. Quanto aos agressores não há predominância de sexo, sendo tanto homens como mulheres:

Indagados se teriam assediado alguém, 181 responderam que não praticaram assédio nos últimos seis meses e 176 que não praticaram assédio nos últimos cinco anos. Um pequeno número respondeu que praticaram assédio nos últimos seis meses e



Artigo

nos últimos cinco anos, como uma forma de se vingarem por terem sido assediados, ou para atingirem seu antigo assediador, os demais não expuseram os motivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As organizações públicas e privadas têm passado por diversas mudanças para se manterem no mercado competitivo. Mudaram o modo de produção, se reorganizaram, eliminaram parte da burocracia, procuraram evoluir junto com a tecnologia, diminuindo os custos; em consequência, houve redução dos postos de trabalho e a automação em todos os setores, seja de serviços, indústria, bancos, construção civil e comércio; o que contribuiu para fragilização das relações de trabalhos principalmente nas organizações privadas.

As mudanças nas organizações privadas ocorreram bem mais rápido que nas organizações públicas, estas iniciaram com a Emenda Constitucional 19/1999, incluindo o princípio constitucional da “eficiência”, passando gradativamente da administração burocrática para a administração gerencial baseada em resultados e com foco no cidadão. No Poder Judiciário, as mudanças não ocorreram junto com as do Poder Executivo, havendo somente uma mudança substancial com a promulgação da Emenda Constitucional 45/2004 e com ela a criação do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

As últimas mudanças econômicas e organizacionais, no País, trouxeram consigo uma forte pressão sobre o servidor público do Poder Judiciário, pois desencadearam um crescente aumento de ações judiciais por parte da sociedade e exigiu-se serviço jurisdicional mais célere. Aparentemente ampliaram-se situações de constrangimentos, humilhações e cobranças que atingiram desde os postos de níveis mais baixos até a mais alta administração.

No estudo quantitativo (*survey*), apesar do esforço em abranger todos os servidores da instituição (2551), obtivemos 206 respostas; destas, 198 foram consideradas válidas. O tema é objeto de interesse dos inquiridos, mas mexe com os temores relativos aos problemas vividos pela maioria dos respondentes, e entre esses temores está o de ser visado, em razão das conclusões possíveis do estudo.

Na amostra constatou-se, que aproximadamente 67% dos servidores se sentem ou se sentiram assediados, o que nos levou a investigar se essa violência moral ocorria com servidores comissionados de livre nomeação indicados pelos gestores, ou por servidores concursados antigos que se sentissem ameaçados pela entrada de servidores mais jovens e possivelmente mais qualificados.



Artigo

Com base nos dados levantados deduz-se que os maiores agressores dos servidores no início de carreira são os que têm mais tempo de serviço sobre os que estão a menos de três anos no serviço público. Pode-se supor que servidores antigos se sentem ou sentiram ameaçados pelos mais jovens ou mais qualificados.

Os que se sentem mais assediados são os servidores concursados, que representam aproximadamente 93%, dos pesquisados, estes, são maioria (2.311) em relação aos comissionados de livre nomeação (240), que representam somente 7%.

Quanto à lotação, 69 respondentes exercem suas atividades na área judiciária e 64 na área administrativa, poder-se-ia deduzir que o assédio ocorre na mesma ordem de grandeza nas duas áreas de lotação, mas se considerarmos que o número de servidores lotados na área administrativa (874), é a metade dos que atuam na área judiciária (1677), o número de servidores que se sentem assediado representam 7,61% na área administrativa e 4,17%, na área judiciária levando a considerar que o assédio moral é maior na área administrativa.

Dos 1.117 cargos de confiança, 877 são ocupados por servidores concursados (499 do sexo feminino e 378 sexo masculino) e 240 por comissionados de livre nomeação (179 do sexo feminino e 61 do sexo masculino). Verifica-se uma predominância do sexo feminino nos cargos de chefia, portanto pode-se supor que não há discriminação em relação ao sexo feminino para cargos de chefia.

Quanto à violência moral, quando perguntado o sexo do agressor, pelos dados da *survey* 50 são do sexo masculino, 48 do sexo feminino e 35 as vítimas disseram que se sentiram assediado tanto por homens como por mulheres parece não haver predominância de homens ou mulheres assediadores. Ao observar o número de cargos ocupados por cada sexo, pode-se inferir que o sexo masculino é o de maior número de agressores, porque representa 11% do total de cargos de chefia (439), enquanto mulheres representam 7% do total de cargos de chefia (678).

No transcorrer da pesquisa constatamos que o fenômeno é muito mais intenso se compararmos aos registrados em outros estudos, pois o assédio ocorre diariamente, várias vezes por semana, por um longo período e acima de três anos, o que torna essa violência muito mais cruel, expondo a vítima a um sofrimento prolongado, que perdura diante da conivência das chefias omissas ou incapazes de inibir esse fenômeno. O tempo de assédio difere do observado em organizações privadas, que dura em média de um a um ano e meio e acaba com a demissão do empregado. Na organização pública, se torna muito mais difícil o agressor se livrar de sua vítima, devido à estabilidade adquirida após estágio probatório. Esses dados coincidem com os encontrados por Hirigoyen



Artigo

(2009) ao afirmar que no serviço público o assédio é mais cruel devido ao longo período de sofrimento a que é submetida a vítima.

O tempo de duração do assédio moral tem relação também com o fato de muitos dos assediados encontrarem-se em estágio probatório, dependendo da avaliação positiva do seu superior para adquirir a estabilidade no serviço público. Esses dados corroboram as informações encontradas nas questões abertas. Observa-se também que os servidores com mais tempo de serviço não são alvo dos agressores, diferenciando-se de outras pesquisas já realizadas.

Parece haver uma relação estreita entre o fato dos servidores se sentirem assediados com o *status* ocupado na carreira. Os que mais se sentem assediados são os que estão na carreira de técnico judiciário (nível médio) com um nível de escolaridade superior ao exigido para o cargo (graduação, especialização e mestrado), seguido dos agentes judiciários (nível superior) que cursaram alguma especialização.

A faixa etária de 25 a 48 anos é a mais atingida pelo assédio moral, os servidores com idade mais avançada (de 49 a 70 anos) não são apontados como alvos dos agressores. Levando-se em consideração o número de servidores ativos existente em cada faixa etária no Poder Judiciário pesquisado, a maioria dos que se sentem assediados estão entre os 19 a 24 anos, pela quantidade de servidores (42) e o número de respondentes dessa faixa etária (13) que se sente assediado representa 31% do total de servidores.

Os tipos de assédio encontrados confirmam pesquisas anteriores, o de maior ocorrência é do superior hierárquico sobre o subordinado; e o que chama atenção também a existência de assédio misto, aquele que ocorre entre colegas do mesmo nível hierárquico e pelo chefe ao mesmo tempo. Supõe-se que quando a vítima é assediada pelo chefe, fica vulnerável, e alguns colegas aproveitem-se disso ou para agradar a chefia, ou porque igualmente gostam de humilhar.

Constatou-se que não há predominância de sexo entre os que se sentem mais assediados, o que diferencia das demais pesquisas em que, o sexo feminino é o mais assediado, corroborando a pesquisa de Amazzarray (2010), por meio da qual identificou que tanto pessoas do sexo feminino como do sexo masculino eram vítimas de assédio.

Os atos hostis que mais se evidenciaram, de acordo com a classificação de Hirigoyen (2009), no que se refere (i) à deterioração proposital das condições de trabalho, foram controle e pressão sobre o servidor, transferência forçada, pressão no cumprimento de metas, obrigar a trabalhar longos períodos fora do horário de expediente, impedir e ignorar os seus direitos, sobrecarga de trabalho, críticas exageradas; (ii) quanto ao atentado à dignidade, os de maior relevância foram



Artigo

desqualificar/desrespeitar e humilhar o servidor, fazer insinuações desqualificativas ou desdenhosas.; (iii) isolamento e recusa de comunicação, sendo os mais relevantes comunicação agressiva e ignorar o servidor, e por fim (iiii) ameaças verbais, físicas e sexuais, sendo os de maior relevância ameaças profissionais, insultar e falar aos gritos.

Nos atos hostis relatados, praticados com o propósito de deteriorar as condições de trabalho, o que chama atenção é a pressão e controle sobre o servidor quanto à produtividade com objetivo de cumprir as metas estipuladas, além da sobrecarga de trabalho. Pressão que vem através do CNJ que visa agilizar o julgamentos do processos antigos. Já os atos de isolamento e recusa de comunicação busca desestabilizar a vítima e induzi-la a abandonar o emprego.

Os atos hostis de atentados contra a dignidade como humilhação, diminuição, desrespeito fazem com que o indivíduo fique acuado e envergonhado diante das situações vividas, e as ameaças verbais deixam claro que o agressor quer ver sua vítima longe, o que corrobora as pesquisas realizadas por Leymann (1996a, 1996b, 1996c), Einarsen (2005), Hirigoyen (2005; 2009), Barreto (2006), Freitas, Heloani e Barreto (2008), Soboll (2008), Guedes (2008).

Enfim, o trabalho no setor público apresenta algumas diferenças em termos de assédio do que ocorre em organizações privadas decorrentes do tipo de contrato de trabalho (que possibilita estabilidade) e do fato de que há uma grande dificuldade no assediador ser responsabilizado e do fato desse assédio ser de maior duração em decorrência do tipo de contrato de trabalho que o diferencia do setor público e também de características diferenciadas nas esferas do executivo, legislativo e judiciário que mereceriam serem também estudados.

REFERÊNCIAS

AMAZARRAY, M.R. **Violência psicológica e assédio moral no trabalho enquanto expressões de estratégias de gestão**. 2010. 269f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

BARRETO, M. **Violência, Saúde e Trabalho – uma jornada de humilhações**. São Paulo: EDUC, 2006.



Artigo

BARRETO, M.; HELOANI, R. Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 123, p. 544-561, jul/set, 2015.

BATALHA, L. R. **Assédio Moral em face do servidor público**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2009.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 19 de 04 de junho de 1998**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm>. Acesso em: 24 de mar 2011.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 45 de 30 de dezembro de 2004**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc45.htm>. Acesso em: 24 de mar 2011.

BRESSER PEREIRA, L. C. Da Administração Pública Burocrática à Gerencial. **Revista do Serviço Público**, v.47, n.1 Janeiro, 1996.

BRESSER PEREIRA, L. C. **Reforma Gerencial de 1995**. Disponível em <<http://www.bresserpereira.org.br/rgp.asp>>, acessado em 26 fev 2013.

BRODSKY, C.M. *The Harassed Worker*, Lexington Books, DC Heath and Company, Toronto, 1976.

CARVALHO, D. J. P. **Assédio Moral na Administração Pública**. Cuiabá: Sindicato dos Fiscais de Tributos Estaduais de Mato Grosso, 2009, Disponível em: <<http://www.sinfate.com.br/pgControler.php?acao=noticias&tipo=&codg=2397>>. Acesso em: 10 jul 2016.

DI MARTINO, V.; HOEL, H.; COOPER, C. Preventing violence and harassment in the workplace. **European foundation for the improvement of living and working conditions**, Ireland, 2003.

EINARSEN, S.; SKOGSTAD, A.; RAKNES, B. I.; MATTHIESES, S. B. Bullying and harassment at work and their relationships to work environment quality. **The European Journal of Work and Organizational Psychology**, London, n. 3, p. 381-401, 1994.



Artigo

EINARSEN, S. Harassment and bullying at work: a review of the Scandinavian approach. **Aggression and violent behavior**, vol. 5, n. 4. p. 379-401, 2000.

EINARSEN, S.; HOEL, H.; ZAPF, D.; COOPER, C. L. The concept of bullying at work: the European tradition. In EINARSEN, Ståle; HOEL, Helge; ZAPF, Dieter. COOPER, Cary L. (Eds) **Bullying and Emotional Abuse in the Workplace: internacional perspectives in research and practice**. London: Taylor & Francis, 2003.

EINARSEN, S.; HOEL, H.; ZAPF, D.; COOPER, C. L. Workplace Bullying: individual pathology or organizational culture? In: BOWIE, V.; FISCHER, B. S.; COOPER, C. L. (Eds) **Workplace Violence: issues, trends, strategies**. Devon: Willian Publishing, 2005.

EINARSEN, S.; HOEL, H.; ZAPF, D.; COOPER, C. L. **Dealing with bullying at work: the Norwegian lesson**. Disponível em:
<<http://www.worktrauma.org/research/research03.htm>>. Acesso em: 29 mai 2016.

FREITAS, M. E., HELOANI, R., BARRETO, M. **Assédio moral no trabalho**. São Paulo: Cengage Learning, Coleção Debates em Administração, 2008.

GUEDES, M. N. **Terror Psicológico no Trabalho**. 3ª ed. São Paulo: LTr, 2008.

HELOANI, R. **Assédio Moral: um ensaio sobre a expropriação da dignidade no trabalho**. Revista de Administração Eletrônica, São Paulo, v. 3, n. 1, Art. 10, jan./jun, 2004.

HELOANI, R. **Quando alguém se mata no trabalho, o que está querendo dizer?** In: BARRETO, M.; BERENCHTEIN, Netto, PEREIRA, L. B. P. (Orgs.). Do assédio moral à morte de si: significados sociais do suicídio no trabalho (p. 249-274), 2011. São Paulo: Matsunaga.

HIRIGOYEN, M. F. **Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.



Artigo

HIRIGOYEN, M. F. **Assédio Moral: A violência perversa do cotidiano**. 11^a ed. Rio de Janeiro: Editora Bertrand do Brasil, 2009.

LEYMANN, H. Mobbing and Psychological Terror at Workplaces. **Violence and Victims**. Vol. 5, n.2, p.119-126, 1990.

LEYMANN, H. **The definition of mobbing at workplaces, 1996a**. Disponível em: <<http://www.leymann.se/English/12100E.HTM>>. Acesso em 01 out 2016.

LEYMANN, H. GUSTAFSSON, A. Mobbing at work and the development of posttraumatic stresses disorder. **European journal of work and organizational psychology**, vol. 15, n. 2, p. 251-275, 1996b.

LEYMANN, H. GUSTAFSSON, A. Mobbing at work and the development of posttraumatic stresses disorder. **European journal of work and organizational psychology**, vol. 15, n. 2, p. 251-275, 1996c.

MERLO, A. R. C. Psicodinâmica do Trabalho. In: CODO, Wanderley; JACQUES, Maria da Graça (orgs.). **Saúde mental & trabalho: leituras**. Petrópolis: Editora Vozes, p.130-142, 2002.

MORAES, S. **Assédio Moral: Relação de Tirania no Ambiente de Trabalho**. São Paulo: Scortecci Editora, 2008.

NUNES, T. S. **Assédio moral no trabalho: o contexto dos servidores da Universidade Federal de Santa Catarina**, 281 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

SANTOS, M. A. F. S.; SIQUEIRA, M. V. S.; MENDES, A. M. Tentativas de suicídio de bancários no contexto das reestruturações produtivas. In: Encontro Anual da ENANPAD, 19 a 23 de setembro de 2009. São Paulo.

SOBOLL, L. A. P. **Assédio moral/organizacional: uma análise da organização do trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.



Artigo

SOBOLL, L. A. P., GOSDAL, T. C. **Assédio moral interpessoal e organizacional: um enfoque interdisciplinar.** São Paulo: LTr, 2009.

SOARES, L. Q. **Interações socioprofissionais e assédio moral no trabalho: “ou você interage do jeito deles ou vai ser humilhado até não agüentar mais”.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

SOUZA, J. D. **As Chefias Avassaladoras: a face oculta da tirania e do assédio moral nas empresas e o que fazer para acabar com essa prática devastadora.** Osasco, São Paulo: Novo Século Editora, 2009.

VIZZACCARO-AMARAL, C. E.; VIZZACCARO-AMARAL, A. L.; VIZZACCARO-AMARAL, S. A. Agravos à saúde física e mental do trabalhador: o assédio moral indireto e os desafios para o trabalhador no Século XXI. **Revista Eletrônica da RET - Rede Estudos do Trabalho**, ano IV, nº 7, 2010.

ZANETTI, R. **Assédio Moral no Trabalho.** E-book, 2008. Disponível em: <<http://www.mobbingportal.com/zapfd.html>>. Acesso em: 05 mai 2016.

ZAPF, D.; EINARSEN, S. Bullying in the workplace: recent trends in research and practicean introduction. **European Journal of Work and Organizational Psychology**, Volume 10, Number 4, 1 pp. 369-373, December/2001.



Artigo

ASPECTOS GERAIS DAS NEOPLASIAS DA LARINGE

GENERAL ASPECTS OF LINGING NEOPLASMS

Ana Júlia Nascimento do Santos
Gabriel Soares de Souza
Marcos Cezar Feitosa de Paula Machado
Pauliana Valéria Machado Galvão
Polyana Felipe Ferreira da Costa
Priscila Maria de Barros Rodrigues

RESUMO - A principal causa de morte no mundo atualmente é o câncer. Quando se investiga as neoplasias malignas que atingem a cabeça e pescoço, o câncer que se destaca é o de laringe, que também é o segundo tipo de câncer respiratório mais comum. À vista disso, o objetivo desse estudo foi fornecer uma visão clínica e epidemiológica geral, além de destacar os fatores de risco, diagnóstico e terapêutica dos tumores malignos laríngeos. Foram incluídos no estudo 15 artigos, todos publicados entre os anos de 2010 a 2018 e selecionados a partir das bases de dados SciELO, PubMed e Repositório Digital ASCES, utilizando para a pesquisa os descritores “câncer”, “laringe”, “neoplasias de cabeça e pescoço” e “tratamento”. Verifica-se que a maioria dos tumores de laringe é originada de células escamosas, possuindo como principais fatores de risco o álcool e o tabaco. O Brasil apresenta uma elevada incidência desse tipo de câncer, o qual corresponde a 2% do total de neoplasias malignas e ocupa a oitava e a décima sexta posição no gênero masculino e feminino, respectivamente. Por ser associado a estruturas e estágios distintos, o câncer laríngeo necessita de uma abordagem terapêutica individualizada e multidisciplinar, visando aumentar a sobrevivência do paciente bem como manter a funcionalidade do órgão. Com controle dos fatores de risco e uma abordagem correta, espera-se que a incidência desse tipo de neoplasia diminua, tanto a nível nacional como mundial.

Palavras-chave: Câncer; Laringe; Neoplasias de cabeça e pescoço; Tratamento.

ABSTRACT - Laryngeal cancer occupies the first position among malignant head and neck neoplasms and represents the second most common type of respiratory cancer in the world. In view of this, the aim of this study was to provide an overview, through a



Artigo

review of the literature, on the epidemiology, risk factors, clinical manifestations, diagnosis and treatment of malignant laryngeal tumors. The study included 15 articles, all published between 2010 and 2018 and selected from the SciELO, PubMed and ASCES Digital Repository databases, using the descriptors "cancer", "larynx", "head neoplasias" and neck "and" treatment ". The majority of laryngeal tumors originate from squamous cells (SCC), with alcohol and tobacco as the main risk factors. Brazil has a high incidence of this type of cancer, which corresponds to 2% of all malignancies and occupies the eighth and sixteenth positions in the masculine and feminine gender, respectively. Because it is associated with distinct structures and stages, laryngeal cancer requires an individualized and multidisciplinary therapeutic approach, aiming at increasing patient survival as well as maintaining organ function. With control of risk factors and a correct approach, it is expected that the incidence of this type of neoplasia will decrease, both nationally and globally.

Keywords: Cancer; Larynx; Head and neck neoplasms; Treatment.

INTRODUÇÃO

O câncer é a segunda causa de morte em todo o mundo, ficando atrás somente das doenças cardiovasculares. A nível mundial, estima-se que 18,1 milhões de novos casos de câncer e 9,6 milhões de mortes relacionadas à doença aconteceriam no ano de 2018 (BRAY *et al.*, 2018). Entre as neoplasias malignas de cabeça e pescoço, o câncer de laringe ocupa a primeira posição e representa o segundo tipo de câncer respiratório mais comum no mundo. A situação brasileira não é menos grave: estes tumores representam cerca de 2,0% de todos os cânceres, correspondendo a aproximadamente 7.700 casos novos anualmente. Este tipo de neoplasia maligna ocorre mais comumente em homens do que em mulheres (6,17 casos por 100.000 habitantes e 1,2 casos por 100.000 habitantes, respectivamente), e acomete principalmente a faixa etária superior a 40 anos (INCA, 2017).

Considerando-se a divisão anatomofuncional da laringe, a localização do tumor pode ocorrer em diferentes subsítios: supraglote, glote e subglote. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2019), aproximadamente 2/3 dos tumores surgem na corda vocal verdadeira, localizada na glote, e apenas 1/3 acomete a laringe supraglótica. A principal forma histopatológica, encontrada em mais de 90% dos pacientes, é o carcinoma espinocelular (CEC) (KARICHE *et al.*, 2018). Trata-se de uma neoplasia



Artigo

epitelial invasiva propensa ao aparecimento precoce de metástase em linfonodos, especialmente nas regiões supraglótica e subglótica, uma vez que apresentam drenagem linfática rica (BRITTO; PAULA; SADDI, 2014; BONHIN *et al.*, 2015). A expectativa de vida por cinco anos é de cerca de 50% quando metástases linfonodais estão presentes (GALBIATTI *et al.*, 2013).

Além disso, o câncer de laringe é uma doença multifatorial, que resulta não somente de herança genética, mas também de fatores ambientais. Portanto, alguns comportamentos de risco têm sido implicados na patogênese da doença, sendo os mais significativos o consumo de tabaco e álcool. Ambos possuem em sua composição elementos mutagênicos que podem impulsionar a reprogramação epigenética e a instabilidade genética para induzir a oncogênese. O tabaco tem sido incriminado como o fator de risco mais importante para o desenvolvimento da doença, com risco relativo variando de 1,5 a 9 vezes. O consumo regular de álcool também foi implicado como um fator de risco independente, podendo aumentar o risco da doença em 2 a 5 vezes. (KARICHE *et al.*, 2018).

O tratamento do câncer de laringe depende do estágio da doença e das condições clínicas do paciente – cuja sintomatologia pode incluir rouquidão, disfonia, dispneia e disfunção no momento de deglutir (STEUER *et al.*, 2017). Além disso, deve almejar, sempre que possível, o melhor resultado oncológico associado à preservação funcional do órgão (GRACIANO *et al.*, 2016). A terapêutica inclui desde radioterapia localizada e cirurgias menores (microcirurgia transoral a laser e laringectomia parcial aberta) até a laringectomia total nos casos de tumores mais avançados (INCA, 2018). Ademais, o desenvolvimento de novas opções de tratamento, como a imunoterapia, é uma grande promessa para esta população de pacientes (STEUER *et al.*, 2017).

Vale ressaltar que embora nas últimas décadas tenha ocorrido um progresso significativo nos cuidados desempenhados aos pacientes portadores de câncer de laringe, paralelamente, houve um declínio na taxa de sobrevida em 5 anos de 66% para 63%, fazendo-se necessário mais pesquisas e inovações na área (STEUER *et al.*, 2017). Com base nos dados acima, o objetivo do presente artigo é detalhar aspectos relacionados às causas, epidemiologia, diagnóstico, manifestações clínicas e tratamento do câncer de laringe.



Artigo

MÉTODOS

Nesta revisão da literatura, foram pesquisados artigos publicados nas bases de dados online SciELO, PubMed e Repositório Digital ASCES, durante o período de 2010 a 2018. As palavras chave utilizadas para a realização da busca foram: “câncer”, “laringe”, “neoplasias de cabeça e pescoço” e “tratamento”. Foram selecionados os textos disponíveis na íntegra, que tivessem relação com o objetivo proposto da presente revisão. As referências dos mesmos também foram verificadas para identificar outros estudos que pudessem ter sido omitidos na busca eletrônica, sendo que ao todo 15 artigos foram selecionados. Por fim, sites de domínio público como <<https://www.inca.gov.br/>>, <<https://www.iarc.fr/>> e <<https://www.cancer.org/>> também foram consultados visando a obtenção de dados recentes tanto a nível nacional como mundial.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Epidemiologia

Os tumores de cabeça e pescoço incluem uma variedade de cânceres que acometem: lábio e cavidade oral, glândula salivar, orofaringe, nasofaringe, hipofaringe, laringe e tireoide. Quando se somam todos os subsítios, estes tumores ocupam o terceiro lugar em incidência, com 1.454.892 novos casos em 2018, ficando atrás somente dos tumores de pulmão e mama e à frente do câncer de próstata (BRAY *et al.*, 2018). O câncer de laringe representa cerca de 25% dos tumores malignos de cabeça e pescoço, ocupando dessa forma, a primeira posição entre as neoplasias que acometem essa área. Além disso, representa o segundo tipo de câncer respiratório mais comum no mundo, atrás apenas do câncer de pulmão (INCA, 2018).

Segundo a *International Agency for Research on Cancer* (IARC), o câncer de laringe é responsável por uma incidência de aproximadamente 177.422 novos casos (1%) e de 94.771 mortes por ano no mundo, ocorrendo predominantemente no sexo masculino, com uma proporção de incidência entre homens e mulheres próxima de 7:1, o que pode ser reflexo dos padrões de exposição aos fatores de risco aos quais esse gênero está associado (IARC, 2018; SILVA *et al.*, 2016; BRAY *et al.*, 2018). Em se tratando do número de mortes por câncer de laringe no Brasil, ocorreram 5.360 óbitos no ano de 2018 (CHAVES, 2018), e estimam-se que, para cada ano do biênio 2018-



Artigo

2019, 7.670 casos novos da doença, sendo 6.390 em homens e 1.280 em mulheres. O risco estimado será de 6,17 casos a cada 100 mil homens, ocupando a oitava posição, e 1,20 casos a cada 100 mil mulheres, sendo a 16ª neoplasia mais frequente nesse gênero, demonstrando o predomínio dessa neoplasia no sexo masculino (INCA, 2017).

No Gráfico 1, é possível analisar a estimativa da taxa bruta de incidência de câncer de laringe por 100 mil habitantes no país, com destaque à região Sul – a qual apresenta a maior taxa no gênero masculino – e à região Norte – com a menor taxa de incidência em ambos os sexos. Descartando os tumores de pele do tipo não melanoma, o câncer de laringe é a sexta neoplasia maligna mais frequente em homens na Região Nordeste; na Região Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Norte, ocupa a sétima, oitava, nona e décima posição, respectivamente. Já entre as mulheres, ocupa a 15ª posição na Região Norte e a 16ª posição nas Regiões Sudeste, Centro-Oeste, Sul e Nordeste (INCA, 2017).



Artigo

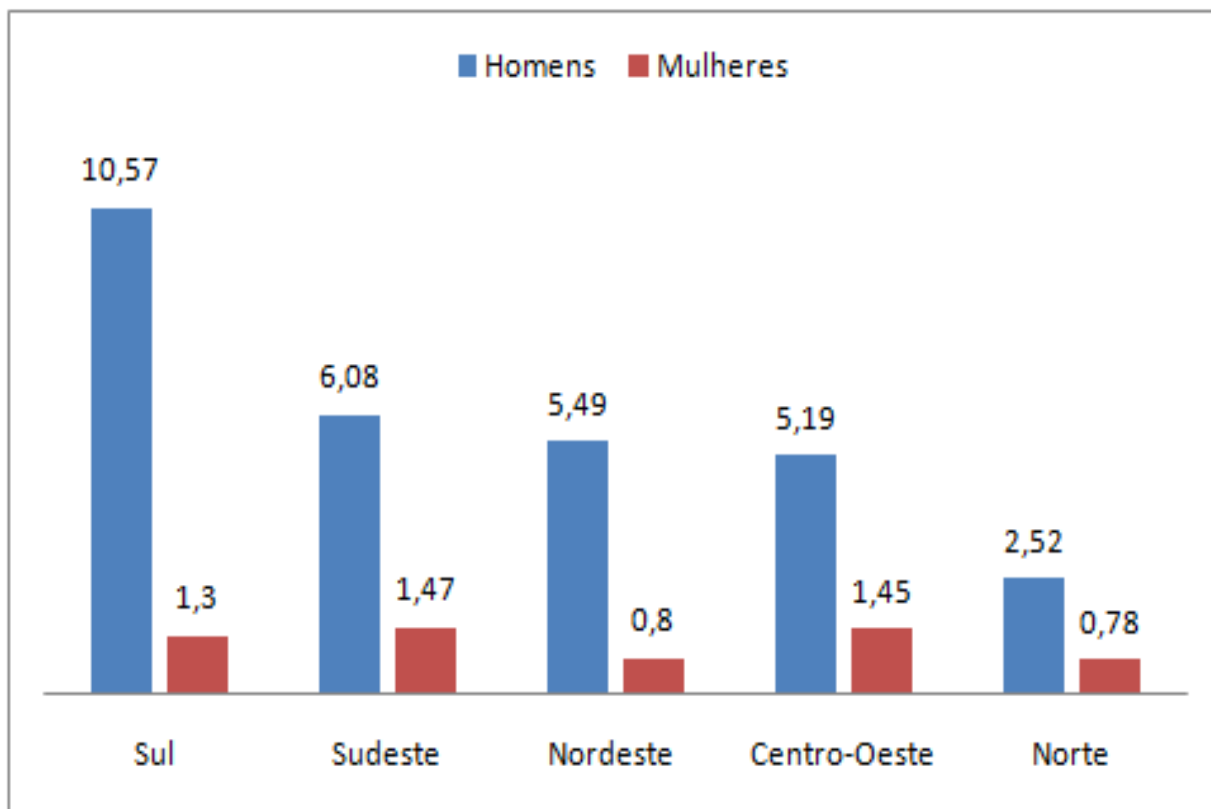


Gráfico 1. Estimativa para o biênio 2018-2019 da taxa bruta de incidência de câncer de laringe por 100 mil habitantes no Brasil.- Fonte: Adaptado de Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / INCA, 2017.

Com relação a variável idade, a análise dos dados de mortalidade no Brasil referentes ao período de 2010 a 2016 evidenciou, no gênero masculino, que mais de 89% dos óbitos por câncer de laringe ocorreram na faixa etária entre 40 e 79 anos, enquanto que nas mulheres, esse número é de 79,8% para a mesma faixa etária. No entanto, quando se analisa as idades iguais ou superiores a 80 anos, a proporção de óbitos é 9,82 % nos homens contra 18,1% no gênero feminino, reflexo da diferença das expectativas de vida entre os dois sexos (INCA, 2018).

Além disso, existem disparidades raciais observadas no câncer de laringe. Geralmente, os afro-americanos o apresentam mais precocemente e com maiores taxas de incidência e mortalidade em comparação aos caucasianos. Os primeiros possuíam



Artigo

uma taxa de mortalidade de 4.2% e os segundos de 2% para câncer de laringe entre os anos de 2005 a 2009 nos Estados Unidos. Semelhantemente, as taxas de incidência para afro-americanos e caucasianos foram, respectivamente, 10.4% e 6.6% (DESANTIS; NAISHADHAM; JEMAL, 2013).

Etiopatogenia e clínica

Uma complexa interação entre fatores endógenos e exógenos é crucial para o desenvolvimento de um tumor maligno. A maioria dos cânceres de laringe possui o padrão histológico do tipo CEC, o qual possui uma etiologia multifatorial, sendo o uso de tabaco e álcool os fatores de risco que mais contribuem para o seu desenvolvimento. Em se tratando de uma exposição crônica, a fumaça do tabaco e o álcool realizam um processo de agressão bioquímica no organismo do indivíduo, uma vez que possuem substâncias pré-carcinógenas, as quais podem interagir com o DNA das células, causando mutação, agressão ao tecido e disseminação das células oncogênicas, dando origem à neoplasia maligna (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2013; MORAES, 2014).

O etanol, por exemplo, é uma substância pro-carcinogênica, pois forma acetaldeído quando metabolizado, um composto altamente citotóxico que libera radicais livres e bases hidroxiladas no DNA (SCULLY; FIELD; TANZAWA, 2000). Além disso, essa substância lesa a mucosa laríngea, facilitando a exposição das células a outros agentes cancerígenos. Contudo, o tabaco sem fumaça, sachê de betel, agentes fenólicos, amianto, radiação ultravioleta, refluxo gastroesofágico, deficiências nutricionais (ferro e vitamina A) e agentes biológicos (cândida e HPV 16 e 18 – é provável que o vírus do papiloma humano possua tropismo pelas células germinativas do epitélio, penetrando nas células basais pelos receptores de superfície, e alterando o genoma dessas) também podem favorecer a manifestação do câncer de laringe do tipo CEC (MORAES, 2014; PINTO *et al.*, 2014).

Outros estudos apontaram que a presença de miofibroblastos – fibroblastos modificados que possuem características funcionais de células musculares lisas, importantes no processo de contração da ferida na cura por segunda intenção – associados a um mau prognóstico, pois estão envolvidos no processo invasivo do tumor, além de diminuir o tempo de vida dos pacientes. Isso se deve à síntese e secreção de vários fatores de crescimento que estimulam a proliferação de células neoplásicas, contudo, tais eventos só são visíveis quando a doença se encontra em um estágio mais avançado (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2013; SOUZA *et al.*, 2017).



Artigo

De um modo geral, a lesão do CEC é indolor, entretanto, os pacientes relatam ardência no local. Essa pode surgir a partir de lesões pré-malignas, fazendo com que não haja aumento do volume e/ou ulceração na fase inicial do desenvolvimento do tumor. Clinicamente, essas lesões podem ser identificadas pela leucoplasia, eritroplasia e eritroqueratose. A presença de placas esbranquiçadas (devido ao processo de queratinização) no epitélio laríngeo é característica da leucoplasia. Já se houver uma área avermelhada na mucosa laríngea, pouco associada a um processo inflamatório, a lesão é representada pela eritroplasia. Por outro lado, na eritroqueratose, existem tanto lesões leucoplásicas quanto eritroplásicas. Tais lesões podem se manifestar de maneira isolada ou associada, contínuas ou separadas e atingindo uma ou ambas as pregas vocais, com maior prevalência na face superior da corda vocal pela região fonatória (PINTO *et al.*, 2014; SOUZA *et al.*, 2017).

Para que haja um bom prognóstico, quantificar o tamanho e o grau de metástase para realizar o estadiamento tumoral (sendo o sistema TNM o mais utilizado) são passos fundamentais, pois definem a melhor estratégia terapêutica para cada paciente. Contudo, para que haja confirmação diagnóstica, deve ser realizado o exame histopatológico por meio da laringoscopia. Nele, o CEC apresenta-se como cordões invasivos de células escamosas epiteliais malignas, com extensão irregular do epitélio (PINTO *et al.*, 2014; SOUZA *et al.*, 2017).

Diagnóstico e tratamento

O início do diagnóstico se dá pela anamnese e pelo exame laringoscópico. A sintomatologia (geralmente precoce, mas com diagnóstico tardio) do paciente dependerá de qual local da laringe foi mais acometido, porém a disfonia (voz rouca/áspera) persistente é muito comum. Felizmente, além do exame histopatológico, a endoscopia rígida e de contato, e a endoscopia de autofluorescência estão sendo muito utilizadas para auxiliar no diagnóstico de câncer de laringe. A primeira detecta as áreas de vasta alteração nuclear e que sofreram algum de tipo de alteração angiogênica, facilitando a demarcação das áreas para a realização da biópsia (procedimento obrigatório antes de qualquer estratégia terapêutica). Já a segunda técnica analisa a fluorescência do tecido quando exposto a um tipo de luz azul; se o tecido conter células neoplásicas, a fluorescência passa a ser bem reduzida ao invés de esverdeada (normal) (INCA, 2018; SILVA *et al.*, 2015; SOUZA *et al.*, 2017).

Compreender o estado de saúde geral do paciente e o estadiamento tumoral são fatores essenciais na escolha do tratamento, o qual dependerá do estágio do câncer. No



Artigo

estágio 0, a principal região acometida é a glote (cordas vocais); por esse motivo, o diagnóstico é precoce, uma vez que há alteração direta da voz. Quase sempre são curáveis quando há retirada das cordas vocais, seja por radioterapia ou por cirurgia endoscópica. Porém, é necessário que o paciente se afaste dos fatores de risco para evitar um novo câncer. Sob outra perspectiva, nos estágios 1 e 2, as opções de tratamento são radioterapia ou laringectomia parcial, ambas com sucesso. A radioterapia é aconselhada quando os tumores são pequenos, sendo a cirurgia deixada para casos de recidiva. Ademais, o fato de não realizar a laringectomia diminui complicações pós tratamento e não altera tanto a voz do paciente (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

Já para os estágios 3 e 4, o tratamento combinado é o mais utilizado, sendo a principal escolha: cirurgia ou quimioterapia associada à radioterapia. Todavia, pacientes intoleráveis à intensidade desse tipo de tratamento são submetidos apenas à radioterapia isolada ou combinada com cetuximabe, um anticorpo monoclonal que age, provavelmente, no receptor do fator de crescimento epidermal na superfície das células cancerosas, interferindo no seu crescimento, e apresentando poucos efeitos adversos, além de possuir ótima especificidade. O risco de disseminação nesse estágio é altíssimo, por isso, além da remoção do tumor, os gânglios linfáticos da região do pescoço também são retirados (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017; CLARK *et al.*, 2013).

À vista disso, um estudo sobre radioterapia para câncer glótico inicial e resgate cirúrgico após recorrência procurou saber se há realmente eficácia da cirurgia após a falha radioterápica, e concluiu que a taxa de recidiva foi de 30,2% e taxa de controle para laringectomia parcial de 77,7% e laringectomia endoscópica de 25% (PONTES *et al.*, 2011). Porém, mesmo com o aprimoramento do diagnóstico e das terapias, a sobrevida dos pacientes tem caído nas últimas décadas, podendo estar relacionada ao fato de as intervenções cirúrgicas serem deixadas para segundo plano (com o aumento de estratégias que visam a prevenção ao órgão) e/ou pelo aumento dos casos em estágio clínico avançado (SILVA *et al.*, 2015).

Contudo, medidas cirúrgicas podem alterar a voz do paciente, diminuindo a sua qualidade de vida. Um estudo procurou investigar as repercussões psicossociais nos pacientes laringectomizados e seus cuidadores e concluiu que a perda da fala pode levar o paciente ao isolamento social e profissional (por vergonha da voz, por exemplo), os cuidadores se angustiam ao pensar na possibilidade de perda do ente querido, ou até mesmo nas tentativas de dar suporte e oferecer um ambiente agradável – físico e moral – às novas exigências do paciente e desta forma colaborando para uma possível diminuição da eficácia do sistema imune (eixo psiconeuroendocrinoimunológico)



Artigo

(BARBOSA; FRANCISCO, 2011). Ademais, vários estudos apontam que também há diminuição das funções sensoriais do olfato e do paladar em indivíduos submetidos à laringectomia total (CALDAS *et al.*, 2011). Tais fatos demonstram que os profissionais necessitam promover um tratamento integral ao paciente, considerando os vários aspectos implicados na reabilitação desses (PACHECO; GOULART; ALMEIDA, 2015).

CONCLUSÃO

Diante do que foi exposto, observa-se que hábitos recorrentes da população em geral podem predispor ao surgimento do câncer de laringe. À vista disso, nota-se a importância do esclarecimento às pessoas acerca dos malefícios dos fatores de risco para essa neoplasia maligna, como o álcool e o cigarro. Porém, além desses elementos, existem muitos outros que podem contribuir para o desenvolvimento de câncer de laringe que precisam ser estudados e comprovados cientificamente.

Acerca dos métodos terapêuticos, grande parte deles aumenta a taxa de sobrevivência dos pacientes com câncer de laringe, porém, a cirurgia pode trazer prejuízos à voz do indivíduo, reduzindo sua qualidade de vida. Portanto, aprimorar as estratégias de tratamento já existentes e elaborar novas abordagens ou técnicas, visando diminuir as complicações pós cirúrgicas do indivíduo, mas que, ao mesmo tempo, sejam eficientes para que não haja recidiva do câncer, são aspectos essenciais para o bem-estar do paciente. Por isso, é indispensável que a equipe multidisciplinar de saúde entenda sobre a preservação e funcionalidade do órgão, garantindo uma melhor intervenção terapêutica e a satisfação do paciente.

REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Treating Laryngeal and Hypopharyngeal Cancers by Stage**. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/laryngeal-and-hypopharyngeal-cancer/treating/by-stage.html>>. Acesso em: 19 de jan. de 2019.

BARBOSA, Leopoldo Nelson Fernandes; FRANCISCO, Ana Lúcia. Paciente laringectomizado total: perspectivas para ação clínica do psicólogo. **Paidéia**, v. 21, n. 48, p. 73-81, 2011.



Artigo

BONHIN, Rodrigo Gonzalez et al. Correlation between vascular endothelial growth factor expression and presence of lymph node metastasis in advanced squamous cell carcinoma of the larynx. **Brazilian Journal Otorhinolaryngology**, v. 81, n. 1, p. 58-62, Jan 2015.

BRAY, Freddie et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 68, n. 6, p.394-424, set. 2018.

BRITTO, Nathalia Machado Seixo de; PAULA, Hellen da Silva Cintra de; SADDI, Vera Aparecida. O papel de p16 e Ki 67 em carcinomas de células escamosas de cavidade oral e orofaringe. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v. 43, n. 4, p. 200-205, Out-Dez 2014.

CALDAS, Ada Salvetti Cavalcanti et al. Alterações e avaliações das funções do olfato e do paladar em laringectomizados totais: revisão sistemática. **Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 23, n. 1, p. 82-8, 2011.

CHAVES, Gabriela Freira. **O Câncer de Cabeça e Pescoço no GLOBOCAN 2018**. Grupo Brasileiro de Câncer de Cabeça e Pescoço - GBCP. Disponível em: <<http://www.gbcp.org.br/o-cancer-de-cabeça-e-pescoco-no-globocan-2018/>>. Acesso em: 22 de jan. de 2019.

CLARK, Michelle A. et al. **Farmacologia ilustrada**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DESANTIS, Carol E.; NAISHADHAM, Deepa; JEMAL, Ahmedin. Cancer statistics for African Americans, 2013. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 63, n. 3, p. 151-166, Fev 2013.

GALBIATTI, Ana Livia Silva et al. Head and ne âncercer: causes, prevention and treatment. **Brazilian Journal Otorhinolaryngology**, v. 79, n. 2 ,p. 239-247, Mar 2013.



Artigo

GRACIANO, Agnaldo José et al. Partial laryngectomy in glottic cancer: Complications and oncological results. **Brazilian Journal Otorhinolaryngology**, v. 82, n.3, p. 275-280, Maio 2016.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER- IARC. **Population fact sheets**. 2018. Disponível em: <<http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/76-brazil-fact-sheets.pdf>>. Acesso em: 20 de jan. de 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Atlas online de mortalidade**. 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/app/mortalidade>>. Acesso em: 20 de jan. de 2019.

_____. **Câncer de Laringe**. 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-laringe>>. Acesso em: 20 de jan. de 2019.

_____. **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2017.

KARICHE, Nora. et al. Comparative assessment of HPV, alcohol and tobacco etiological fractions in Algerian patients with laryngeal squamous cell carcinoma. **Infectious Agents and Cancer**, v. 13, n. 1, p. 8, Mar 2018.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. **Robbins Patologia Básica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MORAES, Juliana L. **Qualidade de Vida do Paciente Tratado por Câncer Avançado de Laringe**: Revisão Sistemática e Metanálise de Tratamento Cirúrgico versus Quimioradioterápico [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Universidade de Campinas, 2014.

PACHECO, Monique Silveira; GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; ALMEIDA, Carlos Podalirio Borges de. Tratamento do câncer de laringe: revisão da literatura publicada nos últimos dez anos. *Rev. CEFAC*, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 1302-1318, Jul-Ago 2015.



Artigo

PINTO, Jose Antônio et al. Lesões pré-malignas da laringe: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, São Paulo, v.41, nº 1, p. 42-47, Jan-Mar 2012.

PONTES, Paulo et al. Radioterapia para câncer glótico inicial e resgate cirúrgico após recorrência. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 77, n. 3, p. 299-302, 2011.

SCULLY, C.; FIELD, J.; TANZAWA, H. Genetic aberrations in oral or head and neck squamous cell carcinoma (SCCHN): 1. Carcinogen metabolism, DNA repair and cell cycle control. **Oral Oncology**, v. 36, n. 3, p. 256-263, Maio 2000.

SILVA, Elthon Gomes Fernandes da et al. Pacientes com câncer de laringe no Nordeste: intervenção cirúrgica e reabilitação fonoaudiológica. **Revista CEFAC**, v.18, n.1, p.151-157, Fev 2016.

SILVA, Thiago D. et al. Análise epidemiológica e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermoide de laringe. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, Mossoró, v.44, nº 2, p. 70-77, Abr-Jun 2015.

SOUZA, Arthur V. **Carcinoma de células escamosas**: uma revisão da literatura. [Trabalho De Conclusão De Curso]. Caruaru: Centro Universitário Tabosa de Almeida ASCES/UNITA, 2017.

STEUER, Conor. E. et al. An update on larynx cancer. **CA: A Cancer Journal for Clinicians** v. 67, n. 1, p. 31–50, Jan/Fev 2017.



Artigo

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE USUÁRIOS DAS EQUIPES DE SAÚDE
DA FAMÍLIA SOBRE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

**THE SOCIAL REPRESENTATIONS OF FAMILY HEALTH TEAM USERS
ABOUT THE MAIS MÉDICOS PROGRAM**

Jucimere Fagundes Durães Rocha¹

Paulo Afrânio Sant'Anna²

Maria Aparecida Vieira³

Ana Caroline Pereira Martins⁴

RESUMO - Este estudo teve o objetivo de compreender as representações sociais dos usuários das Estratégias de Saúde da Família sobre o Programa Mais Médicos. Para a sua realização, optou-se pelo estudo do tipo básico, de campo, exploratório, descritivo, transversal com abordagem quantiquantitativa, cujo referencial teórico foi a Teoria das Representações Sociais. O cenário do estudo foi um município do norte de Minas Gerais. Os participantes foram 208 usuários das Estratégias de Saúde da Família. A coleta de dados foi feita utilizando questionário com questões fechadas, abertas e teste de evocação de palavras. Os dados das evocações foram analisados por meio do quadro de quatro casas com auxílio do Software *Ensemblesde Programmes Permettant l'Analyse des Evocations* 2005 (EVOC®) e por meio de análise de similaridade e de implicação, com auxílio do Software *Classification Hiérarchique Classificatoire et Cohésitive* - CHIC® (Versão 4.1). Já os dados coletados por meio das perguntas abertas foram analisados pela técnica de análise do conteúdo, segundo Bardin (2011). Diante dos achados, percebe-se que as RS(s) dos usuários são construídas a partir da relação

¹ Mestre em Ensino em Saúde. Professora da Graduação em Enfermagem das Faculdades Unidas do Norte de Minas e da Faculdade de Saúde Ibituruna, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil;

² Doutor. Professor Permanente do Programa de Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri-UFVJM, Diamantina-MG;

³ Doutora em Ciências. Professora da Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil;

⁴ Enfermeira. Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.



Artigo

que estabelecem com os serviços de saúde do SUS. Por isso há predominância de evocações que qualificam os atendimentos prestados pelos profissionais do PMM. Esse aspecto é fundamental, pois as RS(s) não se resumem a compreensões conceituais apoiadas em certas referências; elas são construídas no contexto dos intercâmbios sociais. Embora a mídia e as entidades de classe médica tenham bombardeado a população com uma RS negativa do PMM, prevaleceu o que foi construído na relação com os médicos do PMM. Assim, observa-se uma RS marcada por uma visão assistencialista da saúde e do PMM, destacando-se evocações que se associaram à qualificação das ações de assistência médica do PMM.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Representações Sociais; Programas Governamentais.

ABSTRACT - This study aimed to understand the social representations of the users of Family Health Strategies about the Program More Doctors. For its accomplishment, we opted for the study of the basic, field, exploratory, descriptive, cross-sectional with a quanti- calitative approach, whose theoretical reference was Theory of Social Representations. The study scenario was a municipality in the north of Minas Gerais. Participants were 208 users of the Family Health Strategies. Data collection was done using a closed questionnaire, open questions and word recall test. The evocations data were analyzed through the four-house table with the aid of the Software Ensembles de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations 2005 (EVOC®) and by means of similarity and implication analysis, using the Software Classification Hiérarchique Classificatoire et Cohésitive - CHIC® (Version 4.1). Already the data collected through the open questions were analyzed by the technique of content analysis, according to Bardin (2011). Given the findings, it is noticed that the RS (s) of the users are built based on the relationship established with the SUS health services. Therefore, there is a predominance of evocations that qualify the services rendered by PMM professionals. This aspect is fundamental, since RS (s) are not limited to conceptual understandings supported in certain references; they are built in the context of social exchanges. Although the media and medical-class entities bombarded the population with PMM negative RS, what was built up in relation to PMM physicians prevailed. Thus, we can observe a RS marked by an assistance vision of health and the PMM, highlighting



Artigo

evocations that were associated to the qualification of the actions of medical assistance of the PMM.

Keywords: Primary Health Care; Social Representations; Governmental Programs.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é tido como a política de maior inclusão social implementada no Brasil. É uma política pública jovem com pouco mais de três décadas e de existência. Não obstante, tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância e que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira, como o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde. Porém, ele está em constante construção e, como tal, tem muitos desafios a serem enfrentados, sejam de ordem financeira, operacional, estrutural, política ou de gestão (BRASIL, 1988; CARVALHO, 2013a; MENDES, 2013).

Cabe salientar que, apesar dos esforços conjuntos das esferas federal, estadual e municipal tanto Brasil como em outros países, a aspiração para a alcançar a cobertura universal de saúde por meio do SUS ainda não pode ser realizada devido à falta de profissionais de saúde aptos para tal prática. Isso porque faltam sete milhões e duzentos mil profissionais de saúde no mundo, conforme aponta a Organização Mundial de Saúde (OMS) no relatório "Uma Verdade Universal: não há saúde sem profissionais", lançado durante o terceiro Fórum Global sobre os Recursos Humanos da Saúde. Esta destaca ainda que o déficit subirá para doze milhões e novecentos mil até o ano de 2035 com graves implicações para milhões de pessoas (OMS, 2014).

Assim, uma das dificuldades também encontradas para atingir a cobertura universal por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) / Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil é que o número de médicos por mil habitantes é menor do que o observado em muitos outros países, inclusive da América do Sul. Esse índice no Brasil é de 1,8 médicos/mil habitantes, sendo inferior ao de países vizinhos, como a Argentina e o Uruguai que apresentam, respectivamente, uma relação de 3,2 e 3,7 médicos/mil habitantes. Apesar de a OMS não estabelecer uma referência para esse indicador, o governo brasileiro utiliza, como *benchmark* a ser alcançado, o índice do Reino Unido de 2,7 médicos/mil habitantes, por ser considerado um dos melhores sistemas de saúde pública centrados na APS (BRASIL, 2013a).



Artigo

E esta situação é ainda mais grave, quando se estuda a distribuição dos médicos no território nacional, onde se observa uma enorme disparidade da relação de médicos/mil habitantes entre os Estados. Ressalta-se a disparidade, por exemplo, entre o Maranhão, com apenas 0,58 médico/ mil habitantes, e o Rio de Janeiro com 3,44 médicos/1.000 habitantes, que apresenta uma média superior à estabelecida como *benchmark*, conforme o Conselho Federal de Medicina (CFM) (CFM, 2011).

A justificativa do governo para o baixo índice não é apenas o problema de distribuição, como destacado anteriormente, mas também de escassez na oferta de médicos. Argumenta-se que, no período de 2008 a 2013, houve um crescimento no Brasil de 72,3% dos equipamentos de saúde e de 44,5% dos estabelecimentos de saúde, enquanto o crescimento de médicos contratados mostrou-se muito aquém, 13,4% (BRASIL, 2013a).

Segundo Marciel Filho (2007) e Carvalho (2013b), houve, ao longo do tempo, várias iniciativas governamentais para o enfrentamento da carência de médicos no Brasil, as quais foram implantadas até mesmo antes do SUS, como o Projeto Rondon (1968) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)(1976). Houve também tentativas após a criação do SUS, como o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS)(1983); Programa Saúde da Família (PSF) (1994); Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) (1999); Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)(2001); e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) (2011).

No entanto, os desafios apresentados para fixação de médicos em áreas desfavoráveis permaneceram. Diante disso, o governo brasileiro lançou como nova intervenção, o Programa Mais Médicos (PMM), por meio da Lei nº 12.871 em 22 de outubro de 2013 com o objetivo de combater a escassez médica. Para alcançar esta meta, o PMM prevê ações em três grandes eixos:

- 1) Infraestrutura: ampliar e qualificar as instalações das Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- 2) Formação profissional: ampliar o quantitativo de cursos e de vagas na graduação e na residência médica, com ênfase para as regiões com menor relação entre vagas e médicos por habitante, além de promover mudanças e reorientação na formação médica;
- 3) Provimento emergencial por meio do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB): prover – ou provisionar – médicos para as áreas e municípios prioritários através de chamamento imediato, tanto para médicos brasileiros quanto estrangeiros.



Artigo

Na atuação do eixo de provimento emergencial, foi instituído o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que incentiva médicos brasileiros e estrangeiros a atuarem nas áreas consideradas prioritárias para o SUS (GARCIA; ROSA; TAVARES, 2014).

Atualmente o PMMB conta com um total **18.240 médicos participantes em 4.058 municípios** de todo o país, cobrindo 73% das cidades brasileiras e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Esses índices atingem 63 milhões de pessoas que não tinham atendimento médico de APS, sendo o total agora de 134 milhões de brasileiros atendidos pela ESF (BRASIL, 2016).

Destaca-se que, ao implantar o PMMB, o governo priorizou a oferta de vagas aos médicos brasileiros. No entanto, essa oferta inicial resultou em um pequeno número de cargos preenchidos, o que configurou a necessidade, em seguida, do chamamento internacional de médicos com o objetivo de selecionar médicos estrangeiros, autonomamente, que desejavam trabalhar no país e, ainda assim, não se conseguiu preencher todos os cargos. Por fim, o Ministério da Saúde fez um convênio internacional com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) para o preenchimento dos cargos restantes, com o qual conseguiu colocar médicos cubanos nos demais municípios que se enquadravam nos critérios de regiões prioritárias para o SUS (BRASIL, 2013b).

Porém, desde que foi anunciado, o PMM esteve presente na agenda da mídia e do debate público. Em diversas declarações e opiniões publicadas, a partir de então, a classe médica brasileira, representada por suas entidades, posicionou-se contra o programa, alegando que ele agride preceitos constitucionais, trabalhistas, tributários, humanitários e ideológicos. Responderam-no, inclusive, com manifestações de rua, com a presença de médicos e de estudantes de medicina pelo país. Entre apoiar ou não a vinda dos médicos estrangeiros, nota-se que houve uma disputa a qual foi bastante explorada pela mídia entre o governo e as entidades médicas para ganhar a opinião pública (CARVALHO, 2014).

Diante do exposto, evidencia-se que a repercussão social gerada pelo PMM, explicitada nas diversas manifestações e atos públicos, na mobilização de segmentos profissionais, acadêmicos e político-partidários, foi, sobretudo, muito explorada pela mídia, o que foi capaz de provocar a formação de Representação Social (RS) sobre o PMM entre os usuários do SUS.

Nesse sentido, surgiu o seguinte questionamento norteador deste estudo: Quais as RS(s) dos usuários das ESF(s) sobre o PMM para o Brasil?



Artigo

A realização deste estudo se justificou pela escassez da literatura específica sobre a temática e pela necessidade de se conhecê-la melhor devido à ênfase atual dada à necessidade de extensão da cobertura da APS/ESF e à formação na área da saúde necessária à consolidação do SUS. Acredita-se que, por meio deste estudo, poderão ser geradas informações que possam favorecer o planejamento de políticas e ações em relação ao PMM na realidade estudada.

Portanto, este estudo tem o objetivo de compreender as representações sociais dos usuários cadastrados em Equipes de Saúde da Família em uma cidade no norte de Minas Gerais sobre o Programa Mais Médicos.

MÉTODOS

A presente pesquisa é do tipo básica, de campo, exploratória, descritiva, transversal com abordagem quantiqualitativa, cujo referencial teórico metodológico é a Teoria das Representações Sociais (TRS) de Serge Moscovici (1961), mais especificamente por meio da abordagem estrutural da TRS desenvolvida por Jean-Claude Abric (1994).

Foi realizada em uma cidade de porte médio do norte de Minas Gerais Montes em 12 ESF(s). Essas equipes foram selecionadas do universo total de 87 ESF(s) existentes no polo urbano (CNES, 2016). Vale ressaltar que estas foram selecionadas por estarem localizadas em quatro UBS(s) do tipo III, ou seja, uma UBS compartilhada por três ESF(s). As UBS(s) tipo III selecionadas para o estudo têm a particularidade de, em cada uma delas, duas ESF(s) possuem médicos brasileiros e uma ESF(s) possui médico estrangeiro do PMM, totalizando oito ESF(s) atendidas por médicos brasileiros e quatro ESF(s) atendidas por médicos estrangeiros. Esta composição permitiu avaliar as RS(s) de usuários que já foram atendidos por médicos estrangeiros e as RS(s) dos usuários que nunca foram atendidos por médicos estrangeiros.

Assim, foram selecionados 52 usuários em cada UBS tipo III, totalizando uma amostra de 208 usuários nas quatro UBS tipo III selecionadas para estudo. Sendo que 50% (104) da amostra constituíram-se por usuários que nunca foram atendidos por médico estrangeiro participante do PMM; e os outros 50% (104) foram constituídas por usuários que já foram atendidos por médico estrangeiro participante do PMM. A seleção desses usuários das ESF(s) foi feita de maneira intencional, sendo que os usuários selecionados foram os que estavam na sala de espera das ESF(s) aguardando o



Artigo

atendimento médico no momento da coleta de dados. Os critérios para a inclusão para seleção da amostra foram possuir idade igual ou acima de 18 anos, estar cadastrado na ESF(s) há pelo menos 30 dias e consentir formalmente em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi feita por intermédio de um questionário produzido pelos próprios pesquisadores, composto de treze questões, sendo seis sobre o perfil sociodemográfico e de saúde, três questões fechadas de múltipla escolha sobre o PMM, três questões componentes da técnica de evocação de palavras sob indução com o termo Programa Mais Médicos e uma questão aberta em relação ao tema.

Os dados referentes ao perfil sociodemográfico, ao perfil de saúde e ao tema PMM foram analisados por análise estatística descritiva simples com o auxílio do software da Microsoft o Office Excel 2007.

Os dados provenientes da técnica de associação livre de palavras ou evocação de palavras sob indução com o termo Programa Mais Médicos formaram um *corpus* que totalizou 923 palavras, sendo 205 diferentes.

Essas evocações foram analisadas por meio da análise estrutural e apresentadas no quadro de quatro casas, construído com o auxílio do software *Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations* (EVOC®) versão 2005 (VERGÈS, 2005). Foi considerada para esta construção a média das OME, ou seja, o rang igual a 2,5, ao passo que a frequência média ficou estabelecida em 36 e a mínima em 20 e a análise de similaridade e de implicação foram apresentados através da árvore hierárquica de similaridade e grafo de implicação elaborados com o auxílio do *software Classification Hiérarchique Classificatoire et Cohésitive* - CHIC® (Versão 4.1). Para essa análise, este estudo considerou as nove evocações presentes no quadro de quatro casas. Foram consideradas similaridade significativa neste estudo as similaridades entre 0,5 e 1,00 e o intervalo de confiança mínimo para gerar o grafo de implicações pelo *software* CHIC® foi considerado acima 0,60.

Para análise dos discursos gerados a partir das perguntas abertas sobre as justificativas da escolha da principal evocação, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011).

Como esta pesquisa envolveu coleta de dados com seres humanos, para sua execução, foram respeitados os preceitos éticos da Resolução 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com envolvimento de seres humanos. Sendo assim, o Projeto de Pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) e foi aprovado por



Artigo

meio do Parecer Consubstanciado nº. 1.155.281/ 2015 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 46451215.6.0000.5146.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes da pesquisa

Sobre o perfil dos usuários estudados, verifica-se que a maioria pertence ao sexo feminino, n=167 (80,3%), está na faixa etária de 25 a 39 anos, n=74 (35,6%) e possui ensino médio completo n=72 (34,6%). Destaca-se, em relação ao motivo de procura do serviço da ESF(s), que a maioria n=77 (37,0%) dos usuários procurou o serviço devido à consulta médica por demanda programada. Com relação à autopercepção da saúde, a grande parte n=84 (40,4%) avaliou a sua saúde como boa e, sobre a avaliação da ESF(s), 50% (n=104) dos pesquisados consideraram como boa. Dos 104 usuários que foram atendidos por médicos estrangeiros do PMMB, n=45 (43,3%), avaliaram o atendimento como ótimo e, sobre a avaliação geral do PMM, n=86 (41,3%) avaliam PMM como bom.

Estrutura da Representação Social dos usuários entrevistados sobre o Programa Mais Médicos

Por meio da técnica de evocação livre de palavras, procurou-se acessar alguns elementos semânticos atribuídos ao PMM pelos usuários com o objetivo de proporcionar uma aproximação da dimensão do campo das RS, por meio do diagnóstico da estrutura da RS do PMM dos 208 usuários entrevistados.

Assim as principais evocações, que tiveram repercussão na análise feita pelo *software* EVOC®, estão apresentadas no Quadro de Quatro casas na Figura 01.



Artigo

Figura 01 - Quadro de quatro casas distribuição da frequência e ordem média de posição geradas pelo *Rangfrq* do *software* EVOC® do banco de dados dos usuários entrevistados. Montes Claros (MG), 2016

Elementos do Núcleo Central Frequência ≥ 36 /Rang $< 2,5$			Elementos da 1ª periferia Frequência ≥ 36 /Rang $\geq 2,5$		
	Freq	Rang		Freq	Rang
Melhoria-saúde	101	2,307	Médicos-humanos-competentes	81	3,235
Precisa-mais-médicos	36	2,333	Mais-atendimentos	77	2,844
			Agilidade-atendimentos	54	2,870
Elementos de Contraste Frequência $> \text{ou} = a 20$ e < 36 / Rang $< 2,5$			Elementos da 2ª periferia Frequência $> \text{ou} = a 20$ e < 36 / Rang $\geq 2,5$		
	Freq	Rang		Freq	Rang
Bom	32	2,188	Saúde	25	2,583
Mais-médicos-SUS	29	2,414			
Ineficiente	20	2,250			

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Pode-se observar que, das 09 evocações que se apresentam, a maioria (08) - melhoria-saúde, precisa-mais-médicos, agilidade-atendimentos, mais-atendimentos, médicos-humanos-competentes, bom, saúde e mais-médicos-SUS - fazem referência positiva ao PMM e que somente 01 evocação é de cunho negativo que é a palavra ineficiente.

No quadrante superior esquerdo, que é composto pelos elementos considerados como centrais da representação do PMM dos usuários das ESF(s), estão as expressões: melhoria-saúde e precisa-mais-médicos.

A 1ª e 2ª periferias são formadas por quatro evocações: agilidade-atendimentos, mais-atendimentos e médicos-humanos-competentes, que se constituem os elementos da 1ª periferia e a palavra saúde compõe a 2ª periferia da representação da RS dos usuários das ESF(s) estudados sobre o PMM.

As evocações bom, mais-médicos-SUS e ineficientes estão no quadrante inferior esquerdo e apresentam os elementos de contrastes da RS dos usuários das ESF(s) estudados sobre o PMM.



Artigo

Na sequência, essas evocações foram submetidas ao tratamento do *Complex no software EVOC®*, por meio do qual o arquivo contendo todas as evocações (n=923) foi comparado aos dois subgrupos – usuários atendidos por médicos estrangeiros do PMMB e usuários não atendidos por médicos estrangeiros do PMMB conforme exposto na Tabela 01.

Tabela 01 - Comparação das evocações presentes no quadro de quatro casas entre os subgrupos usuários atendidos por médicos estrangeiros do PMMB e usuários não atendidos por médicos estrangeiros do PMMB geradas pelo programa *Complex do software EVOC®* do banco de dados dos usuários entrevistados. Montes Claros (MG), 2016

Evocações	Frequência	Usuários atendidos por médicos estrangeiros nas ESF(s) estudadas n=104		Usuários não atendidos por médicos estrangeiros nas ESF(s) estudadas n=104	
		N	%	N	%
Melhoria-saúde	101	49	47,1	52	50,0
Médicos-humanos-competentes	81	49	47,1	32	30,8
Mais-atendimentos	77	45	43,3	32	30,8
Agilidade-atendimento	54	23	22,1	31	29,8
Precisa-mais-médicos	36	22	21,1	14	13,5
Bom	32	13	12,5	19	18,3
Mais-médicos-sus	29	14	13,5	15	14,4
Saúde	24	16	15,4	08	7,7
Ineficiente	20	05	4,8	15	14,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Ao analisar a Tabela 01, pode-se observar que a frequência de grande parte das evocações mostrou-se distinta entre os subgrupos. As evocações precisa-mais-médicos, mais-atendimento, médicos-humanos-competentes e saúde tiveram uma frequência de evocação maior no grupo de usuários que já foram atendidos por médicos estrangeiros do PMMB, já as evocações agilidade-atendimentos, bom e ineficiente possuíram uma frequência de evocação maior no grupo de usuários que nunca foram atendidos por médicos estrangeiros do PMMB. As demais evocações melhoria-saúde e mais-médicos-sus possuem frequências próximas nos dois subgrupos.

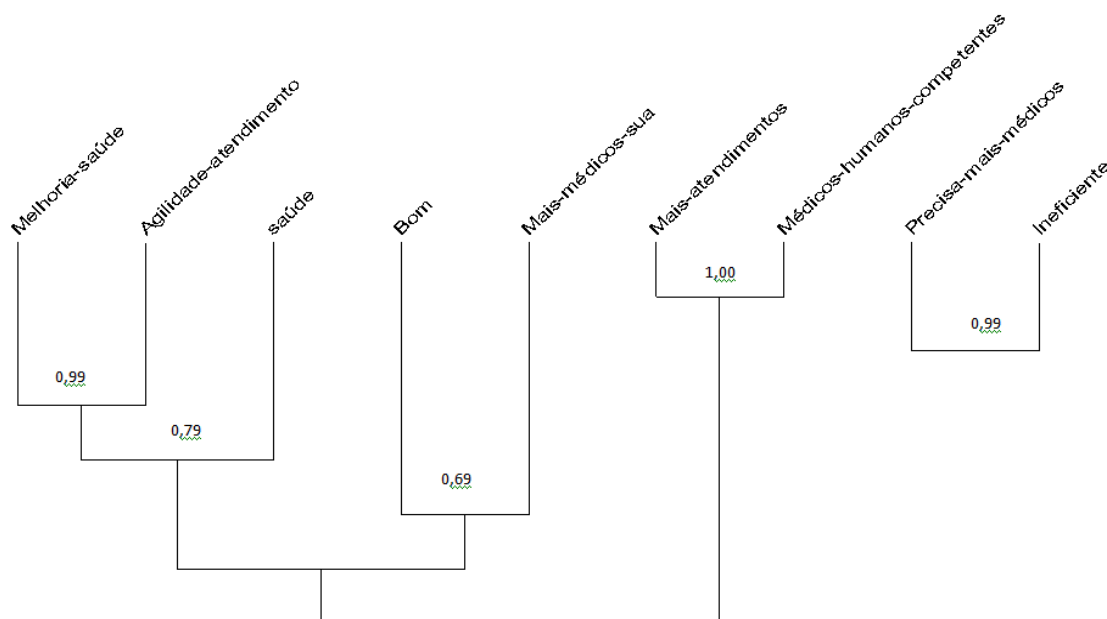
As nove evocações presentes no quadro de quatro casas foram submetidas ao *software CHIC®* para análise hierárquica de similaridade e implicação gerando a árvore



Artigo

hierárquica de similaridade demonstrada na Figura 02 abaixo e grafo de implicação, apresentado na Figura 03.

Figura 02 - Árvore Hierárquica de similaridade das categorias geradas pelo *software* CHIC® do banco de dados dos usuários das ESF(s) entrevistados. Montes Claros (MG), 2016



Fonte: *Software* CHIC®, versão 4.1.

Observamos, na árvore de similaridade, que há dois grupos que não apresentam ligação entre si; um composto por melhoria-saúde, agilidade-atendimentos, saúde, bom, mais-médicos-SUS, mais-atendimentos e médicos-humanos-competentes e outro composto por precisa-mais-médicos e ineficiente. Observa-se que o primeiro grupo é constituído por evocações de cunho positivo em relação ao PMM enquanto, no segundo grupo, há a evocação ineficiente que é de cunho negativo.

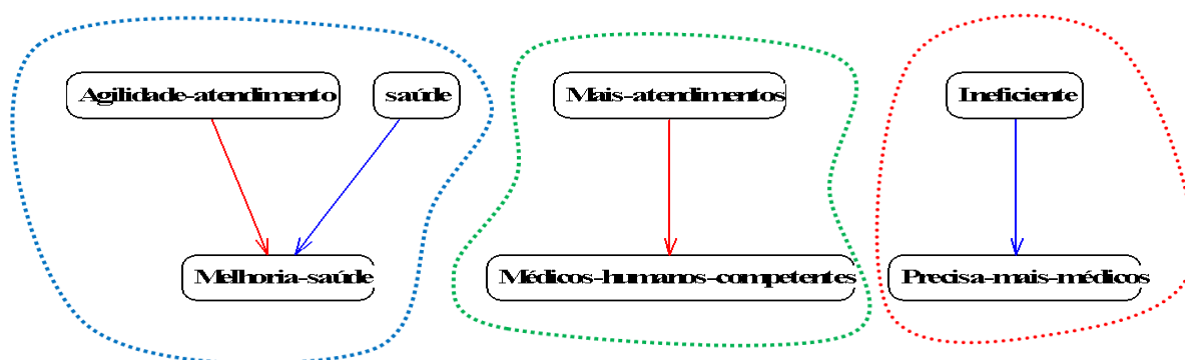
O grafo de implicações gerado foi constituído por 07 evocações, considerando que o intervalo de confiança mínimo estabelecido para esta análise de 0,60 e que as



Artigo

evocações bom e mais-médicos-sus que geraram implicações menores que 0,60 não foram incluídas no grafo.

Figura 03 - Grafo de Implicação das categorias geradas pelo *software* CHIC® do banco de dados dos usuários entrevistados. Montes Claros (MG), 2016



Fonte: *Software* CHIC®, versão 4.1

Legenda					
Intervalo de Confiança					
→	0,95	→	0,85		
Grupos					
.....	1º Grupo	2º Grupo	3º Grupo

A partir das constatações resultantes da análise quantitativa das evocações, realizou-se a análise do conteúdo dos discursos associados a essas evocações, visando compreender o significado desses termos para esses atores sociais, como apresentado a seguir.

A expressão melhoria-saúde aparece no núcleo central e foi a palavra mais evocada (101 vezes) com um rang de 2,30. A análise do conteúdo revelou que, na RS dos usuários, o PMM está associado ao aumento e à melhoria dos atendimentos médicos e, conseqüentemente, à melhoria da saúde:



Artigo

O Mais Médico melhorou o atendimento e trouxe melhoria da saúde para todos (U70).

A saúde pública estava péssima, mas com a chegada do Mais Médico melhorou a saúde, pois as consultas são rápidas, o atendimento é melhor sem superlotação de hospitais e postos (U141).

A expressão precisa-mais-médicos é a segunda evocação do núcleo central e com um rang de 2,25, evocada 36 vezes. A análise do conteúdo revelou que os usuários destacam que, mesmo com as medidas tomadas pelo governo federal para ampliar os números de médicos, ainda há déficit de médicos, como evidenciado nos enunciados:

Mesmo com o Programa ainda precisa de mais médicos, pois os médicos são muito atarefados e são muitos pacientes para poucos médicos (U33).

Mesmo como o Mais Médicos, o número de médicos ainda é insuficiente. Porque a população é grande para poucos médicos (U100).

A expressão médicos-humanos-competentes é a primeira evocação da 1ª periferia, evocada 81 vezes com um rang de 3,23. A análise do conteúdo indica que, na RS desse grupo, os médicos estrangeiros, sobretudo os cubanos, apresentam uma postura humanizada e uma abordagem clínica diferenciada:

Os médicos estrangeiros têm atenção total com o paciente e respeita o paciente. Os médicos brasileiros em sua maioria não se importam com o paciente. Penso que nas faculdades não é trabalhado este lado. Falta empatia, respeito, educação no trato com quem paga o seu salário. Isso ocorre não só nas UBS(s), mas também em seus consultórios particulares. O trato dos médicos estrangeiros com seus pacientes chega a ser inacreditável. Fico surpresa quando os vejo me olhando nos olhos. Dando atenção ao que estou relatando (U40).

Os médicos cubanos prestam um atendimento humanizado, com maior atenção aos pacientes e interesse em diagnosticar doenças. A atenção que já recebi dos médicos brasileiros foi bem inferior ao atendimento pelos médicos cubanos do programa. Não estou generalizando no Brasil também tem médicos que atendem bem (U44).



Artigo

Os cubanos são médicos mais humanos, profissionais, dedicados àquilo que faz e são educados, ao contrário de muitos brasileiros. São médicos que procuram ajudar a comunidade que trabalham. O contrário dos brasileiros que visam só o financeiro. Pode estar morrendo que eles não atendem (U52).

A evocação mais-atendimento é a segunda expressão da 1ª periferia evocada 77 vezes com um rang de 2,84 e traz a percepção de que o PMM ampliou o número de atendimentos e consultas médicas:

Aumentou o número de atendimentos porque com mais médicos tem mais atendimentos (U101).

Com o Programa hoje temos mais consultas (U158).

O Programa gerou mais consultas para o PSF (U203).

A expressão agilidade-atendimentos é o terceiro elemento da 1ª periferia evocada 54 vezes com um rang de 2,87 e correlaciona a agilidade dos atendimentos e a diminuição do tempo de espera e das filas

Por meio do programa, o atendimento acontece com maior rapidez desafogando os centros de saúde. Evitando filas nos hospitais e sofrimento (U128).

O mais médico é importante porque proporcionou um atendimento mais rápido e eficaz, pois ninguém merecia passar o dia na fila esperando por uma consulta (U183).

A palavra saúde é o único elemento da 2ª periferia, evocada 25 vezes, com um rang de 3,58', sendo o PMM visto como um mecanismo para garantir a saúde como um direito essencial à vida:

Saúde é a principal necessidade do ser humano para viver em vida tranquila. Com o Programa Mais Medico veio a esperança de uma possível mudança na saúde brasileira para que as pessoas tenham condições de serem atendidas com mais antecedência. Porque a saúde é um direito fundamental. Por isso o programa mais médico é essencial para sanar a necessidade da sociedade melhorando, assim, a saúde do nosso país (U49).



Artigo

A saúde é o bem e o direito mais importante e creio que o programa proporcionou este direito a muitos que não possuíam médicos (U161).

No quadrante inferior esquerdo, o primeiro elemento de contraste é a palavra bom, evocada 32 vezes, com um rang de 2,18 em que os usuários avaliam o PMM como bom:

O Programa é muito bom porque ajuda as unidades de saúde nas demandas de pacientes e com isso os pacientes são bem atendidos (U59).

O Mais Médico é bom porque antes não era todas as vezes que procurávamos que éramos atendidos (U121).

A expressão mais-médicos-SUS é o último elemento de contraste, evocado 29 vezes, com um rang de 2,41. O PMM é visto como um mecanismo que proporciona maior presença dos profissionais médicos no SUS:

O Programa traz mais médicos para atender no SUS e é melhor para a população (U90)

O Programa aumentou os médicos para o SUS (U179)

A palavra ineficiente é o terceiro elemento de contraste, evocado 20 vezes, com um rang de 2,25 e é a única evocação de cunho negativo sobre o PMM que é avaliado por uma parcela dos usuários como um programa ineficiente devido à persistência da dificuldade de acesso ao atendimento médico, à quantidade insuficiente de exames e de medicamentos, também devido a atendimentos de qualidade ruim e infraestrutura inadequada:

Não adianta ter mais médicos e não ter exames e laboratórios (U75).

Não vi melhora porque estive na unidade de saúde e me deparei com uma situação de extrema necessidade de médico (U171)

Não adianta o governo mandar trazer médicos de fora se não resolveu o problema de infraestrutura dos postos de saúde (U204).

A partir dos resultados apresentados, pode-se observar que, ao falarem sobre o PMM, os usuários evocam imagens explicativas e objetivações sobre o PMM,.



Artigo

Verificam-se duas RS(s) em torno do PMM, construídas pelos usuários que são: o PMM como um programa para melhoria da saúde e o PMM como um programa insuficiente.

DISCUSSÃO

Os atores sociais estudados expressaram suas concepções sobre o PMM, reportando-se às suas memórias sociais, entre as quais se encontra um conjunto de representações que circulam na sociedade.

É importante salientar que o objeto do presente estudo é polêmico, pois o PMM evidenciou projetos distintos de saúde em disputa no Brasil. De um lado, o governo defendendo a necessidade do programa para poder levar médicos à população que mais necessita e, de outro, a classe médica que se contrapôs ao programa devido à ameaça que este representa a interesses corporativos daquela. De modo que, o processo de implantação foi cercado por disputas judiciais, embates ideológicos e alvo de constantes críticas e divergências de posicionamento, advindas, de maneira mais contundente, dos médicos brasileiros e de suas entidades representativas.

Então, para explicar o PMM, esses sujeitos utilizam de imagens sobre o atendimento, que estão fortemente relacionadas ao médico cubano, ou a imagens sobre o serviço do SUS. A RS do PMM como um programa para melhoria da saúde parece estar associada à figura de médico cubano, e não ao PMM como um todo. Na RS do PMM como um programa insuficiente, o que prevalece é uma representação ancorada em uma história de desvalorização do SUS, ou seja, mesmo que haja avanços, o SUS sempre é entendido de forma negativa.

Pode-se observar que as RS(s) dos usuários sobre o PMM são construídas a partir da relação que estes estabelecem com os serviços de saúde do SUS, percebidas como melhorias ou por qualificações positivas sobre os atendimentos prestados pelos médicos do PMM, sobretudo o médico estrangeiro cubano. Por isso, há predominância de evocações que qualificam os atendimentos prestados pelos profissionais do PMM. Esse aspecto é fundamental, pois as RS(s) não se resumem a compreensões conceituais apoiadas em certas referências; elas são construídas no contexto dos intercâmbios sociais. Embora a mídia e as entidades de classe médica tenham bombardeado a população com uma RS do PMM negativa, prevaleceu o que foi construído na relação com os médicos do PMM. Assim, observa-se uma RS marcada por uma visão



Artigo

assistencialista da saúde e do PMM, destacando-se evocações que se associaram à qualificação das ações de assistência médica do PMM.

O resultado deste trabalho indica, portanto, duas tendências no processo de representação do PMM; uma construída na relação com o médico cubano e outra na relação com o SUS. Na primeira, o resultado é uma resignificação das representações construídas pela mídia, adquirindo um caráter positivo, já, na segunda, há uma sobreposição das representações sobre o SUS que contaminam negativamente as representações sobre o PMM. A RS dos usuários sobre o PMM como Programa para Melhoria da Saúde foi associada ao aumento e à melhoria dos atendimentos médicos, devido à agilidade e à humanização e, conseqüentemente, melhoria da saúde. Esta RS aparece nos enunciados e nas evocações melhoria da saúde, agilidade nos atendimentos, mais atendimentos, bom, saúde, médicos humanos e competentes e mais médicos no SUS.

A percepção que o PMM trouxe em melhoria da saúde corrobora os trabalhos de Aquino *et al.* (2008), Guanais e Macinko (2009), Rocha e Soares (2009), Macinko *et al.* (2010), Rasella *et al.* (2014) e Ceccon *et al.* (2014).

Landim (2013), que realizou um estudo sobre a relação entre a democracia digital e a participação política, a partir do debate sobre o PMM no *facebook*, também encontrou comentários positivos ao programa, destacando a finalidade deste para a melhoria da saúde pública, principalmente por parte daqueles com pouco poder aquisitivo.

Para Garcia, Rosa e Tavares (2014), o programa gerou um impacto positivo sobre os índices de saúde devido à sua atuação sobre o atendimento básico e ao aumento dos índices de médicos por mil habitantes, garantido maior oferta de serviço de saúde para a população.

Souza (2014) e Pinto *et al.* (2014) afirmam que o PMM aumentou a quantidade de profissionais e os atendimentos e, naturalmente, irá diminuir os casos de doenças que poderiam ser tratadas precocemente, antes de evoluírem para casos crônicos. Diminuirá, também, a necessidade de compor filas nos hospitais dos grandes centros e, da mesma forma, reduzirá outros índices como a mortalidade infantil. Além disso, pessoas portadoras de doenças incuráveis, que dependem na maior parte do tempo de cuidados permanentes e de contato regular com a medicina, poderão ter sua saúde monitorada com mais facilidade.

A objetivação da RS de que o PMMB traz mais-atendimento confirma os dados de Brasil (2016) que declara que, com o PMM, as consultas realizadas nos centros de



Artigo

saúde de todo país aumentaram em aproximadamente 35%, No livro comemorativo de dois anos do PMM, o Ministério da Saúde complementa que o número de consultas cresceu não somente porque existem mais equipes, mas também porque os profissionais do PMM oferecem mais consultas médicas e procedimentos coletivos em um mesmo dia de atuação (BRASIL, 2015).

O estudo de Salazar (2015), cujo objetivo foi descrever a oferta de consultas médicas em uma ESF no município de Viamão/RS, após a implantação do PMMB, também encontrou um acréscimo de 164,58% de atendimentos clínicos entre o trimestre anterior e o posterior à implantação do PPM. No estudo de Brito (2014), os resultados também demonstram que 91% dos pacientes acham que o programa aumentou o número de consultas.

Em pesquisa realizada pela OPAS (2015), os resultados demonstram que houve aumento no número de consultas médicas entre 2012 e 2014, cuja média por habitante/ano aumentou de 1,0 em 2012 para 1,13 em 2013 e 1,15 em 2014.

A compreensão de que o PMMB oferece mais agilidade nos atendimentos também foi observada em estudo realizado por Santos, Costa e Girardi (2015), com o objetivo de elucidar a importância do PMM como forma efetiva de reduzir a iniquidade no país. Esses autores identificaram que os usuários relataram alto grau de satisfação quanto ao tempo de espera para agendamento das consultas e em seu atendimento.

O estudo de Pereira, Silva e Santos (2015) também encontrou resultados que confirmam maior facilidade e agilidade no agendamento de consultas. Vários participantes, neste estudo, destacaram que a chegada dos médicos do PMM às UBS(s) tornou mais ágil o processo de retorno e o acompanhamento das doenças crônicas. A pesquisa de Brito (2014) mostra que 91% dos usuários referem que o PMM diminui o tempo de espera para o atendimento médico.

A RS de que o PMM é visto como um mecanismo de garantir a saúde como um direito essencial, presente neste estudo, se ancora no texto da Constituição Federal (Brasil, 1988) que prevê a saúde com um direito do cidadão e como dever do Estado. Os usuários compreendem que o PMM vai além de uma política de provimento emergencial de médicos. Entendem que o PMM é uma política com alto potencial para propiciar o direito à saúde mediante o acesso universal.

O fato de os usuários avaliarem o PMM como bom confirma os dados disponíveis na literatura científica (MEIRELLES, 2013; BRITO, 2014; GARCIA; ROSA; TAVARES, 2014; SANTOS *et al.*, 2014; SOUZA, 2014; OPAS, 2015;



Artigo

SANTOS, 2014; SILVA *et al.*, 2015) que revelam a satisfação e a avaliação positiva dos usuários em relação ao PMM, considerando-o como bom ou muito bom.

A OPAS (2015) afirma que há satisfação e aceitação da população em relação ao PMM e aos profissionais estrangeiros. Essa questão avalia o sucesso do PMM, inclusive pelas dúvidas que alguns levantaram sobre a aceitação da população em relação aos profissionais procedentes de outros países, com idioma, costumes e *modus operandi* diferentes dos utilizados pelos médicos brasileiros. Hoje dispomos de evidências científicas robustas que permitem derrubar esse mito, demonstrando uma elevada satisfação da população usuária com os serviços recebidos, apesar das importantes diferenças. Registra-se, também, a elevada satisfação dos médicos e dos gestores com o programa, indicando um excelente nível de aceitação por todos os atores diretamente envolvidos.

A evocação médicos humanos e competentes secunda os achados da literatura (GARCIA; ROSA; TAVARES, 2014; MEIRELLES, 2013; BRITO, 2014; SILVA, 2013).

Brito (2014) declara que o PMM, além de estar contribuindo para o aumento do número de médicos na APS, para a expansão da ESF e para a formação de ESF, também trouxe um atendimento mais humanizado, com cuidado e respeito para com o usuário. Segundo esse autor, o achado mais surpreendente no seu trabalho foi a respeito das inúmeras diferenças listadas pelos usuários entre o atendimento dos médicos cubanos e dos brasileiros. Os pontos que qualificam o atendimento dos médicos estrangeiros foram superiores aos dos médicos brasileiros, além de terem tido várias queixas quanto à forma com que esses últimos tratam seus pacientes. A questão do ouvir, olhar ou dar atenção, interesse, educação e o respeito foram atitudes ressaltadas no atendimento dos cubanos e, de acordo com os usuários, essas qualidades faltam nas consultas dos médicos brasileiros. Esse autor frisa ainda que, em relação às divergências na formação dos médicos brasileiros e estrangeiros, os usuários citaram pontos favoráveis aos médicos estrangeiros/cubanos como: têm mais conhecimento; demonstram mais experiência; a medicina de fora é melhor, a de Cuba é uma das melhores do mundo; atendem e examinam melhor, além do esclarecimento na consulta ser maior; são ótimos médicos; são melhores que os médicos brasileiros.

Garcia, Rosa e Tavares (2014) e Meirelles (2013) ressaltam que os usuários acreditam que os médicos bolsistas estrangeiros são pessoas especiais devido ao tratamento que dispensam aos pacientes e, para uma parte dos entrevistados, esses médicos estão fornecendo diagnósticos mais precisos.



Artigo

Estudo realizado por Santos, Costa e Girardi (2015), identificou que os usuários participantes da investigação expressaram alto grau de satisfação, relatando que os médicos ouviram com atenção suas queixas, deram as informações necessárias, explicaram de forma clara o tratamento e que compreenderam as orientações dadas.

Na pesquisa da OPAS (2015), citada anteriormente, os elementos com mais destaque entre os usuários foram o tratamento mais humanizado dos médicos cubanos, a realização do exame físico completo e sem preconceitos com os pacientes e seu comportamento amigável e de proximidade, o que facilita o acesso e a abordagem direta dos usuários aos médicos para fazer perguntas, realizar consultas sobre questões pessoais e compartilhar preocupações e sugestões. Expressões como “os médicos tocam os pacientes”, “olham nos olhos”, “os ouvem” apareceram várias vezes em entrevistas.

Segundo Brito (2014), as diferenças mencionadas em relação ao atendimento dos médicos cubanos podem ser explicadas pelo fato de que, em Cuba, o médico da família, busca compreender a situação de saúde de seu paciente e de sua família, de acordo com sua realidade de vida; com suas condições de moradia; sua realidade social, tentando avaliar o que pode ter influenciado o estado de doença. Assim, prestam o primeiro atendimento, de forma integral, com qualidade, solucionando as demandas e acompanhando os pacientes.

Outro aspecto importante a considerar na análise é que a RS, além de explicar algo, define uma identidade de quem explica e direciona a sua ação. Assim, ao representar o médico cubano como humanizado, acolhedor e competente, aquele que representa se vê nessa relação (médico-paciente) como ser humano, cidadão e sujeito. Isso pode facilitar uma atitude diferenciada em relação a sua saúde, em que pode assumir maior protagonismo. Do mesmo modo, ao representar negativamente o SUS, como serviço precário, ineficiente, o sujeito se vê como alguém sem direito, sem o devido respeito, o que, por sua vez, gera um comportamento de desconfiança e resistência.

A expressão mais-médicos-SUS é o PMM vista como um mecanismo que proporciona maior presença dos profissionais médicos no SUS por meio da importação dos médicos. A população tem conhecimento que o PMM surge na tentativa de suprir a demanda de médicos no atendimento do SUS. Essa queixa é uma constante nas pesquisas de avaliação da ESF (MARTINS, 2014; MELO, 2015). Os usuários percebem a diferença entre o SUS teórico e o que acontece na realidade (MELO, 2015) e, devido a isso, acreditam que existe má gestão com os recursos públicos, afetando aqueles que realmente precisam de atendimento no SUS (SANTOS, 2014).



Artigo

A RS do PMM como um Programa Insuficiente está explicitada nas evocações: precisa de mais médicos e ineficiente. Neste estudo, os usuários destacam que, mesmo com as medidas tomadas pelo governo federal para ampliar os números de médicos, ainda há déficit de médicos. Além disso, os usuários destacam que o PMM é um programa insuficiente devido à quantidade insuficiente de exames, de medicamentos e de infraestrutura adequada. Interessante notar que a crítica aqui está direcionada à oferta de atendimento médico pelo SUS e não à sua qualidade. Portanto, a representação que prevalece aqui é da infraestrutura do SUS, como ineficiente e não do atendimento oferecido pelo PMM.

A expressão precisa-mais-médicos refere-se à escassez de profissionais médicos no país. É importante ressaltar que o brasileiro possui cerca de 1,8 médicos/mil habitantes, sendo que essa proporção é inferior a outros países, tanto da Europa como da América do Sul. Além disso, 22 estados brasileiros apresentam um índice abaixo da média nacional (BAIÃO; LEONIDAS; LINS, 2014).

Segundo Melo (2015), em declarações para jornais no início de 2013, o então Ministro da Saúde estimou que o Brasil possuía uma carência de 54 mil médicos, sendo que o país necessitaria contratar cerca de 170.000 médicos para atingir um patamar ideal de 2,7 médicos por mil habitantes. O próprio CFM confirmou essa situação ao entregar o estudo sobre demografia médica ao Ministério da Saúde, no qual apresentava vários pontos importantes, como uma gritante desigualdade na distribuição de médicos no território brasileiro, mas também entre os sistemas público e privado de saúde (CFM, 2011).

Campos (2013) também afirma que há falta e/ou má distribuição de médicos no SUS. Para o autor, o Brasil não só enfrenta uma escassez de médicos mas também a má distribuição desses profissionais, sendo este não apenas um problema nacional, mas de muitos países, como mostrado pela OMS.

O texto: “*O SUS precisa de Mais Médicos e de Muito Mais!*”, (DIRETORIA NACIONAL DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2013) apresenta o resultado de uma pesquisa feita pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) com a população, observando que o principal problema do SUS é a falta de médicos. Os textos “*More doctors: better attention to the population’s health*” (AMARAL *et al.*, 2012) e “*O Mais Médicos e o futuro da Medicina*” (MEIRELLES, 2013) também se enquadram nas categorias supracitadas, enquanto o primeiro enfoca a má distribuição dos médicos, o segundo apresenta a falta de assistência médica como uma realidade da população brasileira.



Artigo

Também para a população em geral, a quantidade insuficiente de médicos para atender à demanda de postos de trabalho no SUS era um problema. Segundo pesquisa do Ipea, para 58% dos entrevistados, a medida mais importante a ser tomada no SUS era o aumento do número de médicos nos serviços de saúde (PINTO *et al.*, 2014).

Há mais de 30 anos, o país sabe que é imprescindível ter mais profissionais médicos; reconhece ainda que os médicos estão mais aglomerados na região Sul e Sudeste e nas capitais (BRASIL, 1986).

No relatório do III Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde em Recife – “Enfrentar o grande desafio que representam os Recursos Humanos em Saúde”, cujo tema fora “Recursos Humanos para a Saúde: base para uma Cobertura de Saúde Universal e para a agenda de desenvolvimento pós 2015”, foram feitas considerações importantes a respeito da severa diminuição e da evidente má distribuição de profissionais de saúde em diversos países com diferentes graus de desenvolvimento social e econômico. Transições demográficas, epidemiológicas e de custos das doenças influenciam nessa crise e exercem força expressiva em mudanças nos sistemas de saúde, no papel dos diferentes profissionais de saúde e na maneira de formar estes profissionais. O autor pondera, ainda, que tal deficiência na oferta em distribuição de profissionais de saúde tem sido frequentemente evidenciada como um grave obstáculo ao esforço de garantia de equidade no acesso aos serviços básicos de saúde e como entrave para se alcançar metas estabelecidas (ALESSIO, 2015).

Na palavra ineficiente, o PMM aqui é representado como um programa que, por si só, não resolve o problema do SUS, que não se baseia apenas na falta do profissional, mas sim na precariedade da estrutura, falta de tecnologias e insumos, tanto quanto de equipes multidisciplinares e ainda ressaltam que os profissionais do programa não são numericamente suficientes para suprir a escassez de médicos no país. Estes resultados assemelham aos achados das pesquisas de Luz (2015) e Mishima (2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio das evocações e dos enunciados dos usuários, identifica-se que o processo de formação das RS sobre o PMM ocorre a partir do contato dos usuários com as ações dos profissionais do PMM e com os serviços de saúde.

Os elementos que caracterizam a RS dos usuários sobre o PMM advêm das mudanças que atualmente fazem parte da rotina das UBS(s) e são percebidas como



Artigo

melhorias pelos usuários. Isso pode ser apreendido, uma vez que os entrevistados deixam transparecer seus sentimentos, suas visões de mundo, seus afetos e opiniões sobre o PMM, especificamente sobre o atendimento dos médicos estrangeiros do PMM. As evocações melhoria-saúde, agilidade-atendimentos, mais-atendimentos, médicos-humanos-competentes, bom e mais-médicos-SUS são estudos que se relacionam às RS(s) do atendimento prestado pelos médicos do PMM e que, no conjunto das análises, partem de experiências particulares, mas ganham um formato coletivo.

Se anteriormente ao PMM, os usuários das ESF(s) sofriam pela espera, escassez de médicos e pelo atendimento ruim, hoje, há outra RS sendo moldada sobre o atendimento com a implantação do PMM. Entretanto, embora haja qualificações, geralmente boas, em relação ao PMM, as pessoas ainda percebem lacunas expressas pelas evocações precisa-mais-médicos e ineficiente que precisam ser sanadas.

Ademais, vale salientar que, no grupo estudado, a ação do PMM (Programa Mais Médicos) que se representa é o PMMB (Projeto Mais Médicos para o Brasil). Uma hipótese para explicar essa questão talvez seja o fato de que o componente PMMB tenha sido o mais citado pelos meios de comunicação em massa.

Para melhor compreender o campo de RS sobre o PMM, é necessário entender a diferença entre o PMM e o PMMB. De acordo Silva (2015), programa e projetos são modalidades de intervenção sociais diferentes em espaço e duração. O projeto apresenta-se como uma unidade menor de destinação de recursos que pretende transformar uma parcela da realidade, suprimindo uma carência ou alterando uma situação-problema. Enquanto o programa é um conjunto de projetos que visa ao mesmo objetivo e estabelece prioridade na intervenção, identifica e ordena os projetos, define o âmbito institucional e aloca os recursos a serem utilizados.

Diante disso, as RS(s) elaboradas pelo grupo são direcionadas ao PMMB, que é o projeto de chamamento imediato de médicos brasileiros e estrangeiros, sobretudo médicos cubanos, que é uma ação de curto prazo do PMM, criada para assegurar a distribuição de médicos em regiões prioritárias do SUS. Chama a atenção o fato de que o conjunto de políticas educacionais de médio e longo prazo que propõe reordenar a oferta de cursos de medicina e vagas para residência médica, de modo a priorizar regiões específicas e estabelecer novos parâmetros para formação médica no país e aperfeiçoamento de médicos para a APS, mediante a integração ensino e serviço e o estímulo à pesquisa aplicada ao SUS, não ser uma RS presente no grupo pesquisado.

Pode se inferir, dessa maneira, que, apesar de o PMM não se resumir aos investimentos em logística utilitária e assistencial de curto prazo, mas, sobretudo, em



Artigo

seu teor normativo e direcional como uma política pública com potencial estruturante e condicionante para a viabilização efetiva do SUS, o conhecimento socialmente elaborado e compartilhado no grupo estudado sobre o PMM foi em torno somente do campo de RS(s) do PMMB. Isso reduziu e descaracterizou as propostas do PMM a uma política de assistencialismo e deixou evidente a falta de conhecimento em relação aos outros dois eixos (infraestrutura e formação médica) do programa. Evidencia-se, dessa forma, a falta de compreensão, por parte do grupo social estudado sobre o PMM em sua totalidade, que não somente a provisão imediata de médicos, assim como a compreensão do papel regulador do Estado para cumprir a Constituição, segundo a qual uma das missões é o acesso universal à saúde.

Assim, sugere-se ser necessário rever um plano de comunicação voltado para todos os grupos sociais de modo a ultrapassar a barreira imposta pelas entidades médicas e pela mídia com suas leituras e decodificações parciais das conjunturas e realidades para que as ações de infraestrutura e de formação médica do PMM não fiquem em segundo plano em relação à política de provisão.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. (Org.). **Pratiques Sociales et Representations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.

ALESSIO, M. M. **Análise da Implantação do Programa Mais Médicos**. 2015. 90f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

AMARAL, José Luiz Gomes do; PEGO-FERNANDES, Paulo Manuel; BIBAS, Benoit Jacques. More doctors: better attention to the population's health?. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 130, n. 3, p. 139-140, 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802012000300001&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802012000300001>

BAIÃO, D. C.; LEONIDAS, S. R.; LINS, C. de F. M. **Avaliação do Programa Mais Médicos: uma revisão da literatura**. XIV Encontro de Pós-Graduação e Pesquisa,



Artigo

Universidade de Fortaleza, 20 a 24 de Outubro de 2014. In: XIV Encontro de Pós-Graduação e Pesquisa, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: 70, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde - Relatório Final**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1998**. Brasília (DF): Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292p.

BRASIL. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Pacto Nacional pela Saúde: mais hospitais e unidades de saúde, mais médicos e mais formação**. Brasília (DF): Ministério da Educação e Ministério da Saúde, 2013 a. 19 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Mais Médicos: orientações sobre a organização da Atenção Básica do Brasil**. Brasília (DF): 2013b. 22 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde** [Internet]. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 07 mar. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS** [Internet]. Montes Claros. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>>. Acesso em: 07 mar. 2016.

BRITO, L. M. **Programa Mais Médicos: satisfação dos usuários das unidades básicas de saúde de Ceilândia/DF quanto ao atendimento médico**. 2014. 109 f. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Ceilândia (DF), 2014.

CAMPOS, F. E. de. Funding, flexible management needed for Brazil's health worker gaps. **Bull World Health Organ**, v. 91, p. 806-807, 2013.



Artigo

CARVALHO, F. C. de. **A Consolidação do Programa Mais Médicos na Opinião Pública e na Cobertura Jornalística.** Anais da Intercom - Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. XV Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul - Palhoça - SC, 2014. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CARVALHO, M. S. **Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica: um olhar implicado sobre sua implantação.** 2013. 167f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

CECCON, R. F. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família: um estudo ecológico. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 968-77, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia Médica no Brasil:** dados gerais e descrições de desigualdades. Coordenação: SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, A.; CASSENOTE, A. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011. 117p.

GARCIA, B.; ROSA, L.; TAVARES, R. **Projeto Mais Médicos para o Brasil:** apresentação do programa e evidências acerca de seu sucesso. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. Temas de economia aplicada. Março 2014. 11p. Disponível em: < http://www.fipe.org.br/publicacoes/downloads/bif/2014/3_26-36-bea-et al.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2014.

LANDIM, I. C. Um estudo sobre a relação entre a democracia digital e a participação política a partir do debate sobre o Programa Mais Médicos no Facebook. **Revista Mídia e Cotidiano**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 533-561, 2013.

LUZ, C. A. **O Programa Mais Médicos em uma abordagem lexical:** representação social e repercussão científica. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)



Artigo

- Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. de F. M. de. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MARCIEL FILHO, R. **Estratégias para a Distribuição e Fixação de Médicos em Sistemas Nacionais de Saúde: o caso brasileiro**. 2007. 264f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) -Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MARTINS, D. **No AP, farmácias recusam receitas prescritas por médicos cubanos**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/ap/amapa/noticia/2014/01/no-ap-farmacias-recusam-receitas-prescritas-por-medicos-cubanos.html>>. Acesso em: 8 mar. 2015.

MEIRELLES, M. L. O Mais Médicos e o futuro da Medicina. **Revista Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. Boletim Informativo da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular**, Rio de Janeiro, 2013.

MELO, D. A. C. **Análise do Processo de Implantação do “Projeto Mais Médicos” no Estado do Rio Grande do Sul**. 2015. 113f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) -Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MISHIMA, S. M. *et al.* (In)Satisfação dos usuários: duplicação e uso simultâneo na utilização de serviços na Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 766-773, 2010.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes [1961], 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Universal truth: no health without a workforce**. Genebra. OMS, 2014. 104p. Relatório. Disponível em: <



Artigo

<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>.

Acesso em: nov. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Implementação do Programa “Mais Médicos” em Curitiba**. Experiências inovadoras e lições aprendidas. Brasília (DF): OPAS, 2015. 68p.

PEREIRA, L. L.; SILVA, H. P. da; SANTOS, L. M. P. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores Negros**, v. 7, n. 16, p. 28-51, 2015.

PINTO, H. A. *et al.* O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 105-120, 2014.

RASELLA, D. *et al.* Impact of primary care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **British Medical Journal**, v. 348, g4014, 2014.

SALAZAR, A. S. "**Programa Mais Médicos**": um estudo do antes e do depois na Estratégia de Saúde da Família (ESF) da unidade de saúde Augusta Meneguine no município de Viamão. 2015. 30 f. Monografia (Especialização em Gestão em Saúde) - Universidade Aberta do Brasil, Programa Nacional de Formação em Administração Pública, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015.

SANTOS, J. B. F. dos. *et al.* **A representação social dos cearenses sobre o Programa Mais Médicos**. In: Anais do XX Encontro de Iniciação à Pesquisa, Universidade de Fortaleza, 20 a 24 de Outubro de 2014.

SILVA, B. C. Profissionais de saúde em contexto indígena: os desafios para uma atuação intercultural e dialógica. **Átropos Revista de Antropologia**, v. 6, p. 3-36, 2013.

SILVA, R. P. *et al.* A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o Programa Mais Médicos. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v.19, n. supl., p. 1005-1014, 2015.



Temas em Saúde

Volume 19, Número 5

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

SOUZA, L. de. **Representações do “Programa Mais Médicos” pelo site Pragmatismo Político e pelo Portal do Conselho Federal de Medicina.** 2014. 145 f. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Linguística) - Departamento de Linguística, Português e Línguas Clássicas, Instituto de Letras, Universidade de Brasília, Brasília (DF), 2014.

VERGÈS, P. Os questionários para análise das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. *et al.* (Eds.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais.** João Pessoa (PB): Editora da Universidade Federal da Paraíba, 2005. p. 201-228.



AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE USUÁRIOS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O
PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Páginas 102 a 130

Artigo

**AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DA
CRENÇA DOS SEUS PROFISSIONAIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

**EVALUATION OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY (ESF) FROM THE
BELIEF OF THEIR PROFESSIONALS: A LITERATURE REVIEW**

Anny Mayara de Araújo Oliveira¹
Brunno Alves de Lucena²
Francely dos Santos Moura³
Erika Mayra de Almeida Barreto⁴
Gislayne Barros Correia⁵
Rayssa Silva do Nascimento⁶

RESUMO - A implementação da ESF foi uma estratégia possível para reorganizar e expandir a rede de serviços e de ações básicas de saúde priorizando a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, para tanto se faz necessário avaliar a qualidade da atenção prestada pela ESF, pois a partir da mesma, amplia-se possibilidades de novos investimentos na melhoria da qualidade dos serviços ofertados dentro de cada território de saúde. Objetivou-se com este estudo avaliar a Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir das crenças dos seus profissionais, verificando na literatura as condições e os fatores que influenciam a operacionalização dos serviços de atenção primária à saúde. Estudo do tipo revisão bibliográfica, e

¹ Enfermeira do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil - Escola Multicampi de Ciências Médicas / UFRN;

² Psicólogo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil - Escola Multicampi de Ciências Médicas / UFRN. E-mail:brunno.psic@gmail.com;

³ Assistente Social do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil - Escola Multicampi de Ciências Médicas / UFRN;

⁴ Nutricionista do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil - Escola Multicampi de Ciências Médicas / UFRN;

⁵ Farmacêutica do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil - Escola Multicampi de Ciências Médicas / UFRN;

⁶ Fisioterapeuta do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil - Escola Multicampi de Ciências Médicas / UFRN.



Artigo

descritiva, realizado através da consulta a livros, artigos e dissertações, no período de janeiro a abril de 2019. A literatura evidencia que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é protagonista dentro de um conjunto de políticas, em âmbito nacional, para reorientar o modelo de atenção básica à saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, os estudos demonstram uma avaliação insatisfatória da ESF por parte da crença dos profissionais lotados na mesma unidade no que tange a gestão dos serviços e no processo de trabalho dos profissionais. Constatou-se que os autores dos artigos afirmam que os profissionais de saúde avaliam o serviço como insatisfatório, apesar da existência de percepção positiva sobre aspectos relacionais. Os fatores avaliados negativamente apontaram problemas para a operacionalização com qualidade dos serviços prestados à comunidade em que a ESF está inserida.

Palavras-chave: Avaliação de Serviços de saúde; Estratégia; Saúde da Família; Percepção dos profissionais de saúde.

ABSTRACT - The implementation of the ESF was a possible strategy to reorganize and expand the network of services and basic health actions prioritizing the prevention, promotion and recovery of people's health, in an integral and continuous way, so that it is necessary to evaluate the quality of the attention provided by the ESF, since from it, it is possible to invest in improving the quality of the services offered within each health territory. The objective of this study was to evaluate the Family Health Strategy (ESF) based on the beliefs of its professionals, verifying in the literature the conditions and factors that influence the operationalization of primary health care services. This is a bibliographical and descriptive review, carried out through the consultation of books, articles and dissertations, from January to April 2019. The literature shows that the Family Health Strategy (ESF) is a protagonist within a set of policies, at the national level, to reorient the basic health care model, in accordance with the principles and guidelines of the Unified Health System (SUS). However, the studies demonstrate an unsatisfactory evaluation of the FHT by the professionals' belief that it is full in the management of the services and in the work process of the professionals. It was found that the authors of the articles affirm that the health professionals evaluated the service as unsatisfactory, because despite the existence of positive perception about relational



Artigo

aspects, the factors evaluated negatively pointed problems for the operationalization with quality of the services provided to the community in which the ESF is inserted.

Keywords: Evaluation of Health Services; Family Health Strategy; Perception of health professionals.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) consiste numa política pública que objetiva atingir uma mudança na realidade social e atualmente constitui-se em um dos pilares da saúde pública no Brasil, consolidando-se como ordenadora do sistema de saúde e ordenadora do cuidado, com vistas às ações que se relacionam com aspectos coletivos e individuais e visam a resolutividade de problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população, a partir da atenção básica. Contudo, a população, que financia os serviços, acompanha uma prática cotidiana que se distancia das formulações teóricas e legislativas, resultando em descontinuidade e repetições de erros que poderiam ser substituídos pelas boas práticas de assistência à saúde. A população, cada vez mais se apropria de sua posição de “sujeitos de direitos”, e exigem prestações de contas, não apenas financeiras, mas também dos resultados dessas ações de saúde.

Nesse contexto, a avaliação de programas funciona como um instrumento fundamental para auxiliar, através de *feedback*, as decisões dos gestores no tocante à implementação, ao processo e aos resultados alcançados, bem como nas informações sistemáticas que podem ser utilizadas nos seus aprimoramentos.

De acordo com Gil (2006), o propósito de reorganização da prática da assistência à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional, curativista e hospitalocêntrico, levando a saúde para mais perto da família e dos seus usuários, levou a implementação da ESF, como uma possível forma de organizar e expandir a rede de serviços e de ações básicas de saúde priorizando a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, promovendo uma maior resolutividade nos níveis da atenção básica à saúde.

A ESF prioriza como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, além de ter como foco a promoção da qualidade de vida. A ESF privilegia a integralidade e a singularidade do usuário inserido em um contexto sociocultural e



Artigo

familiar, rompendo com uma prática de atenção à saúde individualizada e descontextualizada. Além disso, o foco do trabalho na equipe possibilita deslocar o médico ou o atendimento médico do centro das ações de saúde, fortalecendo o trabalho interdisciplinar e uma concepção de ampliada para além da ausência de doença.

Apesar de ter se expandido significativamente, a ESF enfrenta grandes desafios na atualidade: sua consolidação nos grandes centros urbanos. Dessa forma, seu crescimento revela a fragilidade inerente a processos de mudança e a necessidade de novas visões para lidar com as práticas e a gestão de saúde (Fernandes, 2011).

A realização de estudos que avaliem a ESF é imprescindível para que haja um melhor direcionamento das ações da política pública. Silva (2014) também ressalta a importância da realização de estudos que avaliem a qualidade e a efetividade das estratégias adotadas e da atuação das equipes de saúde. A avaliação de programas e serviços de saúde viabiliza identificar as barreiras para a eficácia do seu desempenho com vistas ao seu aperfeiçoamento e garantia da qualidade da atenção à saúde. Quando aplicada de forma sistemática e continuada, a avaliação permite avaliar a assistência à saúde e os resultados das intervenções, na perspectiva de modificar a situação de saúde da população atendida

Ao longo dos últimos anos, a ESF tem colaborado de forma significativa para a melhoria dos indicadores de saúde no país, alterando o perfil de morbimortalidade da população, além da redução de internações desnecessárias. O estudo justifica-se pela relevância da avaliação da qualidade da atenção prestada pela ESF, pois a partir da mesma, ampliam-se possibilidades de novos investimentos na melhoria da qualidade dos serviços ofertados dentro de cada território de saúde, novas formas de gestão e cuidado, ações mais acessíveis, resolutivas e humanizadas aos usuários.

Objetivou-se com este estudo avaliar a Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir das crenças dos seus profissionais, verificando na literatura as condições e os fatores que influenciam a operacionalização dos serviços de atenção primária à saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de levantamento bibliográfico, que para Fachin (2006) é uma fonte ímpar de informações, contribuindo com muitas formas do saber, como a atividade intelectual e o conhecimento cultural.



Artigo

Para o levantamento, foi acessado a base de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), como também foi acessado a biblioteca Virtual do SciELO (Scientific Electronic Library Online), utilizando-se dos seguintes critérios de inclusão artigos e dissertações publicados entre os anos de 2008 à 2017 bem como aqueles que possuíam os seguintes descritores no idioma português: Estratégia Saúde da família, Avaliação de serviços de Saúde, Percepção dos profissionais de saúde. Com esse descritor, foram identificados 25 estudos indexados no LILACS e 32 estudos indexados no ScieELO, totalizando 58 estudos. Após a aplicação dos critérios de inclusão restaram 32 artigos. A coleta do material se deu entre os meses de Janeiro e Abril de 2019. A análise do material levantado foi feita após a leitura dos resumos destas referências, para a seleção das que tratavam especificamente de estudos de avaliações da Estratégia Saúde da família (ESF).

Os artigos foram classificados quanto à avaliação realizada, ou seja, os que apresentaram avaliações da ESF satisfatórias e os que apresentaram avaliações insatisfatórias da Estratégia. Para tanto, foi utilizada a metodologia de análise de conteúdo descrita por Bardin (2010), que compreende na leitura atenta de cada um dos artigos selecionados para a pesquisa, na leitura com a finalidade de desmembrar as unidades de registros para classificar e agrupar os dados oriundos dos artigos, e por último, apresentar os resultados encontrados através da categorização de registros com significados e elementos comuns, após a análise os resultados foram agrupados e apresentados por meio de uma revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o propósito de reorganização da prática da assistência à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional, curativista e hospitalocêntrico, levando a saúde para mais perto da família e dos seus usuários, a mudança no modelo de atenção à saúde levou a implementação da ESF, como uma possível forma de organizar e expandir a rede de serviços e de ações básicas de saúde priorizando a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, promovendo uma maior resolutividade nos níveis da atenção básica à saúde.

A mudança no modelo de atenção à saúde teve como antecedentes a Conferência Mundial de Cuidados Primários de Saúde, ocorrida na URSS na cidade de Alma Ata em 1978, nos princípios de conquista do direito à saúde, de justiça social e de cidadania,



Artigo

constantes do ideário da reforma sanitária brasileira, consolidados na VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 (MENDES, 2006).

Diante do contexto de mudança expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde, da precariedade das condições sociais no nordeste brasileiro, o Ministério da Saúde implantou no ano de 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) inspirado em experiências bem sucedidas instituída pela Secretaria de Saúde do Ceará em 1987, como parte de um programa de emergência de combate à seca.

O PACS e o PSF foram implantados com o intuito de possibilitar o enfrentamento do crítico estado das condições de saúde do país, principalmente no que se refere aos índices de mortalidade materno-infantil na região do Nordeste. Este programa propunha mudanças no modelo assistencial através da vinculação dos indivíduos e famílias às Unidades de Saúde da Família (USF).

Devido aos resultados satisfatórios, o programa teve uma ampla repercussão política, sendo ampliado para todo o país, a partir daí, foi denominada de Estratégia Saúde da Família (ESF), através da Portaria nº 648/2006, visando contribuir para a reorientação do modelo assistencial e ampliar a aproximação do serviço de saúde à comunidade, de forma a torná-lo mais humanizado e acolhedor.

A ESF prioriza como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, além de ter como foco a promoção da qualidade de vida (Brasil, 2012). A ESF privilegia a integralidade e a singularidade do usuário inserido em um contexto sociocultural e familiar, rompendo com uma prática de atenção à saúde individualizada e descontextualizada. Além disso, o foco do trabalho na equipe possibilita deslocar o médico ou o atendimento médico do centro das ações de saúde, fortalecendo o trabalho interdisciplinar e uma concepção de saúde ampliada para além da ausência de doença.

Cabe à equipe da ESF conhecer a realidade da população atendida para assim atuar de forma integrada, numa perspectiva biopsicossocial. A família passa a ser o foco da atenção, compreendida a partir do ambiente em que vive e sendo este um espaço de construção de relações intrafamiliar e extrafamiliar, onde se dá a luta por melhores condições de vida. A área de abrangência de cada equipe situa-se, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto



Artigo

maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2017).

O Ministério da Saúde destaca a importância da institucionalização da avaliação da ESF e busca realizá-la através do envolvimento dos diversos atores que compõem tal contexto, em especial, os usuários (BRASIL, 2006). A avaliação de um programa social tem por finalidade determinar se o programa atingiu ou não os seus objetivos previstos. Para tanto, nos últimos anos os idealizadores e os gestores de programas sociais têm dedicado considerável atenção à avaliação dos programas nas áreas de saúde, educação e assistência social para identificar se estes estão cumprindo seus objetivos e se estão atendendo as necessidades das populações-alvo.

A realização de estudos que avaliem a ESF é imprescindível para que haja um melhor direcionamento das ações da política pública. Silva (2012) em estudo que realizou ressalta a importância da realização de estudos que avaliem a qualidade e a efetividade das estratégias adotadas e da atuação das equipes de saúde. A avaliação de programas e serviços de saúde viabiliza identificar as barreiras para a eficácia do seu desempenho com vistas ao seu aperfeiçoamento e garantia da qualidade da atenção à saúde. Quando aplicada de forma sistemática e continuada, a avaliação permite verificar a eficácia e eficiência da assistência à saúde e os resultados das intervenções, na perspectiva de modificar a situação de saúde da população atendida.

Rocha et al. (2008) em seu estudo constatou que a ESF obteve avanços, porém ainda enfrenta desafios. Analisando as dimensões político-institucional, organização da atenção e cuidado integral, os autores destacaram como avanços a priorização da estratégia como política de saúde na atenção básica, uma maior qualificação dos gestores e equipes, as centrais de regulação, o aprendizado institucional e a percepção positiva acerca do programa. Por sua vez, Silva Neto e Ribeiro (2012) analisaram quais os fatores que contribuem para a falta de motivação dos profissionais vinculados a ESF e constataram que a falha preponderante estava diretamente relacionada a uma gestão ineficiente dos recursos do programa e assim restringiriam a efetividade da Estratégia Saúde da Família.

Em um estudo desenvolvido no município de Natal, Rio Grande do Norte, Lins et. al (2014) realizaram uma avaliação da Estratégia Saúde da Família, a partir da percepção dos profissionais de saúde. O instrumento de coleta foi uma escala contendo vinte e quatro itens sobre os fatores: infraestrutura física, recursos materiais e eficiência no atendimento. A avaliação para as três dimensões estudadas foi negativa, constatando



Artigo

a necessidade de modificações na operacionalização e, conseqüentemente, na gestão dos serviços ofertados.

Ressaltando os aspectos da estrutura das equipes das ESF, Pimentel, Albuquerque e Souza (2015) avaliaram, em termos estruturais, as Equipes do estado de Pernambuco por porte populacional, avaliando itens referentes a instrumentos disponíveis, materiais educativos, espaço físico, medicamentos, vacinas, além dos recursos humanos disponíveis. Identificou-se a ausência de alguns materiais fundamentais para o desempenho das atividades em muitas equipes, poucos materiais lúdicos disponíveis para ações de educação em saúde, e que alguns medicamentos essenciais não estavam disponíveis. Quanto aos componentes de recursos humanos, o estudo apontou a precariedade do vínculo de alguns profissionais, necessidade de ampliação nos investimentos, especialmente na estrutura e qualificação das equipes de saúde.

Arruda e Bosi (2016) estudaram, mediante pesquisa qualitativa, a satisfação de profissionais vinculados à Estratégia de saúde da família em Fortaleza, Ceará. Evidenciou-se insatisfação dos respondentes relacionada às relações de poder entre os gestores com as equipes de saúde, demonstrando uma centralização do processo decisório e burocrático, com decisões centralizadas e, portanto, havendo pouca participação dos profissionais de saúde no planejamento e nas decisões gerenciais.

A literatura evidencia que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é protagonista dentro de um conjunto de políticas, em âmbito nacional, para reorientar o modelo de atenção básica à saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). No que se refere à avaliação de políticas públicas de saúde, identificou-se que existe uma variedade de metodologias adotadas e enfoques diferenciados usados pelos autores. Porém, os estudos demonstram uma avaliação insatisfatória da ESF no que tange a gestão dos serviços e no processo de trabalho dos profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura analisada abordou estudos que objetivou avaliar a qualidade dos serviços da Estratégia Saúde da Família, a partir das percepções e experiências de profissionais que estão vinculados a ela. Por meio da análise literária, constatou-se que os autores dos diversos artigos afirmam que os profissionais de saúde avaliaram o



Artigo

serviço como insatisfatório, pois apesar da existência de percepção positiva sobre aspectos relacionais, os fatores avaliados negativamente apontaram problemas para a operacionalização com qualidade dos serviços prestados à comunidade em que a ESF está inserida.

Ao suceder a análise, identificaram-se ainda várias dificuldades que ainda persistem na ESF, como acessibilidade, estrutura física precária, ineficiência na gestão, desorganização da rede de atenção à saúde e formação inadequada dos profissionais das equipes, que contribuem para a falta de motivação dos mesmos.

Nesse contexto, se faz necessário que se busque uma real universalidade na oferta de serviços e ações de saúde na Estratégia Saúde da Família. E que a Equidade realmente leve saúde a quem mais precisa, porém com qualidade, com dignidade dando condições adequadas aos seus prestadores de serviços. É preciso ouvir usuários e profissionais, para que se possa compreender, além do SUS teórico, a realidade de funcionamento e oferta de serviços de saúde na ESF.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, C. A. M.; BOSI, M. L. M. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu/SP, v. 20, n. 59, 2016.

Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n61/1807-5762-icse-1807576220150479.pdf>>. Acesso em 10 de Abril de 2019.

BARDIN, L. **Análise do Conteúdo**. 6ª. Ed. Lisboa: Almedina, 2010.

FACHIN, Odília. **Fundamentos de Metodologia**. 5. Ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

FERNANDES, F. M. B. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1667-1677, 2011.

Disponível: <

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v27n9/02.pdf>. Acesso em 10 de Abril de 2019.



Artigo

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006. 2006.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>>. Acesso em 11 de abril de 2019.

LINS, C. de F. M. et al. Desenvolvimento de Instrumentais para Avaliação da Estratégia Saúde da Família em Natal. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 27, n. 2, p. 219-227, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v27n2/0102-7972-prc-27-02-00219.pdf>>. Acesso em 11 de abril de 2019.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: A declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447-448. 2006.

Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1880/1933>>. Acesso em 10 de Abril de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília, 2017.

PIMENTEL, F. C.; ALBUQUERQUE, P. C. de; SOUZA, W. V. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. **Saúde em debate**, v. 39, n. 104, p. 88-101, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00088.pdf>>. Acesso em 10 de Abril de 2019.



Artigo

ROCHA, P. de M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. supl. 1, p. 69-78, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/12.pdf>>. Acesso em 10 de abril de 2019.

SILVA, M. A. P. Atenção Básica em Alagoas: expansão da Estratégia Saúde da Família, do Nasf e do componente alimentação / nutrição. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro. V. 38, n.13, p.720-732. 2014. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/273178772_Atencao_Basica_em_Alagoas_ex_expans_da_Estrategia_Saude_da_Familia_do_Nasf_e_do_componente_alimentacaonutr_alim>. Acesso em 10 de abril de 2019.

SILVA, J. M. da; CALDEIRA, A. P. Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família e a qualificação profissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. 1, p.95-108, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0452.pdf>>. Acesso em 10 de abril de 2019.

SILVA N., J. M.; RIBEIRO, R. P. Gestão Estratégica de Recursos Públicos: Avaliação das variáveis restritivas à efetividade na execução do Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Administração**, v. 18, n. 1, p. 191-210, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/read/v18n1/v18n1a07.pdf>> Acesso em 10 de abril de 2019.



Artigo

**CARACTERIZANDO OS EVADIDOS DO CURSO TÉCNICO EM
ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO FEDERAL DE ENSINO**

**CHARACTERIZING THE EVADED NURSING TECHNICIAN COURSE OF A
FEDERAL EDUCATIONAL INSTITUTION**

Leila Conceição de Paula Miranda¹
Rivaldo Alfredo Paccola²
Leonardo de Paula Miranda³
José de Almeida Carneiro Neto⁴
Thatiane Lopes Oliveira de Paula⁵

RESUMO - A evasão escolar é um tema preocupante no âmbito da educação e, em especial na Educação Profissional do curso Técnico em Enfermagem em escola pública. Assim, o presente trabalho buscou caracterizar o perfil dos evadidos do curso Técnico em Enfermagem do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais – IFNMG, campus Araçuaí, no período de 2010 a 2016. Foi possível descrever, por meio de documentos institucionais obtidos na secretaria, o perfil sociodemográfico e socioeconômico dos evadidos segundo gênero, idade, cor/raça, estado civil, renda mensal, bem como escolaridade dos pais. Trata-se de um estudo analítico-descritivo, com abordagem qualitativa. O universo amostral consistiu em 78 pessoas.

Palavras-chave: Evasão escolar; Educação profissional; Curso Técnico em Enfermagem.

¹ Mestre em Ensino em Saúde. Docente do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais – IFNMG - Campus Almenara – MG – Brasil. Email: leila.miranda@ifnmg.edu.br;

² Doutor em Educação. Docente na Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UVJM – Campus Diamantina – MG – Brasil. Email: aulasrivaldo@yahoo.com.br;

³ Mestre em Ciências da Saúde. Perito criminal na Polícia Civil do Estado de Minas Gerais, em Pirapora - MG – Brasil. Email: leonardodepaulamiranda@bol.com.br;

⁴ Pós-graduado em Treinamento desportivo. Docente na Prefeitura Municipal de Eunápolis – BA – Brasil. Email: profnetocarneiro@hotmail.com;

⁵ Mestre em Ciências da Saúde. Docente do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais – IFNMG - Campus Januária – MG – Brasil. Email: lopes.thatiane@hotmail.com.



Artigo

ABSTRACT - School dropout is a matter of concern in the field of education and especially in Vocational Education of the Technical Nursing course in a public school. Thus, the present work aimed to characterize the profile of the evaded students of the Technical Nursing course of the Federal Institute of Northern Minas Gerais - IFNMG, Araçuaí campus, from 2010 to 2016. It was possible to describe, through institutional documents obtained from the secretariat, the socio-demographic and socioeconomic profile of the evaded according to gender, age, color / race, marital status, monthly income, as well as parental education. This is a descriptive analytical study with a qualitative approach. The sample universe consisted of 78 people.

Keywords: School evasion; Professional education; Technical Course in Nursing.

INTRODUÇÃO

No mundo globalizado em que vivemos, onde as inovações tecnológicas tornam-se cada vez mais complexas e desafiadoras, urge a crescente necessidade por uma educação profissional técnica, que eleve o nível de qualificação dos cidadãos para o mercado de trabalho cada vez mais competitivo.

Moran (2009) diz que a educação proporciona desenvolvimento a qualquer país, pois favorece melhores perspectivas de autonomia, empreendedorismo, empregabilidade, sendo possível superar a desigualdade social existente no Brasil.

No contexto com o mundo do trabalho a educação não pode se restringir apenas à formação para profissões e/ou trabalhos específicos, mas sim voltada para a formação integral do indivíduo no âmbito das sociedades contemporâneas (BELONI, WONSIK E PEREIRA, 2009).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB afirma que a educação é obrigação da família e do Estado, em busca do pleno desenvolvimento do educando, a fim de prepará-lo tanto para o exercício da cidadania como para a qualificação profissional (BRASIL, 1996).

Nesta perspectiva, o Ministério da Educação (MEC), através da expansão da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, criou os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, através da Lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008, reconhecidos como políticas públicas para a educação brasileira, comprometidos com a



Artigo

transformação social e redução das desigualdades. Eles representam um novo direcionamento para a educação profissional e tecnológica no Brasil, ao propor a implementação de uma política educacional que contribua para a expansão da rede federal, democratização do conhecimento e fortalecimento da cidadania dos trabalhadores (BRASIL, 2008).

No documento “Um novo modelo em educação profissional e tecnológica: concepções e diretrizes” a função dos Institutos Federais é de promover o desenvolvimento local e regional onde se inserem, revelando-se como espaços propícios à construção do conhecimento (BRASIL, 2010b).

Queiroz (2010) afirma que o fenômeno da evasão escolar vem sendo discutido e debatido no âmbito da pesquisa científica e das políticas públicas. Essa evasão consiste em um fenômeno social complexo com graves consequências sociais, acadêmicas e econômicas, estando associado, muitas vezes, ao estigma da incapacidade (BAGGI, 2010).

Sendo a escola o local que contribui para o processo de formação e desenvolvimento do indivíduo, faz-se necessário ressaltar a importância de se caracterizar o perfil do aluno que evade do curso Técnico em Enfermagem, para que a instituição crie e/ou aperfeiçoe mecanismos e ações direcionadas para o fenômeno da evasão, buscando-se, com isso, a permanência do aluno na escola e evitando desperdícios de investimento.

Dessa forma, este trabalho objetivou caracterizar o perfil dos evadidos do curso Técnico em Enfermagem do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais (IFNMG) – campus Araçuaí, no período de 2010 a 2016.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza analítico-descritivo, com abordagem qualitativa, com os evadidos do curso Técnico em Enfermagem do IFNMG – campus Araçuaí, no período de 2010 a 2016.

O universo amostral foi constituído por jovens e adultos, na faixa etária de 15 a 49 anos, totalizando 78 pessoas.

Foram incluídos todos os evadidos de 2010 a 2016 e excluídos os alunos que formalizaram desistência da vaga junto à secretaria de registros escolares da instituição.



Artigo

Quanto à coleta de dados, utilizou-se a pesquisa bibliográfica para ampliar a discussão sobre o tema em estudo e definir conceitos importantes e a pesquisa documental, mediante a elaboração de uma planilha pela autora, utilizada como instrumento de coleta de dados, contendo as informações sobre gênero, idade, cor/raça, estado civil, renda mensal, bem como escolaridade dos pais dos evadidos.

Com relação aos aspectos éticos, a pesquisa foi desenvolvida conforme os parâmetros contidos na Resolução nº 12.527/2011 que regulamenta o direito constitucional de *acesso às informações* públicas. A identificação dos sujeitos da pesquisa permaneceu em sigilo e nenhum dano de natureza física ou moral foi acarretado a esses.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados acerca da caracterização do perfil dos evadidos do curso Técnico em Enfermagem do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais (IFNMG) – campus Araçuai, no período de 2010 a 2016 mostraram uma predominância de mulheres, com idades entre 20 e 29 anos, pardas/mulatas, solteiras, com baixa renda mensal e pais com baixa escolaridade. Seguem gráficos abaixo para explicitar os achados.



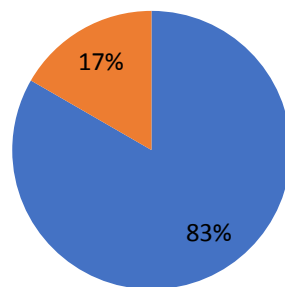
Artigo

Quanto ao gênero

(GRÁFICO 1)

Gênero

■ Feminino ■ Masculino



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A pesquisa mostrou que a maioria dos evadidos foi de mulheres (65 pessoas).

Nunes *et al.* (2007) pesquisou sobre evasão nos cursos de enfermagem de nível médio no Paraná e constatou que o fenômeno é predominante nas mulheres, corroborando com os achados do estudo.



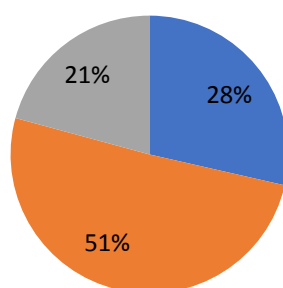
Artigo

Quanto à idade

(GRÁFICO 2)

Idade

■ 15 a 19 anos ■ 20 a 29 anos ■ 30 a 49 anos



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Verificou-se que a maioria dos evadidos apresenta idades entre 20 e 29 anos (39 pessoas). Percebe-se que tal fato esteja intimamente relacionado à maioridade e consequente inserção no mundo do trabalho, já que muitos jovens precisam trabalhar para ajudar no sustento da família ou para seu próprio sustento.

Nos estudos de Narciso (2015) e Cravo (2012) foram evidenciadas evasões predominantes entre indivíduos mais jovens, ou seja, com idade inferior a 30 anos.

Nunes *et al.* (2007) constatou uma evasão predominante em pessoas a partir de 24 anos, na pesquisa feita sobre evasão nos cursos de enfermagem.



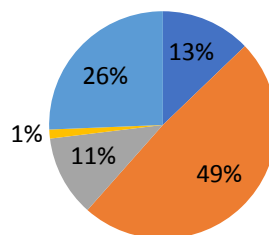
Artigo

Quanto à cor/raça

(GRÁFICO 3)

Cor/raça

■ branco ■ pardo/mulato ■ negro ■ amarelo ■ não informou



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Nesta característica nota-se a cor pardo/mulato (38 pessoas) como predominante no grupo dos evadidos.

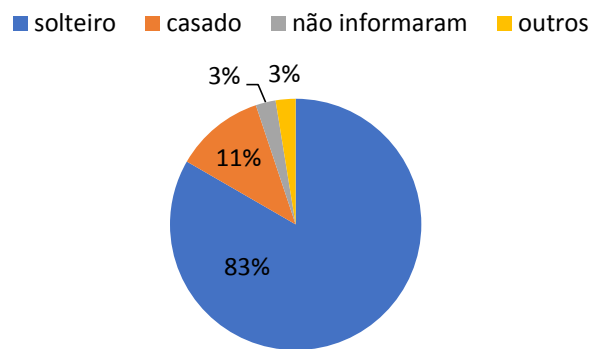


Artigo

Quanto ao estado civil

(GRÁFICO 4)

Estado civil



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Nota-se que a maioria dos evadidos (65 pessoas) era solteira. Assim, a situação civil não é fator decisivo na evasão, já que a maioria ainda não havia constituído família. Pode-se correlacionar tal variável à idade dos evadidos.

Cruz (2013) em seu estudo sobre evasão na educação técnica constatou uma evasão maior em solteiros e com idade inferior a 30 anos.



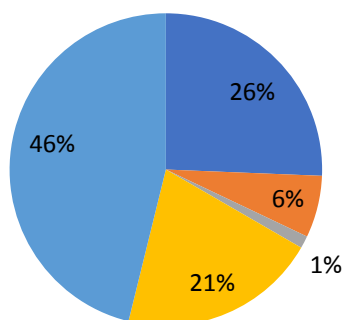
Artigo

Quanto à renda mensal

(GRÁFICO 5)

Renda mensal

■ Até 1 SM ■ 1 até 3 SM ■ 3 a 5 SM ■ Não tem renda ■ Não informaram



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Muitos evadidos não informaram dados sobre esta variável (36 pessoas). Observou-se, contudo que a soma dos evadidos que não têm nenhuma renda (16 pessoas) com os que têm baixa renda (25 pessoas), dá um quantitativo de 41 pessoas, configurando situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Nesta variável pode-se inferir que a renda mensal é fator influenciador na evasão. Já que quanto menor renda, mais difícil é manter-se no curso.

Para Johann (2012) a necessidade por salário-renda é fator impeditivo para que os alunos concluam seus estudos, obtendo melhor qualificação para o mercado de trabalho.



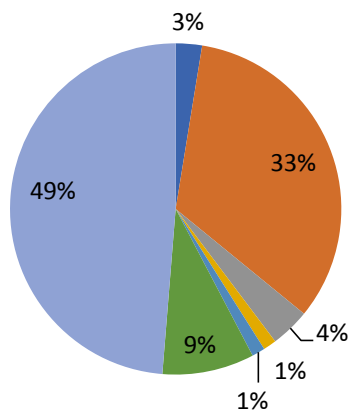
Artigo

Quanto à escolaridade do pai

(GRÁFICO 6)

Escolaridade do pai

- Ensino fundamental completo
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino médio incompleto
- Superior incompleto
- Analfabeto
- Não informou



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Quanto a esta variável pode-se inferir que muitos pais possuem escolaridade baixa (ensino fundamental incompleto).

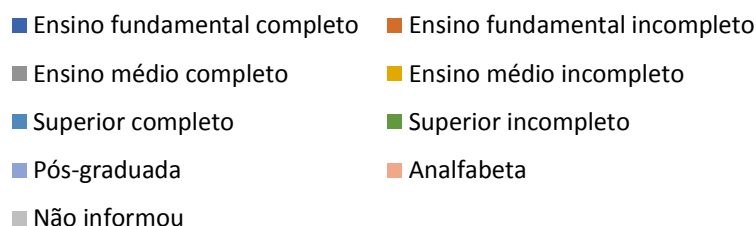


Artigo

Quanto à escolaridade da mãe

(GRÁFICO 7)

Escolaridade da mãe



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Observa-se que uma quantidade considerável de mães possui baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto).

Ao se comparar as escolaridades dos pais, constata-se que as mães têm nível de estudos ligeiramente melhor que os pais, já que temos mães com ensino superior completo e também em nível de pós-graduação.

No entanto, evidencia-se nesta pesquisa que o grau de instrução dos pais no geral é baixo, o que pode favorecer a ocorrência da evasão, conforme corroboram os autores abaixo.

Andrade *et al.* (2014) afirmam em sua pesquisa sobre evasão na educação profissional de nível médio que a baixa escolaridade dos pais contribui na decisão pela



Artigo

evasão dos filhos. Conforme apontam, quanto menor a escolaridade dos pais maior o percentual de alunos evadidos.

Bayma-Freire, Roazzi e Roazzi (2015) pesquisaram se o nível de escolaridade dos pais interfere na permanência dos filhos na escola e constataram que sim, o baixo nível de escolaridade dos pais é fator motivador para o fenômeno da evasão.

CONCLUSÃO

Em geral, entende-se que, para o sucesso de qualquer instituição de ensino, é primordial que os discentes permaneçam e concluam o curso escolhido com êxito.

Em um contexto de expressiva percentagem de evasão no curso Técnico em Enfermagem do IFNMG – campus Araçuaí, constatado pelos resultados deste estudo, tem-se que o fenômeno pode ser considerado um problema para a educação profissional, uma vez que o evadido perde a oportunidade de obter uma qualificação profissional para o trabalho e, conseqüentemente, deixa de ganhar melhores salários.

Assim, faz-se necessário que a problemática da evasão escolar seja enfrentada de forma articulada, criando estratégias para o acompanhamento escolar do discente, visando a garantia da formação intelectual do cidadão.

Por fim, acredita-se que esta pesquisa, por si só, não teve a pretensão de esgotar a discussão sobre a evasão escolar na educação profissional, contudo nota-se sua relevante contribuição para ampliar o estudo sobre o tema no âmbito da ciência e da educação.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R.C.A *et al.* **Evasão na educação profissional técnica de nível médio do cefet-mg no período de 2006-2010** – um estudo de caso. Disponível em: <www.senept.cefetmg.br/galerias/Anais_2014/GT03/GT_03_x50x.pdf> Acesso em 26 jul 2017.

BAGGI, C. A. dos S. *Evasão e avaliação institucional: uma discussão bibliográfica*. 2010. 81 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo, 2010. Disponível em:



Artigo

<http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=203975> Acesso em: 01 jul 2017.

BAYMA-FREIRE, H; ROAZZI, A; ROAZZI, M.M. O nível de escolaridade dos pais interfere na permanência dos filhos na escola? **R Est Inv Psico y Educ**, v. 2, n. 1, 2015. Disponível em:
<http://revistas.udc.es/index.php/reipe/article/viewFile/reipe.2015.2.1.721/pdf_4>
Acesso em 30 jul 2017.

BELLONI, M.B; WONSIK, C.E; PEREIRA, L.A. **Contexto histórico e políticas públicas da educação profissional no século XXI**: apontamentos introdutórios. IV EPCT, São Paulo, 2009. Disponível em:
<http://www.fecilcam.br/nupem/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=88&Itemid=1> Acesso em: 30 jul 2017.

BRASIL. **Lei nº. 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União. Brasília, 1996. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm> Acesso em 15 jul 2017.

BRASIL. **Lei Nº 11.892**, de 29 de dezembro de 2008. Institui a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, cria os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia e dá outras providências. 2008. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111892.htm>. Acesso em: 15 jul 2017.

BRASIL. **Lei nº 12.527**, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 18 dez. 2011. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-014/2011/Lei/L12527.htm> Acesso em: 10 jul 2017.



Artigo

BRASIL. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia. **Um novo modelo em educação profissional e tecnológica: concepções e diretrizes**. Brasília: MEC/SETEC, 2010b. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=6691-if-concepcaoediretrizes&category_slug=setembro-2010_pdf&Itemid=30192>. Acesso em 15 jul 2017.

CRAVO, A.C. Análise das causas da evasão escolar do curso técnico de informática em uma faculdade de tecnologia de Florianópolis. **Revista GUAL**, Florianópolis, v. 5, n. 2, 49 ago. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/gual/article/viewFile/19834535.2012v5n2p238/22581>> Acesso em: 10 ago 2017.

CRUZ, A.P. **Evasão nos cursos técnicos profissionais: uma análise das principais causas e identificação de perfil dos alunos evadidos do Senac Sete Lagoas**. 88f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Cultural Dr. Pedro Leopoldo - FPL, Pedro Leopoldo, 2013. Disponível em: <http://www.fpl.edu.br/2013/media/pdfs/mestrado/dissertacoes_2013/dissertacao_anderson_paulo_da_cruz_2013.pdf> Acesso em: 25 jul 2017.

JOHANN, C.C. **Evasão escolar no Instituto Federal Sul-Rio-Grandense: um estudo de caso no campus Passo Fundo**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2012. Disponível em: <<http://ppgedu.upf.br/images/stories/defesa-dissertacao-cristiane-cabral-johann.PDF>> Acesso em: 30 jul 2017.

MORAN, J.M. **A educação que desejamos: Novos desafios e como chegar lá**. 4.ed. Campinas, SP: Editora Papirus, 2009.

NARCISO, L.G.S. **Análise da evasão nos cursos técnicos do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais – campus Arinos: exclusão da escola ou exclusão na escola?** 262f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico. Programa de Pós Graduação em Sociologia Política (PPGSP), 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/159413/337100.pdf?sequence=>



Temas em Saúde

Volume 19, Número 5

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

1&isAllowed=y> Acesso em: 18 jul 2017.

NUNES, E. F. P. A. et al. Análise da evasão de alunos dos cursos de profissionalização da área de Enfermagem no Paraná. **Revista Cienc Cuid Saude**. Out/Dez, 2007. p. 433-440. Disponível em:

<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/3869/2680>>

Acesso em: 24 jul 2017.

QUEIROZ, L. D. Um Estudo Sobre a Evasão Escolar: Para se Pensar a Inclusão Escolar. 2010. Disponível em <<http://www.anped.org.br/>> Acesso em 01 jul 2017.



CARACTERIZANDO OS EVADIDOS DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO
FEDERAL DE ENSINO

Páginas 142 a 156

Artigo

DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA: PERCEPÇÃO DO CUIDADO DE MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTOS, SÃO PAULO

EARLY DIAGNOSIS OF BREAST CANCER: PERCEPTION OF THE CARE OF DOCTORS OF THE SANTOS FAMILY HEALTH STRATEGY, SÃO PAULO

Daniela dos Santos Lopes Homenko¹
Cristina dos Santos Cardoso de Sá²
Maria Fernanda Petrolí Frutuoso³

RESUMO - O estudo verificou a opinião sobre as práticas do cuidado da saúde da mulher, com ênfase no câncer de mama, de 17 médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) em unidades com mais de uma não de funcionamento na cidade de Santos, SP, por meio de pesquisa com abordagem qualitativa. Dentre os participantes, houve proporção semelhante entre homens e mulheres, com média de idade de 45,9 (14,13) anos, sendo a maioria de estrangeiros participantes do Programa Mais Médicos. A maior parte dos médicos refere como práticas relacionadas à saúde da mulher, atendimentos individuais e solicitação de exames preventivo, mamografia e ultrassom transvaginal. Em relação ao diagnóstico precoce, o serviço especializado de saúde da mulher recebe, mensalmente, uma listagem com as mamografias suspeitas e realiza busca ativa dessas mulheres, inicialmente pelo sistema de cadastro do município dos atendimentos/agendamentos em outros serviços e, posteriormente, por contato com as unidades básicas a fim de saber se essas pacientes já foram convocadas e encaminhadas para a referência ou se já se encontram em acompanhamento. Os casos confirmados

¹ Médica Ginecologista da Prefeitura Municipal de Santos, Mestre em Ensino em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). danielaslopesgo@hotmail.com;

² Professora Doutora – Programa de pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Campus Baixada Santista;

³ Professora Doutora – Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde (UNIFESP) – Campus Baixada Santista; Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).



Artigo

para câncer são encaminhados para acompanhamento multiprofissional em serviço especializado. As dificuldades apontadas pelos médicos quanto aos cuidados à saúde da mulher dizem respeito às dimensões relacionadas aos profissionais/rede de cuidado - insuficiência de ações de educação e a necessidade de especialista ginecologista na ESF - e às mulheres atendidas, ou seja, a responsabilização das usuárias pelo seu cuidado em saúde e a preferência pelo atendimento por médicas por vergonha.

Palavras-chave: Saúde da família; Saúde da mulher; Médicos generalistas; Câncer de mama; Detecção precoce de câncer.

ABSTRACT - This study verified the opinion about the practices of women's health care, with emphasis on breast cancer, of 17 Family Health Strategy's general practitioners of units with more than one year of operation in the city of Santos, SP, through a qualitative approach. Among the participants, there was a similar proportion between men and women, with a mean of age of 45.9 (14.13) years, with the majority of foreigners participating in the Mais Médicos Program. Most doctors refer to practices related to women's health, individual care and request for preventive exams, mammography, and transvaginal ultrasound. Regarding the early cancer diagnosis, the specialized women's health service receives a monthly list of suspected mammograms and performs an active search of these women, initially by the municipal registry system of the appointments in other services and, later, by contact with the primary health care units in order to know if these patients have already been called and referred for reference or if they are already under follow-up. The confirmed cases for cancer are referred for multiprofessional follow-up in specialized service. The difficulties pointed out by doctors regarding women's health care concern the dimensions related to the professionals/care network – insufficiency of group education actions and the need for a gynecologist specialist in the ESF – and related to the women – the responsibility of their own health care and the preference for women doctors for shame.

Keywords: Family health; Women's health; General Practitioners; Breast cancer; Early detection of cancer.



Artigo

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a sétima causa de morte em mulheres brasileiras e a primeira entre as neoplasias malignas, conforme dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Sua incidência é mais que o dobro do que a segunda neoplasia mais frequente, a de colo de útero. O aumento da incidência do câncer de mama no Brasil pode estar associado ao crescimento e melhoria do diagnóstico e as altas taxas de mortalidade são atribuídas ao diagnóstico avançado da doença. O diagnóstico tardio (estadiamento III e IV) pode estar relacionado à dificuldade de acesso da população aos serviços públicos de saúde, baixa capacitação dos profissionais envolvidos na atenção oncológica, incapacidade do sistema público de absorver a demanda e à baixa capacidade dos gestores municipais e estaduais em definir o fluxo em diferentes níveis de atenção, que permitam encaminhamento adequado dos casos suspeitos (MEISTER & MORGAN, 2000, ALVES et al., 2017, VASCONCELOS-SILVA et al., 2018).

A detecção precoce de uma doença é possível por meio de treinamento para o diagnóstico em pessoas sintomáticas ou do rastreamento (triagem) em populações assintomáticas. As diretrizes nacionais do INCA incluem, para detecção precoce, exame físico entre 40 e 50 anos e mamografia apenas quando o exame físico mostrar alterações. Dos 50 aos 69 anos a mamografia deve ser realizada a cada dois anos, ou segundo recomendação médica e acima de 69 anos não há recomendação (INCA, 2017).

A Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), junto a Associação Médica Brasileira (AMB) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), acompanham a tendência internacional e defendem, em suas diretrizes, a triagem mamográfica bienal a partir dos 40 anos, anual entre os 50 aos 69 anos e, de acordo com as expectativas da vida da mulher, após os 70 anos de idade (JACOME, 2011).

O rastreamento mamográfico sempre suscitou controvérsias, especialmente quanto à idade de início. Recentemente, estudos como os da Colaboração Cochrane têm questionado a recomendação de rastreamento mamográfico em função do sobre diagnóstico, situação em que a pessoa é diagnosticada com uma condição que jamais lhe causaria sintomas ou morte (TESSER, 2016). Apesar da discussão a respeito da eficácia da mamografia nas últimas décadas, os programas que envolvem a prevenção e controle do câncer de mama devem estimular o início do rastreamento mamográfico em idade apropriada e promover medidas que estabeleçam taxas crescentes de adesão e repetição dos exames (MARCHI, 2010). Mesmo sendo considerado o método diagnóstico mais



Artigo

adequado, a mamografia apresenta-se como exame radiológico de alto custo e não está acessível a toda a população, principalmente entre mulheres de menor nível socioeconômico (BATISTON, 2009).

Com o objetivo de identificar mulheres que se encontram em estágio precoce da doença, os programas de rastreamento para câncer de mama têm como ator importante os profissionais que atuam na atenção básica, que devem estar aptos a identificar alterações mamárias por meio do exame clínico das mamas (ECM), sendo este realizado não só como parte do exame ginecológico de todas as mulheres atendidas nas unidades básicas de saúde, mas em qualquer outra oportunidade (BRASIL, 2004). Batiston (2009) em estudo realizado em unidades de Saúde da Família em Dourados, MS aponta que, no cenário atual, a maior parte dos profissionais da atenção básica à saúde não incorporou o ECM em suas práticas.

Considerando a elevada prevalência de câncer de mama em mulheres, a oportuna discussão sobre detecção precoce desta doença com vistas à garantia de maior sobrevida às pacientes e a atenção básica em saúde, como locus importante para ações de saúde da mulher, este artigo objetivou estudar as práticas de saúde da mulher, com ênfase a detecção e cuidado do câncer de mama por médicos da atenção básica do município de Santos, SP.

MÉTODO

Foi realizado estudo com abordagem qualitativa, com médicos generalistas de Unidades da Saúde da Família (USF) do município de Santos, São Paulo com mais de um ano de funcionamento. A Estratégia Saúde da Família (ESF) na cidade teve início em 2002 e até dezembro de 2016 o município contava com 37 equipes de ESF com cobertura de 30,4% da população (BRASIL, 2017). Cabe ressaltar que, no momento do estudo, das 21 equipes em funcionamento há mais de um ano, 10 estavam localizadas nas regiões de maior vulnerabilidade social da cidade de Santos.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a fim de caracterizar o perfil dos profissionais, avaliar as práticas do cuidado da saúde da mulher, com ênfase no câncer de mama, incluindo as práticas para o diagnóstico precoce da doença, bem como as facilidades e dificuldades apontadas pelos médicos no que diz respeito tanto à saúde da mulher como no cuidado no câncer de mama.



Artigo

As entrevistas, gravadas e transcritas posteriormente, foram realizadas entre julho e agosto de 2016 no local de trabalho dos médicos, em horário previamente acertado com o médico e/ou chefia, mantendo a privacidade. Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Foram apresentadas as ideias centrais e os trechos das entrevistas para as seguintes categorias que emergiram da análise dos dados: (1) saúde da mulher: práticas, dificuldades e facilidades; (2) há diagnóstico precoce de câncer de mama?: dificuldades, facilidades e sugestões dos médicos da atenção básica.

Para a categorização dos profissionais participantes foram apresentados dados demográficos de nacionalidade, sexo, idade, bem como o país de formação e a especialidade médica. As falas foram identificadas com a letra E (entrevista), seguida de número ordinal.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (parecer nº 1.575.589 de 05 de junho de 2016) e todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos médicos estudados

Dos 21 médicos convidados, três não aceitaram participar da pesquisa e um estava afastado por motivo de doença. Nota-se, entre os entrevistados, proporção semelhante entre homens e mulheres, com média de idade de 45,9 (14,13) anos.

Quanto à formação, a maioria (n=9) era estrangeira com formação médica fora do país, participantes do Programa Mais Médicos (PMM) e um dos médicos brasileiros teve formação fora do Brasil. Entre os médicos brasileiros (n=8), três possuem especialização em Saúde da Família. Entre todos os entrevistados um fez residência em ginecologia e obstetrícia e três em pediatria (Quadro 1).



Artigo

Quadro 1 - Perfil demográfico e de formação dos médicos entrevistados.

E	Nacionalidade	Sexo	Idade (anos)	País de formação	Especialidade
1	Brasileira, RS	Masculino	70	Brasil	Saúde Pública
2	Brasileira, SP	Feminino	36	Brasil	Saúde da Família
3	Cubana	Masculino	42	Cuba	Mais Médicos/ Saúde da Família
4	Boliviana	Feminino	43	Bolívia	Mais Médicos
5	Brasileira, PB	Feminino	66	Brasil	Anestesia
6	Brasileira, SP	Feminino	35	Brasil	Saúde da Família
7	Nigeriana	Masculino	32	Rússia	Mais Médicos
8	Brasileira, SP	Feminino	45	Brasil	Ginecologia/Obstetrícia
9	Cubana	Feminino	48	Cuba	Mais Médicos
10	Boliviana	Masculino	72	Bolívia	Pediatra
11	Boliviana	Masculino	37	Bolívia	Mais Médicos
12	Brasileira, SP	Feminino	66	Brasil	Pediatria
13	Peruana	Masculino	42	Peru	Mais Médicos
14	Venezuelana	Masculino	29	Venezuela	Mais Médicos
15	Brasileira, SP	Feminino	49	Brasil	Pediatria
16	Dominicana	Feminino	35	República Dominicana	Mais Médicos
17	Brasileira, SP	Masculino	30	Cuba	Mais Médicos/ Saúde da Família

Saúde da mulher: práticas, dificuldades e facilidades

A maior parte dos médicos refere, como práticas relacionadas à saúde da mulher, atendimentos individuais e solicitação de exames, considerados básicos por um dos médicos “*preventivo, mamografia, ultrassom transvaginal, que é o básico que a gente pede*” (E15). Aparecem, ainda, referências a realização de pré-natal, planejamento familiar, atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças em grupo, como parte das ações da saúde da mulher (Quadro 2).

Em algumas unidades é a enfermeira quem realiza a coleta dos citopatológicos e alguns profissionais referem examinar a mama. Para um deles, ensinar o autoexame das mamas é parte sempre presente no cuidado à mulher “*ensino as pacientes a se cuidarem, ensino o autoexame para cada uma*” (E12). Já para outro profissional (E13), o que norteia o exame das mamas é o protocolo bienal e a realização do exame anualmente depende da presença de fatores de risco.



Artigo

Somente um dos profissionais afirma não realizar o exame preventivo, justificado pela grande quantidade de pessoas acompanhadas, mas solicita a realização de mamografia e ultrassom e refere examinar a mama em caso de sintomas e se der tempo *“se vem pela mama, porque se dá tempo, eu examino, se tiver algum sintoma, eu examino”* (E16).

Cabe pontuar que a menção sobre o câncer de mama esteve presente nos relatos de todos os profissionais entrevistados quando questionados sobre as práticas relacionadas à saúde da mulher, fato que pode ter tido a interferência da assinatura do TCLE, quando os médicos tomaram conhecimento de que se tratava de uma investigação sobre o tema.

Nota-se que na maioria das unidades existe um dia específico para o atendimento à saúde da mulher. Para um dos profissionais a presença de ginecologistas ajudaria especificamente nas dúvidas quanto à reposição hormonal, *“eu gostaria, é lógico, que tivesse uma ginecologista que me ajudasse mais, porque eu só fico meio perdida na reposição hormonal”* (E2), enquanto para outro atender só ginecologia em um dia específico é estímulo e aprendizado, dado que não é *“especialista na área”* (E5).

Verificou-se, nas ESF, atendimento considerado fragmentado voltado à saúde da mulher, com consulta específica e agendada para atendimento ginecológico, coleta de preventivo e solicitação de exames como a mamografia como o processo de trabalho nos moldes da atenção básica organizada de modo tradicional (unidades básicas de saúde com especialidades médicas – ginecologia, pediatria e clínico geral). Em algumas USF fica sobre a responsabilidade da enfermagem a coleta de citopatológico e um profissional afirmou não realizar a coleta pela alta demanda de pacientes. Não foram relatadas estratégias de vigilância da população alvo para a realização de exames da saúde da mulher nas USF.

Esses achados corroboram com estudo realizado em município goiano que indica que a ESF não funciona como deveria. A integralidade de assistência fica prejudicada pela lógica que direciona as ações desenvolvidas, ainda majoritariamente constituídas de ações programáticas. Assim, as instâncias estaduais, federais e municipais, estabelecem ações de saúde destinadas a grupos específicos, guiadas por agravos, faixa etária ou gênero. Essa lógica, pouco colabora para o reconhecimento de necessidades singulares e práticas mais integrais, uma vez que uma pessoa pode ser mulher, tabagista, estar grávida, ser hipertensa, e para cada um dos problemas são



Artigo

propostas determinadas ações, nem sempre articuladas e coordenadas pelas equipes ou por um trabalhador de referência (SANTANA, 2013)

De acordo com Franco (2003), para garantir a integralidade é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo a atenção hospitalar. A organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde. A integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, na qual a assistência deve ser multiprofissional, operando por meio de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, em que a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado.

Segundo Limongi (2008), a ESF, baseando-se em seus princípios de integralidade do cuidado e de responsabilização pela saúde da população, além de estar em íntimo contato com a comunidade, constitui o “lugar natural” para o desenvolvimento da vigilância em saúde. O planejamento e a programação das ações de vigilância em saúde na atenção primária são pontos fundamentais para que se construa uma rede de saúde articulada, hierarquizada e regionalizada. A vigilância em saúde, que tem como um dos seus objetivos a análise da situação de saúde, é imprescindível na ESF, com intuito de analisar, planejar e executar as práticas de cuidado em um território/população a partir dos problemas encontrados.

Cabe pontuar que a Prefeitura Municipal de Santos há três anos implantou o PDR (Participação direta dos resultados) como sistema de indicadores de desempenho para suporte aos contratos de gestão de metas e resultados, que inclui a realização de exames de mamografia e citopatológicos de colo de útero, sendo que, em 2016, as metas foram alcançadas parcialmente gerando a necessidade de se pensar estratégias para que os profissionais alcancem as metas na totalidade. Esta perspectiva contribui, intencionalmente, para o direcionamento de práticas profissionais que incorporam o pedido de exames, como a mamografia, no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde.

Outra questão a ser pontuada é o manejo hormonal, citado como tema a ser abordado pelo ginecologista, pois pacientes com sintomas climatéricos, patologias como o sangramento uterino disfuncional e miomatose uterina, por exemplo, muitas vezes necessitam da prescrição da medicação hormonal e avaliação custo-benefício desse tipo de tratamento em relação ao câncer de mama levando em consideração fatores de risco como a história familiar.



Artigo

As dificuldades apontadas pelos médicos quanto aos cuidados à saúde da mulher dizem respeito a duas dimensões relacionadas aos profissionais/rede de cuidado e às próprias mulheres atendidas.

Na primeira dimensão apontam a falta do ginecologista de apoio para discussão e resolução de casos na própria unidade, o encaminhamento para especialidades entendido como ‘apelo’ quando o profissional da atenção básica não consegue dar resolução ao caso, *“a gente apela para as instituições de referência, Instituto da Mulher, Casa da Gestante, Hospital”* (E1).

O Instituto da Mulher e Gestantes (SEIMGE) é um ambulatório de especialidades de Ginecologia e Obstetrícia da Secretaria Municipal de Saúde. Um equipamento de atenção especializada à saúde da mulher em que, por meio de equipe multiprofissional é responsável pela realização de exames como colposcopia e ultrassonografia, apoio às mulheres com câncer ginecológico, ações de planejamento familiar e acompanhamento de mulheres que optam por métodos contraceptivos definitivos. No que se refere às gestantes, a unidade concentra o atendimento às pacientes de risco, incluindo adolescentes.

Outro centro de apoio as pacientes com câncer de mama é o Instituto NeoMama, entidade sem fins lucrativos criada com o objetivo de proporcionar maior estruturação para o enfrentamento da doença, assim como a reabilitação e readaptação total da mulher vitimada pelo câncer de mama. Esse Instituto e a Prefeitura de Santos são parceiros nas ações de prevenção do câncer de mama realizada durante o Outubro Rosa.

Diante desta organização da rede de atenção à saúde da mulher do município, os entrevistados apontam que o especialista (ginecologista) apoiador nas equipes de saúde da família para discussão de casos aumentaria a resolutividade da atenção básica e evitaria encaminhamentos desnecessários aos outros níveis de atenção à saúde, *“nem tudo precisa ser encaminhado para o Instituto da Mulher e muita coisa a gente acaba encaminhando, porque a gente não tem nenhuma referência na unidade para ginecologia”* (E8). Por outro lado, ainda que um dos profissionais aponte facilidade de acesso das mulheres aos equipamentos de atenção básica, parece haver demora para chegada ao nível secundário, responsável por ações *“mais profundas”* (E7).

Os médicos parecem conhecer a rede e optar por encaminhar a mulher ao especialista pela ausência de apoio na atenção básica. O número de equipes da ESF em Santos passou de 21 em 2015, para 37 em dezembro de 2016, com implantação de três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) tipo 1, em 2015, com profissionais das áreas de Educação Física, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. Não há médicos



Artigo

especialistas nesses núcleos, ainda que seja possível incorporar o ginecologista, por exemplo, nas equipes de apoio.

As USF mais antigas da cidade ainda não dispunham de ginecologista apoiador e em algumas unidades, que fizeram a transição recente de UBS para USF, possuíam um ginecologista e pediatra como apoio no serviço, cuja função ainda não estava clara em decorrência dos processos de trabalho singulares de cada unidade. O ginecologista chamado apoiador, lotado na USF, tem agenda de atendimentos de gestantes em algumas unidades, enquanto em outra o pré-natal é de responsabilidade dos generalistas e os atendimentos ginecológicos ficam por conta do ginecologista.

Ainda na dimensão relacionada aos profissionais/rede de cuidado, os entrevistados apontam como dificuldades a falta de médicos que resulta na descontinuidade do cuidado (E11) e a impossibilidade de realizar o “*exame ginecológico completo de cabo a rabo*” porque nas unidades “*tudo muito corrido*” (E15).

A maioria dos médicos do estudo são estrangeiros oriundos do PMM, alguns com pouco tempo de formação e experiência na saúde pública. A necessidade de médicos para a ESF sempre foi uma questão importante e a criação do Programa, em 2013, contribuiu para a expansão e o desenvolvimento da Atenção Básica, incluindo a mais adequada formação profissional, de acordo com as demandas da população e a melhor distribuição dos médicos no território nacional. Destaca-se que o PMM está organizado em três eixos: provimento emergencial, qualificação da infraestrutura e mudança da formação e que a implantação recente do Programa ainda tem importantes desafios na infraestrutura da atenção básica e na formação destes profissionais, assim como os efetivos impactos poderão ser melhor avaliados em médio e longo prazo (GIRARDI et al., 2016; PINTO et al., 2017).

Não obstante, pesquisas constataam: redução importante do número de municípios com escassez de médicos; implantação predominante naqueles com maior vulnerabilidade social; aumento do acesso aos serviços de atenção básica à saúde, tanto entre os municípios que historicamente tinham dificuldade de provimento de médicos nas suas equipes da ESF, como naqueles em que a fixação desses profissionais era empecilho ao bom desempenho, pois sua presença era intermitente; impacto positivo em indicadores de produção; convergência com outros programas de melhoria da qualidade da atenção básica; satisfação dos usuários; escopo de prática dos participantes evidenciando necessidade de mudanças estruturais nas UBS para que a polivalência da atenção básica atinja graus mais avançados; e reflexões sobre os processos de



Artigo

aprendizagem e tutoria e a forma como impactam positivamente no cotidiano das equipes. Desafios permanecem e são destacados, como a substituição parcial de médicos de equipes preexistentes, desigualdades regionais na distribuição, incipiência de vínculos estáveis para a fixação de profissionais em áreas remotas e desfavorecidas e ausência de definição de carreira de médicos de atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (FACCHINI, 2016).

Em Santos ainda não havia avaliação sobre o PMM realizada pela gestão municipal sobre produção, práticas e satisfação dos usuários. Ressalta-se que, no presente artigo, não foram observadas diferenças entre os discursos dos médicos participantes e não participantes do PMM.

A dimensão relacionada às mulheres aponta para a responsabilização das usuárias para o cuidado em saúde, a preferência pelo atendimento por médicas por vergonha. Há menção à sobre a falta de comprometimento das mulheres com sua saúde, especialmente no acompanhamento, na medida em que os profissionais entendem que a atenção básica oferta, ao menos, ações de prevenção, *“pelo menos a prevenção, elas têm aqui, bem pertinho da sua casa”*(E3).

As dificuldades apontadas pelos médicos, como por exemplo, a resistência à consulta com médico do sexo masculino, podem culpabilizar as mulheres pela falta de cuidado, incluindo a não realização de exames e do acompanhamento do tratamento proposto, ainda que nas unidades haja busca ativa dos casos alterados pelas equipes de saúde.

Segundo Camargo-Borges (2008), com a ampliação do acesso aos serviços de saúde e aos trabalhadores de saúde, a culpabilização pelos fracassos nos cuidados em saúde pode mudar de lado. O que antes era culpa do sistema, pela falta de profissionais e de serviços disponíveis, passa a ser culpa do usuário que, ao ter acesso aos serviços e ações ofertadas, não assume o autocuidado seguindo o tratamento indicado. Ainda segundo o autor, há que se levar em conta a complexidade da realidade local e do cotidiano popular que faz das práticas de autocuidado algo mais complexo do que a simples adesão a determinado tratamento prescrito.

Pensar a não adesão como forma de autocuidado, e não como falta de compromisso com a saúde, possibilita reconhecer o usuário como aliado na luta pela promoção da saúde nas comunidades. Por outro lado, implica também repensar a forma como essas pessoas têm sido abordadas em suas necessidades de saúde, situações que requerem o entendimento mútuo do que é importante e necessário num tratamento à



Artigo

saúde, para que possa haver a possibilidade de co-responsabilização pelos cuidados (CAMARGO-BORGES, 2008; OHL et al., 2016, RODRIGUES et al., 2018).

É importante considerar que na perspectiva da saúde coletiva, as condições de desigualdade persistentes em dada realidade constituem iniquidades a serem enfrentadas visando diminuir a vulnerabilidade de certos grupos populacionais, ilustradas pelos determinantes sociais da saúde. O empoderamento aparece como peça-chave na promoção da saúde desde a Carta de Ottawa, em 1986, e é entendido como processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a saúde. Está relacionado também com a equidade, condições reais que as pessoas têm a seu favor para obter condições de vida adequadas. O empoderamento requer o diálogo entre o profissional da saúde e a comunidade, de modo a identificar necessidades que levem a uma intervenção em virtude do que a comunidade precisa, contando com seu protagonismo na fixação da agenda da promoção da saúde. Nesse sentido, ações intersetoriais, envolvimento do controle social e escuta as necessidades dos usuários podem ser articuladas nos contextos singulares, visando estabelecer compromissos e projetos para a melhoria das condições do acesso da população aos serviços locais de saúde, incluindo as mulheres (TADDEO, 2012).

Taddeo (2012) refere que a educação requer a escuta ativa e o diálogo aberto e igual, já que o objetivo não é apenas compreensão da informação, mas o incentivo as pessoas a definir os seus próprios problemas, encontrar as soluções para si e lidar com eles de forma eficaz. No cotidiano das unidades pode não haver espaço para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, na medida em que são priorizadas medidas clínicas assistenciais.

Neste estudo, esta questão pode ser ilustrada pelo profissional que atribui a ausência de dificuldades nos cuidados relacionados à saúde da mulher ao uso de protocolos, *“e qualquer coisa a gente vai direto no protocolo, porque ele está ali, tudo está escrito”* (E14), o que pode, por exemplo, priorizar consultas individuais, realização de exames e prescrição medicamentosa, distanciando-se da complexidade de cuidar da saúde de mulheres em territórios de elevada vulnerabilidade.

Foram poucas as facilidades apontadas pelos profissionais, como o vínculo com a equipe e as atividades de promoção de saúde que se retroalimentam e *“quebram tabus”* (E17).



Artigo

Quadro 2–Práticas da saúde da mulher na ESF, dificuldades e facilidades enfrentadas pelos médicos entrevistados.

Ideia central	Trecho da entrevista
Práticas de saúde da mulher	<p>“Tem um dia mais voltado para atender mulher que eu priorizo, obviamente, os exames de mamografia, ultrassom transvaginal e preventivo. A gente colhe, as enfermeiras também, mas se precisar, a gente colhe. Eu gostaria, é lógico, que tivesse uma ginecologista que me ajudasse mais, porque eu só fico meio perdida na reposição hormonal.” (E2)</p> <p>“Colho preventivo, examino mama. A gente tem um dia que atende só ginecologia, até para estimular, até para aprender também. Porque eu aprendo também, mas não sou especialista na área.” (E5)</p> <p>“A gente realiza as consultas de ginecologia e prevenção, promoção da saúde e faz o pré-natal de baixo risco. Eu sempre colhi preventivo; mama continuo examinando sempre. Ensino as pacientes a se cuidarem, ensino o auto-exame para cada uma.” (E12)</p> <p>“A função que temos aqui é ver o planejamento familiar, prevenção de câncer uterino, câncer de colo, câncer de mama. As mamas examino dependendo dos fatores de risco, porque depende daquilo que ela tiver, a cada ano, mas você vai ter a cada dois anos, segundo o protocolo. E se encontramos alguma alteração, dependendo da idade, pedimos ultrassom e mamografia.” (E13)</p> <p>“Com esse negócio da saúde da família, quando a mulher vem, eu acabo perguntando de tudo. Como tem o prontuário e eu gosto de deixar tudo anotado, então, eu posso voltar e ver, por exemplo, quando foi a última vez que fez os exames relativos à saúde da mulher: preventivo, mamografia, ultrassom transvaginal, que é o básico que a gente pede.” (E15)</p> <p>“Eu aqui não faço preventivo, porque não dá, aqui a população é sobre aumentada; na consulta do preventivo é pedida a mamografia e o ultrassom. Como a enfermeira não pode pedir, senão em campanha, para fazer mamografia, eu tenho que assinar. Se vem pela mama, porque se dá tempo, eu examino, se tiver algum sintoma, eu examino.” (E16)</p>
Dificuldades e facilidades dos profissionais quanto à saúde da mulher	<p>“Eu não tenho uma melhor formação na parte de ginecologia, mas a gente procura dar uma resolução possível aqui mesmo, quando a gente não consegue dar resolução, a gente apela pras instituições de referência, Instituto da Mulher, Casa da Gestante, Hospital.” (E1)</p>



Artigo

<p>“A dificuldade maior para prevenção está na pessoa. Às vezes não está na estrutura da unidade [...] As dificuldades estão nas atitudes das mulheres, porque pelo menos a prevenção, elas têm aqui, bem pertinho da sua casa.” (E3)</p> <p>“Eu acho que as mulheres têm o acesso fácil. As dificuldades que eu acho que eu tenho que às vezes é processo que demora para chegar no nível secundário, se precisar de algumas coisas mais profundas.” (E7)</p> <p>“A dificuldade que eu vejo é justamente na parte ginecológica, porque eu vejo que é assim, nem tudo precisa ser encaminhado para o Instituto da Mulher e muita coisa a gente acaba encaminhando, porque a gente não tem nenhuma referência na unidade para ginecologia.” (E8)</p> <p>“A falta de médico. Porque, pelo que eu soube, quando eu cheguei aqui acho que estava há seis meses sem médico e pelo mesmo período não tiveram uma continuidade.” (E11)</p> <p>“Dificuldades é que em muitos casos algumas mulheres se intimidam quando são examinadas, preferem que sejam examinadas por uma mulher.” (E13)</p> <p>“Eu acredito que não tem uma grande dificuldade, porque é assim, têm os protocolos, e qualquer coisa a gente vai direto no protocolo, porque ele está ali, tudo está escrito.” (E14)</p> <p>“Estavam habituadas com o ginecologista, já há muitos anos, então, você acaba se habituando. Aí, quando mudou, de ter que fazer com os outros médicos, aí vem a questão da vergonha. Aqui é tudo muito corrido, então, às vezes estão muito atropelados os horários, a gente acaba não fazendo aquele exame ginecológico completo de cabo a rabo. Mas, quando há possibilidade, sim, não é que nunca examina.” (E15)</p> <p>“As facilidades, hoje, eu acho que o vínculo com a equipe, que tem bastante, acho que as atividades em promoção também ajudam a fazer um vínculo entre elas também e quebrar muito tabu. E o acesso também.” (E17)</p>
--

Há diagnóstico precoce de câncer de mama?: dificuldades, facilidades e sugestões dos médicos da atenção básica

A gestão de políticas e programas municipais envolvendo a Saúde da Mulher nos últimos anos é de responsabilidade do Grupo Técnico, composto por cinco



Artigo

profissionais de diferentes departamentos envolvidos na vigilância e cuidado às mulheres, vinculado ao Departamento de Atenção Básica. O atendimento à mulher santista é realizado por ginecologistas nas UBS e por médicos da ESF e no nível secundário de atenção à saúde, o município conta com três mastologistas no SEIMGE para consultas especializadas e acompanhamento dos casos suspeitos. Há, ainda, hospitais de referência para cirurgias e tratamentos oncológicos como quimioterapia e radioterapia.

O protocolo de rastreamento de câncer de mama no município recomenda mamografia anual a partir dos 40 anos de idade para mulheres sem fatores de risco para a doença, rastreamento anual a partir dos 35 anos para aquelas com fatores de risco e realização de ultrassom de mamas como complementação diagnóstica da mamografia para melhor elucidação diagnóstica. O ambulatório de Mastologia da SEIMGE estabeleceu fluxo para encaminhamento dos pacientes das UBS que necessitam de avaliação: os resultados das mamografias chegam às unidades de atenção básica e, a partir do diagnóstico, mulheres com mamografias BI-RADS 4 e 5 consideradas suspeitas devem ser encaminhadas com urgência para o serviço de referência. As pacientes com mamografia BI-RADS 3 (achados provavelmente benignos), assim como nódulos palpáveis em mama e axila, descarga papilar espontânea, alterações da pele e mamilo devem ter consultas agendadas na rotina com o mastologista.

Mensalmente a SEIMGE recebe uma listagem com as mamografias suspeitas e realiza busca ativa dessas mulheres, inicialmente pelo sistema de cadastro do município, no qual constam os atendimentos e agendamentos em outros serviços e, posteriormente, por contato com as unidades básicas a fim de saber se essas pacientes já foram convocadas e encaminhadas para a referência ou se já se encontram em acompanhamento. Os casos confirmados para câncer são encaminhados para acompanhamento multiprofissional.

Dentre suas ações do município destacam-se a campanha “Outubro Rosa”, em parceria com o Instituto Neo Mama, que visa à detecção precoce do câncer de mama por meio de conscientização a respeito da doença com aumento da realização de mamografias no município. Nos últimos anos, durante o mês de outubro, foram solicitadas 2130 mamografias em 2013, 2791 em 2014, 3184 em 2015 e 2855 em 2016 (DOM Santos, 2016).

Neste contexto, os médicos apontam como dificuldades para o cuidado do câncer de mama relacionadas ao pudor ou falta de informação das mulheres que



Artigo

impedem a realização de exames e acompanhamento, com impacto direto no diagnóstico precoce da doença (Quadro 3).

Um dos profissionais refere medo ao fazer o exame físico da mama, apontando que em outro país se sentia com respaldo jurídico para atuar “*na Argentina eu tinha seguro contra más práticas sempre*” (E4).

Para o diagnóstico precoce do câncer de mama, a disponibilidade de um “roteiro” (E8) indicando as mulheres que deveriam fazer mamografia e a organização de um sistema de vigilância, “*uma planilha de quem precisa fazer mamografia e dessas pacientes serem chamadas da mesma forma que se faz pro preventivo...*” (E8) foi apontado como sugestão de um dos médicos.

Aos moldes das ações de cuidado da saúde da mulher, os médicos apontam a falta de tempo para o ECM e reiteram a falta do ginecologista para discussões de caso, tanto para aspectos ginecológicos em geral, como para o câncer de mama, como dificuldades enfrentadas.

Entre as facilidades, os médicos reiteram a disponibilidade de realização de exames, “*liberados facilmente, dependendo do critério*” (E13).

A totalidade dos médicos reconhece a SEIMGE como referência da atenção secundária e a maioria relata como facilidade o encaminhamento das mulheres ao serviço de especialidade citado. De acordo com Erdmann (2013), o acesso aos serviços de atenção secundária tem sido apontado como um dos entraves para a efetivação da integralidade no SUS. Esse nível de atenção é caracterizado como o “gargalo” na efetivação da Rede de Atenção à Saúde e o aumento da resolubilidade na atenção primária depende do acesso a consultas e procedimentos disponíveis na atenção secundária.

Segundo Franco (2003), maior resolutividade da assistência prestada em nível das UBS poderá reduzir a demanda por consultas especializadas e exames, especialmente, os de maior complexidade, reservando os recursos públicos para garantir os procedimentos realmente necessários. Atualmente, parte dos encaminhamentos feitos por médicos da rede básica a especialistas, não esgotam todos os recursos assistenciais disponíveis na atenção básica.

Na prática, a atenção especializada na saúde da mulher (SEIMGE) não deveria ser referência para uma “segunda-opinião” do médico generalista como foi observado, em algumas falas, pois há sobrecarga de agenda que poderiam ter sido resolvidos na atenção básica, muitas vezes pela falta do especialista para discussão do caso ou não incorporação do especialista à equipe de saúde. O desnecessário encaminhamento para a



Artigo

especialidade pode acarretar falta de vagas, agendamentos para médio prazo e deslocamentos desnecessários dos pacientes.

Diversos estudos discutem o papel ordenador do cuidado da atenção básica e, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, define-se que a equipe da UBS ou da ESF, que tem responsabilidades sobre o cuidado, é quem deve ser gestor do projeto terapêutico e, portanto, deverá acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, assim como a “contratransferência” para que o vínculo continue com a equipe básica, que tem a missão de dar continuidade aos cuidados ao usuário (FRANCO, 2003; SERRA e RODRIGUES, 2010; VIANA et al, 2018).

Nota-se que, nos depoimentos dos médicos, a unidade encaminha sem dificuldades a paciente para a atenção secundária, mas não há menção sobre a efetivação de mecanismos de contrarreferência, com impacto direto na manutenção/acompanhamento do cuidado no nível básico de atenção.

A dificuldade de médicos examinarem mulheres, apontada nas práticas de cuidado à saúde da mulher aparecem novamente, na perspectiva do câncer de mama e uma das médicas aponta como facilidade o fato de ser mulher (Quadro 3).

Outra facilidade é o contato direto, em caso de dúvidas, com o Instituto da Mulher o que reforça o aspecto do cuidado em rede. Ainda que haja facilidade para realização de exames, os médicos apontam que o retorno/acompanhamento, por parte das mulheres, podem ser dificultadores do cuidado.

Quando questionados sobre sugestões à gestão central de saúde do município sobre o diagnóstico precoce do câncer de mama, os profissionais reiteram a necessidade de ginecologistas apoiadores/de referência nas unidades. Este profissional auxiliaria no cuidado de “*casos mais complicados, mais complexos...*” (E4) e com “*uma outra visão dos casos, talvez pudesse pedir alguns outros exames que a gente não pode pedir e teria um direcionamento melhor para os pacientes e não necessariamente encaminhar direto para o Instituto da Mulher*” (E8).

Nas falas dos entrevistados foi recorrente o desejo de ginecologistas apoiadores/de referência na atenção básica. A noção de apoio matricial em saúde, que no presente artigo se refere ao ginecologista, consiste em assegurar retaguarda especializada e suporte técnico e pedagógico às equipes da ESF para o atendimento de problemas de saúde, no caso câncer de mama. Este arranjo da organização do trabalho em saúde não prescinde de constante diálogo para estabelecimento de critérios para atuação do apoio e definição de responsabilidades para cada trabalhador, seja da atenção básica ou especializada e não deve ser estratégia de fomento da fragmentação do



Artigo

cuidado. Cabe pontuar que a origem do termo apoio matricial se dá a partir da ideia de relações horizontais e dialógicas entre equipe de referência (no caso da ESF) e especialista (no caso ginecologista) (CAMPOS e DOMITTI, 2007; CASTRO e CAMPOS, 2016).

Neste contexto, a ESF se torna uma prática ampla e complexa, necessitando de equipe com preparo técnico bastante diversificado. Em Santos, no início da implantação da ESF não existiam na rede médicos especialistas em medicina de família e comunidade, e foram convidados a trabalhar nas primeiras unidades os médicos da rede que tinham afinidade com o serviço ou já tinham trabalhado com saúde pública. À medida que o tempo foi passando foram abertos concursos para médicos generalistas, pois a quantidade de médicos especialistas ainda é muito pequena, o que ainda faz prevalecer o modelo hegemônico e médico centrado, pois a maioria dos profissionais que atuam na ESF não teve formação para promoção de saúde e trabalho em equipe. Com a chegada dos médicos estrangeiros do PMM, nota-se atuação diferenciada desses profissionais pela formação mais generalista.

Dados recentes apontam para a progressiva institucionalização e expansão da medicina de família e comunidade enquanto especialidade médica, incluindo o aumento significativo nos números de programas de residência pelo Brasil. Cabe, contudo, ressaltar que a taxa de ocupação das vagas dos programas dessa residência no Brasil, em 2015, foi de 26,3%. Na discussão da formação nesta especialidade, estratégica para a consolidação da ESF, aspectos relativos aos vínculos trabalhistas e à carreira destes médicos parecem relevantes (DA SILVA JUNIOR, 2016).

Estratégias de educação permanente em saúde (EPS) são outras sugestões referidas pelos profissionais por meio das ideias de “*capacitação*” (E1), “*duas atividades por ano para nos atualizarmos*” (E4) e “*palestras*” (E13).

Problematiza-se aqui, que a EPS pode se configurar para além do desenvolvimento de habilidades e incorporação de novos procedimentos e conhecimentos no cotidiano do trabalho. Pode configurar-se a partir das relações orgânicas entre ensino e trabalho em saúde, qualificando as práticas a partir de problemas concretos da rotina profissional resultando em trabalhadores aptos para a resolução dos problemas, em uma aposta de aprendizagem no e pelo trabalho (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009).

Ações relacionadas ao cuidado em grupos, dificultadas pelo insuficiente espaço físico da unidade, bem como ações no território, “*trabalho mais de rua*” (E6), ilustram



Artigo

sugestões relacionadas à promoção e vigilância em saúde, que podem compor com atendimentos individuais.

O Outubro Rosa foi mencionado como estratégia de conscientização da população sobre o câncer de mama. Ressalta-se que o movimento conhecido como Outubro Rosa nasceu nos Estados Unidos, na década de 1990, para estimular a participação da população no controle do câncer de mama. A data é celebrada anualmente com o objetivo de compartilhar informações sobre o câncer de mama e promover a conscientização sobre a importância da detecção precoce da doença (INCA, 2016).

Durante o mês de outubro, a SMS organiza diversas atividades de promoção de saúde nas unidades de saúde, além de autorizar a solicitação da mamografia pelos enfermeiros e de proporcionar maior número de vagas para a realização dos exames mamográficos. Os médicos entrevistados reconhecem a campanha como estratégia de promoção de saúde e educação permanente, além dos grupos e de capacitações sobre câncer de mama. Outra possibilidade seria a discussão do tema com os tutores do PMM para que o assunto fosse tópico abordado nas reuniões ou em plataforma de educação à distância.



Artigo

Quadro 3 – Dificuldades, facilidades e sugestões dos médicos da ESF quanto às práticas relacionadas ao câncer de mama.

Ideia central	Trecho da entrevista
Dificuldades e facilidades em relação ao câncer de mama	<p>“Às vezes, por uma questão de pudor, de pudor de pessoal, as mulheres não querem passar com um médico.” (E1)</p> <p>“Talvez pela correria ou pela dinâmica do dia, a gente esquece de oferecer para ela o exame físico da mama, que é tarefa da atenção básica. Sinto muita, muita falta de um ginecologista não só para discutir o caso de câncer de mama, mas para a ginecologia em geral.” (E3)</p> <p>“Dificuldade em relação ao exame físico, porque, na verdade eu não quero fazer exame físico da mama porque eu tenho medo. Na Argentina eu tinha seguro contra más práticas sempre.” (E4)</p> <p>“A gente tem muita disponibilidade para fazer os exames de rotina e para pedir os exames de imagem, mamografia e a ultrassom quando tem necessidade. A dificuldade que a gente tem aqui é do retorno, do acompanhamento, delas entenderem a importância de fazer esses exames periodicamente.” (E6)</p> <p>“O que eu acho que devia ter era um roteiro certinho, uma planilha de quem precisa fazer mamografia e dessas pacientes serem chamadas da mesma forma que se faz pro preventivo, para você fazer uma melhor organização [do diagnóstico precoce do câncer de mama].” (E8)</p> <p>“Eu acho que a falta de informação é um pouco menor hoje, mas ainda existe, principalmente nas mulheres mais velhas, falta de informação para fazer o autoexame de mamas.” (E17)</p> <p>“A facilidade é que eu sou médica mulher e às vezes, a mulher tem mais confiança com uma médica que com um médico; a população acima de 50 anos ou acima de 45 anos tem outra mentalidade e elas não gostam de mostrar suas partes íntimas, não gostam de mostrar seus seios e então, isto também é uma dificuldade.” (E3)</p> <p>“Eu acho que não há dificuldades no caso de câncer de mama, porque quando eu tenho qualquer coisa, dúvida, eu ligo, peço pra enfermeira ligar pro Instituto.” (E5)</p> <p>“Para o câncer de mama, as facilidades são os exames, que são liberados facilmente, dependendo do critério.” (E13)</p>



Artigo

<p>Sugestões para educação permanente sobre diagnóstico de câncer de mama</p>	<p>“Eu acho que seria bom se tivesse capacitação. A presença de um ginecologista de referência. Isso a gente sente bastante falta.” (E1)</p> <p>“Um ginecologista de apoio, pelo menos, que um dia na semana para que ele possa ver, digamos, os casos mais complicados, mais complexos. Seria bom, pelo menos, duas atividades por ano para nos atualizarmos.” (E4)</p> <p>“Eu acho que precisa para parte médica e para população. Nesse território, especificamente, acho que precisava de um trabalho mais de rua mesmo. Um ginecologista de referência que viesse na unidade um período por semana.” (E6)</p> <p>“Se você investir na formação dos grupos eu acho que é importante, mas para isso a gente precisa de espaço físico, que aqui a gente não tem. Eu acho que se tivesse um ginecologista de referência funcionaria bem, seria uma outra visão dos casos, talvez pudesse pedir alguns outros exames que a gente não pode pedir e teria um direcionamento melhor para os pacientes e não necessariamente encaminhar direto para o Instituto da Mulher.” (E8)</p> <p>“A nossa plataforma de educação à distância, até agora, até momento, não tivemos algumas palestras sobre o câncer de mama.” (E13)</p> <p>“Vocês têm aqui muitas estratégias, aquela do “Outubro Rosa”, todo mundo participa. A população sabe dos riscos, todo mundo sabe do câncer de mama, todo mundo sabe fazer o auto toque.” (E14)</p> <p>“Aqui, na nossa unidade, falta fazer mais atividade em promoção de saúde, fazer uma mesa ampla de debate aqui mesmo na unidade, para ensinar a fazer um autoexame de mamas de forma ampla e capacitar as pessoas. É tão simples aprender e transferir para outras mulheres, que tenham esse multiplicador.” (E17)</p>
---	--

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os médicos da ESF da cidade de Santos (SP) conhecem as práticas preconizadas na saúde da mulher, especialmente no que diz respeito à consulta individual e realização de exames, presentes no cotidiano de trabalho destes profissionais. Há, conforme mencionado pelos médicos, maior fragilidade nas ações de promoção e vigilância em saúde. Os médicos apontaram como dificuldades para o cuidado das mulheres, predominantemente, a ausência de ginecologista apoiador na atenção básica que evitaria o encaminhamento de casos para os serviços de atenção especializada.



Artigo

A rede de cuidado à saúde da mulher é conhecida por todos e a campanha do Outubro Rosa é destacada como estratégia importante de educação permanente. Notou-se que o Programa Mais Médicos proporcionou a contratação de médicos para áreas de maior vulnerabilidade do município que requer a constante reorganização e discussão dos processos de trabalho, incluindo os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e os demais equipamentos que compõem a rede de atenção à saúde da mulher, especialmente no contexto santista, de organização recente da atenção aos moldes da ESF.

As dificuldades apontadas pelos médicos quanto aos cuidados à saúde da mulher dizem respeito às dimensões relacionadas aos profissionais/rede de cuidado - insuficiência de ações de educação e a necessidade de especialista ginecologista na ESF - e às mulheres atendidas, ou seja, a responsabilização das usuárias pelo seu cuidado em saúde e a preferência pelo atendimento por médicas por vergonha.

Especificamente em relação ao câncer de mama, o serviço especializado de saúde da mulher recebe, mensalmente, uma listagem com as mamografias suspeitas e realiza busca ativa dessas mulheres, inicialmente pelo sistema de cadastro do município dos atendimentos/agendamentos em outros serviços e, posteriormente, por contato com as unidades básicas a fim de saber se essas pacientes já foram convocadas e encaminhadas para a referência ou se já se encontram em acompanhamento. Os casos confirmados para câncer são encaminhados para acompanhamento multiprofissional em serviço especializado que podem indicar possibilidades para o diagnóstico precoce, junto a coleta de exame preventivo como prática cotidiana da atenção básica santista.

REFERÊNCIAS

ALVES, Mônica Oliveira; MAGALHAES, Sandra Célia Muniz; COELHO, Bertha Andrade. A regionalização da saúde e a assistência aos usuários com câncer de mama. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 141-154, mar., 2017.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011. 225 p.

BRASIL. Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em



Artigo

saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Histórico de cobertura da Saúde da Família. In: Portal da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 18/06/2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev., 2007.

CASTRO, Cristiane Pereira; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 455-481, jun, 2016.

DA SILVA, Viviane Karoline da Silva; MARQUES, Carla Pintas; SILVA, Everton Nunes. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2773-84, set 2016.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2652, out, 2016.

FRANCO, Tulio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, Emerson Elias et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª ed., São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-34.



Artigo

GEBRIM, Luiz Henrique; QUADROS, Luis Gerck de Azevedo. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 319-23, jun, 2006.

GIRARDI, Sábado Nicolau et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, set, 2016.

GODINHO, Eduardo Rodrigues; KOCH, Hilton Augusto. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. Radiologia Brasileira, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 91-9, abr, 2004.

LIMA, Vânia Mara Alves de. Estudos para implantação de ferramenta de apoio à gestão de linguagens Documentárias: vocabulário controlado da USP. Revista Transinformação, Campinas, v. 18, n. 1, jan./abr., 2006.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Outubro Rosa 2016. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/outubro-rosa/outubro-rosa.asp>. Acesso em: 21/08/2018.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas 2018. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/casos-taxas-brasil.asp>. Acesso em: 21/08/2018.

LOPES, Ilza Leite. Uso das linguagens controlada e natural em bases de dados: revisão da literatura. Ciência da Informação, Brasília, v. 31, n. 1, p. 41-52, jan./abr. 2002.

MARCHI, Ailton Augustinho; GURGEL, Maria Salete Costa. Adesão ao rastreamento mamográfico oportunístico em serviços de saúde públicos e privados. Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 191-7, abr, 2010.

MELLO, Guilherme Arantes et al. Médico de Família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. Revista Brasileira Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 475-82, set, 2009.

OHL, Isabella Cristina Barduchiet al. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.69, n.4, p. 793-803, ago, 2016.



Artigo

PINTO, Hêider Aurélio et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. *Interface*, Botucatu, v.21, Supl. 1, p. 1087-1101, ago, 2017.

RODRIGUES, Ana Renata da Silva et al. Câncer de mama: conhecimentos de usuárias do serviço público de saúde. *Temas em Saúde*, João Pessoa, v.18, n.2, p. 5-21, 2018.

SANTANA, Fabiana Ribeiro et al. Ações de saúde na estratégia saúde da família no município goiano na perspectiva da integralidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 422-9, abr.-jun, 2013.

SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, Supl. 3, p. 3579-3586, nov, 2010.

TESSER, Charles Dalcanale; D'ÁVILA, Thiago Luiz de Campos. Por que reconsiderar a indicação do rastreamento do câncer de mama? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, e00095914, mai., 2016.

VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto; SORMUNEN, Tania; CRAFTMAN, Åsa Gransjön. Evolution of Accesses to information on breast cancer and screening on the Brazilian National Cancer Institute website: an exploratory study. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1303-1312, abr., 2018.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, p. 1791-1798, jun, 2018.



Artigo

EFEITOS DO METILFENIDATO NA FUNCIONALIDADE CEREBRAL DE HUMANOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

EFFECTS OF METHYLPHENIDATE ON HUMAN CEREBRAL FUNCTIONALITY: A SYSTEMATIC REVIEW

Elen Bruna Pereira Vicente¹
Lucas Pelisson Daroque²
Rogério Thomé Junior³
Marcelo Picinin Bernuci⁴

RESUMO - Introdução: O metilfenidato é reconhecido como principal psicoestimulante usado para tratamentos de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) bem como para fins de melhores desempenhos cognitivos. Apesar dos vários estudos relacionados ao uso do metilfenidato, não há um consenso quanto às alterações funcionais no cérebro humano. **Objetivo:** Descrever os efeitos da utilização de diferentes dosagens e formas de administração do metilfenidato na funcionalidade cerebral de humanos. **Metodologia:** Revisão exploratória da literatura conduzida de acordo com a metodologia de revisão sistemática PRISMA. A pesquisa bibliográfica foi realizada no PubMed, Bireme e Cochrane com termos de pesquisa relevantes (metilfenidato e córtex pré-frontal, metilfenidato e neurofuncional, metilfenidato e neuroimagem). **Resultados:** Apenas 18 ensaios clínicos randomizados foram identificados. Independente da metodologia de análise da funcionalidade cerebral

¹ Mestranda do Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde. Centro Universitário de Maringá - UniCesumar, Maringá, Paraná, Brasil; elen_bruna92@hotmail.com;

² Departamento de Medicina, Centro Universitário de Maringá - UniCesumar, Maringá, Paraná, Brasil;

³ Departamento de Promoção da Saúde, Centro Universitário Maringá - UniCesumar, Maringá, Paraná, Brasil;

⁴ Professor Doutor do Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde. Centro Universitário de Maringá - Unicesumar, Maringá-PR, Pesquisador do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação, ICETI, Maringá, Paraná. Autor correspondente: Marcelo Picinin Bernuci, email: marcelo.bernuci@unicesumar.edu.br, Fone: +55 (44) 3027.6360, Av. Guedner, 1610, Cep. 87050-390, Maringá, Paraná, Brasil.



Artigo

utilizada e forma de administração da droga, 20% dos estudos identificaram atuação do metilfenidato no córtex pré-frontal e na área dorsolateral do córtex pré-frontal; 12% no cerebelo; 8% na região ventromedial do córtex pré-frontal, área ventro-lateral do córtex pré-frontal, lobo da insula, putâmen, tálamo; e córtex pré-motor. 15,4% dos estudos identificaram aprimoramento no controle da impulsividade, melhora na memória e na atenção; 11,5% aprimoramento da função executiva; 7,7% controle da hiperatividade; e 3,8% melhora no aprendizado. **Conclusão:** Há uma predominância de estudos que indicam que as regiões dorso-lateral e ventro-medial do córtex pré-frontal sejam as mais afetadas pelo metilfenidato, no entanto, a diversidade de desenhos experimentais entre os estudos dificulta a análise dos efeitos de diferentes dosagens e formas de administração do fármaco na funcionalidade cerebral.

Palavras-chave: Ritalina; Déficit de atenção e hiperatividade; Neuroimagem.

ABSTRACT - Introduction: Methylphenidate is recognized as the main psychostimulant used for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) treatments as well as better cognitive performance purposes. Despite several studies related to the use of methylphenidate, there is no consensus about the functional changes in the human brain. **Objective:** In the present study, we describe the effects of using various dosages and administration of methylphenidate in the human brain functionality. **Methodology:** An exploratory literature review was conducted in accordance with the methodology of PRISMA systematic review. The literature search was conducted in PubMed, Cochrane and Bireme with relevant search terms (methylphenidate and prefrontal cortex, methylphenidate and neurofuncionnal, methylphenidate and neuroimaging). **Results:** Only 18 randomized controlled trials were identified. Regardless of the methodology used to analyze brain functionality and form of the drug administration, 20% of the studies identified the activity of methylphenidate in the prefrontal cortex and dorsolateral area of the prefrontal cortex; 12% in the cerebellum; 8% in the ventromedial region of the prefrontal cortex, ventrolateral area of the prefrontal cortex, insular cortex, putamen, thalamus; and premotor cortex. 15.4% of the studies identified improvement in impulse control, improved memory and attention; 11.5% improvement in executive function; 7.7% control of hyperactivity; and 3.8% improvement in learning. **Conclusion:** Many studies indicate that the dorsolateral regions and ventro-medial prefrontal cortex are most affected by methylphenidate,



Artigo

however, the diversity of the experimental design among the analysed studies impair the evaluation of the effects of different dosages and drug administration on brain function.

Keywords: Ritalin; Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; neuroimaging.

INTRODUÇÃO

Na vigência do aumento da produção e facilidade de acesso ao metilfenidato, evidencia-se que os limites de indicação clínica vêm sendo ultrapassados, pois, indivíduos saudáveis têm utilizado essa droga como forma de aprimorar o desempenho cognitivo, implicando num processo de banalização do fármaco. Neste sentido, fármacos direcionados ao aprimoramento destas características têm sido cada vez mais utilizados (BATISTELA; BUENO; GALDURÓZ, 2016). Destaca-se o metilfenidato como o psicoestimulante mais prescrito na atualidade para o tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), uma disfunção neuropsiquiátrica que se inicia na infância e prolonga-se até a idade adulta com diferentes sintomatologias (LOUZÁ; MATTOS, 2007).

A produção brasileira de metilfenidato tem aumentado expressivamente ao longo das últimas décadas. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), apenas entre os anos de 2002 a 2006, a produção aumentou de 40 Kg para 226 Kg, colocando o País na posição de segundo líder no mundo na prescrição de metilfenidato (ANVISA, 2014). Aliado ao aumento da produção evidencia-se também um progressivo aumento no consumo da droga, apenas entre os anos de 2009 a 2011 foram consumidos mais de 835 Kg de metilfenidato o que correspondeu a um incremento de 74% do consumo no período (ANVISA, 2012). Este fato gera certa preocupação quanto à utilização terapêutica do metilfenidato no país, principalmente no que tange a efetividade do diagnóstico do TDHA; da automedicação e do uso em longo prazo.

Reconhecidamente, o metilfenidato regulariza a atividade de regiões corticais e subcorticais relacionadas com a atenção, impulsividade e função executiva (DEL CAMPO et al., 2011; SCHWEREN; DE ZEEW; DURSTON, 2013; SPENCER et al.; SKOKAUSKAS et al., 2013) o que tem sido relacionado à maior afinidade do fármaco com as áreas do corpo estriado, córtex pré-frontal e núcleo accumbens (FREESE et al., 2012; VOLKOW et al., 2005; RAMAEKERS et al., 2013). Os efeitos estão diretamente



Artigo

relacionados à biodisponibilidade dos neurotransmissores dopamina e noradrenalina nas regiões corticais envolvidas na modulação das respostas comportamentais¹². Embora estudos tenham sugerido que a utilização indiscriminada do metilfenidato no tratamento do TDAH gera consequências relevantes na funcionalidade cerebral, principalmente no córtex pré-frontal, há incertezas quanto às consequências destas alterações funcionais, visto a infinidade de conexões nervosas existentes entre o córtex pré-frontal e demais regiões do sistema nervoso central (SCHWEREN; DE ZEEW; DURSTON, 2013; URBAN; GAO, 2014; WOOD et al., 2013).

Nessa perspectiva do aumento da produção e consumo do metilfenidato bem como aumento do uso dessa droga como forma de aprimoramento cognitivo, revisamos sistematicamente os resultados de estudos publicados durante os últimos 10 anos quanto aos efeitos do metilfenidato no funcionamento do cérebro humano a fim de esclarecer as possíveis consequências da utilização desta droga no tratamento do TDHA.

METODOLOGIA

Para elaboração desta revisão sistemática foi utilizada a metodologia recomendada pelo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para o desenvolvimento de revisões sistemáticas e metanálises (MOHER et al., 2009).

A pesquisa bibliográfica foi conduzida nos bancos de dados da Biblioteca Cochrane (COCHRANE), Biblioteca Virtual em saúde (BIREME) e National Library of Medicine (PubMed), disponíveis nos respectivos endereços eletrônicos: <http://www.cochrane.org>, <http://bvsalud.org> e <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> utilizando os descritores: [(methylphenidate) e (prefrontal cortex) ou (methylphenidate) e (neurofuncionnal) ou (methylphenidate) e (neuroimaging)]. Artigos publicados em Inglês durante o período de janeiro de 2000 a janeiro de 2017 foram identificados usando termos de pesquisa relevantes da nomenclatura de assuntos médicos (MeSH). Após a fase de identificação dos estudos, foi realizada a fase de triagem no qual os estudos pré-selecionados passaram por leitura do título, resumo e conclusão. Na fase de elegibilidade foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: estudos que abordavam a utilização do metilfenidato e avaliação por exames de imagem ou avaliação de alterações na funcionalidade cerebral. Estudos de revisões sistematicas, relatos de casos,



Temas em Saúde

Volume 19, Número 5

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

ensaios clínicos não envolvendo humanos ou em outro idioma a não ser o inglês foram considerados critérios de exclusão.

Um total de 202 estudos foram identificados na pesquisa bibliográfica. Destes, 83 na base de dados PubMed, 92 na base de dados BIREME e 27 na base de dados da Cochrane (Figura 1). Após exclusão de artigos duplicados e aplicação dos critérios de inclusão, foram selecionados 7 artigos na base de dados Cochrane, 14 artigos da base de dados Bireme e 15 artigos da base de dados PubMed, totalizando 19 artigos. Somente 1 artigo foi excluído do presente estudo por estar indisponível.



**EFEITOS DO METILFENIDATO NA FUNCIONALIDADE CEREBRAL DE HUMANOS: UMA REVISÃO
SISTEMÁTICA**

Páginas 182 a 204

Artigo

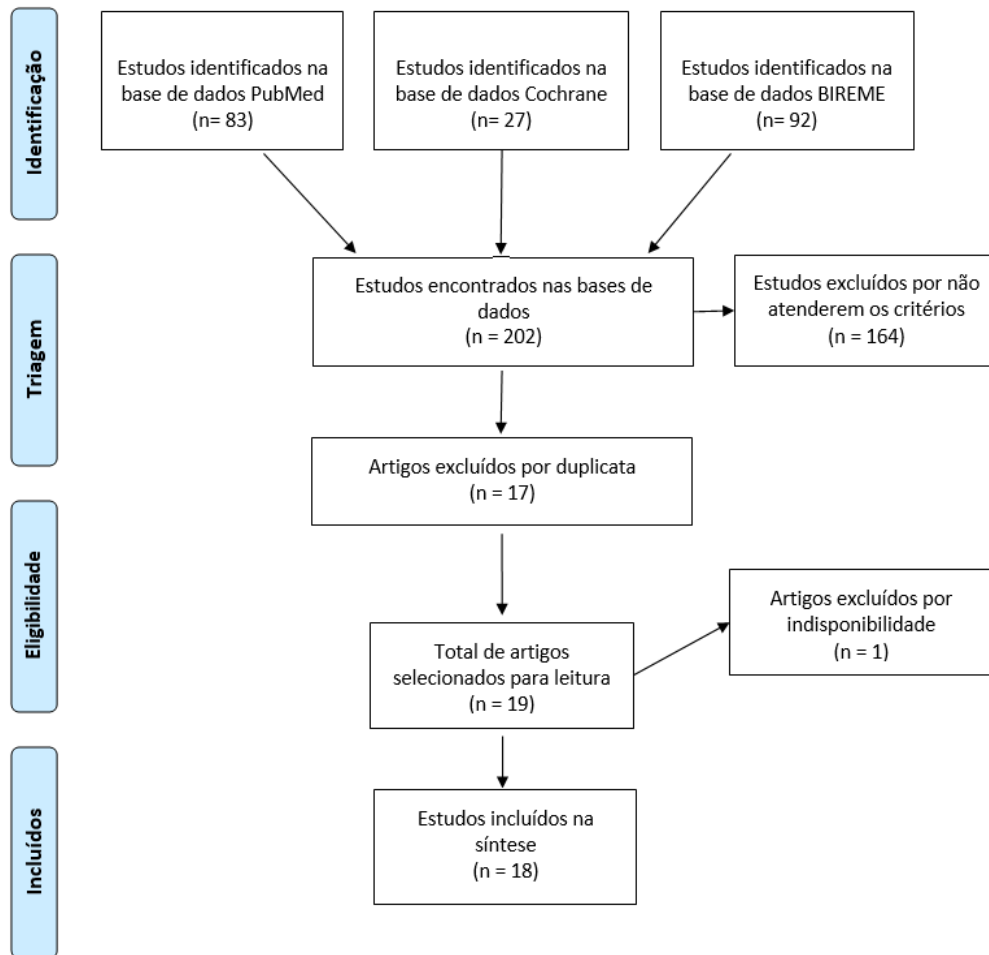


Figura 1. Fluxograma do processo de identificação e inclusão dos estudos (MOHER, 2009).



Artigo

RESULTADOS

Efeito de metilfenidato na funcionalidade cerebral analisado por ressonância magnética

Na Tabela 1 estão listados os métodos (número de participantes, gênero, faixa etária e doses do medicamento), principais resultados, e resumo dos efeitos da medicação dos 9 estudos que utilizaram a ressonância magnética para avaliar a funcionalidade cerebral. Os artigos revisados incluíram tanto pacientes do sexo masculino quanto feminino, tendo apenas 22,2% deles realizados exclusivamente em pacientes do sexo masculino. A população investigada variou entre 10 a 17 anos (44,4% dos estudos) e entre 18 e 60 anos (44,4% dos estudos). Em apenas um estudo foi abordado o tempo de administração de metilfenidato, os quais foram realizadas durante um período de 6 semanas. 22,2% dos estudos utilizaram a dose entre 5mg e 20mg, 22,2% usaram a dose fixa de 20 mg, 22,2% seguiu a posologia de 0,3mg/kg/dia, 11,1% usou 60mg e 11,1% iniciou com doses de 36mg e atingiu a dose máxima de 1,3mg/kg. Diversas áreas foram evidenciadas com atuação do metilfenidato, entre as mais abordadas nos estudos temos a área dorsolateral em 44,4% dos estudos, área ventrolateral do córtex e putâmen em 33,3% e núcleo caudado, cerebelo e tálamo em 22,2% dos estudos.



Artigo

Tabela 1 - Efeito de metilfenidato na funcionalidade cerebral analisado por ressonância magnética

Referências	População de estudo	Gênero	Doses de Metilfenidato	Faixa etária	Principais regiões de atuação do MPH
SMITH, 2013	20 adolescentes	M/F	NR	10 a 17 anos	Córtex pré-frontal, área ventro-lateral
CUBILLO, 2013	20 homens saudáveis e 20 homens com TDAH	M	5mg a 20mg	10 a 17 anos	Córtex pré-frontal dorsolateral, putâmen e insula anterior
RUBIA, 2011	20 pacientes com TDAH e 13 saudáveis	M/F	0,3mg/kg/dia	10 a 16 anos	Córtex pré-frontal região ventromedial, insula, núcleo caudado e putâmen
MOELLER, 2012	15 pacientes saudáveis e 16 adictos em cocaína	M/F	20mg	Média para saudáveis 38,9 e adictos 46,3	Córtex pré-frontal área dorsolateral
CUBILLO, 2012	48 crianças	M/F	5mg a 20mg ou 0,3mg/kg/dia	10 a 17 anos	Córtex pré-frontal área ventro-lateral, putâmen, tálamo e cerebelo
DODDS, 2008	20 pacientes saudáveis	M/F	60mg	19 a 33 anos	Córtex pré-frontal área ventro-lateral e dorsolateral
BUSH, 2008	21 adultos	M/F	36mg inicial	18 a 51	Córtex



Artigo

	com TDAH		atingindo dose máxima de 1,3mg/kg/dia	anos	parietal, pré-motor, tálamo, cerebelo e núcleo caudado
SHAFRITZ, 2004	19 paciente com TDAH e 19 saudáveis	M/F	15mg < 30kg; 20mg entre 30kg e 60kg; 25mg > 60kg	NR	Córtex pré-frontal área dorsolateral, córtex cingulado anterior e córtex pré-motor
TOMASI, 2010	33 homens saudáveis	M	20mg	Média de idade 36 anos	Córtex pré-frontal e parietal

Abreviações: TDAH: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; M: Masculino; F: feminino; NR: Não relatado; MPH: metilfenidato.

Efeito de metilfenidato na funcionalidade cerebral analisado por espectrografia funcional de infravermelho

Na Tabela 2 estão listados os métodos (número de participantes, gênero, faixa etária e doses do medicamento), principais resultados, e resumo dos efeitos da medicação dos 6 estudos que utilizaram a Espectrografia Funcional Infravermelho Próximo (fNIRS) para avaliar a funcionalidade cerebral. Os estudos incluíram tanto pacientes do sexo masculino quanto feminino, tendo apenas 33,3% deles realizados exclusivamente em pacientes do sexo masculino. A idade da população investigada variou entre 7 a 19 anos (66,6% dos estudos); e entre 28 e 40 anos (33,3% dos estudos). Nenhum dos estudos analisados neste quesito apresentaram tempo de administração do metilfenidato. 50% dos estudos utilizaram a dose de 5mg a 20mg, 16,6% dos estudos utilizaram dose fixa de 40 mg, 16,6% seguiu a posologia de 0,72mg/kg/dia e 16,6% não abordaram a dose utilizada. A funcionalidade de diversas regiões foram avaliadas nos estudos, entre as mais citadas temos o aumento de fluxo sanguíneo córtex pré-frontal em 66,6% dos estudos e a área dorsolateral e orbitofrontal em 33,3%. Quanto à concentração de oxi-hemoglobina, 33,3% dos estudos evidenciaram aumento no córtex pré-frontal e 16,6% tiveram aumento no giro frontal superior e medial e giro angular.



Artigo

Entretanto, apenas um dos estudos evidenciou diminuição de oxi-hemoglobina no córtex pré-frontal. Avaliando-se o fluxo sanguíneo cerebral 33,3% dos estudos mostraram aumento do fluxo no cerebelo e 16,6% no giro frontal superior e medial, lobo parietal e orbitofrontal. Em contrapartida, 16,6% dos estudos evidenciaram redução do fluxo nas regiões occipitotemporal, parietal e gânglios da base.

Tabela 2 - Efeito de metilfenidato no fluxo sanguíneo cerebral e concentração de oxi-hemoglobina avaliados por espectrografia funcional de infravermelho proximo.

Referências	População de estudo	Gênero	Doses de MPH	Faixa etária	Regiões avaliadas	Principais achados
RAMASUBBU, 2012	13 pacientes saudáveis	M/F	20mg	28 anos	Córtex pré-frontal e área dorso lateral	Redução das concentrações de oxi-hemoglobina no córtex pré-frontal
MONDEN, 2011	20 crianças com TDAH	M/F	NR	7 a 14 anos	Giro frontal superior e medial, giro angular e córtex pré-frontal lateral	Aumento de oxi-hemoglobina no giro frontal superior e medial, giro angular e córtex pré-frontal
LEE, 2005	40 crianças	M/F	0,72mg/kg/dia	Média de 9,7 anos	Córtex pré-frontal, orbitofrontal, cíngulo anterior, occipitotemporal e gânglio basal.	Aumento do fluxo sanguíneo no córtex pré-frontal, orbitofrontal, cíngulo anterior bilateralmente. Diminuição do fluxo no córtex occipitotemporal, gânglio basal direito e região parietal superior esquerda.



Artigo

MEHTA, 2000	10 homens saudáveis	M	40mg	Média de 34,8.	Córtex pré-frontal, dorsolateral e cerebelo.	Aumento do fluxo sanguíneo no cerebelo.
AN, 2009	23 pacientes com TDAH e 32 saudáveis	M/F	10mg	Com TDAH 15 a 19 anos. Saudáveis 8 a 14 anos.	Córtex frontal, orbitofrontal, parietal e cerebelo.	Aumento do fluxo sanguíneo nos giros frontais superior e medial, lobo parietal e cerebelo.
WEBER ³³ , 2007	10 meninos com TDAH	M	5mg-20mg	8,6 a 11,8 anos.	Córtex pré-frontal	Aumento da concentração de oxi-hemoglobina no córtex pré frontal.

Abreviações: TDAH: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; M: Masculino; F: feminino; NR: Não relatado;

Efeito de metilfenidato na funcionalidade cerebral analisado por espectroscopia de prótons

Na Tabela 3 estão listados os métodos (número de participantes, gênero, faixa etária e doses do medicamento), principais resultados, e resumo dos efeitos da medicação dos 3 estudos que utilizaram a espectroscopia de prótons por ressonância magnética para avaliar a funcionalidade cerebral. A maioria dos artigos revisados tratam de estudos clínicos randomizados que incluíram tanto pacientes do sexo masculino quanto feminino. A idade da população investigada variou entre 7 a 10 anos (33,3% dos estudos); entre 6 e 16 anos (33,3% dos estudos) e entre 18 e 60 anos (33,3% dos estudos). Em 33,3% dos estudos as administrações de metilfenidato foram realizadas durante período compreendido de 12 semanas e 66,6% apenas uma única administração. 33,3% dos estudos utilizaram a dose de 10mg, 33,3% a dose de 20 mg, 33,3% doses progressivas de 18/36/54mg de metilfenidato. Em todos os estudos foram avaliados as concentrações de NAA/Cr, Glu/Cr e Cho/Cr, sendo que 33,3% dos estudos houve aumento do NAA/Cr e decréscimo de Glu/Cr e Cho/Cr. Em 33,3 % dos estudos não foi evidenciado alterações de NAA/Cr e Cho/Cr, porém com aumento de Glu/Cr, por fim, 33,3% dos estudos não evidenciaram quaisquer alterações nos metabólitos.



Artigo

Tabela 3 - Efeito do metilfenidato nos metabolitos cerebrais analisados pela espectroscopia de prótons

<i>Referências</i>	<i>População de estudo</i>	<i>Gênero</i>	<i>Doses de MPH</i>	<i>Faixa etária</i>	<i>Regiões avaliadas</i>	<i>Fatores avaliados</i>	<i>Principais achados</i>
WIGUNA, 2012.	21 crianças com TDAH	M/F	20mg	7 a 10 anos	Córtex pré-frontal	NAA/Cr; Glu/Cr; Cho/Cr.	Aumento de NAA/Cr; Decréscimo em Glu/Cr e Cho/Cr.
HUSAROVA, 2013.	21 crianças com TDAH	M/F	Doses progressivas com 18/36/54mg	6 a 16 anos	Córtex pré-frontal e área dorsolateral.	NAA/Cr; Glu/Cr; Cho/Cr	Sem alteração de NAA/Cr e Cho/Cr; Aumento de Glu/Cr.
UNAL, 2015.	60 pacientes com TDAH	M/F	10mg	18 a 60 anos	Córtex pré-frontal, cerebelo e corpo estriado.	NAA/Cr; Glu/Cr; Cho/Cr.	Não há evidências significativas de aumento de NAA/Cr;

Abreviações: TDAH: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; M: Masculino; F: feminino; NR: Não relatado; NAA: N-acetilaspártato; Cho: colina; Cr: creatinina; Glu: glutamato; fMRI: espectroscopia de ressonância magnética



Artigo

Perfil de ativação das áreas cerebrais induzido pelo metilfenidato

A figura 2 demonstra o perfil de ativação das áreas cerebrais em decorrência da administração de metilfenidato. Independente da metodologia de análise da funcionalidade cerebral utilizada, 20% dos estudos apontaram o córtex pré-frontal, 20% área dorsolateral do córtex pré-frontal; 12% cerebelo; 8% da região ventromedial do córtex pré-frontal; 8% da área ventro-lateral do córtex pré-frontal; 8% lobo da insula; 8% putâmen; 8% tálamo; 8% córtex pré-motor.

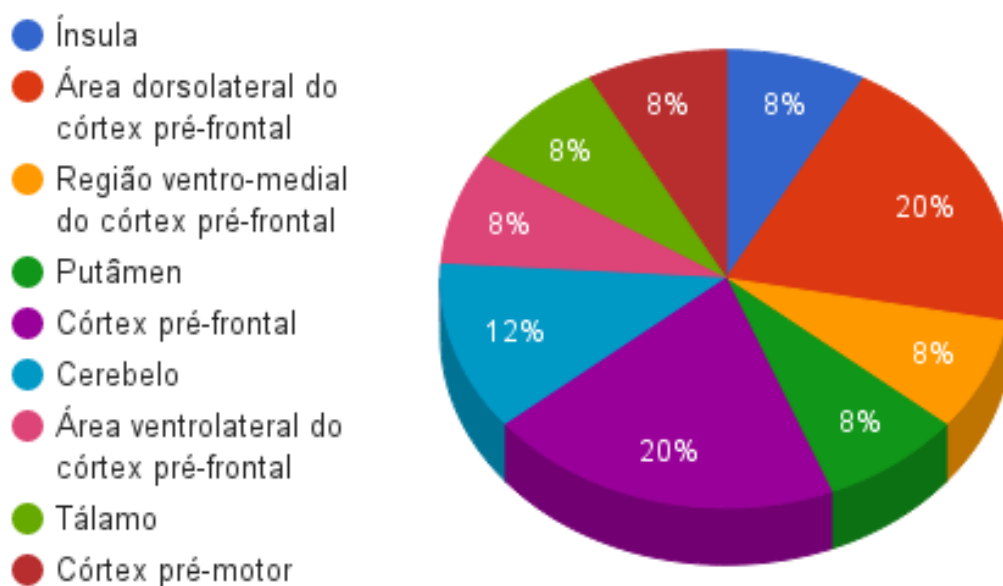


Figura 01. Perfil da ativação das áreas cerebrais induzido pela administração de metilfenidato.



Artigo

DISCUSSÃO

Na vigência do aumento do consumo do metilfenidato, tanto para tratamento de TDAH quanto para aprimoramento cognitivo, destaca-se a importância de discussões científicas sobre quais funções corticais são alteradas e quais áreas são mais influenciadas pelo seu uso. Visto isso, os estudos que utilizaram a ressonância magnética como instrumento de medida da atividade cerebral após administração de metilfenidato evidenciaram predomínio da atuação deste fármaco no córtex pré-frontal, com aumento mais expressivo da atividade nas áreas ventro-lateral (SMITH et al., 2013, CUBILLO et al., 2013, DODDS et al., 2008) e dorso-lateral (DODDS et al., 2008; CUBILLO et al., 2013; MOELLER et al., 2012; SHAFRITZ et al., 2004). Áreas como putâmen (CUBILLO et al., 2012; RUBIA et al., 2011) tálamo e cerebelo (CUBILLO et al., 2012; BUSH et al. 2008) embora em menor intensidade, também apresentaram incrementos de atividade. Adicionalmente, a administração de metilfenidato em adolescentes com TDAH induz ativação da área ventro-lateral do córtex pré-frontal, regiões pré-motoras, giro do cíngulo posterior, núcleos talâmicos, córtex temporal, córtex occipital, lobos parietais e cerebelo, destacando, portanto, a regularização das anormalidades da área ventro-lateral (CUBILLO et al., 2013). Em consonância com essas ideias a administração de uma única dose de metilfenidato já é suficiente para aumentar a atividade do córtex pré-frontal inferior direito, córtex pré-motor, área ventro-lateral do córtex pré-frontal e conexões com as regiões do lobo da insula, núcleo caudado e córtex frontal medial quando comparado ao grupo placebo (RUBIA et al., 2011). Esses achados corroboram a ideia de que uma única dose de metilfenidato tem a capacidade de regularizar hipoativações de áreas corticais nos pacientes com TDAH, regularizando a atividade de áreas inferiores e ventro-medial do córtex pré-frontal, determinando uma melhor resposta inibitória da impulsividade.

Avaliando pacientes com TDAH sob uso de placebo, evidenciou-se em comparação com grupo controle, redução na ativação do córtex pré-frontal na área ventro-lateral direita, lobo da insula e córtex frontal direito (SMITH et al., 2013). Essas informações foram confirmadas em um outro estudo que concluiu o efeito inverso quando os pacientes estão fazendo uso do metilfenidato, proporcionando uma ativação das áreas citadas (CUBILLO et al., 2013). Ainda há evidência de que mesmo mediante a correção da atividade da área ventro-lateral, metilfenidato não proporciona alteração de atividade funcional do córtex frontal direito (SMITH et al., 2013). O metilfenidato quando utilizado a longo prazo induz aumento da atividade cortical de maneira



Artigo

progressiva, atingindo seu pico de estimulação em 6 semanas, principalmente na área dorso-lateral do córtex pré frontal (BUSH et al., 2008).

Na perspectiva da análise por espectrografia funcional de infravermelho próximo foi evidenciado aprimoramento do fluxo sanguíneo e concentração de oxi-hemoglobina nos giros frontal medial, giro frontal inferior e giro angular^{24,25} além de redução no fluxo sanguíneo no lobo parietal, frontal e temporal (LEE et al., 2005; MEHTA et al., 2000). Por fim, utilizando-se da espectroscopia de ressonância magnética como exame de imagem evidenciou-se aumento nas relações de NAA/Cr (WIGUNA et al., 2012) e Glu/Cr (HUSAROVA et al., 2014). Tais achados são indicativos indiretos que o metilfenidato pode promover tanto hipoativação quanto hiperativação de áreas disfuncionais em paciente com TDAH, além de atuar em vias corticais relacionadas com tálamo, insula e putâmen, desempenhando um papel compensatório nas áreas disfuncionais.

Vários estudos avaliaram o fluxo sanguíneo cerebral em pacientes com TDAH e que fazem uso de metilfenidato, dentre eles destaca-se a evidência de que o medicamento diminui a homogeneidade regional dos giros lingual e pós-central e aumenta no córtex frontal inferior esquerdo e frontal orbital direito, sugerindo que as reduções das homogeneidades estão relacionadas com alteração da ativação neuronal nestas áreas (AN et al., 2013). Em contrapartida o metilfenidato atuou de forma distinta em diferentes áreas cerebrais, não alterando o fluxo sanguíneo no putâmen e em pequenas regiões do giro pré-central direito, mas induzindo aumento no fluxo na área ventro-lateral e dorso-lateral do córtex pré-frontal, bem como córtex singular anterior, giro pré-central direito e lobo parietal inferior (DODDS et al., 2008). De acordo com este último estudo, o metilfenidato não causou modulação da atividade do córtex pré-frontal pois era uma tarefa de probabilidade reversa e haviam momentos de acerto, troca de opinião e erros.

Interessantemente, doses únicas de metilfenidato mostraram aumento significativo do fluxo sanguíneo cerebral e ativação neuronal com regulação positiva das regiões bilaterais dorso-ventral do córtex pre-frontal além de haver inibição de processamento de estímulos irrelevantes, mantendo, portanto, a atenção por mais tempo (AN et al., 2013). Em outra perspectiva, após tratamento de um mês com metilfenidato os exames de imagens demonstraram um aumento bilateral na perfusão do córtex pré-frontal, córtex orbito frontal e córtex cingulado anterior bilateralmente, entretanto, foi visto também uma diminuição do fluxo no córtex occipitotemporal, gânglio basal direito e região parietal superior esquerda (LEE et al., 2005). Logo, estabelece-se a ideia de que



Artigo

apesar de o metilfenidato ter a característica de aprimorar a perfusão cerebral do córtex pré-frontal em uma única dose, seu uso em longo prazo também vem demonstrando evidências de atuação não só no córtex pré-frontal mas também em outras regiões cerebrais, propiciando assim um aprimoramento nas vias corticais com o córtex pré-frontal e relacionadas a sintomatologia do TDAH.

Em estudo de avaliação do fluxo sanguíneo e concentração de hemoglobina, evidenciou que mediante a administração de metilfenidato desenvolve-se decréscimo de oxi-hemoglobina nas regiões frontal direita e pré-frontal bilateral com redução mais evidente ao lado direito (RAMASUBBU et al., 2012). Entretanto, as concentrações de desoxi-hemoglobina e hemoglobina total não apresentaram alteração significativa. A análise de atividade cerebral por RM associada à hemodinâmica das partes lateral, pré-frontal e cortical em crianças com TDAH mostrou um aumento dos sinais de hemoglobina oxigenada na parte direita lateral do córtex pré-frontal havendo uma melhora no desempenho das realizações das tarefas de *go/no-go* (MONDEN et al., 2012). Além disso, foi mostrado neste mesmo estudo que após o uso de metilfenidato houve um aumento dos níveis de oxi-hemoglobina na região do giro frontal inferior direito, giro frontal medial e no giro angular sendo que de 12 pacientes 10 apresentavam essa alteração. Com base nestes achados, sugere-se que o aumento de oxi-hemoglobina no lado direito do córtex pré-frontal traz uma melhora no comportamento do TDAH por ser o local de substrato neuronal para melhora desta enfermidade, lembrando-se que o aumento de oxi-hemoglobina no giro frontal medial e giro angular pode estar relacionado com aumento da atividade na area motora associativa e aprimoramento na capacidade de planejamento motor.

A administração de metilfenidato por 12 semanas causa alterações significativas nas taxas neuroquímicas com aumento da taxa NAA/Cr no córtex pré-frontal, principalmente no lado direito, e decréscimo nas taxas de Glu/Cr e Cho/Cr em ambos os hemisférios porem com mais evidencia no lado esquerdo do córtex pré-frontal (WIGUNA et al., 2012). As evidências clinicas deste estudo determinam que o aumento das taxas de NAA/Cr é um marcador da redução da disfunção neuronal e neurotransmissores dopaminérgicos nas áreas pré-frontais, estando relacionados com melhorias na atenção seletiva, memória, função executiva e aprendizado. Em contrapartida, segundo estes mesmos autores, o decréscimo dos neuromoduladores Glu/Cr são evidências da hiperpolarização dos neurônios excitatórios, em decorrência da resistência das membranas neuronais, proporcionando uma melhora clínica dos sintomas de hiperatividade. Por outro lado, doses únicas de metilfenidato não



Artigo

apresentaram decréscimo da atividade do neuromodulador Glu nas proximidades dos corpos celulares dos neurônios do córtex pré-frontal dorso-lateral, nem alterações nas taxas de NAA/Cr e Cho/Cr (HUSAROVA et al., 2014). Porém, foi confirmado neste mesmo estudo que o metilfenidato proporciona incremento dos neurometabólitos Glu e taxa Glu/Cr, principalmente no lado esquerdo, evidenciando a presença de vias aferentes glutamatérgicas com córtex pré-frontal. Esse conflito de dados pode ser explicado pela diferença no modo de aplicação do fármaco, mostrando que a aplicação do metilfenidato a longo prazo pode estar relacionada ao processo de neuroplasticidade, alterando os níveis de neurometabólitos.

Não há evidências de alterações nas concentrações de neurometabólitos como o NAA, creatina e colina no córtex pré-frontal quando o metilfenidato é utilizado em única dose (UNAL et al., 2015). Pacientes em uso de metilfenidato há aumento na função dos receptores noradrenérgicos e dopaminérgicos D1, mostrando maior sinalização neuronal na área dorso-lateral do córtex pré-frontal, melhorando, significativamente, a atenção seletiva e memória operacional nesses pacientes, na qual o efeito da medicação mostra influência direta nos receptores glutamatérgicos NMDA além de inibição da recaptção de dopamina, proporcionando um efeito indireto nas vias glutamatérgicas no córtex pré-frontal, incrementando a secreção tônica de dopamina (HUSAROVA et al., 2014). Outro estudo identificou uma supra-regulação dos receptores dopaminérgicos principalmente na área ventro-lateral direita, corrigindo os déficits de dopamina e contribuindo, portanto, para a normalização da via dopaminérgica nesta área cortical (SMITH et al., 2013). O Metilfenidato também mostrou aumento da atividade dos neurotransmissores norepinefrina e dopamina. A função do córtex pré-frontal dorsal é especialmente dependente dos níveis de DA e NE de maneira dose-dependente. Isso pode explicar em parte por que uma dose baixa de metilfenidato não provocou alteração funcional significativa em áreas do corpo estriado em crianças (AN et al., 2013).

O metilfenidato faz ativação tanto do cortex pre-frontal direito quanto do esquerdo (TOMASI et al., 2011). A diferença está entre as habilidades que são mais ativadas, visto que a atenção visual é maior quando o cortex pre-frontal direito é ativado em detrimento da memória operacional e isto se inverte quando se avalia a ativação do cortex pre-frontal esquerdo. Segundo ainda estes autores, a ativação do talamo, cerebelo e desativação da insula é importante para aprimoramento da atenção visual (WEBER; LUTSCHG; FAHNENSTICH, 2007). Pacientes em uso de metilfenidato tiveram redução do erro relacionado à realização de tarefas o que foi associado à redução da



Artigo

atividade da área dorso-lateral do córtex pré-frontal (MOELLER et al., 2012). Adicionalmente, estudos afirmam que o metilfenidato tem efeito droga-específico sobre a capacidade de memória operacional, supra regulando a atividade do córtex frontal inferior esquerdo por um mecanismo compensatório criado pela hipoatividade do córtex pré-frontal, mais especificamente na área dorsolateral. porém, não foi observada qualquer modulação da atividade do cortex pré-frontal por metilfenidato durante a alteração de resposta na tarefa, havendo necessidade de mais estudos que comprovem este fato (CUBILLO et al., 2013).

As divergências entre os achados nos diferentes estudos analisados podem estar relacionados à heterogeneidade do design experimental e método de análise da funcionalidade cerebral bem como do limitado número de pacientes avaliados. Dessa forma novos estudos devem ser desenvolvidos como o intuito de evidenciar com maior precisão os efeitos do metilfenidato no sistema nervoso central de pacientes com TDH, procurando não só entender as bases patológicas da doença, mas também formas de tratamentos alternativos que busquem atuar predominantemente nas áreas disfuncionais, minimizando os efeitos adversos e proporcionando melhora da qualidade de vida de pacientes com esse tipo de transtorno.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se que o metilfenidato apesar de atuar em diversas áreas do cérebro, tem predileção por atuar no cortex pre-frontal, principalmente em subregiões como a área dorso-lateral e ventro-medial, regularizando a atividade deficiente nessas regiões e proporcionando aprimoramento da atenção, impulsividade, memória e aprendizado. Mais estudos que utilizem design experimentais padronizados precisam ser realizados para garantir melhor análise dos efeitos de diferentes dosagens de metilfenidato bem como de diferentes formas de administração na funcionalidade cerebral em humanos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS). Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**, Ano



Artigo

VIII nº 23 | março de 2014. Disponível em:

[http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412285/Boletim+Brasileiro+de+Avalia%C3%A7%C3%A3o+de+Tecnologias+em+Sa%C3%BAde+\(BRATS\)+n%C2%BA+23/fd71b822-8c86-477a-9f9d-ac0c1d8b0187](http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412285/Boletim+Brasileiro+de+Avalia%C3%A7%C3%A3o+de+Tecnologias+em+Sa%C3%BAde+(BRATS)+n%C2%BA+23/fd71b822-8c86-477a-9f9d-ac0c1d8b0187).

(Acesso em 28/01/2019).

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC). Prescrição e consumo de metilfenidato no brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário.** Boletim de farmacoepidemiologia, Ano 2, nº 2 | jul./dez. de 2012.

Disponível em:

http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigeo_2.pdf

(Acesso em 28/08/2016).

AN, L. et al. **Methylphenidate Normalizes Resting-State Brain Dysfunction in Boys With Attention Deficit Hyperactivity Disorder.** Neuropsychopharmacology, v. 38, n. 7, p. 1287-1295, 2013.

BATISTELA S, BUENO O, Vaz L, Galduróz J. **Methylphenidate as a cognitive enhancer in healthy young people.** Dementia & Neuropsychologia. 2016;10(2):134-142.

BUSH, G. et al. **Functional Magnetic Resonance Imaging of Methylphenidate and Placebo in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder During the Multi-Source Interference Task.** Arch Gen Psychiatry, v. 65, n. 1, p. 102, 2008.

CUBILLO, A. et al. **Shared and Drug-Specific Effects of Atomoxetine and Methylphenidate on Inhibitory Brain Dysfunction in Medication-Naive ADHD Boys.** Cerebral Cortex, v. 24, n. 1, p. 174-185, 2012.

CUBILLO, A. et al. **Drug-specific laterality effects on frontal lobe activation of atomoxetine and methylphenidate in attention deficit hyperactivity disorder boys during working memory.** Psychological Medicine, v. 44, n. 03, p. 633-646, 2013.



Artigo

DEL CAMPO, N. et al. **The Roles of Dopamine and Noradrenaline in the Pathophysiology and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.** Biological Psychiatry, v. 69, n. 12, p. e145-e157, 2011.

DODDS, C.M. et al. **Methylphenidate Has Differential Effects on Blood Oxygenation Level-Dependent Signal Related to Cognitive Subprocesses of Reversal Learning.** Journal of Neuroscience, v. 28, n. 23, p. 5976-5982, 2008

FREESE L. et al. **Non-medical use of methylphenidate: a review.** Trends in Psychiatry and Psychotherapy, v. 34, n. 2, p. 110-115, 2012.

HUSAROVA, V. et al. **Prefrontal grey and white matter neurometabolite changes after atomoxetine and methylphenidate in children with attention deficit/hyperactivity disorder: A 1H magnetic resonance spectroscopy study.** Psychiatry Research: Neuroimaging, v. 222, n. 1-2, p. 75-83, 2014.

INGLIS, S.K. et al. **Prospective observational study protocol to investigate long-term adverse effects of methylphenidate in children and adolescents with ADHD: the Attention Deficit Hyperactivity Disorder Drugs Use Chronic Effects (ADDUCE) study.** BMJ Open, v. 6, n. 4, p. e010433, 2016.

LEE, J.S. et al. **Regional cerebral blood flow in children with attention deficit hyperactivity disorder: Comparison before and after methylphenidate treatment.** Human Brain Mapping, v. 24, n. 3, p. 157-164, 2005.

LOUZÃ, Mario R.; MATTOS, Paulo. **Questões atuais no tratamento farmacológico do TDAH em adultos com metilfenidato.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria [Internet]. 2007 [cited 15 November 2016];56:53-56.

MEHTA, M. et al., **Methylphenidate Enhances Working Memory by Modulating Discrete Frontal and Parietal Lobe Regions in the Human Brain.** The Journal of Neuroscience, Vol. 20 RC65, 2000.



Artigo

MOELLER, S.J., et al. **Methylphenidate Enhances Executive Function and Optimizes Prefrontal Function in Both Health and Cocaine Addiction.** Cerebral Cortex, v. 24, n. 3, p. 643-653, 2012.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J., ALTMAN, D.G.; Grupo PRISMA. **Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement.** Annals of Internal Medicine, v. 151, n. 4, p. 264, 2009.

MONDEN, Y. et al. **Clinically-oriented monitoring of acute effects of methylphenidate on cerebral hemodynamics in ADHD children using fNIRS.** Clinical Neurophysiology, v. 123, n. 6, p. 1147-1157, 2012.

RAMAEKERS, J.G. et al. **Methylphenidate reduces functional connectivity of nucleus accumbens in brain reward circuit.** Psychopharmacology, v. 229, n. 2, p. 219-226, 2013.

RAMASUBBU, R. et al. **Methylphenidate-mediated reduction in prefrontal hemodynamic responses to working memory task: a functional near-infrared spectroscopy study.** Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental, v. 27, n. 6, p. 615-621, 2012.

RUBIA, K. et al. **Methylphenidate Normalizes Fronto-Striatal Underactivation During Interference Inhibition in Medication-Naïve Boys with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder.** Neuropsychopharmacology, v. 36, n. 8, p. 1575-1586, 2011.

SCHWEREN, L.J.; DE ZEEUW, P. DURSTON, S. **MR imaging of the effects of methylphenidate on brain structure and function in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.** European Neuropsychopharmacology, v. 23, n. 10, p. 1151-1164, 2013.

SHAFRITZ, K.M. et al. **The Effects of Methylphenidate on Neural Systems of Attention in Attention Deficit Hyperactivity Disorder.** American Journal of Psychiatry, v. 161, n. 11, p. 1990-1997, 2004.



Artigo

SKOKAUSKAS, N et al. Neuroimaging markers for the prediction of treatment response to Methylphenidate in ADHD. European Journal of Paediatric Neurology, v. 17, n. 6, p. 543-551, 2013.

SMITH, A. et al. Neurofunctional Effects of Methylphenidate and Atomoxetine in Boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder During Time Discrimination. Biological Psychiatry, v. 74, n. 8, p. 615-622, 2013.

SPENCER, T. J. ,et al. Effect of Psychostimulants on Brain Structure and Function in ADHD. The Journal of Clinical Psychiatry, v. 74, n. 09, p. 902-917, 2013.

TOMASI, D. et al. Methylphenidate enhances brain activation and deactivation responses to visual attention and working memory tasks in healthy controls. NeuroImage, v. 54, n. 4, p. 3101-3110, 2011.

URBAN, K.R.; GAO, W. Methylphenidate and the Juvenile Brain: Enhance of Attention at the Expense of Cortical Plasticity? 2013. 15 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Department Of Neurobiology And Anatomy, Drexel University College Of Medicine, Philadelphia, 2014.

UNAL, G.A. et al. Association of adult attention deficit hyperactivity disorder subtypes and response to methylphenidate HCL treatment: A magnetic resonance spectroscopy study. Neuroscience Letters, v. 604, p. 188-192, 2015.

VOLKOW, N.D. et al. Activation of Orbital and Medial Prefrontal Cortex by Methylphenidate in Cocaine-Addicted Subjects But Not in Controls: Relevance to Addiction. Journal of Neuroscience, v. 25, n. 15, p. 3932-3939, 2005.

WEBER, P.; LÜTSCHG, J.; FAHNENSTICH, H. Methylphenidate-Induced Changes in Cerebral Hemodynamics Measured by Functional Near-Infrared Spectroscopy. Journal of Child Neurology, v. 22, n. 7, p. 812-817, 2007.

WIGUNA, T. et al. Effect of 12-Week Administration of 20-mg Long-Acting Methylphenidate on Glu/Cr, NAA/Cr, Cho/Cr, and mlI/Cr Ratios in the Prefrontal



Temas em Saúde

Volume 19, Número 5

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

Cortices of School-Age Children in Indonesia. Clinical Neuropharmacology, v. 35, n. 2, p. 81-85, 2012.

WOOD, S. et al. Psychostimulants and Cognition: A Continuum of Behavioral and Cognitive Activation. Pharmacological Reviews, v. 66, n. 1, p. 193-221, 2013.



**EFEITOS DO METILFENIDATO NA FUNCIONALIDADE CEREBRAL DE HUMANOS: UMA REVISÃO
SISTEMÁTICA**

Páginas 182 a 204

Artigo

ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSO NA ZONA RURAL: REVISÃO DE LITERATURA

AGING AND QUALITY OF OLDER LIFE IN RURAL AREA: LITERATURE REVIEW

Kaísa Mambelly Jácome de Oliveira¹
Francisca Cláudia dos Santos²
Valnice de Moraes Rolim³
Klaussia Maria Cavalcanti de Sousa⁴
Manuela Carla de Souza Lima Daltro⁵
Isabel Cristina Barbosa Henriques Brito⁶

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.

-
- ¹ Enfermeira pela Faculdade de Enfermagem Santa Emília de Rodat. Mestranda em Saúde Pública pela Absoulute Christian University. kaisamambelly@gmail.com;
- ² Assistente Social Fundação Universidade de Tocantins. Mestranda em Saúde Pública pela Absoulute Christian University. fclaudiasantos@hotmail.com;
- ³ Assistente Social pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras. Mestranda em Saúde Pública pela Absoulute Christian University. nicirolim@gmail.com;
- ⁴ Assistente Social pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras. Mestranda em Saúde Pública pela Absoulute Christian University. klaussiam.c@hotmail.com;
- ⁵ Doutora em Ciências da Saúde pela a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. manucacarla@hotmail.com;
- ⁶ Enfermeira pelas Faculdades Integrada de Patos Mestranda em Saúde Pública pela Absoulute Christian University. belhrute@gmail.com.



Artigo

Palavras-chaves: Envelhecimento; Qualidade de vida; Zona rural.

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



Artigo

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 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



Artigo

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, 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



Artigo

preservação do meio ambiente, conservação de mananciais de água de água de árvores, solo e até organização comunitária (KREUTZ, 2012).

ACESSO À SAÚDE NA ZONA RURAL

A atenção básica, é um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde(SUS). Donde, 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).



Artigo

Um ambiente salutar para alguns idosos é a zona rural, neste os que são proativos, podem desenvolver atividades agrícolas, pecuária, manejo com avicultura, suinocultura, hortas e pomares; destacando a adaptação dos indivíduos, idosos diante da vida (NERI, 2004).

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 DISCUSSÃO

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



Artigo

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.

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 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.



Artigo

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.

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.



Artigo

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.

-----, 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. **Geriatría: 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.



Artigo

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.

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. 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.



Artigo

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.

_____. 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.



Artigo

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.; VIACAVALVA, 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

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.



Artigo

**QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DE EQUIPES TÉCNICAS NO
PODER JUDICIÁRIO**

**QUALITY OF WORKING LIFE AMONG WORKERS FROM THE
JUDICIARY TECHNICAL TEAM**

Maria do Carmo Lima Batista¹
Cristiano Machado Galhardi²
Luciano Resende Ferreira³

RESUMO - O objetivo desse estudo foi avaliar o nível de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) de equipes técnicas nas Varas de Infância e Juventude e nas Varas de Família do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP), que são compostas por assistentes sociais e psicólogos judiciários. Os 77 participantes responderam por meio eletrônico um questionário sóciodemográfico e um Questionário de Qualidade de Vida no Trabalho -QWLQ *brief* - que mensurou o índice global de QVT e os domínios físico/saúde, psicológico, pessoal e profissional da categoria. Tratou-se de um grupo composto predominantemente por mulheres (96,1%), com maior concentração na faixa etária de 34 a 66 anos (89,6%) e com um número significativo de profissionais com pós-graduação (83,1%). Conclui-se que a percepção desses profissionais sobre a sua QVT é satisfatória no nível Global de QVT e nos domínios Físico/Saúde, Psicológico e Pessoal. Porém, os dados mostraram uma variação no domínio Profissional, que apresentou menor valor atribuído, com diferença estatisticamente significativa quando comparado com os demais, indicando a necessidade de uma avaliação deste aspecto. Os resultados podem contribuir para avaliação e planejamento de ações que estimulem a melhoria da Qualidade de Vida no Trabalho desses profissionais e do atendimento às

¹ Mestranda do Programa de Educação, Ambiente e Sociedade, do Centro Universitário das Faculdades de Ensino – FAE, São João da Boa Vista-SP. Psicóloga Judiciário no Fórum de Valinhos, Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo;

² Acadêmico de Medicina do Centro Universitário das Faculdades de Ensino – FAE, São João da Boa Vista-SP;

³ Professor Doutor do Curso de Medicina e Orientador do Programa de Mestrado em Educação, Ambiente e Sociedade, do Centro Universitário das Faculdades de Ensino – FAE, São João da Boa Vista-SP. Médico Perito do Instituto Nacional de Previdência Pessoal – INSS, Poços de Caldas-MG.



Artigo

peças que procuram o judiciário nessas áreas, na perspectiva do Desenvolvimento Humano.

Palavras-chave: Desenvolvimento Humano; Qualidade de Vida no Trabalho; Poder Judiciário; Assistentes Sociais e Psicólogos Judiciários.

ABSTRACT - The objective of this study was to evaluate the level of the Quality of Working Life (QWL) among workers from the technical teams in the Child and Youth, and Family Courts of the Court of the State of São Paulo (TJSP), which are composed of social workers and judiciary psychologists. The 77 participants answered electronically a socio-demographic questionnaire and a Quality of Working Life Questionnaire - QWLQ *brief* - which measured the overall QWL index and the physical/health, psychological, personal and professional domains. The studied professionals composed a group made of predominantly of women (96.1%), with a higher concentration in the age range from 34 to 66 years (89.6%) and a large number of professionals with postgraduate studies (83.1%). It was concluded that the QWL perception from these workers is mostly satisfactory in the Global level of QWL and in the Physical/Health, Psychological and Personal domains. However, the data have shown that there is a higher variation in the Professional domains, which presented lower attributed values, with statistically significant difference when compared to the others, indicating the need for an evaluation of this aspect by the service administration. The results may contribute to the evaluation and planning of actions leading to the improvement of the Quality of Working Life of these professionals and consequently may also enhance the service and assistance for the people who seek the judiciary system in these areas, in the perspective of Human Development.

Keywords: Human Development; Quality of Working Life; Judiciary Branch; Social Workers and Judiciary Psychologists.

INTRODUÇÃO

O conceito de Qualidade de Vida (QV) apresenta um enfoque na percepção que o indivíduo tem sobre a sua vida, em um determinado momento, de acordo com o seu histórico, seus valores pessoais, culturais e existenciais (FERREIRA, 2017).



Artigo

Trata-se de um tema que está presente na linguagem cotidiana e no contexto acadêmico, tendo se expandido à área de saúde, inclusive com a criação de instrumentos de avaliação de QV (SEIDL; ZANNON, 2004).

Reis Junior (2008) diz ser difícil analisar a QV sem levar em conta o ambiente de trabalho, que é onde as pessoas passam grande parte do seu tempo, o que pode interferir nos seus níveis de satisfação. Cheremeta et al. (2011) por sua vez chamam a atenção para o surgimento de duas ramificações da qualidade de vida: uma relacionada à saúde (QVRS), com grandes avanços e evolução da medicina, e a outra, referente ao trabalho (QVT), área de interesse dos pesquisadores, subscritores.

O trabalho está intimamente relacionado ao conceito de Desenvolvimento Humano que tem como pressuposto a concepção de que, para aferir a qualidade de vida, é necessário ir além do aspecto econômico, incluindo três dimensões: renda, saúde e educação. (PNUD, 1990).

Esse novo paradigma coloca o ser humano no centro do desenvolvimento, na perspectiva da redução das vulnerabilidades, concebidas como qualquer impedimento à ampliação da capacidade de fazer escolhas, e no reforço da resiliência, descrita como sendo a capacidade de reagir e de enfrentar as adversidades (RDH, 2014, RDH, 2015).

O exame da literatura aponta que o Setor Público tem sido fonte de vários estudos sobre QVT e que há indicação para ampliação das amostras/populações e para inclusão de outras categorias/carreiras (MEDEIROS; FERREIRA, 2011; ALFENAS; RUIZ, 2015).

No Poder Judiciário, foram realizados estudos sobre QVT com magistrados: juízes e desembargadores (BELO, 2008); com oficiais de justiça (MERLO et al., 2009); com técnicos judiciários, analistas Judiciários e oficiais de justiça (JORGE, 2009); com servidores em geral (ANDRADE, 2011); somente com servidores (CARMO, 2014); com todos os funcionários da instituição (FERNANDES, 2013).

Os estudos realizados com os assistentes sociais e psicólogos que compõem as Equipes Técnicas nas Varas da Infância e Juventude e nas Varas de Família no Poder Judiciário, encontram-se em duas pesquisas: a primeira incluiu somente a categoria ora estudada, porém, em diversos setores de atividades, quando foi levantado o perfil, o conhecimento da área, as condições de trabalho, relações no trabalho, limites e possibilidades deste fazer (FÁVERO; MELÃO; JORGE, 2005); a segunda, incluiu quatro categorias de trabalhadores do judiciário, sendo que assistentes sociais e psicólogos ficaram na categoria área técnica, quando foi pesquisada a saúde e o adoecimento dos profissionais (DELIA; SELIGMANN-SILVA, 2014).



Artigo

A QVT é a percepção que o indivíduo tem sobre as suas condições de trabalho e sobre a sua participação nas atividades laborais.

Eda Fernandes (1996) ressalta que, na revisão de literatura sobre o tema QVT, há enfoques diferentes na conceituação da expressão “Qualidade de Vida no Trabalho”, porém, o ponto em comum, a principal meta da abordagem, é conciliar os interesses dos indivíduos e da organização, de modo a melhorar a satisfação do trabalhador e a produtividade da empresa.

Em pesquisa de QVT com desembargadores e juízes, Belo (2008) identificou boa qualidade de vida no trabalho nos fatores intrínsecos e indicou a necessidade de um olhar especial para os fatores extrínsecos.

Face ao exposto, os autores consideraram fundamental avaliar o nível de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) de equipes técnicas nas Varas de Infância e Juventude e nas Varas de Família, mensurando o índice global de QVT e os domínios físico/saúde, psicológico, pessoal e profissional da categoria, relacionando com os dados do perfil sócio demográfico.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa aplicada, transversal, quantitativa, com questionário sobre qualidade de vida no trabalho padronizado e validado (PRODANOV; FREITAS, 2013). Os 77 participantes são voluntários que trabalham no Poder Judiciário do Estado de São Paulo, assistentes sociais e psicólogos que compõem as Equipes Técnicas nas Varas da Infância e da Juventude e nas Varas de Família, assim denominados porque atendem ações judiciais dessas Varas, e não pelo local de trabalho.

Os profissionais tiveram acesso a pesquisa via e-mail enviado pela autora e pela Associação de Assistentes Sociais e Psicólogos do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo – ASSPTJSP, com o link que continha: Convite para participar do protocolo de pesquisa; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que assinalado o aceite, dava acesso à pesquisa; Questionário de Caracterização dos participantes; Instrumento de avaliação de qualidade de vida no trabalho: QWLQ-bref (CHEREMETA et. al., 2011), que é composto de 20 questões que avaliam a QVT global e os quatro domínios: físico-saúde, pessoal, psicológico e profissional.

As respostas dos dois questionários foram tabuladas pelo Microsoft Excel e posteriormente analisadas através do software IBM SPSS Statistics for Windows,



Artigo

versão 22.0 (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA). As análises estatísticas do QWLQ-bref seguiram os critérios The WHOQOL Group (1998).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) com Seres Humanos do Centro Universitário das Faculdades Associadas-FAE, sob o número CAAE 79522517.9.0000.5382.

RESULTADOS

Setenta e sete (77) profissionais das Equipes Técnicas do Poder Judiciário do Estado de São Paulo responderam aos questionários enviados por e-mail pela pesquisadora e pela Associação de Assistentes Sociais e Psicólogos do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (AASPTJSP).

Os resultados do perfil sociodemográfico estão apresentadas na Tabela 1.



Artigo

Tabela 1. Caracterização dos participantes

Dados	Frequência	Porcentagem
Profissão		
Assistente social	41	53,25
Psicólogo (a)	36	46,75
Sexo		
Feminino	74	96,1
Masculino	3	3,9
Idade		
23 a 33 anos	5	6,5
34 a 44 anos	34	44,1
45 a 55 anos	21	27,3
56 a 66 anos	14	18,2
Acima 66 anos	3	3,9
Estado civil		
Casado (a)	37	48,0
Divorciado (a)	12	15,6
Outros	3	3,9
Solteiro (a)	14	18,2
União Estável	11	14,3
Pós-graduação		
Doutorado	8	10,4
Doutorado em andamento	1	1,3
Especialização, MBA	45	58,4
Mestrado	8	10,4
Mestrado em andamento	2	2,6
Sem pós-graduação	13	16,9
Inserção no TJSP		
Concurso/Processo Seletivo	77	100
Setor em que desenvolve atividades		
Outros	7	9,1
Técnico –Vara de Infância e Juventude	13	16,9
Técnico-Vara da Infância e Juventude/Família	54	70,1
Técnico-Vara de Família	3	3,9
Regime de admissão no TJSP		



Artigo

Estatutário	37	48,0
Lei 500/74	36	46,8
R.P.P. SOCIAL	4	5,2
Tempo de serviço público no TJSP		
Menos de 1 ano	3	3,9
1 a 4 anos	30	38,9
5 a 10 anos	18	23,4
11 a 20 anos	8	10,4
21 a 30 anos	13	16,9
Mais de 30 anos	5	6,5
Carga horária de trabalho		
30 horas semanais	73	94,8
40 horas semanais	4	5,2
Possui cargo comissionado		
Não	77	100,0

O resultado do questionário QWLQ-bref está apresentada na Tabela 2.

Tabela 2. Resultados encontrados no QWLQ-bref divididos entre seus domínios e o índice global (QVT)

Domínio	Média ± Desvio padrão
Físico / Saúde	3,422 ± 0,621 ^b
Psicológico	3,463 ± 0,631 ^b
Pessoal	3,448 ± 0,617 ^b
Profissional	2,830 ± 0,566 ^a
QVT	3,291 ± 0,522 ^b

Dados apresentados como média ± desvio padrão. Letras diferentes significam diferença significativa entre os grupos, calculado através do Teste da Análise de Variância com pós teste de Tukey, $F(380) = 15,58$, $p < 0,001$.

A tabela nos mostra que o domínio Profissional foi o que teve menor valor atribuído e diferente significativamente quando comparados ao demais ($F(380) = 15,58$, $p < 0,001$), os quais não foram diferentes significativamente entre si.

Os resultados obtidos foram convertidos na escala de 0 a 100, para serem comparados com a escala de satisfação proposta, conforme Figura 1.



Artigo

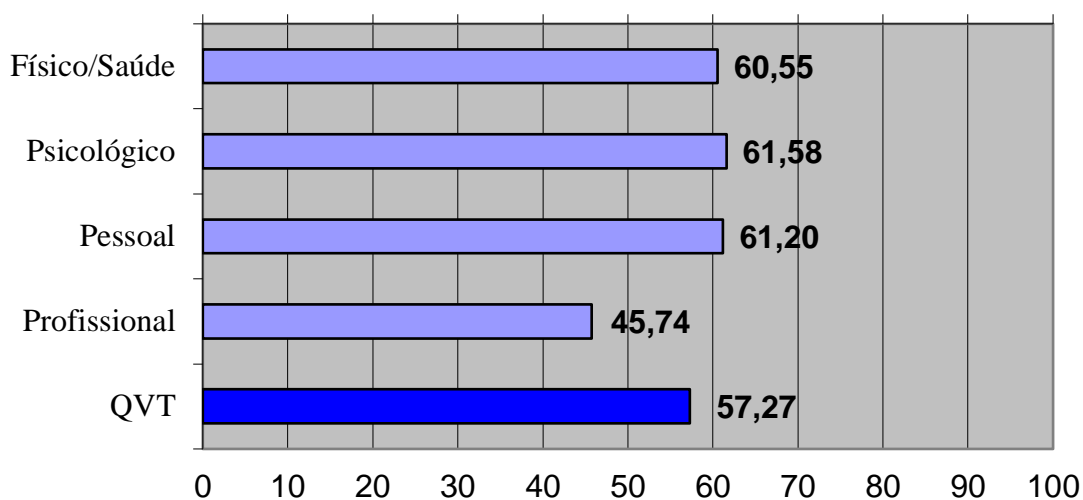


Figura 1. Resultado dos domínios e índice global na escala de 0 a 100.

Quadro 1. Classificação proposta para o QWLQ-78 e QWLQ-bref

Muito insatisfatório	Insatisfatório	Neutro	Satisfatório	Muito satisfatório
0 a 22,5	22,5 a 45	45 a 55	55 a 77,5	77,5 a 100

Fonte: Reis Junior (2008).

Ao comparar os resultados da Figura 1 com o Quadro 1, percebe-se que o domínio Profissional foi classificado como neutro (45 a 55), enquanto os demais domínios Físico/Saúde, Psicológico, Pessoal e o índice Global foram classificados como “Satisfatório” (55 a 75,5).

Como proposto, foi feita a correlação intra-domínios e entre os domínios e o índice global, sendo os resultados apresentados no Quadro 2 e a regra para interpretação no Quadro 3.



Artigo

Quadro 2. Correlação de Pearson entre os domínios e o índice global

	Físico/Saúde	Psicológico	Pessoal	Profissional	QVT
Físico/Saúde					
Psicológico	0,5973*				
Pessoal	0,5219*	0,7444*			
Profissional	0,4981*	0,7226*	0,7913*		
QVT	0,7678*	0,8965*	0,8910*	0,8723*	

* Todas correlações apresentaram diferenças significativas, com $p < 0,001$.

Quadro 3. Regra para interpretação do Coeficiente de Correlação de Pearson

Coeficiente de Correlação de Pearson	Interpretação
0,00 a 0,30 (0,00 a -0,30)	Insignificante
0,30 a 0,50 (-0,30 a -0,50)	Fraca correlação positiva (negativa)
0,50 a 0,70 (-0,50 a -0,70)	Moderada correlação positiva (negativa)
0,70 a 0,90 (-0,70 a -0,90)	Forte correlação positiva (negativa)
0,90 a 1,00 (-0,90 a -1,00)	Muito forte correlação positiva (negativa)

Fonte: Mukaka (2012).

A Análise de Correlação fornece um número adimensional, indicando como duas variáveis variam conjuntamente, a intensidade e a direção da relação linear. Não existe a distinção entre a variável explicativa e a variável resposta, ou seja, o grau de variação conjunta entre X e Y é igual ao grau de variação entre Y e X (LIRA, 2004).

As correlações foram feitas através do Teste de Correlação de Pearson, que testa o grau de relacionamento entre as variáveis estudadas (MUKAKA, 2012).

Ao analisar as correlações entre os domínios e o índice global, o nível de correlação forte positivo foi encontrado, como observado no Quadro 3.

Também foi realizada a correlação entre o questionário sociodemográfico e os valores obtidos nos domínios e no índice global, apresentados no Quadro 4.



Artigo

Quadro 4. Correlação de Pearson entre os dados sociodemográficos, os domínios e o índice global de QVT

	Físico/Saúde	Psicológico	Pessoal	Profissional	QVT
Profissão	0,061	-0,110	-0,079	-0,052	-0,053
Sexo	-0,138	-0,184	-0,065	-0,125	-0,150
Idade	-0,133	-0,040	-0,033	0,112	-0,031
Estado civil	-0,075	-0,147	-0,163	-0,200	-0,170
Pós-graduação	-0,129	-0,194	-0,015	-0,190	-0,153
Setor que desenvolve suas atividades	0,103	0,124	0,062	0,023	0,093
Regime de admissão no TJSP	-0,056	0,057	0,136	0,189	0,092
Tempo de serviço público no TJSP	-0,050	-0,046	-0,067	0,028	-0,041
Carga horária de trabalho	-0,042	-0,017	-0,052	0,025	-0,026

Todas correlações não apresentaram diferenças significativas, com $p > 0,05$.

Conforme exposto no Quadro 4, não foram observadas diferenças significativas entre o questionário sociodemográfico e os domínios e o índice global ($p > 0,05$), sendo também verificadas que todas correlações foram consideradas como insignificantes (-0,30 a 0,30).

Num segundo momento, os resultados gerais foram divididos de acordo com o setor que os participantes trabalham.

Na tabela 3, os resultados encontrados nos Técnicos da Vara de Infância e Juventude.



Artigo

Tabela 3. Resultados encontrados no QWLQ-bref divididos entre seus domínios e o índice global (QVT) dos Técnicos da Vara de Infância e Juventude

Domínio	Média ± Desvio padrão
Físico / Saúde	3,25 ± 0,64
Psicológico	3,13 ± 0,60
Pessoal	3,17 ± 0,67
Profissional	2,65 ± 0,52
QVT	3,05 ± 0,51

Dados apresentados como média ± desvio padrão. Não foi observada diferença significativa entre os grupos, calculado através do Teste da Análise de Variância, $F(60) = 2,052$, $p=0,09$.

Não foi observada diferença significantes entre os domínios e o índice global encontrado nos Técnicos da Vara de Infância e Juventude. Figura 2

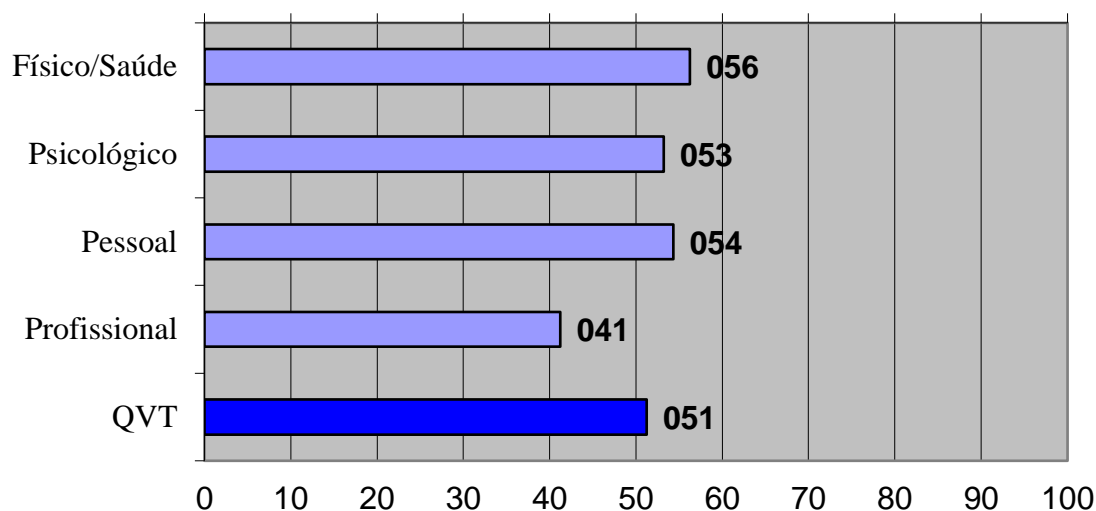


Figura 2. Resultado dos domínios e índice global na escala de 0 a 100, dos Técnicos da Vara de Infância e Juventude

Ao comparar os resultados da Figura 2 com o Quadro 1, percebemos que o domínio profissional foi classificado como “Insatisfatório” (22,5 a 45), os domínios



Artigo

psicológico, pessoal e o índice global foram classificados como “Neutro” (45 a 55) e domínio Físico/Saúde como “Satisfatório” (55 a 75,5).

Analisando o Quadro 5 das regras de correlações, observamos correlação moderada positiva entre o domínio Físico/Saúde com o índice global, correlação forte entre o domínio Profissional e o índice global e, correlação muito forte dos domínios psicológico e pessoal com o índice global.

Quadro 5. Correlação de Pearson entre os domínios e o índice global dos Técnicos da Vara de Infância e Juventude

	Físico/Saúde	Psicológico	Pessoal	Profissional	QVT
Físico/Saúde					
Psicológico	0,5252				
Pessoal	0,4740	0,9022*			
Profissional	0,1453	0,7017*	0,8095*		
QVT	0,6622*	0,9386*	0,9537*	0,7778*	

* Correlações entre as variáveis com diferenças significantes, com $p < 0,01$.



Artigo

Quadro 6. Correlação de Pearson entre os dados sociodemográficos, os domínios e o índice global Técnicos da Vara de Infância e Juventude

	Físico/Saúde	Psicológico	Pessoal	Profissional	QVT
Profissão	0,340	0,147	0,178	-0,132	0,174
Idade	-0,057	0,354	0,416	0,350	0,314
Estado civil	-0,239	-0,313	-0,435	-0,210	-0,365
Pós-graduação	-0,176	-0,393	-0,229	-0,168	-0,291
Regime de admissão no TJSP	-0,258	-0,175	-0,150	-0,008	-0,184
Tempo de serviço público no TJSP	0,080	0,249	0,159	0,246	0,215
Carga horária de trabalho	0,471	0,268	0,257	0,200	0,363

Todas correlações não apresentaram diferenças significativas, com $p > 0,05$.

Conforme quadro 6, não foram observadas diferenças significativas entre o questionário sociodemográfico e os domínios e o índice global ($p > 0,05$), sendo também verificadas que todas correlações foram consideradas como insignificantes (-0,30 a 0,30) e fracas (-0,50 a 0,50).

Análise das respostas provenientes dos participantes que trabalham no Setor Técnico da Vara da Infância e Juventude/Família.



Artigo

Tabela 4. Resultados encontrados no QWLQ-bref divididos entre seus domínios e o índice global (QVT) dos Técnico da Vara da Infância e Juventude/Família

Domínio	Média ± Desvio padrão
Físico / Saúde	3,51 ± 0,59 ^b
Psicológico	3,58 ± 0,59 ^b
Pessoal	3,54 ± 0,61 ^b
Profissional	2,88 ± 0,57 ^a
QVT	3,38 ± 0,51 ^b

Dados apresentados como média ± desvio padrão. Não foi observada diferença significativa entre os grupos, calculado através do Teste da Análise de Variância, $F(212) = 16,94$, $p=0,0001$.

Foi observada diferença significativa entre os domínios e o índice global em relação ao domínio profissional, calculado através do teste de análise de variância, com $F(212) = 16,94$, $p=0,0001$.

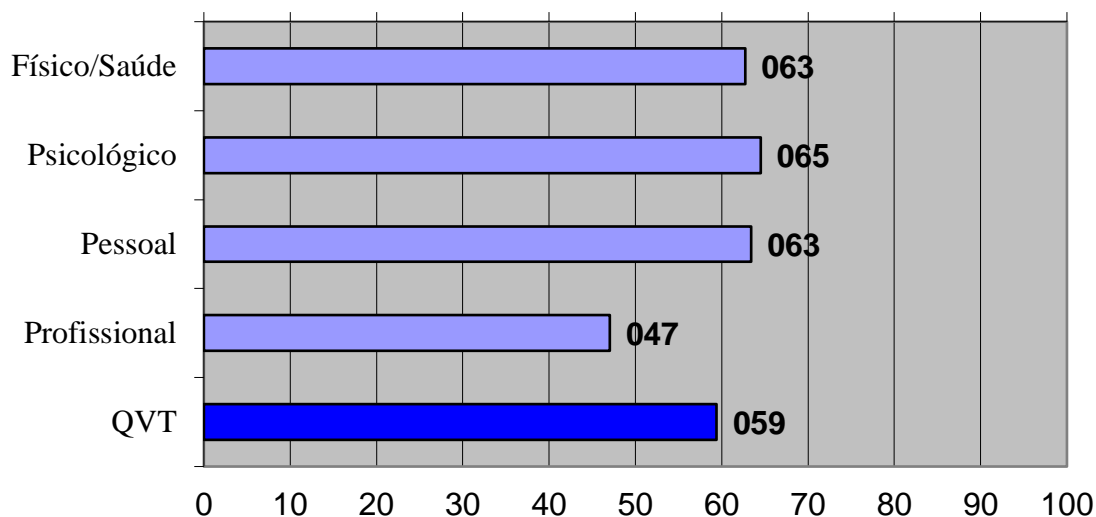


Figura 3. Resultado dos domínios e índice global na escala de 0 a 100, dos Técnico da Vara da Infância e Juventude/Família

A Figura 3 o domínio profissional classificado como “Neutro” (45 a 55), os domínios psicológico, pessoal e o índice global foram classificados como e domínio Físico/Saúde como “Satisfatório” (55 a 75,5).



Artigo

Quadro 7. Correlação de Pearson entre os domínios e o índice global dos Técnico da Vara da Infância e Juventude/Família

	Físico/Saúde	Psicológico	Pessoal	Profissional	QVT
Físico/Saúde					
Psicológico	0,5537*				
Pessoal	0,5568*	0,7235*			
Profissional	0,5429*	0,6798*	0,8078*		
QVT	0,7763*	0,8632*	0,9026*	0,8826*	

* Correlações entre as variáveis com diferenças significantes, com $p < 0,01$.

No Quadro 7, observa-se correlação forte positiva entre os domínios Físico/Saúde, Psicológico e Profissional com o índice global, correlação muito forte entre o domínio Pessoal e o índice global.



Artigo

Quadro 8. Correlação de Pearson entre os dados sociodemográficos, os domínios e o índice global do Técnico da Vara da Infância e Juventude/Família

	Físico/Saúde	Psicológico	Pessoal	Profissional	QVT
Profissão	0,866	-0,981	-0,654	-0,755	-0,981
Sexo	-0,866	0,189	0,755	0,654	0,192
Idade	-0,500	-0,981	-0,654	-0,755	-0,981
Estado civil	-0,866	-0,945	-0,944	-0,981	-0,946
Pós-graduação	-0,500	-0,326	0,327	0,189	-0,323
Setor que desenvolve suas atividades	-0,866	-0,090	0,544	0,419	-0,087
Regime de admissão no TJSP	-0,720	-0,981	-0,654	-0,755	-0,981
Tempo de serviço público no TJSP	0,866	0,189	0,755	0,654	0,192

Todas correlações não apresentaram diferenças significativas, com $p > 0,05$.

Conforme demonstrado no Quadro 8, não foram observadas diferenças significativas entre o questionário sociodemográfico e os domínios e o índice global ($p > 0,05$), apesar de também terem sido verificadas variação das correlações entre insignificante a muito fortes.

Análise das respostas dos participantes que trabalham no Setor Técnico da Vara da Família.

A tabela 5 apresenta as respostas dos participantes do setor Técnico da Vara de Família.



Artigo

Tabela 5. Resultados encontrados no QWLQ-bref divididos entre seus domínios e o índice global (QVT) dos Técnicos da Vara de Família

Domínio	Média ± Desvio padrão
Físico / Saúde	3,00 ± 1,00
Psicológico	3,00 ± 0,88
Pessoal	3,00 ± 0,66
Profissional	2,56 ± 0,51
QVT	2,89 ± 0,65

Dados apresentados como média ± desvio padrão. Não foi observada diferença significativa entre os grupos, calculado através do Teste da Análise de Variância, $F(10) = 0,192$, $p=0,9371$.

Não foi observada diferença significantes entre os domínios e o índice global encontrado nos Técnicos da Vara de Família.

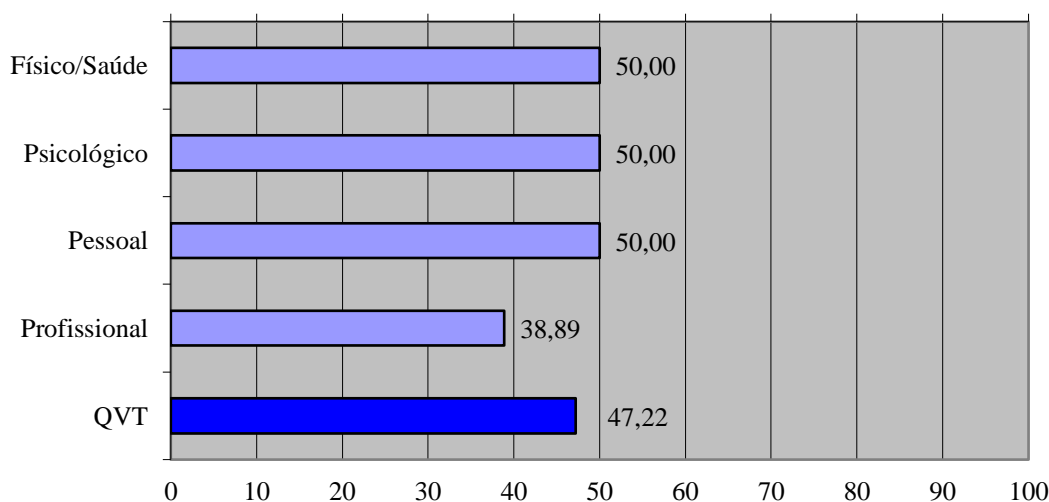


Figura 4. Resultado dos domínios e índice global na escala de 0 a 100, dos Técnicos da Vara de Família

Os resultados da Figura 4, o domínio profissional foi classificado como “Insatisfatório” (22,5 a 45) e os domínios físico/saúde, psicológico, pessoal e o índice global foram classificados como “Neutro” (45 a 55).



Artigo

Quadro 9. Correlação de Pearson entre os domínios e o índice global dos Técnicos da Vara de Família

	Físico/Saúde	Psicológico	Pessoal	Profissional	QVT
Físico/Saúde					
Psicológico	0,7559				
Pessoal	0,1889	0,7857			
Profissional	0,3273	0,8660	0,9897		
QVT	0,7536	0,9999*	0,7878	0,8677	

* Correlações entre as variáveis com diferenças significantes, com $p < 0,01$.

No Quadro 9, o único domínio que apresentou correlação com diferença significativa ($p < 0,01$) foi o psicológico em relação ao índice global.

Quadro 10. Correlação de Pearson entre os dados sociodemográficos, os domínios e o índice global de QVT dos Técnicos da Vara de Família

	Físico/Saúde	Psicológico	Pessoal	Profissional	QVT
Profissão	0,061	-0,110	-0,079	-0,052	-0,053
Sexo	-0,138	-0,184	-0,065	-0,125	-0,150
Idade	-0,133	-0,040	-0,033	0,112	-0,031
Estado civil	-0,075	-0,147	-0,163	-0,200	-0,170
Pós-graduação	-0,129	-0,194	-0,015	-0,190	-0,153
Regime de admissão no TJSP	-0,056	0,057	0,136	0,189	0,092
Tempo de serviço público no TJSP	-0,050	-0,046	-0,067	0,028	-0,041

Todas correlações não apresentaram diferenças significativas, com $p > 0,05$.

Conforme demonstrado no Quadro 10, não foram observadas diferenças significativas entre o questionário sociodemográfico e os domínios e o índice global ($p > 0,05$), com variação da correlação insignificante.

Após observação que o domínio profissional, mesmo no geral e nos setores, apresentou diminuído e com diferença significativa entre os demais domínios, foi



Artigo

realizada análise de variância com pós teste de Tukey. Esta análise englobou todas as questões do universo do domínio profissional, com o domínio profissional geral e de cada setor, bem como os respectivos índices globais.

Apenas os resultados que apresentaram diferença significativa estão apresentados na Tabela 6 e são referentes a Questão 12.

A Questão 12 “Em que medida você está satisfeito com o seu nível de participação nas decisões da empresa?” pede uma avaliação sobre esse aspecto, pois apresentou os menores resultados, com diferença significativa ($p < 0,0001$), e foi a questão pelos menores valores apresentados nos domínios profissionais dos participantes dos diversos setores.

Tabela 6. Resultados obtidos para a questão 12 do domínio profissional entre os Técnicos da Vara da família (VTF), da Infância e Juventude (VTIJ), da Infância e Juventude/Família (VTIJF) e do índice geral global (QVT)

	Em que medida você está satisfeito com o seu nível de participação nas decisões da empresa?	Estatística
VTF	$2,3 \pm 0,58^{ab}$	
VTIJ	$2,0 \pm 0,70^a$	
VTIJF	$2,0 \pm 0,85^a$	
Profissional (global)	$2,830 \pm 0,57^b$	
QVT (global)	$3,29 \pm 0,52^c$	
		$F (1573) = 6,31$ $p < 0,0001$

Dados apresentados como média \pm desvio padrão. Letras diferentes significam diferença significativa entre os grupos, calculado através do Teste da Análise de Variância com pós teste de Tukey, $F (1573) = 6,31$, $p < 0,0001$.

DISCUSSÃO

Sobre o perfil sociodemográfico demonstrado nesse trabalho, os resultados foram similares quando comparados com os dados da pesquisa de Fávero; Melão; Jorge (2005). No estudo atual, o grupo de participantes foi composto predominantemente por mulheres com maior concentração na faixa etária de 34 a 66 anos e com um número significativo de profissionais com pós-graduação. De forma semelhante, Fávero; Melão; Jorge (2005) encontraram em uma amostra superior composta por 192 assistentes



Artigo

sociais e 284 psicólogos, o predomínio do sexo feminino nas duas áreas: assistentes sociais (96,9%) e psicólogos (94,4 %).

Com relação a faixa etária, no estudo de em 2005, havia maior concentração na faixa etária acima de 41 anos, com representantes até 56 anos, totalizando 59, 5%. Contrariando esse aspecto, a pesquisa atual demonstrou que a faixa etária com maior porcentagem foi encontrada entre 34 a 44 anos (44,1%).

O dado com mudança mais significativas foi o relativo a pós-graduação, pois, em 2005, na amostra composta de 476 participantes, cerca de 26% tinham pós-graduação. Na pesquisa atual relatada, dos 77 participantes, 83,1% profissionais da amostra apresentaram-se com pós-graduação.

Sobre a avaliação geral da QVT, comparando os resultados dos domínios e do índice global com os setores em que os profissionais desenvolvem as atividades, os resultados foram semelhantes aos encontrados por outros autores: Medeiros (2012); Teixeira; Ruiz (2013); Fachinni; Areão; Lenk (2015). O índice de QVT global apresentou resultados satisfatórios para todos os participantes. O nível mais baixo encontrado na Vara de Família, classificado como "neutro", não alterou o resultado geral de satisfação apresentado, dado o número pequeno da amostra nesse setor (3 pessoas).

Nos domínios de QVT, houve satisfação média nos domínios Físico/Saúde, Psicológico e Pessoal. Todavia, existiu uma variação no domínio Profissional, que apresentou menor valor atribuído, com diferença estatisticamente significativa quando comparado com os demais. Amorim (2010) sugere a aplicação da QVT na administração pública, como uma possibilidade de preencher uma lacuna que, segundo a autora, formou-se durante anos no tratamento dispensado ao servidor público, referente à valorização do trabalho profissional e à preocupação com o bem-estar do funcionário e da sua família.

O domínio Profissional aborda "os aspectos organizacionais que podem influenciar a qualidade de vida dos colaboradores" (REIS JUNIOR, 2008). Nesse sentido, a questão 12 "Em que medida você está satisfeito com o seu nível de participação nas decisões da empresa?" foi a que apresentou valores menores no domínio profissional dos participantes. Esses dados levam à indicação da necessidade de uma melhor avaliação desse aspecto em estudos futuros.



Artigo

CONCLUSÃO

Em resumo, a percepção que a maioria dos participantes das equipes técnicas nas Varas de Infância e Juventude e nas Varas de Família tem sobre a sua Qualidade de Vida no Trabalho é satisfatória no domínio Global de QVT e nos domínios Físico/Saúde, Psicológico e Pessoal. No entanto, foi encontrada, no presente estudo, uma variação no domínio Profissional, que apresentou menor valor atribuído, com diferença significativa quando comparado com os demais. Esse achado indicou a necessidade de uma melhor análise do domínio profissional, pois referiu-se à participação nas tomadas de decisões da instituição que, no entender dos participantes, precisam ser aprimoradas.

Os resultados dessa pesquisa podem contribuir para novos estudos acadêmicos, para avaliação e planejamento de ações que estimulem a melhoria da Qualidade de Vida no Trabalho desses profissionais e do atendimento às pessoas que procuram o poder judiciário, na perspectiva de aprimoramento do Desenvolvimento Humano.

Agradecimentos

Aos Assistentes Sociais e Psicólogos do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo que participaram voluntariamente dessa pesquisa.

À Diretoria da Associação dos Assistentes Sociais e Psicólogos Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (AASPTJSP), pelo apoio e ajuda na viabilização dessa pesquisa.

Ao Núcleo Psicossocial de Apoio Profissional de Serviço Social e Psicologia do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, pelo interesse e incentivo.

Declaração

Os Autores declaram que não receberam financiamento para realização dessa pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALFENAS, R. A. S.; RUIZ, V. M. Um Panorama de Estudos Sobre Qualidade de Vida no Trabalho na Administração Pública Brasileira no Período de 2007 a 2013.



Artigo

Organizações em Contexto, vol. 11, n. 22, p. 143-167, São Bernardo do Campo, SP, 2015.

AMORIM, T. G. F. N. Qualidade de vida no trabalho: preocupação também para servidores públicos? **Revista Eletrônica de Ciência Administrativa (RECADM)**, 9 (1), 35-48, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/307837145_Qualidade_de_vida_no_trabalho_preocupacao_tambem_para_servidores_publicos_doi_105329RECADM2_0100901003. Acesso em: 29 jun. 2018.

ANDRADE, P. P. **Sentimento de (in)justiça na Justiça: Fatores (des)estruturantes de QVT sob a ótica dos servidores de um órgão do Poder Judiciário**. (Dissertação de Mestrado), Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.ergopublic.com.br/arquivos/1360932298.09-arquivo.pdf> Acesso em: 10 out. 2016.

BELO, I. F. **Qualidade de Vida no Trabalho de Desembargadores e Juízes das Comarcas de Belo Horizonte Estudo de Casos**. (Dissertação) Faculdades Integradas de Pedro Leopoldo, Pedro Leopoldo, MG, 2008. Disponível em: http://www.fpl.edu.br/2013/media/pdfs/mestrado/dissertacoes_2008/dissertacao_ione_2008.pdf. Acesso em: 30 jun. 2018.

CARMO, M. M. do **“Tribunal da cidadania?! Pra quem?!”**: Qualidade de vida no trabalho em um órgão do Poder Judiciário brasileiro. (Dissertação) Universidade de Brasília, Brasília, DF 2014. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17111/1/2014MarinaMaiaDoCarmo.pdf>. Acesso em: 08 out. 2016.

CHEREMETA, M.; PEDROSO, B.; PILATTI, L. A.; KOVALESKI, J. L. Construção da versão abreviada do QWLQ-78: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**. v. 03, n. 01, jan./jun. 2011.

DELIA, A. A; SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e saúde no Tribunal de Justiça de São Paulo: Repercussões na vida de seus trabalhadores**-Relatório final de pesquisa. São Paulo, AASPT-SP, AFFOCOS, ASSOJUBS, ASSOJURIS, 2014.



Artigo

FÁVERO, E. T; MELÃO, M. J. R; JORGE, M. R. T.(organizadoras). **O Serviço Social e a Psicologia no Judiciário: construindo saberes, conquistando direitos.** São Paulo, Cortez, 2005.

FERNANDES, E. C. **Qualidade de Vida no Trabalho: como medir para melhorar.** Salvador, BA: Casa da Qualidade,1996.

FERREIRA, L. R. Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho. In: REZENDE, L. F. **Saúde e Qualidade de Vida.** Appris, 2017.

JORGE, S. M. **A Qualidade de Vida no Trabalho: Um Estudo junto aos Servidores Públicos da Subseção Judiciária Federal de Campinas/SP** (Dissertação de Mestrado) Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba-SP, 2009. Disponível em: <https://www.unimep.br/phpg/bibdig/pdfs/2006/FDEJQCENXPHX.pdf> Acesso em: 10 out. 2016.

LIRA, S. A. **ANÁLISE DE CORRELAÇÃO: ABORDAGEM TEÓRICA E DE CONSTRUÇÃO DOS COEFICIENTES COM APLICAÇÕES.** [Dissertação]. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Curitiba-Pr. 2004.

MEDEIROS, L. F. R.; FERREIRA, M. C. Qualidade de Vida no Trabalho: uma revisão da produção científica de 1995-2009. **Revista Gestão Contemporânea**, 8 (9), 9-34, 2011.

MERLO, A. R. C; DORNELLES, R. A. N.; BOTTEGA, C.G.; TRENTINI, L. O trabalho e a saúde dos oficiais de Justiça Federal de Porto Alegre. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho.** Vol. 15, n. 1, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v15i1p101-113>. Acesso em: 10 out. 2016.

MIOT, H. A. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **J. Vasc. Bras.** Porto Alegre.10 (4). 2011.

MUKAKA, M. **A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research.** *Malawi Medical Journal: The Journal of Medical Association of Malawi.* 24(3):69-71;2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576830/pdf/MMJ2403-0069.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2018.



Artigo

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2ª ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PNUD: Desarrollo Humano Informe 1990. Bogotá: Tecer Mundo Editores. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1990_es_completo_nostats.pdf. Acesso em: 21 jun. 2018.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2014.** Disponível em: <http://www.pnud.org.br/arquivos/RDH2014pt.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2018.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2015.** Disponível em: http://www.pnud.org.br/hdr/arquivos/RDHglobais/hdr2015_ptBR.pdf. Acesso em: 09 jul. 2018.

REIS JÚNIOR, D. R. **Qualidade de vida no trabalho: construção e validação do questionário QWLQ-78.** [Dissertação]. Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa. 2008.

ROSA, K. P. S. **Efeitos da Fisioterapia Aquática e Convencional sobre a Marcha, Aspectos Clínicos e Funcionais de Sujeitos com Estenose de Canal Lombar: ensaio clínico randomizado.** [Dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2016.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, M. L. C. Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (2): 580-588, mar-abr, 2004.

THE WHOQOL GROUP. **WHOQOL user manual.** Geneva: World Health Organization, 1998.



Artigo

**EXAME PAPANICOLAOU: PERCEPÇÃO DE MULHERES SOBRE OS
MOTIVOS QUE INFLUENCIAM A SUA NÃO REALIZAÇÃO**

**EXAME PAPANICOLAOU: PERCEPTION OF WOMEN ABOUT THE
REASONS THAT INFLUENCE THEIR NON-PERFORMANCE**

Iara Damascena Silva¹

Maria Elizanete Teixeira da Silva²

Josimeire Souza de Oliveira Andrade³

RESUMO - Objetivo: Identificar os motivos para a não realização do exame Papanicolaou por mulheres usuárias em uma UBS no município de Porto Velho-RO. **Método:** Optou-se por uma pesquisa qualitativa, descritiva, com entrevista semiestruturada seguindo o roteiro com 7 (sete) perguntas abertas e gravadas. Para análise de dados, utilizou-se como método a análise de conteúdo proposto por Minayo (2012), sendo considerados os aspectos éticos e legais da pesquisa determinados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Participaram do estudo 20 de mulheres no período de janeiro e fevereiro de 2019. A pesquisa foi encaminhada para a Plataforma Brasil foi designada ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos e aprovada sob o número do CAEE: 98408718.0.0000.8028. **Resultados:** Os resultados nos revelam um equilíbrio percentual entre as solteiras e casadas, que maior parte das entrevistadas tem renda familiar menor que de um salário mínimo, que os fatores de maior influência na realização estão à falta de profissionais qualificados, a demora no atendimento e a longa distância da unidade básica de saúde. **Considerações Finais:** Aos profissionais da USF cabem investir em reflexões sobre suas práticas e a busca de soluções que possam melhorar estrategicamente o

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade Interamericana de Porto Velho, Rondônia – Brasil;

² Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade Interamericana de Porto Velho, Rondônia – Brasil;

³ Enfermeira e docente do Curso de Enfermagem, Faculdade Interamericana de Porto Velho, Rondônia – Brasil, especialista em Educação Profissional na Área da Saúde (FIOCRUZ), Auditoria da Saúde (FSL) e Atenção Primária em Saúde da Família (UFMS), Mestre em História e Estudos Culturais (Universidade Federal de Rondônia).



Artigo

atendimento e captação dessas mulheres, envolvendo atividades de educação em saúde para o fortalecimento das ações de prevenção e promoção voltadas ao público feminino.

Palavras-chaves: Papanicolaou; Mulheres; Câncer Uterino.

ABSTRACT - Objective: To identify the reasons for the non-accomplishment of the Papanicolaou exam by women users in a UBS in the municipality of porto Velho-RO. **Method:** We chose a qualitative, descriptive research, with a semi-structured interview following the script with 7 (seven) open and recorded questions. For data analysis, the content analysis proposed by Minayo (2012) was used as a method, considering the ethical and legal aspects of the research determined by Resolution 466/12 of the National Health Council / Ministry of Health. Participants in the study were 20 of women in the period of January and February of 2019. The research was forwarded to the Platform Brazil was assigned to the Ethics and Research Committee on Human Beings and approved under the number of the CAEE: 98408718.0.0000.8028. **Results:** The results reveal a percentage equilibrium between the single and married women, that most interviewees have a family income less than a minimum wage, which the greater factors influence in the accomplishment the lack of qualified professionals, the delay in care and the long distance of the basic health unit. **Final Considerations:** USF professionals should invest in reflections on their practices and the search for solutions that can strategically improve the care and uptake of these women, involving health education activities to strengthen prevention and promotion actions aimed at the female public.

Keywords: Papanicolaou; Women; Uterine Cancer; Achievement.

INTRODUÇÃO

O câncer cérvico-uterino é a doença crônico-degenerativa mais temida, em virtude do seu alto grau de letalidade e morbidade, apresentando possibilidade de cura se for diagnosticada precocemente. Ainda é um problema de saúde pública em países em desenvolvimento, pois alcança altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de estratos sociais e econômicos mais baixos e que se encontra em plena fase produtiva.



EXAME PAPANICOLAOU: PERCEPÇÃO DE MULHERES SOBRE OS MOTIVOS QUE INFLUENCIAM A SUA NÃO REALIZAÇÃO

Páginas 241 a 255

Artigo

A evolução do câncer de colo uterino, na maioria dos casos, acontece de forma lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de cura pela prevenção (LIMA *et al.*, 2017).

O exame preventivo ou Papanicolau é um teste realizado para detectar a existência de alguma alteração celular do colo uterino. Este exame também é conhecido como esfregaço cérvicovaginal e colpocitologia oncótica cervical. O nome Papanicolaou é uma homenagem ao criador do método Georges Papanicolaou (BRASIL, 2015).

As atividades do enfermeiro são desenvolvidas na área de planejamento, educativas e gerenciais, no controle de qualidade de exames, na comunicação dos resultados e encaminhamentos para posteriores procedimentos. São necessárias ações educativas constantes fortalecendo o elo da mulher com o profissional (SILVA, 2016).

Para amenizar as barreiras existentes na adesão ao exame, é necessário trabalhar a insegurança dessas mulheres garantindo uma assistência integral e preventiva com orientações (SANTOS e VARELA, 2015).

Mesmo com a oferta nas unidades básicas de saúde, ainda existem mulheres que ainda possuem conhecimento limitado acerca da importância que o exame possui na prevenção do câncer do colo do útero e não o realizam regularmente (DIAS *et al.*, 2015).

A neoplasia maligna no colo do útero é a terceira mais frequente entre as mulheres no Brasil e em países subdesenvolvidos, com menor índice que o câncer de pele e câncer de mama. Em escala mundial, a cada ano, surgem aproximadamente 520 mil novos casos sendo que 270 mil chegam a óbito devido à neoplasia cérvico-uterino (DANTAS *et al.*, 2018).

Apesar do SUS ofertar na UBS recursos necessários para a prevenção do câncer de colo de útero, há um grande número de mulheres que não aderem a esta prática. Esta baixa adesão contribui negativamente na redução dos indicadores de sobrevivência associados a esse tipo de câncer. Os fatores culturais, sociais, econômicos e comportamentais são considerados fatores determinantes para adesão e controle desse agravo (SILVA *et al.*, 2015).

A Unidade de Saúde da Família (USF) é considerada o local oportuno para a realização de atividades educativas no controle do câncer do colo do útero, visto que é a porta de entrada das mulheres nos serviços de saúde. A relevância do enfermeiro no contexto da prevenção do CCU se dá pela orientação esclarecimento de dúvida,



Artigo

prevenção de fatores de risco, realização da consulta ginecológica e do exame preventivo do CCU, assim sendo realiza uma melhor qualidade, efetivando um sistema de registro de qualidade e intervindo para o encaminhamento adequado (RAMOS *et al.*, 2014).

No Brasil, a cada ano surgem 18 mil novos casos. Sendo a maior prevalência de câncer uterino na região Norte, que chega a ser o segundo tipo de neoplasia mais frequente, atrás apenas do câncer de mama, onde a cada 100 mil mulheres 22,8 são atingidas pelo câncer uterino e 16, 6 pelo câncer de mama. Além da morbidade e mortalidade o câncer-uterino acarreta prejuízos socioeconômicos para a sociedade que incluem elevados custo do tratamento, redução da população economicamente ativa e consequências psicológicas e sociais pra as famílias das mulheres acometidas pela a doença (ANDRADE *et al.*, 2014).

Diante disto surge a questão norteadora: Quais os motivos que influenciam a não realização do exame Papanicolaou?

Esta pesquisa tem como objetivo geral identificar os motivos para a não realização do exame Papanicolaou por mulheres usuárias em uma UBS no município de porto Velho-RO.

METODOLOGIA

Estudo de campo, do tipo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, com uso da técnica de entrevista com roteiro semiestruturado, que foi realizado na USF Doutor José Adelino da Silva, localizada no setor Leste do município de Porto Velho-RO.

A pesquisa qualitativa tem como objetivo descobrir no decorrer de sua realização quais são suas metas e objetividade, contendo nela perguntas abertas, sendo assim dá-se liberdade ao entrevistado para relatar de forma mais espontânea sua opinião, podendo ser cultural, pessoal, de crenças e percepções (MINAYO, 2010).

O local escolhido para esta pesquisa foi USF Doutor José Avelino Silva, unidade de saúde gerida pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) de Porto Velho, localizado na rua Blumenau, número 11646, bairro Ulisses Guimarães na cidade de Porto Velho, Rondônia. Esta unidade é formada por cinco equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), composta por cinco enfermeiros, nove técnicos de enfermagem, cinco odontólogos, cinco médicos da unidade e mais dois médicos diarista que atendem nas



Artigo

segundas e quartas feiras e vinte e cinco agentes comunitário de saúde. Nesta unidade existe laboratório, sala de vacina e pequenos procedimentos como curativos e retiradas de pontos cirúrgicos.

As UBS (Unidades Básicas de Saúde), hoje algumas são USF, no Brasil foram criadas para serem as portas de entrada dos pacientes ao SUS (Sistema Único de Saúde). É através da UBS que o cidadão recebe seu primeiro atendimento na rede pública é através dela também que o paciente é encaminhado a outros serviços especializados, como para realização de exames ou encaminhamento direto a um profissional especialista (BRASIL, 2015).

A pesquisa constituiu-se de mulheres que já foram atendidas na USF Doutor José Adelino da Silva, mas que nos últimos cinco anos não realizaram o exame Papanicolaou. Das pacientes atendidas que não realizaram o exame, foi feito um sorteio, sendo selecionadas por livre demanda as pacientes de 18 a 60 anos que se enquadraram nos objetivos da pesquisa. A amostra foi composta por 20 mulheres que se encaixaram no pré-requisito de não terem realizado o exame Papanicolaou nos últimos cinco anos ou nunca terem realizado o mesmo, que aceitaram participar voluntariamente do estudo.

A pesquisa iniciou-se após a autorização institucional da prefeitura do município de porto Velho-SEMUSA, com anuência no dia 26 de novembro de 2018 e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da União Educacional do Norte Ltda – UNINORTE no dia 19 de dezembro de 2018 com número de CAAE: 98408718.0.0000.8028.

Ainda de acordo com a Resolução nº 466/12, toda e qualquer pesquisa pode oferecer riscos para os seus colaboradores, sendo estes riscos variáveis conforme os objetivos do estudo. A pesquisa foi iniciada somente após a aprovação deste projeto junto ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Os resultados divulgados e publicados de forma a contribuir para a melhoria na assistência (mulheres), pautando-se sempre na preservação da imagem da população que compõe a amostra desta pesquisa, de forma a evitar a exposição de imagem das mesmas. A pesquisa também considerou os aspectos éticos presentes na Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao pesquisado, com a descrição dos objetivos da pesquisa e o livre arbítrio para negar a responder ou manifestar sua vontade de não mais participar da pesquisa, bem como também a necessidade da assinatura do mesmo. Ressalva-se, quanto o participante da



Artigo

pesquisa, rubricaram todas as folhas do TCLE, pondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Como critérios de inclusão, foram convidadas a participar do estudo as mulheres de 18 a 60 anos que já foram atendidas na unidade pesquisada e que não realizaram o Papanicolaou nos últimos cinco anos, assim como aquelas que concordarem em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para os critérios de exclusão: não compuseram a amostra do estudo aquelas mulheres que não fazem acompanhamento na unidade, as que possuam dificuldade de compressão do TCLE, as gravações inaudíveis e as que se negarem a participar da pesquisa.

Na pesquisa qualitativa é realizada a análise de dados com o objetivo de facilitar o entendimento dos conteúdos, através de classificações sistematizada e assim apresentar um resultado de fácil entendimento.

Os dados coletados serão foram analisados com base no método de análise de conteúdo segundo Minayo, quem descreve sobre o fato de que as pesquisas qualitativas precisam conter significados bibliográficos, das relações, dos motivos, das crenças e valores manejando assim diferentes técnicas.

Nesta pesquisa, os dados foram analisados qualitativamente, os participantes responderam livremente, a entrevista foi gravada com o gravador de voz, sendo perguntas abertas e semiestruturadas. Garantimos o anonimato dos entrevistados, os nomes ficaram no sigilo, através do uso de pseudônimos sendo definidos por letras e número sendo: e1, e2, e3, e4, e5, e6, e7, e8, e9, e10, e11, e12, e13, e14, e15, e16, e17, e18, e19 e e20. Dessa forma o pesquisador pode desenvolver conceitos, opiniões a partir da análise de conteúdo encontradas nas respostas dadas pelos participantes da pesquisa.

Primeiro, procedemos à audição do material gravado para posterior exploração dos dados das entrevistas, transcrevendo as falas das entrevistadas atentando-se a percepção das mesmas para uma fidelidade de dados, tratando-as posteriormente para um resultado fidedigno.



Artigo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

TABELA 1 - Caracterização da amostra de acordo com os dados socioeconômicos.

Variável	Descrição	Números	%
Faixa etária	20 a 30	8	40%
	31 a 40	7	35%
	41 a 50	1	5%
	51 a 65	4	20%
Situação civil	Solteira	10	50%
	Casada	10	50%
Escolaridade	Analfabeta	1	5%
	Ensino fundamental incompleto	7	35%
	Ensino fundamental completo	4	20%
	Médio completo	8	40%
Profissão	Do lar	15	75%
	Costureira	1	4%
	Aux. Administrativa	1	4%
	Aux. De limpeza	1	4%
	Aux. Serviços gerais	1	4%
Renda familiar	Menor que 1 salário	13	65%
	Igual a 1 salário	3	15%
	Maior que 1 salário e menor que 2	4	20%

Fonte: Silva e Silva (2019).

Sobre o perfil socioeconômico das vinte mulheres entrevistadas pode-se afirmar que, as que se encontram na faixa etária de 20 a 30 anos são a maioria e se esbarram sutilmente na faixa de 31 a 40 anos. Percebe-se um equilíbrio percentual entre as solteiras e casadas e uma ligeira diferença quantitativa entre as que concluíram o ensino fundamental e o ensino médio, sendo esta última a escolaridade que prevalece. Quanto à ocupação profissional, é evidente o percentual de mulheres do lar em relação às outras



Artigo

que referiram alguma profissão. As maiores partes das entrevistadas têm renda familiar menor que de um salário mínimo.

O nível de escolaridade das entrevistadas é considerável insatisfatório, já que assuntos que correspondem à educação sexual também são debatidos no âmbito escolar. A baixa escolaridade pode também estar associada ao baixo poder aquisitivo das participantes do estudo. O nível de escolaridade certamente afeta a compreensão das mulheres sobre a gravidade do câncer de colo de útero.

O baixo nível de escolaridade influencia no reconhecimento da importância do exame, e a falta de conhecimento impossibilita a busca, rastreio e tratamento ou até mesmo o acesso ao serviço de saúde. As mulheres com baixo nível de escolaridade são as que apresentam maior possibilidade de não adesão ao exame (LIMA *et al.*, 2017).

TABELA 2 Distribuição da amostra quanto do tempo sem realizar o exame.

Tempo	Números	%
Nunca realizou	7	35%
Entre 5 e 7 anos	8	40%
Entre 7 e 10 anos	1	5%
10 anos ou mais	4	20%

Fonte: Silva e Silva (2019).

Quando questionadas quanto ao tempo que não realizaram o exame, há um equilíbrio entre as que nunca realizaram (sete mulheres, 35%) e as que não fizeram há mais de cinco anos e menos que sete (oito mulheres, 40%), sendo que, as que não realizaram há mais de dez anos é a metade entre as que realizaram há mais de cinco e há menos de sete anos (quatro mulheres, 20%).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as estratégias para a detecção precoce de mulheres com sinais e/ou sintomas da doença, o rastreamento deve ser através da aplicação de um teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhá-la para investigação e tratamento. Quando diagnosticado e tratado precocemente, constitui uma causa de morte evitável, pois esta neoplasia apresenta etapas bem definidas, com longo período para a evolução das lesões. Sabe-se que o



Artigo

Papanicolaou é o exame que confere um dos mais altos potenciais de prevenção e cura entre todos os tipos de câncer (LIMA *et al.*, 2019).

Motivo pelo qual não realizou o exame

Ao indagar as entrevistadas sobre o motivo pelo qual elas nunca terem realizado o exame ou, qual o motivo que as levou a ficarem mais de cinco anos sem realizar o exame citológico, seus relatos divergem: enquanto umas relatam falta de interesse, outras referem vergonha, inexistência de sintomas, nenhum profissional as pediu ou mesmo porque nunca tiveram interesse em fazer.

Os resultados deste estudo mostram que a falta de interesse é um fator predominante. Das 20 mulheres entrevistadas, seis nos relataram sobre essa falta de interesse em realizar o exame Papanicolaou conforme descrito a seguir.

“Por que não quis” (e3).

“Porque não quis mesmo” (e5).

“Por que não quis mais” (e6).

“Sempre deixar pra amanhã, pra depois, apesar de saber da importância” (e9).

“Porque não quis mesmo” (e10).

“Não me interessei mesmo” (e11).

O resultado se contrapõe com algumas pesquisas, que apresentam um menor índice aos resultados da falta de interesse.

Nos estudos de Costa *et al.* (2018) envolvendo 35 mulheres, cinco relataram que não achavam necessária a realização do exame, já que não apresentavam nenhum sintoma aparente. A falta de interesse ou descuido foi o discurso de quatro mulheres, os relatos mais presentes durante a realização de sua pesquisa.

Entre os problemas encontrados pelas mulheres para a realização do Papanicolaou, a falta da oferta de informação por parte dos profissionais de saúde se torna um agravante na busca da realização do exame. Percebe-se que o trabalho em grupo proporciona conhecimento e desperta o interesse no autocuidado, sendo que a troca de experiências permite que os participantes esclareçam dúvidas, compartilhem medos, e principalmente se sintam motivadas a realizar o exame (LIMA *et al.*, 2019).



Artigo

Segundo Lima *et al.* (2019) a enfermagem é quem trabalha diretamente com o exame Papanicolaou e, assim, é a grande responsável pelo repasse das informações sobre este exame e tantos outros. Assim, a enfermagem acaba se tornando a responsável pela educação e saúde da população, pelo o repasse das informações, utilizando de tecnologias leves na execução da educação e saúde.

Neste contexto também se enquadra a fala das entrevistadas a seguir:

“Não tinha enfermeiro na época” (e1).

“Por que nunca pediram pra eu fazer” (e8).

“Falta de profissionais qualificados” (e14).

“Porque esses exames só fazem adoecer” (e15).

“Por que não sabia o que era o exame e não sabia pra que servia” (e17).

“Pra mim está tudo bem, não tenho nenhuma queixa” (e 20).

O desfalque de profissionais nas unidades básicas é uma das dificuldades encontradas na realização do exame. O enfermeiro é um profissional da saúde que entre as várias funções estar o de educador em saúde, esse profissional é de significativa importância na USF, sendo ele o que acompanha as mulheres e as sensibilizam quanto ao autocuidado.

A enfermagem se destaca na tarefa do cuidado preventivo, desenvolvendo novas estratégias motivacionais e que mobilizem os profissionais envolvidos na realização da prevenção. Uma das formas é orientar sobre a importância da realização de exames preventivos de forma interativa, promovendo o autoconhecimento e confiança (SILVA *et al.*, 2010).

Cabe aos profissionais de saúde influenciar as práticas de cuidado, sem imposição de condutas e assim recrutar mulheres para realização de ações educativas de maneira dialogada. É preciso prevalecer o respeito e o atendimento integral e igualitário (ACOSTA *et al.*, 2017).

Entre os fatores que nos chamaram atenção estar à demora no atendimento e a longa distância da unidade básica de saúde, devido a UBS atender uma grande área sendo boa parte denominada área descoberta, a queixa da distância e a falta de tempo estão presentes na nossa pesquisa. Apresentamos os relatos das entrevistadas.

“Por conta a demora no atendimento” (e2).

“Falta de tempo” (e18).



Artigo

“Falta de tempo” (e19).

“Devido distância e não tem com quem deixar meus filhos” (13).

“Posto de saúde muito longe” (e16).

“Moro distante da unidade” (e7).

Com a crise econômica que se instalou na última década, tornou-se mais recorrente a existência de barreiras físicas e estruturais que dificultam o acesso e a procura da população pelos serviços de saúde, sobretudo na rede básica, isso tem comprometido, a integralização do cuidado e, principalmente o acesso e a qualidade da atenção (AMORIM *et al.*, 2018).

E aqui estão os outros relatos importantes da nossa pesquisa.

“Tenho vergonha de expor meu corpo” (e4).

“Por vergonha” (e12).

A exposição corporal é uma barreira para a realização do exame, a vergonha se torna um sentimento intenso, e isso se torna uma dificuldade para continuar a assistência. O ato de estar nu na frente de outro, ocasiona um sentimento de impotência e fragilização, e ainda é intensificado pela a posição em que o exame é realizado que é em posição ginecológica (SILVA *et al.*, 2015).

Durante a consulta de enfermagem ginecológica, o enfermeiro atua nas ações de controle do câncer, identificando aspectos da história de vida e de saúde da mulher, fazendo orientações sobre as infecções sexualmente transmissíveis (IST). E entre as suas funções, está a educação em saúde, atuando na sensibilização sobre o procedimento e sua importância (CAVALCANTE *et al.*, 2014).

A educação em saúde é uma importante ferramenta no processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidade e direitos à saúde, sendo o enfermeiro um profissional habilitado e capacitado para tais atividades. É necessário perceber que educar é mais do que apenas informar; é pensar a partir da reunião de histórias de vida do cidadão, em que haja direcionamento para a reflexão das necessidades, ou não, de mudanças na trajetória dessas vidas (Lima *et al.*, 2019).

De acordo com estudo realizado por Garcia et al. (2016), um dos principais fatores relacionados à baixa adesão ao exame Papanicolau é a vergonha acompanhado por medo e a baixa escolaridade. Outros fatores incluem ainda a ausência de queixas



Artigo

ginecológicas, o não conhecimento, valores e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

No que se refere à busca ativa, esta foi percebida também como uma estratégia relevante, porém menos mencionada, se comparada as outras duas apontadas. A não realização ou pouca utilização dessa estratégia, em muitos casos, está associada à grande demanda de trabalho confiada à enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dificuldade na condução do presente estudo referente ao fato das mulheres se sentirem indispostas a participarem da entrevista devido à timidez, se tornou, de certa forma, um contratempo no sentido de que nem todas estavam dispostas a expressar seus sentimentos. A falta de conhecimento e de compreensão durante as entrevistas nos levou a uma complexidade de interpretações das falas relacionadas às situações, como por exemplo, a confusa dicção de algumas entrevistadas, o que dificultou a transcrição destas durante a avaliação dos áudios.

A realização desta pesquisa nos permitiu a compreensão e a reflexão sobre as dificuldades verbalizadas que as impediam de realizar o exame Papanicolaou. Dentre estas dificuldades, foi observado que a falta de conhecimento é um fator preponderante para a não realização do exame, seguida do fator distância da USF, também considerado como de grande relevância.

Diante desses aspectos, aos profissionais da USF cabem investir em reflexões sobre suas práticas e a busca de soluções que possam melhorar estrategicamente o atendimento e captação dessas mulheres, envolvendo atividades de educação em saúde para o fortalecimento das ações de prevenção e promoção voltadas ao público feminino.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Daniele Ferreira. *et al.* Vivenciando o exame papanicolau: entre o (não) querer e o fazer. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(8):3031-8, ago., 2017.
Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p>



Artigo

[&nextAction=lnk&exprSearch=32525&indexSearch=ID](#). Acessado em 01 de abril de 2019.

ANDRADE, Magna Santos et al., Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, jan-mar 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a11.pdf>. Acessado em 12 de abril de 2019.

BRASIL, Ministério da saúde. Biblioteca virtual em saúde. **Papanicolau (exame preventivo do colo do útero)** setembro de 2015. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/dicas-em-saude/2069-papanicolau-exame-preventivo-de-colo-de-utero>. Acessado em 05 de junho de 2018.

CAVALCANTE Ricardo Bezerra, CALIXTO Pedro, PINHEIRO Marta Macedo Kerr. **Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método**. *Inf.&Soc.:Est.*, João Pessoa, v.24, n.1,p.13-18, jan/abr.2014.

DANTAS Paula Viviany *et al.*, Conhecimento das mulheres e fatores da não adesão acerca do exame papanicolau. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 12(3):684-91, mar., 2018. Disponível em; <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/22582/28066> Acessado em;22 de janeiro de 2019.

DIAS Ernandes Gonçalves 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** vol. 7, n.4 | jan – dez 2015. Disponível em:<http://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/377> Acessado em 12 abril de 2019.

LIMA, H.F.; LIMA, S.M.; LIMA, L.R. Importância do exame Papanicolau na gestação: uma revisão de literatura. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**. [S.l.], mar. 2019. ISSN 2448-1203. Disponível em:



Artigo

<http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/2870>. Acesso em: 23 mar. 2019.

LIMA, H.F. et al. Saúde e educação popular com mulheres sobre o exame papanicolaou: relato de experiência. **Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)**, [S.l.], v. 4, n. 1, feb. 2019. ISSN 2446-6042. Disponível em: <<http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/eedic/article/view/2669/2258>>. Acesso em: 25 Mar. 2019.

LIMA, M.B. et al. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Temas em saúde Volume 17, Número 1 ISSN 2447-2131** João Pessoa, 2017. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2017/05/17118.pdf> Acessado em 15 de fevereiro de 2019.

SANTOS, A.C.S.; VARELA, C.D.S. Prevenção do câncer de colo Uterino. Motivos que influenciam a não realização do exame de papanicolaou. **Revista Enfermagem Contemporânea**. 15 Jul./Dez. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/692/546> Acessado em 12 de abril de 2017.

SILVA Natália Maria. **Plano de cuidado para atrair as mulheres para realização do exame papanicolaou e de mama**. Repositório institucional UFSC, dezembro de 2016. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/171953/NAT%C3%81LIA%20MARIA%20DA%20SILVA_DCNT_TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acessado em 06 de junho de 2018.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª edição. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. 17(3), 621-626, 2012.

RAMOS Andressa Lima, DA SILVA Danila Pacheco, MACHADO Gracyanne Maria, OLIVEIRA Eliany Nazaré, LIMA Danyela dos Santos. **A atuação do enfermeiro da**



Temas em Saúde

Volume 19, Número 5

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

estratégia saúde da família na prevenção do câncer de colo de útero. S a n a r e,
Sobral, V.13, n.1, p.84-91, jan./jun. – 2014. Disponível em:
<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/437/292> Acessado em 20 de março
de 2019.



**EXAME PAPANICOLAOU: PERCEPÇÃO DE MULHERES SOBRE OS MOTIVOS QUE INFLUENCIAM A
SUA NÃO REALIZAÇÃO**

Páginas 241 a 255

Artigo

INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO TERCIÁRIA: PERCEPÇÕES DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E ESTUDANTES DE MEDICINA

INTEGRALITY IN THE TERTIARY ATTENTION: PERCEPTIONS FROM THE MULTIPROFESSIONAL TEAM AND MEDICINE STUDENTS

Marina Bertone Buck¹

Magali Aparecida Alves de Moraes²

Roseli Vernasque Bettini³

RESUMO - Para oferecer uma assistência de qualidade e que corresponda às necessidades da população, foram elaboradas pelo Ministério da Saúde diretrizes como a da integralidade, visando também garantir o acesso dos usuários do SUS aos serviços de diferentes complexidades, bem como uma compreensão do ser humano em sua totalidade, considerando suas inseparáveis dimensões biopsicossociais. Nesse sentido, questiona-se qual a concepção que os estudantes de medicina e profissionais de equipe multiprofissional que atuam na atenção terciária do SUS possuem sobre a integralidade? Para isso, foi realizada uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa, em uma Faculdade de Medicina e em Hospitais Públicos de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas e realizada análise de conteúdo temática. Os resultados apontam que tanto os estudantes como os profissionais possuem uma aproximação com a temática do cuidado integral, conhecendo seu conceito e também os elementos que se relacionam com essa prática em saúde. Considera-se que este estudo pode fornecer subsídios para os gestores da academia e dos serviços aprimorarem as práticas em saúde na perspectiva da integralidade.

¹ Psicóloga. Mestre em Ensino em Saúde pela Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Especialista em Psicoterapias de Orientação Psicanalítica pela Famema;

² Psicóloga. Docente da Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Doutora em Educação pela Unesp de Marília, SP;

³ Psicóloga. Docente da Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Doutora em Psicologia como Ciência pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, SP.



Artigo

Palavras-chave: Integralidade em saúde; Equipe de assistência ao paciente; Internato e residência; Assistência hospitalar.

ABSTRACT - In order to offer a very good attendance to satisfy the population necessities, are made by the Health Ministry guidelines as the integrality aiming also to ensure the access to the SUS users to different complexity services, as well as a human being comprehension in their totality, considering their inseparable dimensions biopsicosociais. In this meaning, it is questioned what conception the medicine students and professionals from the multiprofessional team that act in the SUS tertiary attention have about integrality. It was the reason why it was made a camp research with a qualitative approach, in a Medicine College and Public Hospitals in a city from São Paulo State. To collect informations were used semi-structured interviews and it was done thematic content analysis. The results show that not only the students but also the professionals have an approximation with the integral care theme, they know the concept and the elements that have a relation with this practice in health. It's considered that this study can give subsidies to the academy and service managers improve health practice in the integrality perspective.

Keywords: Health practice; Patient attendance team; Boarding school and residence; Hospital attendance.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, a área da saúde vem passando por diversas transformações no sentido de promover uma prática em concordância aos preceitos do Sistema Único de Saúde – SUS, em busca da superação do modelo biomédico para uma visão ampliada dos indivíduos. Nesse contexto, a integralidade, um dos princípios constitucionais do SUS, favorece potencialmente estas novas ações.

A integralidade envolve tanto os aspectos da acessibilidade em todas as esferas de atenção em saúde, com ações em prevenção e promoção da saúde, como uma abordagem integral do ser humano, contemplando ações do cuidado nas dimensões biopsicossociais e espirituais (BRASIL, 2010). Neste percurso, os obstáculos e desafios constantes têm



Artigo

sido superar a fragmentação das disciplinas, dos olhares e das profissões para o desenvolvimento da abordagem integral.

Além de ser um dos princípios constitucionais do SUS, a integralidade “[...] tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária” (MATTOS, 2006, p. 45).

Mattos (2006) trabalha com a noção de ‘imagem-objetivo’, para explicar sua concepção da integralidade. Diferente de uma utopia, por ser passível de execução, a ‘imagem-objetivo’ serviria como um norte, indicador do caminho a seguir para a transformação da realidade. Sua principal função é diferenciar a realidade atual daquela que se almeja construir. Por isso, uma ‘imagem-objetivo’ nunca é detalhada, já que é polissêmica, carregada de sentidos, trazendo com ela diversas possibilidades de realidades a serem criadas a partir da superação dos aspectos criticados na realidade atual, que é alvo da transformação.

Ainda para esse autor integralidade é relacionada à medicina integral, movimento que criticava a atitude reducionista e fragmentária dos médicos e, portanto, dos currículos de base flexneriana, contribuindo com as reformas curriculares dos cursos de medicina. Para a medicina integral, integralidade seria uma atitude desejável dos médicos, caracterizada “[...] pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que, supostamente, produz o sofrimento e, portanto, a queixa desse paciente” (MATTOS, 2006, p. 50).

Essa crítica da medicina integral aos currículos que privilegiavam especialmente o ensino nos laboratórios e hospitais, resultando na formação de médicos com práticas reducionistas e fragmentárias, levou à criação de propostas de alterações nesses currículos, com o objetivo de formar profissionais mais compromissados com as necessidades ampliadas de seus pacientes.

Nessa busca de estabelecer um modelo holístico de atenção à saúde, o Ministério da Saúde tem investido em estratégias para propiciar condições ao cuidado integral em saúde (BRASIL, 2010). Uma das estratégias é a equipe multiprofissional, que se constitui por um grupo de profissionais de diferentes áreas, organizados em função dos objetivos dos serviços.

O trabalho em equipe multiprofissional em saúde no Brasil iniciou-se na década de 70. Após a criação do SUS, e principalmente com a expansão do Programa Saúde da Família (PSF), na década de 90, a equipe multiprofissional passou a ocupar um papel estruturante para o trabalho em equipe de saúde (GOMES et al., 2010).



Artigo

Nos hospitais, as equipes de referência são a estrutura nuclear da atualidade. A clientela internada tem sua equipe básica de referência e especialistas e outros profissionais organizam uma rede de serviços matriciais de apoio às equipes de referência. A equipe básica de referência é formada para atender às necessidades dos usuários do serviço. Geralmente é constituída por um médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e farmacêutico. Os profissionais de referência estão em contato direto com o usuário e podem solicitar apoio técnico ou assistencial à equipe matricial (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011).

Os usuários internados têm a sua equipe básica de referência, recebendo, de acordo com a necessidade, atendimentos de outros profissionais, os quais prestam apoio matricial à equipe de referência.

O cuidado no setor hospitalar brasileiro tem sido alvo de discussões voltadas a uma reorganização capaz de atender as necessidades de saúde dos usuários de maneira integrada à rede de serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Merhy e Feuerwerker (2009) apresentam uma compreensão da integralidade na atenção hospitalar sob dois aspectos, um interno e outro externo ao serviço. A integralidade, no sentido interno do serviço, refere-se ao atendimento ao usuário no hospital e, no sentido externo, ao hospital inserido em um sistema maior, compondo as redes de atenção à saúde, organizadas para garantir um cuidado global aos usuários, em promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Outra contribuição em relação à construção da integralidade envolve a concepção do cuidado em saúde como a combinação das chamadas tecnologias dura, leve-dura e leve.

Para a construção de um cuidado integral, os três tipos de tecnologias são necessárias, mas a tecnologia leve ganha destaque, devido ao seu caráter dialógico, abrangendo o vínculo entre a equipe e os usuários, potencializando a adesão dos mesmos ao tratamento proposto. Assim, a tecnologia leve demonstra sua importância nos cenários em que a complexidade dos casos atendidos é maior, nos hospitais.

Por outro lado, o cuidado orientado pela integralidade não se limita ao serviço oferecido no ambiente hospitalar, encerrando-se com a alta do paciente. As necessidades de saúde perpassam o serviço hospitalar, abarcando os diversos serviços de saúde, como a Rede Básica e os ambulatórios de especialidades médicas, entre outros. Por esta razão, as ações de referência e contrarreferência entre os serviços, configuram-se de extrema importância, garantindo a continuidade do tratamento (MERHY; FEUERWERKER, 2009).



Artigo

No que se refere à formação de profissionais de saúde para a integralidade as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) preconizam no perfil do médico essa perspectiva também (BRASIL, 2014).

Neste sentido o objetivo deste estudo foi descrever a percepção de estudantes do curso médico e dos profissionais de equipes multiprofissionais de saúde sobre o conceito de integralidade no cenário hospitalar e o que é considerado necessário para a sua efetivação. As políticas públicas no Brasil estabelecem a implantação das equipes multiprofissionais como estratégia para oferecer cuidado integral ao usuário, e este cuidado tem relação direta com a qualidade dos serviços oferecidos na área da saúde, primando pela compreensão e tratamento do ser humano em suas dimensões biopsicossociais. Entretanto, essa prática da integralidade se encontra em construção, sendo necessários investimentos em pesquisas, educação permanente aos profissionais que atuam no SUS, projetos aplicativos, entre outros incentivos que favoreçam o desenvolvimento de abordagens integrais aos seres humanos em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um recorte de um estudo realizado em uma dissertação de mestrado profissional “Ensino em Saúde”, onde foi realizada uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa (MINAYO, 2014).

A pesquisa de campo (LAKATOS; MARCONI, 2013) é utilizada quando se procura obter informações sobre determinado problema ou ainda, verificar alguma hipótese sobre um fenômeno da realidade pesquisada e, o método qualitativo aplica-se ao estudo da história, das relações, percepções e representações que os homens têm sobre seu modo de vida, seu trabalho e relações sociais (MINAYO, 2014).

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP) da Faculdade de Medicina de Marília (Famema), de acordo com a Resolução CNS/MS Nº 466, que regula a ética em pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, sob o n. 925.117 do parecer consubstanciado em 14/12/2014 e os participantes selecionados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (BRASIL, 2012).

A pesquisa foi realizada em uma faculdade de medicina e em dois hospitais públicos vinculados à mesma instituição. A faculdade oferece dois cursos na área da saúde: medicina e enfermagem, além de possuir entre seus valores o comprometimento com a integralidade e a excelência no trabalho em equipe.



Artigo

Os currículos dos seus dois cursos são centrados no estudante, em consonância com os preceitos das metodologias ativas de ensino-aprendizagem. As atividades ocorrem em pequenos grupos, havendo, desde o primeiro ano, um contato próximo dos estudantes com a comunidade.

O curso de medicina apresenta estrutura curricular anual, sendo organizado em séries que compreendem as unidades: Unidade de Prática Profissional (UPP), Unidade Educacional Sistematizada (UES) e Unidade Educacional Eletiva (UEE). Importante ressaltar que até a segunda série, os estudantes dos cursos de medicina e enfermagem compartilham as mesmas atividades, separando-se a partir da terceira série, a fim de abordar suas especificidades.

Na quinta e sexta série, as atividades em cenário hospitalar são divididas em estágios integrados e regime de internato. Na quinta série, as atividades são realizadas nos estágios: Saúde do Adulto I (Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Saúde Mental e Urgência e Emergência) e Saúde Materno-Infantil I (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2014).

Na sexta série, as atividades são realizadas nos estágios integrados Saúde do Adulto II e Saúde Materno-Infantil II. O estágio Saúde do Adulto II compreende Clínica Médica (Enfermaria, Terapia Intensiva e Ambulatório de Especialidades Clínicas) e Clínica Cirúrgica (Enfermaria, Anestesiologia e Ambulatório de Especialidades Cirúrgicas). O estágio Saúde Materno-Infantil II é composto por Saúde da Mulher (Ginecologia) e Saúde da Criança (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2014).

Os cenários de coleta de dados foram duas enfermarias, uma de cada Unidade Hospitalar, o Hospital das Clínicas I (HCI) e o Hospital das Clínicas II (HCII), além das Unidades de Terapias Intensivas (UTI) de ambos os hospitais, uma de cada unidade (UTI adulto e UTI pediátrica).

Os participantes da pesquisa foram estudantes da 5ª e 6ª séries do curso de graduação de medicina e profissionais de equipes multiprofissionais dos dois Hospitais, que concordaram com a participação. Os estudantes deveriam estar adaptados ao cenário de estágio, há pelo menos duas semanas e não poderiam ser transferidos, pois nesta faculdade se utiliza metodologias ativas. Os profissionais (assistente social, enfermeiro, fonoaudiólogo, pedagogo, auxiliar de enfermagem, farmacêutico, nutricionista, médico, psicólogo e fisioterapeuta) deveriam atuar em enfermaria e UTI dos dois hospitais, com equipe multiprofissional há pelo menos um ano.



Artigo

Foi realizada entrevista semiestruturada obedecendo a um roteiro elaborado previamente pelo pesquisador, com questões abertas e fechadas, objetivando abarcar toda a temática a ser pesquisada, permitindo que o entrevistado discorresse livremente sobre o assunto abordado (MINAYO, 2014).

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, utilizando-se para a apresentação dos depoimentos dos participantes nomes fictícios, seguido das indicações: E para estudante ou P para profissional.

Para a análise dos dados foi realizada dentre as análises de conteúdo, a análise temática, por atender melhor aos objetivos da pesquisa. Minayo (2014) relata que há necessidade em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação.

Dentre as categorias temáticas identificadas na pesquisa, optou-se por apresentar neste artigo, a compreensão do conceito de integralidade e os elementos necessários ao cuidado integral.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O **conceito de integralidade** na visão de estudantes e profissionais de saúde envolve **a abordagem ao paciente nas dimensões biopsicossociais**, demonstrando que os participantes têm a compreensão no enfoque do cuidado integral. Rompem com a abordagem do cuidado fragmentado e centrado na perspectiva puramente biológica e da doença do paciente. Evidenciam assim, um olhar mais ampliado ao associarem a integralidade a uma prática do cuidado que reconhece o ser humano além de sua doença.

No ambiente hospitalar, essa concepção representa uma valorosa potencialidade para a construção de práticas orientadas pela integralidade nas ações.

[...] saber detectar as necessidades básicas de saúde do paciente num todo. [...] É pensar na questão tanto de moradia, se ele tem uma estrutura familiar adequada, um respaldo familiar, [...] qual é a renda que ele tem, [...] a questão da saúde psicológica, o emocional do paciente. [...] quando eu penso em integralidade é: não pensar só na questão... patológica, e sim avaliar o paciente como um todo (Alice – E).

[...] é a integralidade do ser humano, de uma maneira geral, nos aspectos, não só biológico, como o psico, o social e espiritual [...] eu acho que há uma ligação, que se constitui num todo (Daiana - P).



Artigo

[...] olhar pro paciente [...] como um ser humano inteiro, e não apenas uma parte da enfermidade dele. Porque é muito comum em ambiente hospitalar não tratar a pessoa como uma pessoa, mas sim como a doença [...] é enxergar a pessoa e não a doença (Carlos - P).

Cabe enfatizar, que resultados semelhantes foram encontrados ao inquirir profissionais de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre a prática da integralidade. Nesses achados, a integralidade foi entendida como a abordagem ao paciente em suas diferentes dimensões (MATTIONI; BUDÓ; SCHIMITH, 2011).

Como um segundo núcleo de sentido, encontrou-se **o cuidado aos profissionais da equipe de saúde e a família do paciente:**

Integralidade é eu cuidar do meu paciente de forma integral, [...], mas da mesma forma que eu me preocupo com o paciente, dessa forma eu também tenho que me preocupar com as pessoas que estão cuidando dele, comigo e com todos (Paula – P).

Essa fala nos remete a um modo específico de enxergar o trabalho, bem como todos os envolvidos no processo de cuidar. Na medida em que o paciente é visto como uma pessoa inteira, com aspectos biológicos, emocionais, sociais, também os diversos profissionais e a equipe podem ser percebidos com necessidades e envolvidos no processo do cuidado.

Nesse sentido, a criação de espaços para que os profissionais possam expressar suas emoções relacionadas ao processo do cuidado torna-se relevante e é observado também pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

Como um terceiro núcleo de sentido para a compreensão da integralidade, **o atendimento conjunto de diversos profissionais**, aparece nas falas dos participantes:

Integralidade é quando todos os profissionais se unem assim, em prol do paciente, para o bem-estar do paciente. Aqui no hospital o médico precisa da nutricionista, a nutricionista precisa do médico, que precisa da fono. Então é um trabalho em conjunto, um só não consegue dar conta de tudo (Laura - P).

[...] que haja uma discussão do paciente como um todo entre a equipe, e que essa decisão, a conduta, todo o planejamento de saúde do paciente seja embasado nessa discussão (Alice – E).



Artigo

Esta concepção da integralidade se remete ao atendimento de vários profissionais de áreas diferentes, algumas vezes com discussão sobre o caso, em outras, com um “trabalho em conjunto”, em que “todo mundo junto” trata de um paciente. Além disso, refere-se ao entendimento da necessidade do trabalho do outro, de suas competências e dos conhecimentos de outros profissionais, os quais deverão estar voltados ao mesmo objetivo, que é possibilitar um cuidado integral (VIEGAS; PENNA, 2013).

A necessidade do trabalho do outro para a prática da integralidade foi resultado de outro estudo, onde a integralidade é compreendida como uma articulação de saberes, com destaque para a necessidade do diálogo entre os diferentes profissionais (VIEGAS; PENNA, 2013).

O quarto núcleo de sentido refere-se **às ações em saúde de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação:**

Integralidade eu entendo que é fazer um atendimento total ao paciente né, tanto a parte de prevenção como tratamento né, e reabilitação depois [...] (Raul - E).

A concepção apresentada está de acordo com o que é abordado pelas cartilhas do SUS e corrobora o terceiro conjunto de sentidos, abordado por Mattos (2006), referente às políticas especiais, as quais envolvem uma resposta governamental às necessidades de determinada população.

O cuidado prestado deve não apenas focalizar o aspecto assistencial, de recuperação, mas possibilitar prevenção e promoção da saúde.

Outros participantes mencionaram **as ações em rede de assistência à saúde**, como o quinto núcleo de sentido:

[...] quando o paciente vai embora, você tem que dar uma contrarreferência, você tem que estar [...] buscando aquilo que eles necessitam pelo contato com outros municípios. [...] é um trabalho em equipe, não só do hospital, mas na rede, externo (Janaína - P).

Essa dimensão da integralidade refere-se ao segundo grupo de sentidos apresentado por Mattos (2006), o qual, apesar de ser bastante mais amplo, abarca as relações entre os serviços como fundamentais para se oferecer uma atenção integral em



Artigo

saúde. Especificamente na atenção terciária, cenário desta pesquisa, o cuidado integral não se encerra com a alta do paciente. Ou, dito de outra forma, encerra-se, desde que “alguém” tenha realizado a contrarreferência do paciente para a Unidade de Saúde de referência.

Cecílio e Merhy (2003) afirmam que o momento da alta do paciente deve ser visto como um momento privilegiado para o cuidado, a fim de planejar a continuidade do tratamento em outros serviços, e não apenas como um protocolo de contrarreferência.

Como sexto núcleo de sentido aparece a **dificuldade em esclarecer o conceito sobre integralidade**:

Eu acredito que é algo importante, que é algo que só tem a oferecer benefícios para o paciente e, das experiências que eu tive até hoje, é algo assim que me parece ser positivo [...] (Rafael - E).

Eu acho que é como todo mundo falar a mesma língua, para tentar fazer a mesma coisa integrada, tudo junto (Maysa - P).

Nos achados de Gomes e Koifman (2012) sobre a compreensão da integralidade de internos da clínica médica, também houve dificuldade em esclarecer o sentido do termo, embora identificassem as situações em que o conceito estava ou não inserido.

Por fim, como sétimo e último núcleo de sentido observa-se que um participante **não conceitua**, mas expressa o cuidado integral em suas ações da prática:

[...] eu nunca tinha ouvido a palavra integralidade, o que eu ouço muito é integração [...] eu fico integrada dentro da equipe de saúde onde nós formamos uma equipe multidisciplinar [...] eu contribuo para o trabalho deles e eles contribuem para o meu (Sandra - P).

Este tipo de olhar sobre a integralidade também foi encontrado nos estudos de Viegas e Penna (2013, p. 135): “A compreensão de integralidade remete, à integração da equipe, reconhecendo a interdependência dos atores na produção do cuidado à saúde.”

Pode-se inferir que, apesar de a Instituição onde foi realizado este estudo, ter como um dos seus valores a integralidade, alguns de seus profissionais ainda não foram capacitados claramente quanto a este princípio do SUS, mas sua prática, entretanto, remete a um cuidado integral.

Outra temática encontrada nos resultados da pesquisa refere-se aos **elementos necessários à prática da integralidade na atenção hospitalar**.



Artigo

Os participantes consideraram como um dos elementos necessários para a efetivação do cuidado integral, **conhecer a história de vida ampliada do paciente**:

[...] pra oferecer um cuidado integral, acho que a primeira coisa [...] é que a equipe [...] tenha um mínimo de conhecimento da vida do paciente, da história de vida do paciente [...] (Alice – E).

As condições de vida, social, as condições do bairro, as condições financeiras, de entendimento também da pessoa, grau de escolaridade, [...] Se ela vai ter condições de ter acesso ao tratamento... [...] (Amélio - E).

[...] Se a gente não conhecer o paciente, não adianta. Eu vou dar insulina para o paciente e ele fala assim: ‘Eu moro lá na fazenda, não tem energia e não tem nada, e eu vou guardar insulina aonde?’ (Paula - P).

Um dos desafios da educação médica atual é a realização da anamnese pelo estudante de medicina (SOARES et al., 2014). Ela adquire especial importância na medida em que possibilita, quando realizada devidamente, a identificação das necessidades de saúde e de cuidado do usuário do SUS. Dessa maneira, ao realizar uma anamnese de qualidade, o estudante de medicina (ou o profissional, em sua prática), além de favorecer o desenvolvimento de um vínculo com o paciente, agrega uma grande potencialidade para que o cuidado integral seja efetivado.

Pela história de vida relatada pelo paciente ao profissional que presta os cuidados de saúde, pode-se encontrar o caminho para a construção de um plano terapêutico que realmente atenda às necessidades do indivíduo assistido. Em alguns momentos, até por excesso de demanda nos serviços de saúde, a história do paciente é abreviada e fragmentada. Apesar disso, neste estudo, os profissionais e estudantes reconhecem a importância da história de vida para o cuidado integral.

Outro núcleo de sentido pontuado pelos profissionais e também pelos estudantes, como necessário ao cuidado integral, foi ter disponível uma **equipe para garantir assistência de qualidade ao paciente**:

[...] que existam todos os profissionais dentro de cada enfermaria ou dentro de cada equipe, se for dividido por clínicos ou cirúrgico ou ortopédico [...] (Tássia - P).

Eu acho que é importante a equipe multiprofissional [...] (Raquel - E).



Artigo

É sabida no campo da saúde a importância de uma equipe completa para a oferta de um cuidado de qualidade. Mas, quando se trata de oferecer um cuidado integral, a simples presença de uma equipe multiprofissional não garante que essa prática se efetue. A integralidade do cuidado é resultado de ações interdisciplinares, ou seja, que os profissionais da equipe multiprofissional articulem os diferentes conhecimentos em função do melhor atendimento às necessidades de saúde dos pacientes (VIEGAS; PENNA, 2013).

Se considerarmos que a formação dos profissionais de saúde ainda se configura de maneira uniprofissional, sem interação entre as profissões diversas, e na maioria das vezes, com uma metodologia de ensino tradicional, em que o estudante aprende por transmissão de conteúdo, percebe-se a lacuna entre a real necessidade dos serviços, no que se refere aos recursos humanos, e o perfil profissional formado pelas faculdades.

No caso dos estudantes entrevistados neste estudo, a metodologia de ensino-aprendizagem utilizada é a ativa, em que o conhecimento é construído pelo estudante, em pequenos grupos, com a discussão entre os pares, e a formulação de perguntas de aprendizagem que costumam ser provenientes de situações reais da prática profissional (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2014).

O fato de os internos terem mencionado a importância da equipe multiprofissional para a oferta de um cuidado integral aos usuários denota a compreensão do ser humano e do processo de saúde-doença que abarca as diferentes dimensões e, também, o reconhecimento por alguns dos profissionais da importância do trabalho em equipe multiprofissional para o cuidado integral.

Outro núcleo de sentido identificado como elemento necessário para o cuidado integral é o **bom relacionamento entre os membros da equipe**, no que se refere, principalmente, ao comprometimento, respeito e interesse, como exemplificado pelos estudantes e profissionais:

[...] é o comprometimento de cada uma das diversas equipes [...] (Gabriel - E).

[...] Precisa do envolvimento e do comprometimento das pessoas, a boa vontade de você orientar, de você explicar, de você perder tempo de pegar um telefone e ligar para a unidade básica, falar que o paciente vai de alta [...] Falta a boa vontade e o interesse das pessoas [...] (Paula - P).



Artigo

[...] Cada um respeitar a importância e saber da importância de cada equipe. Eu acho que é isso: respeito realmente e um bom relacionamento (Rodrigo - P).

É possível notar, pelas falas dos participantes da pesquisa, a preocupação com o aspecto interpessoal dos integrantes da equipe que estão envolvidos no cuidado. Foram pontuadas competências psicossociais individuais e necessárias ao trabalho orientado pelo eixo da integralidade. O relacionamento entre as pessoas, envolvendo compromisso, respeito e valorização do trabalho do outro, isso tudo com um objetivo comum que é o cuidado integral ao paciente.

Em pesquisa de campo para conhecer as relações interpessoais em uma Unidade de Saúde da Família (USF), identificaram-se alguns fatores contribuintes para dificuldades em relacionamento em equipe, tais como individualismo, falta de respeito, de comprometimento, de cooperação, de reuniões de equipe e de corresponsabilização por parte de alguns membros da equipe. Os profissionais também relataram a “dificuldade de gerenciamento de conflitos por consequência da falta de diálogo [...] refletindo no aumento da carga de trabalho, desmotivação e, principalmente, na busca da equipe pela maior qualidade do cuidado.” (FERNANDES et al., 2015, p. 1925). Por outro lado, foram identificados alguns pontos favoráveis ao estabelecimento de relacionamentos interpessoais saudáveis no ambiente de trabalho: a importância do respeito, da confiança e do diálogo entre os membros da equipe, com a existência de espaços para a discussão e a solução de conflitos, na forma de reuniões de equipe e a valorização desse trabalho.

Assim como na literatura científica, os participantes desta pesquisa apresentaram uma compreensão da integralidade que envolve uma visão ampliada dos indivíduos em suas múltiplas dimensões, mas também o reconhecimento da limitação do seu próprio conhecimento específico e da necessidade do trabalho do outro.

Nesse sentido, ainda que se ressalte a eficaz comunicação e o saudável relacionamento entre os membros da equipe, como fundamentais para um trabalho orientado pela lógica da integralidade em saúde, percebe-se que ainda predomina nos serviços uma prática disciplinar fragmentada (SAAR; TREVIZAN, 2007).

Além da necessidade de existência de uma equipe, estudantes e profissionais destacaram a **comunicação entre seus membros**, como requisito para a prática do cuidado integral no ambiente hospitalar:



Artigo

[...] e essas diversas áreas conseguirem ter [...] uma boa integração. Porque não adianta você ter vários, diversos profissionais, se a comunicação entre os profissionais não funciona (Agenor - E).

Eu acho que tem que existir comunicação entre todas as partes e compreensão do trabalho do outro [...] (Vanessa - P).

[...] a gente tenta aqui na UTI ter um diálogo constante com os profissionais [...] igual: a gente já teve criança com completa recusa alimentar, mas tinha um componente social totalmente ligado a esse aspecto, então eu acredito que precisa também ter uma comunicação com a equipe bastante eficiente (Simone - P).

Entre as principais dificuldades relacionadas à comunicação entre profissionais de equipes de saúde estão as seguintes: diversidade de formações profissionais, devido a diferenças quanto ao treinamento em comunicação; uma tendência a se comunicar com a mesma categoria profissional e hierarquia entre as profissões, como elemento capaz de inibir algum membro da equipe de se comunicar. Dessa maneira, o compartilhamento de experiências entre a equipe não ocorre, contribuindo para sua desintegração (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

González e Almeida (2010) apontam a necessidade do desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe, visando romper com a fragmentação. Relata que além do conhecimento, “se todos não pensarem em qual é a função desse conhecimento, não falarão o mesmo idioma” (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010, p. 759).

No entanto, os participantes desta pesquisa reconhecem a importância da comunicação entre a equipe e a necessidade de compreender o trabalho do outro.

Além da comunicação entre os membros da equipe, foi pontuada a importância da **comunicação do profissional (ou estudante) com o paciente** para o cuidado integral:

Olha, a primeira coisa, que eu penso ser mais importante, é a comunicação. Eu acho que tanto a comunicação com o paciente, como com a própria equipe entre si [...] (Daiana - P).

A comunicação entre profissional de saúde e usuário dos serviços é ponto central na oferta de uma atenção integral. Desde a coleta dos dados do histórico do paciente, além de saber o que procura, o que deve merecer ser examinado mais atentamente, é imprescindível que haja uma comunicação de qualidade, que favoreça um entendimento mútuo.



Artigo

Para que exista uma comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e os pacientes, há necessidade de superar algumas barreiras psicossociais como cultura, classe social, temperamento e emoções (ALMEIDA; CIOSAK, 2013).

Outro aspecto relevante para a produção de um cuidado integral foi a **comunicação entre os serviços de saúde**, garantindo o seguimento das ações em rede de assistência à saúde:

[...] contrarreferência e referência [...]. O que eu mais vejo de importante seria a atenção ao paciente, à equipe e essa comunicação dos serviços de saúde (Flora - E).

[...] Então, o paciente que saía a gente pegava, e a gente assim, se informava com a família: qual o posto a que pertencia e a gente ligava [...] e falava e a gente anotava nos prontuários do paciente: entrando em contato com a enfermeira tal, do posto tal e informado o quadro que precisa isso e isso [...] (Paula - P).

Com a implementação da Política Nacional de Humanização e do modelo de atenção matricial, ocorreram alterações significativas na maneira de se trabalhar em saúde, principalmente referentes à organização dos serviços. O hospital adquiriu o dever de considerar a sua importância dentro da rede de serviços para melhor atender aos usuários do SUS.

A cooperação do hospital com os outros serviços de saúde e com os usuários deve fazer parte dos seus objetivos no SUS, deixando de ser o centro e ter ações fragmentadas, evoluindo na organização da atenção à saúde e respondendo às necessidades da população, aproximando-se dela e também diminuindo os gastos (BRASIL, 2011).

A comunicação entre os serviços, referente aos cuidados prestados e à condição de saúde do paciente, na forma de referência e contrarreferência, adquire fundamental importância para efetivação desse trabalho em rede.

Um estudante destacou a **importância do fortalecimento da atenção primária** para que os indivíduos recebam o tratamento adequado de modo a minimizar possíveis agravamentos de quadros crônicos, que levariam o paciente à atenção terciária:

E aí a integralidade seria você colocar cuidados de saúde em níveis mais baixos de atenção pra esse paciente não chegar nesse ponto. Então, a integralidade seria fazer esse paciente conseguir ser atendido em posto



Artigo

de saúde e tratar de uma forma efetiva, uma hipertensão arterial [...] (Joana - E).

A Atenção Primária tem a função de coordenar as Redes de Atenção à Saúde (RAS), a fim de promover um cuidado integral, com a gestão de serviços organizados em redes (OLIVEIRA, 2015). Além disso, a atenção primária deve assumir o seu papel nas redes oferecendo qualidade aos pacientes, evitando principalmente o agravamento de doenças crônicas, que representam necessidade de maiores recursos tecnológicos e causam elevada demanda ao setor terciário. Nesse sentido, o estudante citado demonstrou compreender a função da atenção primária na RAS, comprometida com o cuidado integral e a gestão de serviços.

Os sistemas de saúde, organizados em RAS ideais, possuem em sua estrutura uma atenção primária eficiente e capaz de coordenar o cuidado prestado. Uma vez que os sistemas de saúde são respostas sociais às necessidades de saúde da população, eles devem refletir e funcionar em coerência à situação de saúde de seus usuários (OLIVEIRA, 2015).

A questão do respaldo do governo (social, econômico e em reabilitação) aparece na fala de um interno de medicina, chamando a atenção aos **investimentos do Estado e sua relação com a qualidade de vida da população**, especificamente, de seus impactos para a saúde e a reabilitação dos indivíduos:

[...] precisa ter uma mudança... social e econômica [...]. Eu acho que saúde [...] vai muito além só de fazer o diagnóstico e tratar. Eu acho que a pessoa tem que ter um emprego bom, uma família estruturada. [...] E, no outro extremo também, você vira um idoso e você tem um AVC e você fica acamado e faz pneumonia. Mas, assim, você foi reabilitado? Não foi reabilitado, você ficou acamado a vida inteira... Só que assim, a gente não tem... Investimento para isso, né? O governo não investe (Raul - E).

A fala apresentada pelo estudante de medicina remete-se a uma concepção do conceito de saúde, que engloba ações sociais e políticas, corroborando com conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946/1948): "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades".

Ao se considerar as necessidades de saúde apresentadas pelo paciente, a fala do estudante está em concordância com o que diz Cecílio (2006) sobre a "integralidade



Artigo

focalizada”, a qual é fruto do esforço de uma equipe de saúde em traduzir e atender, da melhor forma possível, às necessidades de saúde (vínculo, condições de vida, acesso à tecnologia e autonomia) dos usuários daquele serviço.

Outro aspecto referido como necessário à prática do cuidado integral é uma **adequada gestão hospitalar** envolvendo desde recursos humanos até materiais:

Para nós aqui, o que está pegando é a falta de material, a falta de pessoal mesmo, de funcionário, que não contrata [...] (Ana - P).

[...] deveria ter um quadro maior de funcionários, o que a gente encontra é o funcionário fazendo várias funções assim na área né? [...] (Bianca - P).

[...] uma das maiores dificuldades que a gente tem aqui é a falta de profissional, [...] tem muito material que deixa a desejar [...] você precisa puncionar uma criança, você tem que furar três vezes porque o cateter não é bom (Elis - P).

Os relatos evidenciam uma situação de precariedade em recursos humanos e materiais e seu impacto no cuidado. Para funcionar adequadamente, um hospital precisa ter uma adequada escala de profissionais, o que, na prática, nem sempre acontece (CAMELO, 2011).

O **tratamento à família do paciente** também foi referido como essencial ao cuidado orientado pela integralidade:

[...] eu acho que tinha que envolver a família nesse cuidado integral ao paciente, sabe. Não só com o paciente, eu sinto que a família fica muito perdida, [...]. Às vezes, tem a família que você acha que não precisa e é aquela que precisa [...] (Pedro - P).

Vários são os motivos para a atenção à família do paciente ser necessária ao cuidado integral. Sob o ponto de vista do paciente, a aproximação de pessoas de seu círculo pessoal favorece o processo de internação na medida em que permite o contato, contribuindo com o cuidado, participando do processo de tratamento e trabalhando à alta do paciente.

O acolhimento às famílias dos pacientes internados em um hospital compete a todos e a qualquer profissional que preste os cuidados ao paciente. Por acolhimento



Artigo

entende-se atenção, respeito, escuta qualificada e fornecimento das informações a respeito da condição de saúde do paciente.

Em pesquisa de campo sobre a humanização das práticas de enfermagem em UTI, percebeu-se a preocupação dos enfermeiros em incluir as famílias dos pacientes no cuidado, seja oferecendo informações, ou permitindo uma flexibilização nos horários de visita, no sentido de diminuir a angústia provocada pela gravidade do estado clínico desses pacientes. Entretanto, percebeu-se que apesar de reconhecer a importância do atendimento às famílias, na prática ainda existe uma contradição, já que muitas vezes “as ações voltadas para a família são vistas como mera formalidade.” (OLIVEIRA et al., 2013, p 339). Pode persistir assim, a ideia de que as famílias representam um empecilho para o bom funcionamento do trabalho dos profissionais no serviço.

Em relação ao acolhimento aos familiares dos pacientes, mencionou-se a implementação de grupos de apoio, voltados ao esclarecimento de dúvidas e à contenção das ansiedades pertinentes ao processo de internação. Além disso, o mesmo profissional de saúde destacou o grupo de apoio aos funcionários:

[...] É o meu grande sonho aqui na unidade ter um grupo que cuide do cuidador e um grupo de profissionais que cuide das famílias. [...] se a gente tivesse um espaço para a gente cuidar do processo de como a gente cuida, seria muito positivo, porque a gente enfrenta conflitos o tempo todo com essas questões, né... (Simone - P).

O programa de abordagem e apoio aos familiares e cuidadores de pacientes internados em hospitais, consiste na criação de espaços de discussão entre os cuidadores dos pacientes internados e a equipe multiprofissional que presta os cuidados, na forma de grupos de apoio (BRASIL, 2011).

Esses grupos são formados com o objetivo de acolher as famílias diante do processo de adoecimento do paciente, o qual ocasiona uma ruptura na dinâmica familiar, gerando angústias, medos e dúvidas relacionadas ao tratamento. Além de funcionarem como espaço de esclarecimento em relação à patologia e à condição do familiar acometido, os grupos favorecem a criação do vínculo com a instituição. Outra potencialidade dessa estratégia refere-se à preparação da alta do paciente, com melhor entendimento dos cuidadores em relação aos cuidados que devem ser seguidos pós-alta hospitalar (BRASIL, 2011).



Artigo

A questão da transferência ou da internação em outro hospital, como os de retaguarda, após a alta, também foi modificada pela implementação dos grupos de apoio aos cuidadores. Por terem recebido orientação adequada da equipe multiprofissional quanto aos cuidados com o familiar doente em casa, alguns cuidadores decidiram optar por cuidar deles em suas casas em vez de procurarem por leitos em hospitais de retaguarda (BRASIL, 2011).

Em depoimento, a participante reconhece a importância do grupo de apoio ao cuidador, indo ao encontro da importância de projetos e ações dessa natureza para oferecer um cuidado integral aos usuários dos serviços de saúde.

Em relação ao grupo de apoio para os funcionários, mencionado anteriormente pelo participante como um dispositivo para 'cuidar do processo de como a gente cuida', além de se tratar de um espaço privilegiado para a equipe avaliar seu processo de trabalho em busca de aprimoramento, oferece uma importante ferramenta de valorização dos trabalhadores de saúde e da qualidade de vida no trabalho (BRASIL, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados apresentados nesta pesquisa, pode-se perceber que os profissionais da saúde e estudantes de medicina apresentam um entendimento teórico sobre integralidade aproximado ao da literatura científica. Nos cenários pesquisados, evidenciou-se uma aproximação dos profissionais das equipes com os elementos necessários ao cuidado integral, sendo destacado o papel da rede de atenção à saúde nesse processo.

Os estudantes de medicina apresentaram respostas complementares em concordância às dos profissionais. O cuidado integral relatado realiza-se a partir de uma concepção do paciente como ser humano complexo, considerando, além do aspecto biológico, os aspectos emocional, social e espiritual.

Além disso, destacou-se a atuação da equipe multiprofissional nos cuidados ao paciente como fundamental para uma prática de cuidado integral no ambiente hospitalar, embora sem especificar a interdisciplinaridade. Destacou-se o trabalho em equipe, com abordagem ao paciente nas dimensões biopsicossociais, envolvendo ações similares voltadas aos pacientes, à equipe e aos estudantes de medicina e às ações em rede de assistência à saúde.



Artigo

A participação em pesquisas dessa natureza coloca o profissional e o estudante em contato com a sua prática, estimulando-lhe a reflexão, favorecendo maior responsabilização com sua prática.

Esta pesquisa contribui com a organização dos serviços de saúde, com o cuidado oferecido à saúde das pessoas, com a necessidade de capacitação aos profissionais, com elementos para que a academia possa repensar seus processos de formação, objetivando realizar as mudanças necessárias para um ensino mais coadunado às necessidades apresentadas pela população atual.

Novos estudos relacionados ao tema se fazem necessários a fim de ampliar a discussão sobre a integralidade, que, apesar de sua comprovada e reconhecida importância, ainda não foi totalmente incorporada nos processos de trabalho, apresentando fragilidades e pontos que merecem a atenção de gestores e estudiosos no assunto.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Rita T.; CIOSAK, Suely I. Comunicação do idoso e equipe de Saúde da Família: há integralidade? **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 7, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0884.pdf. Acesso em: 16 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina.** Diário Oficial da União, Brasília (DF); 23 jun 2014. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=8&data=23/06/2014>. Acesso em: 11 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4. ed. Brasília (DF); 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 11 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar.** Brasília (DF): Ministério



Artigo

da Saúde; 2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizausus_atencao_hospitalar.pdf. Acesso em: 22 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2016.

CAMELO, Silvia Helena Henriques. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 734-40, 2011. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/19977>. Acesso em: 15 mar. 2016.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 117-130.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. São Paulo (SP): Hucitec; 2003.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**. Marília (SP): Famema; 2014.

FERNANDES, Helen Nicoletti et al. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 7, n. 1, p. 1915-26, 2015. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3361/pdf_1429. Acesso em: 18 abr. 2016.

GOMES, Lina Nunes; KOIFMAN, Lilian. A integralidade pelos alunos do internato em clínica médica da UFF. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 4, p. 506-15, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n4/09.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2016.



Artigo

GOMES, Rafael et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo; BARROS, Maria Elizabeth Barros (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: CEPESC: ABRASCO; 2010. p. 19-36.

GONZÁLEZ, Alberto Durán; ALMEIDA, Marcio José de. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 15, n. 3, p. 757-62, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a18>. Acesso em: 15 mar. 2016.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados** 7. ed. São Paulo (SP): Atlas; 2013. 320 p.

MATTIONI, Fernanda Carlise; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; SCHIMITH, Maria Denise. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Abr-Jun; v. 20, n. 2, p. 263-71, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a07v20n2.pdf>. Acesso em: 12 jan.2016.

MATTOS, Ruben Araújo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS Ruben Araújo, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro (RJ): UERJ, IMS, ABRASCO; 2006. p. 43-68.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, Ana Cristina de Souza; GOMBERG, Estélio (Org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão (SE): UFS; 2009. p. 29-74.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2014. 408 p.



Artigo

NOGUEIRA, Jane Walkiria da Silva; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 636-40, 2015. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016>. Acesso em: 13 jun. 2016.

OLIVEIRA, Nara Elizia Souza et al. Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 334-43, 2013. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a04.pdf. Acesso em: 13 abr. 2016.

OLIVEIRA, Nerícia Regina de Carvalho. Universidade Federal do Maranhão. **UNASUS/UFMA Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes**/Nerícia Regina de Carvalho Oliveira (Org.). - São Luís, 2015, 42 p. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/2444/UNIDADE_1.pdf?sequence=1. Acesso em: 13 jun. 2016

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Assembleia Mundial da Saúde**, adotada pela Conferência Sanitária Internacional. Nova York, 1946/1948. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em: 10 jun. 2016.

SAAR, Sandra Regina da Costa; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: a visão de seus integrantes. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, 7p, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a16.pdf. Acesso em: 13 jun. 2016.

SOARES, Márcia Oliveira Mayo et. al. Reflexões contemporâneas sobre anamnese na visão do estudante de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 3, p. 314-22, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n3/05.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2016.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 133-41, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eand/v17n1/19.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2015.



Artigo

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS RECÉM-NASCIDOS COM ANOMALIAS
CONGÊNITAS EM MICRORREGIÕES DO NORTE DO ESTADO DE MINAS
GERAIS, BRASIL**

**EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF NEWBORNS WITH CONGENITAL
ANOMALIES IN MICROREGIONS OF NORTHERN MINAS GERAIS STATE,
BRAZIL**

Ana Caroline Pereira Martins¹

Joyce Micaelle Alves²

Jucimere Fagundes Durães Rocha³

Danilo Cangussu Mendes⁴

Antônio Prates Caldeira⁵

Maria Aparecida Vieira⁶

RESUMO - Objetivo: identificar o perfil epidemiológico dos recém-nascidos com anomalias congênitas em microrregiões do norte do Estado de Minas Gerais, no período de janeiro 2006 a dezembro 2014. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo e documental. A coleta de dados foi realizada no Banco de Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, disponibilizado pela Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Resultados:** Os resultados mostraram que havia 142.211 (99,4%) nascidos vivos nesse período e, entre esses, 814 (0,6%) nasceram com anomalias congênitas nas Microrregiões em estudo. As mães dos recém-nascidos encontravam-se na faixa etária entre 20 e 35 anos; com ensino superior

¹ Enfermeira. Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros-MG, Brasil;

² Enfermeira. Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil;

³ Mestre em Ensino em Saúde. Faculdade de Saúde Ibituruna. Departamento de Enfermagem. Montes Claros-MG, Brasil;

⁴ Doutor em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Odontologia. Montes Claros-MG, Brasil;

⁵ Doutor em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Saúde da Mulher e da Criança. Montes Claros-MG, Brasil.

⁶ Doutora em Ciências. Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Enfermagem. Montes Claros-MG, Brasil.



Artigo

incompleto solteiras, realizaram, em média, sete consultas de pré-natal; tipo de parto cesáreo; gravidez única e com predomínio de idade gestacional de 37 a 41 semanas de gestação. Os recém-nascidos eram do sexo masculino e com peso adequado para idade gestacional. Segundo a análise múltipla os fatores de risco para anomalias congênitas foram o peso da criança; tipo de parto e sexo da criança. Destaca-se que a gravidez dupla ou tripla apresentou fator de proteção para anomalia congênita. **Conclusão:** faz-se necessário maior aprimoramento do conhecimento do perfil das anomalias congênitas em recém-nascidos, ao fornecer dados importantes, que poderão melhor subsidiar o planejamento do cuidado assistencial de qualidade a essa clientela.

Palavras-chave: Anomalias Congênitas; Recém-nascido; Saúde da Criança; Epidemiologia.

ABSTRACT - Objective: To identify the epidemiological profile of newborns with congenital anomalies in microregions in the northern state of Minas Gerais, from January 2006 to December 2014. **Methodology:** This is a quantitative, cross-sectional, descriptive and documentary study. Data collection was carried out in the Databank of the Information System on Live Births, made available by the Regional Superintendence of Health of Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. **Results:** The results showed that there were 142,211 (99.4%) live births during this period and, among them, 814 (0.6%) were born with congenital anomalies in the studied Microregions. The mothers of the newborns were between the ages of 20 and 35; with incomplete unmarried higher education, performed, on average, seven prenatal consultations; type of cesarean delivery; pregnancy with a predominance of gestational age from 37 to 41 weeks of gestation. The newborns were male and of adequate weight for gestational age. According to the multiple analysis, the risk factors for congenital anomalies were the child's weight; type of delivery and sex of the child. It is emphasized that double or triple pregnancy had a protective factor for congenital anomaly. **Conclusion:** it is necessary to further improve the knowledge of the profile of congenital anomalies in newborns by providing important data, which may better subsidize the planning of quality care for these clients.

Keywords: Congenital anomalies; Newborn; Child Health; Epidemiology.



Artigo

INTRODUÇÃO

Anomalias congênitas, defeitos de nascimento e malformações congênitas são termos sinônimos usados para descrever distúrbios estruturais, comportamentais, funcionais e metabólicos presentes ao nascimento (SADLER, 2013). Nos últimos anos, essa condição vem se tornando cada vez mais frequente em diversos países. Conforme as doenças infectocontagiosas foram sendo controladas, notou-se aumento proporcional e expressivo da participação das anomalias congênitas que apresentam incidência heterogênea entre os nascimentos, com variações geográficas e socioculturais em todo o mundo (LAURENTI *et al.*, 2014; GILI *et al.*, 2016).

Estima-se que a cada ano, cerca de oito milhões de recém-nascidos, são acometidos por algum defeito congênito (REECE, 2012). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), durante as primeiras quatro semanas de vida, cerca de 276 mil recém-nascidos no mundo morrem devido a anomalias congênitas. Além de mortes, podem causar deficiências crônicas que proporcionam grande impacto sobre as pessoas afetadas, suas famílias, e para o sistema de saúde (OMS, 2015).

Para amenizar os traumas causados, a prevenção se torna elemento importante e economicamente viável para amenizar as complicações. O avanço tecnológico tem possibilitado a introdução de novos métodos de diagnóstico pré-natal de anomalias fetais e alguns exames permitem o diagnóstico, cada vez mais precoce, das anomalias congênitas durante a vida intrauterina, auxiliando no rastreamento para grupos de risco ou para a população em geral (BARROS *et al.*, 2012; MOORE; PERSAUD, 2008).

Outras estratégias de prevenção das anomalias congênitas dependem do conhecimento de sua distribuição e frequência na população, o que pode variar consideravelmente, mesmo dentro de um mesmo país. O processo de identificação e notificação das anomalias congênitas deve ser prática usual da assistência ao recém-nascido na sala de parto, com registro sistemático de malformações congênitas passíveis de detecção no momento do nascimento na Declaração de Nascido Vivo (DNV), no 34, especialmente incluído para esse fim desde o ano de 1996. Os dados da DNV alimentam o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), que devem servir de base para o planejamento de políticas específicas de melhoria contínua da assistência materno-infantil (GABRIEL *et al.*, 2014; PEDRAZA, 2012; SÃO PAULO, 2012).

O conhecimento das realidades regionais pode, portanto, auxiliar no desenvolvimento de propostas de assistência à saúde mais adequadas para a população, propostas que possam auxiliar desde a prevenção até a garantia de acesso universal,



Artigo

integral e equânime para as crianças com anomalias congênitas. O presente estudo teve como objetivo identificar o perfil epidemiológico dos recém-nascidos com anomalias congênitas em microrregiões do norte do Estado de Minas Gerais - Brasil, no período de janeiro 2006 a dezembro 2014.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo com delineamento transversal e descritivo, com base em dados secundários do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, disponibilizado pela Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros (SRS-MOC), que é responsável pela consolidação de todos os dados da microrregião do norte de Minas Gerais. O estudo contemplou o período de janeiro de 2006 a dezembro de 2014. Esse período foi considerado em acordo a disponibilidade de dados na Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Montes Claros. Por meio dessa fonte, foram localizados os que nasceram naquele período e, entre esses, os que possuíam anomalias congênitas nas cinco microrregiões de saúde sob a jurisdição da SRS da macrorregião de Montes Claros, no norte de Minas Gerais: microrregião de Janaúba/Monte Azul; de Salinas/Taiobeiras; de Coração de Jesus; de Montes Claros/Bocaiúva e de Francisco Sá.

Para a análise dos dados, definiu-se como variável dependente a presença de anomalias congênitas ao nascer, a partir do registro na DNV. As variáveis independentes foram idade; escolaridade; estado civil da mãe; duração da gestação; número de consultas pré-natais; tipo de gravidez; tipo de parto; sexo e peso do recém-nascido. Para realização da análise bivariada e análise múltipla (Regressão logística binária), as seguintes covariáveis foram todas dicotomizadas em dois e três níveis: idade da mãe; escolaridade da mãe; estado civil da mãe; duração da gestação; número de consultas de pré-natal; tipo de gravidez; tipo de parto; peso e sexo do recém-nascido.

Para a organização e a análise estatística dos dados, empregou-se o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão Windows 18.0. Inicialmente, os dados foram analisados por meio de distribuição de frequências e análises bivariadas (com uso do teste qui-quadrado de *Pearson*). Para análise múltipla, por meio da regressão logística, foram consideradas todas as variáveis associadas até o nível de 25% ($p < 0,25$). No modelo final foram mantidas apenas as variáveis que apresentaram associação com anomalias congênitas até um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).



Artigo

Os aspectos éticos da presente pesquisa foram considerados de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros nº 1.687.435 nº 1.145.403.

RESULTADOS

Para as microrregiões estudadas, durante o período avaliado, houve o registro de 142.211 nascidos vivos, entre os quais 814 (0,57%) tinham notificação de anomalias congênitas.

A distribuição de frequências das anomalias congênitas é apresentada na Tabela 1 para as cinco microrregiões de saúde. Registrou-se maior incidência de casos nas microrregiões de Montes Claros/ Bocaiúva e Janaúba/ Monte Azul.

Tabela 1- Distribuição de frequências de anomalias congênitas em microrregiões de saúde do norte de Minas Gerais; 2006 – 2014.

MICRORREGIÕES	ANOMALIAS CONGÊNTAS				TOTAL	
	SIM		NÃO		N	%
	N	%	N	%	N	%
Janaúba/ Monte Azul	190	0,5	35263	99,5	35453	100
Salinas/Taiobeiras	76	0,3	25450	99,7	25526	100
Coração de Jesus	25	0,6	4373	99,4	4398	100
Montes Claros/ Bocaiúva	476	0,7	67244	99,3	67720	100
Francisco Sá	47	0,5	9067	99,5	9160	100
Total	814	0,6	141397	99,4	142211	100

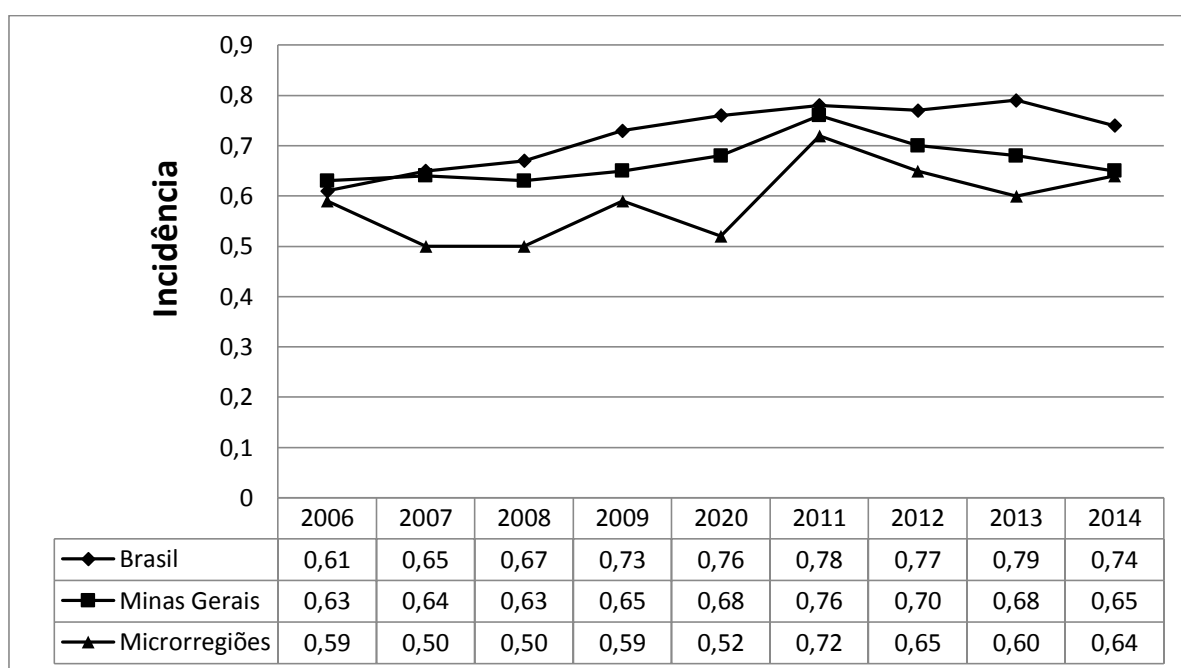
Fonte: SINASC, 2006-2014.

O gráfico 1 registra que ocorreu um aumento da incidência das anomalias congênitas no Brasil de 2006 a 2009, de 0,61 para 0,79% até 2013, reduzindo ligeiramente no ano seguinte. Em Minas Gerais essa incidência se manteve sempre ligeiramente inferior aos dados nacionais, com ligeira variação entre 0,63 a 0,68% entre os anos de 2006 a 2014. Para as microrregiões avaliadas do norte de Minas Gerais, registrou-se maior amplitude de variação, entre 0,50 a 0,72 e comportamento mais irregular, com períodos de elevação e redução.



Artigo

Gráfico 1- Incidência de Anomalia Congênitas no Brasil, em Minas Gerais e Microrregiões do norte do Estado de Minas Gerais. 2006-2014.



Fonte: SINASC, 2006-2014.

A Tabela 2 apresenta as principais características sociodemográficas maternas e perinatais de recém-nascidos que apresentaram anomalias congênitas no período citado. Observou-se que houve maior número de recém-nascidos com anomalias congênitas filhos de mães que se encontravam na faixa etária entre os 20 a 35 anos (69,2%). Em relação à escolaridade; predominou o número em mães com ensino superior incompleto (52,3%). Em relação as características perinatais, destaca-se que do total de 814 nascidos, a maioria (77,4%) desses nascimentos ocorreu entre a 37^a a 41^a semanas de gestação. Sobre o peso ao nascer, 69,7% dos recém-nascidos apresentaram peso entre 2500 a 3999g.



Artigo

Tabela 2 - Características sociodemográficas maternas e perinatais de recém-nascidos que nasceram com anomalias congênicas em microrregiões do norte de Minas Gerais. 2006-2014

Variáveis	(n)	(%)
Idade materna		
≤ 19 anos	165	20,3
20 a 35 anos	564	69,3
≥ 36 anos	85	10,4
Escolaridade		
Sem escolaridade	1	0,1
Fundamental Incompleto	10	1,2
Fundamental Completo	44	5,4
Médio	204	25,1
Superior Completo	121	14,9
Superior Incompleto	426	52,3
Ignorado	8	1,0
Estado civil		
Casada	339	41,6
Solteira	373	45,8
União Estável	81	10,0
Separada judicialmente	4	0,5
Viúva	1	0,1
Ignorado	16	2,0
Duração da gestação		
22 a 27 semanas	14	1,7
28 a 31 semanas	28	3,4
32 a 36 semanas	111	13,6
37 a 41 semanas	630	77,4
≥ 42 semanas	20	2,5
Ignorado	11	1,4
Consultas pré-natais		
Nenhuma	7	0,9
1 a 3	64	7,9
4 a 6	259	31,8
≥7	479	58,8
Ignorado	5	0,6
Tipo de gravidez		
Única	789	96,9
Dupla	22	2,7
Ignorado	3	0,4
Parto		



Artigo

Vaginal	393	48,3
Cesáreo	418	51,3
Ignorado	3	0,4
Peso nascimento		
≤ 999g	20	2,4
1000 a 1499g	23	2,8
1500 a 2499g	170	20,9
2500 a 3999g	567	69,7
≥4000g	34	4,2
Sexo da criança		
Feminino	337	41,4
Masculino	459	56,4
Ignorado	18	2,2

Fonte: SINASC, 2006-2014.

A Tabela 3 apresenta os resultados das análises bivariadas. As variáveis independentes que se mostraram associadas até o nível de 25% foram reavaliadas em conjunto, pela regressão logística.



Artigo

Tabela 3- Análise bivariada entre anormalidade congênita e variáveis categóricas em Microrregiões do norte do Estado de Minas Gerais, Brasil. 2006-2014

Variáveis	Anomalias congênitas				Valor "p"
	Sim		Não		
	(n)	(%)	(n)	(%)	
Idade materna					0,013
≤ 19 anos	165	0,6%	27.528	99,4%	
20 a 35 anos	564	0,5%	102.828	99,5%	
≥ 36 anos	85	0,8%	11041	99,2%	
Escolaridade da mãe					0,724
Ensino fundamental completo ou incompleto	55	0,6%	9.886	99,4%	
Ensino médio ou superior completo ou incompleto	751	0,6%	128.484	99,4%	
Estado civil da Mãe					0,360
Casada ou união estável	420	0,6%	75.681	99,4%	
Solteira, divorciada ou viúva	378	0,6%	63.818	99,4%	
Duração da Gestação					0,000
36 semanas ou menos	153	1,4%	11.088	98,6%	
37 semanas ou mais	650	0,5%	128.517	99,5%	
Consultas de pré-natal					0,001
De 0 a 3	71	0,8%	9.265	99,2%	
De 4 a 6	259	0,6%	40.090	99,4%	
≥ 7	479	0,5%	91.284	99,5%	
Tipo de gravidez					0,104
Única	789	0,6%	138.432	99,4%	
Dupla ou tripla	22	0,8%	2.718	99,2%	
Tipo de parto					0,000
Vaginal	393	0,5%	85.754	99,5%	
Cesário	418	0,8%	55.190	99,2%	
Peso da criança					0,000
Inferior a 2499g	213	1,7%	12.270	98,3%	
Entre 2500g e 3999g	601	0,5%	129.054	99,5%	
Sexo da criança					0,000
Masculino	459	0,6%	72.440	99,4%	
Feminino	337	0,5%	68.957	99,5%	

Fonte :SINASC, 2006-2014.

O resultado da análise múltipla é apresentado na Tabela 4. As variáveis que se mostraram associadas a um maior risco para a ocorrência de anomalias congênitas ao nascer foram peso de nascimento inferior a 2499g; parto cesáreo e sexo masculino. A gestação dupla ou tripla apresentou-se como fator de proteção para anomalia congênita.



Artigo

Tabela 4 - Análise múltipla (Regressão logística binária) entre fatores associados à anomalia congênita em Microrregiões do norte do Estado de Minas Gerais, Brasil. 2006-2014

Variável	OR	IC (95%)	Valor p
Tipo de gravidez			
Única	1,00		
Dupla ou tripla	0,52	0,32-0,83	0,007
Tipo de parto			
Vaginal	1,00		
Cesário	1,72	1,49-2,00	0,000
Peso da criança			
2500g ou mais	1,00		
Inferior a 2499g	2,56	2,05-3,20	0,000
Sexo da criança			
Feminino	1,00		
Masculino	1,28	1,11-1,48	0,001

Fonte: SINASC, 2006-2014.

DISCUSSÃO

Este estudo possibilitou a identificação da incidência de anomalias congênitas em microrregiões do norte de Minas Gerais ao longo de 2006 a 2014, registrando valores próximos aos que ocorrem para todo o estado e mesmo para o Brasil. A identificação de fatores associados revelou, principalmente, características relacionadas à gestação e parto como variáveis de risco para a ocorrência de anomalias congênitas.

Embora alguns países já tenham avançado neste contexto, ainda são escassos no Brasil e nas suas unidades federativas, dados relativos à ocorrência de anomalias congênitas (MENDES *et al.*, 2015; PINTO; NASCIMENTO, 2007). A frequência observada na região é superior aos valores de 2 a 5% de nascidos vivos, como mostram outros autores (REIS; SANTOS; MENDES, 2011). Fatores como a melhoria nas redes de saneamento básico; aumento da cobertura vacinal e a inclusão de novas vacinas no calendário básico de vacinação podem estar associados a menor ocorrência de anomalias congênitas (SILVA *et al.*, 2011; GOMES; COSTA, 2012; NETO *et al.*, 2012).

Nos Estados Unidos, em 2014, estudo evidenciou a ocorrência de anomalias congênitas de 29,2 por 1000 nascidos vivos (EGBE, 2015). Na Europa, encontrou-se



Artigo

incidência de 23,9 por 1000 nascidos (DOLK; LOANE; GARNE, 2010). Esses valores são bem maiores do que o que se registrou neste estudo. Esse fato pode estar relacionado à diminuição das doenças infecciosas e ao menor número de mortes por desnutrição em recém-nascidos, o que causa aumento proporcional da prevalência das anomalias congênitas (AMORIM *et al.*, 2006; PACHECO *et al.*, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2007). Também podem estar associados a um sistema de registro mais desenvolvido, com identificação não apenas de anomalias externas, por exemplo.

Ao comparar com outros países em desenvolvimento da América do sul, resultados superiores a esta investigação também foram identificados na Argentina (1,8%), no Chile (4,0%) e Colômbia (4,4%) (GROISMAN *et al.*, 2013; NAZER; CIFUENTES, 2014; NETO *et al.*, 2012).

Tal resultado evidencia que embora outros países em desenvolvimento tenham apresentado maior prevalência de anomalias congênitas ao encontrado nesta pesquisa, ainda estão com números inferiores aos identificados nos países desenvolvidos. Esse fato pode estar relacionado às infecções no período neonatal que continuam como a principal causa de morbimortalidade nas crianças no período neonatal nos países em desenvolvimento devido à insuficiente assistência pré-natal e perinatal, reduzindo, assim, a prioridade na atenção aos cuidados de saúde aos recém-nascidos portadores de defeito congênito, que permanecem em segundo plano (FONTOURA, 2012).

Em relação a outros estudos nacionais, resultados com maiores incidências do que os identificados na presente pesquisa foram encontrados no Rio de Janeiro (0,83%), em Pelotas- RS (1,37%) e em São Paulo- SP (1,6%) (RAMOS; OLIVEIRA; CARDOSO, 2008; CASTRO *et al.*, 2006; COSME; LIMA; BARBOSA, 2017).

Quanto às características que se mostraram associadas a maior ocorrência de recém-nascidos com anomalias congênitas, o presente estudo apontou o baixo peso de nascimento (<2500g), o parto cesáreo e o sexo masculino. A associação significativa entre anomalias congênitas e peso inferior, como encontrado neste estudo, foi também verificada em investigação realizada em São José dos Campos-SP, em 2001 e em outras pesquisas que objetivaram identificar a prevalência de anomalias congênitas entre os recém-nascidos vivos no Hospital Universitário Zagazig - Egito e da Índia Central (NASCIMENTO *et al.*, 2006; EL KOUMI; AL BANNA; LEBDA, 2013; TAKSANDE *et al.*, 2010).

Nos nascidos vivos de baixo peso, fatores genéticos ou ambientais podem estar associados à presença de anomalias congênitas, mas não se pode desprezar a possibilidade de que as anomalias congênitas pudessem ter colaborado para o nascimento do recém-



Artigo

nascido com baixo peso. O baixo peso ao nascer influencia o estado de saúde de uma criança individualmente, nos contextos clínico e populacional. Crianças nascidas com baixo peso apresentam 20 vezes mais chances de morrer que bebês com peso considerado normal. Assim como o baixo peso pode levar a morte, muitos defeitos congênitos estão associados ao baixo peso ao nascer; portanto, reduzir a incidência de baixo peso ao nascer ajudará a evitar anomalias congênitas (NASCIMENTO *et al.*, 2006; NORONHA *et al.*, 2012).

Quanto ao parto cesáreo, semelhante a esta investigação, estudos realizados em regiões brasileiras como Vale do Paraíba Paulista- SP e Rio Branco-AC e São Luís-MA identificaram associação significativa entre o parto cesáreo e a presença de recém-nascidos com malformações congênitas (PINTO; NASCIMENTO, 2007; ANDRADE *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2014). Em outras pesquisas realizadas em países europeus, o parto cesáreo também foi evidenciado como fator associado às anomalias congênitas. Não se trata de um fator que gera a anomalia, naturalmente. A associação decorre, provavelmente, do fato de que a identificação da anomalia congênita intra-útero pode levar a equipe médica a optar pelo parto cesáreo (NHONCANSE *et al.*, 2014; BOYLE *et al.*, 2017).

Em se tratando do sexo masculino como variável também associada a maior incidência de anomalias congênitas, resultados similares foram encontrados em pesquisa que analisou a frequência das principais malformações congênitas nos centros urbanos da Colômbia, na qual se observou que a diferença de sexo entre pacientes com anomalias congênitas foi estatisticamente significativa maior para o sexo masculino ($p < 0,001$), coincidindo com relatos da literatura mundial ao identificarem que as malformações congênitas afetam mais os homens do que as mulheres. No Brasil, investigação realizada em Salvador - BA, o sexo masculino também apresentou associação com as anomalias congênitas (ZARANTE *et al.*, 2010; JUNIOR *et al.*, 2017).

Neste estudo, a gravidez dupla ou tripla apresentou-se como fator protetor para anomalia congênita. No entanto, estudos contradizem com os resultados desta investigação, uma vez que apontam as gestações múltiplas associadas ao maior número de partos prematuros e anomalias congênitas, implicando elevadas taxas de morbimortalidade (COSME; LIMA; BARBOSA, 2017). Outra investigação identificou que defeitos congênitos estão mais presentes em crianças gêmeas, precisamente o dobro quando comparado com crianças de gestação única (BRIZOT *et al.*, 2000). Existem resultados controversos sobre o assunto. Um que buscou analisar o perfil das anomalias



Artigo

congênitas observadas em uma coorte de nascimentos em Uganda, a gravidez múltipla não foi significativamente associada à anomalia congênita (NDIBAZZA *et al.*, 2011).

Há estudos na literatura que verificaram outros fatores associados à ocorrência de anomalias congênitas, os quais não foram identificados no presente estudo. A idade materna já foi considerada como um importante fator de risco para as anomalias congênitas, considerando o risco aumentado para o desenvolvimento da própria gestação, macrossomias e diabetes gestacional (ANDRADE *et al.*, 2004; REIS; SANTOS; MENDES, 2011; COSME; LIMA; BARBOSA, 2017; HARRIS *et al.*, 2017).

Alguns estudos mostram que a baixa escolaridade também pode estar associada às anomalias congênitas. No estado de Sergipe, estudo revelou que a maioria das mães que tiveram recém-nascidos com anomalias congênitas, possuía baixa escolaridade (SANTOS *et al.*, 2016). Baixa escolaridade apresenta influências negativas sobre as condições socioeconômicas e, conseqüentemente, remete a carência nutricional, podendo levar à ocorrência de anomalias congênitas (FONTOURA; CARDOSO, 2014; CANALS; CAVADA; NAZER, 2014). Um maior nível de escolaridade, por outro lado, favorece melhor percepção sobre o tratamento de saúde e conhecimento acerca das diferentes especialidades médicas disponíveis para o tratamento da doença (BRITO *et al.*, 2010).

Outros autores verificaram, ainda, que um menor número de consultas pré-natais é um fator associado à ocorrência de anomalias congênitas. Para esses autores, o pré-natal se destaca como fator que possibilita a identificação de riscos e condições inadequadas de condução da gestação. Recomendam o aconselhamento dos pais com risco para esse tipo de agravo e disponibilidade de recursos da medicina fetal, via ultra-sonografia morfológica fetal (BRITO *et al.*, 2010; ARRUDA; AMORIM; SOUZA, 2008).

Independentemente dos resultados do presente estudo, que observou um número satisfatório de consultas pré-natais para mães que tiveram filhos com anomalias congênitas, é importante assegurar a todas as gestantes, um atendimento pré-natal satisfatório tanto do ponto de vista quantitativo, como qualitativo. Nesse sentido, a prevenção das anomalias congênitas é uma das grandes responsabilidades do pré-natal e dos gestores de saúde, identificando os fatores de risco para a ocorrência de anomalias e, assim, evitar que esses fatores causem danos para o embrião ou feto, na tentativa de diminuição dos índices crescentes de anomalias congênitas. É necessário acolher e gerenciar o atendimento pré-natal, responsabilizar a equipe multidisciplinar dos serviços de saúde a se preocupar e a se engajar na busca constante da redução do número de nascimento com algum tipo de anomalia (BRITO *et al.*, 2010).



Artigo

É preciso considerar o presente estudo à luz de algumas limitações. Uma delas, encontra-se no uso de banco de dados secundários baseado na Declarações de Nascidos Vivos do SINASC, devido à possibilidade da ocorrência de falhas no seu preenchimento, em função de registros incompletos nos prontuários do paciente, falta de capacitação dos profissionais de saúde para o preenchimento das declarações, no campo de anomalias congênitas e da valorização dessa informação pelos profissionais. Apesar das limitações, o presente estudo poderá contribuir para maior aprimoramento do conhecimento do perfil das anomalias congênitas em recém-nascidos, ao fornecer dados importantes, que poderão melhor subsidiar o planejamento do cuidado assistencial de qualidade a essa clientela.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se no presente estudo que a incidência de anomalias congênitas ocorridas em microrregiões do norte do estado de Minas Gerais, entre 2006 e 2014 acompanha os níveis estadual e nacional. Os principais fatores associados foram o peso da criança inferior a 2500g, parto cesáreo e sexo masculino. A gravidez dupla ou tripla mostrou ser um fator de proteção para anomalia congênita.

Novos estudos devem ser realizados, com vistas a um maior aprimoramento do conhecimento do perfil das anomalias congênitas em recém-nascidos, em busca de melhoria na qualidade assistencial a essa clientela. Nesse sentido, avaliações contínuas pela gestão pública devem subsidiar estratégias a fim de possibilitar assistência integral às crianças e as mães quanto à implementação de instrumentos para redução da incidência de anomalias congênitas.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M.M.R. *et al.* Impacto das malformações congênitas na mortalidade perinatal e neonatal em uma maternidade-escola do Recife. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.6, n. Supl 1, p. S19-S25, 2006.

ANDRADE, A.M. *et al.* Anomalias congênitas em nascidos vivos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n.3, p. 1-11, 2017.



Artigo

ANDRADE, P.C. *et al.* Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 26(9):697-702, 2004.

ARRUDA, T.A.M.; AMORIM, M.M.R.; SOUZA, A.S.R. Mortalidade determinada por anomalias congênitas em Pernambuco, Brasil, de 1993 a 2003. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.54, n.2, p.122-6, 2008.

BARROS, M.L. *et al.* Malformações do sistema nervoso central e malformações associadas diagnosticadas pela ultrassonografia obstétrica. **Revista Radiologia Brasileira**, v.45, n.6, p. 309-314, 2012.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842012000600005>. Acesso em: 15 Abr. 2016.

BOYLE, B. *et al.* Estimating Global Burden of Disease due to congenital anomaly: an analysis of European data. **Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed**, v. 0, p.1-7, 2017.

Disponível em: <<http://fn.bmj.com/content/early/2017/06/30/archdischild-2016-311845>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

BRITO, V. R.S. *et al.* Malformações congênitas e fatores de risco materno em Campina Grande-Paraíba. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 1-212, 2010. Disponível

em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_html_site/a03v11n2.htm>. Acesso em: 20 ago. 2017.

BRIZOT, M.L. *et al.* Malformações Fetais em Gestação Múltipla. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 22, n, 8, 2000.

CANALS, C. A.; CAVADA, C. G.; NAZER, H. J. Factores de riesgo de ocurrencia y gravedad de malformaciones congénitas. **Revista Médica de Chile**, v.142, n.11, p.1431-1439, 2014.

CASTRO, M.L.S. *et al.* Frequência das malformações múltiplas em recém-nascidos na Cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e fatores sócio-demográficos associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.5, p.1009-1015, 2006.



Artigo

COSME, H. W.; LIMA, L.S.; BARBOSA, L.G. Prevalência de anomalias congênicas e fatores associados em recém-nascidos do município de São Paulo no período de 2010 a 2014. **Revista Paulista de Pediatria**, v.35, n.1, p. 33-38, 2017.

DOLK, H.; LOANE, M.; GARNE, E. The Prevalence of Congenital Anomalies in Europe. **Rare Diseases Epidemiology**, p. 349-364, 2010.

EGBE, A.C. Birth Defects in the Newborn Population: Race and Ethnicity. **Pediatrics and Neonatology**, v. 56, n.3, p. 183-188, 2015.

EL KOUMI, M. A.; AL BANNA, E.A.; LEBDA, I. Pattern of congenital anomalies in newborn: a hospital-based study. **Pediatric Reports**, v.5, n.1, p. 5, 2013.

FONTOURA, F.C.; CARDOSO, M.V.L.M. L. Associação das malformações congênicas com variáveis neonatais e maternas em unidades neonatais numa cidade do nordeste brasileiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n.4, p. 907-14, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-00907.pdf >. Acesso em: 15 mar. 2016.

FONTOURA, F.C. **Recém-nascidos com malformações congênicas: prevalência e cuidados de enfermagem na unidade neonatal**. 2012. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012. Disponível em: < <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/4618> >. Acesso em: 15 mar.; 2016.

GABRIEL, G. P. *et al.* Avaliação das informações das Declarações de Nascidos Vivos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) em Campinas, São Paulo, 2009. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n.3, p.183-188, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010305822014000300183&script=sci_abstract&lng=pt >. Acesso em: 15 mar. 2016.

GILI, J.A. *et al.* Descriptive analysis of high birth prevalence rate geographical clusters of congenital anomalies in South America. **Birth Defects Res A Clin Mol Teratol**,



Artigo

v.106, n.4, p.257-266, 2016. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26887535>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

GOMES, M.R.R.; COSTA, J.S. D. Mortalidade infantil e as malformações congênitas no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: estudo ecológico no período 1996-2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.2, n.1, p.119-128, 2012. Disponível em:< <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n1/v21n1a12.pdf>>. Acesso em: 15 mar.2016.

GROISMAN, B. *et al.* RENAC: National Registry of Congenital Anomalies of Argentina. **Archivos Argentinos de Pediatría**, v. 111, n. 6, p. 484-494, 2013.

HARRIS, B.S. *et al.* Risk Factors for Birth Defects. **Obstetrical and Gynecological Survey**, v. 72, n.2, p.123-135, 2017.

JUNIOR, E.P.P. *et al.* Prevalência e fatores associados às anomalias congênitas em recém-nascidos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n.3, p. 1-9, 2017.

LAURENTI, R. *et al.* A importância das anomalias congênitas ao nascer. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano** [online], v .24, n.3, p. 328-338, 2014. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822014000300013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 ago. 2017.

MENDES, C.Q.S. *et al.* Prevalência de nascidos vivos com anomalias congênitas no município de São Paulo. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v.15, n.1, p 7-12, 2015.

MOORE, K.L.; PERSAUD, T.V.N. **Embriologia Clínica**. 8.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

NASCIMENTO, L.F. *et al.* Prevalência de anomalias congênitas em São José dos Campos, Brasil, 2001. **Revista Paulista de Pediatría**, v. 24, n.1, p. 47-51, 2006.



Artigo

NAZER, H. J.; CIFUENTES. O. L. Prevalencia al nacimiento de malformaciones congénitas en las maternidades chilenas participantes en el ECLAMC en el período 2001-2010. **Revista médica de Chile**, v.142. n.9, p.1150-1156, 2014.

NDIBAZZA, J. *et al.* A Description of Congenital Anomalies Among Infants in Entebbe, Uganda. **Birth Defects Res A Clin Mol Teratol**, v. 91, n .9, p. 857–861,2011.

NETO, P. S. *et al.* Mortalidade infantil por malformações congênitas no Brasil, 1996-2008. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.56, n. 2, p. 129-132, abr.-jun, 2012.Disponível em:< <http://www.amrigs.org.br/revista/56-02/original5.pdf>>. Acesso em:15 mar.2016.

NHONCANSE, G. C. *et al.* Maternal and Perinatal Aspects of Birth Defects: A Case-Control Study. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n.1, p. 24–31, 2014.

NORONHA, G.A. *et al.* Evolução da assistência materno-infantil e do peso ao nascer no Estado de Pernambuco em 1997 e 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2749-2756, 2012.

OLIVEIRA, F. C.C. *et al.* Defeitos Congênitos – Tópicos Relevantes. **Gazeta Médica da Bahia**, v.77, n.1, p.32-S39, 2007. Disponível em:< <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/281/2> >. Acesso em:15 mar.2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Anomalias congênitas**. Genebra. OMS, 2015.Nota descritiva. Disponível em:<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/es/>>. Acesso em: 20 ago. 2017

PACHECO, S.S. *et al.* Prevalência dos defeitos de fechamento do tubo neural em recém-nascidos do Centro de Atenção à Mulher do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP: 2000-2004. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** , Recife, v. 6,n.Supl 1, p.S35-S42,2006.

PEDRAZA, D.F. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc): análise crítica da literatura. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17,



Artigo

n. 10, p. 2729-2737, 2012. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001000021&script=sci_arttext>.
Acesso em: 21 set. 2014.

PINTO, C.O.; NASCIMENTO, L.F.C. Estudo de prevalência de defeitos congênitos no Vale do Paraíba Paulista. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 25, n.3, p.233-9, 2007.

RAMOS, A.P.; OLIVEIRA, M.N.D.; CARDOSO, J.P. Prevalência de malformações congênitas em recém-nascidos em hospital da rede pública. *Revista Saúde.com*, v.4, n.1, p. 27-42, 2008.

REECE, E. A. Diabetes-induced birth defects: what do we know? What can we do?. *Current Diabetes Reports*, v.12, n.1, p.24-32, 2012. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22167469>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

REIS, A. T.; SANTOS, R. S.; MENDES, T.A.R. Prevalência de malformações congênitas no município do Rio de Janeiro, Brasil, entre 2000 e 2006. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.364-8,2011. Disponível em:<<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a04.pdf>>. Acesso em:15 mar.2016.

RODRIGUES, L.S. *et al.* Características das crianças nascidas com malformações congênitas no município de São Luís, Maranhão, 2002-2011. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 23, n.2, p.295-304, abr-jun, 2014. Disponível em:<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000200011>. Acesso em: 15 mar.2016.

SANTOS, J.C. *et al.* Prevalência de malformações congênitas em uma maternidade referência para gestação de alto risco na cidade de Aracaju-SE. *Cadernos de Graduação- Ciências Biológicas e de Saúde Unit*, v. 3, n. 3, p. 209-220, 2016.

SADLER, T.W. *LANGMAN: Embriologia médica*. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, 97 p.



Artigo

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEINFO. **Declaração de Nascido Vivo - Manual de Anomalias Congênicas**. 2 ed. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2012. 97p.

SILVA, S. R.G.*et al.* Defeitos congênitos e exposição a agrotóxicos no Vale do São Francisco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.33, n.1, p.20-6,2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n1/a03v33n1.pdf>>. Acesso em:15mar.2017.

TAKSANDE, A. *et al.* Congenital Malformations at Birth in Central India: A Rural Medical College Hospital Based Data. **Indian Journal of Human Genetics**, v. 16, n.3, p.159–163,2010.

ZARANTE, I. *et al.* Frecuencia de malformaciones congénitas: evaluación y pronóstico de 52.744 nacimientos en tres ciudades colombianas. **Biomédica**, Bogotá, v.30, n. 1, p. 65.71, 2010.



Artigo

PREVALÊNCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFESSORES MÉDICOS DE INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DA PARAÍBA

PREVALENCE OF BURNOUT SYNDROME AMONG MEDICAL TEACHERS IN A HIGHER EDUCATION INSTITUTION IN PARAÍBA

Lucas de Lima Medeiros Pereira¹

Francisco Orlando Rafael Freitas²

Paula Christianne Gomes Gouveia Souto Maia³

Milena Nunes Alves de Sousa⁴

RESUMO - Objetivo: Verificar a prevalência de Síndrome de *Burnout* em professores médicos de Instituição de Ensino Superior do sertão da Paraíba. **Métodos:** Pesquisa exploratório-descritiva, transversal com abordagem quantitativa, realizada no município de Patos – PB, com médicos que lecionam nas Faculdades Integradas de Patos, atuando do ciclo clínico ao internato no curso de medicina. Os dados foram coletados a partir do instrumento validado no Brasil conhecido como Inventário de *Burnout* Maslach. Após a aplicação dos questionários, os dados encontrados foram submetidos a estatística descritiva. **Resultados:** Foi descartada a prevalência de Síndrome de *Burnout* na população pesquisada. Não foi encontrada simultaneamente a presença de esgotamento emocional, despersonalização e de realização profissional. As principais dimensões afetadas foram a de esgotamento emocional e de despersonalização. Não foram encontrados valores significativos de baixa realização profissional. **Conclusão:** Embora a amostra não tenha apresentado Síndrome de *Burnout*, alguns componentes estavam afetados e merecem atenção, indicando a necessidade de medidas de intervenção objetivando prevenir futuros casos.

¹ Lucas de Lima Medeiros Pereira: Estudante de medicina das Faculdades Integradas de Patos, Patos-PB, Brasil;

² Especialista em Morfologia Humana. Mestre em saúde coletiva. Docente no Curso de Medicina das Faculdades Integradas de Patos, Patos-PB, Brasil;

³ Especialista em Saúde da Família. Mestre em Ciência e Engenharia de Materiais. Docente no Curso de Medicina das Faculdades Integradas de Patos, Patos-PB, Brasil;

⁴ Doutora e pós-doutora em promoção de saúde. Docente no Curso de Medicina das Faculdades Integradas de Patos, Patos-PB.



Artigo

Palavras-chave: Satisfação no Emprego; Esgotamento Profissional; Docentes; Medicina.

ABSTRACT - Objective: Verify the prevalence of Burnout Syndrome in medical teachers of a higher education institution of the Sertão of Paraíba. **Methods:** Descriptive exploratory research, with a transversal, quantitative approach, done on the city of Patos-PB, with physicians that teach on the Faculdades Integradas de Patos, acting from the clinical cycle to the internship within the medicine course. The data was collected using the version of the Malasch Burnout Inventory that was validated in Brasil. After the application of the questionnaire, the data collected was subjected to descriptive statistic. **Results:** The prevalence of Burnout Syndrome in the studied population was discarded. No simultaneous presence of emotional exhaustion, depersonalization and professional accomplishment. The most affected dimensions were the emotional exhaustion and depersonalization. No significant values of low personal accomplishment were found. **Conclusion:** Although the sample has not show any presence of Burnout Syndrome, some components were affected and deserve attention, indicating the need of intervention with the objective of preventing future cases.

Keywords: Job Satisfaction; Burnout; Professional; Faculty; Medicine.

INTRODUÇÃO

Frente à modernidade e a um mundo cada vez mais competitivo, os profissionais de educação convivem com uma sociedade que subestima seu valor, precisando enfrentar um sistema educacional com inúmeras dificuldades e, muitas vezes, sendo insatisfatoriamente remunerado. Além disso, é comum ao docente a necessidade de trabalhar em vários locais e áreas diversas, atuando ao mesmo tempo como médico, psicólogo, enfermeiro, entre outras profissões, além da responsabilidade como pai, mãe e os afazeres de casa (OLIVEIRA, 2016).

Esta sobrecarga tem implicado negativamente sobre a saúde do trabalhador da educação. Uma revisão sistemática indicou que a necessidade de aumento de



Artigo

produtividade associada à sobreposição de múltiplas atividades profissionais causa angústia e sofrimento nos docentes (LEITE; NOGUEIRA, 2017).

Em relação ao docente do curso de medicina, mais especificamente os professores médicos, há uma sobreposição do *stress* da vida educacional com a rotina médica, pois na maioria dos casos o docente necessita conciliar sua vida de médico com a de professor, tendo um acúmulo de responsabilidades e carga horária (NEWMAN; FERREIRA; CASTILHO, 2015).

Assim, as adversidades, a insatisfação e o acúmulo de responsabilidades acabam por criar fatores predisponentes ao estresse relacionados ao trabalho. *Stress* pode ser definido como um “estado do organismo, após o esforço de adaptação, que pode produzir deformações na capacidade de resposta atingindo o comportamento mental e afetivo, o estado físico e o relacionamento com as pessoas” (FRANÇA, 2013, p. 30). Segundo o mesmo autor, o *stress* por si só não é algo prejudicial, sendo uma reação natural do organismo na tentativa de adaptação a situações, no entanto o estado de estresse contínuo e de forma excessiva acaba tendo consequências negativas para o indivíduo.

Uma das principais consequências do *stress* profissional é a Síndrome de *Burnout* (SB), caracterizada por três fatores principais: o esgotamento emocional (EE), despersonalização (DE) e baixa realização pessoal (RP). Diversos fatores de risco podem estar relacionados com a síndrome, havendo seis aspectos-chave que se destacam, são eles: a sobrecarga de trabalho, a falta de controle sobre o próprio trabalho, recompensas insuficientes, problemas nas relações interpessoais de trabalho, a falta de justiça e a presença de conflitos de valor (ROSSI; MEUERS; PERREWÉ, 2015).

A esgotamento emocional é a diminuição ou até mesmo ausência de energia acompanhada de exaustão emocional. Isso vem acompanhado de tensão e frustração, pois o trabalhador percebe que não tem mais a mesma capacidade de atender a demanda de trabalho que tinha antes. Na despersonalização, o trabalhador passa a desenvolver atitudes negativas em relação ao trabalho, tornando-se insensível e indiferente aos seus clientes, aos colegas de trabalho e até a instituição para a qual trabalham. Com a baixa realização profissional o indivíduo tende a ter uma autoavaliação negativa do seu trabalho, se mostrando infeliz e insatisfeito em relação ao seu progresso (ROSSI; MEUERS; PERREWÉ, 2015).

A SB tem consequências não só para o doente, mas também para o empregador, uma vez que o indivíduo perde a capacidade de produtividade, comparece menos ao trabalho, adoce mais e comete mais erros (ROSSI; MEUERS; PERREWÉ, 2015). Apesar disto, uma revisão sistemática realizada por Holmes et al. (2017) inferiram que os



Artigo

estudos em relação à SB em docentes universitários ainda são escassas e que isso dificulta traçar estratégias de promoção de saúde para o grupo.

Dadas às informações, levantou-se o questionamento: há prevalência de SB em professores médicos? Assim, torna-se pertinente a realização desse estudo, vista a necessidade de realizarem-se mais estudos epidemiológicos acerca do tema e na aquisição de informações para uma potencial criação de estratégias de abordagem em saúde para profissionais de educação no ensino superior.

METODOLOGIA

A investigação foi realizada por meio de uma metodologia de pesquisa exploratório-descritiva, transversal com abordagem quantitativa.

O estudo foi aprovado, conforme CAAE: 03482918.5.0000.5181 e Parecer de nº 3.099.799/2018, pelo Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos e realizado de acordo com os requisitos da Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS) atendendo os referenciais bioéticos de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

A coleta de dados foi realizada na própria Instituição de Ensino Superior (IES) citada anteriormente e a qual se localiza no município de Patos, sertão do estado da Paraíba (PB). De um universo de 40 docentes médicos, foram aplicados 17 questionários, correspondente a 42% do universo amostral. Foram excluídos, aqueles cujos participantes desistiram de responder durante a realização do estudo bem como aqueles que optaram por não participar da pesquisa.

O instrumento utilizado e validado no Brasil foi o *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS) ou Inventário de *Burnout* Maslach, elaborado por Maslach e Jackson em 1981 (MALASCH; JACKSON, 1981) e validado e adaptado no Brasil em 1997 por Tamayo (TAMAYO, 1997), que consiste em um questionário autopreenchível composto por 22 questões, as quais o pesquisado associa um item que corresponde a uma pontuação em uma escala tipo Likert que varia entre 0 a 6, em que 0 corresponde a “nunca”, 1 a “poucas vezes ao ano”, 2 a “uma vez ao mês”, 3 a “umas poucas vezes ao mês”, 4 a “uma vez na semana”, 5 a “poucas vezes na semana” e 6 “todos os dias”, avaliando os três aspectos do *Burnout*: despersonalização, realização pessoal e esgotamento emocional.



Artigo

A pontuação de cada aspecto foi medida através do cálculo da soma aritmética das respostas das perguntas correspondentes a cada dimensão do *Burnout*. Foram utilizados os seguintes parâmetros: para a dimensão de EE foram consideradas de “nível baixo” as pontuações iguais ou menores a 18, de “nível médio” as pontuações de 19 a 26 e de “nível alto” pontuações de 27 ou maiores. Na dimensão de DE foram consideradas de “nível baixo” as pontuações de 5 ou menores, de “nível médio” as de 6 a 9 e de “nível alto” as maiores ou iguais a 10. E na dimensão de RP foram consideradas de “nível baixo” as pontuações de 33 ou menos, de “nível médio” as pontuações de 34 a 39 e de nível alto as pontuações de 40 ou maiores (GONÇALVES et al., 2011).

Para esta pesquisa, foram utilizados os parâmetros descritos por Ramirez et al. (1996), no qual o *Burnout* pode ser confirmado quando encontrados altos níveis de exaustão emocional, altos níveis de despersonalização e baixos níveis de satisfação pessoal, simultaneamente. Ressalta-se que para compilação dos dados foi utilizado o software Microsoft Excel 365 e para análise quantitativa o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). A seguir foi realizada a correlação entre as 3 dimensões da SB com sua presença ou ausência e aplicado o teste de Pearson para avaliar a significância dos dados.

RESULTADOS

Dentro da amostra analisada, foram entrevistados 11 homens e 6 mulheres, e 100% (n=17) atuavam apenas no ensino de graduação. Não foram encontrados (n=0) indivíduos compatíveis com a Síndrome de *Burnout* (tabela 1). Como ausência de síndrome de *Burnout* foi uma constante, não pôde ser aplicado o teste de qui-quadrado de Pearson.

Tabela 1 - Presença de Síndrome de *Burnout*

		Frequência	Porcentual
Válido	Sim	0	0
	Não	17	100,0
	Total	17	100,0



Artigo

Quando analisadas as 3 dimensões do *Burnout*, evidencia-se que o esgotamento emocional foi classificado com baixo em 9 docentes (52,9%), como médio em 6 docentes (35,2%) e alto em 2 docentes (11,7%).

Na dimensão de despersonalização, foram encontrados níveis baixos em 13 docentes (76,4%), médios em 2 docentes (11,7%) e altos em 2 docentes (11,7%).

Já na realização pessoal, detectou-se que nenhum dos entrevistados apresentou níveis baixos, 3(17,6%) apresentaram níveis médios e 14(82,3%) níveis altos.

Tabela 2 – Presença da Síndrome de *Burnout* relacionada aos níveis de esgotamento emocional, despersonalização e realização pessoal.

Dimensões	Níveis	Presença de <i>Burnout</i>		Total
		Sim	Não	
Esgotamento Emocional	Baixo	0	9	9
	Médio	0	6	6
	Alto	0	2	2
Despersonalização	Baixo	0	13	13
	Médio	0	2	2
	Alto	0	2	2
Realização Pessoal	Baixo	0	0	0
	Médio	0	3	3
	Alto	0	14	14
Total				17

Conforme tabela 3, quando separados por sexo, identifica-se que os indivíduos do sexo masculino (n=11) com esgotamento emocional baixo correspondem a 6 (54,5%), médio a 4 (36,3%) e alto a 1(9%). Na dimensão de despersonalização 8(72%) possuem baixos níveis, 2(18,1%) médios níveis e 1(9%) altos níveis. E na realização pessoal de despersonalização nenhum apresentou baixos níveis, 3(27,2%) apresentaram níveis médios e 8(72,7%) níveis altos. Já no sexo feminino, 3(50%) apresentaram níveis baixos de esgotamento emocional, 2(33,3%) níveis médios e 1(16,6%) níveis altos. Na dimensão de despersonalização 5(83,3%) apresentam níveis baixos, nenhuns níveis médios e 1(16,6%) níveis altos. Na realização pessoal nenhum apresentou níveis baixos, nenhuns níveis médios e 6 (100%) níveis altos.



Artigo

Tabela 3 - Níveis de esgotamento emocional, despersonalização e realização pessoal conforme o sexo

Dimensões		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
Esgotamento Emocional	Baixo	6	3	9
	Médio	4	2	6
	Alto	1	1	2
Despersonalização	Baixo	8	5	13
	Médio	2	0	2
	Alto	1	1	2
Realização Pessoal	Baixo	0	0	0
	Médio	3	0	3
	Alto	8	6	14
Total				17

Conforme a tabela 4, dentre os indivíduos casados (64,7%, n=11), percebe-se que 6 (54,5%) apresentaram baixos índices de esgotamento emocional. Quanto à despersonalização, 9(81,8%) tiveram níveis baixos. E em realização pessoal, 9(81,8%) níveis altos.

Entre os solteiros/divorciados (35,3%; n=6), 3(50%) apresentaram níveis baixos de esgotamento emocional. Na dimensão de despersonalização, 4(66,6%) apresentaram níveis altos e em realização pessoal, 5(83,3%) indicaram níveis altos.

Tabela 4 - Níveis de esgotamento emocional, despersonalização e realização pessoal conforme o estado civil

Dimensões		Estado civil		Total
		Casado	Solteiro/Divorciado	
Esgotamento emocional	Baixo	6	3	9
	Médio	5	1	6
	Alto	0	2	2
Total				17
Despersonalização	Baixo	9	4	13
	Médio	1	1	2
	Alto	1	1	2
Total				17
Realização Pessoal	Baixo	0	0	0
	Médio	2	1	3
	Alto	9	5	14
Total		11	6	17



Artigo

Quando comparados os níveis de realização pessoal com o tempo de carreira, a tabela 5 indica que do grupo de 1-5 anos de carreira (n=4; 23,5%), 2(50%) apresentaram baixo esgotamento emocional. Na despersonalização 3(75%) indicaram níveis baixos. Além disso, em realização pessoal, 3(75%) tiveram níveis altos.

Do grupo de 6-10 anos de carreira (n=6; 35,2%), 4(66,6%) apresentaram níveis baixos de esgotamento emocional. Na dimensão de despersonalização, todos (100%; n=6) apresentaram níveis baixos e 5(83,3%) níveis altos em realização pessoal.

E no grupo de mais de 10 anos (n=7; 41,1%), na dimensão de esgotamento emocional, 3(42,8%) apresentaram níveis baixos e médios, cada. Na despersonalização 4(57,1%) tiveram níveis baixos. Além disso, 6(85,7%) apresentaram níveis altos de realização pessoal.

Tabela 5 - Níveis de esgotamento emocional, despersonalização e realização pessoal conforme o tempo de carreira

Dimensões	Tempo de Carreira			Total	
	1-5 anos	6-10 anos	Mais de 10 anos		
Esgotamento emocional	Baixo	2	4	3	9
	Médio	1	2	3	6
	Alto	1	0	1	2
Total					17
Despersonalização	Baixo	3	6	4	13
	Médio	1	0	2	2
	Alto	1	0	1	2
Total					17
Realização Pessoal	Baixo	0	0	0	0
	Médio	1	1	1	3
	Alto	3	5	6	14
Total	4	6	7		17

Por fim, constatou-se que 100% (n=17) dos professores do estudo, atuavam apenas no ensino de graduação.



Artigo

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo mostram a não-prevalência de Síndrome de *Burnout* na amostra estudada. Devido à presença de diferentes formas de se avaliar e a ausência de um consenso sobre a metodologia que deve ser empregada a SB, percebe-se que diferentes valores podem ser encontrados a depender da população avaliada e do método de análise das informações (MARQUES et al., 2018).

O esgotamento emocional alto ocorre na população estudada em um índice de 11,7%, assim como o número de indivíduos com alta despersonalização. Na literatura, os índices de EE geralmente são aqueles com maiores valores (GONÇALVES et al., 2011; TIJDINK; VERGOUWEN; SMULDERS, 2014; BRANCO JUNIOR et al., 2017; MARQUES et al, 2018), e apesar de nesse estudo ambos os níveis de EE altos e DE altos serem iguais, nota-se que os índices de EE médio (n=6) equivale ao triplo dos de DE médio (n=2).

A presença de alto EE e DE pode ser explicado por diversos fatores relacionados a essa população, como a precarização das redes de saúde, o excesso de burocracia nas faculdades e a principalmente a necessidade de manter as atividades laborais fora do ambiente docente (SANTOS et al., 2016). Dentro da dimensão de despersonalização especificamente, tende a ocorrer mais em professores da pós-graduação que entre os docentes de graduação e em homens, já as mulheres tendem a ter maior esgotamento emocional (ISLAS et al., 2017). Este dado pode indicar a satisfatoriedade dos resultados deste estudo quando as dimensões da síndrome, uma vez que todos os docentes investigados, independentes do sexo, eram exclusivos do ensino de graduação.

O esgotamento emocional é considerado o precursor para o desenvolvimento de Síndrome de *Burnout*, geralmente sendo um fator desenvolvedor das outras dimensões da condição clínica (MARQUES et al., 2018). Portanto, deve-se atentar para a presença de altos níveis de EE em 17% da população estudada, pois pode indicar uma fragilidade para o desenvolvimento futuro da doença.

Percebe-se que nenhum dos entrevistados apresentou baixos índices de realização pessoal. Na prática docente, os médicos consideram as aulas teóricas como algo prazeroso e o reconhecimento dos alunos, o elo que é formado com as turmas mostram-se como fatores protetores para o desenvolvimento de *Burnout*, elevando sua satisfação com o trabalho (SANTOS et al., 2016). A presença de uma rede de apoio também é um fator de proteção, como ter filhos, cônjuge ou convivência em grupos fora do trabalho. A maturidade profissional também é importante e médicos com mais tempo de carreira tem



Artigo

duas vezes menos SB que em recém formados (MOSS et al., 2016). Neste estudo, o grupo de pessoas casadas com índices altos de realização pessoal (81%) foi menor que o de solteiros/divorciados (83,3%) com altos índices de realização pessoal, sendo o resultado divergente com o consenso da literatura. Quando analisada a realização pessoal relacionada ao tempo de carreira, percebe-se um aumento gradual dos altos índices dessa, indo de 75% no grupo de 1-5 anos para 83,3% no grupo de 6-10 anos, para 85,7% de no grupo de mais de 10 anos de carreira.

Deve-se alertar para a presença de níveis intermediários dos fatores apresentados, pois dentro do universo amostral, uma vez que seis pessoas apresentaram EE médio, dois DE média e três RP média. A presença resultados intermediários das dimensões da doença sugerem um contexto de vulnerabilidade para o desenvolvimento futuro de SB (BRANCO JUNIOR, 2017).

Este alerta sugere a necessidade de ser adotar estratégias preventivas. A prevenção e tratamento do *Burnout* geralmente envolve três esferas de estratégia: a individual, a qual contempla o cuidado do profissional com a própria saúde, a tentativa de aderência a hábitos saudáveis e a procura de ajuda profissional; a organizacional, em que as instituições visam sensibilizar os médicos em relação à síndrome e a melhoria das relações de trabalho; e por fim a organizacional/individual que pode envolver a formação de grupos de apoio e compartilhamento de experiências (KUMAR, 2017).

Além da prevenção, é importante promover a sensibilização sobre a síndrome, uma vez que é um tema pouco discutido no ambiente de docência médica, e a falta de conhecimento sobre o problema causa distanciamento deste e dificulta a prevenção e o diagnóstico precoce da doença (BATISTA et al., 2017).

Apesar de os achados mostrarem-se, em geral, satisfatórios, o estudo apresentado mostra algumas fragilidades, como o tamanho amostral e a possibilidade de os entrevistados sentirem algum constrangimento em responder com completa honestidade algumas perguntas, uma vez que a pesquisa foi aplicada por um estudante de medicina. Além disso, é possível que os entrevistados se sintam mais dispostos a expressar os pontos positivos do seu trabalho do que suas fragilidades, podendo a prevalência observada nesse estudo ser subestimada.

É importante também destacar que os dados obtidos se limitam a caracterizar a instituição de ensino, não podendo ser generalizadas as informações obtidas no estudo para todas as instituições e situações.



Artigo

CONCLUSÃO

Não foram encontrados simultaneamente altos índices de esgotamento emocional, altos índices de despersonalização e baixos níveis de realização profissional simultaneamente, descartando-se assim a presença de Síndrome de *Burnout* na população de professores médicos do curso de Medicina da instituição de ensino lócus da pesquisa. Contudo, alerta-se para a presença de indivíduos com níveis altos de esgotamento emocional e a presença de níveis médios das três dimensões outrora citadas. Portanto, se faz necessária a efetivação de estratégias na área da saúde mental dos docentes, com o propósito de manter a saúde da população estudada e que seja prevenida a Síndrome de *Burnout* no grupo.

REFERÊNCIAS

- BATISTA, J. B. V. et al. Burnout syndrome: understanding of medical teaching professionals. **International Archives of Medicine**, v. 10, n. 127, p. 1-10, 2017.
- BRANCO JUNIOR, A. G. et al. Relação entre a síndrome de Burnout e a prática docente médica. **Revista Unimontes Científica**, v. 19, n. 2, p. 126-136, 2017.
- FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES L. A. **Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2013.
- GONÇALVES, T. et al. Prevalência de síndrome de burnout em professores médicos de uma universidade pública em Belém do Pará. **Rev Bras Med Trab**, São Paulo, v. 2, n.3 p. 85-89, 2011.
- GRUNFELD, E. et al. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. **Canadian Medical Association Journal**, v. 163, n. 2, p. 166-169, 2000.
- HOLMES, E. S. et al. Prevalence Of Burnout Syndrome And Factors Associated With University Teachers. **International Archives of Medicine**, v. 10, p. 1-8, 2017.



Artigo

ISLAS, R. A. C. et al. Síndrome de burnout en médicos docentes de un hospital de 2.º nivel en México. **Educación Médica**, v. 18, n. 4, p.254-261, 2017.

KUMAR, S. Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. **Healthcare**, v. 4, n. 3, p. 37-43, 2016.

LEITE, A. F; NOGUEIRA, J. A. D. Fatores condicionantes de saúde relacionados ao trabalho de professores universitários da área da saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 42, p. 1-15, 2017.

MALASCH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behavior**, v. 2, p. 99-113, 1981.

MARQUES, G. L. C. et al. Síndrome de burnout entre médicos plantonistas de unidades de terapia intensiva. **J. bras. psiquiatr.**, v. 67, n. 3, p. 186-193, 2018.

MOSS, M. et al. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Health Care Professionals. **American Journal Of Critical Care**, Aliso Viejo, v. 25, n. 4, p. 368-376, 2016.

NEWMAN, F.; FERREIRA, K. L.; CASTILHO, F. S. Docência Médica: trabalhando a informalidade. **Science In Health**, v. 6, n. 1, p.22-29, 2015.

OLIVEIRA, R. **Síndrome de Burnout em professores**. 2016. 44 f. Monografia [Curso de Pedagogia] - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2016.

RAMIREZ, A. J. et al. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. **Lancet**. Londres, v. 347, n. 9003, p. 724-8, 1996.

ROSSI, A. M.; MEURS, J. A.; PERREWÉ, P. L. **Stress e qualidade de vida no trabalho: stress interpessoal e ocupacional**. São Paulo: Atlas, 2015.

SANTOS, P. N. et al. **Docência universitária e o estresse: estressores nos cursos de enfermagem e medicina**. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 6, n.1, p. 61-70, 2016



Temas em Saúde

Volume 19, Número 5

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

TAMAYO, M. R. **Relação entre a síndrome do burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos.** Dissertação [Mestrado de Psicologia] não publicada; Programa de Pós- Graduação em Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 1997.

TIJDINK, J. K.; VERGOUWEN, A. C. M; SMULDERS, Y. M. Emotional exhaustion and burnout among medical professors; a nationwide survey. **BMC Medical Education**, v. 14, n. 1, p.1-7, 2014.



PREVALÊNCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFESSORES MÉDICOS DE INSTITUIÇÃO DE
ENSINO SUPERIOR DA PARAÍBA

Páginas 299 a 311

Artigo

**RELAÇÃO ENTRE COMPOSIÇÃO CORPORAL E TEMPO DE USO DE TELA
NO DESEMPENHO FUNCIONAL DE ESTUDANTES**

**RELATIONSHIP BETWEEN BODY COMPOSITION AND TIME OF USE OF
SCREEN IN THE FUNCTIONAL PERFORMANCE OF STUDENTS**

Elizene Alvares de Ursinio¹

Tânia Cristina Dias da Silva Hamu²

Martina Estevam Brom Vieira³

Thaís Inácio Rolim Póvoa⁴

Cibelle Kayenne Martins Roberto Formiga⁵

RESUMO - O objetivo foi verificar a associação entre as características da composição corporal e tempo de uso de tela no desempenho funcional de crianças e adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos de idade. Amostra de 86 alunos, 64% do sexo feminino. Para avaliar a funcionalidade foram utilizados os testes TSL, TUG e TC6'. Os alunos que ficam mais tempo em frente à tela têm valor maior da dobra cutânea no quadríceps ($p=0,04$). Àqueles que vão a pé à escola têm pontuação melhor para levantar no TSL ($p=0,004$). As meninas apresentam resultados piores no TUG ($p=0,012$). Conclui-se que ficar por muito tempo em frente à televisão influenciou no aumento da aquisição da gordura corporal. Os alunos têm um perfil mais sedentário devido aos hábitos errôneos e a pouca prática de atividade física.

Palavras-chave: Sedentarismo; Composição corporal; Crianças; Adolescentes.

¹ Fisioterapeuta Universidade Estadual de Goiás Goiânia, Goiás, Brasil. elizeneursinio@hotmail.com;

² Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde Universidade Estadual de Goiás Goiânia, Goiás, Brasil. tania.ft@gmail.com;

³ Fisioterapeuta, Doutora em Ciências Médicas Universidade Estadual de Goiás Goiânia, Goiás, Brasil. martinabrom@gmail.com;

⁴ Professora de Educação Física, Doutora em Ciências da Saúde Universidade Estadual de Goiás Goiânia, Goiás, Brasil. thaisrolim.edfis@gmail.com;

⁵ Fisioterapeuta, Doutora em Ciências Médicas Universidade Estadual de Goiás Goiânia, Goiás, Brasil. cibellekayenne@gmail.com.



Artigo

ABSTRACT - The objective was to verify the association between the characteristics of body composition and screen time in the functional performance of children and adolescents aged 10 to 14. The sample was composed of 86 students of both sexes, 64% females. To evaluate physical function, the SRT, UGT and 6MWT tests were used. Students who spent more time in front of the television had a higher measurement of skin fold in the quadriceps ($p = 0.04$). Those who walk to school have better scores when rising in the SRT ($p = 0.004$). Females presented worse results in the UGT ($p = 0.012$). It can be concluded that longer screen time influences the acquisition of body fat. Students have a more sedentary profile due to bad habits and absence of physical activity.

Keywords: Sedentary; Body composition; Children; Adolescents.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento é o resultado da relação da criança com o ambiente em que vive e o vínculo nele existentes (SOUZA; VERÍSSIMO, 2015). Na adolescência o desenvolvimento psicológico está ligado às transformações corporais, assim como a construção de sua identidade, ao progresso do desenvolvimento cognitivo e ao comportamento da socialização (BRASIL, 2017). Estudantes apresentam índice elevado de incidência de dislipidemias e sobrepeso e obesidade ainda na adolescência (KRUGER; RIBAS-SILVA, 2014), pois o sedentarismo está presente na maioria das crianças e adolescentes brasileiras (RIVERA et al., 2010).

Nos últimos 30 anos houve uma redução da aptidão cardiorrespiratória em crianças em idade escolar, de ambos os sexos, podendo favorecer o aumento de doenças metabólicas (FERRARI et al., 2013). Existe uma associação entre assistir televisão enquanto se come e obesidade infantil (AVERY; ANDERSON; MCCULLOUGH, 2017). Assistir televisão por um período prolongado encontra-se entre os motivos centrais para o ganho de peso e redução de uma vida saudável que está frequentemente associado ao sedentarismo (BOULOS et al., 2012).

Todavia, as causas da obesidade são variadas e englobam mudanças biológicas, ambientais, sociais e políticas (BOULOS et al., 2012) e a obesidade necessita ser controlada desde os primeiros anos de vida por ser um fator de risco ao desenvolvimento de doenças crônicas (TEBAR et al., 2017). Por essa razão, sabendo-se que a criança é



Artigo

influenciada pelo ambiente em que vive, é necessário compreender o desenvolvimento e manutenção da prática de atividade física na infância e adolescência, pois pode refletir posteriormente no estilo de vida na vida adulta e na ocorrência de agravos à saúde (JANSSEN et al., 2017).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que em 2025 cerca de 75 milhões de crianças estejam com sobrepeso e obesidade, 2,3 milhões de adultos apresentam sobrepeso e 700 milhões de indivíduos estejam obesos (ABESO, 2018). Sabendo que a atividade física pode reverter estes quadros, a OMS propõe diferentes metas para reduzir a inatividade até 2025 e lança o Questionário Internacional de Atividade Física (QIAF) a fim de ajudar os países a monitorarem a inatividade física e saber o quão ativo é a população mundial (OMS, 2014).

Uma boa capacidade funcional em crianças é resultado da prática regular de atividade física. O Teste de Caminhada de Seis Minutos (TC6') mostrou-se confiável e reprodutível ao ser aplicado em crianças e adolescentes saudáveis entre seis e 14 anos de idade que apresentavam uma vida ativa (MARTINS, 2014). A aptidão cardiorrespiratória nos estudantes é maior naqueles que utilizam bicicleta como meio de transporte e caminham a pé (BRITO; MIKSZA; BOGUSZEWSKI, 2017).

Tendo em vista a influência negativa dos hábitos de assistir à televisão e diminuição no nível de atividade física, essas questões tornam-se preocupantes, pois colaboram com o aumento do risco de obesidade e favorecem a redução do desempenho funcional. Neste contexto, o objetivo do estudo foi verificar a associação entre as características da composição corporal e tempo de uso de tela no desempenho funcional de crianças e adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos de idade.

METODOLOGIA

Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo do tipo analítico transversal, cuja amostra constou de 86 crianças e adolescentes, matriculados regularmente em uma escola pública da cidade de Goiânia, Goiás, Brasil. O cálculo amostral foi realizado no *software* estatístico GPower 3.1 considerando o tamanho do efeito de 0,55, poder do teste de 80% e erro de 5% ($\alpha = 0,05$) para análises relacionados a comparações de grupos. O 'n' amostral obtido na análise foi de 84 participantes.



Artigo

Os critérios de inclusão do estudo foram: crianças e adolescentes com idade entre 10 a 14 anos, de ambos os sexos. Os critérios de exclusão foram: crianças com problemas ortopédicos instalados – como pé torto congênito e luxação do quadril, por exemplo, crianças com problemas neurológicos e/ou sensoriais, tais como paralisias, síndrome de Down, deficiências visual e auditiva, etc. e indivíduos que se recusaram a participar dos estudos ou que os pais não autorizaram.

Quanto aos aspectos éticos, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC/GO (CAAE 14954913.6.0000.0037) e elaborado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde) e no Estatuto da Criança e do Adolescente. Foi preservada, mantida e respeitada toda integridade física, psíquica e moral de cada participante. Os pais e/ou responsáveis pelos alunos autorizaram a participação assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada em uma sala disponibilizada pela própria escola. A fase de análise dos dados foi realizada no Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa da ESEFFEGO (NIPE), na Universidade Estadual de Goiás.

Materiais e Instrumentos

Para avaliação da capacidade funcional das crianças e adolescentes foram escolhidos o Teste de Caminhada de Seis minutos (TC6'), Teste de Sentar e Levantar (TSL) e *Timed Up and Go* (TUG) para avaliar o desempenho funcional das crianças e adolescentes. Para a realização do registro dos dados coletados foram utilizados os seguintes materiais e instrumentos:

Roteiros de anamnese: dados de identificação como idade, sexo, escolaridade – da criança e do adolescente; idade, escolaridade, profissão, endereço, telefone – dos responsáveis; dados relacionados à saúde da criança como dados atuais sobre estatura, massa corporal e calculado o índice de massa corporal (IMC).

Questionário socioeconômico e de atividade física. Os pais responderam alguns itens quanto à renda familiar, situação conjugal, profissão dos pais. Sobre o filho: prática de algum esporte, se participa de algum clube ou equipe, quantas horas fica em frente à TV, como classifica seu filho quanto ao peso corporal e se tem o hábito de dormir durante o dia.



Artigo

Protocolo do Questionário ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa). Constatou os dados de classificação, como quem é o chefe da família, grau de instrução do chefe, quantidade de itens que possuem em casa, total de pontos para verificar em qual classe econômica (E até A) as famílias se enquadram (ABEP, 2003).

Avaliação antropométrica. As meninas usavam top e short e os meninos permaneciam sem camisa e de bermuda. Foram avaliadas as dobras cutâneas local (tricipital, panturrilha, quadríceps, abdominal e subescapular) e as circunferências de braço, coxa, cintura, quadril, pescoço e abdominal, verificados peso, estatura e calculado IMC.

TC6' avalia a resposta de um indivíduo ao exercício e possibilita uma análise global dos sistemas respiratório, cardíaco e metabólico, além de obter ideias mais amplas sobre as capacidades funcionais (MORALES-BLANHIR et al., 2011). O TC6' é um teste simples, potente, prático e objetivo. Foram medidas a pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR) e saturação de oxigênio (spO2) no início e no final do teste. A distância percorrida no TC6' (DTC6') foi dada em metros e quanto maior a distância melhor o desempenho funcional.

TSL avalia a facilidade na execução do ato de sentar e levantar do chão e o nível de condicionamento muscular de um indivíduo, indicando suas chances de mortalidade. A nota máxima é cinco e foi atribuída notas independentes para cada uma das ações: sentar e levantar. Havendo desequilíbrio subtrai-se 0,5 pontos e em casos de apoios subtrai-se 1,0 ponto. Participantes que apresentam pior desempenho estão mais propensos a baixa expectativa de vida (LIRA; ARAÚJO, 2000).

TUG avalia a mobilidade e/ou equilíbrio funcional e pode ser relacionado com outros testes de equilíbrio, capacidade funcional, força muscular e nível de atividade física (PANISSON; DONADIO, 2013). No TUG é avaliado o equilíbrio sentado, a transição de sentado para em pé, o equilíbrio na deambulação sem o uso de movimentos compensatórios no decorrer da marcha. Consiste em levantar-se de uma cadeira, sem apoiar os braços, andar a uma distância de três metros, dar a volta num cone e retornar. Quanto menor o tempo de execução do teste, melhor o desempenho. A duração final foi dada por segundos.

Os seguintes equipamentos foram utilizados para a coleta dos dados: mesa, cadeiras, canetas esferográficas, colchonetes, cones, oxímetro digital de dedo, medidor de pressão arterial, cronômetro, balança, adipômetro e fita métrica.



Artigo

Procedimentos

As crianças e adolescentes selecionadas foram avaliadas numa sala cedida pela escola. Na primeira abordagem dos pais ou responsáveis foram explicados os objetivos e a relevância desta pesquisa, além de esclarecimentos de quaisquer dúvidas sobre o assunto. Sendo que, voluntariamente, participaram do estudo somente as crianças e adolescentes cujo responsável autorizaram a participação do menor por meio da assinatura do TCLE.

Após essa primeira abordagem iniciou-se a coleta dos dados de identificação dos alunos e dos pais. Por meio de entrevistas com o responsável, os questionários ABEP e socioeconômico foram preenchidos e o roteiro de anamnese e questionário de atividade física foram completados. Todas as informações foram registradas na ficha de avaliação.

A equipe de pesquisa foi até a escola para coletar os dados e colher informações mais precisas quanto ao dia a dia da criança, hábitos alimentares, prática de atividade física, histórico de saúde, através da entrevista com os pais. Foi realizada a avaliação do desempenho funcional pelo TC6', TSL e TUG por um examinador devidamente treinado e os indivíduos estavam descalço e com vestimentas leves. No TC6' o aluno andou durante seis minutos numa distância entre um cone e outro, após comando dado pelo avaliador. Antes do início e após o final do teste aferiu-se a PA, FC, FR e SpO2. No final foi obtida a DTC6'.

No TSL o avaliador deu instrução simples e objetiva. O indivíduo deveria ficar em pé, de costas para um colchonete e tentar sentar sem desequilibrar, apoiar e/ou desabar. Em seguida, ele teria que se levantar seguindo as mesmas ordens. Foram atribuídas notas independentes para sentar e levantar.

Ao iniciar o TUG, o aluno tinha que estar com o dorso apoiado no encosto da cadeira e ao final deveria encostar novamente. O teste foi realizado uma vez para que o indivíduo se familiarize e uma segunda vez para tomada de tempo, sendo que a duração final foi registrada em segundos.

Após a coleta, os dados foram organizados em uma planilha eletrônica do Excel®. Posteriormente, transferidos para uma planilha do SPSS – *Statistical Package for Social Sciences* (versão 23.0) e processadas as análises estatísticas descritiva e inferencial.

Os resultados foram tratados em termos descritivos, o que possibilitou descrever as variáveis quantitativas a fim de obter o valor em média, mínimo, máximo e desvio padrão e, as qualitativas a distribuição de frequências. Para testar a distribuição normal dos dados coletados utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov. Para analisar a associação



Temas em Saúde

Volume 19, Número 5

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

entre as variáveis de composição corporal e desempenho funcional foi usado o teste de correlação de Spearman. Foi aplicado o teste T Student para comparar o desempenho funcional das crianças quanto à classificação quanto ao percentil do índice de massa corporal (eutrófico e sobrepeso), sexo (masculino e feminino) e formas de locomoção à escola (a pé e de ônibus/carro), prática da atividade física fora da escola e o tempo de tela (em horas). Foi adotado o nível de significância de 5% em todas as análises.



**RELAÇÃO ENTRE COMPOSIÇÃO CORPORAL E TEMPO DE USO DE TELA NO DESEMPENHO
FUNCIONAL DE ESTUDANTES**

Páginas 312 a 332

Artigo

RESULTADOS

Tabela 1. Características de saúde e condições socioeconômicas dos participantes

Características	Valores
Complicações na gestação - f (%)	
Sim / Não	15 (20) / 60 (80)
Tipo de parto - f (%)	
Normal / Cesárea	41 (54,7) / 34 (45,3)
Complicações no parto - f (%)	
Sim / Não	14 (16,3) / 61 (81,3)
Idade das crianças (em anos)	
Med (min – max) / DP	12,4 (10 – 14) / ±1,0
Sexo – f (%)	
Feminino / Masculino	55 (64) / 31 (36)
Peso ao nascimento (gramas)	
Med (min – max) / DP	3285,9 (1150 – 5750) / ±632,6
Idade Gestacional (IG) (semanas)	
Med (min – max) / DP	39,5 (28 – 45) / ±2,2
Complicações de saúde neonatal – f (%)	
Complicações / Sem complicações	13 (17,8) / 60 (82,2)
Idade em que a criança começou a marcha (meses)	
Med (min – max) / DP	12,1 (0 – 24) / ±3,4
Renda familiar (em reais)	
Med (min – max) / DP	2.004,19 (440-11.000) / ±1514,5
Nº de pessoas que moram com a criança	
Med (min – max) / DP	4,4 (2 – 9) / ±1,5
Tipo de residência que a criança vive – f (%)	
Própria	24 (32,4)
Alugada	35 (47,3)
Cedida	14 (18,9)
Outros	1 (1,4)



Artigo

Situação conjugal – f (%)	
União estável / União instável	37 (50,7) / 36 (49,3)
Escolaridade da mãe – f (%)	
Ensino fundamental (completo ou incompleto)	31 (42,5)
Ensino médio (completo ou incompleto)	33 (45,2)
Ensino superior (completo ou incompleto)	9 (12,3)
Escolaridade do pai – f (%)	
Ensino fundamental (completo ou incompleto)	30 (46,9)
Ensino médio (completo ou incompleto)	25 (39)
Ensino superior (completo ou incompleto)	9 (14,1)
Ocupação da mãe – f (%)	
Empregada / Desempregada	57 (79,2) / 15 (20,8)
Ocupação do pai – f (%)	
Empregado / Desempregado	52 (83,9) / 10 (16,1)
Classe socioeconômico pela ABEP – f (%)	
Classe B1 e B2	12 (16,2)
Classe C	47 (63,5)
Classe D e E	15 (20,3)

f = frequência; % = porcentagem; med = média; min = valor mínimo; max = valor máximo; DP = desvio padrão; ABEP = Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

Fonte: Próprio autor.

Pode ser observado na tabela 1 que grande parte das mães não apresenta complicações na gestação e durante o parto, sendo que, a quantidade de mães que tiveram parto normal foi maior do que aquelas que tiveram parto cesáreo. Elas possuem ensino médio completo ou incompleto e os pais estudaram até o ensino fundamental. A amostra foi composta por 86 indivíduos, 55 do sexo feminino com média de idade de 12,37. A maioria mora em casa alugada, enquanto os demais moram em casa própria ou cedida e se enquadram na classe socioeconômica C pela ABEP (Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas).



Artigo

Tabela 2. Características quanto à atividade física e saúde

Variáveis	Valores
Criança pratica esporte fora das aulas de Educação Física – f (%)	
Praticantes / Não praticantes	22 (29,7) / 52 (70,3)
Tempo em que criança fica em frente à tela por dia – f (%)	
Até 2 horas	34 (46,6)
Mais de 2 horas	39 (53,4)
Quantas horas a criança dorme normalmente à noite – f (%)	
Até 7 horas	12 (16,2)
Mais de 7 horas	62 (83,8)
Crianças têm hábito de dormir durante o dia – f (%)	
Sim	52 (70,3)
Não	22 (29,7)
Em geral como a criança vai à escola – f (%)	
A pé	23 (31,1)
Carro ou ônibus	51 (68,9)
Como o responsável classifica sua criança quanto à atividade física – f (%)	
Sedentário / Pouco ativo	36 (48,6)
Ativo / Muito ativo	38 (51,4)
Como o responsável se classifica quanto a sua atividade física – f (%)	
Sedentário/ Pouco ativo	40 (54,1)
Ativo / Muito ativo	34 (45,9)
Como o responsável classifica sua criança quanto ao peso corporal – f (%)	
Pesado	21 (28,4)
No peso médio	53 (71,6)
Como o responsável se classifica quanto ao seu peso corporal – f (%)	
Pesado	34 (46)
No peso médio	40 (54)

f = frequência; % = porcentagem; med = média; min = valor mínimo; max = valor máximo; DP = desvio padrão.

Fonte: Próprio autor.



Artigo

A tabela 2 apresenta o resultado quanto aos níveis de atividade física e saúde. Nos estudantes, os resultados evidenciaram que a maioria não pratica esporte fora das aulas de Educação Física, ficam em frente à tela por mais de duas horas por dia, tem hábito de dormir durante o dia e vão de carro ou ônibus à escola. Os responsáveis classificaram seus filhos como ativos ou mais ativos que outras crianças ou adolescentes da mesma idade quando relacionado à prática de atividade física.

Tabela 3. Características antropométricas e do desempenho funcional dos participantes

Variáveis	Valores
Peso da criança (em quilogramas)	
med (min - max) / DP	48 (27,40 – 82,50) / 10,52
Altura da criança (em metros)	
med (min - max) / DP	1,56 (1,36 – 1,83) / 0,89
IMC da criança (kg/m ²)	
med (min - max) / DP	19,82 (13,70 – 30,18) / 3,26
Classificação da criança pelo percentil do IMC– f (%)	
Eutrófico	62 (72,1)
Sobrepeso / Obesidade	24 (27,9)
Percentual de gordura tríceps braquial e panturrilha	
med (min - max) / DP	23,59 (10,55 – 44,95) / 7,81
Valor da circunferência do pescoço (em centímetros)	
med (min - max) / DP	30,67 (26 – 37,60) / 2,54
Valor da circunferência da cintura (em centímetros)	
med (min - max) / DP	65,92 (54,50 – 90) / 7,49
Valor da circunferência abdominal (em centímetros)	
med (min - max) / DP	71,65 (55 – 99) / 8,78
Valor das dobras cutâneas subescapular	
med (min - max) / DP	11,51 (3,50 – 28,80) / 5,02
Valor das dobras cutâneas tricípital	
med (min - max) / DP	15,01 (4 – 36,60) / 6,40
Valor das dobras cutâneas abdominal	



Artigo

med (min - max) / DP	18,79 (4 – 50) / 10,03
Valor das dobras cutâneas no quadríceps	
med (min - max) / DP	20,32 (7,60 – 45) / 7,60
Valor das dobras cutâneas na panturrilha	
med (min - max) / DP	15,51 (5 – 33) / 6,43
<hr/>	
Distância percorrida no TC6 ⁷ (em metros)	
med (min - max) / DP	425,95 (230 – 610) / 70,77
Pontuação para sentar no TSL	
med (min - max) / DP	4,59 (3,0 – 5,0) / 0,42
Pontuação para levantar no TSL	
med (min - max) / DP	4,4 (1,5 – 5,0) / 0,78
Tempo de duração do TUG (em segundos)	
med (min - max) / DP	6,72 (4 – 10) / 1,29

TC6⁷= Teste de Caminhada de 6 minutos; TUG = Timed Up and Go; TSL = Teste de Sentar e Levantar; med = média; min = valor mínimo; max = valor máximo; DP = desvio padrão; IMC = Índice de Massa Corporal; Kg/m² = quilogramas por metro ao quadrado.

Fonte: Próprio autor.

De acordo com a tabela 3, os participantes têm média de 1,56 m de altura e 48,5kg, estando a maioria enquadrado no grupo eutrófico enquanto os demais se enquadram no grupo sobrepeso e obeso. Quanto ao desempenho funcional, o resultado foi satisfatório no TSL, pois a média da pontuação foi relativamente alta para o ato de sentar e levantar, separadamente.

Tabela 4: Resultados das análises de correlação entre as características e desempenho funcional

Variáveis correlacionadas		Coefficiente de correlação	Valor de p
IMC da criança	Pontuação para levantar no TSL	- 0,24	0,03
Valor da circunferência da coxa D (1/3 médio)	Pontuação para levantar no TSL	- 0,23	0,03
Valor da circunferência da coxa E (1/3 médio)	Pontuação para levantar no TSL	- 0,23	0,03

IMC – Índice de Massa Corporal; TSL – Teste de Sentar e Levantar; TUG – Timed Up and Go

Fonte: Próprio autor.



Artigo

A tabela 4 mostra o coeficiente de correlação entre as variáveis antropométricas e desempenho funcional. Os indivíduos com pontuação melhor para levantar no TSL apresentavam menor valor no IMC e circunferência da coxa.

Tabela 5 – Resultados da comparação entre o desempenho funcional das crianças quanto à classificação de composição corporal, sexo e formas de locomoção à escola.

Desempenho Funcional	Eutrófico (n = 62)		Sobrepeso/obesidade (n = 24)		p
	Média	DP	Média	DP	
Distância percorrida (em metros)	423,6	76,5	422,4	61,0	0,94
Pontuação Sentar	4,6	0,4	4,5	0,4	0,39
Pontuação Levantar	4,5	0,6	4,0	1,0	0,02*
TUG (em segundos)	6,7	1,1	6,8	1,7	0,82
Desempenho Funcional	Sexo masculino (n = 31)		Sexo feminino (n = 55)		P
	Média	DP	Média	DP	
Distância percorrida (em metros)	423,3	81,5	423,2	67,2	0,99
Pontuação Sentar	4,5	0,5	4,6	0,3	0,57
Pontuação Levantar	4,3	0,9	4,4	0,7	0,43
TUG (em segundos)	6,3	1,2	7,0	1,3	0,02*
Desempenho Funcional	Vai à escola a pé (n = 23#)		Vai à escola de ônibus ou carro (n = 51)		P
	Média	DP	Média	DP	
Distância percorrida (em metros)	413,9	76,2	416,9	62,9	0,88
Pontuação Sentar	4,6	0,3	4,5	0,4	0,30
Pontuação Levantar	4,7	0,7	4,1	0,8	0,01*
TUG (em segundos)	7,0	1,3	6,7	1,4	0,40

TUG = Timed Up and Go; DP = desvio padrão; *p < 0,05; #Dados ausentes (n=12)

Foi possível verificar (tabela 5) que os eutróficos tiveram pontuação melhor para levantar no TSL quando comparados ao grupo sobrepeso/obesidade, o sexo feminino apresenta resultado pior no TUG e os alunos que vão a pé à escola têm uma pontuação



Artigo

melhor para levantar no TSL, havendo, portanto, diferença estatisticamente significativa com valor de $p < 0,05$. O tempo de tela e a prática de atividade física fora das aulas de educação física não apresentaram diferença significativa.

DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado em uma amostra de crianças e adolescentes, estudantes de escola pública e de padrão socioeconômico médio. Os resultados de IMC indicaram que uma importante parcela dos indivíduos estava dentro do padrão de normalidade, embora a grande maioria não pratica esporte fora das aulas de educação física e apresenta um perfil mais sedentário. Essas características amostrais devem ser levadas em consideração para que seja verificado o desempenho funcional destes alunos.

Neste estudo foi observado que a maioria das mães optou pelo parto normal. Isso corrobora com outra pesquisa já realizada em uma Unidade de Saúde de Juazeiro, na Bahia, em que as mulheres têm dúvidas no período da gestação em qual tipo de parto desejam ter, porém, a maioria opta pelo parto normal pelo fato de proporcionar uma recuperação mais rápida e acelerar o retorno às atividades do dia a dia, enquanto que, a cesariana gera dores e desconfortos após a vinda do bebê (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014). O parto é um período marcante na elaboração da identidade feminina (GAMA et al., 2009). A maioria das mulheres entrevistadas que tiveram ambos os tipos de partos, com 24 a 72 horas após o nascimento das crianças, tanto em maternidade pública quanto particular, tiveram preferência pelo parto normal (GAMA et al., 2009). Tais resultados concordam com o estudo realizado em São Paulo em que o parto vaginal teve uma ocorrência de 68,8% dos casos e as mães apresentavam idade entre 15 e 19 anos (RODRIGUES; SANTOS, 2017).

De acordo com os resultados obtidos neste estudo 64% dos participantes são do sexo feminino e 70,3% do total de participantes não praticam atividade física fora do colégio. Esse é um ponto negativo, pois, de modo geral, essas características permitem que os alunos estejam propensos a apresentarem um perfil mais sedentário. Estes achados concordam com um estudo realizado em três cidades de São Paulo que tinha como objetivo “analisar a associação entre dislipidemias na idade adulta, atividade física prévia e outros fatores de risco” e apontaram que a maioria dos participantes (60,9%) era do sexo feminino, o que se assemelha na quantidade de meninas do nosso estudo e, a população estudada exibe maior chance de apresentar dislipidemias devido associação de atividades



Artigo

físicas realizadas na infância e adolescência (FERNANDES; SPONTON; ZANESCO, 2009). Outro estudo em Curitiba ressaltou que o nível frequente de atividades físicas semanais realizadas fora da escola e supervisionadas por profissional devidamente treinado promove resultado satisfatório para melhoria da aptidão física de adolescentes (RODRIGUES et al., 2018). É importante ressaltar o incentivo da participação regular em atividades físicas no decorrer da infância, pois proporcionam benefícios ao longo da vida adulta (CAETANO et al., 2017).

No presente estudo, grande parte dos alunos se classificou no perfil eutrófico e o resultado está compatível com o estudo realizado em Foz do Iguaçu, que analisou o IMC de 629 estudantes de uma escola estadual, de 10 a 16 anos de idade, composto a maioria pelo sexo feminino (50,71%) e verificou que 66,46% dos analisados estavam classificados no padrão eutrófico (ALBUQUERQUE; ARCOVERDE, 2012). Embora a quantidade de envolvidos entre os dois estudos seja discrepante, em termos de porcentagem o resultado se assemelha em ambas as pesquisas. Em outro estudo realizado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro observou a prevalência de obesidade em ambos os sexos, porém, o grupo feminino apresenta apenas 20% de níveis normais de colesterol total ao ser avaliado o perfil lipídico, enquanto no sexo masculino a distribuição é mais homogênea, apresentando 50% de normalidade nos níveis de colesterol elevado (ENNES et al., 2011). Em Londrina, Paraná, os adolescentes de escolas públicas apresentavam maior IMC, circunferência abdominal e peso corporal, eram mais altos e passavam mais tempo em estilo de vida sedentário, sendo que, a obesidade abdominal foi maior nos meninos quando comparado ao sexo feminino (TEBAR et al., 2017), discordando, portanto, dos achados neste estudo. Vale ressaltar que o sobrepeso e a obesidade exercem resultados insatisfatórios sobre aptidão física (ARAÚJO, 2015).

O hábito de ficar muito tempo em frente à televisão e as limitações do IMC como forma de verificar o excesso de peso e a obesidade em crianças e adolescentes são amplamente documentadas (AVERY; ANDERSON; MCCULLOUGH, 2017). No presente estudo, quanto mais tempo as crianças passam em frente à televisão, maior foi a tendência em adquirir gordura corporal localizada nos membros inferiores. Também se observou que 53,4% dos indivíduos ficam em frente à tela por mais de 2 horas por dia. Esses achados corroboram com os resultados de um estudo epidemiológico realizado na cidade de Maceió, onde foi verificado que o sedentarismo estava presente em 93% dos 1.253 estudantes analisados, que passavam em média 3,6 horas em frente à televisão, sendo mais frequente no sexo feminino, havendo, portanto, uma associação significativa entre maior número diário de horas de TV e obesidade (RIVERA et al., 2010). Tal



Artigo

justificativa pode ser compreendida por três explicações: 1) passar muito tempo em frente à televisão atua como um substituto para realizar atividade física cotidiana; 2) propagandas de alimentos calóricos e pobres em nutrientes favorecem a ingestão de alimentos insalubres; e, 3) assistir televisão está associado a uma alimentação inepta; promovendo assim, ganho de peso de forma indireta (BOULOS et al., 2012).

Ao realizar uma análise de correlação entre as características e hábitos das crianças com o desempenho funcional, pôde verificar que conforme aumentava o IMC dos participantes da pesquisa, pior era o desempenho para levantar no TSL e os alunos que vão a pé à escola têm uma pontuação melhor para levantar no TSL. Esses achados se assemelham com uma pesquisa feita no Paraná, que avaliou o condicionamento cardiorrespiratório de estudantes de 12 a 16 anos de idade de três escolas públicas e verificou que os alunos dos centros urbanos apresentavam maior prevalência de excesso de peso e aumento da circunferência abdominal e, a aptidão cardiorrespiratória, foi maior nos indivíduos da zona rural que caminham a pé ou utilizam bicicleta como meio de locomoção (BRITO; MIKSZA; BOGUSZEWSKI, 2017).

Dentro do mesmo contexto, outro estudo após realizar análises antropométricas do IMC, circunferência da cintura, questões relacionadas à prática de atividade física, dados socioeconômicos, consumo alimentar e pressão arterial em adolescentes matriculados em escolas públicas no Rio Grande do Sul, verificou que os adolescentes que tiveram circunferência da cintura aumentada apresentavam maior prevalência de pressão arterial elevada, colaborando assim, para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e, conseqüentemente, pior desempenho funcional (MULLER; COLPO; BENEDETTI, 2017).

Na distância percorrida no TC6' não houve diferença estatisticamente significativa ao ser realizado a comparação entre o desempenho funcional dos estudantes quanto à classificação eutrófico e sobrepeso/obeso, sexo e formas de locomoção à escola. Contudo, a baixa estatura, o excesso de peso, doenças pulmonares, cardiovasculares e musculoesqueléticas podem reduzir a DTC6'. De forma contrária, a alta estatura, grande motivação e gênero masculino podem aumentar a DTC6' ((MORALES-BLANHIR et al., 2011). Então, há uma grande variabilidade quanto a DTC6' em indivíduos saudáveis, que pode ser explicado pela condição demográfica e antropométrica (DOURADO, 2011).

Com base nos resultados encontrados, verificou-se que no presente estudo as crianças e adolescentes estão na terceira e quarta fase do período de crescimento e maturação, e para que se tenham uma maturação muscular, esquelética e desempenho motor eficazes, faz-se necessário diminuir o uso de eletrônicos e dar mais importância e



Artigo

dedicar tempo com a prática de atividade física. Também é importante ressaltar que na idade adulta é comum a diminuição dos níveis de atividade física e os indivíduos devem aproveitar o período da infância e se manterem mais ativos. Se essa prática é estimulada desde cedo, há menor risco de desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas e síndrome metabólica.

O estudo apresenta limitações no sentido de não ter uma amostra tão expressiva de escolares, o que pode ter limitado também o poder das análises estatísticas realizadas. Apesar disso, o estudo aborda questões importantes sobre a associação entre composição corporal e nível de atividade física na infância. Ou seja, não basta apenas a criança aparentar ser saudável do ponto de vista antropométrico, é necessário também manter-se ativo em suas atividades diárias. Neste sentido, futuros estudos podem investigar melhor a relação da prática de atividade física e composição corporal, utilizando também amostras de crianças que frequentam escolas em período integral. Por fim, o estudo ratificou a importância de ações de promoção à saúde na escola, a fim de manter uma capacidade funcional eficiente na infância e adolescência e, conseqüentemente, na vida adulta.

CONCLUSÃO

Com base na pesquisa realizada, conclui-se que as dificuldades no desempenho funcional para levantar do chão foram maiores nas crianças com sobrepeso/obesidade e naquelas que utilizavam carro como meio de transporte. O comportamento sedentário refere-se a um considerável fator de risco modificável e a obesidade precisa ser controlada a fim de melhorar o desempenho funcional. Acredita-se que, de modo geral, os estudantes estão suscetíveis a um perfil mais sedentário devido aos hábitos errôneos e a pouca frequência da prática de atividade física. É necessário, por conseguinte, orientações e incentivos para que as crianças e adolescentes tenham uma vida mais saudável, evitando conseqüências nefastas futuramente.

REFERÊNCIAS

ABEP. Critério da classificação Econômica Brasil. p. 1–6, 2003. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 31/05/2017.



Artigo

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>>. Acesso em: 21/04/2018.

ALBUQUERQUE, A. F. V. C.; ARCOVERDE, M. A. M. Índice de Massa Corporal de Adolescentes de uma Escola Estadual. **Revista Pleiade**. v. 11, n. 111, p. 7-32, 2012.

ARAÚJO, C. G. Componentes aeróbico e não-aeróbicos da aptidão física: fatores de risco para mortalidade por todas as causas. **Revista Factores de Risco**. v. 35, n. 1-3, p. 36-42, 2015.

AVERY, A.; ANDERSON, C.; MCCULLOUGH, F. Associations between children's diet quality and watching television during meal or snack consumption: A systematic review. **Maternal & Child Nutrition**. s. v., s. n., 2017; e12428. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/mcn.12428>>. Acesso em: 05/04/2017.

BOULOS, R.; VIKRE, E. K.; OPPENHEIMER, S.; CHANG, H.; KANAREK, R. B. ObesiTV: how television is influencing the obesity epidemic. **Physiology & Behavior**. v. 107, n. 1, p. 146-153, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. Brasília: Ed. MS, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 22/02/2018.

BRITO, L. M. S.; MIKSZA, A. C. P.; BOGUSZEWSKI, M. C. S. Aptidão cardiorrespiratória e nível de atividade física em adolescentes de escolas em tempo integral no estado do Paraná. **Revista Adolescência e Saúde**. v. 14, n. 1, p. 22-28, 2017.

CAETANO, I. T.; ALBUQUERQUE, M. R.; MENDES, E. L.; NASCIMENTO, F. R.; AMORIM, P. R. S. Associação do sexo, rede de ensino e turno escolar com os níveis de intensidade das atividades diárias de crianças medidos por acelerometria. **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**. v. 39, n. 3, p. 299-306, 2017.



Artigo

DOURADO, V. Z. Reference Equations for the 6-minut walktest in healthy Individuals. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v. 96, n. 6, p. 128–138, 2011.

ENNES, S.; DOMINGUES, V.; SEQUEIRA, T.; MEDEIROS, R.; JUNCÁ, F.; SALLES, R.; FERNANDES, L. E.; BOECHAT, R.; FREITAS, R.; AHMED, S.; SÁ, M. C. P.; ROCHA, M.; KUSCHNIR, M. C. C.. Perfil de adolescentes com risco cardiovascular e metabólico atendidos em um serviço público especializado em atenção ao adolescente. **Adolescência e Saúde**. Rio de Janeiro. v. 8, n. 2, p. 6-10, 2011.

FERNANDES, R. A.; SPONTON, C. H. G.; ZANESCO, A. Atividade Física na Infância e na Adolescência Promove Efeitos Benéficos na Saúde de Adultos. **Revista Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**. v. 22, n. 6, p. 365-372, 2009.

FERRARI, G. L.; BRACCO, M. M.; MATSUDO, V. K.; FISBERG, M. Cardiorespiratory fitness and nutritional status of schoolchildren: 30-year evolution. **Jornal de Pediatria (Rio J)**. v. 89, n. 04, p. 366-373, 2013.

GAMA, A. S.; GIFFIN, K. M.; TUESTA, A. A.; BARBOSA, G. P.; D'ORSI, E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Caderno de Saúde Pública**. v. 25, n. 11, p. 2480-2488, 2009.

JANSSEN, J. A.; KOLACZ, J.; SHANAHAN, L.; GANGEL, M. J.; CALKINS, S. D.; KEANE, S. P.; WIDEMAN, L. Childhood temperament predictors of adolescent physical activity. **BMC Public Health**. v. 17, n. 8, p. 8-18, 2017.

KRUGER, G. R. O; RIBAS-SILVA, R. C. Perfil lipídico e índice de massa corporal de escolares de um colégio estadual da região centro-ocidental do Paraná. **Revista Adolescência e Saúde**. v. 11, n. 4, p. 54-60, 2014.

LIRA, V. A.; ARAÚJO, C. G. S. Teste de Sentar-Levantar: estudos de fidedignidade. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. v. 8, n. 2, p. 09-18, 2000.



Artigo

MARTINS, R.; GONÇALVES, R. M.; MAYER, A. F.; SCHIVINSKI, C. I. S. Confiabilidade e reprodutibilidade do teste de caminhada de seis minutos em crianças saudáveis. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**. v. 21, n. 3, p. 279-284, 2014.

MORALES-BLANHIR, J. E.; VIDAL, C. D. P.; ROMERO, M. J. R.; CASTRO, M. M. G.; VILLEGAS, A. L.; ZAMBONI, M. Teste de caminhada de seis minutos: uma ferramenta valiosa na avaliação do comprometimento pulmonar. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v. 37, n. 1, p. 110-117, 2011.

MULLER, S.; COLPO, E.; BENEDETTI, F. J. Fatores de risco associados ao desenvolvimento de pressão arterial elevada em adolescentes. **Adolescência e Saúde**. v. 14, n. 1, p. 65-73, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Atividade Física. **Folha informativa Nº385** – fevereiro de 2014. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/arquivo/957_FactSheetAtividadeFisicaOMS2014_port_RE V1.pdf>. Acesso em: 22/04/2018.

PANISSON, R. D. N.; DONADIO, M. V. F. Teste *Timed "Up & Go"* em crianças e adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**. v. 31, n. 3, p. 377-383, 2013.

RIVERA, I. R.; SILVA, M. A. M.; SILVA, R. D. T. A.; ALMEIDA, B.; OLIVEIRA, V.; CARVALHO, A. C. C. Atividade Física, Horas de Assistência à TV e Composição Corporal em Crianças e Adolescentes. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v. 95, n. 2, p. 159-165, 2010.

RODRIGUES, C. L.; SANTOS, P. G. Gravidez na adolescência: características das mães e recém-nascido segundo o sistema de informação de nascimentos. **Adolescência e Saúde**. Rio de Janeiro. v. 14, n. 4, p. 143-149, 2017.

RODRIGUES, D. P.; SILVA, M. P.; FANTINELLI, E. R.; MALTA NETO, N. A.; CAMPOS, J. G.; CAMPOS, W. Atividade física associada aos componentes da aptidão física relacionada a saúde em adolescentes. **Adolescência e Saúde**. Rio de Janeiro. v. 15, n. 1, p. 58-65, 2018.



Artigo

SILVA, S. P. C.; PRATES, R. C. G.; CAMPELO, B. Q. A. Parto Normal ou Cesariana? Fatores que influenciam na Escolha da Gestante. **Revista de Enfermagem UFSM**. v. 4, n. 1, p. 1-9, 2014.

SOUZA, J. M.; VERÍSSIMO, M. L. R. Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 23, n. 6, p. 1097-1104, 2015.

TEBAR, W. R.; VANDERLEI, L. C. M.; SCARABOTOLLO, C. C.; ZANUTO, E. F.; SARAIVA, B. T. C.; TEBAR, F. C. S. G.; DELFINO, L. D.; CHRISTOFARO, D. G. D. Obesidade abdominal: prevalência, fatores sociodemográficos e de estilo de vida associados em adolescentes. **Journal of Human Growth Development**. v. 27, n. 1, p. 56-63, 2017.



Artigo

**REVISITANDO FATORES DE RISCO PARA O BAIXO PESO AO
NASCIMENTO EM MATERNIDADE PÚBLICA DO INTERIOR DE MINAS
GERAIS: UM ESTUDO COMPARATIVO**

**REVISITING RISK FACTORS FOR LOW BIRTH WEIGHT IN A PUBLIC
MATERNITY HOSPITAL IN THE INTERIOR OF MINAS GERAIS: A
COMPARATIVE STUDY**

Joyce Micaelle Alves¹
Ana Caroline Pereira Martins¹
Fernanda Marques da Costa²
Antônio Prates Caldeira³
Maria Aparecida Vieira⁴

RESUMO - O peso ao nascer é um parâmetro usado para avaliar as condições de saúde do recém-nascido, e está associado à maior mortalidade e morbidade neonatal e infantil. Este estudo objetivou identificar a prevalência e os fatores de risco de baixo peso ao nascer em uma maternidade pública do interior de Minas Gerais, e comparar os dados com estudo similar realizado há cerca de 10 anos, no mesmo local. Trata-se de um estudo transversal e analítico, com análise de amostra representativa de prontuários. Foram realizadas análises bivariadas e o modelo final foi gerado por meio de análise de regressão logística. Na presente investigação a proporção de baixo peso ao nascer foi de 13,4% e no estudo anterior, de 17,1%, no mesmo cenário. Em ambos os estudos os fatores de risco que podem determinar a ocorrência de baixo peso ao nascer foram a duração da gestação e tabagismo. O número de consultas de pré-natal aparece como fator de risco somente na atual pesquisa. Apesar da ligeira queda na proporção de recém-nascidos de baixo peso, registra-se ainda a inadequação da assistência pré-natal refletida em resultados

¹ Enfermeira. Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros-MG, Brasil;

² Doutora em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Enfermagem. Montes Claros-MG, Brasil;

³ Doutor em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Saúde da Mulher e da Criança, Montes Claros-MG, Brasil;

⁴ Doutora em Ciências. Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Enfermagem. Montes Claros-MG, Brasil.



Artigo

desfavoráveis. Campanhas para redução do tabagismo materno devem ser reiteradas com o intuito de promover maior redução do risco de nascimentos de recém-nascidos com baixo peso.

Palavras-chave: Recém-nascido de baixo peso; Fatores de risco; Tabagismo.

ABSTRACT - Birth weight is a parameter used to evaluate the health condition of the newborn and is associated with higher neonatal and infant mortality and morbidity. This study aimed to identify the prevalence and risk factors of low birth weight in a public maternity hospital in the interior of Minas Gerais, and to compare the data with a similar study carried out about 10 years ago in the same place. This is a cross-sectional and analytical study, with analysis of a representative sample of medical records. Bivariate analyzes were performed and the final model was generated through logistic regression analysis. In the present investigation the proportion of low birth weight was 13.4% and in the previous study, 17.1%, in the same scenario. In both studies the risk factors that may determine the occurrence of low birth weight were the duration of gestation and smoking. The number of prenatal consultations appears as a risk factor only in the current study. Despite the slight drop in the proportion of low birth weight infants, the inadequacy of prenatal care reflected in unfavorable outcomes is still recorded. Campaigns to reduce maternal smoking should be repeated in order to promote greater reduction of the risk of low birth weight babies.

Keywords: Low weight newborn; Risk factors; Smoking.

INTRODUÇÃO

O peso ao nascer é um parâmetro usado como medida síntese das condições de saúde do recém-nascido (RN), e está associado à maior mortalidade e morbidade neonatal e infantil, sendo considerado o fator isolado mais importante na sobrevivência nos primeiros anos de vida. O peso ao nascer reflete as condições de gestação e influencia a condição de saúde da criança após o nascimento (NORONHA *et al.*, 2012).

Recém-nascidos de baixo peso (RNBP) constituem, entre a população neonatal, um dos grupos mais vulneráveis ao óbito e apresentam até 20 vezes mais chances de



Artigo

morrer, em comparação com os de peso adequado ao nascer (CARNEIRO *et al.*, 2012). De acordo com a Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança, a proporção de baixo peso ao nascer (BPN) deve ser inferior a 10% dos nascimentos. No entanto, o BPN ocorre em 15,5% de todos os nascimentos no mundo (WHO, 2004). No Brasil existem variações regionais importantes em relação à incidência do baixo peso ao nascer em função, principalmente, das circunstâncias de vida e particularidades em relação à atenção à saúde nas diversas regiões (TOURINHO; REIS, 2013; NORONHA *et al.*, 2012; ALMEIDA, 2014).

A distribuição espacial do baixo peso ao nascer tem relação com as condições sociais e revela a desigualdade social e em saúde vivenciadas pela mãe durante a gestação. As regiões menos desenvolvidas do país como Norte e Nordeste evidenciam grandes desvantagens, pois estão associadas a piores condições socioeconômicas, são lugares onde a oferta e a entrada aos serviços é insuficiente, com atenção inapropriada e precariedade de acesso aos recursos perinatais (LIMA *et al.*, 2013). Entretanto, a situação é mais complexa, pois os estados da região Sul e Sudeste dispõem dos melhores indicadores socioeconômicos e apresentam as maiores taxas de BPN, diferentemente das outras regiões brasileiras, evento intitulado de paradoxo do baixo peso ao nascer (LIMA *et al.*, 2013; MAIA; SOUZA, 2010; VIANA *et al.*, 2013).

De maneira geral, a determinação da ocorrência do baixo peso ao nascer é considerada como multifatorial e resultante de influências biológicas, socioeconômicas e nutricionais no decurso da gestação e parto, que interagem isolada ou simultaneamente, em maior ou menor intensidade, de acordo com a exposição e as condições oferecidas pelo ambiente em que vive a gestante (SANTOS *et al.*, 2015; FERRAZ; NEVES, 2011; CAVALCANTI *et al.*, 2012).

O estudo dos fatores que se relacionam ao baixo peso ao nascer possibilita conhecer os motivos pelos quais o conceito sofre esse desfecho, o que pode subsidiar medidas de prevenção e intervenção na atenção à saúde da mulher - assistência adequada ao pré-natal; ao parto e ao recém-nascido, contribuindo para a qualificação dos serviços de saúde que atentem essa clientela (PESSOA *et al.*, 2015).

Para a região norte de Minas Gerais, um estudo concluiu que o tabagismo e a prematuridade mostraram ser os principais fatores de risco para o baixo peso ao nascer, enquanto os aspectos socioeconômicos e de assistência ao pré-natal analisados não se mostraram estatisticamente associados ao baixo peso ao nascer (FERREIRA TIAGO; CALDEIRA; VIEIRA, 2008). O presente estudo replica a investigação anterior no



Artigo

mesmo cenário, buscando identificar os fatores associado ao BPN decorridos 10 anos da primeira pesquisa.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa transversal e analítica realizada com dados de uma maternidade de referência para gestações de alto risco em um hospital universitário localizado na região norte do Estado de Minas Gerais, Brasil. Foram utilizados os prontuários das mães dos recém-nascidos e as declarações de nascidos vivos anexadas aos respectivos prontuários, no período de julho de 2013 a junho de 2015.

Para definição do número total de prontuários alocados para o estudo, considerou-se no cálculo amostral uma prevalência de 14% de ocorrência do evento baixo peso ao nascer (FERREIRA TIAGO; CALDEIRA; VIEIRA, 2008), uma população estimada de 4.073 nascidos vivos, com margem de erro de 2,5% e nível de confiança de 95%. O número identificado foi acrescido de 30% para eventuais perdas. Assim, definiu-se um mínimo de 524 prontuários para o estudo. A alocação dos prontuários foi realizada considerando uma amostragem probabilística estratificada, proporcional ao número de nascimentos para cada ano do estudo. A seleção de cada prontuário foi realizada por sorteio aleatório dentro de cada período (ano) do estudo.

As variáveis em estudo desta investigação foram as seguintes: fatores sociodemográficos maternos (idade da mãe; escolaridade; situação conjugal; ocupação habitual e procedência); fatores clínicos da gestação (idade gestacional; consultas pré-natais; tabagismo, drogas e álcool durante a gestação e tipo de parto) e fatores clínicos relacionados ao recém-nascido (peso de nascimento, sexo e presença de anomalia congênita).

As informações coletadas foram analisadas por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 (SPSS for Windows, Chicago, EUA). Inicialmente foi realizada análise descritiva dos dados. Em seguida, investigou-se a existência de associação estatística entre a variável dependente (peso de nascimento) e demais variáveis. Para tanto, foram conduzidas análises bivariadas por meio do teste qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher.

Todas as variáveis associadas ao baixo peso de nascimento até o nível de 20% ($p < 0,20$) foram incluídas na análise múltipla. No modelo final, gerado por meio de análise de regressão logística, foram mantidas as variáveis que apresentaram associação com



Artigo

baixo peso ao nascer até um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Em relação aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, para apreciação e foi aprovado mediante Parecer Consubstanciado nº 1.145.403.

RESULTADOS

Foram avaliados 524 prontuários, sendo 131 referentes ao ano de 2013; 257 referentes ao ano de 2014 e 136 referentes ao ano de 2015. A caracterização da amostra (Tabela 1) revelou que a maior parte das mães atendidas se encontrava na faixa etária entre 20 e 34 anos (68,7%). Em relação à escolaridade, identificou-se que a maioria (56,1%) possuía o ensino médio. Quanto à situação conjugal, o percentual de mães solteiras foi de 26,5%. Identificou-se que do total de recém-nascidos, a maioria, 457 (87,2) era de gestações à termo (entre a 37^a a 41^a semanas). Quanto ao número de consultas de pré-natal realizadas pela mãe, 344 (65,6%) realizaram setes ou mais consultas. Em relação ao uso de drogas lícitas e ilícitas durante o período gestacional, o tabaco foi utilizado durante a gestação por 34 (6,5%); o uso de bebidas alcoólicas por igualmente referido por 34 (6,5%) mulheres. Do total de partos, 126 (24,0%) ocorreram por operação cesariana. Quanto ao peso ao nascimento 327 (62,4%) crianças apresentaram peso ao nascimento superior a 3000 gramas e 70 recém-nascidos (13,4%) pesaram menos que 2500 gramas.



Artigo

Tabela 1– Características sociodemográficas e condições da gestação e nascimento em relação as gestantes atendidas na Maternidade Maria Barbosa, Hospital Universitário Clemente de Faria. 2013-2015(n=524).

Variáveis	(n)	(%)
Idade da gestante		
Até 19 anos	120	22,9
20 a 34 anos	360	68,7
35 e mais	44	8,4
Escolaridade		
Sem escolaridade	2	0,4
Fundamental incompleto	26	5,0
Fundamental Completo	133	25,4
Médio	294	56,1
Superior Completo	25	4,8
Superior incompleto	44	8,4
Estado civil		
Casada	188	35,9
Solteiro	139	26,5
União Estável	189	36,1
Separada judicialmente	8	1,5
Trabalho externo		
Sim	206	39,3
Não	318	60,7
Procedência		
Montes Claros	330	63,0
Outros Municípios	194	37,0
Duração da gestação		
22 a 27 semanas	8	1,5
28 a 31 semanas	6	1,1
32 a 36 semanas	49	9,4
37 a 41 semanas	457	87,2
42 semanas ou >	4	0,8
Consultas pré-natais		
Nenhuma	8	1,5
1 a 3	27	5,2
4 a 6	145	27,7
7 ou mais	344	65,6
Tabagismo		
Sim	34	6,5
Não	490	93,5



Artigo

Drogas		
Sim	12	2,3
Não	512	97,7
Álcool		
Sim	34	6,5
Não	490	93,5
Tipo de parto		
Normal	398	76,0
Cesárea	126	24,0
Peso ao nascimento		
< 2.500g	70	13,4
2.500 a 3000g	127	24,2
>3.000g	327	62,4
Sexo da criança		
Feminino	270	51,5
Masculino	254	48,5
Anomalia ou defeito congênito		
Sim	7	1,3
Não	517	98,7

Fonte: Cenário do estudo, 2013-2015.

A tabela 2 apresenta os resultados da análise bivariada, na identificação de fatores associados ao baixo peso de nascimento.



Artigo

Tabela 2 – Fatores associados ao baixo peso ao nascer na Maternidade Maria Barbosa, Hospital Universitário Clemente de Faria. Análise bivariada (n=524).

Variáveis	Baixo peso				p-valor
	Sim		Não		
	(n)	(%)	(n)	(%)	
Idade da gestante (anos)					0,002
<20	26	37,1	94	20,7	
≥20	44	62,9	360	79,3	
Escolaridade					0,126
Fundamental	27	38,6	134	29,5	
Médio/ Superior	43	61,4	320	70,5	
Estado Civil					0,007
Solteira	29	41,4	118	26,0	
União Estável	41	58,6	336	74,0	
Trabalho Externo					0,690
Trabalha	26	37,1	180	39,6	
Não trabalha	44	62,9	274	60,4	
Procedência					0,982
Montes Claros	44	62,9	286	63,0	
Outros Municípios	26	37,1	168	37,0	
Duração da Gestação					<0,001
< 37 semanas	47	67,1	18	4,0	
≥ 37 semanas	23	32,9	436	96,0	
Consulta pré-natal					<0,001
< 6	13	18,6	22	4,8	
≥ 7	57	81,4	432	95,2	
Tabagismo					0,020
Sim	9	12,9	25	5,5	
Não	61	87,1	429	94,5	
Drogas					0,062*
Sim	4	5,7	8	1,8	
Não	66	94,3	446	98,2	
Álcool					0,486*
Sim	5	7,1	29	6,4	
Não	65	92,9	425	93,6	



Artigo

Sexo do RN					0,430
Masculino	37	52,9	217	47,8	
Feminino	33	47,1	237	52,2	
Anomalia Congênita					0,237*
Sim	2	2,9	5	1,1	
Não	68	97,1	449	98,8	

Fonte: Cenário do estudo, 2013-2015.

No modelo ajustado por regressão logística, apresentado na tabela 3, as variáveis que se mantiveram estatisticamente associadas ao baixo peso de nascimento foram: idade gestacional, tabagismo e o número de consultas de pré-natal. Apresentaram maior risco para a ocorrência de baixo peso ao nascer em recém-nascidos com menos de 36 semanas (OR ajustado =45,955; IC=22,30 - 94,69); crianças cujas mães fizeram referiram tabagismo durante o período gestacional (OR ajustado =3,44; IC =1,20 - 9,80) e menos de sete consultas de pré-natal (OR ajustado =3,19; IC=0,15 - 0,62).

Tabela 3 – Fatores associados ao baixo peso ao nascer na Maternidade Maria Barbosa, Hospital Universitário Clemente de Faria. Análise Múltipla. 2013 – 2015 (n=524).

VARIÁVEL	OR (AJUSTADO)	IC (95%)	VALOR P
Idade gestacional			
< 37 semanas	45,95	22,30 - 94,69	<0,001
≥ 37 semanas	1	-	-
Fumo			
Sim	3,44	1,20 - 9,80	0,021
Não	1	-	-
Consulta pré-natal			
< 6 consultas	3,22	1,61-6,67	<0,001
≥7 consultas	1	-	-

Fonte: Cenário do estudo, 2013-2015.

DISCUSSÃO

No presente estudo, verificou-se que, decorridos 10 anos, a incidência de baixo peso ao nascer para uma maternidade de referência no norte de Minas Gerais passou de



Artigo

17,1% para 13,4% e o tabagismo e a prematuridade permanecem como fatores associados ao baixo peso de nascimento (FERREIRA TIAGO; CALDEIRA; VIEIRA, 2008). Em relação ao estudo anterior, apenas o número de consultas de pré-natal foi acrescentado aos fatores associados ao BPN.

Apesar da redução observada na incidência de crianças com baixo peso ao nascer, é relevante destacar que o valor registrado ainda é maior do que a média brasileira e aos valores registrados em outros estudos (GIGLIO *et al.*, 2005; GURGEL *et al.*, 2009; PAULA *et al.*, 2011; MAIA; SOUZA, 2010; SILVA *et al.*, 2011). É possível que o valor mais elevado seja decorrente do fato de se tratar de uma maternidade de alto risco e referência para vários municípios no norte de Minas Gerais.

Além disso, a proporção de BPN verificada neste estudo pode ser explicada pelo aumento de nascimentos prematuros, evento que pode estar relacionado com as interrupções da gestação por cesariana ou indução do parto, procedimento que vem apresentando tendência mundial de aumento ocasionando elevação nos custos dos serviços de saúde e nos riscos de morbimortalidade materna e perinatal (CASSIANO *et al.*, 2014; BETRÁN *et al.*, 2016).

Em consonância com o estudo anterior, no presente estudo, o fator de risco que mais contribuiu para a ocorrência de BPN foi a prematuridade. Em estudo conduzido no Sul do Brasil, a prematuridade e o restrito número de consultas pré-natais também se mostraram associados ao baixo peso de nascimento (MORAES *et al.*, 2012). Parece existir consenso entre a maior parte dos autores de que a duração da gestação é, sem dúvida, um dos fatores determinantes do crescimento intrauterino. Alguns estudos registram que as crianças nascidas com menos de 37 semanas de gestação, tiveram uma chance de cerca de 13 vezes a 21 vezes maior de pesar menos de 2.500 g do que quando comparado com crianças não-prematargas (SALLY; WERNECK, 2010; SASS *et al.*, 2011; ALMEIDA *et al.*, 2014; CAVALCANTI *et al.*, 2012; MAIA E SOUZA; 2010).

Considerando, pois, que a gestação a termo se constitui um fator de proteção em relação ao baixo peso de nascimento e que, quanto mais breve a gestação, entre 22 a 31 semanas e de 32 a 36 semanas, menor o tamanho do recém-nascido e maior o risco de mortalidade, morbidade e incapacidade, são necessários maiores esforços para a preservação de uma gestação saudável e abordagem oportuna de condições que podem culminar a prematuridade (CAVALCANTI *et al.*, 2012; MAIA; SOUZA, 2010). Nesse sentido, esforços precisam estar concentrados na prevenção da prematuridade, com assistência ante natal equitativa e prestação de serviço qualificado para as mães com gestação de risco, além de utilização de equipamento adequado e pessoal capacitado para



Artigo

atender a essa população de prematuros, que necessita de atendimento rápido e especializado (NASCIMENTO *et al.*, 2012; ALMEIDA *et al.*, 2011; FERRARI *et al.*, 2013).

O presente estudo possibilitou a identificação de que existe uma importante lacuna na atenção pré-natal às mães assistidas na região norte de Minas Gerais, uma vez que parcela considerável dessas mulheres não contou com um número mínimo de seis consultas pré-natais e esse fato se mostrou como variável associada ao nascimento de baixo peso na análise múltipla. A adequada assistência durante a gravidez se faz necessária, pois possibilita a detecção e o tratamento de hábitos e condições maternas que podem contribuir para a ocorrência de partos prematuros (MAIA; SOUZA, 2010). Embora o número mínimo de consultas não determine necessariamente uma boa qualidade de assistência pré-natal, é razoável concluir que, quando nem esse número mínimo é alcançado, existe grande fragilidade no processo de acompanhamento do binômio mãe-filho.

Em outras investigações com o propósito de identificar os fatores associados ao baixo peso ao nascer, observou-se maior porcentagem de BPN nos nascidos vivos de mães que realizaram de 1 a 3 consultas, valor inferior ao recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil (MAIA; SOUZA, 2010; ROJAS *et al.*, 2013). Segundo Rojas *et al.*, (2012), quanto mais jovem a gestante, especialmente as adolescentes, maior é a prevalência da não realização de pré-natal adequado. Mas esse fato não foi avaliado no presente estudo.

O impacto positivo de um maior número de consultas pré-natais sobre os resultados obstétricos deve-se à identificação de situações de risco e à realização de intervenções precoces e eficientes, influenciando positivamente nas condições ao nascer, principalmente em relação ao peso do neonato (PAULA *et al.*, 2011; SANTOS *et al.*, 2014). Dessa maneira, o adequado acompanhamento pré-natal deve ser amplamente reconhecido como uma das principais medidas de promoção de uma gestação saudável. Quando corretamente conduzido, permite identificar precocemente e tratar complicações da gestação, além de reduzir ou eliminar os fatores de risco modificáveis (ROJAS *et al.*, 2012; PAULA *et al.*, 2011).

Infelizmente, os resultados observados não traduzem uma situação local e o país, de modo geral, ainda enfrenta muitos desafios como melhorar a qualidade do pré-natal, o que também justifica a proporção de BPN (CASSIANO *et al.*, 2014). Guimarães *et al.*, (2018) revelaram importantes dificuldades organizacionais tanto no acesso, quanto na



Artigo

qualidade do cuidado ofertado pelas equipes de saúde da família, além de evidente inadequação das ações de gestão voltadas ao aprimoramento do cuidado pré-natal.

Em relação ao tabagismo, outra variável que também se mostrou associada ao baixo peso de nascimento para a população estudada, após análise conjunta das variáveis, o resultado assemelha-se ao que foi registrado do estudo anterior. Ambas as investigações confirmam o efeito negativo do fumo para o peso do recém-nascido. Assim como nos estudos de Viana *et al.* (2013) e Zhang *et al.* (2011).

De acordo com Scowitz *et al.* (2013), o tabagismo materno constitui-se um grande problema de saúde pública, devido a sua elevada prevalência e fatores negativos sobre a saúde materna e fetal. Quando aferidos simultaneamente os três parâmetros antropométricos do recém-nascido: peso, comprimento e o perímetro cefálico ao nascer, é possível identificar o grande impacto negativo do tabagismo materno durante a gestação. Em relação ao peso, pode ocorrer a redução em média de 150 a 200 gramas.

É relevante destacar que alguns estudos não registraram associação significativa entre o tabagismo na gestação e o baixo peso de nascimento (ROJAS *et al.*, 2012, BACKES; SOARES, 2011). Para Silva *et al.* (2011), essa não associação pode ser devido à falta de aceitabilidade social. Isto é, as gestantes, com receio de possível recriminação e desaprovação pelos profissionais de saúde, podem expor menor consumo dessa substância ou até mesmo negá-lo. O acompanhamento pré-natal é um momento de aproximação entre a equipe de saúde e a gestante, e também uma oportunidade para desenvolver ações voltadas ao controle do tabagismo (CRUZ; CRUZ; BORTOLI, 2017).

Essa é uma ação particularmente importante para a região, considerando que, decorridos 10 anos da primeira avaliação, ainda permanece como um fator de risco modificável associado ao nascimento de recém-nascidos de baixo peso. Em princípio, as ações de combate ao tabagismo devem contemplar a abordagem da gestante e da sua família, como forma de apoio durante o tratamento, em um esforço para conscientizá-los da necessidade de apoiarem a cessação entre as gestantes fumantes, e de proteger as não fumantes da exposição passiva ao tabaco. A abordagem isolada da gestante, quase sempre é insuficiente para o êxito na cessação do tabagismo. O desenvolvimento de programas direcionados às gestantes tabagistas, organizado e coordenado pelas equipes de ESF também representa uma estratégia válida de educação em saúde e apoio mútuo (MOTTA; ECHER; LUCENA, 2010).

Outros estudos identificaram outros fatores associados ao baixo peso de nascimento, que não foram registradas no presente estudo, especialmente aquelas relacionadas às condições socioeconômicas desfavoráveis e condições da gestação que



Artigo

podem influenciar negativamente no estado nutricional dos recém-nascidos (REFS). No presente estudo, não foi possível avaliar todas essas variáveis, considerando tratar-se de uma população mais homogênea, em relação aos aspectos socioeconômicos, pois todos os nascimentos avaliados ocorreram em uma maternidade pública, que atende exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os autores acreditam que não é possível negar esses outros fatores. A prevalência de nascimento de recém-nascidos de baixo peso será decorrente da diversidade de cada realidade, considerando que a vida saudável não depende unicamente de aspectos físicos ou genéticos, mas é também influenciada pelas relações sociais que engendram formas de acesso à alimentação, educação, trabalho, renda, lazer, paz e ambientes adequados, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida (CASSIANO *et al.*, 2014).

As desigualdades regionais no Brasil são expressivas e ratificam a necessidade do fortalecimento de políticas públicas que objetive diminuí-las e aprimorar a qualidade dos serviços oferecidos à população. O acesso e a qualidade do pré-natal também estão, quase sempre, ligados às condições de vida da população. Ainda que os investimentos na área da saúde não possam reverter indicadores sociais negativos, a garantia do acesso universal e equânime às gestantes pode contribuir para reduzir desigualdades, sobretudo para aquelas de baixa renda, que mais necessitam dos serviços públicos do pré-natal (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Há que se considerar que, ao longo dos últimos 10 anos, período decorrido entre os dois estudos, houve avanços, como a instituição da *Rede Cegonha* que promove a assistência materno infantil, incluindo bebês prematuros e a termo, cuidando de forma integral e humanizada até dois anos e a afirmação da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (KLOSSOSWSKI *et al.*, 2016). No entanto, é preciso interesse de todos os envolvidos sobre o serviço de saúde que está sendo viabilizado, desde o usuário ao profissional para que ele se efetive. A associação entre número insuficiente de consultas pré-natal e ocorrência do BPN reforça a necessidade e a importância de que a assistência pré-natal adequada alcance todas as gestantes.

É relevante registrar, finalmente, que os resultados do presente estudo devem ser considerados à luz de algumas limitações. Como já registrado, trata-se de uma população específica, assistida no âmbito do SUS. Algumas variáveis foram aferidas a partir do autorrelato das gestantes no prontuário. Outra limitação é aquela inerente aos estudos com banco de dados secundários, onde a precisão dos dados recolhidos nem sempre é absoluta. Ainda assim, o estudo apresenta resultados relevantes, destacando a necessidade de uma revisão crítica do acesso e dos processos assistenciais na atenção pré-natal para a região.



Artigo

CONCLUSÃO

Decorridos 10 anos da primeira análise, os fatores de risco associados ao baixo peso ao nascimento da publicação anterior, permanecem presentes no atual estudo, com destaque para o tabagismo materno e indicadores de qualidade precária da assistência pré-natal. Registrou-se uma redução muito pequena na proporção de recém-nascidos de baixo peso o que também enseja adequação e ampliação da assistência pré-natal a fim de diminuir a possibilidade de complicações gravídicas e resultados perinatais desfavoráveis.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.H.doV.de *et al.* Baixo peso ao nascer em adolescentes e adultas jovens na Região Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil Online*, Recife, v.14, n.3, p.279-286, jun./set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292014000300279>. Acesso em: 01 Abr. 2017.

ALMEIDA, M.F. *et al.* Sobrevida e fatores de risco para mortalidade neonatal em uma coorte de nascidos vivos de muito baixo peso ao nascer, na Região Sul do Município de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública Online*. Rio de Janeiro, v. 27, n.6, p.1088-1098, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/06.pdf>>. Acesso em 15 dez. 2016.

BACKES, M.T.S; SOARES, M.C.F. Poluição ambiental, residência materna e baixo peso ao nascer. *Revista Brasileira de Enfermagem Online*, Brasília, v. 64, n. 4, p. 639-650, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a03v64n4.pdf>>. Acesso em: 01Abr. 2017.

BETRÁN, A.P *et al.* The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoSOne*. 11(2): e0148343, 2016. Disponível em:<<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0148343>>.pdf. Acesso em: 01Abr. 2017.



Artigo

CARNEIRO, J.A. et al. Risk factors for mortality of very low birth weight newborns at a Neonatal Intensive Care Unit. *Revista Paulista de Pediatria Online*. v.30, n.3, p.369-76, 2012. Disponível em:<

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010305822012000300010&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 01Abr. 2017.

CASSIANO, A.C.M. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. *Revista do Serviço Público Online*, Brasília, v. 65, n.2, p.227-244, abr/jun, 2014. Disponível em <

<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>>. Acesso em:01Abr.2017.

CAVALCANTI, A.U.A et al. Modelo de decisão sobre os fatores de risco para o baixo peso ao nascer em João Pessoa-PB. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde Online*, Paraíba, v.16,n. 3, p.279-284, nov.2012. Disponível em:

<<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/10703/7858>>. Acesso em: 01Abr. 2017.

CRUZ, J da; CRUZ, J. G da; BORTOLI, C. de F.C de . Percepções de gestantes tabagistas sobre malefícios do tabaco durante a gestação. *J Nurs Health*, v.7, n.2, p.178-87, 2017. Disponível

em:<<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/9882/7887>>.Acessoem:01Abr.2017.

FERRARI, R.A.P. et al. Fatores determinantes da mortalidade neonatal em um município da Região Sul do Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP Online*. São Paulo, v. 47, n.3, p. 531-538, 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00531.pdf>>. Acesso em 15 dez. 2017.

FERRAZ, T.da.R; NEVES, E.T. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. *Revista Gaúcha de Enfermagem Online*, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 86-92, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v32n1/a11v32n1.pdf>>. Acesso em: 01 Abr. 2017.



Artigo

FERREIRA TIAGO, L; CALDEIRA, A.P; VIEIRA, M.A. Fatores de risco de baixo peso ao nascimento e maternidade pública do interior de Minas Gerais. *Pediatrics Online*, v.30, n. 1,p.8-14,2008. Disponível em:<https://www.researchgate.net/publication/237214684_>. Acesso em: 01 Abr. 2017.

GIGLIO, M.R.P. *et al.* Baixo peso ao nascer em coorte de recém-nascidos em Goiânia-Brasil no ano de 2000. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia Online*, Rio de Janeiro, v.27, n.3, p.130-136, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n3/24934.pdf>>. Acesso em: 01 Abr. 2017.

GUIMARÃES, W.S.G *et al.* Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Caderno. Saúde Pública Online*, v.34, n.5,:e00110417, 2018. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00110417.pdf>>. Acesso em:01Abr.2017.

GURGEL, R.Q *et al.* Características das gestações, partos e recém-nascidos da região metropolitana de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil Online*, Recife,v.9, n.2, p.167-177, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000200006>. Acesso em:01Abr.2017.

KLOSSOSWSKI, D.G *et al.* Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. *Rev. CEFAC Online*, Jan-Fev, v.18, n.1, p.137-150, 2016. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v18n1/1982-0216-rcefac-18-01-00137.>.pdf>>. Acesso em:01Abr.2017.

LIMA, M. C. B de M *et al.* A desigualdade espacial do baixo peso ao nascer no Brasil. *Revista Ciência e Saúde Coletiva Online*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2443 2452, ago. 2013. Disponível em:<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001600029>. Acesso em: 01Abr.2017.

MAIA, R.da. R. P; SOUZA, J.M.P.de. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em município do norte do Brasil. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento*



Artigo

Humano Online. São Paulo, v. 20, n. 3, p. 735-744, 2010. Disponível em:
<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n3/08.pdf>>. Acesso em: 01 Abr. 2017.

MORAES, A. B. de et al. Risk factors for low birth weight in Rio Grande do Sul State, Brazil: classical and multilevel analysis. *Caderno Saúde Pública Online*, v. 28, n.12, p. 2293-2305, 2012. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001400008&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001400008>. >. Acesso em: 01 Abr. 2017.

MOTTA, G. de. C.P; ECHER, I.C; LUCENA, A. de. F. Fatores associados ao tabagismo na gestação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem Online*, São Paulo, v. 18, n.4, p. 08, jul/ago, 2010. Disponível em <
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_21.pdf >. Acesso em: 01 Abr. 2017.

NASCIMENTO, R.M. *et al.* Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Caderno de Saúde Pública Online*. Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.559-572, 2012. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/16.pdf>>. Acesso em 15 dez. 2016.

NORONHA, G. A.de *et al.* Evolução da assistência materno-infantil e do peso ao nascer no Estado de Pernambuco em 1997 e 2006. *Revista Saúde e Ciência Coletiva Online*, Rio de Janeiro, v. 17,n.10,p.2749-2756,out. 2012.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001000023&script=sci_arttext>. Acesso em: 01Abr.2017.

PAULA, H.A.A. *et al.* Peso ao nascer e variáveis maternas no âmbito da promoção da saúde. *Revista de Atenção Primária a Saúde Online*, Juiz de Fora, v. 14, n. 1, p. 67-74, 2011. Disponível em:<<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1003/447>>. Acesso em: 01 Abr. 2017.

PESSOA, T.A.O *et al.* O crescimento e desenvolvimento frente à prematuridade e baixo peso ao nascer. *Av Enferm Online*, v.33, n.3, p.401-411, 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n3/v33n3a08.pdf>>. Acesso em: 01Abr.2017.



Artigo

ROJAS, P.F.B.F. *et al.* Fatores maternos preditivos de baixo peso ao nascer: um estudo caso-controle. *Revista Arquivos Catarinenses de Medicina Online*, Florianópolis, v. 42, n. 1, p. 68-75, 2013. Disponível

em:<<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1215.pdf>>. Acesso em: 01Abr.2017.

ROJAS, P.F.B. F *et al.* Fatores modificáveis associados ao baixo peso ao nascer da gravidez na adolescência. *Revista da Associação Catarinense de Medicina Online*, Santa Catarina, v.41, n. 2, p.64-69,abr/mar.2012. Disponível em:

<<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/930.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2016.

SALLY, E.O.F; WERNECK, G.L. Desigualdade econômica e baixo peso ao nascer em Niterói, Rio de Janeiro. *Cadernos Saúde Coletiva Online*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 282-290, 2010. Disponível

em:<http://nesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_2/artigos/CSCv18n2_282-290.pdf>.

Acesso em:01Abr.2017.

SANTOS, M.T.M dos et al. Fatores relacionados ao peso ao nascer: influência de dados gestacionais. *Rev. Méd. Minas Gerais Online*, v.25, n.2, p.192-198, 2015. Disponível

em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/1774>>.Acesso em:01Abr.2017.

SANTOS, N.L de A.C. *et al.* Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. *Revista Ciência & Saúde Coletiva Online*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 719-726, 2014. Disponível

em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00719.pdf>>. Acesso em: 01Abr.2017.

SASS, A. *et al.* Resultados perinatais nos extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer. *Revista Gaúcha de Enfermagem Online*, Porto Alegre, v.32, n.2, p. 352-358, 2011. Disponível

em:<<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a20v32n2.pdf>>. Acesso em: 01Abr. 2017.

SCLOWITZ, I. K.T *et al.* Maternal smoking in successive pregnancies and recurrence of low birthweight: the 2004 Pelotas birth cohort study, Brazil. *Caderno de Saúde Pública Online*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 123-130, jan. 2013. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/15.pdf> >. Acesso em: 01 Abr. 2017.



Artigo

SILVA, I. *et al.* Associação entre abuso de álcool durante a gestação e o peso ao nascer. *Revista de Saúde Pública Online*, São Paulo, v.45, n. 5, p. 864-869, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v45n5/2593.pdf>>. Acesso em: 01 Abr. 2017.

TOURINHO, A.B; REIS, L.B.S.M. Peso ao Nascer: Uma Abordagem Nutricional. *Revista Comunicação em ciências da Saúde Online*, Brasília, v.23, n.1, p. 19-30, 2013. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n1_a02_peso_ao_nascer.pdf>. Acesso em: 01 Abr. 2017.

VIANA, K.de.J *et al.* Peso ao nascer de crianças brasileiras menores de dois anos. *Caderno de Saúde Pública Online*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p.349-356, fev.2013. Disponível em:<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2013000600021>. Acesso em: 01 Abr. 2017.

World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (Unicef). Low birthweight: contry, regional and global estimates. New York: WHO, Unicef; 2004.

ZHANG, L *et al.* Tabagismo materno durante a gestação e medidas antropométricas do recém-nascido: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública Online*, Rio de Janeiro, v. 27, n.9, p. 1768-1776, set.2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000900010>. Acesso em: 01 Abr. 2017.



Artigo

VARIÁVEIS RELACIONADAS AO NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA
FUNCIONAL E AO ÓBITO NO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO
MODERADO OU GRAVE

VARIABLES RELATED TO THE LEVEL OF FUNCTIONAL
INDEPENDENCE AND DEATH IN MODERATE AND SEVERE TRAUMATIC
BRAIN INJURY

Fernanda Dillenborg da Costa¹
Cejane Oliveira Martins Prudente²

RESUMO - Introdução: O traumatismo cranioencefálico (TCE) é considerado um importante problema de saúde pública, pois afeta a saúde e a funcionalidade humana. Determinar a busca dos fatores que relacionam o prognóstico das vítimas é dificultada devido ao grande número de variáveis existentes que influenciam na recuperação após o trauma. **Objetivo:** investigar a relação de variáveis sociodemográficas, ambientais e clínicas com o nível de independência funcional e o óbito de vítimas de TCE moderado ou grave. **Métodos:** estudo prospectivo e longitudinal, realizado entre outubro de 2017 e abril de 2018, em um hospital de referência no oeste da Bahia. Foram coletados dados no prontuário, com os responsáveis e a aplicação da Medida de Independência Funcional (MIF), para o desfecho de alta. Os dados foram analisados com o auxílio do pacote estatístico SPSS versão 23, adotando um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). **Resultados:** a amostra foi constituída por 42 vítimas, a maioria com TCE grave (83,3%), com média de idade de 33,50 anos, do sexo masculino (88,1%) e vítimas de acidente motociclístico (64,3%). Houve maior frequência de dependência funcional motora e cognitiva modificada (72,4%). As variáveis relacionadas ao óbito foram: ser do sexo masculino, ter ensino fundamental, apresentar menor tempo de internação, com quadro

¹ Enfermeira. Mestranda em Ciências Ambientais e Saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). E-mail: fernandadillenborg@hotmail.com Endereço para correspondência: Rua Sílvio Scopel, nº 1187. Cachoeira do Sul, RS, Brasil. CEP 96506-63;

² Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Goiás (UFG). Docente no Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde da PUC-GO. E-mail: cejanemp@hotmail.com.



Artigo

de hematoma subdural agudo, lesão hipóxico isquêmica e pupilas midriáticas. Na alta, os piores resultados da MIF estiveram relacionados a um maior tempo de internação hospitalar e pupilas anisocóricas. A Escala de Coma de Glasgow (ECGI) e o *Revised Trauma Score* (RTS) não serviram para determinar a gravidade do TCE e avaliar a morbimortalidade do grupo que evoluiu à óbito, neste estudo. **Conclusão:** a análise de fotorreação das pupilas foi a variável que demonstrou relação significativa ao desfecho clínico, seja ele de independência funcional ou óbito, podendo ser utilizada com segurança para ditar o prognóstico das vítimas de TCE.

Palavras-chave: Traumatismos craniocerebrais; Acidentes; Fatores epidemiológicos; Indicadores de morbimortalidade; Saúde pública.

ABSTRACT - Introduction: Traumatic brain injury (TBI) is considered an important public health problem because it affects human health and functionality. Determining the search for the factors that relate the prognosis of the victims is difficult due to the large number of variables that influence the recovery after the trauma. **Objective:** to investigate the relationship of sociodemographic, environmental and clinical variables with the level of functional independence and the death of victims of moderate or severe TBI. **Methods:** prospective and longitudinal study, carried out between October 2017 and April 2018, in a reference hospital in the west of Bahia. Data were collected in the medical records, with those responsible and the application of the Functional Independence Measure (MIF), for the discharge outcome. Data were analyzed using the statistical package SPSS version 23, adopting a significance level of 5% ($p \leq 0.05$). **Results:** The sample consisted of 42 victims, the majority with severe TBI (83.3%), mean age of 33.50 years, male (88.1%) and motorcycle accident victims (64.3% %). There was a higher frequency of modified motor and cognitive functional dependence (72.4%). The variables related to death were: male, have primary education, have a shorter hospitalization time, with acute subdural hematoma, ischemic hypoxic lesion, and mydriatic pupils. At discharge, the MIF's worst results were related to a longer hospital stay and anisocortical pupils. The Glasgow Coma Scale (ECGI) and the Revised Trauma Score (RTS) were not used to determine the severity of TBI and to assess the morbidity and mortality of the group that evolved to death in this study. **Conclusion:** the pupil photoreaction analysis was the variable that demonstrated a significant relation to the clinical outcome, be it functional independence or death, and could be used safely to dictate the prognosis of TBI victims.



VARIÁVEIS RELACIONADAS AO NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E AO ÓBITO NO
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO MODERADO OU GRAVE

Páginas 352 a 375

Artigo

Keywords: Craniocerebral injuries; Accidents; Epidemiological factors; Indicators of morbidity and mortality; Public health.

INTRODUÇÃO

O traumatismo cranioencefálico (TCE) é considerado um dos agravos mais complexos que podem afetar a saúde e funcionalidade humana. Apresenta-se de várias formas, desde alterações leves da consciência até um estado comatoso e morte (GALGANO et al., 2017; MCGINN; POVLISHOCK, 2016).

É definido como qualquer trauma ao cérebro que tenha como resultado lesão anatômica, como fratura de crânio ou lesão do couro cabeludo, comprometimento funcional das meninges, encéfalo e seus vasos. Pode ser causado por aceleração e desaceleração rápida da cabeça, gerando movimentos bruscos do encéfalo dentro da caixa craniana, ou pelo impacto de um objeto (MONSEF et al., 2015; PRINS et al., 2013).

Após o trauma inicial ocorre uma cascata de eventos ou lesões secundárias, que podem durar de horas a semanas e incluem lesão de axônios, edema e aumento da pressão intracraniana, aumento de lesões geradas por radicais livres, liberação de neurotransmissores excitatórios e morte celular (GALGANO et al., 2017).

Além de ser um importante problema médico, o TCE é também um problema social e econômico. Globalmente, a incidência desse agravo está aumentando devido ao uso crescente de veículos motorizados, em países de baixa e média renda, e ao envelhecimento da população em países desenvolvidos (BRAZINOVA et al., 2015; MADJAN et al., 2016).

Estima-se que, anualmente, ocorram 125.500 internações hospitalares por ano associadas ao TCE no Brasil e o número de óbitos dele decorrido é superado apenas pelas neoplasias e doenças cardiovasculares (ALMEIDA et al., 2016; MAIA et al., 2013). As vítimas que sobrevivem podem apresentar deficiência ou incapacidades permanentes de ordem física, cognitiva e comportamental/emocional. Tais distúrbios podem prejudicar relacionamentos prévios e impedir o retorno ao trabalho, com graves impactos econômicos e sociais. O ônus global é tal que os sobreviventes ao TCE têm uma expectativa de vida menor do que a população geral (STOCCHETTIE; ZANIER, 2016).

Predizer o desfecho clínico ainda é um dos principais problemas associados ao TCE, pois depende de aspectos anatomoclínicos e evolutivos do trauma. Além do mais,



VARIÁVEIS RELACIONADAS AO NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E AO ÓBITO NO
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO MODERADO OU GRAVE

Páginas 352 a 375

Artigo

a busca de indicadores que relacionam o prognóstico das vítimas é dificultada em função do grande número de variáveis existentes que influenciam na recuperação pós-trauma (JERÔNIMO et al., 2014). Atualmente existem muitos modelos prognósticos para pacientes com TCE publicados, entretanto, a qualidade metodológica geralmente é ruim e poucos destes incluem pacientes de países em desenvolvimento (PEREL et al., 2008).

Tendo em vista as inúmeras correlações possíveis, para este estudo foram utilizadas variáveis sociodemográficas (sexo, estado civil, escolaridade, profissão e local de residência), ambientais (etiologia do trauma, uso de capacete / cinto de segurança, carteira de habilitação, uso de bebidas, transporte entre hospitais, meio de remoção, tempo até atendimento no serviço de referência, distância percorrida) e clínicas (classificação do TCE, tipo de lesão cerebral, escores da Escala de Coma de Glasgow (ECGI) e do *Revised Trauma Score* (RTS), reatividade das pupilas, tempo de internação e conduta do neurocirurgião) que podem estar relacionadas ao prognóstico dos pacientes. O desfecho clínico avaliado foi o nível de independência funcional motora e cognitiva do paciente que recebeu alta hospitalar, bem como as características epidemiológicas e o número de óbitos.

O tema foi escolhido tendo em vista os altos índices de morbimortalidade do TCE; o acometimento epidêmico da população masculina adulto-jovem; a variedade de etiologias e as inúmeras influências ambientais, fisiológicas e anatomoclínicas no prognóstico dos pacientes; o ônus financeiro para os cofres do Estado (seguros, internações, reabilitação e/ou perda de pessoas em idade produtiva); a superlotação de leitos hospitalares; além do impacto emocional para os familiares. Entender a relação proposta neste estudo pode resultar em ações preventivas e de educação, bem como implantar e/ou reforçar estratégias de reabilitação para estas vítimas.

O objetivo do estudo foi investigar a relação de variáveis sociodemográficas, ambientais e clínicas com o nível de independência funcional e o óbito de vítimas de TCE moderado ou grave.

MÉTODO

Trata-se de um estudo prospectivo e longitudinal. A amostra foi constituída por vítimas de TCE moderado ou grave, com idade igual ou superior a 16 anos (a idade mínima foi determinada pelo fato do instrumento de Medida de Independência Funcional – MIF somente poder ser aplicado a partir desta faixa etária); que foram admitidos e



Artigo

internados entre os meses de outubro de 2017 e abril de 2018, no Hospital do Oeste (HO), município de Barreiras-BA. Foram excluídos os pacientes com TCE leve e história pregressa de doença neurológica.

A coleta dos dados ocorreu em dois momentos. No primeiro, realizado na admissão hospitalar, foi determinada a gravidade do TCE, a partir do escore da Escala de Coma de Glasgow (ECGI), definido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no local do acidente. No caso em que o transporte foi realizado por carro particular, utilizou-se o escore determinado pelo médico neurocirurgião no momento da admissão hospitalar.

A ECGI é uma escala fisiológica de grande valor preditivo, utilizada mundialmente por médicos e enfermeiros para avaliação do nível de consciência e classificar o coma. Confere acurácia para a determinação da gravidade do trauma, interpretação do estado clínico e prognóstico do paciente, e é considerada padrão-ouro para avaliação inicial de pacientes com TCE. Tradicionalmente, uma pontuação de 14-15 é definida como TCE leve, escores de 9-13 como moderado e escores abaixo de 8 como grave (TEASDALE; JENNETT, 1974; TEASDALE et al., 2014).

Em sequência foi aplicado o *Revised Trauma Score* (RTS) que utiliza dados das funções vitais e avalia a morbimortalidade da vítima de trauma.

Para o cálculo do RTS é utilizado o valor numérico relacionado (VNR) de três variáveis fisiológicas: Escala de Coma de Glasgow (ECGI), frequência respiratória (FR) e avaliação hemodinâmica pela pressão arterial sistólica (PAS) (ALVAREZ et al., 2016). Os coeficientes de cada variável foram determinados de acordo com a influência destas na mortalidade, por meio de regressão logística. Dessa maneira, a fórmula para aplicação do escore é: $RTS = (0,9368 * VNR\ ECGI + 0,7326 * VNR\ PAS + 0,2908 * VNR\ FR)$. O resultado vai de 0 (pior) a 8 (melhor) (CHAMPION et al., 1989).

Além disso, foram coletados, do prontuário, informações sobre a causa do TCE, cidade em que ocorreu o acidente, se o transporte foi realizado entre hospitais, o tipo de transporte utilizado no atendimento pré-hospitalar, hora estimada em que ocorreu o acidente, se houve necessidade de intubação orotraqueal, hora da admissão hospitalar, resultado da tomografia de crânio, avaliação das pupilas nas primeiras 24h e conduta estabelecida pelo neurocirurgião. Ainda neste primeiro momento, os responsáveis responderam a um questionário sobre informações sociodemográficas do paciente, elaborado pelas pesquisadoras.

O segundo momento envolveu a avaliação da Medida de Independência Funcional (MIF), na alta. Trata-se de um instrumento multidisciplinar, amplamente utilizado e



Artigo

aceito, internacionalmente, como medida de avaliação de pacientes maiores de 16 anos. O objetivo principal é determinar quantitativamente o grau de solicitação de cuidados de terceiros para a realização de tarefas cognitivas e motoras. A MIF avalia um conjunto de 18 tarefas referentes ao autocuidado e cada item é classificado em uma escala de graus de dependência com sete níveis. A pontuação total varia de 18 a 126 (RIBERTO et al., 2004; SILVEIRA et al., 2011). A depender do resultado, o indivíduo é classificado com dependência completa (≤ 18 pontos), dependência modificada (19 a 103 pontos) ou independência completa (104 a 126 pontos) (ASSIS et al., 2015).

Os dados foram coletados e tabulados em uma planilha eletrônica com o auxílio do software Excel, pacote Office (2013) e posteriormente foram analisados com o auxílio do pacote estatístico SPSS versão 23, adotando um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). A comparação das variáveis sociodemográficas, ambientais e clínicas com o nível de independência funcional e o óbito, foi realizada por meio de tabelas de contingência aplicando-se o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2). Nas situações onde houve diferença significativa em múltipla contingência aplicou-se o teste Qui-quadrado PostHoc. A análise de curva ROC foi aplicada utilizando o desfecho de óbito como variável de agrupamento e os escores da ECGI e RTS como variáveis exploratórias. A correlação de Spearman foi aplicada a fim de verificar a relação entre a MIF e as variáveis sociodemográficas, ambientais e clínicas.

A pesquisa foi realizada respeitando os aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos, assegurando total sigilo das informações individuais colhidas, preconizados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e foi aprovado com parecer consubstanciado pela PUC-Goiás, nº 2.250.849. Cabe destacar que o estudo foi autorizado pelo Hospital do Oeste e os participantes e/ou seus responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 42 vítimas de TCE. A média de idade foi de 33,50 ($\pm 12,55$), variando entre 17 e 71 anos, sendo que para o desfecho de alta foi de 32,41 ($\pm 10,4$) e para o de óbito de 35,92 ($\pm 16,5$) anos, sem diferença significativa entre os grupos ($p=0,41$).

A Tabela 1 caracteriza o perfil sociodemográfico associado ao desfecho clínico. Observa-se que houve diferença entre os grupos que receberam alta e os que foram a óbito



Artigo

em relação ao sexo e à escolaridade. Houve maior frequência de indivíduos do sexo masculino ($p=0,05$) e com ensino fundamental ($p=0,04$) no grupo que foi a óbito. Em ambos os grupos, houve maior porcentagem de solteiros, empregados e que residem na Zona Rural, sem diferença significativa.

Tabela 1. Comparação entre as variáveis sociodemográficas e o desfecho clínico.

	Desfecho n (%)		Total	p
	Alta	Óbito		
Sexo				
Feminino	5 (17,2)	0 (0,0)	5 (11,9)	0,05**
Masculino	24 (82,8)	13 (100,0)	37 (88,1)	
Estado civil				
Casado	8 (27,6)	5 (38,5)	13 (31,0)	0,55**
Divorciado	1 (3,4)	0 (0,0)	1 (2,4)	
Solteiro	20 (69,0)	8 (61,5)	28 (66,7)	
Escolaridade				
Não estudou	4 (13,8)	0 (0,0)	4 (9,5)	0,16***
Ensino fundamental	10 (34,5)	9 (69,2)	19 (45,2)	0,04***
Ensino médio	15 (51,7)	4 (30,8)	19 (45,2)	0,21***
Profissão				
Aposentado	0 (0,0)	1 (7,7)	1 (2,4)	0,18**
Desempregado	9 (31,0)	1 (7,7)	10 (23,8)	
Empregado	17 (58,6)	10 (76,9)	27 (64,3)	
Estudante	3 (10,3)	1 (7,7)	4 (9,5)	
Reside				
Zona Rural	16 (55,2)	7 (53,8)	23 (54,8)	0,93**
Zona Urbana	13 (44,8)	6 (46,2)	19 (45,2)	

Qui-quadrado de Pearson; *Qui-quadrado Posthoc

Houve maior porcentagem de TCE grave. Os acidentes motociclísticos foram a principal causa do traumatismo. Nos dois acidentes automobilísticos, nenhuma vítima fazia uso do cinto de segurança. A maioria não fazia uso do capacete e não era habilitado para direção de veículos automotores. Chama atenção a grande porcentagem que havia consumido bebidas alcólicas no momento do acidente. Grande parte veio de outras



Artigo

unidades hospitalares, sendo que o transporte pré-hospitalar mais utilizado foi do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Unidade de Suporte Avançado (SAMU-USA). A maioria das vítimas foi admitida com suporte ventilatório aéreo invasivo via tubo orotraqueal e a conduta clínica foi preponderantemente conservadora. Não houve diferença significativa entre as variáveis ambientais, clínicas e o desfecho clínico, conforme pode-se observar na Tabela 2.



**VARIÁVEIS RELACIONADAS AO NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E AO ÓBITO NO
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO MODERADO OU GRAVE**

Páginas 352 a 375

Artigo

Tabela 2. Comparação entre variáveis ambientais, clínicas e o desfecho clínico.

	Desfecho n (%)		Total	p
	Alta	Óbito		
Classificação do TCE				
Grave	24 (82,8)	11 (84,6)	35 (83,3)	0,88**
Moderado	5 (17,2)	2 (15,4)	7 (16,7)	
Causa do trauma				
Agressão física	3 (10,3)	1 (7,7)	4 (9,5)	0,79*
Atropelamento	2 (6,9)	0 (0,0)	2 (4,8)	0,33*
Automobilístico	1 (3,4)	1 (7,7)	2 (4,8)	0,55*
Motocicleta	19 (65,5)	8 (61,5)	27 (64,3)	0,80*
Queda	4 (13,7)	3 (23,1)	7 (16,7)	0,64*
Cinto de segurança				
Não	1 (100,0)	1 (100,0)	2 (100,0)	NA
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Usava capacete				
Não	10 (52,6)	4 (50,0)	14 (51,9)	0,90**
Sim	9 (47,4)	4 (50,0)	13 (48,1)	
Carteira de habilitação				
Não	14 (70,0)	7 (77,8)	21 (72,4)	0,66**
Sim	6 (30,0)	2 (22,2)	8 (27,6)	
Uso de bebida alcoólica				
Não	15 (57,7)	6 (60,0)	21 (58,3)	0,90**
Sim	11 (42,3)	4 (40,0)	15 (41,7)	
Transporte entre hospitais				
Não	7 (24,1)	4 (30,8)	11 (26,2)	0,65**
Sim	22 (75,9)	9 (69,2)	31 (73,8)	
Meio de remoção				
Carro particular	1 (3,4)	0 (0,0)	1 (2,4)	0,62**
SAMU	3 (10,3)	2 (15,4)	5 (11,9)	
SAMU - USA	25 (86,2)	11 (84,6)	36 (85,7)	
Intubação Orotraqueal prévia				
Não	5 (17,2)	2 (15,4)	7 (16,7)	0,88**
Sim	24 (82,8)	11 (84,6)	35 (83,3)	
Conduta neurocirurgião				



Artigo

Cirúrgica	6 (20,7)	3 (23,1)	9 (21,4)	0,86**
Conservadora	23 (79,3)	10 (76,9)	33 (78,6)	

*Qui-quadrado Posthoc; **Qui-quadrado de Pearson; NA = não se aplica

O tempo médio entre a ocorrência do acidente e o atendimento no hospital de referência foi de 12,50 ($\pm 15,59$) horas, sendo percorridos 168,4 ($\pm 111,6$) km. Não houve diferença significativa entre o tempo ($p=0,93$) e a distância ($p=0,48$) com as variáveis do desfecho clínico.

Quanto ao tempo de internação, houve diferença significativa entre os grupos ($p<0,001$), com média de 31,83 ($\pm 17,67$) dias para o grupo que recebeu alta e 7,92 ($\pm 9,26$) dias para os que foram a óbito. O período mínimo de internação foi de 1 e o máximo de 68 dias.

A Tabela 3 relaciona o tipo de lesão cerebral e o desfecho clínico. Considerando toda a amostra, a contusão foi o tipo mais frequente (54,8%). Houve maior porcentagem de Hematoma Subdural Agudo ($p<0,001$) e Lesão Hipóxico Isquêmica ($p=0,003$) no grupo que foi a óbito.

Tabela 3. Comparação entre o tipo de lesão e o desfecho clínico.

	Desfecho n (%)		Total	p
	Alta	Óbito		
Hematoma Subdural Agudo	1 (3,4)	8 (61,5)	9 (21,4)	<0,001
Contusão	18 (62,1)	5 (38,5)	23 (54,8)	0,15
Hematoma extradural	5 (17,2)	2 (15,4)	7 (16,7)	0,88
Hematoma Intraparênquimatoso	2 (6,9)	0 (0,0)	2 (4,8)	0,33
Lesão hipóxico isquêmica	1 (3,4)	5 (38,5)	6 (14,3)	0,003
Hemorragia intraventricular	1 (3,4)	0 (0,0)	1 (2,4)	0,49
Hemorragia Subaracnóidea	6 (20,7)	0 (0,0)	6 (14,3)	0,07
Lesão axonal difusa	4 (13,8)	1 (7,7)	5 (11,9)	0,57

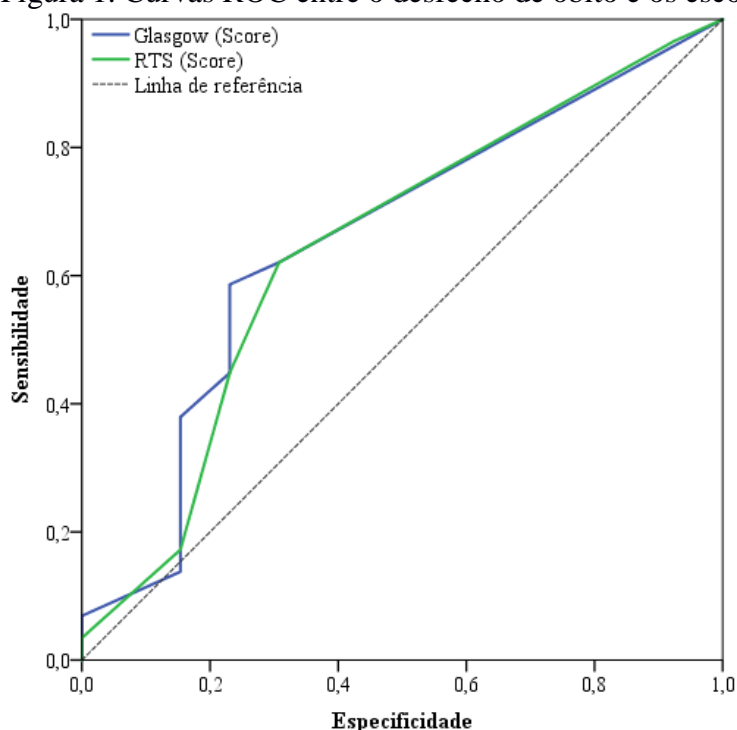
p = Qui-quadrado de Pearson

A Figura 1 apresenta duas análises independentes entre a ECGL, o RTS e o desfecho de óbito. Entretanto, observa-se que a curva ROC não apresentou um bom poder preditivo para esses dois parâmetros. A ECGL não apresentou boa sensibilidade (58,62%) e especificidade (76,92%); assim como o RTS, com sensibilidade de 62,07% e especificidade de 69,23%.



Artigo

Figura 1. Curvas ROC entre o desfecho de óbito e os escores da ECGL e do RTS.



Na avaliação de reatividade das pupilas realizada na admissão hospitalar, houve maior porcentagem de pupilas isocóricas (75,90%) no grupo de alta ($p < 0,001$) e pupilas midriáticas (53,8%) no grupo de óbito ($p < 0,001$).

Acerca do nível de Independência Funcional, determinado no desfecho de alta por meio da aplicação da MIF, houve maior frequência de dependência modificada (72,4%), seguida de independência completa/modificada (24,1%) e dependência completa (3,4%). Na Tabela 4, ao se comparar a MIF com as demais variáveis exploratórias, houve correlação negativa entre os dias de internação, ECGL, RTS e a MIF ($p = 0,01$). Não foi observada relação entre a idade do paciente ($p = 0,61$), tempo até o atendimento ($p = 0,46$), distância ($p = 0,48$) e a MIF.



Artigo

Tabela 4. Correlação entre a MIF e variáveis sociodemográficas, ambientais e clínicas.

	MIF (Escore total)	
	<i>R</i>	<i>p</i>
Idade (anos)	0,10	0,61
Tempo até o atendimento (horas)	-0,14	0,46
Distância (km)	0,14	0,48
Dias de internação	-0,50	0,01
ECGI (Escore)	-0,45	0,01
RTS (Escore)	-0,46	0,01

R = Correlação de Spearman

Houve diferença significativa entre a pontuação média da MIF e o tipo de pupilas ($p=0,05$). Vítimas de TCE com pupilas isocóricas na admissão apresentaram maior independência funcional (média $74,45 \pm 36,90$) em relação as que tiveram anisocoria (média $46,00 \pm 32,35$). Não houve diferença na pontuação média da MIF entre vítimas de acidentes motociclísticos e por outras causas ($p=0,81$).

DISCUSSÃO

É notável a elevada proporção de homens vítimas de TCE, assim como apontam resultados de outros estudos (DANTAS et al., 2014; FERNANDES; SILVA, 2013; GAUDÊNCIO; LEÃO, 2013; MADJAN et al., 2016; MAIA et al., 2013; MAGALHÃES et al., 2017; MONSEF et al., 2015; MONTEIRO et al., 2016; STRNAD et al., 2016; VIANA et al., 2014). Uma pesquisa nacional, que utilizou dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), demonstrou que a frequência de hospitalização por TCE é 3,5 maior no sexo masculino em relação ao feminino (ALMEIDA et al., 2016).

O gênero masculino também foi associado a uma maior letalidade hospitalar (ALMEIDA et al., 2016; DANTAS et al., 2014; STRNAD et al., 2016). Neste estudo, o desfecho de óbito foi estatisticamente associado a este grupo. Tal vulnerabilidade pode estar relacionada a fatores socioculturais e comportamentais. Desde a infância, os homens estão mais expostos às causas externas, em virtude de apresentarem maior independência



Artigo

e adotarem comportamentos de risco como agressividade e o uso abusivo de álcool e drogas (MAIA et al., 2013; MONTEIRO et al., 2016; VIANA, 2014).

Outro aspecto é a maior prevalência do TCE entre adulto-jovens. Na literatura, a faixa etária mais afetada é a de pacientes com até 40 anos, época de maior propensão à violência urbana e acidentes com veículos motorizados (ALMEIDA et al., 2016; DANTAS et al., 2014; FERNANDES; SILVA, 2013; GAUDÊNCIO; LEÃO, 2013; MAGALHÃES et al., 2017; MONTEIRO et al., 2016; VIANA et al., 2014).

Sobre a escolaridade, entende-se que quanto menor, pior será o esclarecimento sobre práticas de autocuidado, o que favoreceria uma maior exposição a riscos (MORAIS et al., 2013). De maneira geral, esta pesquisa demonstrou que no grupo com desfecho clínico de alta houve maior frequência de ensino médio; já no grupo de óbito a maior porcentagem foi de ensino fundamental. O estado civil, profissão e o local de residência (urbana ou rural) não interferiram no desfecho clínico. Cabe salientar que não foram encontrados estudos nacionais que correlacionem estas variáveis sociodemográficas ao desfecho clínico. Entretanto, análises univariadas de um estudo epidemiológico realizado no Irã, demonstraram que naquela população existe maior prevalência de óbitos entre vítimas de TCE com educação inferior ao ensino médio, casadas e residentes em áreas rurais (MONSEF et al., 2015).

Ao analisar o mecanismo do trauma, entende-se que este apresenta íntima relação com as características socioeconômicas da região e com a faixa etária acometida. Na população adulto-jovem, os acidentes de trânsito associam-se a 31% das admissões hospitalares por TCE, sendo a principal causa o acidente motociclístico (ALMEIDA et al., 2016; DANTAS et al., 2014; FERNANDES; SILVA, 2013; MAGALHÃES et al., 2017; MONTEIRO et al., 2016; VIANA et al., 2014), preponderante neste estudo (64,3%), sem relação estatística, mas considerado por outros como um fator de risco para o desfecho de óbito em pacientes com TCE (MONSEF et al., 2015). O trauma provocado por acidentes de motocicleta merece atenção, sobretudo em relação ao planejamento de ações preventivas, bem como do controle de sua ocorrência (GAUDÊNCIO; LEÃO, 2013).

Outro resultado alarmante é que a maioria das vítimas não fazia uso de capacete e não possuía Carteira Nacional de Habilitação (CNH). Estes comportamentos são considerados infrações gravíssimas e crime sujeito a pena de seis meses a um ano de detenção conforme o Código de Trânsito Brasileiro (BRASIL, 1997). A deficiência na fiscalização abre espaço para o descumprimento dessas normas e a maioria das pessoas



Artigo

circula livremente infringindo a Lei, isso demonstra a necessidade de um controle regulatório com maior responsabilização do infrator.

Um estudo que relacionou o uso do capacete à gravidade do TCE em motociclistas, evidenciou uma relação significativa entre TCE grave e o não uso de capacete, bem como o uso inadequado deste equipamento de proteção individual (EPI) associado ao TCE moderado (DUTRA et al., 2014). Contudo, mesmo diante destes dados preocupantes, não foi demonstrada correlação com o desfecho. Sabe-se que o uso do capacete ao pilotar motocicletas pode reduzir a mortalidade em até 30%, entretanto, mais de 50% das vítimas de acidente de trânsito com TCE no país não fazem uso de EPI (GAUDÊNCIO; LEÃO, 2013), reforçando o comportamento inadequado encontrado neste estudo.

Após o acidente, grande porcentagem das vítimas foi inicialmente encaminhada para outras unidades hospitalares nos municípios próximos ao local do acidente, esse fato aumentou o tempo entre a injúria e a chegada ao hospital de referência, que foi superior a 12,50 ($\pm 15,59$) horas. Uma metanálise apontou que não há diferença significativa na mortalidade das vítimas de TCE entre o transporte direto para um centro de trauma versus a triagem inicial em um hospital local (PICKERING et al., 2015). Apesar de não haver relação significativa com o desfecho, deve-se considerar a contingência geográfica das regiões estudadas.

Na Argentina, um estudo comparou o cuidado ao TCE no atendimento pré-hospitalar e evidenciou que tempos de transporte mais curtos favoreceriam melhores resultados. Foram encontrados intervalos de 5,5 horas, todavia, houve uma baixa adesão às recomendações de atendimento pré-hospitalar (VAVILALA et al., 2016). Já um ensaio clínico realizado nos EUA e Canadá, demonstrou que para pacientes com TCE, o tempo total fora do hospital durante o atendimento pré-hospitalar não está associado à mortalidade (NEWGARD et al., 2015).

Cabe destacar que a maioria das vítimas foi transportada pela equipe do SAMU-USA, que oferece Suporte Avançado de Vida baseado em Protocolos Nacionais de Intervenção (BRASIL, 2016) e inclui medidas neuroprotetoras como a sedação e intubação orotraqueal, o que pode ter favorecido um melhor desfecho, tendo em vista a qualidade do atendimento pré-hospitalar dessas vítimas. Um estudo que comparou o atendimento pré-hospitalar realizado por helicópteros e ambulâncias na Europa, demonstrou que na fase pré-hospitalar, os pacientes atendidos por ambulâncias tiveram um número significativamente maior de procedimentos realizados (como intubação orotraqueal e punção de acessos intravenosos), o que favoreceu menores taxas de



Artigo

mortalidade e menos deficiências neurológicas graves nos sobreviventes, em comparação ao transporte aéreo e mais rápido (BERLOT et al., 2009).

Na avaliação inicial de uma vítima de TCE, entende-se que o nível de consciência é um dos parâmetros mais importantes para identificar a gravidade do paciente (OLIVEIRA et al., 2014). Entretanto, é comum a dificuldade na obtenção deste dado, pois fatores farmacológicos como a sedação para realização da intubação orotraqueal e a intoxicação com álcool e/ou drogas desempenham um papel significativo no exame neurológico, mas geralmente não são contabilizados em escalas básicas de classificação, como a ECGI (MAGALHÃES et al., 2017; GALGANO et al., 2017). Além do mais, na escala RTS, o coma é um importante preditor na evolução dos pacientes, dado o coeficiente atribuído à variável ECGI (ALI ALI et al., 2017).

Para esse estudo, a ECGI e o RTS não apresentaram boa sensibilidade e especificidade para determinar a gravidade da lesão e a taxa de sobrevivência do grupo que evoluiu à óbito. Tal fato pode ser atribuído à subestimação dos avaliadores, uma vez que ficou evidente a grande quantidade de vítimas que consumiram bebidas alcoólicas (41,7%) e que precisaram de suporte ventilatório aéreo invasivo via tubo orotraqueal (83,3%), manobra médica que necessita de sedação prévia.

Nessas circunstâncias, é de suma importância reunir dados de maneira rápida, como os medicamentos sedativos / paralisantes usados, o momento da administração, suas meias-vidas e quaisquer outros possíveis fatores de confusão para o exame neurológico. Sem esses detalhes, as decisões indesejáveis podem ser tomadas com base apenas na pontuação da ECGI, o que pode não ser o mais adequado para o paciente (GALGANO et al., 2017).

Em relação à presença de anormalidades tomográficas, verificou-se que a maioria das vítimas apresentou mais de um achado associado, entretanto, ao se considerar toda a amostra houve maior frequência de contusão cerebral. Um estudo em Santa Catarina, com 246 vítimas de TCE grave, constatou que a hemorragia subaracnóidea (HSA) foi o achado mais frequente; já a contusão apareceu em apenas 7,7% da amostra (MONTEIRO et al., 2016), dado reforçado por um estudo de revisão em que a HSA predominou no TCE grave (GAUDÊNCIO; LEÃO, 2013). Isto demonstra que o perfil radiológico não condiz com a gravidade estabelecida pela ECGI neste estudo.

Contudo, ao se considerar os achados dos pacientes que evoluíram a óbito, os resultados deste estudo demonstraram maior porcentagem de hematoma subdural agudo e lesão hipóxico isquêmica. Um estudo multicêntrico realizado nos Estados Unidos, com 1.107 vítimas de TCE, verificou que a presença do hematoma subdural associado ao TCE



Artigo

grave está relacionado a altas taxas de mortalidade (74%) (BULLOCK et al., 2006), assim como demonstrado em outra pesquisa, em que na análise univariada, a presença do hematoma subdural foi um fator preditivo de mortalidade (ROCHA, 2006).

Já a lesão hipóxico isquêmica ocorre com alta frequência em vítimas fatais de acidente de trânsito, com um ou mais dias de sobrevivência. O índice elevado de óbitos imediatos e muito precoces independe da qualidade da assistência médica prestada e demonstra a gravidade desse tipo de lesão (GUSMÃO; PITTELLA, 2002).

Outro componente importante da avaliação neurológica de vítimas de TCE é o tamanho pupilar, simetria e reatividade à luz. A disfunção pupilar é um achado preocupante no exame neurológico, pois frequentemente dita a diretriz de tratamento subsequente (CHEN et al., 2014). A pupila bilateral fixa e dilatada pode sugerir hipóxia global e morte cerebral (SALAZAR et al., 2016). Corroborando os resultados encontrados neste estudo, a midríase foi identificada como um fator preditor para mortalidade hospitalar ($p=0,042$) (STRNAD et al., 2016). No desfecho clínico de alta, houve diferença significativa entre a pontuação média da MIF e o tipo de pupilas. Vítimas de TCE com pupilas isocóricas na admissão apresentaram maior independência funcional em relação as que tiveram anisocoria.

Embora a mortalidade relacionada ao TCE grave tenha sido superior a 50% (até 80% em casos com mais de 60 anos) em estudos antigos (TEASDALE; JENNETT, 1974), os resultados melhoraram nas últimas décadas. A mortalidade hospitalar foi reduzida para 5,1/100.000/ano e a taxa de letalidade para 7,7% (ALMEIDA et al., 2016). O aumento do número de sobreviventes, no entanto, inclui tanto casos de sucesso, que estão de volta à vida ativa, quanto casos com deficiências permanentes (STOCCHETTIE; ZANIER, 2016). Estima-se que, para cada morte decorrente do TCE, três indivíduos permanecem com disfunções definitivas (ALBUQUERQUE et al., 2016). Assim como apontado, os resultados deste estudo demonstraram maior frequência do desfecho de alta (65,5%), com maior frequência de dependência modificada pela MIF.

Um estudo realizado em Sergipe, que analisou o perfil epidemiológico das vítimas de TCE por um período de 11 anos, inferiu que as internações mais longas são resultado do prolongamento das vidas de pacientes com TCE grave, em que o tratamento das disfunções eleva o número de dias no hospital e dos gastos com métodos diagnósticos e de cuidado (VIANA et al., 2014). Este fato justifica a correlação negativa encontrada entre o tempo de internação hospitalar e os valores médios da MIF no desfecho de alta, ou seja, aqueles com um período maior de internação apresentaram um menor grau de dependência motora e cognitiva ao sair do hospital.



Artigo

Em contrapartida, um estudo multicêntrico demonstrou que até 15% dos TCE graves são incapazes de responder a ordens simples após quatro meses do traumatismo (WHYTE et al., 2005). No presente estudo, 3,4% da amostra recebeu alta com dependência completa.

Embora seja considerada vantajosa para aplicação na população com TCE (HAWRYLUK; BULLOCK, 2016), não existem publicações que orientem o uso da MIF nesses pacientes no ambiente intra-hospitalar. Isso se deve ao fato de a recuperação cognitivo-motora ocorrer em um longo período que se estende de meses a anos (McGINN e POVLISHOCK, 2016).

CONCLUSÃO

Dentre as variáveis analisadas, as que apresentaram relação significativa com o desfecho de óbito foram: ser do sexo masculino, ter ensino fundamental, menor tempo de internação, apresentar Hematoma Subdural Agudo, Lesão Hipóxico Isquêmica e pupilas midriáticas. Piores resultados na independência funcional estiveram relacionados a maior tempo de internação hospitalar e presença de pupilas anisocóricas na admissão. Dessa maneira, a fotorreação das pupilas é a variável mais importante para determinar o desfecho clínico das vítimas de TCE.

O alto número de óbitos e de sobreviventes com disfunções motoras e cognitivas neste estudo permitem à comunidade dimensionar o problema em relação à gravidade do TCE. Apesar do método prospectivo, entende-se que uma limitação do trabalho foi o curto período da coleta dos dados, não permitindo uma amostra maior, o que pode contribuir para que os resultados apresentados estejam subestimados em relação à realidade. Além disso, pelo fato de existirem fatores que possam ter confundido na análise da gravidade do TCE (como a ingestão de bebidas alcoólicas e sedação prévia), a ECGI e o RTS não serviram para determinar a gravidade e avaliar a morbimortalidade do grupo que evoluiu à óbito. Também foi possível perceber que o Brasil necessita de estudos que investiguem de forma sistemática os fatores associados ao TCE e o impacto destes no desfecho clínico, sendo, portanto, urgentemente recomendados.

Outrossim, espera-se que os resultados evidenciados possam alertar as autoridades competentes sobre a necessidade da implementação de programas, políticas e medidas de fiscalização que assegurem o aumento do nível de conscientização sobre os acidentes motociclísticos e seu impacto na Saúde Pública, bem como as consequências



Artigo

neurocognitivas, funcionais e motoras deste agravo. Além de políticas para reabilitação das incapacidades presentes após o trauma e reinserção destas vítimas à sociedade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. et al. Vítimas de acidentes de moto com traumatismo. **Rev enferm UFPE** [online], v. 10, n. 5, p. 1730-8, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201620>. Acesso em 12/09/2018

ALI ALI, B. et al. Escalas para predicción de resultados tras traumatismo grave. **An. Sist. Sanit. Navar.**, v. 40, n. 1, p. 103-118, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.23938/ASSN.001>. Acesso em 18/08/2018

ALMEIDA, C. et al. Traumatic Brain Injury Epidemiology in Brazil. **World Neurosurg**, v. 87, p. 540-547, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wneu.2015.10.020>. Acesso em 07/09/2018

ALVAREZ, B. et al. Análise do Escore de Trauma Revisado (RTS) em 200 vítimas de trauma com mecanismos diferentes. **Rev Col Bras Cir**, v. 43, n. 5, p. 334-40, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912016005010>. Acesso em 18/08/2018.

ASSIS, C. et al. Medida de independência funcional em pacientes com claudicação intermitente. *Rev Esc Enferm USP.*, v. 49, n. 5, p. 756-761, 2015. doi: 10.1590/S0080-623420150000500007. Acesso em 20/12/2018.

BERLOT, G. et al. Influence of prehospital treatment on the outcome of patients with severe blunt traumatic brain injury: a single-centre study. **Eur J Emerg Med**, v. 16, n.6, p. 312-7, 2009. doi: 10.1097/MEJ.0b013e32832d3aa1. Acesso em 12/10/2018.

BRASIL. Código de Trânsito Brasileiro. **Lei n. 9.503, de 23 de setembro de 1997**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9503Compilado.htm>. Acesso em 10/09/2018.



Artigo

BRASIL. **Resolução 466/2012** [s.l.]: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em 10/09/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2a edição, 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-basico-2016.pdf>>. Acesso em 10/10/2018.

BRAZINOVA, A. et al. Factors that may improve outcomes of early traumatic brain injury care: prospective multicenter study in Austria. **Scand J Trauma Resusc Emerg Med**, v. 23, n. 53, 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s13049-015-0133-z> . Acesso em 22/08/2018.

BULLOCK, M. et al. Surgical management of acute subdural hematomas. **Neurosurgery**, v. 58, n. 3, p. 16-24, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16710968>>. Acesso em 22/08/2018.

CHAMPION, H. et al. A Revision of the Trauma Score. **J Trauma**, v. 29, n. 5, p. 623-629, 1989. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00005373-198905000-00017>. Acesso em 18/08/2018.

CHEN, J. et al. Infrared pupillometry, the Neurological Pupil index and unilateral pupillary dilation after traumatic brain injury: implications for treatment paradigms. **SpringerPlus** [online], n. 3, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/2193-1801-3-548>. Acesso em 22/08/2018.

DANTAS, I. et al. Epidemiologia do traumatismo crânio encefálico (TCE) no nordeste no ano de 2012. **REBES**, v. 4, n. 1 p. 18-23, 2014. Disponível em: <<https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/2573/1985>>. Acesso em 07/08/2018.



Artigo

DUTRA, V. et al. Craniocerebral trauma in motorcyclists: relation of helmet use and trauma severity. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 5, p. 485-91, 2014.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400079>. Acesso em 22/08/2018.

FERNANDES, R.; SILVA, M. Epidemiology of traumatic brain injury in Brazil. **Arq Bras Neurocir**, v. 32, n. 3, p. 136-142, 2013. Available from:

<<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0038-1626005.pdf>>. Acesso em 02/08/2018.

GALGANO, M. et al. Traumatic Brain Injury: Current Treatment Strategies and Future Endeavors. **Cell Transplantation**, v. 26, n. 7, p. 1118-1130, 2017. doi:

<http://dx.doi.org/10.1177/0963689717714102>. Acesso em 13/09/2018.

GAUDÊNCIO, T.; LEÃO, G. A epidemiologia do Traumatismo Crânio-Encefálico: Um Levantamento bibliográfico no Brasil. **Rev Neuroc**, v. 21, p. 427-34, 2013. doi:

<http://dx.doi.org/10.4181/RNC.2013.21.814.8p>. Acesso em 07/08/2018.

GUSMÃO, S.; PITTELLA, J. Lesão encefálica hipóxica em vítimas fatais de acidente de trânsito: Prevalência, distribuição e associação com tempo de sobrevivência e outras lesões cranioencefálicas e extracranianas. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 60, n. 3-B, 2002.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v60n3b/a22v603b>>. Acesso em 02/10/2018.

HAWRYLUK, G.; BULLOCK, M. Past, present, and future of traumatic brain injury research. **Neurosurg Clin N Am**, v. 27, n. 4, p. 375-96, 2016. doi:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nec.2016.05.002>. Acesso em 07/09/2018.

JERÔNIMO, A. et al. Fatores relacionados ao prognóstico de vítimas de traumatismo cranioencefálico: uma revisão bibliográfica. **Arq Bras Neurocirur**, v. 33, n. 3, p. 5-9, 2014. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2014/v33n3/756167.pdf>>. Acesso em 22/08/2018.



Artigo

MADJAN, M. et al. Epidemiology of traumatic brain injuries in Europe: a cross-sectional analysis. **Lancet Public Health**, v. 1, n. 2, p. 76-83, 2016. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(16\)30017-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(16)30017-2). Acesso em 22/08/2018.

MAIA, B. et al. Perfil clínico-epidemiológico das ocorrências de traumatismo cranioencefálico. **Rev Neurocienc**, v. 21, n. 1, p. 43-52, 2013. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2101/original2101/786original.pdf>>. Acesso em 14/09/2018.

MAGALHÃES, A. et al. Epidemiologia do traumatismo cranioencefálico no Brasil. **Rev Bras Neurol**, v. 53, n. 2, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/rbn/article/view/12305>>. Acesso em 07/09/2018.

McGINN, M.; POVLISHOCK, J. Pathophysiology of Traumatic Brain Injury. **Neurosurg Clin N Am**, v. 27, n. 4, p. 397-407, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nec.2016.06.002>. Acesso em 20/08/2018.

MONSEF, K. et al. An epidemiologic study of traumatic brain injuries in emergency department. **Emerg (Tehran)**, v. 3, n. 4, p. 141-5, 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4608347/>>. Acesso em 07/09/2018.

MONTEIRO, L. et al. Caracterização dos pacientes com traumatismo cranioencefálico grave admitidos em um hospital terciário. **Arq. Catarin Med.**, v. 45, n. 3, p. 2-16, 2016. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/107/98>>. Acesso em 07/09/2018.

MORAIS, D. et al. Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismo raquimedular atendidos em hospital terciário. **Coluna/Columna**, v. 12, n. 2, p. 149-152, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-18512013000200012>. Acesso em 15/09/2018.

NEWGARD, C. et al. Revisiting the "Golden Hour": An Evaluation of Out-of-Hospital Time in Shock and Traumatic Brain Injury. **Ann Emerg Med.**, v. 66, n. 1, p. 30-41, 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.12.004>. Acesso em 22/08/2018.



Artigo

OLIVEIRA, D. et al. Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma cranioencefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia. **Arq Bras Neurocir**, v. 33, n. 1, p. 22-32, 2014. Disponível em:

<<http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2014/v33n1/a4284.pdf>>. Acesso em 14/09/2018.

PEREL, E. et al. Predicting outcome after traumatic brain injury: practical prognostic models based on large cohort of international patients. **BMJ** [online], 2008. doi:

<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39461.643438.25>. Acesso em 22/08/2018.

PICKERING, A. et al. Impact of prehospital transfer strategies in major trauma and head injury: systematic review, meta-analysis, and recommendations for study design. **J Trauma Acute Care Surg**, v.78, n. 1, p. 164-77, 2015. doi:

10.1097/TA.0000000000000483. Acesso em 02/10/2018.

PRINS, M. et al. The pathophysiology of traumatic brain injury at a glance. **Dis Model Mech**, v. 6, p. 1307-1315, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1242/dmm.011585>. Acesso em 07/09/2018.

RIBERTO, M. et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiatr**, v. 11, p. 3-7, 2004. Disponível em:

<<http://www.periodicos.usp.br/actafisiatr/article/view/102481/100795>>. Acesso em 16/09/2018.

ROCHA, C. **Traumatismo cranioencefálico**: correlação entre dados demográficos, escala de Glasgow e tomografia computadorizada de crânio com a mortalidade em curto prazo na cidade de Maceió, Alagoas. 2007. Tese (Doutorado em Radiologia) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/T.5.2007.tde-21062007-145931>. Acesso em: 10/10/2018.

SALAZAR, L. et al. Severe Cranioencephalic Trauma: Prehospital Care, Surgical Management and Multimodal Monitoring. **Bull Emerg Trauma**, v. 4, n. 1, p. 8-23, 2016. Available from: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4779465/>>. Acesso em 07/09/2018.



Artigo

SHAHIN, H. et al. Influence of alcohol on early Glasgow Coma Scale in head-injured. **J Trauma**, n. 69, v. 5, p. 1176-1181, 2010. doi:
<http://dx.doi.org/10.1097/TA.0b013e3181edbd47>. Acesso em 14/09/2018.

SILVEIRA, L. et al. Medida de Independência Funcional: um desafio para a Enfermagem. **Rev Saúde Públ St Cat**, v. 4, n. 1, p. 70-83, 2011. Disponível em:
<<http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/92/0>>. Acesso em 16/09/2018.

STOCCHETTIE, N; ZANIER, E. Chronic impact of traumatic brain injury on outcome and quality of life: a narrative review. **Crit Care**, v. 20, n. 148, 2016. doi:
<http://dx.doi.org/10.1186/s13054-016-1318-1>. Acesso em 10/10/2018.

STRNAD, M. et al. Predictors of mortality in patients with isolated severe traumatic brain injury. **Wien Klin Wochenschr**. v. 129, n. 3-4, p. 110-114, 2016. doi:
<http://dx.doi.org/10.1007/s00508-016-0974-0>. Acesso em 22/08/2018.

TEASDALE, G., JENNETT, B. Assessment of coma and impaired consciousness. A Practical Scale. **Lancet**, v. 304, n. 7872, p. 81-4, 1974. doi:
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(74\)91639-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(74)91639-0). Acesso em 15/09/2018.

TEASDALE, G. et al. The Glasgow Coma Scale at 40 years: Standing the test of time. **The Lancet Neurology**, v. 13, p. 844-54, 2014. doi:
[http://dx.doi.org/10.1016/S1474-422\(14\)70120-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-422(14)70120-6). Acesso em 15/09/2018.

VAVILALA, M. et al. Benchmarking Prehospital and Emergency Department Care for Argentine Children with Traumatic Brain Injury: For the South American Guideline Adherence Group. **PLOS ONE**, v. 11, n. 12, p. 1-17, 2016. doi:
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0166478>. Acesso em 22/08/2018.

VIANA, N et al. Internações por traumatismo cranioencefálico em Sergipe, de 2000 a 2011. **Arq Bras Neuroc**, v. 33, n. 4, 2014. Disponível em: <
<http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2014/v33n4/a5511.pdf>>. Acesso em 10/10/2018.



Temas em Saúde

Volume 19, Número 5

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

WHYTE, J. et al. Predictors of outcome in prolonged posttraumatic disorders of consciousness and assessment of medication effects: A multicenter study. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 86, n. 3, p. 453-462, 2005. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2004.05.016>. Acesso em 10/10/2018.



VARIÁVEIS RELACIONADAS AO NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E AO ÓBITO NO
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO MODERADO OU GRAVE

Páginas 352 a 375

Artigo

VARIÁVEIS RELACIONADAS AO NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA
FUNCIONAL E AO ÓBITO NO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO
MODERADO OU GRAVE

VARIABLES RELATED TO THE LEVEL OF FUNCTIONAL
INDEPENDENCE AND DEATH IN MODERATE AND SEVERE TRAUMATIC
BRAIN INJURY

Fernanda Dillenburg da Costa¹
Cejane Oliveira Martins Prudente²

RESUMO - Introdução: O traumatismo cranioencefálico (TCE) é considerado um importante problema de saúde pública, pois afeta a saúde e a funcionalidade humana. Determinar a busca dos fatores que relacionam o prognóstico das vítimas é dificultada devido ao grande número de variáveis existentes que influenciam na recuperação após o trauma. **Objetivo:** investigar a relação de variáveis sociodemográficas, ambientais e clínicas com o nível de independência funcional e o óbito de vítimas de TCE moderado ou grave. **Métodos:** estudo prospectivo e longitudinal, realizado entre outubro de 2017 e abril de 2018, em um hospital de referência no oeste da Bahia. Foram coletados dados no prontuário, com os responsáveis e a aplicação da Medida de Independência Funcional (MIF), para o desfecho de alta. Os dados foram analisados com o auxílio do pacote estatístico SPSS versão 23, adotando um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). **Resultados:** a amostra foi constituída por 42 vítimas, a maioria com TCE grave (83,3%), com média de idade de 33,50 anos, do sexo masculino (88,1%) e vítimas de acidente motociclístico (64,3%). Houve maior frequência de dependência funcional motora e cognitiva modificada (72,4%). As variáveis relacionadas ao óbito foram: ser do sexo masculino, ter ensino fundamental, apresentar menor tempo de internação, com quadro

¹ Enfermeira. Mestranda em Ciências Ambientais e Saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). E-mail: fernandadillenburg@hotmail.com Endereço para correspondência: Rua Sílvio Scopel, nº 1187. Cachoeira do Sul, RS, Brasil. CEP 96506-63;

² Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Goiás (UFG). Docente no Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde da PUC-GO. E-mail: cejanemp@hotmail.com.



Artigo

de hematoma subdural agudo, lesão hipóxico isquêmica e pupilas midriáticas. Na alta, os piores resultados da MIF estiveram relacionados a um maior tempo de internação hospitalar e pupilas anisocóricas. A Escala de Coma de Glasgow (ECGI) e o *Revised Trauma Score* (RTS) não serviram para determinar a gravidade do TCE e avaliar a morbimortalidade do grupo que evoluiu à óbito, neste estudo. **Conclusão:** a análise de fotorreação das pupilas foi a variável que demonstrou relação significativa ao desfecho clínico, seja ele de independência funcional ou óbito, podendo ser utilizada com segurança para ditar o prognóstico das vítimas de TCE.

Palavras-chave: Traumatismos craniocerebrais; Acidentes; Fatores epidemiológicos; Indicadores de morbimortalidade; Saúde pública.

ABSTRACT - Introduction: Traumatic brain injury (TBI) is considered an important public health problem because it affects human health and functionality. Determining the search for the factors that relate the prognosis of the victims is difficult due to the large number of variables that influence the recovery after the trauma. **Objective:** to investigate the relationship of sociodemographic, environmental and clinical variables with the level of functional independence and the death of victims of moderate or severe TBI. **Methods:** prospective and longitudinal study, carried out between October 2017 and April 2018, in a reference hospital in the west of Bahia. Data were collected in the medical records, with those responsible and the application of the Functional Independence Measure (MIF), for the discharge outcome. Data were analyzed using the statistical package SPSS version 23, adopting a significance level of 5% ($p \leq 0.05$). **Results:** The sample consisted of 42 victims, the majority with severe TBI (83.3%), mean age of 33.50 years, male (88.1%) and motorcycle accident victims (64.3% %). There was a higher frequency of modified motor and cognitive functional dependence (72.4%). The variables related to death were: male, have primary education, have a shorter hospitalization time, with acute subdural hematoma, ischemic hypoxic lesion, and mydriatic pupils. At discharge, the MIF's worst results were related to a longer hospital stay and anisocortical pupils. The Glasgow Coma Scale (ECGI) and the Revised Trauma Score (RTS) were not used to determine the severity of TBI and to assess the morbidity and mortality of the group that evolved to death in this study. **Conclusion:** the pupil photoreaction analysis was the variable that demonstrated a significant relation to the clinical outcome, be it functional independence or death, and could be used safely to dictate the prognosis of TBI victims.



Artigo

Keywords: Craniocerebral injuries; Accidents; Epidemiological factors; Indicators of morbidity and mortality; Public health.

INTRODUÇÃO

O traumatismo cranioencefálico (TCE) é considerado um dos agravos mais complexos que podem afetar a saúde e funcionalidade humana. Apresenta-se de várias formas, desde alterações leves da consciência até um estado comatoso e morte (GALGANO et al., 2017; MCGINN; POVLISHOCK, 2016).

É definido como qualquer trauma ao cérebro que tenha como resultado lesão anatômica, como fratura de crânio ou lesão do couro cabeludo, comprometimento funcional das meninges, encéfalo e seus vasos. Pode ser causado por aceleração e desaceleração rápida da cabeça, gerando movimentos bruscos do encéfalo dentro da caixa craniana, ou pelo impacto de um objeto (MONSEF et al., 2015; PRINS et al., 2013).

Após o trauma inicial ocorre uma cascata de eventos ou lesões secundárias, que podem durar de horas a semanas e incluem lesão de axônios, edema e aumento da pressão intracraniana, aumento de lesões geradas por radicais livres, liberação de neurotransmissores excitatórios e morte celular (GALGANO et al., 2017).

Além de ser um importante problema médico, o TCE é também um problema social e econômico. Globalmente, a incidência desse agravo está aumentando devido ao uso crescente de veículos motorizados, em países de baixa e média renda, e ao envelhecimento da população em países desenvolvidos (BRAZINOVA et al., 2015; MADJAN et al., 2016).

Estima-se que, anualmente, ocorram 125.500 internações hospitalares por ano associadas ao TCE no Brasil e o número de óbitos dele decorrido é superado apenas pelas neoplasias e doenças cardiovasculares (ALMEIDA et al., 2016; MAIA et al., 2013). As vítimas que sobrevivem podem apresentar deficiência ou incapacidades permanentes de ordem física, cognitiva e comportamental/emocional. Tais distúrbios podem prejudicar relacionamentos prévios e impedir o retorno ao trabalho, com graves impactos econômicos e sociais. O ônus global é tal que os sobreviventes ao TCE têm uma expectativa de vida menor do que a população geral (STOCCHETTIE; ZANIER, 2016).

Predizer o desfecho clínico ainda é um dos principais problemas associados ao TCE, pois depende de aspectos anatomoclínicos e evolutivos do trauma. Além do mais,



VARIÁVEIS RELACIONADAS AO NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E AO ÓBITO NO
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO MODERADO OU GRAVE

Páginas 352 a 375

Artigo

a busca de indicadores que relacionam o prognóstico das vítimas é dificultada em função do grande número de variáveis existentes que influenciam na recuperação pós-trauma (JERÔNIMO et al., 2014). Atualmente existem muitos modelos prognósticos para pacientes com TCE publicados, entretanto, a qualidade metodológica geralmente é ruim e poucos destes incluem pacientes de países em desenvolvimento (PEREL et al., 2008).

Tendo em vista as inúmeras correlações possíveis, para este estudo foram utilizadas variáveis sociodemográficas (sexo, estado civil, escolaridade, profissão e local de residência), ambientais (etiologia do trauma, uso de capacete / cinto de segurança, carteira de habilitação, uso de bebidas, transporte entre hospitais, meio de remoção, tempo até atendimento no serviço de referência, distância percorrida) e clínicas (classificação do TCE, tipo de lesão cerebral, escores da Escala de Coma de Glasgow (ECGI) e do *Revised Trauma Score* (RTS), reatividade das pupilas, tempo de internação e conduta do neurocirurgião) que podem estar relacionadas ao prognóstico dos pacientes. O desfecho clínico avaliado foi o nível de independência funcional motora e cognitiva do paciente que recebeu alta hospitalar, bem como as características epidemiológicas e o número de óbitos.

O tema foi escolhido tendo em vista os altos índices de morbimortalidade do TCE; o acometimento epidêmico da população masculina adulto-jovem; a variedade de etiologias e as inúmeras influências ambientais, fisiológicas e anatomoclínicas no prognóstico dos pacientes; o ônus financeiro para os cofres do Estado (seguros, internações, reabilitação e/ou perda de pessoas em idade produtiva); a superlotação de leitos hospitalares; além do impacto emocional para os familiares. Entender a relação proposta neste estudo pode resultar em ações preventivas e de educação, bem como implantar e/ou reforçar estratégias de reabilitação para estas vítimas.

O objetivo do estudo foi investigar a relação de variáveis sociodemográficas, ambientais e clínicas com o nível de independência funcional e o óbito de vítimas de TCE moderado ou grave.

MÉTODO

Trata-se de um estudo prospectivo e longitudinal. A amostra foi constituída por vítimas de TCE moderado ou grave, com idade igual ou superior a 16 anos (a idade mínima foi determinada pelo fato do instrumento de Medida de Independência Funcional – MIF somente poder ser aplicado a partir desta faixa etária); que foram admitidos e



Artigo

internados entre os meses de outubro de 2017 e abril de 2018, no Hospital do Oeste (HO), município de Barreiras-BA. Foram excluídos os pacientes com TCE leve e história pregressa de doença neurológica.

A coleta dos dados ocorreu em dois momentos. No primeiro, realizado na admissão hospitalar, foi determinada a gravidade do TCE, a partir do escore da Escala de Coma de Glasgow (ECGI), definido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no local do acidente. No caso em que o transporte foi realizado por carro particular, utilizou-se o escore determinado pelo médico neurocirurgião no momento da admissão hospitalar.

A ECGI é uma escala fisiológica de grande valor preditivo, utilizada mundialmente por médicos e enfermeiros para avaliação do nível de consciência e classificar o coma. Confere acurácia para a determinação da gravidade do trauma, interpretação do estado clínico e prognóstico do paciente, e é considerada padrão-ouro para avaliação inicial de pacientes com TCE. Tradicionalmente, uma pontuação de 14-15 é definida como TCE leve, escores de 9-13 como moderado e escores abaixo de 8 como grave (TEASDALE; JENNETT, 1974; TEASDALE et al., 2014).

Em sequência foi aplicado o *Revised Trauma Score* (RTS) que utiliza dados das funções vitais e avalia a morbimortalidade da vítima de trauma.

Para o cálculo do RTS é utilizado o valor numérico relacionado (VNR) de três variáveis fisiológicas: Escala de Coma de Glasgow (ECGI), frequência respiratória (FR) e avaliação hemodinâmica pela pressão arterial sistólica (PAS) (ALVAREZ et al., 2016). Os coeficientes de cada variável foram determinados de acordo com a influência destas na mortalidade, por meio de regressão logística. Dessa maneira, a fórmula para aplicação do escore é: $RTS = (0,9368 * VNR\ ECGI + 0,7326 * VNR\ PAS + 0,2908 * VNR\ FR)$. O resultado vai de 0 (pior) a 8 (melhor) (CHAMPION et al., 1989).

Além disso, foram coletados, do prontuário, informações sobre a causa do TCE, cidade em que ocorreu o acidente, se o transporte foi realizado entre hospitais, o tipo de transporte utilizado no atendimento pré-hospitalar, hora estimada em que ocorreu o acidente, se houve necessidade de intubação orotraqueal, hora da admissão hospitalar, resultado da tomografia de crânio, avaliação das pupilas nas primeiras 24h e conduta estabelecida pelo neurocirurgião. Ainda neste primeiro momento, os responsáveis responderam a um questionário sobre informações sociodemográficas do paciente, elaborado pelas pesquisadoras.

O segundo momento envolveu a avaliação da Medida de Independência Funcional (MIF), na alta. Trata-se de um instrumento multidisciplinar, amplamente utilizado e



Artigo

aceito, internacionalmente, como medida de avaliação de pacientes maiores de 16 anos. O objetivo principal é determinar quantitativamente o grau de solicitação de cuidados de terceiros para a realização de tarefas cognitivas e motoras. A MIF avalia um conjunto de 18 tarefas referentes ao autocuidado e cada item é classificado em uma escala de graus de dependência com sete níveis. A pontuação total varia de 18 a 126 (RIBERTO et al., 2004; SILVEIRA et al., 2011). A depender do resultado, o indivíduo é classificado com dependência completa (≤ 18 pontos), dependência modificada (19 a 103 pontos) ou independência completa (104 a 126 pontos) (ASSIS et al., 2015).

Os dados foram coletados e tabulados em uma planilha eletrônica com o auxílio do software Excel, pacote Office (2013) e posteriormente foram analisados com o auxílio do pacote estatístico SPSS versão 23, adotando um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). A comparação das variáveis sociodemográficas, ambientais e clínicas com o nível de independência funcional e o óbito, foi realizada por meio de tabelas de contingência aplicando-se o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2). Nas situações onde houve diferença significativa em múltipla contingência aplicou-se o teste Qui-quadrado PostHoc. A análise de curva ROC foi aplicada utilizando o desfecho de óbito como variável de agrupamento e os escores da ECGI e RTS como variáveis exploratórias. A correlação de Spearman foi aplicada a fim de verificar a relação entre a MIF e as variáveis sociodemográficas, ambientais e clínicas.

A pesquisa foi realizada respeitando os aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos, assegurando total sigilo das informações individuais colhidas, preconizados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e foi aprovado com parecer consubstanciado pela PUC-Goiás, nº 2.250.849. Cabe destacar que o estudo foi autorizado pelo Hospital do Oeste e os participantes e/ou seus responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 42 vítimas de TCE. A média de idade foi de 33,50 ($\pm 12,55$), variando entre 17 e 71 anos, sendo que para o desfecho de alta foi de 32,41 ($\pm 10,4$) e para o de óbito de 35,92 ($\pm 16,5$) anos, sem diferença significativa entre os grupos ($p=0,41$).

A Tabela 1 caracteriza o perfil sociodemográfico associado ao desfecho clínico. Observa-se que houve diferença entre os grupos que receberam alta e os que foram a óbito



Artigo

em relação ao sexo e à escolaridade. Houve maior frequência de indivíduos do sexo masculino ($p=0,05$) e com ensino fundamental ($p=0,04$) no grupo que foi a óbito. Em ambos os grupos, houve maior porcentagem de solteiros, empregados e que residem na Zona Rural, sem diferença significativa.

Tabela 1. Comparação entre as variáveis sociodemográficas e o desfecho clínico.

	Desfecho n (%)		Total	p
	Alta	Óbito		
Sexo				
Feminino	5 (17,2)	0 (0,0)	5 (11,9)	0,05**
Masculino	24 (82,8)	13 (100,0)	37 (88,1)	
Estado civil				
Casado	8 (27,6)	5 (38,5)	13 (31,0)	0,55**
Divorciado	1 (3,4)	0 (0,0)	1 (2,4)	
Solteiro	20 (69,0)	8 (61,5)	28 (66,7)	
Escolaridade				
Não estudou	4 (13,8)	0 (0,0)	4 (9,5)	0,16***
Ensino fundamental	10 (34,5)	9 (69,2)	19 (45,2)	0,04***
Ensino médio	15 (51,7)	4 (30,8)	19 (45,2)	0,21***
Profissão				
Aposentado	0 (0,0)	1 (7,7)	1 (2,4)	0,18**
Desempregado	9 (31,0)	1 (7,7)	10 (23,8)	
Empregado	17 (58,6)	10 (76,9)	27 (64,3)	
Estudante	3 (10,3)	1 (7,7)	4 (9,5)	
Reside				
Zona Rural	16 (55,2)	7 (53,8)	23 (54,8)	0,93**
Zona Urbana	13 (44,8)	6 (46,2)	19 (45,2)	

Qui-quadrado de Pearson; *Qui-quadrado Posthoc

Houve maior porcentagem de TCE grave. Os acidentes motociclísticos foram a principal causa do traumatismo. Nos dois acidentes automobilísticos, nenhuma vítima fazia uso do cinto de segurança. A maioria não fazia uso do capacete e não era habilitado para direção de veículos automotores. Chama atenção a grande porcentagem que havia consumido bebidas alcólicas no momento do acidente. Grande parte veio de outras



Artigo

unidades hospitalares, sendo que o transporte pré-hospitalar mais utilizado foi do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Unidade de Suporte Avançado (SAMU-USA). A maioria das vítimas foi admitida com suporte ventilatório aéreo invasivo via tubo orotraqueal e a conduta clínica foi preponderantemente conservadora. Não houve diferença significativa entre as variáveis ambientais, clínicas e o desfecho clínico, conforme pode-se observar na Tabela 2.



**VARIÁVEIS RELACIONADAS AO NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E AO ÓBITO NO
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO MODERADO OU GRAVE**

Páginas 352 a 375

Artigo

Tabela 2. Comparação entre variáveis ambientais, clínicas e o desfecho clínico.

	Desfecho n (%)		Total	p
	Alta	Óbito		
Classificação do TCE				
Grave	24 (82,8)	11 (84,6)	35 (83,3)	0,88**
Moderado	5 (17,2)	2 (15,4)	7 (16,7)	
Causa do trauma				
Agressão física	3 (10,3)	1 (7,7)	4 (9,5)	0,79*
Atropelamento	2 (6,9)	0 (0,0)	2 (4,8)	0,33*
Automobilístico	1 (3,4)	1 (7,7)	2 (4,8)	0,55*
Motocicleta	19 (65,5)	8 (61,5)	27 (64,3)	0,80*
Queda	4 (13,7)	3 (23,1)	7 (16,7)	0,64*
Cinto de segurança				
Não	1 (100,0)	1 (100,0)	2 (100,0)	NA
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Usava capacete				
Não	10 (52,6)	4 (50,0)	14 (51,9)	0,90**
Sim	9 (47,4)	4 (50,0)	13 (48,1)	
Carteira de habilitação				
Não	14 (70,0)	7 (77,8)	21 (72,4)	0,66**
Sim	6 (30,0)	2 (22,2)	8 (27,6)	
Uso de bebida alcoólica				
Não	15 (57,7)	6 (60,0)	21 (58,3)	0,90**
Sim	11 (42,3)	4 (40,0)	15 (41,7)	
Transporte entre hospitais				
Não	7 (24,1)	4 (30,8)	11 (26,2)	0,65**
Sim	22 (75,9)	9 (69,2)	31 (73,8)	
Meio de remoção				
Carro particular	1 (3,4)	0 (0,0)	1 (2,4)	0,62**
SAMU	3 (10,3)	2 (15,4)	5 (11,9)	
SAMU - USA	25 (86,2)	11 (84,6)	36 (85,7)	
Intubação Orotraqueal prévia				
Não	5 (17,2)	2 (15,4)	7 (16,7)	0,88**
Sim	24 (82,8)	11 (84,6)	35 (83,3)	
Conduta neurocirurgião				



Artigo

Cirúrgica	6 (20,7)	3 (23,1)	9 (21,4)	0,86**
Conservadora	23 (79,3)	10 (76,9)	33 (78,6)	

*Qui-quadrado Posthoc; **Qui-quadrado de Pearson; NA = não se aplica

O tempo médio entre a ocorrência do acidente e o atendimento no hospital de referência foi de 12,50 ($\pm 15,59$) horas, sendo percorridos 168,4 ($\pm 111,6$) km. Não houve diferença significativa entre o tempo ($p=0,93$) e a distância ($p=0,48$) com as variáveis do desfecho clínico.

Quanto ao tempo de internação, houve diferença significativa entre os grupos ($p<0,001$), com média de 31,83 ($\pm 17,67$) dias para o grupo que recebeu alta e 7,92 ($\pm 9,26$) dias para os que foram a óbito. O período mínimo de internação foi de 1 e o máximo de 68 dias.

A Tabela 3 relaciona o tipo de lesão cerebral e o desfecho clínico. Considerando toda a amostra, a contusão foi o tipo mais frequente (54,8%). Houve maior porcentagem de Hematoma Subdural Agudo ($p<0,001$) e Lesão Hipóxico Isquêmica ($p=0,003$) no grupo que foi a óbito.

Tabela 3. Comparação entre o tipo de lesão e o desfecho clínico.

	Desfecho n (%)		Total	p
	Alta	Óbito		
Hematoma Subdural Agudo	1 (3,4)	8 (61,5)	9 (21,4)	<0,001
Contusão	18 (62,1)	5 (38,5)	23 (54,8)	0,15
Hematoma extradural	5 (17,2)	2 (15,4)	7 (16,7)	0,88
Hematoma Intraparênquimatoso	2 (6,9)	0 (0,0)	2 (4,8)	0,33
Lesão hipóxico isquêmica	1 (3,4)	5 (38,5)	6 (14,3)	0,003
Hemorragia intraventricular	1 (3,4)	0 (0,0)	1 (2,4)	0,49
Hemorragia Subaracnóidea	6 (20,7)	0 (0,0)	6 (14,3)	0,07
Lesão axonal difusa	4 (13,8)	1 (7,7)	5 (11,9)	0,57

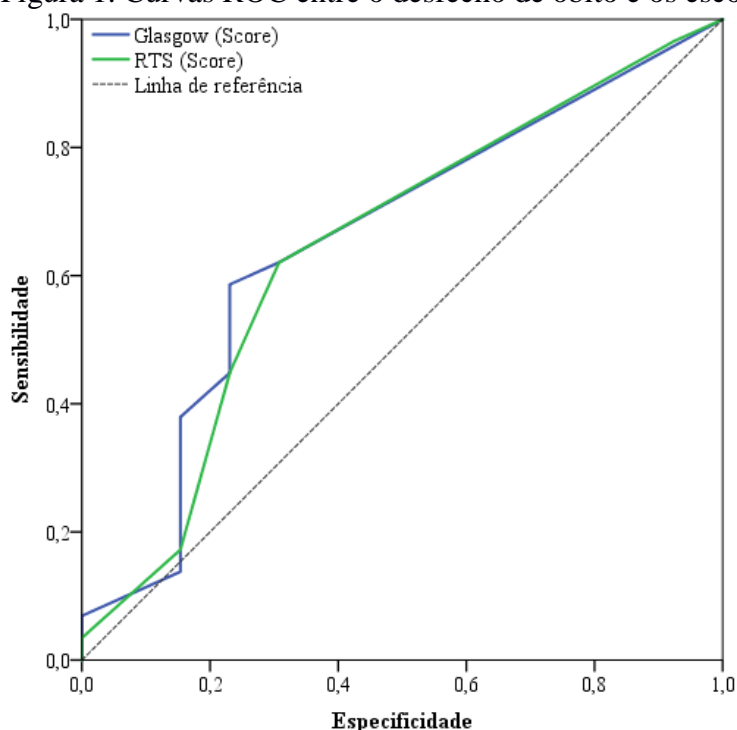
p = Qui-quadrado de Pearson

A Figura 1 apresenta duas análises independentes entre a ECGL, o RTS e o desfecho de óbito. Entretanto, observa-se que a curva ROC não apresentou um bom poder preditivo para esses dois parâmetros. A ECGL não apresentou boa sensibilidade (58,62%) e especificidade (76,92%); assim como o RTS, com sensibilidade de 62,07% e especificidade de 69,23%.



Artigo

Figura 1. Curvas ROC entre o desfecho de óbito e os escores da ECGL e do RTS.



Na avaliação de reatividade das pupilas realizada na admissão hospitalar, houve maior porcentagem de pupilas isocóricas (75,90%) no grupo de alta ($p < 0,001$) e pupilas midriáticas (53,8%) no grupo de óbito ($p < 0,001$).

Acerca do nível de Independência Funcional, determinado no desfecho de alta por meio da aplicação da MIF, houve maior frequência de dependência modificada (72,4%), seguida de independência completa/modificada (24,1%) e dependência completa (3,4%). Na Tabela 4, ao se comparar a MIF com as demais variáveis exploratórias, houve correlação negativa entre os dias de internação, ECGL, RTS e a MIF ($p = 0,01$). Não foi observada relação entre a idade do paciente ($p = 0,61$), tempo até o atendimento ($p = 0,46$), distância ($p = 0,48$) e a MIF.



Artigo

Tabela 4. Correlação entre a MIF e variáveis sociodemográficas, ambientais e clínicas.

	MIF (Escore total)	
	<i>R</i>	<i>p</i>
Idade (anos)	0,10	0,61
Tempo até o atendimento (horas)	-0,14	0,46
Distância (km)	0,14	0,48
Dias de internação	-0,50	0,01
ECGI (Escore)	-0,45	0,01
RTS (Escore)	-0,46	0,01

R = Correlação de Spearman

Houve diferença significativa entre a pontuação média da MIF e o tipo de pupilas ($p=0,05$). Vítimas de TCE com pupilas isocóricas na admissão apresentaram maior independência funcional (média $74,45 \pm 36,90$) em relação as que tiveram anisocoria (média $46,00 \pm 32,35$). Não houve diferença na pontuação média da MIF entre vítimas de acidentes motociclísticos e por outras causas ($p=0,81$).

DISCUSSÃO

É notável a elevada proporção de homens vítimas de TCE, assim como apontam resultados de outros estudos (DANTAS et al., 2014; FERNANDES; SILVA, 2013; GAUDÊNCIO; LEÃO, 2013; MADJAN et al., 2016; MAIA et al., 2013; MAGALHÃES et al., 2017; MONSEF et al., 2015; MONTEIRO et al., 2016; STRNAD et al., 2016; VIANA et al., 2014). Uma pesquisa nacional, que utilizou dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), demonstrou que a frequência de hospitalização por TCE é 3,5 maior no sexo masculino em relação ao feminino (ALMEIDA et al., 2016).

O gênero masculino também foi associado a uma maior letalidade hospitalar (ALMEIDA et al., 2016; DANTAS et al., 2014; STRNAD et al., 2016). Neste estudo, o desfecho de óbito foi estatisticamente associado a este grupo. Tal vulnerabilidade pode estar relacionada a fatores socioculturais e comportamentais. Desde a infância, os homens estão mais expostos às causas externas, em virtude de apresentarem maior independência



Artigo

e adotarem comportamentos de risco como agressividade e o uso abusivo de álcool e drogas (MAIA et al., 2013; MONTEIRO et al., 2016; VIANA, 2014).

Outro aspecto é a maior prevalência do TCE entre adulto-jovens. Na literatura, a faixa etária mais afetada é a de pacientes com até 40 anos, época de maior propensão à violência urbana e acidentes com veículos motorizados (ALMEIDA et al., 2016; DANTAS et al., 2014; FERNANDES; SILVA, 2013; GAUDÊNCIO; LEÃO, 2013; MAGALHÃES et al., 2017; MONTEIRO et al., 2016; VIANA et al., 2014).

Sobre a escolaridade, entende-se que quanto menor, pior será o esclarecimento sobre práticas de autocuidado, o que favorecerá uma maior exposição a riscos (MORAIS et al., 2013). De maneira geral, esta pesquisa demonstrou que no grupo com desfecho clínico de alta houve maior frequência de ensino médio; já no grupo de óbito a maior porcentagem foi de ensino fundamental. O estado civil, profissão e o local de residência (urbana ou rural) não interferiram no desfecho clínico. Cabe salientar que não foram encontrados estudos nacionais que correlacionem estas variáveis sociodemográficas ao desfecho clínico. Entretanto, análises univariadas de um estudo epidemiológico realizado no Irã, demonstraram que naquela população existe maior prevalência de óbitos entre vítimas de TCE com educação inferior ao ensino médio, casadas e residentes em áreas rurais (MONSEF et al., 2015).

Ao analisar o mecanismo do trauma, entende-se que este apresenta íntima relação com as características socioeconômicas da região e com a faixa etária acometida. Na população adulto-jovem, os acidentes de trânsito associam-se a 31% das admissões hospitalares por TCE, sendo a principal causa o acidente motociclístico (ALMEIDA et al., 2016; DANTAS et al., 2014; FERNANDES; SILVA, 2013; MAGALHÃES et al., 2017; MONTEIRO et al., 2016; VIANA et al., 2014), preponderante neste estudo (64,3%), sem relação estatística, mas considerado por outros como um fator de risco para o desfecho de óbito em pacientes com TCE (MONSEF et al., 2015). O trauma provocado por acidentes de motocicleta merece atenção, sobretudo em relação ao planejamento de ações preventivas, bem como do controle de sua ocorrência (GAUDÊNCIO; LEÃO, 2013).

Outro resultado alarmante é que a maioria das vítimas não fazia uso de capacete e não possuía Carteira Nacional de Habilitação (CNH). Estes comportamentos são considerados infrações gravíssimas e crime sujeito a pena de seis meses a um ano de detenção conforme o Código de Trânsito Brasileiro (BRASIL, 1997). A deficiência na fiscalização abre espaço para o descumprimento dessas normas e a maioria das pessoas



Artigo

circula livremente infringindo a Lei, isso demonstra a necessidade de um controle regulatório com maior responsabilização do infrator.

Um estudo que relacionou o uso do capacete à gravidade do TCE em motociclistas, evidenciou uma relação significativa entre TCE grave e o não uso de capacete, bem como o uso inadequado deste equipamento de proteção individual (EPI) associado ao TCE moderado (DUTRA et al., 2014). Contudo, mesmo diante destes dados preocupantes, não foi demonstrada correlação com o desfecho. Sabe-se que o uso do capacete ao pilotar motocicletas pode reduzir a mortalidade em até 30%, entretanto, mais de 50% das vítimas de acidente de trânsito com TCE no país não fazem uso de EPI (GAUDÊNCIO; LEÃO, 2013), reforçando o comportamento inadequado encontrado neste estudo.

Após o acidente, grande porcentagem das vítimas foi inicialmente encaminhada para outras unidades hospitalares nos municípios próximos ao local do acidente, esse fato aumentou o tempo entre a injúria e a chegada ao hospital de referência, que foi superior a 12,50 ($\pm 15,59$) horas. Uma metanálise apontou que não há diferença significativa na mortalidade das vítimas de TCE entre o transporte direto para um centro de trauma versus a triagem inicial em um hospital local (PICKERING et al., 2015). Apesar de não haver relação significativa com o desfecho, deve-se considerar a contingência geográfica das regiões estudadas.

Na Argentina, um estudo comparou o cuidado ao TCE no atendimento pré-hospitalar e evidenciou que tempos de transporte mais curtos favoreceriam melhores resultados. Foram encontrados intervalos de 5,5 horas, todavia, houve uma baixa adesão às recomendações de atendimento pré-hospitalar (VAVILALA et al., 2016). Já um ensaio clínico realizado nos EUA e Canadá, demonstrou que para pacientes com TCE, o tempo total fora do hospital durante o atendimento pré-hospitalar não está associado à mortalidade (NEWGARD et al., 2015).

Cabe destacar que a maioria das vítimas foi transportada pela equipe do SAMU-USA, que oferece Suporte Avançado de Vida baseado em Protocolos Nacionais de Intervenção (BRASIL, 2016) e inclui medidas neuroprotetoras como a sedação e intubação orotraqueal, o que pode ter favorecido um melhor desfecho, tendo em vista a qualidade do atendimento pré-hospitalar dessas vítimas. Um estudo que comparou o atendimento pré-hospitalar realizado por helicópteros e ambulâncias na Europa, demonstrou que na fase pré-hospitalar, os pacientes atendidos por ambulâncias tiveram um número significativamente maior de procedimentos realizados (como intubação orotraqueal e punção de acessos intravenosos), o que favoreceu menores taxas de



Artigo

mortalidade e menos deficiências neurológicas graves nos sobreviventes, em comparação ao transporte aéreo e mais rápido (BERLOT et al., 2009).

Na avaliação inicial de uma vítima de TCE, entende-se que o nível de consciência é um dos parâmetros mais importantes para identificar a gravidade do paciente (OLIVEIRA et al., 2014). Entretanto, é comum a dificuldade na obtenção deste dado, pois fatores farmacológicos como a sedação para realização da intubação orotraqueal e a intoxicação com álcool e/ou drogas desempenham um papel significativo no exame neurológico, mas geralmente não são contabilizados em escalas básicas de classificação, como a ECGI (MAGALHÃES et al., 2017; GALGANO et al., 2017). Além do mais, na escala RTS, o coma é um importante preditor na evolução dos pacientes, dado o coeficiente atribuído à variável ECGI (ALI ALI et al., 2017).

Para esse estudo, a ECGI e o RTS não apresentaram boa sensibilidade e especificidade para determinar a gravidade da lesão e a taxa de sobrevivência do grupo que evoluiu à óbito. Tal fato pode ser atribuído à subestimação dos avaliadores, uma vez que ficou evidente a grande quantidade de vítimas que consumiram bebidas alcoólicas (41,7%) e que precisaram de suporte ventilatório aéreo invasivo via tubo orotraqueal (83,3%), manobra médica que necessita de sedação prévia.

Nessas circunstâncias, é de suma importância reunir dados de maneira rápida, como os medicamentos sedativos / paralisantes usados, o momento da administração, suas meias-vidas e quaisquer outros possíveis fatores de confusão para o exame neurológico. Sem esses detalhes, as decisões indesejáveis podem ser tomadas com base apenas na pontuação da ECGI, o que pode não ser o mais adequado para o paciente (GALGANO et al., 2017).

Em relação à presença de anormalidades tomográficas, verificou-se que a maioria das vítimas apresentou mais de um achado associado, entretanto, ao se considerar toda a amostra houve maior frequência de contusão cerebral. Um estudo em Santa Catarina, com 246 vítimas de TCE grave, constatou que a hemorragia subaracnóidea (HSA) foi o achado mais frequente; já a contusão apareceu em apenas 7,7% da amostra (MONTEIRO et al., 2016), dado reforçado por um estudo de revisão em que a HSA predominou no TCE grave (GAUDÊNCIO; LEÃO, 2013). Isto demonstra que o perfil radiológico não condiz com a gravidade estabelecida pela ECGI neste estudo.

Contudo, ao se considerar os achados dos pacientes que evoluíram a óbito, os resultados deste estudo demonstraram maior porcentagem de hematoma subdural agudo e lesão hipóxico isquêmica. Um estudo multicêntrico realizado nos Estados Unidos, com 1.107 vítimas de TCE, verificou que a presença do hematoma subdural associado ao TCE



Artigo

grave está relacionado a altas taxas de mortalidade (74%) (BULLOCK et al., 2006), assim como demonstrado em outra pesquisa, em que na análise univariada, a presença do hematoma subdural foi um fator preditivo de mortalidade (ROCHA, 2006).

Já a lesão hipóxico isquêmica ocorre com alta frequência em vítimas fatais de acidente de trânsito, com um ou mais dias de sobrevivência. O índice elevado de óbitos imediatos e muito precoces independe da qualidade da assistência médica prestada e demonstra a gravidade desse tipo de lesão (GUSMÃO; PITTELLA, 2002).

Outro componente importante da avaliação neurológica de vítimas de TCE é o tamanho pupilar, simetria e reatividade à luz. A disfunção pupilar é um achado preocupante no exame neurológico, pois frequentemente dita a diretriz de tratamento subsequente (CHEN et al., 2014). A pupila bilateral fixa e dilatada pode sugerir hipóxia global e morte cerebral (SALAZAR et al., 2016). Corroborando os resultados encontrados neste estudo, a midríase foi identificada como um fator preditor para mortalidade hospitalar ($p=0,042$) (STRNAD et al., 2016). No desfecho clínico de alta, houve diferença significativa entre a pontuação média da MIF e o tipo de pupilas. Vítimas de TCE com pupilas isocóricas na admissão apresentaram maior independência funcional em relação as que tiveram anisocoria.

Embora a mortalidade relacionada ao TCE grave tenha sido superior a 50% (até 80% em casos com mais de 60 anos) em estudos antigos (TEASDALE; JENNETT, 1974), os resultados melhoraram nas últimas décadas. A mortalidade hospitalar foi reduzida para 5,1/100.000/ano e a taxa de letalidade para 7,7% (ALMEIDA et al., 2016). O aumento do número de sobreviventes, no entanto, inclui tanto casos de sucesso, que estão de volta à vida ativa, quanto casos com deficiências permanentes (STOCCHETTIE; ZANIER, 2016). Estima-se que, para cada morte decorrente do TCE, três indivíduos permanecem com disfunções definitivas (ALBUQUERQUE et al., 2016). Assim como apontado, os resultados deste estudo demonstraram maior frequência do desfecho de alta (65,5%), com maior frequência de dependência modificada pela MIF.

Um estudo realizado em Sergipe, que analisou o perfil epidemiológico das vítimas de TCE por um período de 11 anos, inferiu que as internações mais longas são resultado do prolongamento das vidas de pacientes com TCE grave, em que o tratamento das disfunções eleva o número de dias no hospital e dos gastos com métodos diagnósticos e de cuidado (VIANA et al., 2014). Este fato justifica a correlação negativa encontrada entre o tempo de internação hospitalar e os valores médios da MIF no desfecho de alta, ou seja, aqueles com um período maior de internação apresentaram um menor grau de dependência motora e cognitiva ao sair do hospital.



Artigo

Em contrapartida, um estudo multicêntrico demonstrou que até 15% dos TCE graves são incapazes de responder a ordens simples após quatro meses do traumatismo (WHYTE et al., 2005). No presente estudo, 3,4% da amostra recebeu alta com dependência completa.

Embora seja considerada vantajosa para aplicação na população com TCE (HAWRYLUK; BULLOCK, 2016), não existem publicações que orientem o uso da MIF nesses pacientes no ambiente intra-hospitalar. Isso se deve ao fato de a recuperação cognitivo-motora ocorrer em um longo período que se estende de meses a anos (McGINN e POVLISHOCK, 2016).

CONCLUSÃO

Dentre as variáveis analisadas, as que apresentaram relação significativa com o desfecho de óbito foram: ser do sexo masculino, ter ensino fundamental, menor tempo de internação, apresentar Hematoma Subdural Agudo, Lesão Hipóxico Isquêmica e pupilas midriáticas. Piores resultados na independência funcional estiveram relacionados a maior tempo de internação hospitalar e presença de pupilas anisocóricas na admissão. Dessa maneira, a fotorreação das pupilas é a variável mais importante para determinar o desfecho clínico das vítimas de TCE.

O alto número de óbitos e de sobreviventes com disfunções motoras e cognitivas neste estudo permitem à comunidade dimensionar o problema em relação à gravidade do TCE. Apesar do método prospectivo, entende-se que uma limitação do trabalho foi o curto período da coleta dos dados, não permitindo uma amostra maior, o que pode contribuir para que os resultados apresentados estejam subestimados em relação à realidade. Além disso, pelo fato de existirem fatores que possam ter confundido na análise da gravidade do TCE (como a ingestão de bebidas alcoólicas e sedação prévia), a ECGI e o RTS não serviram para determinar a gravidade e avaliar a morbimortalidade do grupo que evoluiu à óbito. Também foi possível perceber que o Brasil necessita de estudos que investiguem de forma sistemática os fatores associados ao TCE e o impacto destes no desfecho clínico, sendo, portanto, urgentemente recomendados.

Outrossim, espera-se que os resultados evidenciados possam alertar as autoridades competentes sobre a necessidade da implementação de programas, políticas e medidas de fiscalização que assegurem o aumento do nível de conscientização sobre os acidentes motociclísticos e seu impacto na Saúde Pública, bem como as consequências



Artigo

neurocognitivas, funcionais e motoras deste agravo. Além de políticas para reabilitação das incapacidades presentes após o trauma e reinserção destas vítimas à sociedade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. et al. Vítimas de acidentes de moto com traumatismo. **Rev enferm UFPE** [online], v. 10, n. 5, p. 1730-8, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201620>. Acesso em 12/09/2018

ALI ALI, B. et al. Escalas para predicción de resultados tras traumatismo grave. **An. Sist. Sanit. Navar.**, v. 40, n. 1, p. 103-118, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.23938/ASSN.001>. Acesso em 18/08/2018

ALMEIDA, C. et al. Traumatic Brain Injury Epidemiology in Brazil. **World Neurosurg**, v. 87, p. 540-547, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wneu.2015.10.020>. Acesso em 07/09/2018

ALVAREZ, B. et al. Análise do Escore de Trauma Revisado (RTS) em 200 vítimas de trauma com mecanismos diferentes. **Rev Col Bras Cir**, v. 43, n. 5, p. 334-40, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912016005010>. Acesso em 18/08/2018.

ASSIS, C. et al. Medida de independência funcional em pacientes com claudicação intermitente. *Rev Esc Enferm USP.*, v. 49, n. 5, p. 756-761, 2015. doi: 10.1590/S0080-623420150000500007. Acesso em 20/12/2018.

BERLOT, G. et al. Influence of prehospital treatment on the outcome of patients with severe blunt traumatic brain injury: a single-centre study. **Eur J Emerg Med**, v. 16, n.6, p. 312-7, 2009. doi: 10.1097/MEJ.0b013e32832d3aa1. Acesso em Acesso em 12/10/2018.

BRASIL. Código de Trânsito Brasileiro. **Lei n. 9.503, de 23 de setembro de 1997**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9503Compilado.htm>. Acesso em 10/09/2018.



Artigo

BRASIL. **Resolução 466/2012** [s.l.]: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em 10/09/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2a edição, 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-basico-2016.pdf>>. Acesso em 10/10/2018.

BRAZINOVA, A. et al. Factors that may improve outcomes of early traumatic brain injury care: prospective multicenter study in Austria. **Scand J Trauma Resusc Emerg Med**, v. 23, n. 53, 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s13049-015-0133-z> . Acesso em 22/08/2018.

BULLOCK, M. et al. Surgical management of acute subdural hematomas. **Neurosurgery**, v. 58, n. 3, p. 16-24, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16710968>>. Acesso em 22/08/2018.

CHAMPION, H. et al. A Revision of the Trauma Score. **J Trauma**, v. 29, n. 5, p. 623-629, 1989. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00005373-198905000-00017>. Acesso em 18/08/2018.

CHEN, J. et al. Infrared pupillometry, the Neurological Pupil index and unilateral pupillary dilation after traumatic brain injury: implications for treatment paradigms. **SpringerPlus** [online], n. 3, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/2193-1801-3-548>. Acesso em 22/08/2018.

DANTAS, I. et al. Epidemiologia do traumatismo crânio encefálico (TCE) no nordeste no ano de 2012. **REBES**, v. 4, n. 1 p. 18-23, 2014. Disponível em: <<https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/2573/1985>>. Acesso em 07/08/2018.



Artigo

DUTRA, V. et al. Craniocerebral trauma in motorcyclists: relation of helmet use and trauma severity. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 5, p. 485-91, 2014.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400079>. Acesso em 22/08/2018.

FERNANDES, R.; SILVA, M. Epidemiology of traumatic brain injury in Brazil. **Arq Bras Neurocir**, v. 32, n. 3, p. 136-142, 2013. Available from:

<<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0038-1626005.pdf>>. Acesso em 02/08/2018.

GALGANO, M. et al. Traumatic Brain Injury: Current Treatment Strategies and Future Endeavors. **Cell Transplantation**, v. 26, n. 7, p. 1118-1130, 2017. doi:

<http://dx.doi.org/10.1177/0963689717714102>. Acesso em 13/09/2018.

GAUDÊNCIO, T.; LEÃO, G. A epidemiologia do Traumatismo Crânio-Encefálico: Um Levantamento bibliográfico no Brasil. **Rev Neuroc**, v. 21, p. 427-34, 2013. doi:

<http://dx.doi.org/10.4181/RNC.2013.21.814.8p>. Acesso em 07/08/2018.

GUSMÃO, S.; PITTELLA, J. Lesão encefálica hipóxica em vítimas fatais de acidente de trânsito: Prevalência, distribuição e associação com tempo de sobrevivência e outras lesões cranioencefálicas e extracranianas. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 60, n. 3-B, 2002.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v60n3b/a22v603b>>. Acesso em 02/10/2018.

HAWRYLUK, G.; BULLOCK, M. Past, present, and future of traumatic brain injury research. **Neurosurg Clin N Am**, v. 27, n. 4, p. 375-96, 2016. doi:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nec.2016.05.002>. Acesso em 07/09/2018.

JERÔNIMO, A. et al. Fatores relacionados ao prognóstico de vítimas de traumatismo cranioencefálico: uma revisão bibliográfica. **Arq Bras Neurocirur**, v. 33, n. 3, p. 5-9, 2014. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2014/v33n3/756167.pdf>>. Acesso em 22/08/2018.



Artigo

MADJAN, M. et al. Epidemiology of traumatic brain injuries in Europe: a cross-sectional analysis. **Lancet Public Health**, v. 1, n. 2, p. 76-83, 2016. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(16\)30017-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(16)30017-2). Acesso em 22/08/2018.

MAIA, B. et al. Perfil clínico-epidemiológico das ocorrências de traumatismo cranioencefálico. **Rev Neurocienc**, v. 21, n. 1, p. 43-52, 2013. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2101/original2101/786original.pdf>>. Acesso em 14/09/2018.

MAGALHÃES, A. et al. Epidemiologia do traumatismo cranioencefálico no Brasil. **Rev Bras Neurol**, v. 53, n. 2, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/rbn/article/view/12305>>. Acesso em 07/09/2018.

McGINN, M.; POVLISHOCK, J. Pathophysiology of Traumatic Brain Injury. **Neurosurg Clin N Am**, v. 27, n. 4, p. 397-407, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nec.2016.06.002>. Acesso em 20/08/2018.

MONSEF, K. et al. An epidemiologic study of traumatic brain injuries in emergency department. **Emerg (Tehran)**, v. 3, n. 4, p. 141-5, 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4608347/>>. Acesso em 07/09/2018.

MONTEIRO, L. et al. Caracterização dos pacientes com traumatismo cranioencefálico grave admitidos em um hospital terciário. **Arq. Catarin Med.**, v. 45, n. 3, p. 2-16, 2016. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/107/98>>. Acesso em 07/09/2018.

MORAIS, D. et al. Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismo raquimedular atendidos em hospital terciário. **Coluna/Columna**, v. 12, n. 2, p. 149-152, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-18512013000200012>. Acesso em 15/09/2018.

NEWGARD, C. et al. Revisiting the "Golden Hour": An Evaluation of Out-of-Hospital Time in Shock and Traumatic Brain Injury. **Ann Emerg Med.**, v. 66, n. 1, p. 30-41, 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.12.004>. Acesso em 22/08/2018.



Artigo

OLIVEIRA, D. et al. Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma cranioencefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia. **Arq Bras Neurocir**, v. 33, n. 1, p. 22-32, 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2014/v33n1/a4284.pdf>>. Acesso em 14/09/2018.

PEREL, E. et al. Predicting outcome after traumatic brain injury: practical prognostic models based on large cohort of international patients. **BMJ** [online], 2008. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39461.643438.25>. Acesso em 22/08/2018.

PICKERING, A. et al. Impact of prehospital transfer strategies in major trauma and head injury: systematic review, meta-analysis, and recommendations for study design. **J Trauma Acute Care Surg**, v.78, n. 1, p. 164-77, 2015. doi: 10.1097/TA.0000000000000483. Acesso em 02/10/2018.

PRINS, M. et al. The pathophysiology of traumatic brain injury at a glance. **Dis Model Mech**, v. 6, p. 1307-1315, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1242/dmm.011585>. Acesso em 07/09/2018.

RIBERTO, M. et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiatr**, v. 11, p. 3-7, 2004. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/actafisiatr/article/view/102481/100795>>. Acesso em 16/09/2018.

ROCHA, C. **Traumatismo cranioencefálico**: correlação entre dados demográficos, escala de Glasgow e tomografia computadorizada de crânio com a mortalidade em curto prazo na cidade de Maceió, Alagoas. 2007. Tese (Doutorado em Radiologia) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/T.5.2007.tde-21062007-145931>. Acesso em: 10/10/2018.

SALAZAR, L. et al. Severe Cranioencephalic Trauma: Prehospital Care, Surgical Management and Multimodal Monitoring. **Bull Emerg Trauma**, v. 4, n. 1, p. 8-23, 2016. Available from: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4779465/>>. Acesso em 07/09/2018.



Artigo

SHAHIN, H. et al. Influence of alcohol on early Glasgow Coma Scale in head-injured. **J Trauma**, n. 69, v. 5, p. 1176-1181, 2010. doi:
<http://dx.doi.org/10.1097/TA.0b013e3181edbd47>. Acesso em 14/09/2018.

SILVEIRA, L. et al. Medida de Independência Funcional: um desafio para a Enfermagem. **Rev Saúde Públ St Cat**, v. 4, n. 1, p. 70-83, 2011. Disponível em:
<<http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/92/0>>. Acesso em 16/09/2018.

STOCCHETTIE, N; ZANIER, E. Chronic impact of traumatic brain injury on outcome and quality of life: a narrative review. **Crit Care**, v. 20, n. 148, 2016. doi:
<http://dx.doi.org/10.1186/s13054-016-1318-1>. Acesso em 10/10/2018.

STRNAD, M. et al. Predictors of mortality in patients with isolated severe traumatic brain injury. **Wien Klin Wochenschr**. v. 129, n. 3-4, p. 110-114, 2016. doi:
<http://dx.doi.org/10.1007/s00508-016-0974-0>. Acesso em 22/08/2018.

TEASDALE, G., JENNETT, B. Assessment of coma and impaired consciousness. A Practical Scale. **Lancet**, v. 304, n. 7872, p. 81-4, 1974. doi:
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(74\)91639-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(74)91639-0). Acesso em 15/09/2018.

TEASDALE, G. et al. The Glasgow Coma Scale at 40 years: Standing the test of time. **The Lancet Neurology**, v. 13, p. 844-54, 2014. doi:
[http://dx.doi.org/10.1016/S1474-422\(14\)70120-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-422(14)70120-6). Acesso em 15/09/2018.

VAVILALA, M. et al. Benchmarking Prehospital and Emergency Department Care for Argentine Children with Traumatic Brain Injury: For the South American Guideline Adherence Group. **PLOS ONE**, v. 11, n. 12, p. 1-17, 2016. doi:
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0166478>. Acesso em 22/08/2018.

VIANA, N et al. Internações por traumatismo cranioencefálico em Sergipe, de 2000 a 2011. **Arq Bras Neuroc**, v. 33, n. 4, 2014. Disponível em: <
<http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2014/v33n4/a5511.pdf>>. Acesso em 10/10/2018.



Temas em Saúde

Volume 19, Número 5

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

WHYTE, J. et al. Predictors of outcome in prolonged posttraumatic disorders of consciousness and assessment of medication effects: A multicenter study. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 86, n. 3, p. 453-462, 2005. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2004.05.016>. Acesso em 10/10/2018.



VARIÁVEIS RELACIONADAS AO NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E AO ÓBITO NO
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO MODERADO OU GRAVE

Páginas 352 a 375

Artigo

VIOLÊNCIA DE GÊNERO E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA SAÚDE DA MULHER

GENEAL VIOLENCE AND THEIR CONSEQUENCES IN WOMEN'S HEALTH

Maria Betânia Bezerra¹

Ana Paula Dantas da Silva Paulo²

Hellen Renata Leopoldino Medeiros³

Erta Soraya Ribeiro Cesar Rodrigues⁴

RESUMO - A violência contra a mulher é um fenômeno que se arrasta a várias décadas, gera consequências traumáticas, deixa sequelas irreversíveis para quem sofre. Por ultrapassar longos períodos da história, nações e regiões, presentes nas mais diversas culturas, independente de classe social, raças, etnias ou religião, divide conteúdos e tem características universais. Esse estudo teve como objetivo identificar as consequências que a violência de gênero causa na saúde da mulher. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória realizada no Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM), situado na Rua do Prado, S/N, centro na cidade de Patos-PB no mês de março de 2019. A população do estudo foi composta por todas as mulheres que fazem acompanhamento no CRAM no total de 80 mulheres. A amostra foi composta por 10 mulheres, com idade a partir de 19 anos que vivenciaram violência física, psicológica ou sexual praticada pelo companheiro, presentes nas reuniões dos grupos e que aceitaram voluntariamente a participar da pesquisa. Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro semiestruturado, sustentado na Teoria de Enfermagem de Levine. A pesquisa foi realizada logo após autorização da Secretaria de Políticas Públicas para Mulheres do município de Patos-PB e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos (CEP_FIP). A análise dos resultados foi fundamentada no método do

¹ Aluna concluinte do curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos-PB, 2019, email: Betaniabezerra2016@gmail.com;

² Enfermeira Mestre em Ciências da Saúde. Docente do Curso Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos – PB;

³ Enfermeira Especialista. Docente do Curso Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos – PB;

⁴ Enfermeira obstetra. Mestre em Ciências da Saúde. Docente do Curso Bacharelado Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos-PB.



Artigo

Discurso do Sujeito Coletivo, que consistiu na organização dos dados empíricos, de natureza verbal, obtidos nos depoimentos. Os resultados caracterizaram-se por insônia, cansaço físico e mental, falta de apetite, perda de peso, fraqueza, distúrbios físicos como: lesões, lacerações, escoriações, hematomas e fraturas, distúrbios psicológicos e emocionais como: baixa autoestima, tristeza, solidão, incapacidade, insegurança, impotência, falta de motivação, medo de sair de casa e isolamento, influenciando na conservação e na integridade à saúde da mulher de forma degradante, agressiva e destruidora de sua autoestima e de seu estado de independência completa. Foram observados vários danos à integridade da mulher em relação aos princípios da Teoria de Levine.

Palavras-chaves: Saúde da mulher; Violência contra mulher; Consequência.

ABSTRACT - Violence against women is a phenomenon that has dragged on for decades, causes traumatic consequences, leaves irreversible consequences for those who suffer. By crossing long periods of history, nations and regions, present in the most diverse cultures, independent of social class, races, ethnic groups or religion, it divides contented and has universal characteristics. This study aimed to identify the consequences of gender violence on women's health. This is a qualitative, descriptive and exploratory research carried out at the Reference Center for Women's Care (CRAM), located at Rua do Prado, S / N, center in the city of Patos-PB in the month of March, 2019. The study population consisted of all women who were followed up in CRAM by a total of 80 women. The sample consisted of 10 women, aged 19 years and over who experienced physical, psychological or sexual violence practiced by the companion, present at the group meetings and who voluntarily accepted to participate in the research. For data collection, a semi-structured script was used, based on Levine's Nursing Theory. The research was carried out shortly after authorization from the Secretariat of Public Policies for Women of the municipality of Patos-PB and approval of the Research Ethics Committee of the Faculdades Integradas de Patos (CEP_FIP). The analysis of the results was based on the Collective Subject Discourse method, which consisted in the organization of verbal empirical data obtained in the statements. The results were characterized by insomnia, physical and mental fatigue, lack of appetite, weight loss, weakness, physical disorders such as: injuries, lacerations, bruises, bruises and fractures, psychological and emotional disorders such as: low self esteem, sadness, loneliness, incapacity, insecurity, impotence, lack of motivation, fear of leaving home and isolation,



Artigo

conservation and integrity of women's health in a degrading, aggressive and destructive manner of their self-esteem and their complete independence. Various injuries to the integrity of the woman have been observed in relation to the principles of Levine's Theory.

Keywords: Women's health; Violence against women; Consequences.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um fenômeno que se arrasta a várias décadas, gera consequências traumáticas, deixa sequelas irreversíveis para quem sofre. Por ultrapassar longos períodos da história, nações e regiões, presentes nas mais diversas culturas, independente de classe social, raças, etnias ou religião, divide continentes e tem características universais (LUCENA et al., 2017).

O drama da violência contra a mulher é recorrente e aprisionante, abala a autonomia, destrói a autoestima e diminui a qualidade de vida, trazendo consequências à estrutura pessoal, familiar e social. As agressões são ameaçadoras e estão, geralmente, associadas a problemas sociais preocupantes, como desemprego, marginalização, desigualdades sociais, uso de álcool e drogas, trazendo impacto à morbimortalidade dessa população (SANZ, 2016).

A Organização Pan Americana de Saúde considerou a violência contra a mulher como uma endemia, eventos que demanda o desenvolvimento de políticas específicas, devido ter se tornado um problema de saúde pública, e um desafio entre as governanças. (GOMES et al., 2013).

A lei 11.340 de 07 de agosto de 2006, denominada Lei Maria da Penha, decretada objetivando impedir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher no Brasil. Esta lei foi relevante na definição normativa sobre o que é a violência doméstica e familiar ou em qualquer vínculo íntimo afetivo, esta lei contribuiu para estratégias e compromissos assumidos pelo o Brasil na Convenção americana para a extinção de todas as formas de violências contra a mulher, prevenindo, punindo e erradicando a violência em outros tratados internacionais (FERNANDES, 2015).

Atualmente, essa violência, independentemente da perspectiva de gênero, é considerada um problema de saúde pública com efeitos adversos importante na saúde da mulher, se constituído uma violação de direitos humanos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).



Artigo

Uma intervenção resolutiva à essa problemática não deve prescindir, necessariamente, de uma conduta clínica, mas deve buscar medidas que promovam a conservação da saúde. Isso porque, ações clínicas não são suficientes para responder às variadas dimensões dos problemas e às necessidades em saúde das mulheres. O fortalecimento da intersetorialidade e das ações coletivas é fundamental à superação da importância referida por muitos profissionais de saúde nas situações que envolvam violência (GUEDES RN, 2013).

Muitas teorias foram propostas na Enfermagem, mas, considerando a mulher violentada, primou-se por um referencial teórico que oferecesse uma visão integral do ser humano. Com apoio desse pressuposto, recorreu-se à Teoria de Enfermagem de Myra Strin Levine, buscando os nexos com a Atenção Integral da Saúde da Mulher. O modelo conceitual de Levine caracteriza o ser humano como um todo dinâmico, em constante interação com o ambiente, e preocupa-se com o paciente que adentra um estabelecimento de saúde, necessitando de assistência em seu estado de saúde alterado (LEVINE, 1973).

As consequências da violência à saúde da mulher acarretam danos para sua integridade física e psicoemocional (DELZIOVO e et al., 2016). A escassez de estudos fundamentado na teoria de Levine, apresenta uma fragilidade do conhecimento, principalmente nas intervenções do enfermeiro na promoção e manutenção da saúde em relação a conservação à energia, à integridade estrutural, pessoal e social (NETO et al., 2014).

Diante da tal problemática teremos muitos questionamentos, visto que, esse assunto tem uma ausência enorme nos serviços público, bem como, nos serviços de saúde, ocasionando um aumento significativo de casos ao decorrer dos anos. O objetivo deste estudo foi identificar as consequências que a violência de gênero causa na saúde da mulher, na visão das mulheres, sustentada na Teoria de Enfermagem de Levine.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa trata da indagação dos significados, princípios, condutas, crenças, pretensões, incentivos, emoções, tudo que represente o universo mais complexo das relações do fenômeno e dos processos que não podem ser calculados por execução de variáveis.

O estudo foi realizado no Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM), situado na Rua do Prado, S/N, centro na cidade de Patos-PB. Fundado em 11



Artigo

de março de 2014, onde realiza o atendimento a mulheres vítima de violência. Esse centro trabalha com uma equipe multidisciplinar onde presta atendimento de apoio psicológico, de enfermagem, jurídico e social. Onde são realizados grupos de reflexões e dinâmicas educativas procurando resgatar a autoestima da mulher. A população do estudo foi composta por todas as mulheres que fazem acompanhamento no CRAM no total de 80 mulheres. A amostra foi composta por 10 mulheres, com idade a partir de 19 anos que vivenciaram violência física, psicológica ou sexual praticada pelo companheiro, presentes nas reuniões dos grupos e que aceitaram voluntariamente a participar da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu no mês de março de 2019, para a qual foi utilizado um roteiro semiestruturado, sendo a entrevista realizada em sala reservada desse cenário com duração média de 30 minutos. Houve apresentação formal, respeitando os critérios éticos, o caráter sigiloso e a possibilidade de interrupção de sua participação na pesquisa, sem qualquer prejuízo na assistência. Dessa forma, procurou-se primeiramente conhecer o perfil sociodemográfico das mulheres participantes.

A análise dos resultados foi fundamentada no método do Discurso do Sujeito Coletivo, que consistiu na organização dos dados empíricos, de natureza verbal, obtidos nos depoimentos. Para elaborar os Discursos do Sujeito Coletivo, foi necessário construir duas figuras metodológicas: as Expressões-Chave e as Ideias Centrais. As primeiras consistiram em transcrições literais do discurso, que revelam a essência dos depoimentos. “Ideias centrais” é uma expressão linguística que descreve, de maneira mais fidedigna, o sentido de cada conjunto homogêneo de expressões-chave. Como técnica de processamento de dados, o Discurso do sujeito coletivo sugere uma pessoa falando como um sujeito individual do discurso. O projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo comitê de Ética e pesquisa das Faculdades Integradas de Patos através do CAAE: 05311019.5.0000.5181 e o parecer de aprovação o Protocolo nº 3.198.443, no qual obteve o consentimento legal para realização da pesquisa à luz dos princípios éticos. A pesquisa foi realizada com autorização da Secretária de Políticas Públicas para Mulheres da cidade de Patos-PB, seguindo rigorosamente as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, conforme descrito na resolução nº 510/16 (BRASIL, 2016).

RESULTADOS

O indivíduo não pode está fora da sua conjuntura, tem de ter relação com o tempo e o lugar, e jamais se isolar de tudo que acontece ao seu redor, na ideia de Levine. As



Artigo

condições atuais podem induzir às pessoas a suportar as experiências de uma vida inteira, as quais deixam sequelas em seu corpo, mente e alma (NETO e et al., 2018).

As características das 10 mulheres participantes demonstram que 5 delas tinham entre 21 a 30 anos de idade totalizando 50%. Assemelhando-se com resultados de pesquisas realizadas em outras delegacias especializada no atendimento a mulher (DEAM), centros de referência no atendimento às mulheres em situação de violência no Brasil. Esse resultado mostra que alguns fatores podem está associados, uma vez que essa faixa etária encontra-se vulnerável, como também no seu ponto máximo da beleza e juventude contribuindo assim para crises excessivas de ciúmes, inseguranças e um poder de dominação pelas vítimas (ARAÚJO et al., 2014).

Em relação ao estado civil, 6 estavam solteiras ou seja separadas ou divorciadas de seus companheiros totalizando 60%, resultado que corrobora com o estudo realizado por Almeida; Bezerra (2016) que de forma semelhante com o presente estudo mostra que no período de 2010 a 2013, no município de Feira de Santana – BA, que 47,1% das mulheres vítimas de violência doméstica eram solteiras e a segunda maior frequência foi casada ou convivente correspondendo a 36,4%. Essa realidade deve-se ao fato de muitos casais não oficializarem sua união e pelo simples fato da facilidade encontrada de morar juntos, mantendo um relacionamento sem a oficialização, ou seja, a sua situação conjugal difere da sua realidade cotidiana.

No que diz respeito ao grau de escolaridade, 2 tinha ensino superior completo, 5 ensino superior incompleto, 2 relataram ter o ensino médio completo, enquanto uma tinha o ensino fundamental. Dessas mulheres, 9 tinha atividade remunerada; apenas 1 era dona de casa e declarou que durante a violência dependia do marido, 1 ganhavam menos de um salário mínimo, 6 delas declararam uma renda familiar de 1 a 2 salários mínimo e uma ganhava mais de 2 salários.

ACOSTA, 2013, em um estudo realizado evidenciou que a violência ocorre entre pessoas de diferentes grau de instrução. Foi observado, que a violência contra a mulher independe de classe social, raça, religião, ou grau de escolaridade, todavia, existem fatores considerados mais susceptíveis, entre eles o álcool, o baixo nível de escolaridade, as dificuldades financeiras. No entanto mulheres com maior grau de instrução e renda, não estão livre da violência. Esta pesquisa revelou, que 50% das participantes tinha o ensino superior incompleto, 90% tinha atividade remunerada. Um estudo no Sudeste do País mostrou, que 28,3% das mulheres vítimas de violência tinha ensino superior incompleto ou completo. Esses dados fragilizam a teoria de que a violência contra a mulher só ocorre entre indivíduo com baixa escolaridade.



Artigo

Das 10 participantes do estudo 5 sofreram violência física associada de violência psicológica, 1 relatou violência sexual por que foi obrigada a ter relação sexual contra sua vontade, enquanto 2 participantes sofreu so a violencia fisica, 2 violencia psicologia e uma violencia sexual.

Segundo Vargas; Santos (2017), a violência física consiste na conduta do emprego da força com ou sem instrumentos e que envolve a integridade ou saúde corporal; a psicológica abrange qualquer ato de humilhação, manipulação, ameaças ou outras atitudes que podem delimitar o desenvolvimento da mulher; a violência patrimonial envolve casos de cônjuges e correlaciona ao roubo ou prejuízo ao patrimônio da vítima e a violência moral, apesar de não deixar marcas físicas, prejudica a imagem da mulher através de comportamentos que a impeça de viver na sociedade, como atos de calúnia, injúria ou difamação.

Corroborando com o estudo realizado, Vasconcelos et al. (2016) na sua pesquisa feita na secretaria da mulher no município de Vitória de Santo Antão, Região Nordeste do Brasil concluiu que a violência mais frequente na população do estudo foi a violência física 333 casos (65%) e a violência psicológica 309 casos (60,4%). De acordo com o estudo de Silva; Oliveira, (2016), o uso da força corporal foi a mais comum agressão indicada e também a mais frequente (67,5%).

Já a violência sexual é caracterizada quando qualquer pessoa obriga a realização da pratica sexual contra a vontade da outra, sobre ameaça, coação ou uso da força, impedindo o uso de qualquer método contraceptivo, deixando a mulher presa em um caminho de difícil aceitação e vergonhoso para a sociedade, como também pra si próprio (OLIVEIRA et al., 2016).

ROSA, et al 2018, em um estudo realizado em Ribeirão das neves, na região metropolitana de Belo Horizonte, foi evidenciado a prevalência de 59,8 da violência praticada por parceiro íntimo; o uso do álcool e outras drogas associadas pode ser um fator preditivo desse fenômeno.

A análise dos dados foi baseada nas quatro ideias centrais referentes às consequências da violência, conforme os princípios da conservação da saúde na Teoria de Enfermagem de *Levine*, referente: conservação de energia, integridade estrutural, integridade pessoal, integridade social, determinada nos Discurso do Sujeito Coletivo, conforme o relato das mulheres.

Na primeira ideia central apresentou as consequências da violência que comprometem a conservação da energia da mulher.



Artigo

“Eu perdi todos os meus motivos para viver, me sentia doente, cansada, comecei a faltar no trabalho; no início devido às marcas no rosto, depois comecei a faltar por que não via motivo para trabalhar, queria morrer era a única saída para minha vida, não tinha apetite comecei a perder peso, virava noites acordada com medo de ele chegar e tirar minha vida”. voz 7.

“Ele pôs um pano com um liquido no meu nariz, que eu perdi todas as minhas forças, eu fiquei acordada, depois ele fez um monte de coisas, por último me queimou com um cigarro, eu estava consciente, mas eu não tinha forças para reagir, eu me sentir impotente para reagir”. voz 2.

“Ele vivia dizendo que eu era feia, que eu era gorda, ele dizia isso como uma forma de menosprezar, eu perdi a vontade de sair, de me arrumar de cuidar de mim, perdi a vontade de comprar roupas estava com a auto estima abalada, passei a me achar realmente feia e gorda e acabei engordando de verdade, eu chorava muito não conseguia sair daquela situação carrego essa sequela até hoje, não consigo emagrecer”. voz 10.

“Eu vivia atormentada, não tinha forças nem estímulos para cuidar das crianças, não tinha forças para pegar meu filho no colo, tomava muitos remédios sem indicação medica, até que um dia desmaie e acordei no hospital, me sentia desgastada até para viver”. voz 6.

As consequências da violência que comprometem a conservação da integridade estrutural ficaram evidenciadas na segunda idéia central, resultando no discurso seguinte:

“Eu tive vários desmaios inclusive um dentro da delegacia, tive um pré infarto e um AVC, as agressões deixou uma lesão nas minhas córneas, hoje tenho dificuldade na visão e sérios problemas de nervos”, voz 1.

“Eu tenho insônia só durmo com aprazolam, pânico, depressão, medo vivo dependente de medicamento desde então faço tratamentos com médicos, psicólogos psiquiátricos, tive muitas lacerações vaginal, por que ele não só usou o órgão genital ele usou outros objetos”, voz 2.

“Tive um aborto depois de uma surra, tenho pressão alta, tenho um sono perturbado, só durmo com poder de medicamentos, tive um infarto, e sou muito ansiosa tais problemas surgirão durante a violência. Não



Artigo

tenho mais saúde, tomo muito medicamento que até hoje não consigo diminuir, os medicamentos só aumentam”, voz 3.

“Eu fiquei com um problema no olho que aconteceu na segunda vez que ele me agrediu, deixou uma mancha no meu olho que tive de fazer uma cirurgia até hoje tenho problema de visão, hematomas, lesão na boca e um dente quebrado”, voz 4.

“Entre em depressão, tive anemia e passei a ser dependente de medicamentos, tive, corte na sobrancelha e o nariz quebrado depois de um soco”, voz 6.

“Fiquei desnutrida anêmica, tive gastrite, medo, pânico insônia, Vários hematomas pelo corpo e rosto, fratura em um dos braços devido uma queda após eu tentando fugir dele, lesão em sobrancelha”, voz 7.

“Ele me batia com um pedaço de pião meu corpo ficava todo estourado, quando ele batia com o pião que ele batia com força ficava aquelas bolhas, tipo uma queimadura, teve uma vez que ele pegou uma faca encostou no meu braço e bateu no cabo da faca, por sorte a faca não entrou.”, voz 08.

A terceira idéia central identifica as consequências da violência que comprometem a conservação da integralidade pessoal da mulher:

“Ele acabou com a minha autoestima, acabou com a minha imagem, me dava amantes, tudo isso na presença do meu filho, sempre me culpado por tudo, que acontecia, ele me difamava perante meus amigos e no meu trabalho, eu não aguento mais”, voz 1.

“Ele fazia uma pressão psicológica e assim me fazia me sentir inferior a outras pessoas, principalmente quando tentava me mostrar que outras mulheres tinha o nível social diferente do meu, que ela Tinha mais dinheiro, mais poder e mais status, que as pessoas só tinha amizade comigo por causa dele que eu não era digna da amizade de ninguém eu era apenas uma simples dona de casa”, voz 4.

“Eu me sentia a pior das pessoas, ter que me deitar com uma pessoa que acabou de me bater, toda machucada e sabia que se não me deitasse



Artigo

ia apanhar novamente, eu não queria mais viver nesse mundo, eu não servia para nada, me achava feia engordei mais de vinte kilos, muitas vezes pensei em me suicidar”, voz 5.

“Ego, autoestima não sabia mais o que era isso”, voz 7.

“Ele me humilhava me ridicularizava diante das pessoas, me culpava por tudo de negativo que acontecia me manipulava de um jeito eu ficava impedido de evoluir no trabalho, por que me sentia insegura, não tinha o direito de me expressar, chegava a admitir o meu fracasso, incapacidade, vivia angustiada, preferia que ele me batesse do que viver naquela pressão”, voz 10.

As consequências da violência que comprometem a conservação da integridade social estão expostas na quarta ideia central, mediante o discurso a seguir:

“Eu tenho medo de sair de casa, tenho medo de levar meu filho à qualquer lugar, vivo muito nervosa, minha vida virou um inferno, eu vivo como uma prisioneira dentro da minha própria casa, com medo de sair e me deparar com ele, eu não tenho controle do meu corpo”, voz 1

Eu passei muito tempo sem sair, vivia como se fosse encarcerada, ele me proibia de tudo, vivia assustada desde que ele foi na casa da minha mãe e o ameaçou com uma arma de fogo tinha medo de conversar com as pessoas ele chegar e me matar, mesmo depois da separação ainda não superei o cárcere. Voz 3.

“Eu vivia aprisionada como se eu fosse propriedade dele, eu não tinha amigos, nunca recebi ninguém na minha casa, eu nunca sair de casa ao sem ser para ir para faculdade, por que se eu saísse da minha rotina eu já sabia que ele ia me agredir, nunca tive amigos, nunca fiz amizade com ninguém durante o tempo que passei com ele, se eu desobedeceis ele me batia, eu não tinha vida social”, voz 5

“Eu não tinha vontade de sair, ficava mais isolada em casa, ele queria ver meu fim, tava me matado aos poucos, eu tinha medo dele”, voz 10.



Artigo

DISCUSSÃO

Para uma melhor compressão dos resultados da pesquisa é recomendável rever a teoria de enfermagem de Myra Estrin Levine constituída por um conjunto de conceitos interrelacionados que nos permite uma forma sistemática de explicar e prever fatores ou eventos e definir homem como ser holístico em permanente interação com o meio externo e que procura o serviço de saúde em busca de assistência, ou seja, com o estado de saúde (NETO, 2014).

A violência é um fenômeno que afeta a saúde da mulher, causando desintegração das funções biopsicossocial dentro do organismo humano e responsável por consequências irreversíveis para a sua saúde.

Segundo NETO 2014, o comprometimento causado no primeiro princípio da teoria de Levine que é a conservação da energia das mulheres o estudo evidenciou características como: insônia, cansaço físico e mental, falta de apetite, perda de peso e fraqueza. A conservação da energia é um fator de proteção para o sistema funcional do indivíduo, foi observado que às consequências da violência de gênero causa um grande impacto na saúde da mulher que manifestaram condições de saúde inaceitáveis; quando consideramos suas múltiplas proporções. Relacionamentos violentos deixam consequências seguidas de uma sintomatologia bem característica comum na maioria das mulheres vitimizadas como: insônia, indisposição, cefaleia, ansiedade, falta de apetite, emagrecimento, desgaste físico, aumento do peso corporal.

A violência reduz a conservação da energia e da integridade, prejudicando a saúde física e emocional, pois a primeira trata-se de um fator de proteção do indivíduo, A enfermagem deve utilizar do conhecimento e competência nos seus aspectos de interagir para elaboração de um plano de cuidados integral vinculado a teoria de Levine. A conservação da integridade estrutural é um processo que resgata e preserva a estrutura do organismo do indivíduo, protegendo através de técnicas de defesa contra possíveis perdas teciduais e interrompendo a entrada de micro organismo, evitando a degradação física (NETO e et al., 2018).

A partir das narrativas exposta pela as participantes da pesquisa constatou-se lesões, queimaduras, lacerações, escoriações, hematomas e fraturas. No que se refere ao seguimento patológico desenvolvimento pelas as vítimas permeia hipertensão, natureza psicológica. Segundo Nascimento, 2012, entre os prejuízos a saúde existente na vida das mulheres vítima de violência, estão às mutilações, fraturas, atividade sexual diminuído e complicações obstétricas (NASCIMENTO, XAVIER E SÁ, 2012).



Artigo

A situação de violência vivenciada pela as mulheres leva a um maior risco de acidentes e a pratica do tabagismo. Em geral essas mulheres são usuárias de medicamentos em excesso especialmente antibióticos e anti-inflamatórios (SONEGO, e et al., 2013).

Em um estudo realizado por NETO, 2014, foi evidenciado que assistência de enfermagem na busca de resgatar a conservação integridade estrutural da mulher, além do exame físico detalhado em busca de lesões, hematomas na pele, durante a anamnese a mulher deve relatar outras queixas, que possa indicar possíveis doenças inflamatórias e patológicas e sejam realizados os encaminhamentos a rede de apoio.

No princípio da conservação da integridade pessoal trata da manutenção ou recuperação da identidade e autoestima do paciente. A mulher vítima de violência em uma relação íntima, existe uma grande possibilidade de desenvolver quadro depressivo. Nesse contexto às pessoas é considerada uma ameaça à integridade, pois afeta o próprio orgulho e a sua individualidade e independência (NETO et al., 2018).

No discurso das participantes foi evidenciados sentimentos baixa autoestima, tristeza, solidão, incapacidade, estresse, impotência, insegurança pessoal, falta de motivação. Segundo um estudo realizado por BARBOSA *et al*, 2011, assemelha-se aos dados deste estudo onde foram observados os seguintes resultados como: insegurança profissional, tristeza, solidão, falta de motivação, dificuldades de relacionamento, desejo de sair do trabalho, comprometimento na relação familiar, falta de autoestima foi sentimentos diagnosticado em mulheres vítima da violência.

Mulheres vítimas de violência psicológica sofrida no âmbito familiar deixa vestígio em seu psiquismo, fomentando sentimento de culpa, insegurança, baixa autoestima, medo, tristeza, nervosismo e esquecimento, provocando danos na sua qualidade de vida (GRIEBLER E BORGES, 2013)

Segundo NETO 2018, conduta de enfermagem diante da conservação da integridade pessoal a sensibilidade do profissional enfermeiro é essencial no acolhimento e devolução da sua privacidade e autonomia diante da problemática. Porém, essa mulher que compartilha experiências de vida com outras pessoas, preserva sua identidade como ser único. Quando é criado um vínculo entre o profissional e o cliente, o processo de fortalecimento de confiança e autoestima deve ser facilitado. Fragilidade da saúde, essa mulher sente-se solitária, retornando o pensamento para familiares e amigos, ao considerar que estes são essenciais ao seu restabelecimento. O enfermeiro, nas redes de apoio social, tem seu papel no encorajamento e na reinserção da mulher em seu novo contexto, compreendendo-a como um corpo vivido, dominado, explorado e sofrido, que guarda sua história na subjetividade (MOURA E NETTO, 2012).



Artigo

CONCLUSÃO

A violência constitui um fenômeno que tem interfaces com a saúde coletiva, pois desponta como uma contradição na vida das mulheres, gerando tensão e resultando em processos destrutivos do seu processo saúde-doença, como podemos observar nos discursos que emergiram dos relatos das mulheres participantes deste estudo.

A análise das consequências da violência de gênero às mulheres encontrou neste estudo, nexos com os princípios da conservação da saúde na Teoria de Levine, referente ao comprometimento da conservação de energia e de integridade estrutural, pessoal e social. Os resultados caracterizaram-se por insônia, cansaço físico e mental, falta de apetite, perda de peso, fraqueza, distúrbios físicos como: lesões, lacerações, escoriações, hematomas e fraturas, distúrbios psicológicos e emocionais como: baixa autoestima, tristeza, solidão, incapacidade, insegurança, impotência, falta de motivação, medo de sair de casa e isolamento, influenciando na conservação e na integridade à saúde da mulher de forma degradante, agressiva e destruidora de sua autoestima e de seu estado de independência completa. Há necessidade da inserção dos enfermeiros na Atenção Integral da Saúde da Mulher e no atendimento humanístico, e no acolhimento, fortalecendo sua autonomia e autoestima. A Teoria de Enfermagem de Levine permitiu ampliar um conhecimento no campo de prática do enfermeiro numa possibilidade de intervenção, com suas ações para a promoção e redução dos impactos da violência contra a mulher na saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Daniele Ferreira, GOMES, Vera Lucia de Oliveira, BARLEM, Edison Luiz Devos. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. Acta paul. enferm. vol.26 no.6 São Paulo Nov./Dec. 2013.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103.21002013000600007>. Acesso em 23 de maio de 2019.

ARAÚJO, R. P. et al. Perfil sociodemográfico e epidemiológico da violência sexual contra as mulheres em teresina/Piauí. **Rev Enferm UFSM**, v. 4, n. 4, p. 739-750, Out/Dez.2014. Disponível em:
<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14519/pdf>. Acesso em: 20 maio. 2019.



Artigo

ALMEIDA, J. P.; BEZERRA, C. J. M. Violência doméstica e familiar contra a mulher: caracterização dos casos de violência no município de feira de Santana, no período 2010 a 2013. **Revista Jurídica da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)**, n. 20, 2016. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/semic/article/view/3231/2635>. Acesso em: 05 out. 2018.

BARBOSA R, Labronici LM, Sarquis LM, Mantovani MF. [Psychological violence in nurses' professional practice]. *Rev. Esc. Enferm USP*. 2011; 45(1):26-32. Portuguese. Disponível em: [:https://www.google.com/search?q=BARBOSA+R%2C+Labronici+LM%2C+Sarquis+LM%2C+Mantovani+MF.+%5BPsychological+violence+in+nurses'+professional+pra.](https://www.google.com/search?q=BARBOSA+R%2C+Labronici+LM%2C+Sarquis+LM%2C+Mantovani+MF.+%5BPsychological+violence+in+nurses'+professional+pra.) Acesso em abril de 2019.

DELZIOVO, Carmem Regina e et al, Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. *Ciência e Saúde coletiva*, 2016. Disponível em: [:https://www.google.com/search?q=DOI%3A+10.1590%2F1413-81232018235.20112016&oq=DOI%3A+10.1590%2F1413-81232018235.20112016&aqs=chrome..69i57j6](https://www.google.com/search?q=DOI%3A+10.1590%2F1413-81232018235.20112016&oq=DOI%3A+10.1590%2F1413-81232018235.20112016&aqs=chrome..69i57j6)

FERNANDES, V.D.S. *Lei Maria da Penha: o processo penal no caminho da efetividade*. São Paulo: Atlas 2015.

GRIEBLER, C.N; BORGES, J. L. violência contra a mulher: perfil dos envolvidos em Boletins de Ocorrência da Lei Maria da Penha. *Psico*. Porto Alegre, 2013. 44, 215-225. [AG=ICO-d80263f2&q=Violência+contra+a+mulher+e+suas+consequências](https://www.google.com/search?q=Violência+contra+a+mulher+e+suas+consequências). Acessa em 19/04/2016.

GOMES, N. P. et al. Identificação da violência na relação conjugal a partir da Estratégia Saúde da Família. **Texto e Contexto**, Santa Catarina, p. 789-796. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a27.pdf>. Acesso em setembro de 2018.

GUEDES RN, Fonseca RM, Egry EY. [The evaluative limits and, possibilities in the Family health for gender-based violence]. *Ver Esc Enferm USP*. 2013;47(2):304-11.



Artigo

Portuguese. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en_05.pdf> Acesso em agosto de 2018.

LEVINE, M.E. Introduction to clinical nursing. 2 ed. **Philadefephya**: F.A. Davis Co, 1973.

LUCENA, K.D.T. et al. Associação entre a violência doméstica e a qualidade de vida das mulheres. **Rev. Latina-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.25, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/viewFile/5242/3675>> Acesso de setembro de 2018.

NETTO, L.A; MOURA, M.A.V; QUEIROZ, A.B.A et al. Violência contra mulher e suas conseqüências. **Acta Paulista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0458.pdf>. Acesso em julho de 2018.

NASCIMENTO, MG, XAVIER, PF, SÁ, RDP. Adolescentes grávidas: a vivência no âmbito familiar e social. *Adolesc. Saude*. 2012; 8(4):41-7. <https://www.google.com/search?q=Nascimento+MG%2C+Xavier+PF%2C+Sá+RDP.+Adolescentes+grávidas%3A+a+vivência+no+âmbito+familiar+e+social.+Adole>. Acesso em 23 de maio de 2019.

NETO, Leônidas de Albuquerque e et al, Violência contra a mulher e suas conseqüências. *Acta Paul Enferm*, 2014;27(5):458-64. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400075>. Acesso em 23 de maio de 2019.

NETO, Leônidas de Albuquerque e et al, Atuação da enfermagem na conservação da saúde de mulheres em situação de violência. *Revista Mineira de Enfermagem*, 2018. Disponível: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180080>. Acesso 22 maio de 2019.

OLIVEIRA, P. S. et al. Assistência de profissionais de saúde à mulher em situação de violência sexual: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 10, n. 5, p. 1828-39, maio. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13563/16349>. Acesso em: 22 maio 2019.



Artigo

ROSA, Doriana Ozólio Alves, et al. Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. *Saúde debate* 42 (spe4) Dez 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S405>. Acesso em 30 de maio de 2019

SONEGO M, e Et Al. Unperceived intimate partner violence and womesn's health. *Gac Sanit*.2013;27(5):440.Disponível:[https://www.google.com/search?q=SONEGO+M%2C+e+Et+Al.+Unperceived+intimate+partner+violence+and+womesn's+health.+Gac+Sanit.2013%3A27\(5\)%3A440](https://www.google.com/search?q=SONEGO+M%2C+e+Et+Al.+Unperceived+intimate+partner+violence+and+womesn's+health.+Gac+Sanit.2013%3A27(5)%3A440). Acesso em abril de 2019.

SANZ,Barbeiro, B, Otero-Garcia, Boiras, Marcuello C, Vives Cases C. AcciónCOSTFemicideAcrossEurope, um espacio de cooperaciónttransnacional para el y abordaje Del feminicidio em Europa. *GacSanit* 2016; 30(5):3-396. Disponível em:;http://WWW.scielo.br/pdf/ape/v27n5/PT_1982-0194-ape-027-005-0458.pdf>Acesso em setembro de 2018.

VASCONCELOS, M. S.; HOLANDA, V. R.; ALBUQUERQUE, T. T. Perfil do agressor e fatores associados à violência contra mulheres*. *Cogitare Enferm*, v. 21, n. 1, p. 01-10, Jan/mar. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41960/27503>. Acesso em: 22 maio. 2019.

VARGAS, E. B.; SANTOS, E. H. Atuação do profissional de saúde na atenção primária frente à violência doméstica à mulher. 2017, 51 f. **Monografia. Universidade do Sul de Santa Catarina**. Palhoça, 2017. Disponível em: <https://riuni.unisul.br/bitstream/handle/12345/2308/Monografia%20Elaine%20Buchele%20de%20Vargas%20e%20Ester%20H%C3%A9lia%20dos%20Santos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 22 maio. 2019.

WORLD Health Organization (WHO). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinicalandpolicyguideline World Health Organization: 2013.Disponível:em:<<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>>. Acesso em outubro de 2018.



Artigo

UMA VISÃO DE PSICÓLOGOS SOBRE A AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO
PROCEDIMENTO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

A PSYCHOLOGIST'S VISION ON PSYCHOLOGICAL EVALUATION IN THE
BARIATRIC SURGERY PROCEDURE

Marília da Mata Silva¹
Lúcia Yulico Ishii Sato²
Thaniery Xavier Rosa³
Gabriel de Leão Esteves⁴
Andréa Grano Marques⁵
Leonardo Pestillo de Oliveira⁶

RESUMO - Introdução: A cirurgia bariátrica é um dos recursos utilizados para pacientes que estão com excesso de peso, principalmente pacientes obesos mórbidos de grau 3, como uma forma de intervenção que visa a melhoria da qualidade de vida do indivíduo. Para a realização da cirurgia bariátrica, é necessário a integração de vários profissionais no acompanhamento desse paciente. Um desses profissionais é o psicólogo, que fará a avaliação psicológica antes e após intervenção cirúrgica. **Objetivo:** O presente trabalho consiste em uma identificação da visão dos psicólogos sobre a relevância da

¹ Acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário de Maringá- UniCesumar, Maringá, Paraná. E-mail: marilia0591@hotmail.com;

² Acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário de Maringá- UniCesumar, Maringá, Paraná. E-mail: yurikosato@hotmail.com;

³ Acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário de Maringá- UniCesumar, Maringá, Paraná. E-mail: thanieryxr@hotmail.com;

⁴ Acadêmico do curso de Psicologia do Centro Universitário de Maringá- UniCesumar, Maringá, Paraná. E-mail: gabriel_esteves@live.com;

⁵ Docente do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá – UniCesumar, Maringá, Paraná. Pesquisadora, Bolsista Produtividade em Pesquisa do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação – ICETI. E-mail: andrea.grano@unicesumar.edu.br;

⁶ Docente do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá – UniCesumar, Maringá, Paraná. Pesquisador, Bolsista Produtividade em Pesquisa do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação – ICETI. E-mail: leopestillo@gmail.com.



Artigo

avaliação psicológica no procedimento de cirurgia bariátrica. **Método:** O estudo baseia-se em levantar dados através de entrevistas, compostas por um roteiro organizado em perguntas que visam atender os objetivos da pesquisa. As entrevistas foram realizadas com três psicólogas de três setores de atendimento: de uma clínica particular credenciada, de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e de um plano de saúde particular, todas localizadas em uma cidade do noroeste do Paraná. Os dados foram analisados de forma qualitativa. **Resultados:** Foi possível constatar que em alguns aspectos da avaliação psicológica, houveram convergências em relação as respostas das três psicólogas e que em outros aspectos houveram divergências nas respostas. Portanto, a falta de um protocolo padrão a ser seguido poderia dificultar o trabalho do psicólogo, que se encontra muitas vezes na responsabilidade de permitir ou não àquele sujeito realizar a cirurgia bariátrica. Entretanto, todos os estudos apontam para a importância da avaliação clínica multidisciplinar, mas, principalmente, da avaliação e acompanhamento psicológico no pré e pós-operatório do paciente da cirurgia bariátrica.

Palavras-chave: Saúde Mental; Cirurgia Bariátrica; Obesidade.

ABSTRACT - Introduction: Bariatric surgery is one of the resources used for patients who are overweight, mainly grade 3 morbidly obese patients, as a way of intervention to improve the individual's quality of life. For the accomplishment of the bariatric surgery, the integration of several professionals in the accompaniment of this patient is necessary. One of these professionals is the psychologist, who will do the psychological evaluation before and after surgical intervention. **Objective:** The present study consists of an identification of the psychologists' view on the relevance of the psychological evaluation in the procedure of bariatric surgery. **Method:** The study is based on data collection through interviews and a script organized in questions that aim to meet the objectives of the research. The interviews were conducted by three psychologists from three service sectors: a psychologist from a privately accredited clinic, a psychologist from the Basic Health Unit (UBS) and a psychologist from a privately health plan, all located in a city in the northwest of Paraná. The data were analyzed in a qualitative way. **Results:** It was possible to verify, in some aspects of the psychological evaluation, some convergences regarding the answers of the psychologists and that in other aspects there was a divergence in the answers. Therefore, the lack of a standard protocol to be followed could hinder the work of the psychologist, who often finds himself responsible for allowing the



Artigo

subject to undergo bariatric surgery. However, all studies point the importance of the multidisciplinary clinical evaluation, but mainly of the evaluation and psychological monitoring in the preoperative and postoperative period of the patient in bariatric surgery.

Keywords: Bariatric Surgery; Mental Health; Obesity.

INTRODUÇÃO

A obesidade e o sobrepeso, segundo a Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018), são caracterizados como acúmulo anormal ou excessivo de gordura corpórea. A obesidade, integra o grupo de doenças crônicas não transmissíveis, e apresenta maior incidência global dentre as doenças inerentes a este grupo. A estimativa mundial quase triplicou desde 1975, sendo que em 2016 mais de 1,9 bilhões de pessoas acima de 18 anos apresentavam excesso de peso, e dentre estes mais de 650 milhões eram obesos.

A sua etiologia é considerada complexa e multifatorial, pois envolve determinantes neuroendócrinos, metabólicos, ambientais, estilos de vida, dietéticos, familiares e psicológicos (ABESO, 2016; WANNMACHER, 2016). Os fatores ambientais determinantes para o estímulo à obesidade é o desequilíbrio entre o consumo de alimentos calóricos e o dispêndio energético, que estaria relacionado às mudanças sociocomportamentais, como a diminuição de refeições saudáveis, o aumento da alimentação em redes de *fast food*, a necessidade de alimentar-se rapidamente afetando a sensação de saciabilidade, assim como mudanças na mobilidade, nos meios de transporte e nas formas de lazer (ABESO, 2016).

O diagnóstico da obesidade consiste em um método quantitativo estabelecido pelo cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), tomando-se o peso corporal dividido pela altura ao quadrado ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$). Para a população adulta, nesse tipo de classificação, um IMC maior ou igual a 25 kg/m² é considerado sobrepeso e a obesidade apresenta um IMC maior ou igual a 30 kg/m². As consequências do aumento do IMC é um fator de risco para as doenças não transmissíveis tais como: diabetes, distúrbios musculoesqueléticos, doenças cardiovasculares, alguns cânceros (mama, próstata, cólon, endométrio, rim, fígado, ovário, vesícula biliar), bem como, os prejuízos nos aspectos físicos, sociais e psicológicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018; WANNMACHER, 2016). Estudos revelaram que a incidência dessas doenças é duas



Artigo

vezes maior entre homens obesos e quatro vezes entre mulheres obesas. Além do impacto à saúde, a obesidade torna mais numerosas as chances de mortalidade e da piora na qualidade de vida em comparação ao mesmo grupo etário de pessoas obesas e não obesas. A qualidade de vida e obesidade tem uma relação direta, visto que há uma correspondência representativa ao excesso de peso, maior propensão ao estresse, ao isolamento social, à depressão e à piora gradativa da capacidade funcional (BARROS et al., 2015; MELO et al., 2014).

A cirurgia bariátrica, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2017), é um dos recursos utilizados para pacientes com excesso de peso, um tratamento cirúrgico que engloba principalmente pacientes obesos mórbidos de grau 3 - com IMC igual ou superior a 35kg/m² com complicações ou igual ou superior a 40kg/m² - que não obteve êxito no tratamento clínico medicamentoso e mudanças no estilo de vida realizado por, pelo menos 2 anos, e a obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, como uma forma de intervenção à melhora da qualidade de vida do indivíduo. Para a realização da cirurgia bariátrica é necessário a integração de vários profissionais no acompanhamento desse paciente, de acordo com o Anexo da Resolução 1.942/2010 do Conselho Federal de Medicina:

A equipe: precisa ser capacitada para cuidar do paciente nos períodos pré e transoperatório, e fazer o seguimento do mesmo. Composição: cirurgião com formação específica, endocrinologista, nutrólogo ou nutricionista, psiquiatra ou psicólogo. A equipe de atendimento hospitalar deve estar familiarizada com as características da população atendida e os efeitos dos procedimentos cirúrgicos, sendo composta por anestesiológista, fisioterapeuta e equipe de enfermagem.

Em conformidade com a Portaria do Ministério da Saúde Nº 628/GM de 26 de abril de 2001, essa integração de profissionais tem como função orientar o indivíduo nos aspectos biológicos, motores, emocionais e sociais, sendo imprescindível os cuidados pré e o pós-operatório.

Na visão de Zilberstein e Carreiro (2004), o objetivo da cirurgia bariátrica é reduzir 50% do excesso de peso. O paciente seguindo orientação médica, psicológica e nutricional adequada, poderá, em vários casos, obter maior redução de peso eliminando de 70, 80 e até 100% do excesso de peso. Conforme o estudo de Barros et al. (2015), refere-se a cirurgia bariátrica como um caminho para reconquistar a qualidade de vida



Artigo

(física e emocional) com a melhora da saúde e autoestima, convívio social, melhora no desempenho das atividades cotidianas e na afetividade interpessoal.

Mas enfim, qual o real motivo de um psicólogo em uma cirurgia bariátrica? Essa pergunta é feita por quase todas as pessoas que passaram ou estão passando pelo psicodiagnóstico pré-operatório da gastroplastia. De acordo com Arenales-Loli (2007), detalhar o papel da psicologia e os objetivos da sua intervenção juntamente com o cliente é o principal objetivo do trabalho do psicólogo. O aumento do gasto calórico por meio dos exercícios físicos e a diminuição da ingestão alimentar através de uma dieta são as duas intervenções mais usadas quando se fala em emagrecimento. Porém, a terceira intervenção e mais complexa, diz respeito ao tratamento da causa emocional. Essa causa, se relaciona com a forma que o paciente organiza sua vida no sentido de um ganho constante de peso, o que gera, muitas vezes, uma privação dos prazeres normais da vida pela obesidade. Os psicólogos têm a responsabilidade de apontar conflitos e angústias, ajudar na formação de sentimentos mobilizadores para que a determinação por fazer a cirurgia e o seu posterior sejam o melhor possível. No qual o pós-operatório não se limita a alguns meses ou anos, mas a uma vida inteira.

O objetivo da pesquisa foi compreender a atuação do psicólogo no contexto da avaliação psicológica para o procedimento de cirurgia bariátrica, observando como é realizada essa avaliação, de que forma ela é estruturada nos três setores: em uma clínica particular, na Unidade Básica de Saúde e em um plano de saúde particular, como também conhecendo e identificando qual a relevância dessa avaliação na visão dos psicólogos que trabalham na área.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal descritivo, realizado em um município localizado no Estado do Paraná, Brasil. A amostra foi composta por três psicólogas que trabalham com avaliação psicológica para o procedimento de cirurgia bariátrica há mais de seis meses, e que atuam em clínica particular credenciada, em um plano de saúde particular e em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que pertence ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, gravada com a anuência das participantes. As gravações foram transcritas pelos pesquisadores, conferindo fidedignidade aos depoimentos das entrevistadas. Inicialmente, foram coletados dados de identificação e, posteriormente, as questões versaram sobre os



Artigo

procedimentos para avaliação do paciente que será submetido à cirurgia bariátrica, como qual o protocolo padrão a ser seguido no momento da avaliação psicológica, quais os aspectos relevantes nesse tipo de avaliação, como é feito o acompanhamento do paciente e qual a sugestão de melhoria no processo avaliativo. O período de coleta dos dados compreendeu os meses de julho e agosto de 2016. Para assegurar o anonimato dos sujeitos, os fragmentos dos discursos foram identificados pela letra P, que corresponde a inicial da palavra psicóloga, seguida de ordenação numérica (P1, P2 e P3). As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo, composta por cinco etapas: pré-análise, codificação e categorização, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Inicialmente utilizou-se o programa computacional Microsoft Excel para realização da pré-análise e codificação dos conteúdos. O tratamento dos resultados buscou os dados significativos para propor inferências, procedimento que consistiu na passagem da descrição à interpretação. A última etapa da análise interpretou os discursos segundo o referencial teórico previamente selecionado. O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer nº 1.651.715.

RESULTADOS

O roteiro de entrevista utilizado na pesquisa foi dividido em quatro blocos de perguntas, que são descritos a seguir apresentados com as respectivas respostas das psicólogas.

Sobre a importância do acompanhamento psicológico

Nesse bloco foram abordadas as seguintes perguntas: Há quanto tempo trabalha com a avaliação psicológica pré-operatória e qual a sua importância para a realização da cirurgia bariátrica? Como é feito o acompanhamento psicológico pós-operatório? Esse acompanhamento realmente existe?

A psicóloga entrevistada P1, trabalha com a avaliação psicológica desde 1995, é a primeira psicóloga da cidade a trabalhar com esse tipo de avaliação.



Artigo

P1: “Quando eu comecei, no Brasil só tinha uma psicóloga que fazia a avaliação, porque tinha acabado de chegar no Brasil a cirurgia bariátrica nas clínicas de São Paulo. E aí, era feito a terapia, e uma pessoa aqui da cidade foi fazer a avaliação em São Paulo e ela foi recomendada para fazer aqui a avaliação, e como eu já trabalhava com obesidade fui convidada ao processo para fazer parte de um grupo. A cirurgia bariátrica, nos moldes como ela é hoje, deu-se a partir dos anos 90”.

Na percepção da psicóloga a avaliação antes da cirurgia é de fundamental importância, pois, ocorrerá uma mudança drástica na vida da pessoa, deverá ser identificado no perfil psicológico atual do paciente as possibilidades de lidar com essa mudança (previsão de como será), e se está em equilíbrio emocional. No que se refere ao acompanhamento pós-operatório

P1: “Aqueles que passaram por mim, seguem orientação nutricional e muito poucas ficaram depressivas ou acabaram substituindo por uma hipersexualidade ou ingerindo bebidas alcoólicas de maneira abusiva. Ao emagrecer, trabalhar a imagem corporal do indivíduo, o contato consigo mesmo, auto estima, sexualidade. O acompanhamento durante o emagrecimento vai trabalhando o futuro da pessoa. [...] Infelizmente, a obesidade mórbida o corpo e psicológico parece que pedem para voltar. Então, a terapia ajuda muito na mudança num percurso inicial e depois da metade do caminho para frente aprendendo a se aceitar”.

De acordo com a psicóloga 1, conforme o relato acima, o acompanhamento pós-operatório existe sim e que infelizmente as pessoas muitas vezes “fogem”, e que esse acompanhamento é tão fundamental quanto o pré-operatório. A psicóloga P2, trabalha com a avaliação psicológica pra cirurgia bariátrica em um plano de saúde particular, em torno de sete anos. Sobre a avaliação no pré-operatório, a psicóloga considera de total importância.

P2: “Total, acho que não tem, e não tem como não ter um olhar. É uma cirurgia que, para os pacientes que vão fazer a cirurgia, a nossa função não é impedir alguma coisa, mas é ter clareza de como a pessoa emocionalmente está preparada pra isso, avaliar umas questões porque é uma mudança de vida muito grande, é uma mudança em relação a alimentação e se ela, não teve total consciência de tudo, o que ela está



Artigo

escolhendo pra vida dela, aí a gente tem todos os desastres do pós-operatório”.

Segundo P2, o acompanhamento psicológico pós-operatório é realizado de duas formas, após 30 dias da cirurgia, em que a pessoa sai do atestado médico, existe um trabalho em grupo com psicólogos e nutricionistas, que promovem discussão das questões mais gerais, e se caso, o psicólogo ache necessário, é requisitado uma terapia individual com o paciente.

P2: “Ele tem que vir se ele não quiser participar, ele precisa assinar um documento que ele não quer participar de um acompanhamento pós-operatório. Mas não tem assim, todos os médicos fazem que a cirurgia, eles já mandam direto para o acompanhamento. Aí ele não participa da psicoterapia individual, se ele já fizer a psicoterapia, tem muitas pessoas, eu diria que metade das pessoas que buscam o processo, elas já fizeram ou estão fazendo terapia”.

A psicóloga destacou que é um tratamento obrigatório pelo plano de saúde e não tem um limite de tempo, mas o paciente vem se quiser. De acordo com a psicóloga P3, desde 2015 é realizada a avaliação na UBS - NASF, porém a partir desse ano, receberam outras orientações com relação as avaliações psicológicas para esse tipo de cirurgia. Não é realizada mais a avaliação e sim um acompanhamento pré-operatório.

P3: “[...] Eu falei que a gente não faz mais avaliação, porque o acompanhamento tem que ser feito por dois anos, então por isso que a gente tem que ter esses grupos, a gente tem que conhecer os usuários e estar com acompanhamento da equipe multidisciplinar, ou da equipe do PSF por no mínimo 2 anos, para poder entrar com pedido da cirurgia bariátrica. Então hoje mudou nesse sentido. Então, a avaliação hoje eu acredito ser bem melhor que alguns encontros, algumas sessões, se você tem, tipo anos de acompanhamento você conhece a realidade daquele usuário”.

Sobre a importância da avaliação psicológica, acredita ser importante para a verificação da consciência do paciente sobre o momento em que está vivendo e sobre as mudanças que irão ocorrer dali para frente.



Artigo

P3: “[...]Então, essa avaliação vai ajudar a nortear, não que ela seja o único instrumento necessário para gente verificar se o paciente está pronto ou não pra cirurgia, mas ela auxilia nesse processo”.

Sobre o acompanhamento psicológico pós-operatório, existe o acompanhamento multidisciplinar antes e depois da cirurgia, com psicólogos, nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, vários profissionais que integram a equipe do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

Sobre os instrumentos utilizados na avaliação psicológica

Nesse segundo bloco de perguntas foram abordadas as seguintes questões: Quais os instrumentos utilizados na avaliação psicológica? (testes, entrevistas, questionários). Qual o tempo de duração de uma avaliação? Quantas sessões são necessárias? Existe algum protocolo padrão na avaliação psicológica a ser seguido? Se sim, qual é utilizado? Caso não tenha, como foi realizada a escolha do método de avaliação psicológica?

De acordo com a psicóloga P1, não existe um protocolo padrão de avaliação, devido as diferenças de abordagens da psicologia. Em sua avaliação, primeiramente ela se utiliza de uma entrevista detalhada sobre o histórico de vida do paciente, focando na questão da obesidade. Também utiliza o instrumento de representação gráfica, um desenho de como a pessoa se vê atualmente e como gostaria de se ver, mostrando assim para o psicólogo o grau de distorção da imagem corporal e o quanto o paciente está idealizando a cirurgia. É aplicado também um instrumento chamado de Inventário de Habilidades Sociais (IHS), que juntamente com um registro de alimentação elaborado pela nutricionista, sobre o que o paciente come, que horas ele se alimenta, os sentimentos antes e depois, para que possa ser identificado os gatilhos psicológicos. São utilizados poucos instrumentos, pois é importante uma realização de uma entrevista aprofundada, seria basicamente uma avaliação psicológica e preparatória, que visa identificar o comportamento padrão, a idealização da cirurgia, os procedimentos necessários para as mudanças e como a pessoa irá enfrentar a situação.

Quanto ao tempo de duração, são cinco consultas com duração de 50 minutos. Pelo fato de não existir um protocolo padrão, P1 se utiliza das técnicas psicológicas associadas com a entrevista, e esse método foi uma escolha da própria psicóloga, pois,



Artigo

desde 1992 vem estudando sobre a obesidade, e através do conhecimento sobre o perfil psicológico, foi identificando o que investigar em uma avaliação psicológica.

De acordo com a psicóloga P2, não realizam uma avaliação psicológica e sim um parecer psicológico, dentro dos moldes que o Conselho Federal de Psicologia determina. Nesse parecer, é realizada uma entrevista com um questionário que aborda todos os pontos importantes para esse parecer. A entrevista tem duração de 30 minutos, caso o psicólogo entenda ser necessário mais entrevistas, poderão ser agendadas até 18 sessões antes da cirurgia.

P2: “Aqui na clínica, dá tempo de fazer uma boa entrevista, nós nos organizamos, nos capacitamos para fazer isso com qualidade, daí em geral a gente faz uma entrevista de 30 minutos. Nessa entrevista entendendo como ela é bem direcionada, que o paciente está bem, ele tem condições para fazer a cirurgia, a gente sempre entrega o parecer pra ele, com base nessa entrevista. Mas, se nós entendermos que precisa de mais atendimentos e ele não tem condição, aí ele reagenda outros atendimentos, o limite que nós atendemos antes da cirurgia bariátrica são 18 sessões. Então pode ser uma ou dezoito, dependendo do paciente”.

Para as entrevistas existe um protocolo padrão, que é o Procedimento Operacional Padrão (POP), um documento padrão da instituição, em que todas as psicólogas seguem esse procedimento, para que todos tenham uma mesma conduta.

Segundo a psicóloga P3, antes do acompanhamento de dois anos, era realizada uma avaliação estruturada em cinco sessões. O primeiro encontro era realizado uma anamnese do paciente abordando a sua história de vida pessoal, se faz algum uso de medicação ou algum outro tratamento medicamentoso, bem como uma análise do histórico da saúde mental do paciente e de sua família. Sobre a segunda sessão era mais livre, porém com um roteiro a ser seguido, avaliando a tolerância, as frustrações, a capacidade de resiliência e expectativa com relação à cirurgia, entregavam uma sugestão de uma atividade para realizar em casa, uma instrução dos quadrantes. A terceira sessão era para retomar as atividades passadas para casa, buscando discutir os conteúdos trazidos pelos pacientes, para conhecer qual que é o papel, a importância da comida na família e naquela pessoa. Na quarta sessão, seria a relação entre a autoestima e as expectativas, através de dinâmicas e desenhos livres. E na última sessão, seria trazer um familiar para o encontro



Artigo

P3: “A gente pedia para vir um familiar, porque como vai mudar a vida do usuário, do paciente, é com certeza vai refletir em quem mora junto, na família também. Então a gente pedia para ver se tinha consciência de que tudo isso ia acontecer, se estava apoiando, se depois da cirurgia, ia conseguir ajudar tanto na alimentação quanto em outras coisas que precisaria porque a cirurgia é grande, o paciente fica debilitado. A gente tinha que verificar esse suporte familiar”.

No mínimo eram realizadas de quatro à oito sessões de 50 minutos, onde era seguido esse roteiro por todos os psicólogos do NASF.

Sobre os aspectos psicológicos avaliados do paciente

Nesse terceiro bloco de perguntas foram abordados os seguintes itens: Quais aspectos da vida dos pacientes são relevantes na avaliação psicológica? Entre os aspectos psicossociais e comportamentos do paciente, quais os itens mais relevantes são observados nessa avaliação psicológica, que indeferem e deferem o pedido da cirurgia?

Conforme P1, os aspectos relevantes na avaliação são a compulsão alimentar e a distorção da imagem corporal. Não são aprovados pacientes com transtornos alimentares, depressão severa, psicose sem tratamento ou que estejam em uma crise muito recente. Outros quesitos importantes são: a capacidade cognitiva de compreensão das mudanças, o alcoolismo detectado previamente, a insegurança e o medo com relação à cirurgia, e quando a própria pessoa não tem certeza se quer realizar a cirurgia. Para que o pedido de cirurgia seja deferido, é necessário a pessoa estar em equilíbrio emocional e comportamental, para que possa controlar a ansiedade e compulsão.

Na visão de P2, é necessário avaliar o máximo de aspectos possíveis, a questão da saúde mental também é muito importante, além dos aspectos da personalidade, questões de autocrítica, fuga da realidade, manejo de conflitos e ansiedades. Todos esses pontos destacados pela psicóloga são avaliados para deferir ou indeferir o pedido da cirurgia. Segundo P3, são avaliados os comportamentos em eventos sociais, a própria tolerância à frustração consigo mesmo, e a sanidade mental do paciente, se ele está preparado para o pós-operatório, além de, analisar quais as fantasias que o paciente tem com relação a cirurgia.



Artigo

Sobre sugestões de melhorias

No quarto e último bloco de perguntas foi questionado para as psicólogas qual seria a sugestão de melhoria na avaliação psicológica para esse tipo de cirurgia.

P1: “O paciente passar por um período de terapia breve 1 a 3 meses e a padronização para 10 sessões”.

P2: “Continuar a avaliação psicológica da forma como já é feita”.

P3: “Continuar o acompanhamento a longo prazo como já feito, pela UBS, e não somente com as pessoas que pensam em fazer a cirurgia, mas com aqueles que já estão se cuidando para não precisarem fazer a cirurgia”.

DISCUSSÃO

Conforme abordado nos quatro blocos de perguntas, a seguir foram comparadas as respostas das psicólogas com os artigos estudados que abordam sobre o tema da avaliação psicológica para o procedimento de cirurgia bariátrica.

Para que o candidato à cirurgia bariátrica possa realizar esse procedimento, é necessário que se enquadre nas diretrizes gerais do Ministério da Saúde e atenda aos critérios expostos na Portaria de nº 425 de 20 de março de 2013. Isto posto, o acompanhamento pré e pós-operatório para a cirurgia bariátrica deverá ser realizado por uma equipe multiprofissional do Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Sendo que, a assistência pré-operatória deverá ser realizada em duas fases: onde a primeira fase são avaliações com a equipe multiprofissional e na segunda fase são realizados os exames pré-operatórios laboratoriais. Também, é garantida a continuidade da assistência no pós-operatório no tratamento cirúrgico da obesidade grau III e grau II até por 18 meses.

Segundo Flores (2014), a avaliação psicológica tem como objetivo perceber a medida do ajustamento psicológico do candidato e o seu preparo para a cirurgia, ou seja, considera a testagem uma ferramenta indispensável e fundamental de coleta de informações, e complemento dos dados subjetivos coletados na entrevista clínica. E, as informações discutidas no decorrer da avaliação não só avaliam o candidato à cirurgia,



Artigo

como também propiciam maiores chances de ajustamento no pós-operatório. Durante o pré-operatório é necessário que o candidato seja informado de todas as mudanças expressivas que ele deverá transpor, e a relevância de um acompanhamento psicológico para que ele possa entender a amplitude dos procedimentos que passará, e de auxiliá-lo na melhor forma na tomada de decisões (VENZON, ALCHIERI, 2014; MELO et al., 2014),

Na percepção de P1, que trabalha neste ramo desde 1995, relata que a avaliação psicológica é de fundamental importância, pois ocorrerá uma mudança drástica na vida da pessoa. Durante a avaliação deverá ser identificado o perfil psicológico atual do paciente, as possibilidades de lidar com as mudanças, e o seu equilíbrio emocional. P2, faz avaliação aproximadamente há sete anos, destacou que a análise pré-cirúrgica é de total relevância e conjugou com os supostos citados e ainda, demonstrou que o papel do psicólogo não está apenas em aprovação ou não do paciente. Segundo P3, a avaliação é feita desde 2015 na UBS, porém, a partir desse ano, receberam novas diretrizes para um acompanhamento abrangente pré-operatório, onde são avaliados os comportamentos em eventos sociais, a própria tolerância à frustração consigo mesma, a sanidade mental do paciente, se está preparado para o pós-operatório, além de analisar quais as fantasias que o paciente tem com relação à cirurgia.

Dessa maneira, o trabalho psicológico é de extrema importância, pois, as sessões terapêuticas propiciam um autoconhecimento e esclarecimento sobre si mesmo, tendo o psicólogo, papel ativo nesse processo. No entanto, o trabalho deve ser feito com uma equipe multidisciplinar. Cabe ao psicólogo, então:

[...] Durante esse processo, o psicólogo pode trabalhar questões como: o autoconhecimento do paciente, suas motivações para buscar a intervenção, esclarecer possíveis dúvidas procedimento e suas consequências a curto e longo prazo, os esforços que ele deverá empreender para alcançar o sucesso pós-cirúrgico, o desenvolvimento de novos repertórios e, ou, repertórios alternativos ao comportamento alimentar, identificação de questões emocionais a serem trabalhadas em virtude ou não da obesidade, entre outras (JUSTINO et al., 2018).

No âmbito pós-operatório, a família do sujeito também deve estar preparada para a nova mudança de hábito, e caso ofertem essa alteração no ambiente ao indivíduo, torna-se um espaço favorável para as alterações.



Artigo

O preparo do paciente para cirurgia bariátrica exige uma adequada atuação de uma equipe multiprofissional, tanto no pré-operatório quanto no pós-cirúrgico, conduzindo a avaliação diagnóstica e o tratamento adequado, individual, conjugal ou familiar, com orientações específicas sobre a cirurgia, visando discutir e adequar as expectativas do paciente às limitações do tratamento cirúrgico. (MORAES et al., 2014, p.02).

No entanto, de acordo com P1, o momento pós-cirúrgico alguns pacientes tendem a desaparecer das sessões. Porém, é papel do profissional receber e auxiliar as novas crises comportamentais ou biológicas desses indivíduos. Segundo P2, na instituição, o acompanhamento pós-operatório é obrigatório e sem limite de tempo, porém o paciente vem se quiser. Ele é realizado de duas formas, após 30 dias da cirurgia, há um trabalho em grupo com psicólogo e nutricionista para discutir as questões mais gerais, e se caso o psicólogo julgue necessário, é requisitado uma terapia individual com o paciente. Na instituição em que a P3 trabalha, existe o acompanhamento multidisciplinar também no pós-cirúrgico, com psicólogos, nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, vários profissionais que integram a equipe do NASF.

De acordo com o Conselho Regional de Psicologia (2016), o psicólogo, no caso da cirurgia bariátrica, tem uma atuação preventiva na identificação de problemáticas ou conflitos psicológicos que possam influenciar na evolução da recuperação do paciente, bem como intervir em questões que possam ser tratadas para a prevenção dos insucessos causados por essas variáveis. O sucesso do procedimento cirúrgico, sem dúvida, advém dos aspectos psicológicos saudáveis relacionados ao processo de emagrecimento.

Na pesquisa das literaturas em busca de um protocolo padrão de avaliação psicológica para os candidatos à cirurgia bariátrica, constatou-se que não há um procedimento padrão para a avaliação do mesmo. Geralmente, o profissional utiliza-se de Entrevista Psicológica ampla e detalhada e Testes Psicológicos para identificar com clareza e objetividade as condições do candidato.

De acordo com a orientação do Conselho Regional de Psicologia do Paraná (2011), alguns fatores merecem especial atenção como o levantamento da história clínica do paciente, os padrões de comportamento, os hábitos e estilo de vida, a estrutura familiar, bem como, as tentativas de emagrecimentos, sua vida social, sexual, profissional, e suas expectativas quanto a submissão à cirurgia bariátrica.



Artigo

Para o processo de avaliação psicológica dos candidatos à cirurgia geralmente os psicólogos utilizam-se de instrumentos como entrevistas e testes psicológicos

As técnicas mais indicadas de avaliação do processo são aquelas que nos oferecem informações a respeito da personalidade e do comportamento do sujeito, tais como Teste HTP – Casa, Árvore e Pessoa; Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister; Teste de Zulliger – Sistema Compreensivo; Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) e outros, a critério da(o) Psicóloga(o) que faz a avaliação. Entendendo-se a Avaliação Psicológica como um processo de construção do conhecimento acerca do avaliado, obviamente a pesquisa da vida pessoal e do comportamento do mesmo, através de entrevistas psicológicas, é primordial. (MÄDER, 2016, p.46).

Para Flores (2014), há itens imprescindíveis na entrevista psicológica que confere caráter único à investigação na avaliação psicológica pré-cirúrgica que compreende em analisar: o comportamento do candidato, o seu nível de estresse, o comportamento alimentar, as expectativas e os motivos para se submeter à cirurgia, os sintomas psiquiátricos, a compreensão do procedimento cirúrgico, a presença de ambiente estável e apoiador.

Nas entrevistas realizadas com as profissionais, foi confirmada a inexistência de um protocolo padrão e a avaliação é realizada de acordo com as normas de cada instituição. A entrevista detalhada do histórico de vida do candidato é um instrumento básico e primordial citada por todas psicólogas entrevistadas.

Além da entrevista P1 relatou que utiliza o instrumento de representação gráfica para verificar o grau de distorção da imagem corporal e o quanto o paciente está idealizando a cirurgia. É aplicado também o instrumento chamado IHS para caracterizar o desempenho social em várias situações como: na família, trabalho, escola, e entre outras do cotidiano. Segundo ela, são utilizados poucos instrumentos, porém através de uma entrevista aprofundada, equivale basicamente a uma avaliação psicológica e preparatória, que visa identificar o comportamento padrão, a idealização da cirurgia, os procedimentos necessários para as mudanças e como o candidato irá enfrentar a situação.

De acordo com P2, na instituição em que trabalha não se realizam uma avaliação psicológica e sim um parecer psicológico, dentro dos parâmetros que o Conselho Federal de Psicologia determina. Para este parecer, é realizada uma entrevista padrão da instituição que é o Procedimento Operacional Padrão (POP), que compreende em um



Artigo

instrumento de coleta de dados que aborda todos os itens importantes e necessários para este fim.

Segundo P3, atualmente o candidato à cirurgia faz um acompanhamento por dois anos com uma equipe multidisciplinar, mas anteriormente a mudança, era realizada uma avaliação psicológica através de instrumentos como entrevista semiestruturada e dirigida, recursos projetivos como o desenho da imagem corporal do antes e depois da cirurgia para verificar o grau de distorção e a técnica da construção de quadrantes.

Os instrumentos de avaliação citados em vários estudos pesquisados são os inventários de sintomas e os testes de personalidade: Escala de obesidade relacionada às comorbidades (AORC); Saúde relacionada à qualidade de vida (HRQOL); o Inventário de Depressão de Beck. Alguns testes foram criados especificamente para o paciente à cirurgia bariátrica como o Boston Interview e o PsiBari, para identificar a variabilidade do funcionamento psicológico. O primeiro a ser desenvolvido, foi pelo Serviço Médico Psicológico do VA Boston Healthcare System e se baseia numa entrevista semiestruturada, dividida em sete grandes áreas, a seguir: peso, dieta e histórico nutricional, os comportamentos alimentares que tem sido feito atualmente, o histórico médico, todo o processo de entendimento dos procedimentos cirúrgicos, como também os riscos do pós operatório, as expectativas e motivações com relação ao resultado cirúrgico, os relacionamentos e quais os sistemas de apoio desse paciente, bem como seu funcionamento psiquiátrico.

O teste psicológico PsiBari, voltado para avaliação psicológica pré-cirúrgica, elaborado a partir das entrevistas com os pacientes bariátricos, é composto por 115 itens, sua avaliação é conforme sua frequência, e em escala Likert (de 1 a 5), dividido em 11 subescalas, a saber:

- 1) “fingir” estar bem/minimização/negação; 2) motivação cirúrgica; 3) alimentação emocional; 4) raiva; 5) compulsão alimentar; 6) depressão relacionada à obesidade; 7) prejuízo relacionado ao peso; 8) prejuízo social relacionado ao peso; 9) conhecimento quanto ao comportamento alimentar pós cirúrgico; 10) abuso de substâncias/álcool; 11) ansiedade cirúrgica. (FLORES, 2014, p. 61).

Esses instrumentos, de acordo com Flores (2014), ainda não foram disponibilizados em nosso país, ou seja, não foram traduzidos ou adaptados à nossa cultura. E, também, não foram identificados instrumentos específicos de avaliação



Artigo

psicológica para a cirurgia bariátrica desenvolvida no Brasil. As duas publicações brasileiras encontradas e citadas, uma refere-se a criação de um software pela Universidade Federal do Paraná chamado “Protocolo Eletrônico Multiprofissional”, que registra as informações coletadas durante as avaliações realizadas pela área da Medicina, Nutrição, Psicologia e Fisioterapia, e a outra, realizada na Paraíba, destinada à equipe de enfermagem intitulada “Protocolo de orientação para a Assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica”.

A falta de um protocolo padrão para avaliação psicológica a candidatos à bariátrica tem como consequência uma variabilidade de procedimentos e práticas, critérios, e sessões para avaliação (JUSTINO, BARBOSA, PIMENTEL, 2017). Esta falta de consenso no que se refere a quantidade e tempo das sessões foi observada também nas entrevistas com as psicólogas. Para a P1, são cinco consultas com duração de 50 minutos, sendo que o ideal seriam dez consultas. Segundo P2, faz uma sessão de 30 minutos, se caso o profissional entender a necessidade de mais entrevistas, poderá ser agendada até 18 sessões para o pré-operatório. De acordo com P3, era realizada uma avaliação estruturada em cinco sessões. A quantidade mínima era de quatro a oito sessões de 50 minutos, conforme o roteiro estabelecido pela instituição.

Conforme P1 da clínica particular relatou, os principais itens que indeferem o pedido da cirurgia bariátrica são: transtornos alimentares, depressão severa, psicose sem tratamento ou que estejam em uma crise muito recente, a capacidade cognitiva de compreensão das mudanças, o alcoolismo detectado previamente, a insegurança e o medo com relação à cirurgia, e quando a própria pessoa não tem certeza que quer realizar a cirurgia. Em concordância à fala do Ministério da Saúde (2017), listam como contraindicações psiquiátricas absolutas a psicose em atividade, uso frequente de álcool ou drogas, incapacidade para lidar com o pós-operatório. No entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra indicativos obrigatório à cirurgia.

Enquanto que P2, profissional do plano de saúde, afirmou que é importante avaliar para a liberação ou não da cirurgia bariátrica aspectos da personalidade, autocrítica, fuga da realidade e manejo de conflitos e ansiedades. Assim como P2, a psicóloga da UBS, P3, descreveu que é importante avaliar os comportamentos em eventos sociais, a tolerância a frustração, a sanidade mental, a preparação para o pós-operatório e as fantasias em relação à cirurgia. Oliveira, Linardi, Azevedo (2004) afirmam que não há na literatura um consenso para a contraindicação psiquiátrica para a cirurgia. Entretanto a estada de transtorno depressivo, afetivo bipolar ou psicótico seja contraindicado, não há estudos que comprovam tal contraindicação, dispõe-se do bom senso de liberar ou não o



Artigo

paciente com transtorno psiquiátrico sendo ele estabilizado ou iniciado o tratamento, como também é contraindicada a cirurgia quando o paciente não compreende as mudanças que ocorrerão após a cirurgia, e em concordância com a psicóloga P1, é necessário um maior cuidado com pacientes dependentes de álcool, para não ocorrer um mau desenvolvimento pós-operatório e risco de morte. Na visão das três psicólogas entrevistadas, Flores (2014) lista diversos fatores psicossociais que devem ser observados, tais como:

[...] compreensão do paciente quanto à operação e as mudanças de estilo de vida necessárias; expectativas quando aos resultados; habilidade de aderir às recomendações operatórias; comportamento alimentar (histórico de peso, dietas, exercício físico); comorbidades psiquiátricas (atuais e prévias); motivos para realizar o procedimento cirúrgico; suporte social; uso de substâncias; status socioeconômico; satisfação conjugal; funcionamento cognitivo; autoestima; histórico de trauma/abuso qualidade de vida e ideação suicida [...] falta de compreensão quanto aos riscos, benefícios e resultados do procedimento cirúrgico; resistência em aderir às recomendações pós-operatórias; retardo mental severo; múltiplas tentativas de suicídio ou tentativa de suicídio recente; sintomas ativos de transtorno obsessivo-compulsivo e de transtorno bipolar; estressores de vida severos; uso de nicotina. (FLORES, 2014, p. 60)

Segal e Fandino (2002) declaram que o pedido da cirurgia deve ser negado apenas em casos graves de dependência/abuso de etílicos ou quando o paciente não está plenamente ciente com o procedimento cirúrgico ou não compreende as mudanças no pós-operatório. Conforme Moraes, Caregnato, Schneider (2014), a compulsão alimentar assim como base emocional desequilibrada, ansiedade, depressão e complicação na estruturação das emoções “deveriam ser consideradas fatores de risco para a complicação no pós-operatório”.

No bloco de perguntas ao qual foi questionado para as psicólogas qual a sugestão de melhoria do processo avaliativo, a pergunta em questão entra em conformidade com Segal (2002), no que diz respeito a existência de um padrão na forma de avaliação para ele “a ausência de consenso, apesar de desnorteadora, é positiva na medida em que estimula novos estudos”, ou seja, esse tipo de questionamento é de extrema importância



Artigo

para a busca de uma melhoria na elaboração da avaliação psicológica. Na visão de Justino et al. (2018, p. 592, 594),

[...] Uma avaliação psicológica consistente, que privilegie diferentes aspectos de vida do sujeito, pode alterar os dados de insucesso do pós-operatório, diminuindo alguns possíveis e prováveis riscos pós-cirúrgicos (episódios de hiperfagia, depressão, alcoolismo, etc.), bem como desenvolvendo repertórios alternativos mais adaptativos. [...] o psicólogo deve observar as questões éticas que embasam seu trabalho quando emitem um documento tornando apto um paciente que não foi acompanhado integralmente no processo de avaliação psicológica.

Segundo P1, uma melhoria seria padronização de dez sessões, para que ocorra uma avaliação psicológica mais consistente, em consoante com a visão de Magdaleno, assim como P3, que sugere um acompanhamento de longo prazo, como já vem sendo realizado pela Unidade Básica de Saúde.

O acompanhamento do paciente, já é estabelecido pela Portaria 628/2001 do Ministério da Saúde (Brasil, 2001), podendo assim destacar que as psicólogas P1 e P3 estão em conformidade com a Portaria do Ministério da Saúde.

CONCLUSÃO

O papel do profissional de psicologia que realiza avaliação para cirurgia bariátrica é procurar saber sobre todos os aspectos da vida do paciente, não somente para autorizar a realização do procedimento cirúrgico, como também para mostrar ao paciente todas as mudanças que implicarão na vida desse paciente após a cirurgia, além de dar suporte para os efeitos físicos e psicológicos que surgirão com a intervenção bariátrica.

Foi possível constatar que em alguns aspectos da avaliação psicológica, como a anamnese utilizada para analisar a vida do candidato, houve convergências em relação as respostas das três psicólogas. Entretanto foram encontradas divergências em relação ao tempo e duração das sessões. Portanto, a falta de um protocolo padrão a ser seguido poderia dificultar o trabalho do psicólogo, que se encontra muitas vezes na responsabilidade de permitir ou não àquele sujeito fazer a cirurgia bariátrica. Notou-se que através do levantamento das literaturas para a pesquisa, que muitos dos instrumentos



Artigo

de avaliação psicológica utilizados no exterior, não são aprovados no Brasil, assim também como a existência de um protocolo padrão que norteia essa avaliação, entretanto, todos os estudos apontam para a importância da avaliação clínica multidisciplinar, mas, principalmente, da avaliação e acompanhamento psicológico no pré e pós-operatório do paciente a cirurgia bariátrica.

Conforme os estudos, e também conforme as profissionais entrevistadas, indiscutivelmente a avaliação psicológica pré-operatória bem criteriosa e profunda é imprescindível, porém ressaltam que, da mesma forma, é indispensável o acompanhamento psicológico no pós-operatório, pois é um fator tão importante quanto, para determinar o sucesso do tratamento.

Portanto, o presente trabalho, que consistiu em fazer um levantamento de como está sendo feita a avaliação psicológica para o pedido de cirurgia bariátrica, apontou os pontos positivos e negativos de diferentes setores e precisa ser considerado pelos profissionais envolvidos com a no tratamento da obesidade e de suas comorbidades, assim como pelos candidatos à realização da cirurgia bariátrica.

REFERÊNCIAS

ABESO - Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira. Rio de Janeiro: ANS, 2017.

ARENALES-LOLI, Maria Salete; Da mesa farta à mesa da cirurgia: reflexões quanto ao preparo emocional com foco na cirurgia da obesidade. São Paulo: Vetor, 2007.

BARROS, L. et al; (2015). Qualidade de vida entre obesos mórbidos e pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Revista Eletrônica De Enfermagem**, 17(2), 312-21. <https://doi.org/10.5216/ree.v17i2.27367> . Acesso em: 28 fev. 2019.



Artigo

BRASIL. Portaria nº 425, de 20 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critério para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 19 março 2013. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html . Acesso em: 20 ago. 2018.

_____. Portaria nº 628, de 26 de Abril de 2001, Anexo II. Aprovação do Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida- Gastroplastia no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 26 abril 2001. Disponível em:
http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf . Acesso em: 10 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Indicações para cirurgia bariátrica.** Disponível em:
<http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/obesidade/tratamento-e-reabilitacao/indicacoes-para-cirurgia-bariatrica> . Acesso em: 03 mar. 2019.

CARREIRO, Denise Madi; ZILBERSTEIN, Bruno. **Mitos e Realidades sobre Obesidade e Cirurgia Bariátrica.** 1ª Ed. São Paulo: ReferênciA, 2004.
CFM – Conselho Federal de Medicina – Resolução CFM nº1.942/2010. Alteração da Resolução CFM nº 1766 de 13/05/2005. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe. Brasília, DF, 15 fevereiro 2010. Disponível em:
http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1942_2010.htm . Acesso em 03 mar. 2019.

CRP 8 – Conselho Regional de Psicologia do Paraná. Disponível em:
<www.portal.crppr.org.br/download/256.pdf> Acesso em: 20 out. 2016.

FANDINO, Julia et al. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 47-51, abril, 2004. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-



Artigo

81082004000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 out. 2016.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082004000100007>

FLORES, Carolina Aita. Avaliação Psicológica para Cirurgia Bariátrica: Práticas atuais. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 27 (suplemento 1), p. 59-62, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abcd/v27s1/pt_0102-6720-abcd-27-s1-00059.pdf . Acesso em: 20 out. 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3ª ed., São Paulo: Atlas, 1991.

JUSTINO, Yara; BARBOSA, Anna Paula Sampaio; PIMENTEL, Felipe. Avaliação psicológica para submissão ao procedimento bariátrico sob um enfoque analítico comportamental. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 18, n. 2, p. 335-347, ago. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180205> . Acesso em: 09 mar. 2019.

_____, Yara Alves Costa et al. Modificações comportamentais entre o pré e o pós-operatório de pacientes bariátricos. **Psicologia em Revista**, v. 24, n. 2, p. 577-599, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2018v24n2p577-599> . Acesso em: 18 fev. 2019.

LAKATOS, Eva Maria, MARCONI, Maria de Andrade. **Fundamentos da metodologia científica**. 7ª ed., São Paulo: Atlas, 2010.

MADER, Bruno Jardini (organ.). **Caderno de Avaliação Psicológica: Dimensões, campos de atuação e pesquisa**. Conselho Regional de Psicologia - 8ª Região, Curitiba, 1ª ed. p.45-47, 2016.

http://old.crprr.org.br/uploads/ckfinder/files/AF_CRP_Caderno_AvaliacaoPsicologica.pdf.pdf . Acesso em: 13 mar. 2019.

MAGDALENO JR., Ronis et al.; Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **Revista da Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 73-78, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-



Artigo

81082009000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 ago. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000100013>.

MELO, Wilson Vieira et al. A terapia cognitivo-comportamental e a cirurgia bariátrica como tratamentos para a obesidade. **Revista Brasileira de Terapia Cognitiva.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 84-92, dez. 2014. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140014> . Acesso em: 01 mar. 2019.

MORAES, Josiane da M.; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; DA SILVA SCHNEIDER, Daniela. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 157-64, 2014. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000200012 . Acesso em: 02 mar. 2019.

OLIVEIRA, Jena Hanay Araujo de; YOSHIDA, Elisa Medici Pizão. Avaliação psicológica de obesos grau III antes e depois de Cirurgia Bariátrica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre , v. 22, n. 1, p. 12-19, 2009. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722009000100003>>. Acesso em: 20 out. 2016.

SEGAL, Adriano. **Obesidade não tem cura, mas tem tratamento**. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.

_____, Adriano; FANDIÑO Julia. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24 (suplemento III), p. 68-72, 2002. <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13976.pdf>> Acesso em: 19 out. 2016.

VEZON, Clarissa Nesi; ALCHIERI, João Carlos. Indicadores de Compulsão Alimentar Periódica em Pós-operatório de Cirurgia Bariátrica. **Revista Psicologia e Educação**, Vol. 45, Nº. 2, p. 239-249, 2014. Disponível em:
<<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5633341> . Acesso em: 01 de mar. de 2019.

WANNMACHER, Lenita. Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas. **OPAS/OMS – Representação Brasil**. Vol. 1, nº 7, Brasília, maio de 2016.



Temas em Saúde

Volume 19, Número 5

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&alias=1535-obesidade-como-fator-risco-para-morbidade-e-mortalidade-evidencias-sobre-o-manejo-com-medidas-nao-medicamentosas-5&Itemid=965 . Acesso em: 02 mar. 2019.

World Health Organization. Obesity and overweight. Geneva: WHO, 2018.



UMA VISÃO DE PSICÓLOGOS SOBRE A AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO PROCEDIMENTO DE
CIRURGIA BARIÁTRICA

Páginas 392 a 415

Artigo

**AVALIAÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR, QUALIDADE DE VIDA E
FUNCIONALIDADE DO IDOSO EM TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO**

**EVALUATION OF FAMILY SUPPORT, QUALITY OF LIFE AND
FUNCTIONALITY OF THE ELDERLY ON PHYSIOTHERAPEUTIC
TREATMENT**

Gabriela Decurcio Cabral¹

Aline Cristina Batista Resende de Morais²

Tânia Cristina Dias da Silva Hamu³

RESUMO - O objetivo do presente estudo foi avaliar o suporte familiar, a qualidade de vida e a funcionalidade do idoso em assistência fisioterapêutica. Estudo Transversal onde foram avaliados 30 idosos, de ambos os sexos. Aplicou-se o questionário sociodemográfico, Índice de Katz, Inventário de Percepção do Suporte Familiar e Escala WHOQOL-Bref. Os idosos analisados apresentaram inadequados níveis de percepção do suporte familiar, a capacidade funcional revelou que 76,7% idosos foram independentes, e 66,7% consideraram a qualidade de vida como boa. Nota-se significância estatística apenas ao comparar o domínio autonomia com a qualidade de vida geral. O estudo permite concluir que apesar do inadequado suporte familiar percebido, não houve relação significativa com as variáveis. Quando comparados os domínios com as variáveis capacidade funcional, qualidade de vida geral e satisfação com a saúde, obteve-se significância apenas entre o domínio autonomia e qualidade de vida geral. Apesar de não ter sido encontrado no estudo relação significativa entre os domínios do IPSF e as variáveis sociodemográficas, observou-se que os idosos avaliados foram considerados independentes e com boa qualidade de vida.

¹ Fisioterapeuta, graduada pela Universidade Estadual de Goiás (UEG);

² Fisioterapeuta, Mestre em Ciências Ambientais e Saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC- Goiás), docente do Departamento de Fisioterapia e Coordenadora de Estágio da Universidade Estadual de Goiás (UEG);

³ Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB) docente do Departamento de Fisioterapia, Coordenadora do Laboratório de Pesquisa em Musculoesquelética (LAPEME) e Bolsista do Programa de Bolsa de Incentivo a Pesquisa (PROBIP) da Universidade Estadual de Goiás (UEG).



Artigo

Palavras-chave: Idoso; Qualidade de Vida; Família; Funcionalidade.

ABSTRACT - The objective of the present study was to evaluate the family support, quality of life and functionality of the elderly in physiotherapeutic care. This is a cross-sectional study with a sample of thirty old people of both genders. The sociodemographic questionnaire, Katz Index, Perceptual Inventory of Family Support and WHOQOL-Bref Scale were applied. The analyzed elderly had inadequate levels of perception of family support, the functional capacity revealed that 76.7% of the elderly were independent, and 66.7% considered the quality of life to be good, statistical significance is only found when comparing the autonomy domain with the general quality of life ($p < 0,020$). The study concludes that despite the inadequate family support perceived, there was no significant relationship with the variables. When domains with functional capacity, general quality of life and health satisfaction variables were compared, significance was only achieved between autonomy domain and general quality of life. Although a significant relationship between IPSF domains and sociodemographic variables was not found in the study, it was observed that the evaluated elderly were considered independent and with good quality of life.

Keywords: Elderly; Quality of life; Family; Functioning.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional aliado ao aumento da expectativa de vida gera um crescimento significativo da população idosa mundial. Diante desse fenômeno de rápido crescimento, os idosos tornam-se alvo de atenção nos países desenvolvidos (REIS et al., 2011). No Brasil, segundo o censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o número de idosos com 60 anos ou mais passou de 14,8 milhões em 1999 para cerca de 20,6 milhões em 2010 (11% da população) (SANTOS; CUNHA, 2013).

A senilidade é um processo fisiológico inerente ao envelhecimento, depende de características específicas e sofre influência de diversos fatores biológicos, socioeconômicos e psicológicos. É um processo no qual tanto alterações estruturais como



Artigo

funcionais podem interferir na capacidade funcional do indivíduo, tornando-o mais vulnerável à injúrias e comorbidades (TORRES et al., 2009; REIS et al., 2011). A velhice, quando associada a fragilidade dos idosos e maior incidência de doenças crônicas pode afetar a capacidade funcional dos mesmos, prejudicando sua independência e qualidade de vida (FUHRMANN et al., 2015). Para que esse processo de envelhecimento ocorra de forma saudável é importante promover a qualidade de vida e a manutenção da capacidade funcional. Assim, o indivíduo possui uma postura autônoma, podendo tomar suas próprias decisões e realizar suas tarefas de forma independente, recebendo o apoio da família com recursos favoráveis de adaptação e manutenção do seu bem-estar no meio ambiente em que vive (DAGIOS; VASCONCELLOS; EVANGELISTA, 2015; INOUE et al., 2010).

A capacidade funcional pode ser compreendida como o produto da interação entre a saúde física, mental, independência das atividades de vida diária e integração no meio social, influenciada por habilidades desenvolvidas ao longo da vida (FUHRMANN et al., 2015; PINTO et al., 2016). São muitos os fatores que influenciam a capacidade funcional durante a velhice, sendo idade, sexo, condições de saúde e cognição, estilo de vida, renda, escolaridade e moradia (SANTOS & CUNHA, 2013). A avaliação da funcionalidade é uma medida importante, uma vez que a mesma é um indicativo de saúde e de qualidade de vida, pois conceitua aspectos como a autonomia e a independência do idoso (SANTOS & GRIEP, 2013; TRIZE et al., 2014). É notável ressaltar que a redução da capacidade funcional, provoca uma dificuldade na realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária, como se alimentar, tomar banho, sair de casa, o que pode resultar na necessidade de acompanhamento de profissionais da área da saúde e adaptações para manter as atividades cotidianas e a qualidade de vida desse idoso intactas, tendo como suporte a família e independência financeira (DUARTE et al., 2016).

A família é um sistema dinâmico, considerada a principal fonte de apoio social, exercendo funções de proteção, afeição e formação social (SOUZA; BAPTISTA, BAPTISTA, 2010). O vínculo afetivo entre familiares é responsável pela formação da percepção e capacidade interpessoal dos indivíduos, mesmo durante a velhice. O suporte familiar pode ser definido como parte da rede social mais próxima de relacionamento na qual o indivíduo é beneficiado por meio do convívio com seus familiares proporcionando-lhes afeto, capacidade de enfrentar problemas, estabilidade emocional, bem estar psicológico e por fim qualidade de vida (BAPTISTA; NEVES; BAPTISTA, 2008; INOUE et al., 2010). Um suporte familiar adequado colabora de maneira expressiva na integridade do estado físico e psicológico do indivíduo, resultando em efeitos emocionais positivos. O benefício na dinâmica familiar é recíproco, tanto para o indivíduo que recebe,



Artigo

quanto para o membro da família que oferece esse suporte (BAPTISTA, 2007; REIS et al., 2011).

Embora, as pesquisas descrevam as possíveis relações entre as variáveis capacidade funcional, qualidade de vida e percepção do suporte familiar, a discussão destas variáveis com o idoso em tratamento fisioterapêutico não são realizadas. O desenvolvimento deste estudo partiu da necessidade de confirmar a associação entre estas variáveis e estabelecer em que intensidade estas ocorrem durante o tratamento fisioterapêutico. O presente trabalho tem como objetivo avaliar o suporte familiar, a qualidade de vida e a funcionalidade do idoso em assistência fisioterapêutica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico, com delineamento transversal. A amostra foi composta por indivíduos idosos, voluntários, provenientes da comunidade que estiveram em tratamento fisioterapêutico no período de agosto de 2015 a novembro de 2016 na Clínica Escola da Universidade Estadual de Goiás, Campus-ESEFFEGO.

Os participantes foram selecionados segundo os critérios de inclusão: indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, que estiveram em tratamento fisioterapêutico no ambulatório de ortopedia e traumatologia da Clínica Escola de Fisioterapia da UEG no período referido, e com participação legal por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os idosos que apresentaram déficit cognitivo avaliados por meio da aplicação do teste Mini-Exame do Estado Mental (MELO & BARBOSA, 2015).

Após o contato inicial, os indivíduos receberam informações sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa. Em seguida os dados foram coletados mediante aplicação de um questionário elaborado pelas autoras, contendo informações sociodemográficas para caracterização da amostra, tais como as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, religião, escolaridade, renda salarial e moradia (própria/alugada).

Para avaliar o estado cognitivo foi aplicado o teste Mini-Exame do Estado Mental, um questionário composto por duas seções que qualificam as funções cognitivas. A primeira seção contém itens que avaliam orientação espacial, memória e atenção, compondo 21 pontos, a segunda determina a capacidade de nomeação, de obediência a um comando, de produção à escrita livre, e de cópia de um desenho complexo, concluindo 9 pontos. Ao todo a pontuação máxima é de 30 pontos. O ponto de corte segundo a



Artigo

escolaridade é de 18 para analfabetos, 21 para escolaridade entre um e três anos, 24 para indivíduos entre quatro e sete anos de educação formal, e 26 para pessoas com mais de sete anos de escolaridade (MELO; BARBOSA, 2015).

Para a análise da capacidade funcional foi aplicado o Índice de Katz, que permite a avaliação da independência funcional nas atividades básicas de vida diária. Por meio desse é possível classificar o desempenho nas atividades de banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, ser continente e alimentar-se. É possível classificar os idosos da seguinte forma: independente quando desenvolve todas as atividades sem supervisão, orientação ou qualquer tipo de auxílio direto; independente para todas as atividades menos uma; dependência moderada quando necessita de auxílio em mais de três funções e dependente total quando necessita de ajuda em todas as atividades (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007; PINTO et al., 2016).

O Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) foi utilizado para avaliar a percepção de suporte familiar pelo paciente. É composto por 42 questões, em formato *Likert* de três pontos: sempre ou quase sempre (2), as vezes (1), quase nunca ou nunca (0). Sendo a pontuação mínima de zero e a máxima de 84 pontos. O inventário possui três dimensões, sendo afetivo-consistente, formada por 21 itens, adaptação familiar, composta por 13 itens, no qual os itens desse fator são invertidos, para que possa ser calculado com valência igual aos itens das outras duas dimensões e a última dimensão é a autonomia familiar, composta por 8 itens (BAPTISTA, 2007).

A pontuação pode ser classificada da seguinte forma: afetividade-consistência: baixo (0-21 pontos), médio-baixo (22-28 pontos), médio-alto (29-33 pontos) e alto (34-42 pontos); adaptação-familiar: baixo (0-18 pontos), médio-baixo (19-21 pontos), médio-alto (22-23 pontos), alto (24-22 pontos); autonomia: baixo (0-9 pontos), médio-baixo (10-12 pontos), médio-alto (13-14 pontos), alto (15-16 pontos) (REIS et al., 2011).

Na avaliação da qualidade de vida foi utilizada a versão abreviada do WHOQOL-bref, um instrumento que apresenta boa resposta a qualidade de vida dos idosos. É composto de 26 questões, sendo duas questões gerais, abordando qualidade de vida e satisfação com a saúde, as demais questões referem-se as 24 facetas que compõem o instrumento original que são divididas em quatro domínios: físico, psicológico, ambiental e social (SILVA et al., 2014; OLIVEIRA; BERTOLINI; BENEDETI, 2012).

Após a coleta dos dados, os mesmos foram organizados em uma planilha eletrônica do Excel. Em seguida os dados foram transferidos para uma planilha do Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 20.0 e foram processadas as análises estatísticas considerando um nível de significância de $p < 0,05$.



Artigo

Para caracterização da amostra selecionada para o estudo foram utilizados tópicos da estatística descritiva com medidas de tendência central e variabilidade (média e desvio padrão). Para análise da normalidade da distribuição de valores da amostra foi utilizado o teste de *Shapiro Wilk*, sendo que todas as variáveis para a realização da pesquisa apresentaram-se com distribuição não-normal. Desta forma, com a finalidade de apontar a existência de diferença estatisticamente significativa entre os dados relacionados foi utilizado o teste Qui-quadrado. O nível de significância adotado para o teste foi de 5% ($p < 0,05$).

Para aplicação do teste estatístico do Qui-quadrado no Inventário de Percepção de Suporte Familiar utilizou-se os valores encontrados na média da pontuação de cada fator, ficando a distribuição da seguinte forma: Afetividade-consistência: boa (< 32) e ruim (≥ 32); Adaptação-familiar: bom (≥ 21) e ruim (< 21); Autonomia: bom (≤ 14) e ruim (> 14) (REIS et al., 2011).

A elaboração do estudo foi baseada nas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde). A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Goiás e aprovada sob o Parecer nº 1193509.

RESULTADOS

A amostra foi constituída de 30 idosos, desses 21 (70%) eram do sexo feminino e 9 (30%) do sexo masculino. Os participantes possuíam idade entre 60 a 81 anos, sendo a faixa etária média de 67 anos ($\pm 6,482$). A caracterização sociodemográfica da amostra pode ser visualizada na Tabela 1.



Artigo

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	21	70%
Masculino	9	30%
Estado civil		
Solteiro	5	16,7%
Casado	12	40%
Divorciado	5	16,7%
Viúvo	8	26,6%
Possui Religião		
Sim	29	96,7%
Não	1	3,3%
Escolaridade		
Nenhuma	5	16,7%
Nível fundamental	14	46,7%
Nível médio	8	26,6%
Nível superior	3	10%
Renda familiar		
Um Salário mínimo	18	60%
Acima de um salário mínimo	12	40%
Moradia		
Própria	29	96,7%
Alugada	1	3,3%

Em relação ao IPSF, a pontuação total variou de 31 a 61 pontos. O domínio Afetividade-consistência obteve pontuação entre 10 a 42 pontos, onde a maioria dos idosos apresentaram pontuação alta (n=15) (50%). No domínio Adaptação Familiar a pontuação oscilou entre 14 a 26 pontos, com uma maior frequência de pontuação alta (n=10) (33%) e o domínio Autonomia variou entre 6 a 16 pontos em que houve também uma pontuação alta (n=19) (63,3%). A distribuição relativa a pontuação em cada domínio do IPSF encontra-se na tabela 2.



Artigo

Tabela 2. Distribuição da pontuação dos idosos no IPSF

Variável	N	%
Afetividade-consistência		
Baixo (0-21 pontos)	3	10
Médio-baixo (22-28 pontos)	4	13,3
Médio-alto (29-33 pontos)	8	26,7
Alto (34-42 pontos)	15	50
Adaptação familiar		
Baixo (0-18 pontos)	4	13,3
Médio-baixo (19-21 pontos)	8	26,7
Médio-alto (22-23 pontos)	8	26,7
Alto (24-26 pontos)	10	33,3
Autonomia		
Baixo (0-9 pontos)	3	10
Médio-baixo (10-12 pontos)	3	10
Médio-alto (13-14 pontos)	5	16,7
Alto (15-16 pontos)	19	63,3
Total	30	100

A capacidade funcional revelou que 23 (76,7%) dos idosos estavam independentes na execução das suas atividades de vida diária e 7 indivíduos foram independentes para todas as atividades menos uma, correspondendo a 23,3% da amostra. A avaliação da qualidade de vida demonstrou que 10 (33,3%) idosos consideraram a sua qualidade de vida geral como ruim e 20 (66,7%) como boa, já com relação a satisfação com a saúde geral, 19 (63,3%) idosos estão insatisfeitos e 11 (36,7%) estão satisfeitos. Ao comparar as medias dos domínios do IPSF com a caracterização sociodemográfica não constatou-se nenhuma significância estatística entre os dados, conforme apresentado na Tabela 3.



Artigo

Tabela 3. Distribuição das médias dos	Afetividade-consistência			Adaptação-familiar			Autonomia		
	Bom (<32)	Ruim (≥32)	p*	Bom (≥21)	Ruim (<21)	p*	Bom (≤14)	Ruim (>14)	p*
	N	N		N	N		N	N	
Idade									
60-69	7	12		13	6		11	8	
70-79	5	4	0,191	4	5	0,460	5	4	0,291
80-89	2	0		1	1		0	2	
Sexo									
Feminino	11	10	0,338	13	8	0,745	13	8	0,151
Masculino	3	6		5	4		3	6	
Estado Civil									
Solteiro(a)	3	2	0,896	4	1	0,716	3	2	0,966
Casado(a)	5	7		6	6		6	6	
Divorciado(a)	2	3		3	2		3	2	
Viúvo(a)	4	4		5	3		4	4	
Religião									
Sim	14	15	0,341	17	12	0,406	15	14	0,341
Não	0	1		1	0		1	0	
Escolaridade									
Nenhuma	4	1	0,204	2	3	0,474	2	3	0,561
Nível fundamental	4	10		10	4		9	5	
Nível médio	4	4		5	3		3	5	
Nível superior	2	1		1	2		2	1	
Renda									
1 salário mínimo	8	10	0,765	9	9	0,171	8	10	0,232
>1 salário mínimo	6	6		9	3		8	4	
Moradia									
Própria	14	15	0,341	17	12	0,406	16	13	0,277
Alugada	0	1		1	0		0	1	

p* <0,05 – Teste Qui Quadrado

Ao avaliar a média dos domínios do IPSF com a funcionalidade, qualidade de vida



Artigo

geral e satisfação com a saúde dos idosos verifica-se diferença estatisticamente significativa apenas ao comparar o domínio autonomia com a qualidade de vida geral do idoso ($p < 0,020$). Ao comparar os outros domínios com as outras variáveis não nota-se nenhuma relevância estatística.

A distribuição das médias dos domínios do IPSF, CF e QV geral e satisfação com a saúde encontra-se na Tabela 4.



Artigo

Tabela 4. Distribuição das médias dos domínios do IPSF e caracterização da CF, QV geral e satisfação com a saúde

	Afetividade- consistência		p*	Adaptação- familiar		p*	Autonomia		p*
	Bom (<32) N	Ruim (≥32) N		Bom (≥21) N	Ruim (<21) N		Bom (≤14) N	Ruim (>14) N	
CF									
Independente para todas as atividades	7	16	0,925	158		0,290	11	120,666	
Independente para todas as atividades menos uma	2	5		34			4	3	
QV geral									
Boa	5	15	0,398	128		1,000	13	70,020*	
Ruim	4	6		64			2	8	
Satisfação com a saúde									
Satisfeito	3	8	0,804	74		0,757	7	40,256	
Insatisfeito	6	13		118			8	11	

p* <0,05 – Teste Qui Quadrado

DISCUSSÃO

Na amostra do presente estudo foi possível identificar uma média de idade de 67 anos, caracterizados como idosos jovens, e com predomínio do sexo feminino, reforçando os achados de outros estudos envolvendo essa mesma população (INOUE et al., 2010; NUNES et al., 2010; DIAS; CARVALHO; ARAÚJO, 2013). Pode ser explicado pelo fato de que em média as mulheres vivem seis anos a mais que os homens tornando-se, portanto, mais vulneráveis a doenças crônicas com perda da capacidade funcional ao longo da vida, por outro lado são também responsáveis por uma maior procura aos serviços de saúde (OLIVEIRA, BERTOLINI & BENEDETI, 2012), condição essa que pode explicar a prevalência de mulheres na pesquisa.



Artigo

Houve um predomínio de idosos que apresentaram baixa escolaridade e baixa renda, corroborando com outros estudos (SANTOS & GRIEP, 2013; PEREIRA et al., 2006). Esses fatores influenciam de forma desfavorável a qualidade de vida do idoso, pois limita o acesso a informações influenciando na percepção do autocuidado, limitando o acesso aos serviços de saúde e medicamentos. Pode levar também este indivíduo a ser dependente de outras pessoas para realizar atividades instrumentais básicas de vida diária reduzindo o grau de autonomia do mesmo (SANTOS & CUNHA, 2013). Apesar dos participantes apresentarem baixa renda, a maioria possuía moradia própria, o mesmo foi relatado no estudo de Nunes et al. (2010), com amostra de 407 idosos, em que a maioria relatou renda abaixo de 2 salários mínimos com o mesmo tipo de moradia descrita no presente estudo.

Inouye et al, (2010) realizaram um estudo com 150 idosos, verificando um adequado suporte familiar percebido por esses indivíduos, havendo relação positiva com a qualidade de vida. Ele relata ainda que o nível socioeconômico interfere na percepção do suporte familiar, onde os idosos de classe econômica mais alta haviam escores melhores que aqueles de classe mais baixa demonstrando que quanto maior a vulnerabilidade social, pior é a adaptação familiar e portando prejudicando a percepção de qualidade de vida.

Dentre idosos pesquisados verificou-se um predomínio daqueles que relataram possuir religião. Um estudo realizado por Baptista, Neves e Baptista (2008), demonstrou que quanto maior é a percepção do suporte familiar, maior é a quantidade de crenças irracionais que os idosos apresentam, podendo relacionar o fator religião como um importante meio de adaptação e enfrentamento dos idosos perante os estresses do dia-a-dia e entre familiares. Apesar de não ter encontrado significância estatística quando comparou-se as variáveis religião e IPSF, a maior parte dos idosos que relataram ter uma crença apresentaram uma boa percepção do suporte oferecido a eles nos domínios adaptação familiar e autonomia.

Uma pesquisa realizada com 1755 estudantes universitários, verificou que a percepção do suporte familiar está diretamente ligada com a saúde mental dos indivíduos, pois quanto maior o suporte familiar percebido menor foi a pontuação de transtornos mentais comuns e menor a frequência de comportamento de risco entre esses estudantes (SOUZA; BAPTISTA; BAPTISTA, 2010). No âmbito familiar o convívio entre idosos e seus familiares é responsável pelo desenvolvimento de laços afetivos. A tolerância, afeto e respeito são essenciais no relacionamento familiar tornando o convívio agradável. Por outro lado, quando a convivência dos idosos e a família é baseada em divergências de



Artigo

ideias e sentimentos negativos pode levar ao desgaste nesse relacionamento (REIS et al., 2011). Os idosos deste estudo apresentaram comprometimento na percepção do suporte familiar, segundo o IPSF, demonstrando dessa forma que a percepção da convivência entre os seus familiares se encontra inadequada.

O domínio afetividade-consistência, segundo Baptista (2007), representa a capacidade de demonstrar afeto entre os membros, de se comunicar, respeitar e a habilidade de resolução de problemas. Foi possível verificar na amostra do presente estudo um comprometimento neste domínio, em que 70% dos idosos apresentaram uma baixa percepção e apenas 30% consideraram uma boa percepção do suporte familiar. Conclui-se a partir da avaliação deste domínio que os participantes apresentaram uma percepção ruim do acolhimento e afeto entre os membros. Quando relacionado com as variáveis, não houve significância estatística, porém nota-se que mesmo os idosos sendo independentes e percebendo a qualidade de vida como boa, apresentam uma percepção ruim desse domínio, demonstrando um despreparo da família ante a necessidade de apoio que o idoso necessita. Dessa forma os idosos buscam fora do âmbito familiar o suporte que desejam, tanto em grupos religiosos, espaços públicos, quanto no ambiente de terapia, contribuindo para a manutenção da capacidade funcional e da qualidade de vida (REIS et al., 2014).

Já o domínio adaptação familiar se refere a sentimentos e comportamentos negativos, como raiva, exclusão, agressividade, competitividade e conflitos (Baptista, 2007). Nota-se, nesse fator, que a maioria dos idosos enxergam um bom suporte familiar e um baixo percentual como ruim afirmando uma boa adaptação familiar, que indica uma visão satisfatória desse suporte para esse domínio, demonstrando não haver relações conflituosas.

O último domínio, autonomia, é avaliada a existência de privacidade, relações de confiança e independência entre os membros (Baptista, 2007). Nesse domínio os idosos obtiveram uma percepção ruim, considerando como um suporte inadequado e também como adequado caracterizando um fator negativo na capacidade funcional do idoso, já que esses não se sentem motivados a realizar atividades independentes, interferindo também na qualidade de vida do mesmo (REIS et al., 2011).

Quando comparou-se as variáveis capacidade funcional e o domínio autonomia do IPSF não houve significância estatística, porém nota-se que idosos considerados independentes apresentaram uma inadequada percepção do suporte familiar nesse domínio. Este fato pode ser explicado pela condição de saúde da amostra estudada, em que a decorrência da presença de doenças crônicas, gera um comportamento mais



Artigo

cuidadoso e paternalista da família, impedindo o idoso de exercitar sua autonomia, por mais que esses sejam independentes. Levando-os a crer em um suporte familiar inadequado quando se trata de liberdade e independência (BAPTISTA; NEVES; BAPTISTA, 2008).

Os achados desta pesquisa corroboram com Reis et al. (2011), uma relação da percepção do suporte familiar inadequada principalmente no domínio afetividade consistência em idosos dependentes nas atividades básicas de vida diária, indicando que as famílias desses idosos não estão preparadas para atender as necessidades dos mesmos de forma correta e afetiva. Em outro estudo realizado com essa mesma população cadastrada em unidades de saúde, procurou verificar os fatores associados ao suporte familiar, e trouxe como achado mais marcante o fato de que a presença de problemas de saúde estão associadas a menores pontuações no domínio adaptação familiar segundo o IPSF. Evidenciando mais uma vez o despreparo da família ante os gastos gerados e a necessidade de assistência ao idoso, gerando estresse e comportamentos agressivos, dificultando a boa relação familiar (REIS et al., 2014).

Quanto a avaliação da capacidade funcional os idosos apresentaram-se independentes para realização das atividades básicas de vida diária, corroborando com os estudos de Trize et al. (2014), Nunes et al. (2010) e Duarte et al. (2016) e Pinto et al. (2016). Neste último ao avaliar 820 idosos constatou-se que aqueles considerados idosos jovens, entre 60-69 anos, representavam a classe mais independente, enquanto aqueles acima de 70 anos eram sujeitos a maior prevalência de incapacidade funcional.

Foi possível observar também que apesar dos idosos possuírem uma boa percepção da qualidade de vida geral, apresentaram-se insatisfeitos com a saúde. Essa condição pode ser explicada pelo fato de que esses idosos se encontravam em tratamento fisioterapêutico, portando algum problema de saúde. Quanto a qualidade de vida, essa representa uma avaliação subjetiva, de conceito amplo, em que não se avalia apenas o fator saúde, mas engloba diferentes elementos, como estado psicológico, saúde física, nível de independência, condição socioeconômica, relações sociais, crenças pessoais, e condições ambientais (DIAS; CARVALHO; ARAÚJO, 2013; PEREIRA et al., 2006).

Pode ser notado significância estatística apenas entre a variável boa qualidade de vida geral e boa percepção do domínio autonomia ($p=0,020$) indicando que a demonstração de confiança e liberdade para com os idosos dentro do ambiente familiar, encoraja-os a realizar suas atividades de vida diária de forma independente e a participar da sociedade sem impedimentos, favorecendo o envelhecimento mais ativo, saudável e autônomo, conseqüentemente contribuindo com a qualidade de vida dos mesmos (REIS



Artigo

et al., 2014).

CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos é possível concluir que a maioria dos idosos entrevistados apresentaram comprometimento nos domínios afetividade-consistência e autonomia do Inventário de Percepção do Suporte Familiar, demonstrando que parte desses idosos consideram o suporte familiar inadequado. Esse fato demonstra o falta de preparo das famílias na prestação de atenção, cuidado e apoio aos idosos. Apesar de não ter sido encontrado no estudo relação significativa entre os domínios do IPSF e as variáveis sociodemográficas, observou-se que os idosos avaliados foram considerados independentes e com boa qualidade de vida. Quando comparados os domínios com as variáveis capacidade funcional, qualidade de vida geral e satisfação com a saúde, obteve-se significância apenas entre o domínio autonomia e qualidade de vida geral.

Os achados deste estudo indicam que os idosos, mesmo os que estão sob assistência fisioterapêutica, apesar de apresentarem autonomia e funcionalidade necessitam de um suporte familiar mais adequado.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA M. N. Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): Estudo Componencial em duas Configurações. **Psicologia Ciência & Profissão**, v. 27 n. 3, p. 496-509, 2007.

BAPTISTA A.S.D.; NEVES V.; BAPTISTA M.N. Correlação entre suporte familiar, saúde mental e crenças irracionais em idosos religiosos. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v. 9, n. 2, p. 155-164, 2008.

DAGIOS P.; VASCONCELLOS C.; EVANGELISTA D.H.R. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos não institucionalizados participantes de um centro de convivência e idosos institucionalizados em JI-Paraná/RO. **Revista Estudos Interdisciplinar Envelhecimento**, v. 20, n. 2, p. 469-484, 2015.



Artigo

DIAS D.S.G.; CARVALHO C.S.; ARAÚJO V. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 127-138, 2013.

DUARTE M. C. S.; FERNANDES M.G.M.; RODRIGUES R.A.P.; NÓBREGA M.M.L. Fragilidade, morbidade referida e capacidade funcional em mulheres idosas. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 2, p. 1-6, 2016.

DUARTE Y.A.O.; ANDRADE C.L.; LEBRÃO M.L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007.

FUHRMANN A.C.; BIERHALS C.C.B.K.; SANTOS N.O.; PASKULIN L.M. G. Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 36, n. 1, p. 14-20, 2015.

INOUE K.; BARHAM E.J.; PEDRAZZANI E.S.; PAVARINI S.C.I. Percepções de Suporte Familiar e Qualidade de Vida entre Idosos Segundo a Vulnerabilidade Social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 3, p. 582-592, 2010.

MELO D.M.; BARBOSA A.J.G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3865- 3876, 2015.

NUNES D.P.; NAKATANI A.Y.K.; SILVEIRA E.A.; BACHION M.M.; SOUZA M.R. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2887- 2898, 2010.

OLIVEIRA D.V.; BERTOLINI S.M.M.G.; BENEDETI M.R. Avaliação da qualidade de vida de idosos fisicamente ativos por meio do questionário WHOQOL-bref. **Saúde e Pesquisa**, v. 5, n. 3, p. 547-554, 2012.

PEREIRA R.J.; COTTA R.M.M.; FRANCESCHINI S.C.C.; RIBEIRO R.C.L.



Artigo

Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista Psiquiatria RS**, v, 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

PINTO H.A.; LANGE C.; PASTORE C.A.; LLANO P.M.O.; PRZYLYNSKI. D.; SANTOS F. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3545-3555, 2016.

REIS L.A.; SANTOS K.T.; REIS L.A.; GOMES N.P. Suporte familiar, social, condições de saúde e sociodemográficas em idosos. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 176- 185, 2014.

REIS L.A; TORRES G.V.; REIS A.L; FERNANDES H.M.; NOBRE X.T.T. Avaliação do Suporte Familiar em Idosos residentes em domicílio. **Avaliação Psicológica**, v. 10, n. 2, p. 107- 115, 2011.

REIS L.A.; TORRES G.V.; XAVIER T.T.; SILVA R.A.R.; COSTA I.K.F.; MENDES F.R.P. Percepção do suporte familiar em idosos de baixa renda e fatores associados. **Texto Contexto Enfermagem Florianópolis**, v. 20, p. 55-58, 2011.

SANTOS M.I.P.O.; GRIEP R.H. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18 n. 3, p. 753-761, 2013.

SANTOS S.G.; CUNHA O.K.C. Avaliação da capacidade funcional de idosos para o desempenho das atividades instrumentais da vida diária: um estudo na atenção básica em saúde. **Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 3, n. 3, p. 820-828, 2013.

SILVA, P.A.B.; SOARES S.M.; SANTOS J.F.G.; SILVA L.B. Ponto de corte para o WHOQOL-bref como preditor de qualidade de vida de idosos; **Revista Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 390-397, 2014.

SOUZA M.S.; BAPTISTA A.S.D.; BAPTISTA M.M. Relação entre suporte familiar, saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários. **Acta Colombiana de Psicología**, v. 13, n. 1, p. 143-154, 2010.



Temas em Saúde

Volume 19, Número 5

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

TRIZE D.M.; CONTI M.H.S.; GATTI M.A.N.; QUINTINO N.M.; SIMEÃO S.F.A.P.; VITTA. Fatores associados à capacidade funcional de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 21, n. 4, p. 378-383, 2014.

TORRES G.V.; REIS L.A.; REIS L.A.; FERNANDES M.H.; ALVES G.S. Avaliação da capacidade de realização das atividades cotidianas em idosos residentes em domicílio. **Revista Baiana**, v. 33, n. 3, p. 466-475, 2009.



AVALIAÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR, QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE DO IDOSO EM
TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

Páginas 416 a 433

Artigo

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS DE OBESIDADE NA DOENÇA
HEPÁTICA GORDUROSA NÃO ALCOÓLICA

ANTHROPOMETRIC INDICATORS OF OBESITY IN NON-ALCOHOLIC
FATTY LIVER DISEASE

Josilda Ferreira Cruz¹

Eusébio Lino dos Santos Júnior²

Anne Karoline Oliveira Mendonça Bispo³

Yasmim Anayr Costa Ferrari⁴

Carla Perez Machado⁵

Sonia Oliveira Lima⁶

RESUMO - A obesidade, doença multifatorial, é reconhecidamente um fator de risco para o desenvolvimento e evolução da Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica (DHGNA), a forma mais comum de hepatopatia crônica em diversas partes do mundo. A DHGNA é descrita como infiltração de gordura no fígado, e compreende um espectro de patologias que vai desde a esteatose simples, a esteato-hepatite, com ou sem fibrose, e cirrose. **Objetivo:** Correlacionar os indicadores antropométricos de obesidade IMC, CC, q CC/CQ, GIA e GSC com a DHGNA. **Material e Métodos:** Estudo com 250 pacientes avaliados através da ultrassonografia abdominal para pesquisa de esteatose hepática não alcoólica. Dados antropométricos como IMC, circunferência da cintura e relação cintura-

¹ Médica, Mestre em Saúde e Ambiente, Doutorado em Saúde e Ambiente (em andamento), Departamento de Medicina, Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: josildaacruz@gmail.com;

² Graduando em Medicina, Departamento de Medicina, Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, Brasil;

³ Graduanda em Medicina, Departamento de Medicina, Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, Brasil;

⁴ Enfermeira, Mestrado em Saúde e Ambiente (em andamento), Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, Brasil;

⁵ Médica, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil;

⁶ Médica, Mestre e Doutora em Medicina, Departamento de Medicina, Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, Brasil.



Artigo

quadril foram aferidos, como também foi quantificada a gordura subcutânea e a gordura intra-abdominal pela ultrassonografia. **Resultados:** Dos pacientes avaliados 45,70% apresentaram algum grau de infiltração gordurosa hepática. Todas as variáveis analisadas apresentaram significância estatística para a presença de esteatose hepática, porém apenas a gordura intra-abdominal, o IMC e a circunferência de cintura foram estatisticamente significativos com relação à gravidade dessa afecção. A gordura intra-abdominal, quantificada pela ultrassonografia, o IMC e a CC mostraram-se como bons preditores independentes de gravidade da esteatose hepática não alcoólica diagnosticada pela ultrassonografia abdominal. **Conclusão:** Desta forma, estes marcadores antropométricos, quando inseridos na avaliação clínica desses pacientes poderão contribuir no diagnóstico e prognóstico dessa afecção tão prevalente possibilitando uma intervenção clínica e nutricional imediata.

Palavras-chave: Doença hepática gordurosa não alcoólica; Obesidade; Antropometria.

ABSTRACT - The obesity, multifactorial disease, is a recognized risk factor for the development and the evolution of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease (NAFLD), the most common form of chronic liver disease in various parts of the world. The NAFLS is described as fat infiltration in the liver, and has a pathology spectrum that includes simple steatosis, steatohepatitis, with or without fibrosis, and cirrhosis. **Objective:** To correlate the anthropometric indicators of obesity IMC, CC, q CC / CQ, GIA and GSC with NAFLD. **Material and Methods:** It is a study with 250 patients evaluated through abdominal ultrasonography for the investigation of non-alcoholic hepatic steatosis. Anthropometric data, such as BMI, waist circumference and waist-hip ratio were measured. The subcutaneous and intra-abdominal fat were also quantified by ultrasonography. **Results:** 45.70% of evaluated patients presented some degree of fatty liver infiltration. All the analyzed variables presented statistical significance for the presence of hepatic steatosis, but only intra-abdominal fat, BMI and waist-circumference were statistically significant for the severity of this condition. The intra-abdominal fat, quantified by ultrasonography, the BMI and the WC were showed as good independent predictors of non-alcoholic hepatic steatosis severity diagnosed by abdominal ultrasonography. **Conclusion:** That way, these anthropometric data, when inserted in the clinical evaluation patients can contribute to the diagnosis and prognosis of this condition so prevalent making possible an immediate clinical and nutritional intervention.



Artigo

Keywords: Fatty Non - Alcoholic Liver Disease; Obesity; Anthropometry.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença multifatorial causada por um estilo de vida poupador de energia em um fundo poligênico predisposto (GAMMAL et al., 2014), definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 30 kg/m². Estudos epidemiológicos mostram que a obesidade colabora para vários tipos de câncer e, juntamente com a resistência insulínica, representa um fator de risco para a doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA) e carcinoma hepatocelular (PERGOLA; SILVESTRIS, 2013).

A DHGNA, que acomete de 73% a 90% dos obesos (ARSLAN, 2014; BARROS et al., 2016), é definida como um excesso de lipídios nos hepatócitos na ausência de outras etiologias, seu espectro varia de esteatose simples, esteato-hepatite, cirrose a carcinoma hepatocelular (BAGHERI et al., 2013; ZAMORA-ALVIZO et al., 2013). Essa doença tem sido observada como a forma mais comum de doença hepática crônica em diversas partes do mundo, motivo pelo qual já é considerado um verdadeiro problema de saúde pública (AMARAPURKAR et al., 2007). Através do exame ultrassonográfico sua prevalência varia de 20 a 40%, nos países industrializados (WILLIAMS et al., 2011).

O tipo de distribuição da gordura no corpo, especialmente o acúmulo de gordura visceral, é considerado o fator mais importante na obesidade, DHGNA, doenças cardiovasculares e síndrome metabólica (SAKUNO et al., 2014). Dessa forma, medidas antropométricas como circunferência da cintura (CC) e relação cintura-quadril (q CC/CQ) estão entre os métodos mais difundidos e utilizados na avaliação da obesidade e sua distribuição corporal (central e periférica), porém não diferenciam na adiposidade central, a gordura visceral da subcutânea (PEREIRA et al., 2015).

Assim, a avaliação da adiposidade abdominal pela ultrassonografia é considerada um ótimo preditor para doenças cardiovasculares e metabólicas por permitir estratificar os sítios anatômicos em gordura subcutânea (GSC) e gordura intra-abdominal (GIA) ou visceral (MAUAD et al., 2017).

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi correlacionar os indicadores antropométricos de obesidade IMC, CC, q CC/CQ, GIA e GSC com a DHGNA.



Artigo

MATERIAL E MÉTODOS

Os dados foram coletados em um centro de referência de ultrassonografia de Aracaju, no período de julho de 2016 a dezembro de 2017. O exame de US abdominal foi realizado com transdutor convexo, dinâmico, de frequência de 3,75 MHz. Foram avaliados 250 pacientes, pelo mesmo médico examinador, com equipamento de excelente resolução de imagem.

Foram incluídos pacientes de ambos os sexos de 18 a 70 anos de idade e utilizados os seguintes critérios de exclusão: consumo de álcool ≥ 140 g / semana nos homens e ≥ 70 g / semana nas mulheres, portadores de doenças hepáticas crônicas, tumor primário do fígado, deficiência cognitiva, ascite, aneurisma de aorta abdominal, herniações epigástricas e/ou umbilicais volumosas e $IMC \geq 40$ kg/m².

A avaliação antropométrica consistiu na aferição de peso, altura, circunferência da cintura e do quadril. Para o peso corpóreo, foi utilizada uma balança portátil e a para aferição da altura um estadiômetro portátil. O Índice de Massa Corpórea (IMC) foi calculado pela razão entre o peso corpóreo em quilograma e altura em metro ao quadrado (WHO, 1995) e classificado segundo o critério da Organização Mundial da Saúde (OMS) em: até 24,9 normal, de 25 a 29,9 sobrepeso, de 30 a 34,9 obesidade grau I ou leve, de 35 a 39,9 obesidade grau II ou moderada e ≥ 40 obesidade grau III ou grave. A circunferência da cintura (CC) foi medida com o paciente em pé, utilizando uma fita métrica inelástica à nível do ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca (LOHMAN; ROCHE; MARTORELL, 1988). Para a aferição da circunferência quadril (CQ), foi medida a maior circunferência determinada pelo glúteo em pacientes em pé e com os pés unidos. A razão cintura/quadril (q CC/CQ) foi avaliada com a divisão da circunferência da cintura pela circunferência do quadril.

Para a realização da ultrassonografia abdominal, os pacientes realizaram preparo adequado com jejum de no mínimo seis horas e uso de antiflatulento. No exame de US, o parênquima hepático foi analisado e classificado nos seguintes graus da esteatose hepática: ecogenicidade normal (grau 0), esteatose leve, com visualização de ecos finos do parênquima hepático, visualização normal do diafragma e de vasos intra-hepáticos (grau 1), esteatose moderada, com aumento difuso dos ecos finos, visualização prejudicada dos vasos intra-hepáticos e diafragma (grau 2), esteatose acentuada, com aumento importante dos ecos finos, com visualização prejudicada ou ausência dos vasos intra-hepáticos (grau 3) (SAADEH et al., 2002).



Artigo

Para quantificação da gordura abdominal, intra-abdominal e subcutânea, pela ultrassonografia, foram utilizados transdutores de 3,75 MHz e 7,5 MHz respectivamente que foram posicionados transversalmente a 1,0 cm cranial à cicatriz umbilical, na linha média. Na gordura intra-abdominal foi a distância entre a fáscia interna do músculo reto abdominal até a parede anterior da aorta abdominal. E na gordura subcutânea, a medida foi feita entre a pele e a fáscia externa do músculo reto abdominal.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Tiradentes (CEP), situada em Aracaju - SE, com parecer (2.061.044) e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após o teste de normalidade de Shapiro-Wilk foram realizadas análises não-paramétricas (Kruskal-Wallis) comparando os graus de esteatose hepática não alcoólica quanto às variáveis de interesse. Além disso, foram construídas duas curvas ROC para avaliar a capacidade dessas variáveis no diagnóstico e na predição da gravidade da esteatose hepática não alcoólica.

O software utilizado foi a IBM SPSS® versão 22.0. O nível de significância utilizado foi $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram analisados 250 pacientes, sendo que 29 atenderam aos critérios de exclusão, totalizando 221 indivíduos. Em uma análise inicial, 101 (45,70%) dos avaliados apresentaram algum grau de esteatose hepática não alcoólica. Os pacientes que apresentaram essa doença foram classificados de acordo com o grau de infiltração gordurosa (Quadro 1).



Artigo

Quadro 1. Frequência e percentagem de pacientes portadores de esteatose hepática de acordo com o grau.

Grau	Frequência Absoluta	Percentagem
0	120	54.29
I	48	21,71
II	45	20,36
III	8	3,61

Em seguida, foram construídas duas curvas ROC. A primeira correlacionou as variáveis analisadas com a presença de esteatose hepática (Figura 1). Pode-se perceber que os resultados tiveram significância estatística ($p < 0,0001$). De maneira similar, ao analisar a área sob a curva, os achados foram significativos com área superior a 70%, com a maior expressividade para a circunferência da cintura, cuja área obtida correspondeu a 91.0%.



Artigo

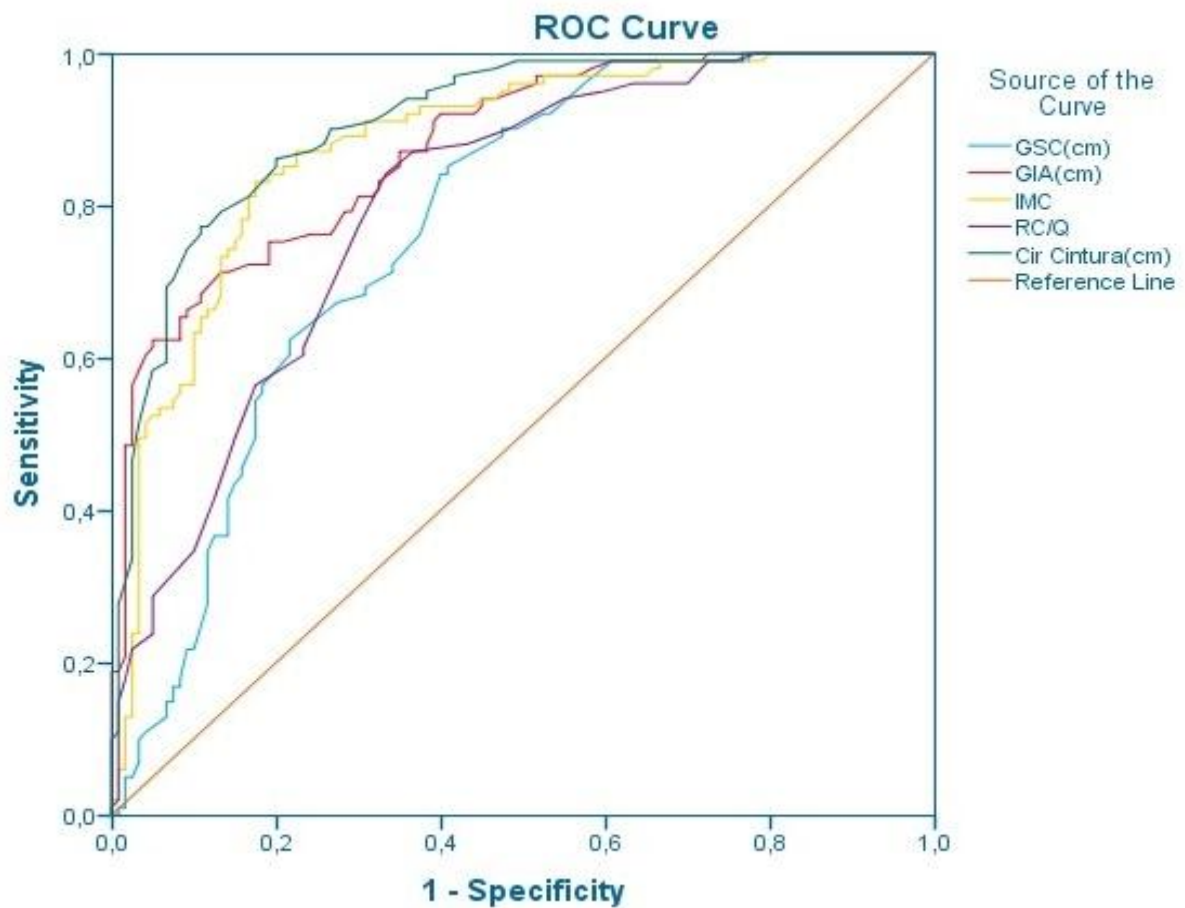


Figura 1. Curva ROC com as variáveis independentes e a presença de esteatose hepática não alcoólica.

Na Tabela 1, foi demonstrado os valores das áreas de cada variável em relação à presença da infiltração gordurosa hepática.



Artigo

Tabela 1. Área sob o gráfico da curva ROC das variáveis independentes analisadas em relação à presença de esteatose hepática não alcoólica.

Variável	Área	Nível significância	Intervalo de confiança 95%	
			Limite inferior	Limite superior
GSC	0,772	0,000	0,710	0,833
GIA	0,877	0,000	0,833	0,921
IMC	0,880	0,000	0,835	0,926
q CC/CQ	0,801	0,000	0,744	0,858
CC	0,910	0,000	0,872	0,947

A segunda curva ROC correlacionou as variáveis analisadas com o grau de infiltração gordurosa hepática (Figura 2). Nessa análise, percebeu-se que apenas a gordura intra-abdominal, o IMC e circunferência de cintura apresentaram valores estatisticamente significativos para gravidade (GIA: $p=0,001$, CC: $p=0,024$ e IMC= $0,030$). No estudo da área sob a curva ROC, todos os parâmetros diagnósticos foram considerados insatisfatórios ($AUC<70\%$).



Artigo

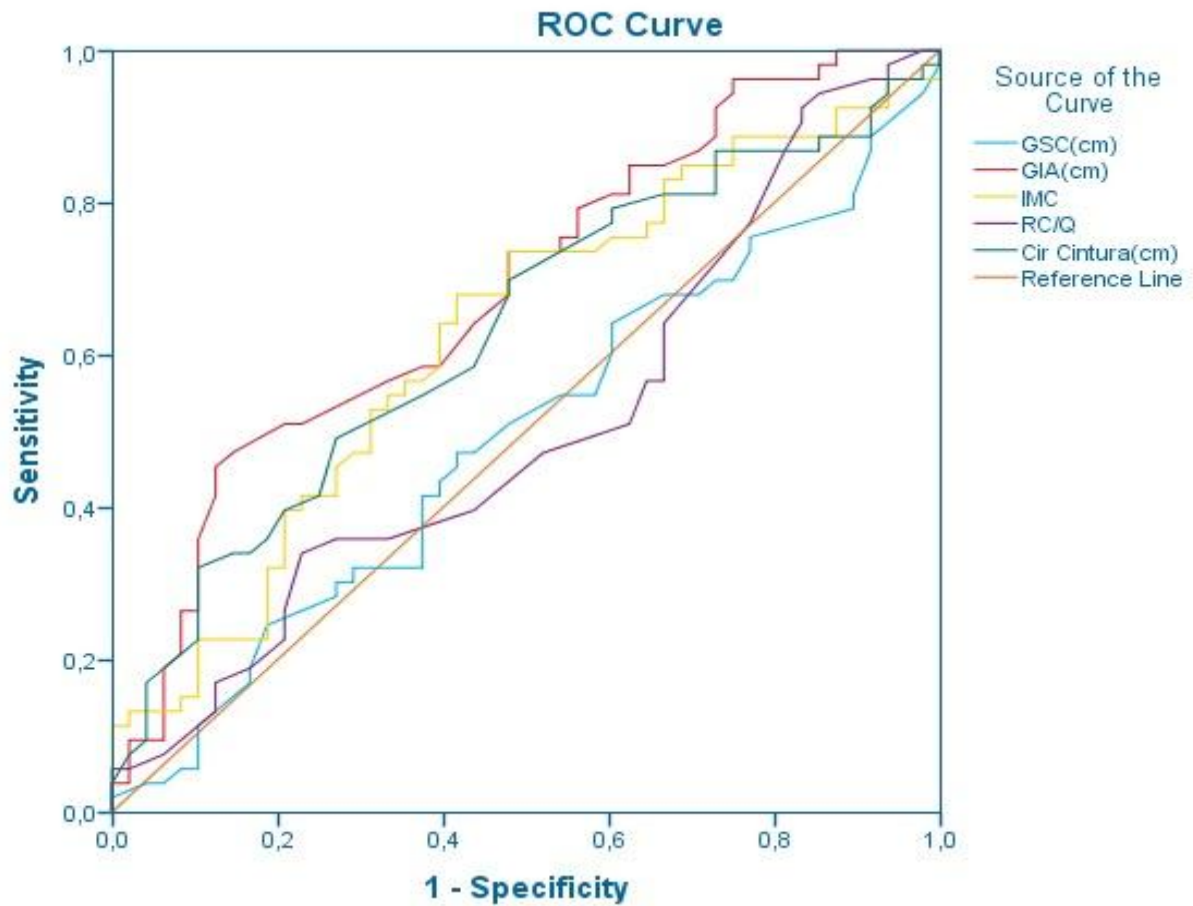


Figura 2. Curva ROC com as variáveis independentes e o grau da esteatose hepática.

Entretanto, os resultados da análise da gordura intra-abdominal apresentaram valores melhores para a classe em estudo ($p = 0,001$ e $AUC = 68,5 \%$), conforme demonstrado em Quadro 2.



Artigo

Quadro 2. Área sob o gráfico da curva ROC das variáveis independentes analisadas em relação à gravidade da esteatose hepática não alcoólica.

Variável	Área	Nível significância	Intervalo de confiança 95%	
			Limite inferior	Limite superior
GSC	0,493	0,908	0,380	0,607
GIA	0,685	0,001	0,582	0,789
IMC	0,625	0,030	0,516	0,735
q CC/CQ	0,507	0,905	0,393	0,621
CC	0,630	0,024	0,521	0,739

DISCUSSÃO

A DHGNA, prevalente em obesos, está entre uma das mais comuns doenças crônicas não transmissíveis, sofrendo influências de uma variedade de fatores incluindo genéticos, ambientais e metabólicos (BAGHERI et al., 2013). Nos Estados Unidos, a doença silenciosa hepática, assim chamada a DHGNA, se tornou a segunda principal indicação de transplante hepático e a terceira causa de carcinoma hepatocelular (CHC) (FAN; KIM; WONG, 2017).

O aumento de peso na população mundial está associado a mudanças no perfil alimentar dos indivíduos, com consumo acima do recomendado de lipídios e carboidratos e diminuição da ingestão de vegetais, fibras e frutas (COSTA et al., 2018). Esse balanço calórico positivo leva ao quadro de obesidade, com maior acúmulo de gorduras no tecido



Artigo

adiposo visceral, o qual está associado à produção de citocinas inflamatórias, como o fator de necrose tumoral alfa e interleucina-6. O estado pró-inflamatório provocado pela obesidade faz parte do espectro da síndrome metabólica e predisposição para o desenvolvimento de outras desordens metabólicas como a DHGNA (BEBERASHVILI et al., 2018). A obesidade é, definitivamente, um importante fator para o desenvolvimento de DHGNA e CHC, com um risco aumentado em 1,5 a 4 vezes (STARLEY; CALCAGNO; HARRISON, 2010). Fatores provavelmente conferidos por dois motivos: o aumento da DHGNA, com subsequente progressão para a esteato hepatite não alcoólica e o próprio potencial carcinogênico da obesidade (CHARREZ; QIAO; HEBBARD, 2016).

Modificações no estilo de vida, intervenções dietéticas e atividade física, voltadas principalmente para a perda de peso, permanecem como o ponto principal no tratamento de indivíduos com DHGNA (KATSAGONI et al., 2017). Esta combinação evidencia melhora no perfil lipídico, nas enzimas do fígado (ALT) e na histopatologia hepática (WONG et al., 2013).

Vague (1947) foi o primeiro a demonstrar que a distribuição de gordura poderia ser mais importante que a gordura total do indivíduo. Assim, a CC tem sido considerada uma ferramenta de triagem potencial para a esteatose hepática não alcoólica e risco cardiovascular, uma vez que é capaz de refletir o acúmulo de gordura intra-abdominal ou visceral (CORNIER et al., 2011). No presente estudo, a CC apresentou-se como um bom preditor para a presença e gravidade da DHGNA, sendo inferior apenas em relação à GIA medida pela ultrassonografia. A q CC/CQ não é recomendada como parte da avaliação rotineira da obesidade, seu uso isolado não oferece nenhuma vantagem sobre a circunferência da cintura (MENEZES et al., 2014). Entre as variáveis analisadas, a q CC/CQ apresentou-se estatisticamente significativa para a presença de DHGNA, porém entre as menores áreas sobre curva e não se apresentou estatisticamente significativa para a gravidade da doença. Dessa forma desde que a CC é um parâmetro superior a q CC/CQ e pode ser realizada sem a necessidade de aparelho e profissional especializados, esta medida deve ser estimulada como critério de avaliação dos pacientes com risco e como preditor de gravidade da DHGNA.

Diferente do tecido subcutâneo, o tecido adiposo visceral apresenta maior concentração de gordura trans, maior concentração de células estromais vasculares e menor resposta ao efeito lipolítico da insulina (BORTOLOTTO et al., 2005) o que promove uma lipotoxicidade hepática mais severa (STEFAN et al., 2008). Logo, foi demonstrado que a gordura intra-abdominal se mostrou superior a subcutânea na área



Artigo

sobre curva para presença de esteatose (77,2% vs. 87,7%) e sua gravidade (49,3% vs. 68,5%). A medida da gordura visceral se mostrou como bom preditor para a variável esteatose hepática não alcoólica devido à capacidade de, no caso de lipólise, liberar ácidos graxos para o fígado, pela sua proximidade com o sistema venoso portal. É importante, portanto, sua avaliação por métodos de imagem, sendo a ultrassonografia o de escolha por não utilizar radiação ionizante, podendo ser repetido e com excelente custo-benefício para monitorização da evolução da DHGNA.

CONCLUSÃO

Houve correlação estatisticamente significativa de todas as variáveis analisadas com a presença de esteatose hepática não alcoólica, com maior relevância para a CC. Em relação à gravidade dessa doença, somente a CC, IMC e GIA foram estatisticamente significativas, com maior relevância para a GIA. A adiposidade abdominal pode representar um bom preditor no diagnóstico e prognóstico da DHGNA.

Considerações Gerais

Inquérito realizado em território brasileiro demonstrou importantes irregularidades alimentares, sendo responsável pela maior predisposição de agravos relacionados com hábitos de caráter regional (IBGE, 2014). Terapias nutricionais e de atividade física são fundamentais e devem ser incentivadas com orientações dietéticas, não apenas quantitativas como também qualitativas, principalmente nos portadores de fatores de risco para DHGNA.

REFERÊNCIAS

AMARAPURKAR, D. et al. Prevalence of non-alcoholic fatty liver disease: population based study. **Annals of Hepatology**, v. 6, n. 3, p. 161-163, 2007.

ARSLAN, N. Obesity, fatty liver disease and intestinal microbiota. **World Journal of Gastroenterology**, v. 20, n. 44, p. 16452-16463, 2014.



Artigo

BAGHERI, L. K. et al. Non-alcoholic fatty liver disease in southern Iran: a population based study. **Hepatitis Monthly**, v. 13, n. 5, p. e9248, 2013.

BARROS, F. et al. Correlação da doença hepática gordurosa não alcoólica e síndrome metabólica em pacientes obesos mórbidos em preparo pré-operatório para cirurgia bariátrica. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 29, n. 4, p. 260-263, 2016.

BEBERASHVILI, I. et al. Abdominal obesity in normal weight versus overweight and obese hemodialysis patients: associations with nutrition, inflammation, muscle strength and quality of life. **Nutrition**, 2018.

BORTOLOTTO, J. W. et al. Higher content of trans fatty acids in abdominal visceral fat of morbidly obese individuals undergoing bariatric surgery compared to non-obese subjects. **Obesity Surgery**, v. 15, n. 9, p. 1265-1270, 2005.

CHARREZ, B.; QIAO, L.; HEBBARD, L. Hepatocellular carcinoma and non-alcoholic steatohepatitis: the state of play. **World Journal of Gastroenterology**, v. 22, n. 8, p. 2494-2502, 2016.

CORNIER, M. A. et al. Assessing adiposity: a scientific statement from the American Heart Association. **Circulation**, v. 124, n. 18, p. 1996-2019, 2011.

COSTA, I. M. N. B. C. et al. Diet quality of patients with acute coronary syndrome receiving public and private health care. **Nutrition**, 2018.

FAN, J. G.; KIM, S. U.; WONG, V. W. New Trends on Obesity and NAFLD in Asia. **Journal of Hepatology**, v. 67, n. 4, p. 862-873, 2017.

GAMMAL, A. T. E. et al. Obesity research: Status quo and future outlooks. **World Journal of Translational Medicine**, v. 3, n. 3, p. 119-157, 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.



Artigo

KATSAGONI, C. N. et al. Effects of lifestyle interventions on clinical characteristics of patients with non-alcoholic fatty liver disease: A meta-analysis. **Metabolism: Clinical and Experimental**, v. 68, p. 119-132, 2017.

LOHMAN, T. G.; ROCHE, A. F.; MARTORELL, R. **Anthropometric standardization reference manual**. Champaign (IL): Human kinetics books, 1988.

MAUAD, F. M. et al. Reprodutibilidade da avaliação da gordura abdominal pela ultrassonografia e tomografia computadorizada. **Radiologia Brasileira**, v. 50, n. 3, p. 141-147, 2017.

MENEZES, T. N. et al. Obesidade abdominal: revisão crítica das técnicas de aferição e dos pontos de corte de indicadores antropométricos adotados no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1741-1754, 2014.

PEREIRA, P. F. et al. Medidas de localização da gordura corporal: uma avaliação da colinearidade com massa corporal, adiposidade e estatura em adolescentes do sexo feminino. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 1, p. 63-71, 2015.

PERGOLA, G.; SILVESTRIS, F. Obesity as a major risk factor for cancer. **Journal of Obesity**, p. 1-11, 2013.

SAADEH, S. et al. The utility of radiological imaging in nonalcoholic fatty liver disease. **Gastroenterology**, v. 123, n. 3, p. 745-750, 2002.

SAKUNO, T. et al. Avaliação ultrassonográfica da gordura visceral e subcutânea em crianças obesas. **Radiologia Brasileira**, v. 47, n. 3, p. 149-153, 2014.

STARLEY, B. Q.; CALCAGNO, C. J.; HARRISON, S. A. Non-alcoholic fatty liver disease and hepatocellular carcinoma: a weighty connection. **Hepatology**, v. 51, n. 5, p. 1820-1832, 2010.

STEFAN, N. et al. Identification and characterization of metabolically benign obesity in humans. **Archives of Internal Medicine**, v. 168, n. 15, p. 1609-1616, 2008.



Artigo

VAGUE, J. La différenciation sexuelle; facteur déterminant des formes de l'obésité. **La Presse Médicale**, v. 55, n. 30, p. 339, 1947.

WILLIAMS, C. D. et al. Prevalence of nonalcoholic fatty liver disease and nonalcoholic steatohepatitis among a largely middle-aged population utilizing ultrasound and liver biopsy: a prospective study. **Gastroenterology**, v. 140, n. 1, p. 124-131, 2011.

WHO – World Health Organization. **Physical status**: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO Technical Report Series, 1995.

WONG, V. W. et al. Community-based lifestyle modification programme for non-alcoholic fatty liver disease: a randomized controlled trial. **Journal of Hepatology**, v. 59, n. 3, p. 536-542, 2013.

ZAMORA-ALVIZO, E. L. et al. Prevalencia de esteatohepatitis no alcohólica en pacientes con síndrome metabólico. **Atención Familiar**, v. 20, n. 1, p. 16-20, 2013.



Artigo

QUADROS

Quadro 1. Frequência e porcentagem de pacientes portadores de esteatose hepática de acordo com o grau.

Grau	Frequência Absoluta	Porcentagem
0	120	54,29
I	48	21,71
II	45	20,36
III	8	3,61

Quadro 2. Área sob o gráfico da curva ROC das variáveis independentes analisadas em relação à gravidade da esteatose hepática não alcoólica.

Variável	Área	Nível significância	Intervalo de confiança 95%	
			Limite inferior	Limite superior
GSC	0,493	0,908	0,380	0,607
GIA	0,685	0,001	0,582	0,789
IMC	0,625	0,030	0,516	0,735
q CC/CQ	0,507	0,905	0,393	0,621



Artigo

CC	0,630	0,024	0,521	0,739
----	-------	-------	-------	-------

FIGURAS

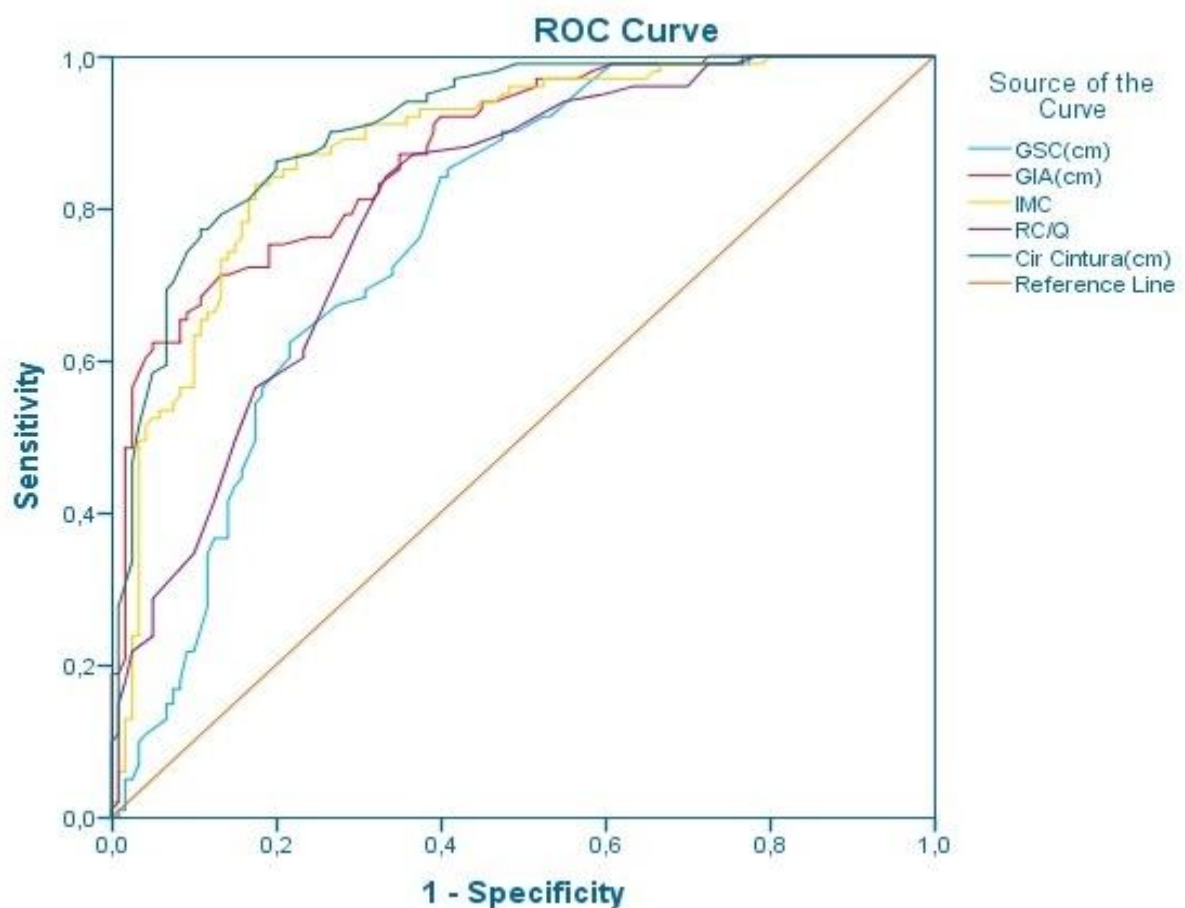


Figura 1. Curva ROC com as variáveis independentes e a presença de esteatose hepática não alcoólica.



Artigo

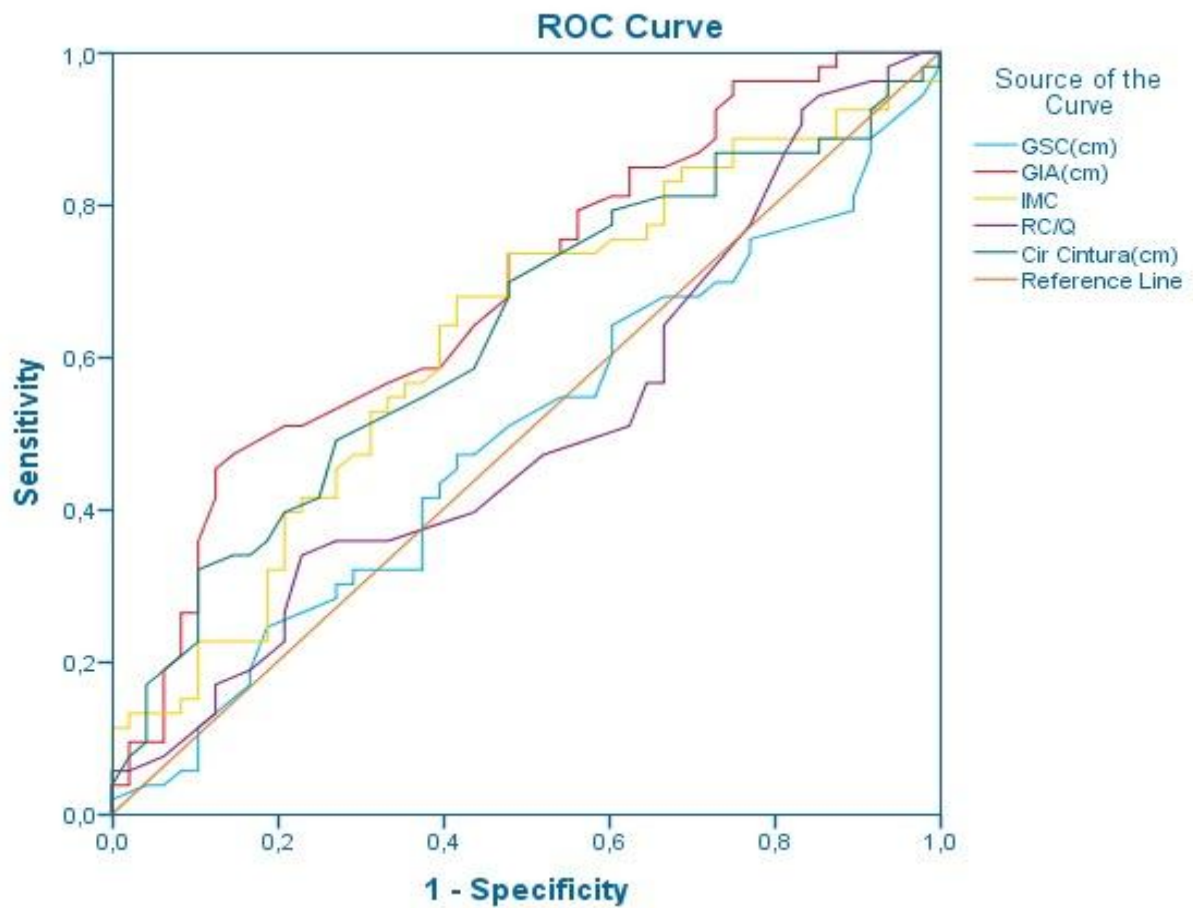


Figura 2. Curva ROC com as variáveis independentes e o grau da esteatose hepática.



Artigo

TABELA

Tabela 1. Área sob o gráfico da curva ROC das variáveis independentes analisadas em relação à presença de esteatose hepática não alcoólica.

Variável	Área	Nível significância	Intervalo de confiança 95%	
			Limite inferior	Limite superior
GSC	0,772	0,000	0,710	0,833
GIA	0,877	0,000	0,833	0,921
IMC	0,880	0,000	0,835	0,926
q CC/CQ	0,801	0,000	0,744	0,858
CC	0,910	0,000	0,872	0,947



Artigo

EFFECTS OF WALKING ON QUALITY OF LIFE DURING
CHEMOTHERAPY FOR BREAST CANCER

EFEITOS DA CAMINHADA NA QUALIDADE DE VIDA DURANTE A
QUIMIOTERAPIA NO CÂNCER DE MAMA

Rebeca Garcia Rosa Ferreira¹
Laura Ferreira de Rezende²

ABSTRACT - Breast cancer is a systemic disease and a public health issue. Despite its effectiveness, chemotherapy is responsible for undesirable side-effects. To attenuate these effects, regular walking has been recommended during chemotherapy to promote patient well-being. **Objective:** To evaluate the effects of walking on myelosuppression, muscle fatigue and quality of life in women undergoing chemotherapy for postoperative treatment of breast cancer. **Method:** An experimental, prospective, longitudinal, randomized clinical trial was conducted with women undergoing adjuvant oncologic treatment in the chemotherapy cycle of the protocol for the use of antineoplastic drugs Doxorubicin and Cyclophosphamide. In the intervention group, the patients exercised for 30 minutes, walking continuously during 21 consecutive days. In the control group, women did not exercise (walk). All responded to the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B) Quality of Life questionnaire and the Piper Fatigue Scale before and after the 21 days. CBC was also tested in these women. **Results:** Quality of life was perceived as significantly higher in the intervention group. In the control group, a significant worsening of muscle fatigue was observed. A higher level of monocytes was detected in the intervention group in the intergroup evaluation, as well as basophils in the intragroup evaluation. **Conclusion:** Walking avoided worsening of muscle fatigue and

¹ Physical therapist and teacher in the courses of Physical Therapy and Medicine. Master's Degree in Sustainable Development and Quality of Life at UNIFAE-SP. Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino (UNIFAE). São João da Boa Vista(SP), Brasil. E-mail: rebeca@fae.br.

² Physical therapist and teacher in the courses of Physical Therapy and Medicine, and postgraduate program in Sustainable Development and Quality of Life. Postdoctoral degree by the Department of Obstetrics, Gynecology and Breast Disorders at the *Universidade Estadual Paulista* (UNESP). *Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino* (UNIFAE). São José da Boa Vista (SP), Brasil. E-mail: laura@fae.br.



Artigo

decreased levels of monocytes/basophils, improving quality of life in breast cancer patients, during chemotherapy.

Keywords: Walking; Breast Cancer; Muscle Fatigue; Myelosuppression; Quality of Life.

RESUMO - O câncer de mama é uma doença sistêmica e questão de saúde pública. O tratamento quimioterápico, embora eficaz, é responsável por indesejáveis efeitos colaterais. Como forma de amenizá-los, sugere-se a prática regular da caminhada, durante a quimioterapia, a fim de promover o bem-estar da paciente. **Objetivo:** Avaliar os efeitos da caminhada na melancolia, fadiga muscular e qualidade de vida de mulheres submetidas à quimioterapia no pós-operatório de câncer de mama. **Método:** No grupo de intervenção, as pacientes realizaram caminhada por 21 dias consecutivos, durante 30 minutos contínuos. No grupo controle, elas não realizaram a caminhada. Todas responderam ao questionário de Qualidade de Vida de Avaliação Funcional de Câncer de Mama FACT-B e a escala *Piper* de Fadiga Muscular antes e após os 21 dias. Analisou-se também o hemograma dessas mulheres. **Resultados:** A percepção da qualidade de vida foi significativamente maior no grupo de intervenção. No grupo controle, observou-se uma piora relevante da fadiga muscular. Detectou-se maior valor de monócitos no grupo de intervenção na avaliação intergrupo, assim como de basófilos na avaliação intragrupo. **Conclusão:** A realização da caminhada evitou a piora dos níveis de fadiga muscular e a queda de monócitos/basófilos, e melhorou a qualidade de vida em pacientes com câncer de mama, durante tratamento quimioterápico.

Palavras-chave: Caminhada; Câncer de Mama; Fadiga Muscular; Melancolia; Qualidade de Vida.

INTRODUCTION

In 2016, 57,960 new cases of breast cancer were estimated. As early as 2018, it is expected to be 59,700, resulting in an incidence of 56.3 cases per 100,000 women (INCA, 2018). Furthermore, according to data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics, it has been estimated that in the near future (2020), around 78 million Brazilian females will be over 20 years of age. Of these women, more than 28 million will be at risk for breast cancer. It means that 13% of the total population of the country will be



Artigo

composed of women older than 50 years of age. An increased awareness of the diagnosis of breast cancer is required, in addition to the procedures used in all stages of treatment (IBGE, 2008).

Chemotherapy is a form of treatment employed to combat breast cancer. Despite a satisfactory increase in efficacy, combined with attenuation of damage, the major side-effect of chemotherapy is still myelosuppression, i. e. suppression of blood cell production by the bone marrow. A decrease in bone marrow activity at different levels, increases the risks of septic shock, infections, anemia, hemorrhage and, in extreme cases, death. In general, death occurs as a result of infections caused by neutropenia (EDWARDS, 2003; schwenkglens, 2006). Another major side-effect is fatigue. The recurrence rate varies widely and 40 to 100% of patients undergoing chemotherapy experience fatigue (IRVINE, 1994; RICHARDSON, 1998). Symptoms of fatigue include reduced functional capacity and inability to interact with family and friends (CIMPRICH; SKALA, 1992). As a result, many patients suffering from myelosuppression and fatigue caused by the side effects of chemotherapy, decrease their physical activity, resulting in increased immobility, physical inability and muscle fatigue. There is also a higher probability of compromised immune system and susceptibility to infections, which taken together lead to hospitalizations. In more severe cases, death occurs, as already mentioned.

Therefore, the purpose of this research study was to analyze the effects of walking on myelosuppression and muscle fatigue during adjuvant chemotherapy for breast cancer, as well as the rate of performance of this type of exercise to enhance quality of life and general well-being in women undergoing treatment.

METHODS

This is a randomized controlled clinical trial using a quantitative approach. Research was conducted in the chemotherapy unit of the Radium Institute of São João da Boa Vista, from March to October 2015.

Inclusion criteria were: women undergoing adjuvant chemotherapy; patients undergoing the second, third or fourth cycle of chemotherapy; and those undergoing a cycle of doxorubicin and cyclophosphamide. Exclusion criteria were: patients managed with radiotherapy or hormone therapy; those managed with a cycle of paclitaxel or FEC (fluorouracil, epirubicin and cyclophosphamide); women with a high-risk cardiac condition diagnosed by echocardiogram; those older than 75 years of age; those incapable



Artigo

of responding to questionnaires; patients with distant metastasis; and those unable to walk.

Thirty-six (36) women receiving adjuvant oncologic treatment were evaluated. All were undergoing the second, third, or fourth cycle of a chemotherapy protocol that used doxorubicin and cyclophosphamide as antineoplastic agents. Patients were divided into two groups. In one group, 18 women engaged in a walking program of low intensity on level ground, during 21 consecutive days, for 30 minutes a day, continuously. In the other group (control), the remaining 18 patients did not exercise (walk) after the proposed intervention. All responded to the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B) quality of life instrument and Piper Fatigue Scale before and after 21 days. The CBC of these women was also analyzed.

The study was conducted after approval by the Research Ethics Committee, according to CAEE report nº 37420114.1.0000.5382. All women participating in the research study signed a free, written and informed consent term.

Data were analyzed by the mean, standard deviation and minimum/maximum median. Parametric statistical tests were used. The main instrument of data analysis was the ANOVA technique for a comparison between means by using the variance. Student's t-test was used to assess the difference between groups and also test whether they were equal, normal and independent. The level of significance was 0.05 (5%), constructed with 95% statistical confidence. The sample was calculated with a 95% confidence interval and a sampling error of 20%. Software used for analysis were SPSS V17, Minitab 16 and Excel Office 2010.

RESULTS

In the sample studied, age and body mass index (BMI) showed no difference between groups. The mean age of the patients was 58.2 years, with a standard deviation of 7.8. Regarding BMI, the mean was 27.9 with a standard deviation of 5.8. Of the 21 days of exercise proposed, patients walked for a mean of 16 days (76%). In the control group, levels of fatigue worsened significantly (Figure 1), shown in behavioral domains ($p=0.008$) and fatigue/behavioral level ($p=0.008$).

The use of analgesics did not vary between groups ($p=0.735$), and 38.9% of women used analgesics, at a mean dose of 18.6 tablets/cycle, in the control group; while in the experimental group, 44.4% used analgesics at a mean dose of 14.4 tablets/cycle (p -value=0.290).



Artigo

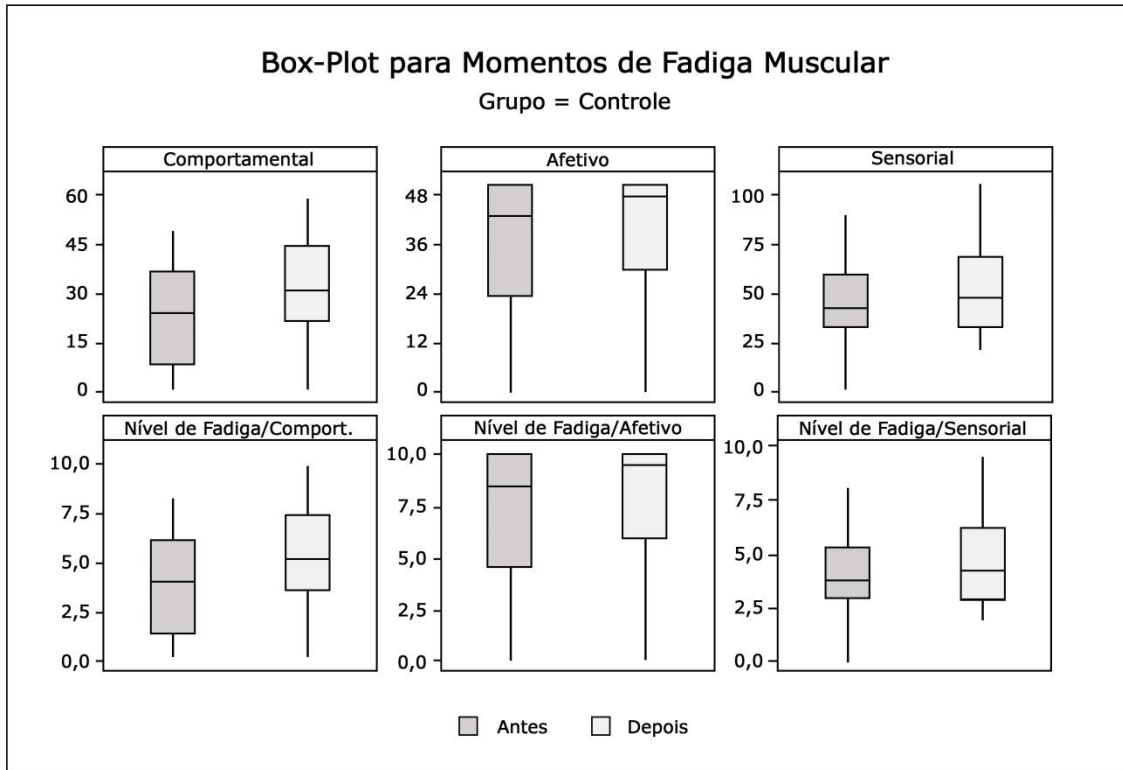
In the experimental group, a better general quality of life was observed (total FACT-B). The FACT B consists of the following domains: physical, social, emotional, functional well-being plus the breast cancer sub-scale. There was no significant difference in the domains alone. However, the total sum of rates per group, obtained at the end of the intervention or control (Figure 2), expressed that general quality of life scored higher in the experimental group ($p=0.042$).

Infectious complications or hospital admissions did not occur in any of the groups. All women underwent the next cycle of chemotherapy at an interval of 21 days. None required antibiotic therapy. Complete blood count was evaluated in women from the beginning to the end of intervention. A significant increase in monocytes occurred in the experimental group, measured after walking, with a mean of 455.2, in comparison to the control group. In contrast, it was detected that controls had decreased numbers of monocytes, with a mean of 211.6 ($p=0.004$). Regarding basophil count, it was observed that the control group had a reduced number of basophils, with the mean value ranging from 5.65 to 5.17 between the initial and final period of the experiment, with a p -value <0.001 in the intragroup evaluation (Table 1). There was a significant difference in the remaining blood elements measured.



Artigo

Figure 1: Comparative of muscle fatigue dimensions



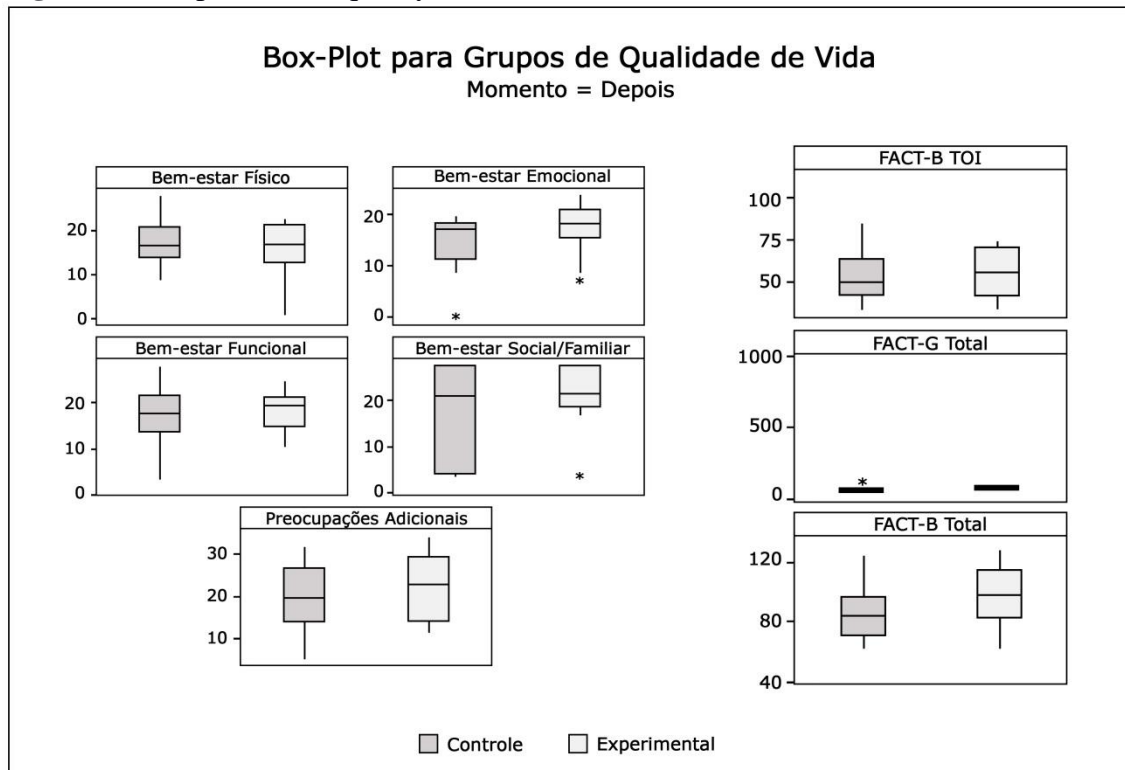
Fonte: elaboração própria

Box-plot for time points of muscle fatigue; Group=Control; Behavioral—Level of fatigue/Behavioral; Affective—Level of fatigue/Affective; Sensorial-Level of fatigue/Sensorial.



Artigo

Figure 2: Comparative of quality of life domain



Fonte: elaboração própria

Box-plot for quality of life groups; Time period=after; Physical well-being, functional well-being, emotional well-being, social/family well-being, additional concerns; Control; Experimental.



Artigo

Table 1: Intragroup comparison between monocytes and basophils

CBC			Mean	Median	Standard Deviation	CV	Min	Max	N	CI	P-value
Monocytes	Experimental	Before	365.2	314	227.9	62%	61	968	18	105.3	0.563
		After	455.2	452.5	235.8	52%	68	1001	18	108.9	
	Control	Before	232.2	109	242	104%	12	798	17	115	0.672
		After	211.6	121.5	234.3	111%	4.1	769	18	108.2	
Basophil	Experimental	Before	8.83	0	31.39	355%	0	132	18	14.5	0.722
		After	5.33	0	20.27	380%	0	86	18	9.36	
	Control	Before	5.65	0	12.45	220%	0	37	17	5.92	<0.001
		After	5.17	0	12.41	240%	0	37	18	5.73	

Fonte: elaboração própria

CV=coefficient of variation; Min= minimum value found in the sample; Max= maximum value found in the sample; N= number studied; CI= confidence interval; p-value= result of each comparison.

DISCUSSION

Quality of life was perceived as significantly higher in the experimental group. Despite undergoing one more cycle of chemotherapy, women in the experimental group did not experience worse muscle fatigue. In contrast, in the control group, muscle fatigue worsened significantly, indicated by the behavioral domains and levels of fatigue. An increased number of monocytes was observed in the intervention group in the intergroup evaluation, as well as basophils in the intragroup evaluation, suggesting that the level of these defense elements did not decrease in intervention group patients, in contrast to controls.

This study showed relevant results, since muscle fatigue may exert a negative impact on a patient's QOL. Walking is a viable option for keeping complaints under control. Exercise of prolonged duration and low intensity can increase the number of



Artigo

mitochondria and vascularity of the muscles, and reduce the level of muscle fatigue (GROSSER, 2000).

Another study of breast cancer patients undergoing chemotherapy, detected that women who performed physical activity of moderate intensity for 15 to 30 minutes a day, four times a week, during eight weeks, suffered from less severe fatigue. In addition, levels of fatigue diminished at each chemotherapy cycle, when compared to women who did not exercise (SCHWARTZ, 2000).

Similarly, assessment of the levels of fatigue and quality of life in 52 women (MOCK, 2001) in a home walking program, confirmed that those engaged in at least 90 minutes of physical activity a week, during three or more days a week, reported feeling less fatigue and a better quality of life than women who exercised a shorter amount of time. Another study also aimed at investigating the effects of exercise on levels of fatigue during breast cancer treatment, assessed 119 women who participated in a home walking program. It was observed that participants in the exercise program had reduced levels of muscle fatigue during treatment ($p=0.03$). This result was similar to findings in the current study. The group of women who walked did not perceive a worse muscle fatigue, despite undergoing one more cycle of chemotherapy, and reported an improved quality of life (MOCK, 2004).

The mechanisms that modulate the immune response to exercise may be stimulated by hormone groups, with the release of catecholamines and cortisol, or by metabolic and mechanical groups that involve glutamine (CURI, 1999). The results obtained in this study reinforce the observation that walking may modulate the immune response, since the numbers of monocytes in the intervention group (intergroup assessment) and basophils (intragroup assessment) did not worsen significantly.

The number of white blood cells increased during high-intensity exercise. Thirty minutes after the end of physical activity, a fall in leukocyte value was observed due to the secretion of catecholamines and cortisol, increasing the density of β_2 -adrenergic receptors. In this study, results corroborated findings of those authors. Both groups of women did not show any increase in the number of leukocytes, probably due to the form of exercise done. Walking is considered a low-intensity activity (KHAN, 1986; MAISEL, 1990).

Lymphocytes also increase according to the intensity and duration of exercise. exercise (BROADBENT, 2006). Therefore, high-intensity exercise of long duration induces an immediate increase in the number of lymphocytes, which disappears shortly after. Those findings support the results of this study, in which lymphocyte count did not



Artigo

increase in the intervention group, most likely due to the low intensity and short duration of exercise (SANTOS, 2007).

Walking is considered an exercise of low to moderate intensity. It is associated with fewer episodes of infection, due to improved neutrophil and monocyte function. The results of this study strengthen this physiological response to walking in women undergoing chemotherapy, shown by increased numbers of monocytes and basophils in the experimental group (NIEMAN, 1997).

This research, therefore, confirms scientific evidence that physical activity is highly beneficial to alleviate the side-effects produced by chemotherapy. Exercise improves well-being in patients undergoing breast cancer treatment. Walking should be emphasized, recommended and indicated in healthcare networks. This form of exercise is efficient, accessible and free of charge. It improves quality of life and is completely feasible for the majority of patients.

CONCLUSION

Walking has positive effects on the health of women undergoing adjuvant chemotherapy for breast cancer treatment. In this research, it was observed that physical activity helped decrease muscle fatigue and improved quality of life. Furthermore, it also resulted in improved immune function. Therefore, walking is recommended to reduce the side-effects of chemotherapy and promote patient well-being.

REFERENCES

BROADBENT S, GASS G. Effects of endurance training on intracellular calcium concentration in T lymphocytes. **Eur J Appl Physiol** 698 (3): 242-249, 2006.

CIMPRICH B. Attentional fatigue following breast cancer surgery. **Nursing and Health Res**; 15: 199-207, 1992.

CURI R, P NEWSHOLME, PITHON-CURI TC, PIRES-DE-MELO M, GARCIA C, MAN OF BITTENCOURT JR. IP, ARP GUIMARÃES. Metabolic fate of glutamine in lymphocytes, macrophages and neutrophils. **Braz J Med Biol Res** 32: 15 to 21, 1999.



Artigo

EDWARDS S. J. Prevention and treatment of adverse effects related to chemotherapy for recurrent ovarian cancer. **Seminars in Oncology Nursing**, Oxford; v. 19, p. 19-39, 2003.

GROSSER M, P BRUGGEMANN, ZINTL F. Alto rendimiento deportivo. Planificación y desarrollo. Barcelona: **Martínez Roca S.A**, 1989.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais. **IBGE**: Rio de Janeiro, 2008.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: **INCA**, 2018.

IRVINE D, VICENT L, GRAYDON JE, BUBELA N, THOMPSON L. The prevalence and correlates of fatigue in patients receiving treatment with chemotherapy and radiotherapy. **Cancer Nursing**; 17: 367-378, 1994.

KHAN MM, SAMSONI P, SILVERMAN ED. Beta-adrenergic receptors on human suppressant, helper, and cytolytic lymphocytes. **Biochem Pharmacol**; 35: 1137-42, 1986.

MAISEL AS, HARRIS T, REARDEN CA. b-adrenergic receptors in lymphocyte subsets after exercise: alterations in normal individuals and patients with congestive heart failure. **Circulation**, 82: 2003 – 2010, 1990.

MOCK V, FRANGAKIS C, DAVIDSON NE, ROPKA ME, M PICKETT, PONIATOWSKI B, STEWART KJ, CAMERON L, K ZAWACKI, PODEWILS LJ, COHEN G, MC CORKLE R. Exercise manages fatigue during treatment of breast cancer: a randomized controlled trial. **Psychooncol** 14: 464-477, 2004.

MOCK V, M PICKETT, ROPKA ME, IN LIN, KJ STEWART, RHODER VA, MCCLARKE R. Fatigue and quality of life: outcomes of exercise during cancer treatment. **Practice Cancer**; 9: 119-127, 2001.

NIEMAN, DC. Exercise immunology: practical applications. **Int J Sports Med**, 18: S91-100, 1997.



Artigo

RICHARDSON, REAM AND WILSON-BARNETT J. Fatigue in patients receiving chemotherapy: Patterns of changes. **Nursing Cancer** 21: 17-30, 1998.

SANTOS RV, CAPERUTO EC, COSTA ROSE LF. Effects of acute exhaustive physical exercise upon glutamine metabolism of lymphocytes from trained rats. **Life Sci** 80 (96): 573-578, 2007.

SCHWARTZ AL. Daily fatigue patterns and effect of exercise in women with breast cancer. **Cancer Practice**, 8 (1): 16-24, 2000.

SCHWENKLENKS M. et al. Neutropenic event risk and impaired chemotherapy delivery in six European audits of breast cancer treatment. **Supportive Care in Cancer**, Berlin; v. 14, p. 901-909, 2006.

SKALA KA, LACASSE C. Patient education is fatigue. **Oncol were Nursing**; 19: 1537-1539, 1992.



Artigo

NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE (NAFLD): RISK FACTORS AND SEVERITY

DOENÇA HEPÁTICA GORDUROSA NÃO ALCOÓLICA: CHANCES E RISCOS DE GRAVIDADE.

Josilda Ferreira Cruz¹

Demetrius Silva de Santana²

Allan Victor Hora Mota³

Yasmim Anayr Costa Ferrari⁴

Carla Perez Machado⁵

Sonia Oliveira Lima⁶

ABSTRACT - Objective: To evaluate the relationship between sociodemographic, biochemical and anthropometric variables and the risk factors and severity of NAFLD in patients who underwent abdominal ultrasonography at reference centers in Aracaju, Sergipe, Northeast of Brazil. **Materials and Methods:** This is a descriptive study based on an analytical and quantitative approach. It was conducted through the use of abdominal ultrasonography with a convex, dynamic 3.75 MHz transducer. Hepatic steatosis was diagnosed and classified in degrees. In patients with NAFLD, sociodemographic, biochemical and anthropometric factors were analyzed. SPSS® 22.0 software was used for statistical analysis and $p < 0.05$ was adopted as the significance level. **Results:** A total of 800 individuals were evaluated and the steatosis prevalence was found to be 29.1% (233 patients). In relation to steatosis classification, 119 had grade 1 (51.0%); 94 were grade 2 (40.4%); and 20, grade 3 (8.6%). There was statistical significance with weight, waist measurement, hip measurement, AST, ALT, GGT, Blood Glucose, triglycerides,

¹ Doctor, MSc in Health and Environment, Doctor Student in Health and Environment, Department of Medicine, Tiradentes University, Aracaju, SE, Brazil. E-mail: josildaacruz@gmail.com.

² Doctor, Department of Medicine, Federal University of Sergipe, Aracaju, SE, Brazil.

³ Medicine Student, Department of Medicine, Tiradentes University, Aracaju, SE, Brazil.

⁴ Nurse, MSc student in Health and Environment, Tiradentes University, Aracaju, SE, Brazil.

⁵ Doctor, Santa Casa de Misericórdia of Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brazil.

⁶ Doctor, MSc and Dra. of Medicine, Department of Medicine, Tiradentes University. Av. Murilo Dantas, 300 - Farolândia, Aracaju – Sergipe – Brazil, 49032-490.



Artigo

insulin, HOMA-IR and the NAFLD degrees. Elevated levels of triglycerides and low levels of LDL in patients with NAFLD increase the risks of finding the disease in advanced grades (2 and 3). **Conclusion:** The results suggest that elevated levels of triglycerides and low levels of LDL in patients with NAFLD is associated with elevated grades of steatosis on US. These metabolic variables may contribute to the selection of patients who would benefit from the investigation of steatosis or steatohepatitis through more invasive methods.

Keywords: Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD); Triglycerides; Low density lipoprotein (LDL); Steatosis. Ultrasonography.

RESUMO - Objetivos: Avaliar a relação das variáveis sociodemográficas, bioquímicas e antropométricas com o risco de gravidade da esteatose hepática não alcoólica (DHGNA) em pacientes submetidos à ultrassonografia abdominal em serviços de referência em Aracaju, Sergipe, Nordeste do Brasil. **Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo, com abordagem analítica e quantitativa, realizado através de ultrassonografia abdominal com transdutor convexo, dinâmico e com 3,75 MHz. Os pacientes foram diagnosticados e classificados conforme os graus (1, 2 ou 3) de esteatose hepática. Após isso, nos pacientes diagnosticados foram analisados fatores sociodemográficos, bioquímicos e antropométricos. Foi considerado nível de significância $p < 0,05$ e utilizado o programa estatístico SPSS® 22.0. **Resultados:** Foram avaliados 800 indivíduos, desses 233 (29,1%) foram diagnosticados com DHGNA. Quanto ao grau classificação, 119 tinham grau 1 (51,0%), 94 grau 2 (40,4%) e 20 grau 3 (8,6%). Após análise, pôde-se perceber associação estatisticamente significativa entre peso, circunferência da cintura, circunferência do quadril, LDL, triglicérides e os graus de DHGNA. **Conclusão:** Pôde-se demonstrar, após uma regressão logística, que um aumento dos triglicérides e uma diminuição do LDL em pacientes com esteatose hepática elevam as chances, e consequentemente o risco, de se encontrar graus mais avançados da doença, podendo sugerir que essas variáveis metabólicas contribuam para seleção de pacientes que necessitem realização de investigação diagnóstica através de métodos invasivos como a biópsia hepática.

Palavras-chave: Esteatose hepática não alcoólica (DHGNA); Triglicérides; Lipoproteína de baixa intensidade(LDL); Esteatose; Ultrassonografia.



Artigo

INTRODUCTION

Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) comprises a spectrum of pathologies that range from simple steatosis to steatohepatitis with or without fibrosis to cirrhosis. This disease is defined as an accumulation of lipids in hepatocytes that exceeds 5% of the total liver weight, in the absence of viral hepatitis, alcohol consumption and metabolic disease (LANKARANI et al., 2013; ZAMORA-ALVIZO et al., 2013). Several classes of lipids can accumulate in the liver; however, triglycerides are the most commonly identified in fatty infiltration (COTRIM et al., 2016).

NAFLD is one of this century's pandemics, with an estimated prevalence of approximately one billion worldwide (LOOMBA; SANYALA, 2013; BIRERDINC; YOUNOSSI, 2015). It is the most common reason for referral to hepatology services and the most common form of chronic liver disease. Similar to a true public health problem, its occurrence is due to changes in lifestyle, alimentation, and sedentariness (HYOGO; CHAYAMA; YAMAGISHI, 2014).

Simple steatosis is the most benign state of the NAFLD spectrum. Steatohepatitis is an aggressive form of steatosis with the ability to evolve into cirrhosis and hepatocellular carcinoma, secondary to parenchymal inflammation and fibrosis (MACHADO; CORTEZ-PINTO, 2014). Obesity, sedentariness, improper eating habits and genetic factors are involved in the etiology of disease, although the causes are indeterminate (PANG et al., 2015). NAFLD is intimately linked to diabetes mellitus, dyslipidemia, and metabolic syndrome, and NAFLD is associated with high homeostasis model Assessment (HOMA) values (CAVALCANTE et al., 2015; LI et al., 2015).

It is estimated by ultrasonography that the NAFLD prevalence in the general population ranges from 20 to 40% (WILLIAMS et al., 2011). According to some studies, individuals who with combined diabetes, obesity, dyslipidemia and metabolic syndromes show steatosis rates that range from 57.5 to 74% (SCHILD; SANTOS; ALVES, 2013). The NAFLD prevalence, measured by serum levels of aspartate aminotransferase (AST) and alanine aminotransferase (ALT), is lower, varying between 7 and 11% (DYSON; ANSTEE; MCPHERSON, 2014). Hepatic biopsy, despite being expensive and invasive with a risk of bleeding to the patient, is the gold standard in diagnosis (FIERBINTEANU-BRATICEVICI et al., 2010).

Due to the difficulties and risks inherent in liver biopsy, ultrasonography is gaining acceptance as a noninvasive, low-cost alternative. It provides 83 to 94% sensitivity and 84 to 100% specificity in the detection of fatty liver infiltration in non-obese patients, depending on the degree of severity (ALMEIDA et al., 2008).



Artigo

The pathophysiology of NAFLD results from an imbalance between hepatic fatty acid uptake, lipogenesis, beta oxidation and transport via VLDL particles. Several studies have shown the importance of adipose tissue lipolysis in the development of hepatic steatosis (KAWANO; COHEN, 2013).

The objective of this research is to evaluate the relationship between sociodemographic variables (age, education level, income, sedentariness, smoking status and civil status), biochemical variables (aspartate aminotransferase (AST), Alanine Aminotransferase (ALT), Gamma-Glutamyltransferase (GGT), blood glucose, total cholesterol, low density lipoprotein (LDL), high-density lipoprotein (HDL), triglycerides, insulin and Homeostasis Model Assessment (HOMA) and anthropometric variables (weight, height, body mass index, waist circumference, hip circumference, waist to hip ratio, and fat percentage) and the risk factors and severity of Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) in patients who underwent abdominal ultrasonography at reference centers in Aracaju, Sergipe, Northeast of Brazil.

MATERIALS AND METHODS

This is a descriptive study with an analytical and quantitative approach. The data were collected in four clinics in the city of Aracaju, SE, Brazil, from July 2013 to July 2014, with approval of the Committee for Ethics in Research of Tiradentes University (under No. 010513R). Abdominal US scans were performed with a convex, 3.75 MHz dynamic transducer (with continuous and automatic imaging), and each device used in the study was similar in terms of technology and image quality. A total of 800 subjects were assessed by the same physician.

The present study included both male and female patients aged between 18 and 60 years whose alcohol consumption was < 40 g/day. The following exclusion criteria were adopted: patients with hepatocarcinoma, other malignant tumors, cirrhosis, previous hepatopathies or cognitive deficiency.

Patients were prepared appropriately for the examination by fasting for six hours and taking an antifatulence agent, and an informed consent has been obtained, according to consent form attached to paper. During the US, evaluation of the parenchymal texture allowed NAFLD to be classified within grades, as follows: 0 – normal echogenicity; 1 – mild steatosis, with visualization of fine echoes from the liver parenchyma, normal visualization of the diaphragm and intrahepatic vessels; 2 – moderate steatosis, with diffuse increase in fine echoes, impaired visualization of intrahepatic vessels and



Artigo

diaphragm; and 3 – severe steatosis, with significant increase in fine echoes, with impaired or absent visualization of intrahepatic vessels (SAADEH et al., 2002).

The groups defined by the degree of NAFLD present on ultrasonography were compared to the following variables: age, education level, income, sedentariness, smoking status, civil status, weight, height, body mass index, waist circumference, hip circumference, waist to hip ratio, fat percentage, AST, ALT, GGT, blood glucose, total cholesterol, LDL, HDL, triglycerides, insulin and HOMA-IR.

Numerical variables were observed for the distribution of normality using the Shapiro-Wilk test. As a normality was not met, these data were known by the median and its quartiles. The categorical variables were presented by means of absolute and relative frequency. Median values and contingency tables were analyzed with Kruskal-Wallis and Pearson's chi-squared tests, respectively.

Two groups were created for the logistic regression. One group of patients with grade 1 hepatic steatosis were compared to a second group of patients with grade 2 or 3 hepatic steatosis. The logistic regression was performed stepwise forward. IBM SPSS Statistics for Windows version 22.0 (Armonk, New York, Unites States) was used for statistical analysis, adopting $p < 0.05$ as the significance level.

RESULTS

A total of 800 individuals (561 women and 239 men) were evaluated. Of these, 233 (29.1%) patients were diagnosed with NAFLD. In regard to grades, 119 patients had grade 1 NAFLD (51.0%), 94 presented with grade 2 (40.4%) and 20 presented with grade 3 (8.6%).

The group was subdivided into grade 1, grade 2 and grade 3 based on the ultrasonography classification criteria of fatty hepatic infiltration. In relation to numerical sociodemographic and anthropometric variables, weight, waist measurement, hip measurement showed significant statistical association with the degree of NAFLD. These results are demonstrated in table 1.



Artigo

Table 1. Sociodemographic and anthropometric numeric variables.

	Steatosis degree	Percentiles			N	P
		25	50	75		
Weight	Grade 1	65.85	76.00	88.60	65	0,026
	Grade 2	69.28	80.90	91.53	54	
	Grade 3	78.28	101.70	123.03	8	
WC	Grade 1	90.00	99.00	104.00	63	0,006
	Grade 2	93.75	100.40	109.00	50	
	Grade 3	103.25	112.00	127.65	8	
HC	Grade 1	97.35	102.55	108.25	54	0,023
	Grade 2	98.78	104.00	114.90	44	
	Grade 3	103.53	120.90	127.25	6	

P: Level of significance, WC: Waist Circumference; HC: Hip Circumference.

The numerical biochemical variables and insulin resistance that were verified to have a significant statistical association with the degree of fatty liver among AST, ALT, GGT, blood glucose, triglycerides, insulin and HOMA-IR are shown in table 2.



Artigo

Table 2. Biochemical and insulin resistance numeric variables.

	Steatosis grade	Percent			N	P
		25	50	75		
AST	Grade 1	16.00	19.00	23.00	68	<0,001
	Grade 2	18.00	23.00	31.25	58	
	Grade 3	24.00	28.00	40.00	9	
ALT	Grade 1	17.00	24.00	28.50	69	0,001
	Grade 2	20.75	29.50	44.00	58	
	Grade 3	28.50	45.00	73.00	9	
GGT	Grade 1	21.50	34.00	55.50	65	0,034
	Grade 2	28.50	39.50	62.00	56	
	Grade 3	45.25	57.00	80.25	6	
Blood Glucose	Grade 1	83.00	90.50	99.75	68	<0,001
	Grade 2	89.00	96.00	108.00	55	
	Grade 3	100.50	114.00	143.00	9	
Triglycerides	Grade 1	101.00	128.00	168.00	71	0,001
	Grade 2	112.50	176.00	230.00	61	
	Grade 3	136.00	258.00	376.00	9	
Insulin	Grade 1	7.90	9.95	14.38	40	0,004
	Grade 2	9.73	11.55	17.78	36	
	Grade 3	14.10	27.20	53.10	6	
HOMA-IR	Grade 1	1.91	2.27	3.53	37	0,007
	Grade 2	2.05	2.63	5.23	35	
	Grade 3	4.20	6.98	27.20	5	

P: Level of significance, AST: Aspartate aminotransferase, ALT: Alanine aminotransferase, GGT: Gama-Glutamyltransferase, HOMA-IR: Homeostatic model assessment.

The categorical variables that showed a significant statistical association with liver steatosis were sex and income. This is demonstrated in table 3.



Artigo

Table 3. Categorical variables.

Variables		Classification Grades			P
		Grade 1	Grade 2	Grade 3	
Sex	Female	87	57	9	0.021
	Male	32	37	11	
Income	Up to 1.5 wages	54	52	4	0.006
	1,5 to 4,5 wages	56	29	14	
	More than 4.5 wages	7	12	2	

P: Level of significance.

Table 4 displays the final model generated for regression, relating isolated modifications in each variable to an increased chance of finding more advanced degrees of disease.

Table 4. Logistic regression.

Variables	B	E. P.	P	Exp (B)
LDL	-0.011	0.006	0.053	0.989
Triglycerides	0.012	0.003	<0,001	1.012
Constant	-0.415	0.833	0.618	0.660

n = 136

B: Parameter of the equation for each variable and the constant of the model generated, E. P.: Standard error (of B), Exp (B): OR, P: Level of significance, LDL: Low density lipoprotein.



Artigo

Based on the logistic regression table (table 4), it was possible to estimate the chance (\hat{O}) and probability or risk that a patient with hepatic steatosis has more advanced disease.

$$\hat{O} = e^{0,415 + 0,011 * LDL + 0,012 * triglicerideos}$$
$$\hat{P} = \frac{\hat{O}}{1 + \hat{O}}$$

DISCUSSION

Influenced by genetic, environmental and metabolic factors, NAFLD is among the most common chronic non-communicable diseases in the modern world (LANKARANI et al., 2013). Estimations of the prevalence of hepatic steatosis vary widely and depend largely on the method used to calculate its value. However, by ultrasonography, the prevalence of hepatic steatosis ranges from 20 to 40% in industrialized countries (WILLIAMS et al., 2011; LAZO et al., 2013). Asian countries have a lower prevalence ranging from 15 to 30%, as in Iran, where was found a prevalence of 21.5% (LANKARANI et al., 2013; WONG, 2013). In the present study, the prevalence found was 29.1% in agreement with the literature.

Excessive fat deposition in the liver may occur due to an increase in fatty acid (FA) supply of adipose tissue, an increase in the synthesis of the FAs, an increase in dietary fat, a decrease in beta-oxidation of FAs, decrease in the export of very low density lipoprotein particles (VLDL) or the combination of these factors. It is estimated that 60% of the accumulated triglycerides in the liver are derived from adipose tissue fatty acids, 30% are the result of lipogenesis and 10% of the diet (KAWANO; COHEN, 2013; RESS; KASER, 2016).

Under normal conditions, the liver does not serve as a fat deposit and the concentration of hepatic triglycerides is low. However, there is a considerable flow of triglycerides and FAs in and out of the liver in response to food and fasting. FAs are absorbed by the small intestine, transformed into triglycerides and stored in the liver. In the excess of carbohydrates, a new production of FAs in the liver occurs through the process of lipogenesis (KAWANO; COHEN, 2013; RESS; KASER, 2016).

Analysis of the logistic regression model for patients with NAFLD reveals that high triglycerides are a disease marker. Each additional point leads to an increase of 1.2%



Artigo

in the risk of finding the most advanced degrees of NAFLD. This is explained by the fact that triglyceride is the most prevalent class of lipid stored in the liver (FONTACER; ROZMAN, 2011).

VLDLs are formed when triglycerides are linked with apolipoprotein B100 (apoB 100) through the action of the microsomal triglyceride transfer protein (MTP). Fatty acid accumulation in the liver can lead to chronic stress of the endoplasmic reticulum of hepatocytes that results in increased degradation of ApoB100, decreasing the liver's ability to export triglycerides in the form of VLDL and potentially worsening steatosis (COREY; COHEN, 2015).

The present study evidences this fact, since in patients with NAFLD, it was also possible to observe that each additional point of LDL leads to a decrease of 1.1% in the chance of finding more severe forms of the disease. A portion of liver-excreted VLDLs, rich in triglycerides, gives rise to IDLs, which are rapidly removed from the plasma and further continuation of the catabolic process results in LDLs formation. In cases of more severe hepatic steatosis with evident insulin resistance, in addition to the decrease in the export of VLDL, the lipoprotein lipase that is activated by insulin has little effect on the VLDL particles, resulting in decreased fatty acid release, reduced LDL levels and hypertriglyceridemia (NOVAKOVIĆ et al., 2013; XAVIER et al., 2013). This is shown in figure 1.



Artigo

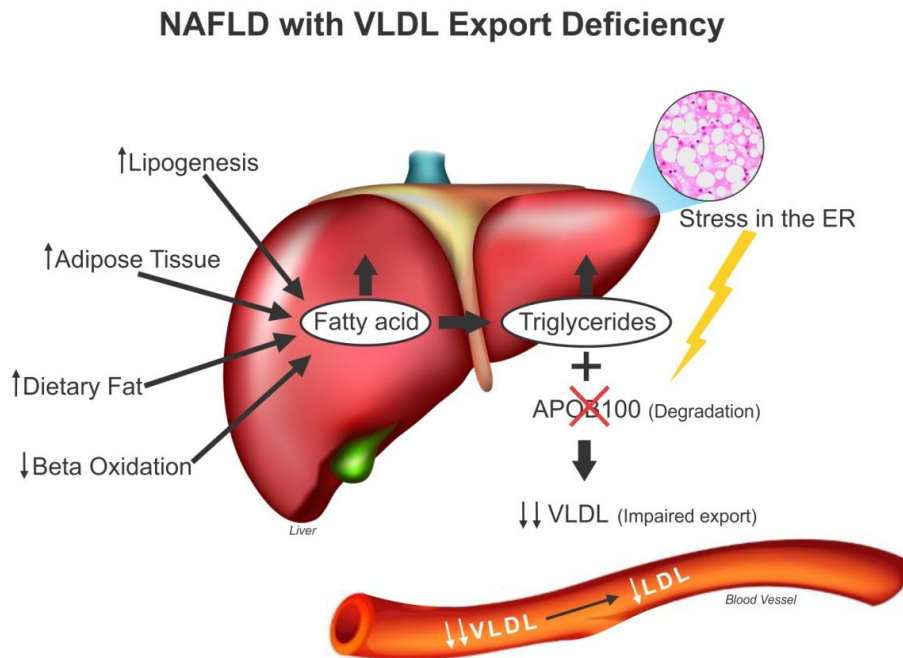


Figure 1. NAFLD with VLDL Export Deficiency.

Although there is a large association of patients with NAFLD and heart disease, patients with more advanced degrees of fatty liver disease presented lower levels of LDL, the most atherogenic lipoprotein, in this study. An explanation for this is that there are additional factors for the development of atherogenic disease, such as high levels of triglycerides and low levels of HDL-C. This result shows the need for additional studies to prove if in the case of NAFLD with VLDL export deficiency, the profile of systemic lipoproteins favors a good cardiac prognosis (MIKOLASEVIC et al., 2016).

CONCLUSIONS

This study of ultrasound diagnosis in different degrees of hepatic steatosis presents a method that is noninvasive, faster, inexpensive and easily accessible. By associating this method with biochemical, anthropometric and sociodemographic



Artigo

measures by logistic regression, it was possible to demonstrate that the elevation of serum triglycerides and decrement of serum LDL in patients with fatty liver increase the risk of finding disease in advanced grades. This may suggest selection criteria for patients in need of diagnostic investigation requiring more invasive methods, such as hepatic biopsy.

REFERENCES

ALMEIDA, A. M. et al. Fatty liver disease in severe obese patients: Diagnostic value of abdominal ultrasound. **World Journal of Gastroenterology**, v. 14, n. 9, 1415-1418, 2008.

BIRERDINC, A.; YOUNOSSI, Z. Can NASH lipidome provide insight into the pathogenesis of obesity-related non-alcoholic fatty liver disease? **Journal of Hepatology**, v. 62, n. 4, p. 761-762, 2015.

CAVALCANTE, L. N. et al. Genetic ancestry analysis in non-alcoholic fatty liver disease patients from Brazil and Portugal. **World Journal of Hepatology**, v. 7, n. 10, p. 1433-1438, 2015.

COREY, K. E.; COHEN, D. E. Lipid and lipoprotein metabolism in liver disease. In: GROOT, L. J. et al. Endotext. South Dartmouth: MDText.com, 2015.

COTRIM, H. P. et al. Nonalcoholic fatty liver disease Brazilian society of hepatology consensus. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 118-122, 2016.

DYSON, J. K.; ANSTEE, Q. M.; MCPHERSON, S. Non-alcoholic fatty liver disease: a practical approach to diagnosis and staging. **Frontline Gastroenterology**, v. 5, n. 3, p. 211, 218, 2014.

FIERBINTEANU-BRATICEVICI, C. et al. Noninvasive investigations for non alcoholic fatty liver disease and liver fibrosis. **World Journal of Gastroenterology**, v. 16, n. 38, p. 4784-4791, 2010.

FONTACER, K.; ROZMAN, D. Nonalcoholic fatty liver disease: focus on lipoprotein and lipid deregulation. **Journal of Lipids**, v. 2011, p. 1-14, 2011.



Artigo

HYOGO, H.; CHAYAMA, K.; YAMAGISHI, S. Nonalcoholic fatty liver disease and cardiovascular disease. **Current Pharmaceutical Design**, v. 20, n. 14, p. 2403-2411, 2014.

KAWANO, Y.; COHEN, D. E. Mechanisms of hepatic triglyceride accumulation in non-alcoholic fatty liver disease. **Journal of Gastroenterology**, v. 48, n. 4, p. 434-441, 2013.

LANKARANI, K. B. et al. Non alcoholic fatty liver disease in southern Iran: a population based study. **Hepatitis Monthly**, v. 13, n. 5, p. 1-7, 2013.

LAZO, M. et al. Prevalence of Nonalcoholic Fatty Liver Disease in the United States: The Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994. **American Journal of Epidemiology**, v. 178, n. 1, p. 38-45, 2013.

LI, W. et al. Comparison of effects of obesity and non-alcoholic fatty liver disease on incidence of type 2 diabetes mellitus. **World Journal of Gastroenterology**, v. 21, n. 32, p. 9607-9613, 2015.

LOOMBA, R.; SANYALA, J. The global NAFLD epidemic. **Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology**, v. 10, n. 11, p. 868-690, 2013.

MACHADO, M. V.; CORTEZ-PINTO, H. Non-alcoholic fatty liver disease: What the clinician needs to know. **World Journal of Gastroenterology**, v. 20, n. 36, p. 12956-12980, 2014.

MIKOLASEVIC, I. et al. Nonalcoholic fatty liver disease - A multisystem disease? **World Journal of Gastroenterology**, v. 22, n. 43, p. 9488-9505, 2016.

NOVAKOVIĆ, T. et al. Cardiovascular disease risk factors in patients with non-alcoholic fatty liver disease. **Medicinski Pregled**, v. 66, n. 1, p. 24-31, 2013.

PANG, Q. et al. Central obesity and nonalcoholic fatty liver disease risk after adjusting for body mass index. **World Journal of Gastroenterology**, v. 21, n. 5, p. 1650-1662, 2015.



Artigo

RESS, C.; KASER, S. Mechanisms of intrahepatic triglyceride accumulation. **World Journal of Gastroenterology**, v. 22, n. 4, p. 1664-1673, 2016.

SAADEH, S. et al. The utility of radiological imaging in nonalcoholic fatty liver disease. **Gastroenterology**, v. 123, n. 3, p. 745-750, 2002.

SCHILD, Z.; SANTOS, L. N.; ALVES, M. K. Doença hepática gordurosa não alcoólica e sua relação com síndrome metabólica no pré-operatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 2, p. 155-160, 2013.

WILLIAMS, C. D. et al. Prevalence of nonalcoholic fatty liver disease and nonalcoholic steatohepatitis among a largely middle-aged population utilizing ultrasound and liver biopsy: a prospective study. **Gastroenterology**, v. 140, n. 1, p. 124-131, 2011.

WONG, V. W. Nonalcoholic fatty liver disease in Asia: a story of growth. **Journal of Gastroenterology and Hepatology**, v. 28, n. 1, p. 18-23, 2013.

XAVIER, H. T. et al. V Diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 101, n. 4, p. 1-20, 2013.

ZAMORA-ALVIZO, E. L. et al. Prevalence of Non-alcoholic Steatohepatitis in Patients with Metabolic Syndrome. **Atención Familiar**, v. 20, n. 1, p. 16-20, 2013.



Artigo

Tables

Table 1. Sociodemographic and anthropometric numeric variables.

	Steatosis degree	Percentiles			N	P
		25	50	75		
Weight	Grade 1	65.85	76.00	88.60	65	0,026
	Grade 2	69.28	80.90	91.53	54	
	Grade 3	78.28	101.70	123.03	8	
WC	Grade 1	90.00	99.00	104.00	63	0,006
	Grade 2	93.75	100.40	109.00	50	
	Grade 3	103.25	112.00	127.65	8	
HC	Grade 1	97.35	102.55	108.25	54	0,023
	Grade 2	98.78	104.00	114.90	44	
	Grade 3	103.53	120.90	127.25	6	

P: Level of significance, WC: Waist Circumference; HC: Hip Circumference.



Artigo

Table 2. Biochemical and insulin resistance numeric variables.

	Steatosis grade	Percent			N	P
		25	50	75		
AST	Grade 1	16.00	19.00	23.00	68	<0,001
	Grade 2	18.00	23.00	31.25	58	
	Grade 3	24.00	28.00	40.00	9	
ALT	Grade 1	17.00	24.00	28.50	69	0,001
	Grade 2	20.75	29.50	44.00	58	
	Grade 3	28.50	45.00	73.00	9	
GGT	Grade 1	21.50	34.00	55.50	65	0,034
	Grade 2	28.50	39.50	62.00	56	
	Grade 3	45.25	57.00	80.25	6	
Blood Glucose	Grade 1	83.00	90.50	99.75	68	<0,001
	Grade 2	89.00	96.00	108.00	55	
	Grade 3	100.50	114.00	143.00	9	
Triglycerides	Grade 1	101.00	128.00	168.00	71	0,001
	Grade 2	112.50	176.00	230.00	61	
	Grade 3	136.00	258.00	376.00	9	
Insulin	Grade 1	7.90	9.95	14.38	40	0,004
	Grade 2	9.73	11.55	17.78	36	
	Grade 3	14.10	27.20	53.10	6	
HOMA-IR	Grade 1	1.91	2.27	3.53	37	0,007
	Grade 2	2.05	2.63	5.23	35	
	Grade 3	4.20	6.98	27.20	5	

P: Level of significance, AST: Aspartate aminotransferase, ALT: Alanine aminotransferase, GGT: Gama-Glutamyltransferase, HOMA-IR: Homeostatic model assessment.



Artigo

Table 3. Categorical variables.

Variables		Classification Grades			P
		Grade 1	Grade 2	Grade 3	
Sex	Female	87	57	9	0.021
	Male	32	37	11	
Income	Up to 1.5 wages	54	52	4	0.006
	1,5 to 4,5 wages	56	29	14	
	More than 4.5 wages	7	12	2	

P: Level of significance.

Table 4. Logistic regression.

Variables	B	E. P.	P	Exp (B)
LDL	-0.011	0.006	0.053	0.989
Triglycerides	0.012	0.003	<0,001	1.012
Constant	-0.415	0.833	0.618	0.660

n = 136

B: Parameter of the equation for each variable and the constant of the model generated, E. P.: Standard error (of B), Exp (B): OR, P: Level of significance, LDL: Low density lipoprotein.



Artigo

Figure

NAFLD with VLDL Export Deficiency

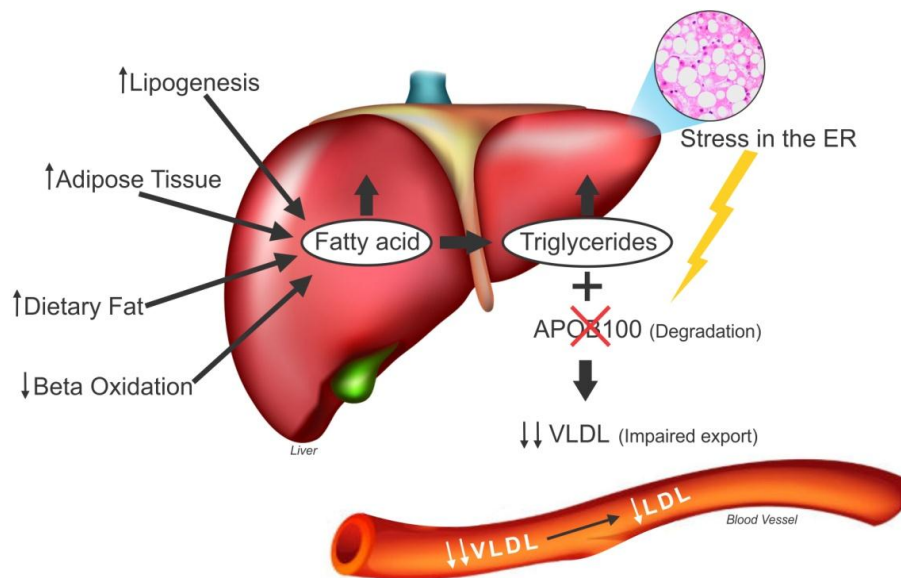


Figure 1. NAFLD with VLDL Export Deficiency.



Artigo

PLANTAS MEDICINAIS PARA CONTROLE DA OBESIDADE

MEDICAL PLANS FOR OBESITY CONTROL

Raquel Pessoa de Araújo¹

Selene Maia de Morais²

RESUMO - O acúmulo de tecido adiposo, principalmente no abdômen, caracterizado pela gordura visceral, está intimamente relacionado com o risco de comorbidades como, esteatose hepática, diabetes, hipertensão, cardiopatias, apneia do sono, infertilidade, câncer e indiretamente até mesmo ao Alzheimer, considerada um tipo de Diabetes tipo III. Devido a esses fatores, somado ao elevado custo dos medicamentos para o tratamento da obesidade, o potencial de produtos naturais para esse fim está recebendo cada vez mais destaque, por ser uma excelente alternativa, natural, mais econômica e também eficaz para auxiliar nessa terapêutica. Essa pesquisa propõe um levantamento literário sobre plantas medicinais no tratamento da obesidade a fim de conhecer seus metabólitos secundários e seus mecanismos associados ao emagrecimento. Foram analisadas oito plantas medicinais quanto ao sua participação no emagrecimento e todas evidenciaram ter um papel importante na terapêutica, no entanto mais pesquisas são recomendadas para se conhecer os constituintes relacionados nessa ação. Apenas o medicamento Orlistate[®], está em uso clínico para essa terapêutica, usando o mecanismo de inibição da lipase pancreática, isso sugere claramente que o rico potencial da natureza para combater a obesidade ainda não foi totalmente explorado.

Palavras-chave: Obesidade; Plantas Mediciniais; Emagrecimento.

ABSTRACT - The accumulation of adipose tissue, mainly in the abdomen, characterized by visceral fat, is intimately connected to the risk of comorbidities such as hepatic

¹ Nutricionista, Especialista em Nutrição Clínica - UGF, Especialista em Fitoterapia, Obesidade e Cirurgia Bariátrica – CIN. Mestre em Recursos Naturais – MARENA/UECE. E-mail: nutricionista@raquelnutry.com.br;

² Química. Pós-Doutorado em Química Universidade de Aveiro. Docente Titular - UECE, Pesquisadora Bolsista de Produtividade CNPQ.



Artigo

steatosis, diabetes, hypertension, heart diseases, sleep apnea, infertility, cancer and indirectly even Alzheimer, considered a type of Diabetes type III. Due to these factors, and the high cost of obesity treatment drugs, the potential for natural products for this purpose is receiving more and more attention as it is an excellent alternative, natural and more economical to help with this therapy. This research proposes a literary survey on medicinal plants in the treatment of obesity for the purpose to know its secondary metabolites and its mechanisms associated to weight loss. Eight medicinal plants were analyzed for their participation in weight loss and all evidenced to have an important role, however more research is recommended to know the mechanisms related to this action and the safety about its consumption.

Keywords: Obesity; Medicinal plants; Weight loss.

INTRODUÇÃO

A *Organisation for Economic Co-operation and Development Obesity*, OECD (2017) aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, na qual, já se configura uma verdadeira epidemia, que interfere de forma global para o desenvolvimento das doenças e agravos não transmissíveis (DANT). Em 2014 mais de 1,9 bilhão de adultos em todo o mundo estavam acima do peso e pelo menos 600 milhões eram clinicamente obesos (WHO, 2016).

Muitos estudos populacionais têm demonstrado que o excesso de tecido adiposo, principalmente no abdômen, está intimamente relacionado com o risco de comorbidades como, osteoartrite, cânceres (colorretal, renal, esofágico endometrial, mamário, ovariano e prostático), dificuldades respiratórias, como hipoventilação crônica (síndrome de Pickwick), apnéia do sono, infertilidade masculina, colelitíase, esteatose, refluxo gastroesofágico e transtornos psicossociais (WHO, 2015). Bem como, complicações cardiovasculares, como o desenvolvimento das doenças arteriais coronárias e a hipertensão. O excesso de gordura também provoca algumas alterações metabólicas como as dislipidemias, resistência à insulina e o diabetes mellitus tipo 2 (ROSINI; SANCHES; MORAES, 2012).

As consequências da obesidade, no desenvolvimento de doenças crônicas podem ser tão devastadoras que recentemente tem-se associado a doença de Alzheimer (DA) a um tipo de diabetes, conhecido como diabetes tipo III, apesar da teoria mais antiga ser representada pela hipótese colinérgica. A pesquisa sobre a relação entre o diabetes e a DA



Artigo

começou com o chamado “estudo Rotterdam”, um estudo epidemiológico que investigou mais de 6000 idosos por dois anos e apontou uma correlação positiva entre a presença de diabetes mellitus e o desenvolvimento de demência. Outro trabalho epidemiológico realizado por Beydoun, Beydoun, Wang (2008) mostraram a incidência de aumento da DA em homens que ganharam peso entre os 30 e 45 anos de idade e em mulheres entre 30 e 45 anos com IMC maior que 30 Kg/M². Já a terminologia “diabetes do tipo III” foi introduzida em 2005 por Suzanne de la Monte, cujo grupo de pesquisa examinou o tecido cerebral de pacientes com DA que vieram a óbito, observando que a patologia demonstra elementos dos diabetes de tipo 1 e 2, ou seja, além da diminuição na produção de insulina, é também observada a resistência dos receptores da insulina, sugerindo que pode ser uma doença neuroendócrina associada à sinalização deste hormônio (FALCO et al., 2016).

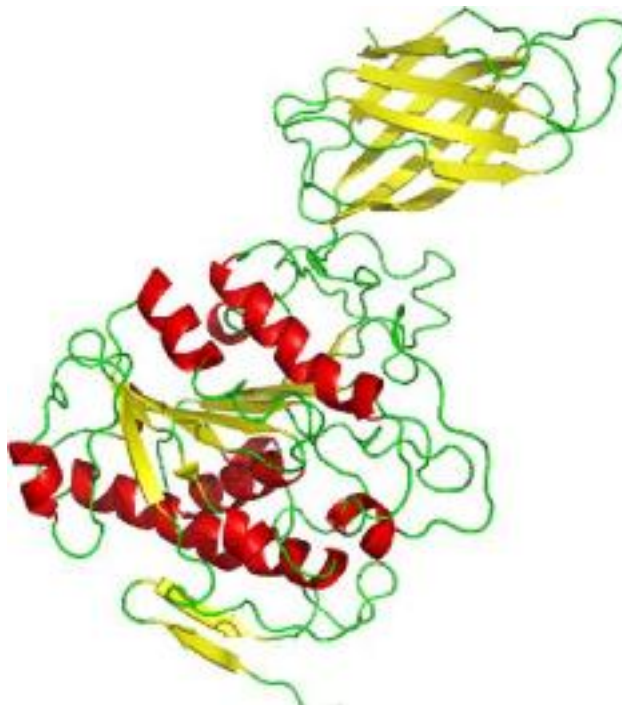
Devido a essas estatísticas o potencial de produtos naturais para esse fim está recebendo cada vez mais destaque, o que pode ser uma excelente alternativa para o desenvolvimento de fitoterápicos e fármacos eficazes e seguros para combater esse mal. Uma variedade de produtos naturais, incluindo extratos in natura, bem como compostos isolados a partir de plantas, pode ser uma solução auxiliar na perda de peso, portanto, se torna fundamental ampliarmos os estudos correlacionando plantas medicinais no tratamento da obesidade (YUN, 2010)

Os lipídios da dieta representam a maior fonte de calorias indesejadas e sua maioria, aproximadamente 90%, é composta pelos triglicerídeos (TG). A enzima lipase pancreática (LP) (Figura 1) é responsável pela hidrólise dos triglicerídeos, para posterior absorção. Uma abordagem para tratamentos de redução de peso é inibir a digestão e consequente absorção de triglicerídeos, inibindo a lipase pancreática. Fitoquímicos identificados a partir de plantas medicinais tradicionais representam excelente oportunidade para o desenvolvimento de tais terapêuticas (SOUZA et al., 2012).



Artigo

Figura 1: Representação esquemática da estrutura da lipase pancreática



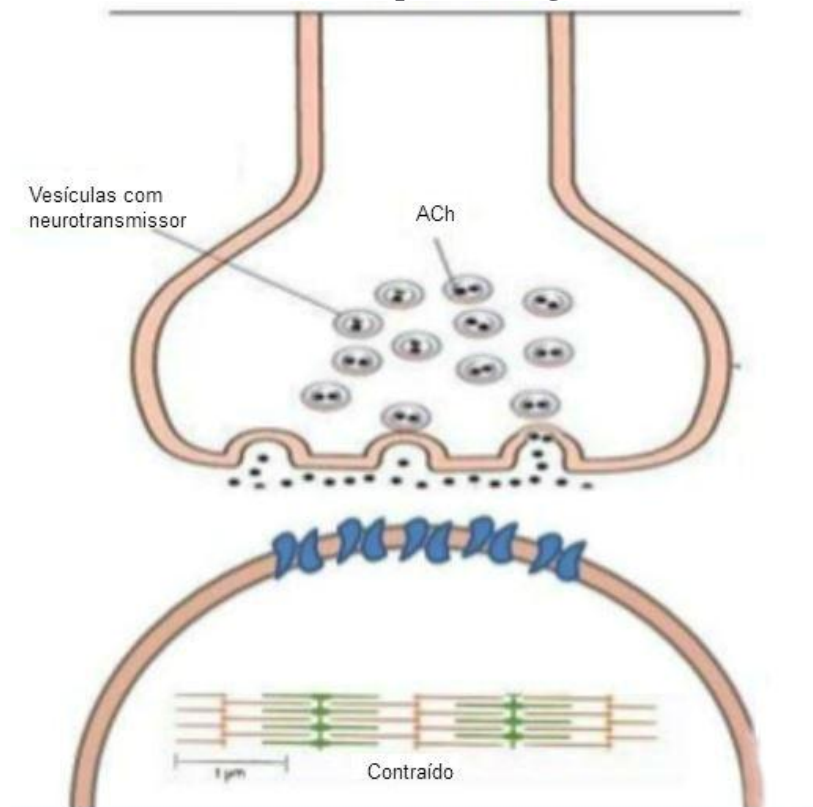
Fonte: WALKER et al., 2007.

Complementando o processo digestório, outra enzima importante neste mecanismo é a acetilcolina que de acordo com estudos clássicos de Feldberg (1950) e Vizi e colaboradores (1973), aumenta as contrações na musculatura digestiva (Figura 2), melhorando assim o peristaltismo e empurrando o alimento eficientemente através do trato digestivo, ou seja, a acetilcolina é um neurotransmissor que influencia diretamente na motilidade e esvaziamento do sistema digestório.



Artigo

Figura 2: Mecanismo da acetilcolina no processo digestório



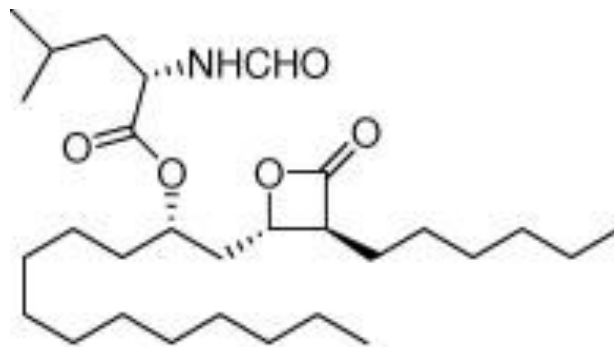
Fonte: ALMEIDA, 2013

O Orlistate[®], um análogo da tetrahidrolipstatina (Figura 3), extraído de um fungo (Figura 4) atualmente é o medicamento aprovado no Brasil para o tratamento da obesidade que envolve a desabsorção de gorduras, segundo a ABESO (2016).



Artigo

Figura 3: Estrutura molecular da tetrahidrolipstatina



Fonte: KUMARASWAMY, MARKONDAIAH, 2008.

Figura 4: Fungo *Streptomyces toxytricini*



Fonte: HÍREŠ, 2014

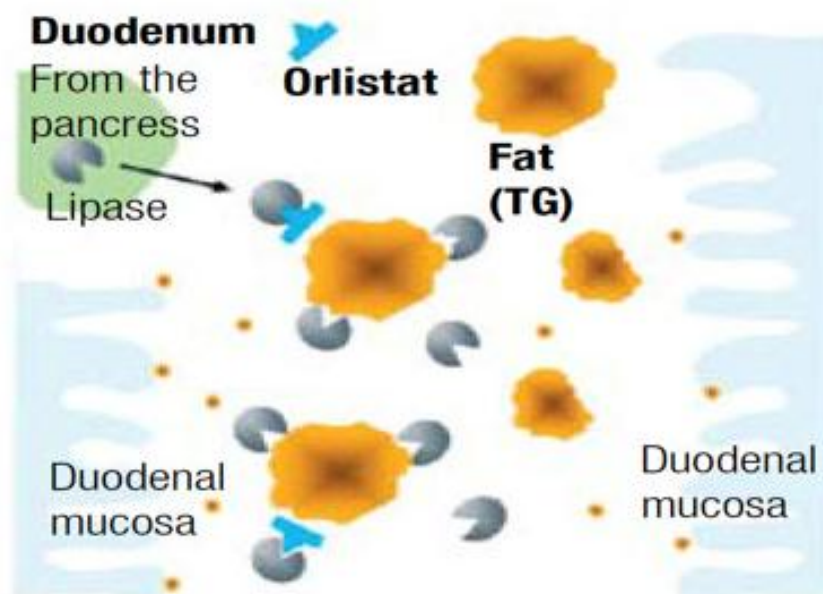
O mecanismo dá-se pela inibição da lipases gastrintestinais (GI) pelo Orlistate[®], que se liga no sítio ativo da enzima LP, através de ligação covalente, fazendo com que



Artigo

cerca 1/3 dos triglicérides ingeridos permanecem indigeríveis e não sejam absorvidos pelo intestino, sendo eliminados nas fezes (Figura 5).

Figura 5: Mecanismo de ação do Orlistate®



Fonte: COUTINHO, 2009

METODOLOGIA

Este estudo configura-se numa pesquisa bibliográfica acerca do tema: plantas medicinais como coadjuvantes no tratamento da obesidade. A população do estudo constou de artigos originais indexados nas bases de dados disponibilizadas na internet além de informações do Ministério da Saúde. Foram consultadas algumas bibliotecas virtuais no período de janeiro a dezembro de 2017. A amostra constou de artigos selecionados nas bases eletrônicas Scientific Electronic Library Online e periódicos CAPES/MED, utilizando-se como critérios de inclusão: estudos que envolvessem o tema em questão, artigos publicados nos últimos 16 anos, bem como estudos clássicos sobre essa temática. A busca foi efetuada através dos termos descritores: Obesidade. Plantas



Artigo

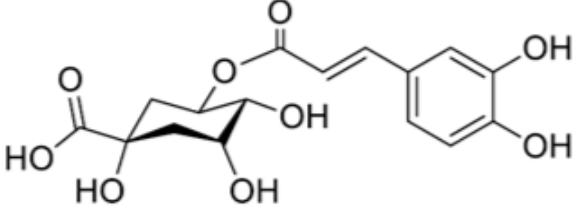
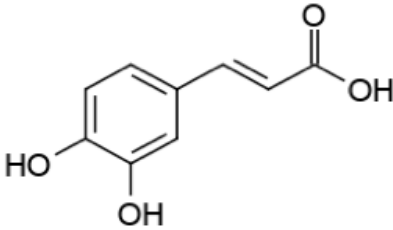
medicinais. Metabólitos secundários. Finalmente, os dados foram analisados de maneira criteriosa, a fim de elucidar os aspectos relacionados aos potenciais dos produtos naturais.

As plantas selecionadas na pesquisa tiveram como base a revisão bibliográfica publicada por Sun e colaboradores, 2016, denominada produtos dietéticos, à base de plantas naturais no tratamento anti-obesidade, sendo acrescentados mais duas plantas, uma de uso popular pela população do Ceará para o emagrecimento, conhecida como carqueja e outra planta, considerada PANC (Planta Alimentícia de uso Não Convencional) no Brasil, que vem sendo alvo de inúmeras pesquisas no mundo todo sobre suas propriedades medicinais, a moringa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

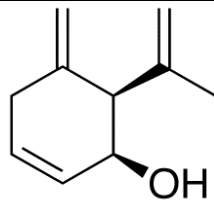
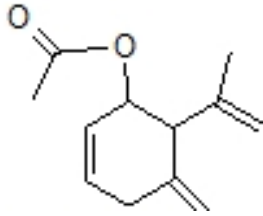
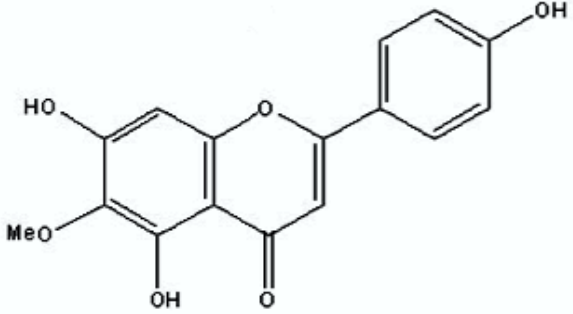
A estrutura molecular dos componentes bioativos presentes nas 8 (oito) plantas pesquisadas estão descritas na tabela 1.

Tabela 1: Estrutura molecular dos componentes bioativos dos produtos naturais.

Plantas Pesquisadas	Constituinte Bioativo	Estrutura molecular
Café verde	Ácido clorogênico 5-O- cafeoil quínico	
	Ácido cafeíco	



Artigo

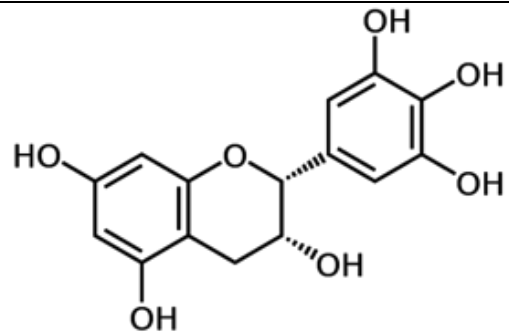
Carqueja	Carquejol	
	Acetato de carquejila	
Plantas Pesquisadas	Constituinte Bioativo	Estrutura molecular
Carqueja continuação	Hispidulina	



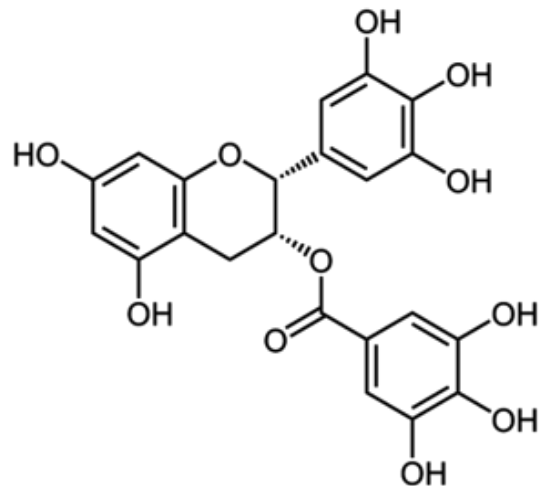
Artigo

Chá verde

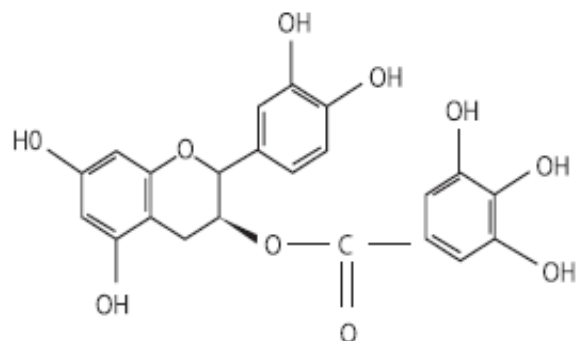
Epigallocatequina



Epigallocatequina 3-galato



Epicatequina 3-galato



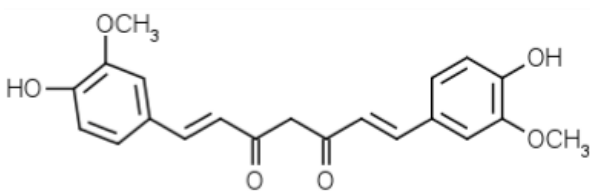
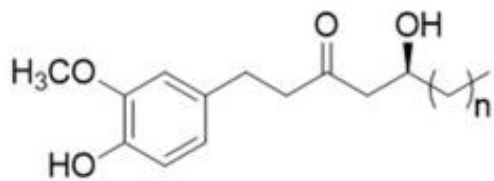
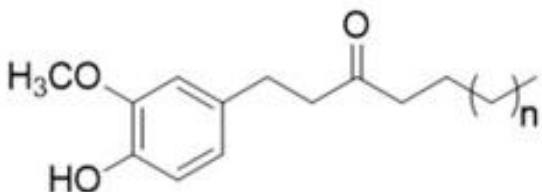
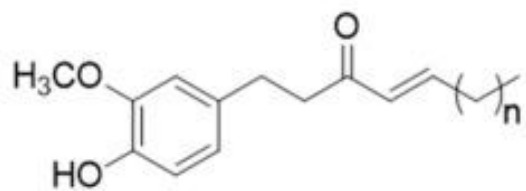
Temas em Saúde

Volume 19, Número 5

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

Plantas Pesquisadas	Constituinte Bioativo	Estrutura molecular
Curcuma	Curcumina	 <p>The chemical structure of Curcumin is shown, featuring two 4-hydroxy-3-methoxyphenyl rings connected by a heptadienone chain. The structure is symmetrical, with a central heptadienone chain (7 carbons, 2 double bonds, 2 ketone groups) connecting two 4-hydroxy-3-methoxyphenyl rings.</p>
Gengibre	Gingerol	 <p>The chemical structure of Gingerol is shown, featuring a 4-hydroxy-3-methoxyphenyl ring connected to a long chain containing a ketone group and a hydroxyl group. The structure is a 4-hydroxy-3-methoxyphenyl ring connected to a propyl chain, which is then connected to a long chain containing a ketone group and a hydroxyl group. The long chain is represented by a bracket with 'n'.</p>
	Paradol	 <p>The chemical structure of Paradol is shown, featuring a 4-hydroxy-3-methoxyphenyl ring connected to a long chain containing a ketone group. The structure is a 4-hydroxy-3-methoxyphenyl ring connected to a propyl chain, which is then connected to a long chain containing a ketone group. The long chain is represented by a bracket with 'n'.</p>
	Shogaol	 <p>The chemical structure of Shogaol is shown, featuring a 4-hydroxy-3-methoxyphenyl ring connected to a long chain containing a ketone group and a double bond. The structure is a 4-hydroxy-3-methoxyphenyl ring connected to a propyl chain, which is then connected to a long chain containing a ketone group and a double bond. The long chain is represented by a bracket with 'n'.</p>



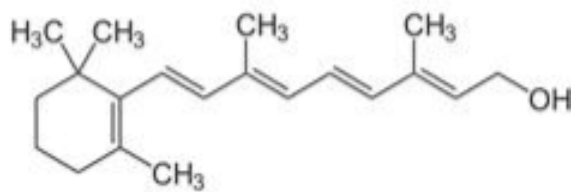
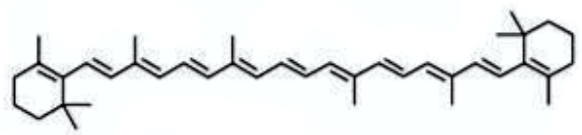
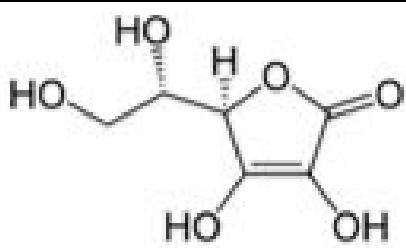
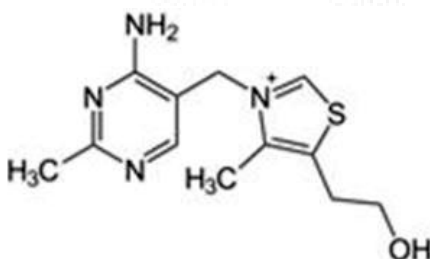
Temas em Saúde

Volume 19, Número 5

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

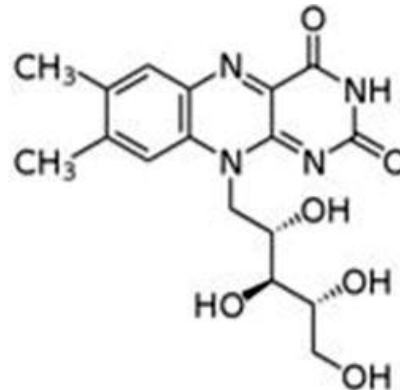
Artigo

Moringa	Retinol	
	β -caroteno	
Plantas Pesquisadas	Constituinte Bioativo	Estrutura molecular
Moringa continuação	Ácido ascórbico	
	Tiamina (B1)	

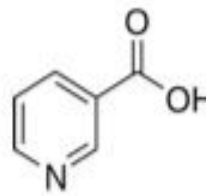


Artigo

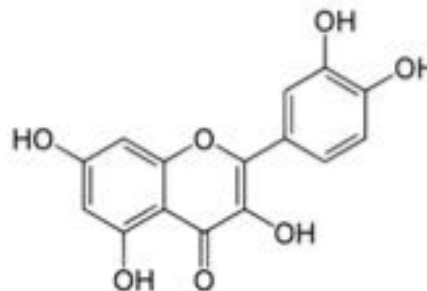
Riboflavina (B2)



Niacina (B6)



Quercetina



Plantas
Pesquisadas

Constituinte Bioativo

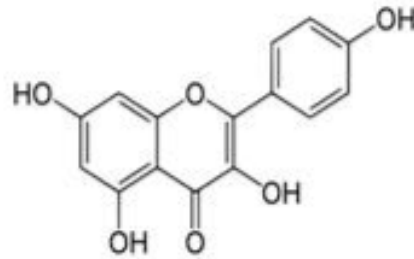
Estrutura molecular



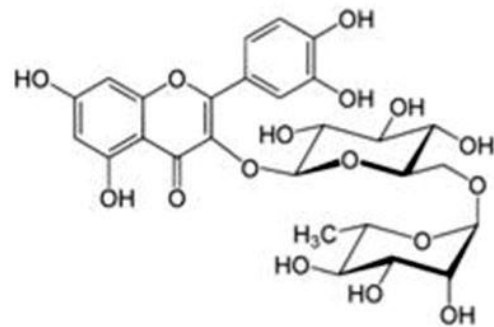
Artigo

Moringa
continuação

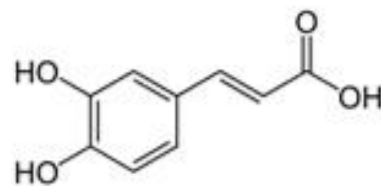
Kaempferol



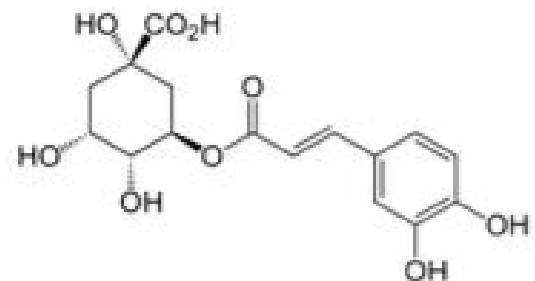
Rutina



Ácido caféico

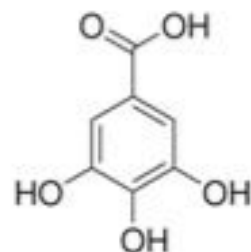


Ácido clorogênico



Artigo

Ácido gálico

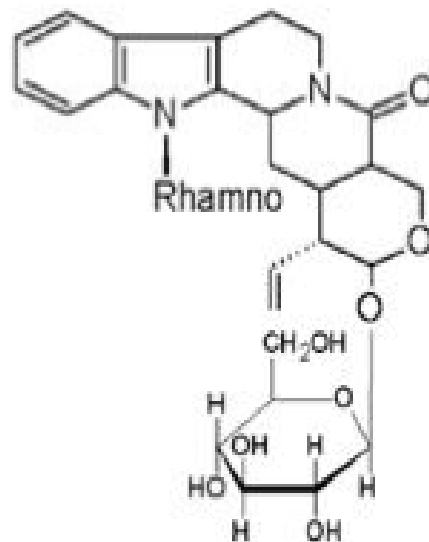


Plantas Pesquisadas	Constituinte Bioativo	Estrutura molecular
Moringa continuação	Ácido elágico	<chem>O=C(O)c1cc(O)c(O)c(O)c1OC(=O)c2cc(O)c(O)c(O)c2</chem>

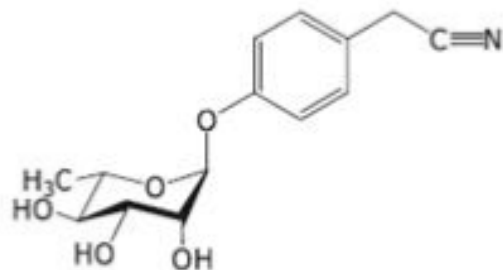


Artigo

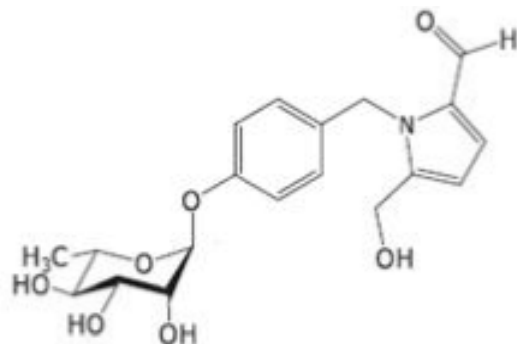
N, α -L-ramnofirasil
vincosamida



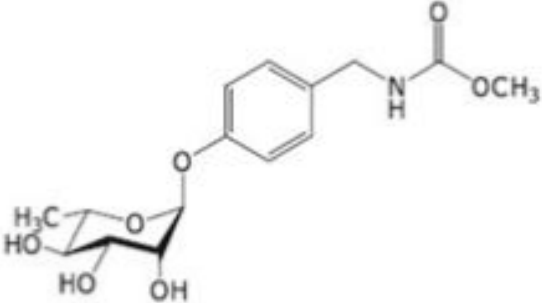
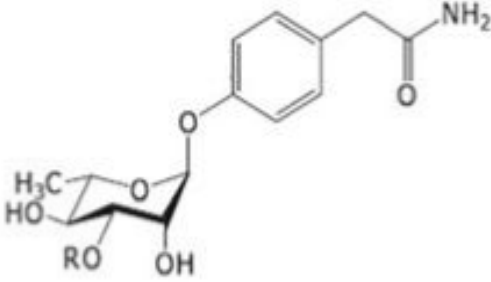
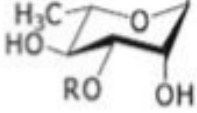
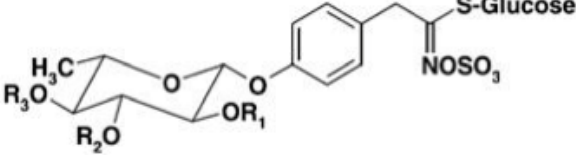
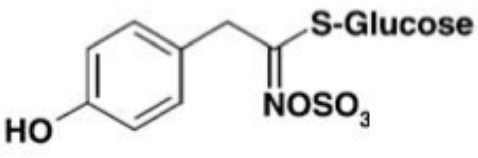
4-(α -L-
rhamnopyranosyloxy)phen
ylacetonitrile (Niazirin)



Pyrrolemarumine 4''-O- α -
L-rhamnopyranoside



Artigo

Plantas Pesquisadas	Constituinte Bioativo	Estrutura molecular
Moringa continuação	Methyl 4-(α -L-rhamnopyranosyloxy)-benzylcarbamate	
	4'-hydroxyphenylethanamide- α -L-rhamnopyranoside (Marumosi A) (R = H)	
	4'-hydroxyphenylethanamide- α -L-rhamnopyranoside (Marumosi)	
	Glicosinalatos: 4-O-(α -L-rhamnopyranosyloxy)-benzyl glucosinolate (R1, R2, R3=H)	
	Glicosinalatos: Sinalbin	



Temas em Saúde

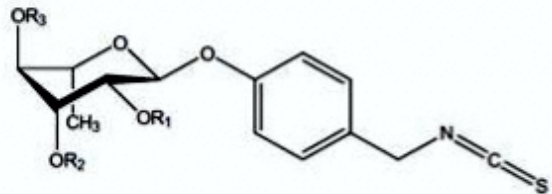
Volume 19, Número 5

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

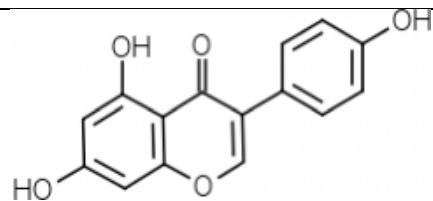
Isotiocianatos



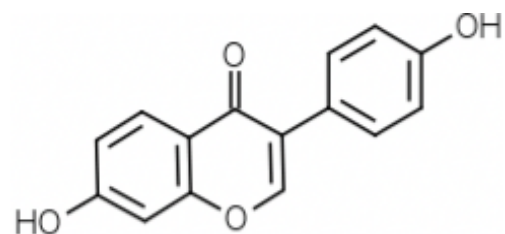
Plantas Pesquisadas	Constituinte Bioativo	Estrutura molecular
Pimenta	Capsaicina	

Soja

Genisteína

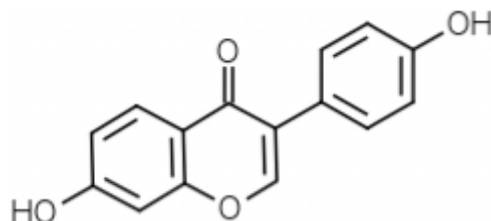


Daidzeína

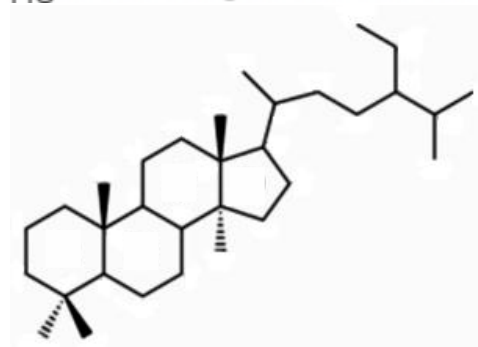


Artigo

Gliciteína



Fitosteróis



Sun; Wu; Chau (2016) revisaram o uso de produtos naturais, especiarias e ervas medicinais usadas como úteis no tratamento da obesidade em todo o mundo e concluíram que elas podem ser eficazes, quando associado à terapia da dieta para o emagrecimento.

Os metabólitos secundários presentes nos extratos de plantas medicinais são responsáveis pelas atividades biológicas, sendo então suas ações devidas à combinação dos vários componentes (NETO et al., 2015; FUMAGALI et al., 2008). A seguir estão descritas as plantas medicinais estudadas na pesquisa bem como seus principais metabólitos.

- Café verde (*Coffea canefora* Robusta): é o fruto do cafeeiro que se encontra na fase de maturação conhecida como estágio pré-cereja. Em um experimento realizado por Arruda e colaboradores (2009), verificou-se que existe forte correlação entre os ácidos clorogênicos (CQA), fenólicos totais e atividade antioxidante no café verde. E segundo Murase e colaboradores (2011) a suplementação com CPP (coffee polyphenols) reduziu significativamente o ganho de peso corporal, acumulação de gordura abdominal e hepática e infiltração de macrófagos em tecidos adiposos. Sendo as atividades biológicas e farmacológicas associadas a redução da pressão, dislipidemias e estresse oxidativo foram relacionadas ao ácido clorogênico e cafeico (GÁLVEZ; ZEVALLOS; VELÁZQUEZ, 2017).



Artigo

- Carqueja (*Baccharis*): diferentes espécies de *Baccharis* são conhecidas popularmente como carqueja e empregadas na medicina tradicional como estomáquicas e diuréticas (BUDEL, DUARTE E SANTOS, 2004). O chá da carqueja está na lista dos mais consumidos no Brasil, sendo a ação conferida, possivelmente, pelos constituintes presentes no seu óleo essencial, sendo eles carquejol e acetato de carquejilo (MORAIS et al., 2009).

- Chá verde (*Camelia sinensis*): um novo estudo feito recentemente na Universidade Northwest A&F, na China por Qi e colaboradores (2017) demonstrou que a suplementação de polifenóis de chá verde (epigalocatequina, epigalocatequina 3-galato e epicatequina 3-galato) podem servir como estratégias futuras para combater obesidade, síndrome metabólica e transtorno cognitivo induzido por disfunção circadiana. Outras funções foram relatadas por Qi e colaboradores (1998) como ações antioxidantes, anti-inflamatórias e anti-hepatotóxicas.

- Curcuma (*Curcuma longa* L.): conhecida também como açafrão possui alto valor nutricional. Suas propriedades medicinais incluem ação anti-inflamatória, antioxidantes, anti-coagulantes, anti-diabética, antimicrobiana, antiúlcera, cicatrizante, na doença de Alzheimer e outras doenças crônicas, sendo a maioria dessas atividades, associadas à curcumina (YADAV; TARUN, 2017).

- Gengibre (*Zingiber officinalis*): contém vários fitoquímicos e compostos biologicamente ativos, como fenólicos e flavonóides, entre os componentes bioativos identificados estão os gingeróis e shogaols, sendo o 6-Gingerol o principal gingerol. Eles demonstram inúmeros benefícios farmacêuticos, incluindo melhora da tolerância à glicose, do perfil lipídico e modulação de fatores inflamatórios (WANG et al., 2017).

- Moringa (*Moringa oleifera* LAM.): As folhas contêm quantidades importantes de polifenóis, ácidos fenólicos, flavonoides (quecetina, isoquercetina, kaemferitina, isotiocianatos), alcalóides, esteróis, terpenoides, glicosinolatos, taninos e saponinas. Proteínas aminoácidos, vitaminas (B1, B2, B6, C) e minerais (Ca, Mg, P, K, Cu, Fe, S), também são boas fontes de fitonutrientes, como b-colina, e betacarotenos (GOPALAKRISHNA; DORIKI; KUMAR, 2016; LEONE, 2015; STEVENS; BAIYERI; AKINNNAGBE, 2013; MISHRA; SINGHT; SINGHT, 2012). Esses nutrientes são conhecidos por combater as espécies reativas de oxigênio (EROS) quando combinados com uma dieta equilibrada e podem ter efeitos imunossupressores. Recentemente, Bais; Singh; Sharma (2014) revelaram que o extrato metanólico das folhas de *M. oleifera* foi benéfico para o manejo do peso, somando-se a isso, verificou-se significativo efeito redutor sobre o colesterol sérico ao associar uma dieta hiperlipídica



Artigo

com o consumo do extrato da folha de Moringa oleifera (GHASI; NOWBODO; OFILI, 2000). Oyeyinka & Oyeyinka (2016) encoraja pesquisas sobre a sua aplicação em alimentos, já que, mesmo com seus potenciais, seu uso nessa esfera ainda não foi explorado.

- Pimenta (*Capsicum annuum*): publicações recentes, revisadas por Shi e colaboradores (2017) mostraram que na dieta a pimenta melhora a sensações de saciedade e plenitude gástrica, sendo seus benefícios proporcionados, principalmente, pela capsaicina (8-metil-Nvanilil-6-nanoamida). Outras propriedades dos flavonoides, capsaicinóides, polifenóis e furostanol também foram relacionadas a ação antioxidante, anticarcinogênico, termogênica e antifúngica, respectivamente (MATEOS et al., 2013; SPARG; LIGHAT; VAN STADEN, 2004; YOSHIOKA et al., 1995).

- Soja (*Glycine max*): evidências vêm demonstrando que as isoflavonas podem trazer benefícios no controle de doenças crônicas, tais como, câncer, diabetes mellitus, osteoporose e doenças cardiovasculares. Estes compostos são encontradas nas leguminosas, em particular, na soja (*Glycine max*), suas propriedades agonistas-antagonistas dos estrógeno já são bem descritas, no entanto, outros mecanismos hipotéticos são sugeridos, tais como inibição da atividade enzimática e efeito antioxidante (ESTEVEZ; MONTEIRO, 2001)

A lipase é uma enzima que hidrolisa os triacilglicerídeos, a atividade desta enzima afeta muito o metabolismo da gordura e a concentração de triglicerídeos no sangue.

Recentemente, inibidores de lipase e lipídios foram isolados de fontes naturais com o objetivo de prevenção e tratamento da síndrome metabólica. Esses inibidores incluem terpenoides, glicósidos de triterpeno, flavonóides, catequinas, estilbeno, quitosana e compostos de fenólicos (YAMADA et al., 2010) muitos destes constituintes estão presentes nas plantas abordadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apenas o Orlistate[®], um derivado semi-sintético de lipstatina que está em uso clínico para terapêutica através da inibição da lipase pancreática, isso sugere claramente que o rico potencial da natureza para combater a obesidade ainda não foi totalmente explorado, dessa forma este estudo sugere mais trabalhos envolvendo pesquisas associadas a plantas medicinais relacionadas a esse efeito, já que através do levantamento bibliográfico, mostrou que muitas delas apresentam metabólitos secundários com essa possível ação.



Artigo

REFERÊNCIAS

- ABESO, Mapa da obesidade. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>>. Acesso em: 09 de nov. 2016
- ALMEIDA, A.R.S. Acetilcolina. **Faculdade de medicina Hipólito Unánuo**. 2013.
- ARRUDA, N.P., REZENDE, C.C., COURI, S. HOVELL, A.M.H., FARAH, A., BRANDÃO, J., SILVA, C.G. Ácidos clorogênicos (CGA), fenólicos totais e atividade antioxidante em café arábica verde de diferentes estádios de maturação. **32a Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Química**. 2009.
- BAIS,S.; SINGH, G.S. & SHARMA, R. Antiobesity and Hypolipidemic Activity of *Moringa oleifera* Leaves against High Fat Diet-Induced Obesity in Rats. **Advances in Biology**. Londres. p.9. 2014
- BEYDOUN, M.A., BEYDOUN, H.A., WANG, Y. Obesity and central obesity as risk factors for incident dementia and its subtypes: a systematic review and meta-analysis. **Obesity reviews**. v.9, p.204-218. 2008.
- BUDEL, J.M., DUARTE, M.R., SANTOS, C.A.M. Parâmetros para análise de carqueja: comparação entre quatro espécies de *Baccharis* spp. (Asteraceae). **Rev. Bras. Farmacogn.**, v. 14, n. 1, p.1-8. jan. 2004.
- COUTINHO, W. The rst decade of sibutramine and orlistat: a reappraisal of their expanding roles in the treatment of obesity and associated conditions. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v.53. n. 2 . p.262-270. 2009.
- ESTEVES, E., MONTEIRO, J.B.R. Beneficial effects of soy isoflavones on chronic diseases. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.14, n.1, p. 43-52, jan., 2001.
- FALCO, A., CUKIERMAN, D.S., HAUSER-DAVIS, R.A., REY, N.A. Doença de alzheimer: hipóteses etiológicas e perspectivas de tratamento. **Quim. Nova**, v. 39, n.1, p.63-80, 2016



Artigo

FELDBERG, W., LIN, R.C.Y. Synthesis of acetylcholine in the wall of the digestive tract. **J. Physiol.** v.III, p. 96-118. 1950.

FUMAGALI, E. et al. Produção de metabólitos secundários em cultura de células e tecidos de plantas: O exemplo dos gêneros *Tabernaemontana* e *Aspidosperma*. **Revista Brasileira de Farmacognosia**.18(4): 627-641, 2008.

GÁLVEZ, S., ZEVALLOS C., VELÁZQUEZ, J., Chlorogenic Acid: Recent Advances on Its Dual Role as a Food Additive and a Nutraceutical against Metabolic Syndrome. **Molecules**. 21p. 2017.

GHASI, S., NOWBODO, E., OFILI, J.O. Hypocolestreolemic effects of crude extract of leaf of *Moringaoleifera* Lam in high-fat diet fed stars rats. **Journal of Ethnopharmacology** .69:21-25. 2000.

GOPALAKRISHNAN, L., DORIYA, K., KUMAR, D.S. Moringa Oleifera: A Review on Nutritive Importance and its Medicinal Application. **Food Science and Human Wellness**. 2016.

HÍREŠ, M. LIPSTATÍN - Užitočný Metabolit *Streptomyces Toxytricini*. **Revízia štruktúry prvého** . 2014.

KUMARASWAMY, G., MARKONDAIAH, B. Enantioselective total synthesis of (-)-tetrahydrolipstatin using Oppolzer's sultam directed aldol reaction. **Tetrahedron Letters**. n.7. p. 327-330. 2008.

LEONE, A., SPADA, A. BATTEZZATI, A., SCHIRALDI, A., ARISTIL, J., BERTOLI, S. Cultivation, Genetic, Ethnopharmacology, Phytochemistry and Pharmacology of *Moringa oleifera* Leaves: An OverviewInt. **J. Mol. Sci.** 16, 2015.

MATEOS, R.S., JIMÉNEZ, A., ROMÁN, P., ROMOJARO, F., BACARIZO, S., LETERRIER, M., GÓMEZ, M., SEVILLA, F., DEL RÍO, L.A., CORPAS, F.J., PALMA, J.M., Antioxidant Systems from Pepper (*Capsicum annum* L.): Involvement in the Response to Temperature Changes in Ripe Fruits. **Int. J. Mol. Sci.** ,v.14, p.9556-9580. 2013.



Artigo

MISHRA, S.P., SINGH, P., & SINGH, S. Processing of Moringa oleifera Leaves for Human Consumption. **Bulletin of Environment, Pharmacology and Life Sciences**, India, v.2, n.1, p.28-31, dez. 2012.

MORAIS, S.M., CAVALCANTI E.S.B., COSTA, S.M.O., AGUIAR, L.Z. Ação antioxidante de chás e condimentos de grande consumo no Brasil. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.19. n.1B, p.315-320, Jan./Mar. 2009.

MURASE, T.; MISAWA, K.; MINEGISHI, Y.; AOKI, M.; OMINAMI, H.; SUZUKI, Y.; SHIBUYA, Y.; HASE, T. Coffee polyphenols suppress diet-induced body fat accumulation by downregulating srebp-1c and related molecules in C57BL/6J mice. **Am. J. Physiol. Endocrinol. Metab**, v.300, p.E122–E133. 2011.

NETO, G.A.L., KAFFASHI, S., LUIZ, W.T., FERREIRA, W.R., DA SILVA, Y.S.A. D., PAZIN, G.V., VIOLANTE, I.M.P. Quantificação de metabólitos secundários e avaliação da atividade antimicrobiana e antioxidante de algumas plantas selecionadas do Cerrado de Mato Grosso. **Rev. Bras. Pl. Med.** v.17, n.4, p.1069-1077. 2015.
OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development. Obesity Update. 16p. 2017

OYEYINKA, A.T., OYEYINKA S.A. Moringa oleifera as a food fortificant: Recent trends and prospects. *Journal of the Saudi Society of Agricultural Sciences*. 10p. 2016.
QI, G., MI, Y., LIU, Z., FAN, R., QIAO, Q., SUN, Y., REN, B., LIU, X. Dietary tea polyphenols ameliorate metabolic syndrome and memory impairment via circadian clock related mechanisms. **Journal of Functional Foods**.v.34, p.168–180. 2017.

ROSINI, T. C.; SANCHES, A.; MORAES, C. Obesidade induzida por consumo de dieta: modelo em roedores para o estudo dos distúrbios relacionados com a obesidade. **Rev Assoc Med Bras**. 58(3). p. 383-387. 2012

SHI, Z., RILEY, M., TAYLOR, A.W., PAGE, A. Chilli consumption and the incidence of overweight and obesity in a Chinese adult population, **International Journal of Obesity**. 22p. 2017.



Artigo

SOUZA, S.P.; PEREIRA, L.L.S.; SOUZA, A.A.; SOUZA, R.V.; SANTOS, C.D. Estudo da atividade antiobesidade do extrato metanólico de *Baccharis trimera* (Less.) DC. **Rev. Bras. Farm.** 93 (1): 27-32, 2012.

SPARG, S.G.; LIGHAT, M.E.; VAN STADEN, J. Biological activities and distribution of plant saponins. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 94, n. 2-3, p. 219-243, 2004.
STEVENS, G.C., BAIYERI, K.P., AKINNNAGBE, O. Ethno-medicinal and culinary uses of *Moringa oleifera* Lam. in Nigeria. **Journal of Medicinal Plants Research**. n.13, v. 7, p. 799-804, Abril, 2013.

SUN, N.N., WU, T.Y., CHAU, C.F. Natural Dietary and Herbal Products in Anti-Obesity Treatment. **Molecules**, v.21,p.1-15, 2016.

VIZI, S.E., BERTACCINI, G., IMPICCIATORE, M., KNOLL, J. Evidence that acetylcholine released by gastrin and related polypeptides contributes to their effect on gastrointestinal motility. **Gastroenterology**. n.2, v.64, p.268-277, 1973.

WALKER, J.R. et al. Structural Genomics Consortium (SGC). 2007.

<http://www.thesgc.org/structures/2ppl>

WANG, J., KE, W., BAO, R., HU, X., CHEN, F.. Beneficial effects of *ginger Zingiber officinale* Roscoe on obesity and metabolic syndrome: a review. **Annals of The New York Academy of Sciences**. p.1-16. 2017

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight. Fact sheet. 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight. Fact sheet n°. 311. Jan, 2015.

YADAV, R.P., TARUN. G., Versatility of turmeric: A review the golden spice of life. **Journal of Pharmacognosy and Phytochemistry**. n.1 v.6, p.41-46. 2017.

YAMADA, K., MURATA, T., KOBAYASHI, K., MIYASE, T., YOSHIZAKI, F. A lipase inhibitor monoterpene and monoterpene glycosides from *Monarda punctate*. **Phytochemistry**. v.71,p. 1884-1891. 2010.



Temas em Saúde

Volume 19, Número 5

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

YOSHIOKA, M., LIM, K., KIKUZATO, S., KIYONAGA, A., TANAKA, H., SHINDO, M., SUZUKI M. Effects of Red-Pepper Diet on the Energy Metabolism in Men. **J. Nutr. Sci. Vitaminol.** v.41, p.647-656, 1995.

YUN, J.W. Possible anti-obesity therapeutics from nature – A review. **Phytochemistry**, v. 71 p.1625–1641. 2010.



PLANTAS MEDICINAIS PARA CONTROLE DA OBESIDADE

Páginas 483 a 508

Artigo

**TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO COMO
INSTRUMENTO DE CUIDADO INTERDISCIPLINAR AO PACIENTE
DIABÉTICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

**INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES AS AN
INTERDISCIPLINARY CARE INSTRUMENT FOR DIABETIC PATIENTS:
AN INTEGRATIVE REVIEW**

Renata Schnepfer Gans
Loriane Cotovicz
Bruno Pedroso
Pollyanna Kássia de Oliveira Borges
Erildo Vicente Muller
Elise Souza dos Santos Reis

RESUMO - O aumento da prevalência do diabetes sugere uma necessidade urgente em inovar tanto o manejo quanto a prevenção para a população global. Com a universalização das tecnologias de informação e comunicação (TIC) tem-se optado pela utilização desses recursos com o objetivo de auxiliar o paciente diabético em seu autocuidado. Objetivo: Realizar uma revisão integrativa da literatura acerca das tecnologias de informação e comunicação enquanto instrumento de cuidado interdisciplinar ao paciente diabético. Metodologia: Revisão integrativa, por meio da busca de artigos nas seguintes bases de dados eletrônicas: Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine* (PubMed) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Resultados: As buscas realizadas nas bases de dados retornaram 85 artigos e foram selecionados 09 considerados pertinentes e que puderam ser analisados na íntegra. Conclusão: Existem diferentes tecnologias que possibilitam favorecer o autocuidado e promover a adesão ao tratamento, porém são necessários estudos mais aprofundados que relacionem aos custos e benefícios das TIC.

Palavras-Chave: Tecnologia de informação; Diabetes mellitus; Comunicação interdisciplinar.



Artigo

ABSTRACT - The increased prevalence of diabetes suggests an urgent need to innovate both management and prevention for the global population. The universalization of information and communication technologies (ICT) makes possible to use these resources in order to assist the diabetic patient in their self-care. Objective: To carry out an integrative review of the literature on information and communication technologies as an instrument of interdisciplinary care for diabetic patients. Methodology: Integrative review, through the search of articles in the following electronic databases: Latin American Literature in Health Sciences (LILACS), National Library of Medicine (PubMed) and Scientific Electronic Library Online (SciELO). Results: 85 articles were searched and 09 articles were selected after meeting the criteria. Conclusion: There are different technologies that allow self-care and promote adherence to treatment, but more in-depth studies are needed that relate to the costs and benefits of ICT.

Keywords: Information technology; Diabetes mellitus; Interdisciplinary communication.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é definido como um transtorno metabólico caracterizado por hiperglicemia e distúrbios do metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras (BRASIL, 2013). O DM ocorre quando o pâncreas produz pouca ou nenhuma insulina (DM tipo 1) ou, mais comumente, com a diminuição da produção e aumento da resistência periférica a insulina (DM tipo 2) (WHO, 2018).

Nas últimas três décadas, a prevalência do DM tipo 2 aumentou drasticamente nos países, independente do desenvolvimento econômico (WHO, 2018). De acordo com a Federação Internacional de Diabetes, em 2017 aproximadamente 435 milhões de adultos estavam vivendo com diabetes, e em 2045 esse número aumentará para 629 milhões (IDF, 2017). No Brasil, a Sociedade Brasileira de Diabetes estima que 6,9% da população está vivendo com diabetes, representando mais de 13 milhões de indivíduos (SBD, 2018).

O DM representa um problema de saúde pública devido a sua crescente prevalência e pela associação a outras condições como dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial. Para pessoas vivendo com diabetes o acesso ao tratamento com medicamentos e insulinoterapia é crítico para a sobrevivência. A característica principal da grande maioria dos indivíduos diagnosticados com DM tipo 2 é a obesidade central.



Artigo

Como estratégia de intervenção global foi acordada uma meta para deter o aumento do diabetes e da obesidade até o ano de 2025 (WHO, 2018).

Evidências mostram que o manejo adequado desse problema de saúde, ainda na Atenção Primária, pode evitar complicações e hospitalizações (BRASIL, 2013). Pesquisas clínicas têm apontado que é importante o controle do diabetes para que sejam prevenidas complicações levando a uma melhora quantitativa e qualitativa da vida desses pacientes (CAVICCHIOLI et al., 2016). Dentre as medidas de prevenção destacam-se: alimentação saudável, atividade física regular, manutenção da massa corporal e cessação do tabagismo. Para o controle do diabetes, além das medidas citadas, deve ser instituída terapia medicamentosa adequada, monitoramento da adesão, bem como o tratamento propriamente dito das complicações (WHO, 2018).

O DM tipo 2 requer mudanças em hábitos e desenvolvimento de comportamento para o autocuidado, os quais devem ser mantidos ao longo da vida. O indivíduo com diabetes, desde o diagnóstico, deve receber direcionamento com relação às mudanças no estilo de vida juntamente com a medicação (CAVICCHIOLI et al., 2016; WHO 2018). A educação para diabetes é a ferramenta principal para assegurar o autocuidado efetivo, possibilitando o paciente, familiares e cuidadores na promoção a manutenção dos hábitos e comportamentos (CAVICCHIOLI et al., 2016).

Educação em diabetes tornou-se a chave para o controle da doença, uma vez que promove o empoderamento do paciente, aumentando o autocuidado, a adesão ao tratamento e otimizando os custos da terapia (CAVICCHIOLI et al., 2016). Orientações claras e práticas sobre atitudes que possam melhorar seu controle glicêmico têm papel fundamental para o controle da doença (ARRAIS; CROTTI, 2015).

O aumento da prevalência do diabetes sugere uma necessidade urgente em inovar tanto o manejo quanto sua prevenção para a população global (STETSON; MINGES; RICHARDSON, 2017). A utilização emergente das tecnologias de informação e comunicação (TIC) como os dispositivos móveis, computadores e *tablets*, se apresenta como ferramenta educacional para melhorar o controle do diabetes. Uma mídia social acessível que possa fornecer apoio educacional e emocional no tratamento do diabetes para aqueles com limitações de transporte ou mobilidade, incluindo os idosos, seria algo bem recebido e utilizado por muitos pacientes (LEE; WHITLEY, 2014).

Considerando a importância do tratamento adequado do diabetes e as tecnologias atuais existentes, essa pesquisa tem como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura acerca das tecnologias de informação e comunicação enquanto instrumento de cuidado interdisciplinar ao paciente diabético.



Artigo

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que é considerada um método que possibilita sintetizar rigorosamente o conhecimento de um assunto específico baseado em estudos prévios, assim como apontar reflexões para aprofundamento em novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a construção desta revisão integrativa foram percorridas as seis etapas descritas por Mendes, Silveira e Galvão (2008): estabelecimento da questão de pesquisa, seleção dos artigos e critérios de inclusão, extração dos artigos incluídos na revisão, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão integrativa. A seleção dos artigos foi realizada por dois pesquisadores de forma independente, e se deu de acordo com as seguintes etapas: leitura dos títulos para uma seleção primária; leitura dos resumos para uma seleção secundária; leitura na íntegra; composição da amostra final apenas os artigos que relatavam o uso de alguma tecnologia da informação e comunicação para o cuidado ao paciente diabético.

A coleta de dados ocorreu no dia 01 de julho de 2018, utilizando os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “tecnologias da informação”, “diabetes”, “interdisciplinar” e seus respectivos termos na língua inglesa. Para a seleção dos artigos, foram consultadas as seguintes bases de dados eletrônicas: Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine* (PubMed) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Os critérios de inclusão do estudo foram: artigos disponíveis na íntegra publicados no período compreendido entre 01 de janeiro de 2014 a 01 de julho de 2018, em Português, Inglês e Espanhol, e que descrevessem a utilização de uma TIC no cuidado em diabetes, incluindo revisões de literatura. Os critérios de exclusão foram: artigos divergentes do tema identificado através do título e resumo, e com data de publicação fora do período pesquisado.

Para realizar a classificação do nível de evidência dos trabalhos foi empregada a categorização de Oxford Centre for Evidence-based Medicine (2018). Nesse critério, a evidência é classificada em 1a, 1b, 2a, 2b, 2c, 3a, 3b, 3c, 4 e 5.

Elaborou-se um quadro com os resultados obtidos contendo as seguintes variáveis: título, autor, periódico/local/ano, principais achados e nível de evidência (Oxford).

Uma vez que a pesquisa não envolveu intervenções e/ou experimentações em seres humanos, não foi necessária a submissão e aprovação do Comitê de Ética em



Artigo

Pesquisa, mas mantiveram-se os princípios éticos e legais com relação aos direitos autorais, mediante citações.

RESULTADOS

As buscas realizadas nas bases de dados retornaram 85 artigos sendo: 34 na base SciELO, 49 na PubMed e 2 na Lilacs. Foram selecionados para análise na íntegra 09 artigos que cumpriram os critérios de inclusão. Os artigos duplicados foram removidos.

Foram selecionados 03 artigos da base LILACS, 03 na PubMed e 03 da SciELO, publicados nos seguintes países: Brasil (04), Canadá (01), Colômbia (01), Estados Unidos (01), Peru (01) e Suíça (01). Segundo o ano de publicação, obteve-se a seguinte distribuição: 2014 (02), 2015 (04), 2016 (01) e 2017 (02). Em relação ao idioma de publicação: Português (04), Inglês (03), Espanhol (02).

Quanto ao conteúdo dos estudos, agrupam-se em revisões (03), desenvolvimento de uma ferramenta eletrônica (03), estudos longitudinais (02) e estudo transversal (01).

No Quadro 1 estão listadas as principais informações referentes aos estudos após a análise:



Artigo

Título	Autor	Periódico/Local/Ano	Principais achados	Nível de Evidência (Oxford)
Revisão: aplicativos para dispositivos móveis (“Apps”) na automonitorização em pacientes diabéticos	Ricardo Fernando Arrais, Pedro Luiz Reis Crotti	Journal of Health Informatics, São Paulo, 2015	Há boas perspectivas futuras sobre o uso de tecnologias para o controle do diabetes, e se faz necessário mensurar os benefícios	5
Uso y percepciones de las tecnologías de información y comunicación en pacientes con hipertensión arterial, dislipidemia o diabetes de um Hospital Nacional de Lima, Perú	Andrea C. Rivas-Nieto et al	Rev Peru Med Exp Salud Publica, Peru, 2015	Houve baixo uso das TIC entre a população do estudo, porém demonstraram interesse em receber informações e participar de programas de seguimento	4
Diabetes Food Control- Um aplicativo móvel para avaliação do consumo alimentar em pacientes diabéticos	Cristiano Baldo, et al	Revista Eletronica de Comunicação Informação Inovação Saúde, Passo Fundo-RS, Brasil, 2015	Identificou-se uma aceitação satisfatória ao aplicativo, comparado aos métodos tradicionais de papel	4
Capacity and willingness of patients with chronic noncommunicable diseases to use information technology to help manage their condition: a cross-sectional study	Arash Ehteshami Afshar et al	CMAJOpen, Canadá, 2014	De 1849 pessoas maiores de 40 anos pesquisadas, a maioria demonstrou interesse em utilizar o e-mail ou vídeo conferência como ferramenta	3B
Use of Social Media to Support Patients with Diabetes Mellitus	Rebecca Lee, Heather P. Whitley	The Consultant Pharmacist, Estados Unidos, 2014	Educação sobre diabetes disponível a todos da rede social, porém inviável de mensurar resultados sobre o benefício no tratamento	5



Artigo

New directions for diabetes prevention and management in behavioral medicine	Barbara Stetson, Karl E. Minges, Caroline R. Richardson	Journal Behavioral Medicine, Suíça, 2017	Há uma necessidade urgente em inovar o manejo e prevenção do diabetes para a população global	5
Ambiente virtual de avaliação de competências no manejo do Diabetes Mellitus	Edelci Cardoso da Silva, et al	Revista Brasileira de Educação Médica, Goiás- GO, Brasil, 2015	Com o uso da TIC, o instrumento foi desenvolvido e validado para utilização por profissionais e discentes	4
Aplicativos para adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: revisão integrativa da literatura	Fernanda Figueredo Chaves, et al	Acta Paul Enfermagem, Belo Horizonte- MG, Brasil, 2017	Dos 12 artigos selecionados, nenhum descreveu um aplicativo que integrasse todos os recursos examinados	5
Tecnologías de la información y la comunicación como herramienta educativa en pacientes com enfermedades crónicas no transmisibles en una IPS de la ciudad de Manizales	Dora I Molina-de Salazar et al	Médicas UIS, Colombia, 2016	Estudo longitudinal utilizando mensagens de texto. Houve melhora da dieta e adesão. Todos referiram melhora da qualidade de vida e autocuidado	4

Quadro 1- Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo título, autor, periódico/local/ano, principais achados e nível de evidência, n=9

DISCUSSÃO

A prevenção e o controle do diabetes é frequentemente uma tarefa complexa e desafiadora para os pacientes, familiares e profissionais de saúde. Atualmente, o aumento do uso da tecnologia, o fácil acesso aos dispositivos móveis e a internet de alta velocidade, permitiram o desenvolvimento de diversos aplicativos. A pesquisa em tecnologia e sua disponibilidade para o uso na saúde tem o potencial de melhorar a prevenção e o gerenciamento do diabetes quando mediada por intervenções no comportamento, como aquelas que estão prontamente acessíveis aos indivíduos, como aplicativos, para promover o autocuidado (ARRAIS; CROTTI, 2015; STETSON; MINGES; RICHARDSON, 2017).



Artigo

As pesquisas indicam que o aumento global do DM tipo 2 está relacionado ao aumento rápido do sobrepeso e obesidade, que é facilitado pela inatividade física, dieta inadequada e estilo de vida sedentário. A mudança no estilo de vida e no autocuidado são os componentes principais no cuidado em diabetes e pode resultar em exaustão aos pacientes e problemas na adesão ao tratamento. Geralmente os profissionais de saúde são treinados para realizar intervenções farmacológicas, e não abordam estratégias para mudança no comportamento e estilo de vida. Isso pode ocorrer como consequência do tempo de atendimento restrito durante o acompanhamento, o que gera uma limitação na decisão compartilhada do paciente sobre seu tratamento e seus hábitos de vida (STETSON; MINGES; RICHARDSON, 2017).

Silva et al. (2015) desenvolveram um instrumento a ser utilizado pelos profissionais médicos que permitisse avaliar seu conhecimento clínico no manejo do diabetes, como diagnóstico e tratamento. Com isso, essa TIC estaria auxiliando os mesmos na aquisição do conhecimento, por meio das experiências e casos clínicos disponibilizados. Dessa forma, ferramentas educativas podem complementar e integrar abordagens para promoção do autocuidado, atividade física, alimentação saudável e adesão ao tratamento, a fim de melhorar o controle do diabetes (STETSON; MINGES; RICHARDSON, 2017).

No estudo de Baldo et al. (2015) foi apresentado o aplicativo “Diabetes Food Control”, desenvolvido com o objetivo de auxiliar o controle nutricional dos pacientes diabéticos, em que os usuários podem adequar sua alimentação por meio de um questionário para marcadores do consumo alimentar, proposto pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Ministério da Saúde. Profissionais da área de Nutrição aprovaram o aplicativo através de um questionário padronizado, após a apresentação e manuseio dessa tecnologia. Essa TIC permite que os profissionais da área da Saúde possam realizar o diagnóstico nutricional e metabólico do paciente, desenvolvendo ações que promovam uma alimentação adequada.

Esses recursos eletrônicos têm sido utilizados como uma estratégia educativa para a prevenção de complicações do DM tipo 1, principalmente com o público jovem. Entre os principais recursos oferecidos, o aplicativo deve possibilitar a monitorização do índice glicêmico e da aplicação de insulina, bem como contemplar o registro da prática de atividade física e a contagem de carboidratos. É necessário que esses aplicativos sejam atraentes, de fácil utilização e permitam uma personalização para maior adesão das práticas de autocuidado (CHAVES et al., 2017).



Artigo

Um estudo realizado com 20 adolescentes de 14 a 16 anos apresentou resultados satisfatórios na monitorização glicêmica, com a utilização de um aplicativo, por um período de três meses, em que o adolescente podia transferir os dados do glicosímetro para o dispositivo móvel via *Bluetooth* (ZHOU et al., 2016). Outro estudo que utilizou metodologia semelhante sobre a função de transferência automática dos valores glicêmicos para o dispositivo móvel, além de produzir fotos de alimentos para facilitar a contagem de carboidratos e administração de insulina, apontou que os adolescentes obtiveram melhora no entendimento da sua condição crônica, favorecendo a adesão ao tratamento (FROISLAND; ARSAND; SKARDERUD, 2012).

Rivas-Nieto et al. (2015), em sua pesquisa realizada no Peru, obteve uma prevalência de pacientes com idade média de 60,5 anos, os quais apresentaram baixa adesão medicamentosa, principalmente causada pelo esquecimento, levando a uma alta porcentagem de controle glicêmico ruim. Investigou-se o uso e as percepções dos pacientes quanto ao uso das TIC para o controle das condições crônicas. Apesar dos resultados mostrarem um baixo nível de uso dessas tecnologias, mais da metade manifestaram estar dispostos a receber avisos e fazer parte de um programa de acompanhamento utilizando o celular e a internet para receber mais informações sobre a sua doença e, ainda, a maioria possuía um familiar que poderia auxiliar nesse processo.

O estudo peruano sugere intervenções como o envio de lembretes pelo celular ou internet para se tomar a medicação de forma a melhorar a adesão, assim como mensagens curtas e informativas sobre as doenças e seus cuidados, além de criar um sistema de monitoramento contínuo de valores de glicemia, pressão arterial, entre outros (RIVAS-NETP et al., 2015). Nessa perspectiva, outra pesquisa realizou intervenções via mensagem de texto por cinco meses com 68 pacientes, utilizando conteúdo educativo, gratuito, curto e compreensível, sobre nutrição, exercício físico, estresse e adesão ao tratamento. Ao final da pesquisa, não houve significância entre variáveis antropométricas e laboratoriais obtidas antes e após a intervenção. Porém, 59% dos pacientes reportaram melhora na adesão ao tratamento e todos manifestaram melhora na qualidade de vida (SALAZAR et al., 2016).

A utilização de mensagens de texto e voz possibilitou explicitar o benefício dessa tecnologia pelo baixo custo e pela capacidade de motivar os indivíduos a seguir um estilo de vida mais saudável, através de programas de acompanhamento. Os indivíduos pesquisados demonstraram satisfação com os resultados de melhora no autocuidado, adesão medicamentosa e conhecimento nutricional, o que impactou em melhoria na sua percepção de qualidade de vida (SALAZAR et al., 2016).



Artigo

Em contrapartida, a maioria dos canadenses submetidos a uma entrevista via telefone, a respeito do uso das TIC para o cuidado em diabetes, se interessaram em utilizar tecnologias como vídeo conferência e métodos que utilizassem e-mail para auxiliar no controle da sua condição crônica (AFSHAR et al., 2014).

A experiência de Lee e Whitley (2014) com a criação de uma página informativa dentro de uma rede social se baseou em fornecer educação e apoio contínuo às pessoas com diabetes, permitiu também envolver o público em geral, uma vez que os seguidores não necessitam ter o diagnóstico da doença e o acesso à página é livre. A estratégia se deu através da divulgação de tópicos relacionados ao diabetes por uma rede colaborativa de uma equipe multidisciplinar. A educação é parte integrante do gerenciamento do diabetes e as mídias sociais permitem que familiares, cuidadores e profissionais de saúde, possam envolver os pacientes de forma regular sobre os diferentes aspectos do cuidado em saúde.

CONCLUSÃO

O aumento do uso das TIC permite desenvolver ferramentas acessíveis para promover a educação em diabetes, a fim de melhorar o controle da doença através da adesão medicamentosa, o autocuidado, a alimentação saudável e a prevenção de complicações, por exemplo.

Os diferentes recursos disponíveis possibilitam personalizar o cuidado em diabetes para grupos específicos, avaliando a aceitação da tecnologia entre as faixas etárias, uma vez que predomina a população geriátrica e pode ser um desafio a incorporação de tecnologias mais complexas para essa população.

As pesquisas realizadas relatam o baixo custo da utilização das tecnologias, porém, sem detalhes aprofundados. São necessários estudos longitudinais em longo prazo, controlados e randomizados que permitam avaliar o impacto real sobre as variáveis clínicas, qualidade de vida, eficácia e manutenção dos resultados depois de finalizada a intervenção. São informações importantes para a saúde pública, e futuramente, pode demonstrar um esforço necessário para promover a adesão ao tratamento através de estratégias inovadoras.

É importante ressaltar, também, a necessidade de atualização dos profissionais de saúde, para estarem aptos à utilização dessas ferramentas eletrônicas de maneira interdisciplinar, de forma a promoverem intervenções mediadas pela tecnologia para



Artigo

otimizar o tratamento, incentivar a autonomia do paciente para o autocuidado e melhorar a adesão e o manejo da doença, prevenindo complicações.

REFERÊNCIAS

AFSHAR, A. E. et al. Capacity and willingness of patients with chronic noncommunicable diseases to use information technology to help manage their condition : a cross-sectional study. *Canadian Medical Association Journal Open* v. 2, n. 2, p. 51–59, 2014.

ARRAIS, R. F.; LUIZ, P.; CROTTI, R. Revisão: aplicativos para dispositivos móveis (“Apps”) na automonitorização em pacientes diabéticos. **Journal of Health Informatics**. v. 7, n. 4, p.127-33, 2015.

BALDO, C.; ZANCHIM, M. C.; KIRSTEN, V. R. Diabetes Food Control – Um aplicativo móvel para avaliação do consumo alimentar de pacientes diabéticos Diabetes Food Control - A mobile application to evaluate the food consumption by diabetic patients Diabetes Food Control - Una aplicación móvil para la evaluación de la ingesta de alimentos por pacientes diabético. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. v. 9, n. 3, p. 1–12, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. 1ª Edição. Local: Brasília. Editora Ministério da Saúde, 2013. 160 páginas.

CAVICCHIOLI, M. G. S. et al. The Contribution of Diabetes Education in the Treatment of People with Type 2 Diabetes and Risk of Cardiovascular Disease. **Current Atherosclerosis Reports**, p. 1–5, 2016.

CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. Oxford Centre for Evidence-based Medicine – Levels of Evidence 2009 Disponível em: <https://www.cebm.net/2009/06/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/> Acessado em: 20 de agosto de 2018.



Artigo

CHAVES, F. F. et al. Aplicativos para adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 : revisão integrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 30, n. 5, p. 565–572, 2017.

FROISLAND, D.; ARSAND, E.; SKARDERUD, F. Improving diabetes care for young people with type 1 diabetes through visual learning on mobile phones: Mixed-methods study. **Journal of Medical Internet Research**. v. 14, n. 4, p. 111, 2012.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Diabetes Atlas Eighth edition 2017. Disponível em: <https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes/facts-figures.html> Acessado em: 02 de agosto de 2018.

LEE, R.; WHITLEY, H. P. Student Forum. Use of Social Media to Support Patients with Diabetes Mellitus. *The Consultant Pharmacist* v. 29, n. 1, p. 53–57, 2014.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

RIVAS-NIETO, A.C.; MÁLAGA, G.; RUIZ-GROSSO, P.; HUAYANAY-ESPINOZA, C.A; CURIOSO, W.H. Uso y percepciones de las tecnologías de información y comunicación en pacientes con Hipertensión arterial, dislipidemia o diabetes de un Hospital nacional de lima, Perú. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**. v. 32, n. 2, p. 283-8, 2015.

SALAZAR, D. I. M.; ESPARZA-ALBORNOZ, A. S. Artículo Original Tecnologías de la información y la comunicación como herramienta educativa en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en una IPS de la ciudad de Manizales. **Revista Médicas Universidad Industrial de Santander**. v. 29, n. 2, p. 59-70, 2016.

SILVA, E.C.D.; TALEB, A.C.; COSTA, N.M.D.S.C. Ambiente Virtual de Avaliação de Competências no Manejo do Diabetes Mellitus. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 39, n. 3, p. 470-478, 2015.



Artigo

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. O que é diabetes? Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/publico/diabetes/oque-e-diabetes> Acessado em: 02 de agosto de 2018.

STETSON, B. et al. HHS. New directions for diabetes prevention and management in behavioral medicine. **Journal of Behavioral Medicine**. v. 40, n. 1, p. 127–144, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. How can the burden of diabetes be reduced? Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> Acessado em: 02 de agosto de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. What is diabetes? Disponível em: <http://www.who.int/diabetes/en/> Acessado em: 02 de agosto de 2018.

ZHOU, W.; CHEN, M.; YUAN, J.; SUN, Y. Welltang – A smartphone-based diabetes management application – Improves blood glucose control in Chinese people with diabetes. **Diabetes Research and Clinical Practice**. 116:10-1, 2016.



Artigo

**QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES E JOVENS VIVENDO COM
HIV/ AIDS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

**QUALITY OF LIVING OF ADOLESCENTS AND YOUNG PEOPLE LIVING
WITH HIV / AIDS: AN INTEGRATING REVIEW**

Rebeca Rocha Carneiro¹

Rubia Dayane Fontes Monteiro²

Allan Batista Silva³

Hemílio Fernandes Campos Coêlho⁴

Anna Alice Figueiredo de Almeida⁵

Caliandra Maria Bezerra de Luna Lima⁶

RESUMO - Este estudo tem como objetivo analisar como a literatura científica discorre sobre a qualidade de vida de adolescentes e jovens vivendo com HIV e AIDS e quais os métodos utilizados para avaliar essa condição. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão integrativa da literatura. O levantamento dos estudos foi mediante a busca nas

¹ Mestranda pelo Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil. Rua Capitão Antônio Mendes de Sousa Neto, 252, Apto 2903, Miramar, João Pessoa, PB, Brasil. CEP:58032-063. Contato: (83) 98842-8841. E-mail: rebecamachadorocha@hotmail.com

² Mestranda em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.

³ Doutorando em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.

⁴ Doutor em Estatística pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.

⁵ Doutora em Psicobiologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.

⁶ Doutora em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.



Artigo

bases de dados: LILACS, PubMed, MEDLINE, Cochrane, Scielo. Para seleção da amostra foram adotados os seguintes critérios de elegibilidade: estudos originais, publicados em qualquer período e que discorressem acerca de qualidade de vida de adolescentes e jovens que vivem com HIV e AIDS, com texto completo disponível *online* na base de dados, nos idiomas, inglês português e espanhol. A partir da estratégia de busca foram identificados 419 produções e destas foram selecionados 6 estudos. A análise evidenciou as seguintes categorias temáticas: Domínios de qualidade de vida com maiores e menores escores, instrumentos utilizados para avaliação da qualidade de vida e fatores intervenientes que influenciam na qualidade de vida. Considerou-se que a investigação realizada, demonstra à necessidade de uma maior ênfase sobre a temática, pautada na escassez de evidências científicas, podendo assim, embasar a prática profissional na área da saúde.

Palavras-chave: Qualidade de vida; HIV; Adolescente; Adulto jovem.

ABSTRAC - This study aims to analyze how the scientific literature discusses the quality of life of adolescents and young people living with HIV and AIDS and what methods are used to evaluate this condition. It is a descriptive study, of the type integrative review of the literature. The study was carried out by searching the databases: LILACS, PubMed, MEDLINE, Cochrane, Scielo. In order to select the sample, the following eligibility criteria were adopted: original studies, published in any period, and discussing the quality of life of adolescents and young people living with HIV and AIDS, with full text available online in the languages, English Portuguese and Spanish. From the search strategy, 419 productions were identified and 6 studies were selected. The analysis revealed the following thematic categories: domains of quality of life with higher and lower scores, instruments used to evaluate the quality of life and intervening factors that influence the quality of life. It was considered that the research carried out demonstrates the need for a greater emphasis on the subject, based on the scarcity of scientific evidence, and can thus base the professional practice in the health area.

Keywords: Quality of life; HIV; Adolescent; Young adult.



Artigo

INTRODUÇÃO

Aproximadamente 36,9 milhões de pessoas viviam com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e desenvolveram a Síndrome da imunodeficiência Adquirida (AIDS) no mundo, no ano de 2017, de acordo com estimativas da *Joint United Nations Program on HIV/AIDS* (UNAIDS). Desde o início da epidemia 35,4 milhões de pessoas morreram por causas relacionadas à AIDS e 77,3 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV (UNAIDS, 2018).

De acordo com o Boletim Epidemiológico Nacional em HIV/AIDS, até junho de 2017 foram registrados 882.810 casos de AIDS no país, dos quais, 576.245 (65,3%) eram homens e 306.444 (34,7%) mulheres. Quando comparados os anos de 2007 e de 2017, observam-se reduções nas taxas de detecção entre os indivíduos com até 14 anos de idade, em ambos os sexos. Nas demais faixas etárias, a taxa de detecção entre os homens é superior, sendo três vezes maior do que entre as mulheres, no último ano, para as faixas etárias de 20 a 24 e de 25 a 29 anos. Entre os homens, nos últimos dez anos, destaca-se o aumento em adolescentes de 15 a 19 anos e em jovens de 20 a 24 anos, observando-se um incremento da taxa de detecção entre aqueles de 15 a 19 anos de 3,0 para 7,0, correspondendo um aumento de 133,33% e na faixa etária de 20 a 24 anos de 15,6 para 36,2, o que corresponde um aumento de 132,05 % (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

O contexto atual da epidemia do HIV/AIDS demonstra maior vulnerabilidade de segmentos populacionais que acumulam múltiplas formas de exclusão e que mais necessitam de cuidado e proteção social, como os jovens. As condições de vulnerabilidade social a que estão expostos os jovens, somadas a seu momento de desenvolvimento psicossocial faz com que seja prioritário o desenvolvimento de ações de prevenção junto a este grupo. A adolescência é um processo de mudanças que assume particularidades influenciado por gênero, sexualidade, autoestima, relacionamentos, independência dos pais e impacto psicológico das mudanças físicas, psicológica, social e cognitiva sobre o jovem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Nesse escopo, a população de adolescentes e jovens possui vulnerabilidade à infecção pelo vírus do HIV, uma vez que nesse período acontece a iniciação sexual desses indivíduos ou contato com vias de transmissão por meio de perfuro cortantes (drogas injetáveis), oportunizando a falta de prevenção e contágio pelo vírus. Em adolescentes a transmissão pode ser dividida em dois grupos: os infectados pelo HIV pela transmissão vertical e os infectados pela transmissão horizontal, os que se infectaram por relações sexuais desprotegidas e uso de drogas injetáveis sem os devidos cuidados.



Artigo

O perfil epidemiológico da doença (AIDS) está se modificando nos últimos anos tanto em nível mundial quanto nacional. Com a disponibilização da terapia antirretroviral no Brasil, a partir de 1996, a história natural desse agravo vem sofrendo intensas modificações, com o aumento da sobrevivência dos pacientes em função da recomposição das funções do sistema imunológico e da redução das infecções oportunistas – IO. (PELLINI et al., 2012).

Com o aumento da sobrevivência proporcionado pela terapia antirretroviral, as pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) passaram a ter preocupações não só com a capacidade do tratamento de aumentar seus anos de vida, mas também com a sua qualidade de vida. Estudos demonstram uma correlação positiva entre a adesão ao tratamento e à qualidade de vida, pessoas com maior qualidade de vida apresentam maior tendência à adesão ao tratamento. A qualidade de vida e a adesão ao tratamento estão associadas à carga viral, ao estágio da doença e aos sintomas. Logo, a não adesão ao tratamento está associada a uma carga viral maior, que, por sua vez, está associada a escores de qualidade de vida mais baixos e menor tempo de sobrevivência (GEOCZE et al., 2010).

Isso posto, a infecção pelo HIV e todas as consequências do tratamento e estigmatização social podem interferir na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids. Diante disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS), com o intuito de subsidiar o desenvolvimento de um instrumento adequado para a avaliação da qualidade de vida, definiu que, a QV é a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e no sistema de valores, nos quais, ele vive e, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL HIV Group, 2003). Evidenciaram-se de forma complexa, os aspectos físicos, psicológicos, de relacionamento, crenças e suas relações com o meio em que o mesmo está inserido.

O que torna o HIV único em termos de seu impacto sobre a QV é o grande número de fatores inter-relacionados, como: a possibilidade de viver diante de situações de abandono, falta de recursos sociais e econômicos, quebra de relações afetivas, além da possibilidade de maior transtorno com a sexualidade (Brito; Castilho; Szwarcwald, 2001). Partindo desse entendimento, a QV é um conceito complexo, abstrato e multidimensional, que perpassa em diferentes perspectivas.

Diante do exposto, o presente estudo busca respostas para o seguinte questionamento: qual o impacto da infecção pelo HIV na qualidade de vida de adolescentes e jovens vivendo com esse agravo? Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo analisar como a literatura científica discorre sobre a qualidade de vida de



Artigo

adolescentes e jovens vivendo com HIV e aids e quais os métodos utilizados para avaliar essa condição.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma revisão da literatura do tipo revisão integrativa sobre a qualidade de vida de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV. A revisão integrativa é um método de revisão mais amplo, pois permite incluir literatura teórica e empírica bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa). Os estudos incluídos na revisão são analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo que o leitor analise o conhecimento pré-existente sobre o tema investigado (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

A construção desta revisão integrativa contou com cinco etapas: (1) identificação do tema; (2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; (3) avaliação dos estudos incluídos na presente revisão integrativa; (4) interpretação dos resultados e (5) apresentação da revisão.

A questão norteadora escolhida foi: O que a literatura científica aponta quanto ao impacto da infecção pelo HIV na qualidade de vida de adolescentes e adultos jovens vivendo com esse agravo?

Logo em seguida, prosseguiu-se a etapa de coleta de dados realizada no mês de novembro e dezembro de 2018. As bases de dados consultadas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), Cochrane e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Nessas bases de utilizou-se o seguintes termos: “Qualidade de Vida”, “Adolescentes”, “HIV” e “Adulto jovem” e seus correspondentes em inglês: “*Quality of life*”, “*adolescente*” e *young adult*”. Ressalta-se que esses termos foram obtidos através de consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (decs.bvs.br). O operador booleano utilizado para sistematizar a pesquisa foi o AND.

Foram adotados como critérios de elegibilidade: estudos do tipo originais, disponíveis na íntegra on-line nas bases de dados em estudo e que fossem de livre acesso, publicados no período de 2000 a 2019, nos idiomas de português, inglês e espanhol. Foram excluídos os estudos duplicados e que não responderam a questão do estudo.

A etapa da avaliação dos estudos contou com a leitura dos títulos e resumos dos trabalhos encontrados em cada busca, onde foram descartados aqueles que não se



Artigo

enquadravam ao tema e aos critérios de inclusão. Os artigos com potencial para compor a amostra da revisão integrativa foram obtidos e analisados na íntegra, sendo finalmente incluídos apenas aqueles que contemplavam a proposta da presente revisão integrativa. Ressalta-se que adicionalmente, para ampliar ainda mais a busca e objetivando a saturação dos dados, foram incluídos trabalhos após examinadas as listas das referências dos estudos selecionados.

Dessa forma a amostra da presente revisão integrativa contou com 6 estudos. A partir desses estudos foram levantadas as seguintes informações: o título dos estudos; autores; periódicos; ano de publicação; objetivos, instrumentos utilizados, testes estatísticos, procedência, características metodológicas e conclusão relacionados ao tema. Por fim, os dados foram comparados e analisados à luz da literatura pertinente ao tema investigado.

RESULTADOS

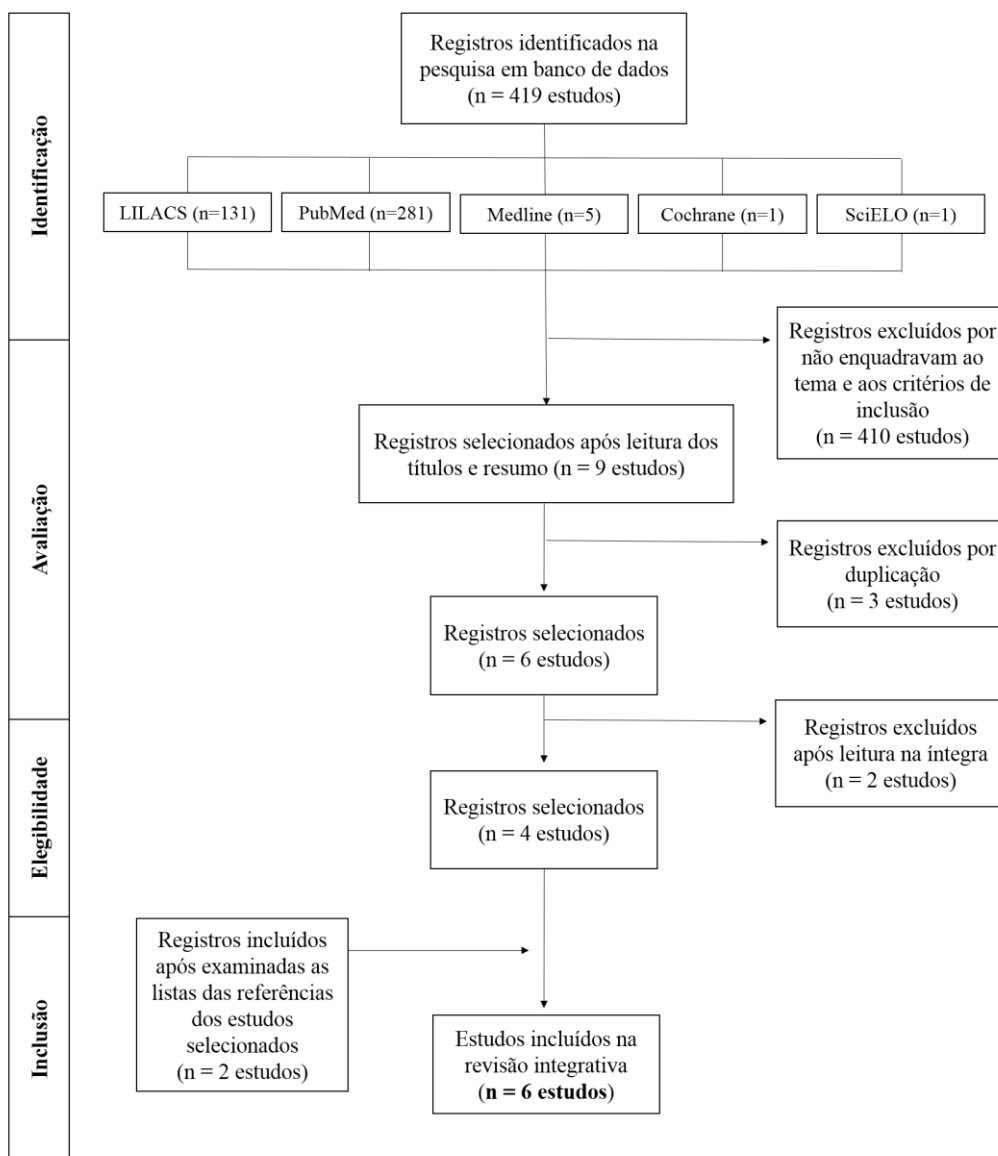
A avaliação do impacto da infecção pelo HIV na qualidade de vida de adolescentes e adultos jovens vivendo com esse agravo direcionou o desenvolvimento dos resultados deste estudo.

De acordo com os descritores selecionados e a busca nas bases de dados resultou em 281 artigos na base PubMed, 131 na LILACS, 05 na MEDLINE e 1 na Cochrane e na Scielo. Após leitura dos títulos e resumos, selecionaram-se 09 estudos. Todavia, entre estas publicações, existiam estudos repetidos os quais foram retirados, ficando apenas 06 estudos, destes, poucos responderam a questão norteadora, que após leitura na íntegra, apenas 04 publicações foram selecionadas e para ampliar ainda mais a busca e objetivando a saturação dos dados foi feita uma busca no referencial bibliográfico dos estudos selecionados, onde foram incluídos mais 02 artigos para compor a amostra, passando a constituir a amostra, 06 estudos para presente investigação, conforme a [Figura 1](#).



Artigo

Figura 1: Fluxograma de seleção dos estudos para a construção da revisão integrativa.



Artigo

Conforme descrito no Quadro 1, foram analisadas nos estudos as variáveis: ordem e título, autor principal, periódico, ano, objetivo, instrumento utilizado e conclusão.

Quadro 1: Distribuição das referências incluídas na revisão integrativa, de acordo com ordem e título, autores, periódicos e ano de publicação. Brasil, 2018.

ORDEM	TÍTULO	PERIÓDICO	ANO	OBJETIVO	INST. UTILIZADO	CONCLUSÃO
A1	Qualidade de vida de crianças e adolescentes infectados pelo hiv1	Cienc Cuid Saúde	2015	Avaliar a qualidade de vida de crianças e adolescentes infectados pelo HIV por transmissão vertical, segundo a visão da criança e a do cuidador.	- Instrumento genérico sobre qualidade de vida pediátrica (PedsQL 4.0); - Instrumento com investigação sócio demográfica	A evidência de menores escores nos domínios emocional e escolar. Verificou-se que os maiores escores foram relacionados aos domínios social e físico.
A2	An evaluation of quality of life and its determinants among people living with HIV/AIDS from Southern Brazil	Cad. Saúde Pública	2015	Avaliar a qualidade de vida e seus fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS em um centro de referência regional para o tratamento desta enfermidade no Sul do Brasil.	- Instrumento genérico sobre qualidade WHOQOL-HIV Bref; - Instrumento para avaliação Clínica e investigação de aspectos sócio demográfica.	Os achados do estudo demonstram que a QV é influenciado por fatores do domínios físico e biológico e estava relacionado às questões econômicas e sociais. Fatores psicossociais devem ser incluídos na avaliação



Temas em Saúde

Volume 19, Número 5

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

						física e clínica, dada influência com os domínios da qualidade de vida.
A3	Avaliação da qualidade de vida em adolescentes vivendo com HIV/Aids acompanhados em um centro de referência do Município de São Paulo	Dissertação	2013	Avaliar a qualidade de vida em adolescentes vivendo com HIV/Aids e sua correlação com fatores sócio-demográficos e clínicos.	-Quality of Life Assessment. - Questionário sociodemográfico. - Instrumento para avaliação clínica.	Não houve diferença estatisticamente significativa ao se compararem as médias dos escores dos diferentes domínios e as características sociodemográficas, clínicas e de tratamento, apresentando bons escores de qualidade de vida.
A4	Poor health-related quality of life and abnormal psychosocial adjustment in Italian children with perinatal HIV infection receiving highly active antiretroviral treatment	AIDS Care	2010	Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), competência social e problemas comportamentais em crianças com infecção perinatal pelo HIV recebendo terapia antiretroviral	- Instrumento genérico sobre qualidade de vida PedsQL 4.0; - Child Behavior Checklist (CBCL)	O estudo aponta redução no domínio físico e saúde psicossocial, particularmente na escola, em comparação com indivíduos saudáveis. Avaliação mediante o uso do CBCL revelou graves limitações



QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES E JOVENS VIVENDO COM HIV/ AIDS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Páginas 522 a 541

Artigo

				altamente ativa (HAART)		prejudicando a capacidade social.
A5	Quality of life of HIV-infected children in Brazil	Medigraphic	2009	Investigar a relação entre QV, a contagem de linfócitos T CD4, carga viral, estado de SIDA e terapia anti-retroviral (TAR) com especial ênfase na HAART.	Instrumento de avaliação Geral de Saúde para Crianças e sintomas GHAC).	Os indivíduos com HIV com contagens elevadas de CD4 e carga viral apresentaram associação positiva em alguns domínios.
A6	Quality of Life and Psychosocial Functioning of HIV Infected Children	Indian Journal of Pediatrics	2010	Avaliar a qualidade de vida (QV) e os problemas psicossociais de crianças infectadas pelo HIV	Pediatric Quality of Life Inventory	A qualidade de vida e o funcionamento psicossocial é razoavelmente bom em crianças com infecção pelo HIV.

Legenda: INST.= Instrumento; Fonte: Pesquisa Direta, 2018.

No que se refere aos aspectos metodológicos descritos nos artigos e dissertação investigada, optou-se pela classificação adotada por Gil (2008) referente ao período de seguimento, objetivos e delineamento da pesquisa, constatando que, 100% dos estudos em destaque utilizaram instrumentos genéricos de avaliação de qualidade de vida, quatro (66,67%) utilizaram questionários de caracterização sociodemográfica, quatro (66,67%) utilizaram instrumentos de avaliação clínica e apenas um (16,67%) utilizou roteiros de entrevistas.

No quesito caracterização metodológica dos estudos observou-se que a tipologia transversal foi utilizada por todos os artigos, quanto aos objetivos, a pesquisa descritiva foi a mais utilizada, em seis estudos e apenas uma descritiva-exploratória. Quanto ao



Artigo

delineamento da pesquisa, o levantamento de campo foi o único aplicado em todos os estudos.

Com relação à procedência dos estudos que compuseram a amostra desta investigação, foram identificados quatro estudos no Brasil (66,67%) e dois estudos internacionais (33,33%).

Quanto aos testes estatísticos utilizados para analisar a validação, ajuste dos modelos, adequabilidade dos estudos, bem como, variáveis independentes que explicam o desfecho “qualidade de vida”, observou-se que, (14,29%) utilizaram o teste t-student a fim de formular uma hipótese nula, (14,29%) utilizaram o modelo de regressão multivariada a fim de unificar várias variáveis independentes para explicar a qualidade de vida dessa população, já os testes não paramétricos de, Mann Whitney (14,9%), Kruskal-Wallis (7,14%), qui quadrado (14,29%), Fisher e Wilconx Rank, ambas com (7,14%), foram utilizados para fazer comparação de grupos.

DISCUSSÃO

Para uma melhor compreensão do assunto abordado originaram-se três categorias de resultados, que permitiram uma melhor apresentação das evidências científicas sobre, qualidade de vida de adolescente e jovens vivendo com HIV/Aids, sendo elas: Domínios de qualidade de vida com maiores e menores escores, instrumentos utilizados para avaliação da qualidade de vida e fatores intervenientes que influenciam na qualidade de vida.

Categoria 1: *Domínios de qualidade de vida com maiores e menores escores*

Definir qualidade de vida tem se tornado uma tarefa quase que impossível, pois não existe um consenso entre os pesquisadores por ser um termo com expressão multifatorial que engloba aspectos relacionados a capacidade física, interação social, situação econômica, estado emocional, atividade intelectual e uma percepção individual do seu estado de saúde. Desta forma, pesquisadores concordam que a QV é um termo com características polissêmicas, amplo, subjetivo e dinâmico (LANDEIRO et al. 2011). Apesar da subjetividade do termo, a OMS considera que a QV envolve seis domínios: saúde física, psicológica, relações sociais, nível de independência, meio ambiente e padrão espiritual.



Artigo

Esta pesquisa encontrou que 3 artigos selecionados, não revelou redução nas médias dos escores dos domínios que avaliam a QV nesse grupo populacional, sendo eles: **A3** (OLIVEIRA, 2013), **A5** (DINIZ; PINTO, 2009). e **A6** (DAS et al., 2010). O estudo **A5**¹³ ao comparar grupos populacionais com e sem a presença do vírus HIV e sua relação com aspectos clínicos, como: carga viral, linfócitos T CD4 e uso da terapia antirretroviral, demonstrou que contagens elevadas de CD4 e baixa carga viral apresentam associação positiva em alguns domínios (DINIZ; PINTO, 2009). O estudo **A6** ao avaliar a QV e os problemas psicossociais, revelou que a QV é razoavelmente bons junto a crianças e adolescentes que vivem com o vírus HIV sem influenciar no funcionamento psicossocial (DAS et al., 2010). Já os domínios que investigam a qualidade de vida mais prejudicados, com menores escores, foram apontados em 3 estudos desta revisão, **A1** (OLIVEIRA, 2015), **A2** (PASSOS; SOUZA, 2015). e **A4** (BOMBA et al, 2010) sendo os domínios físico, psicológica/emocional e social os mais afetados.

No domínio emocional, os fatores investigados foram frequência do medo, tristeza, raiva, alteração no padrão do sono e preocupação com o futuro. Em um estudo a alta frequência de sintomas de ansiedade foi observada em amostra de jovens infectados pelo HIV (FAWZI et al., 2009).

O fato dos aspectos psicossociais terem sido o mais afetado pode estar relacionado ao estigma atrelado à infecção, levando a negação do diagnóstico e a dificuldade na aceitação do agravo. Além disso, observa-se o impacto ocasionado nos indivíduos diagnosticados, com uma concepção da potencialidade do vírus levar a morte. Outros sentimentos como o medo da rejeição, a falta de esperança e até mesmo a depressão e o desejo de autoextermínio também estão presentes. Todos eles podem afetar a saúde psicológica dos infectados (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011). Atrelado a esta condição, existem as próprias alterações psíquicas, biológicas, emocionais e socioculturais decorrentes do adolecer que afetam mesmo os indivíduos que não são portadores do vírus, e também são considerados como fatores de risco para a ocorrência de agravos psíquicos.

Nessa perspectiva estudos apontam que viver com HIV/Aids potencializa o medo de sofrer rejeições decorrente do estigma da doença e exclusão social gerando restrição de aspirações futuras, oriundo de fatores como: preconceito, desconhecimento, medo, ansiedade e injúria, o que implica em possíveis transtornos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A avaliação neuropsicológica de jovens infectados pelo HIV tem sido demonstrada pela literatura como fundamental no tratamento, principalmente entre



Artigo

aqueles pacientes que apresentam problemas de comportamento e emocionais (SALAM, 2013).

Em um estudo realizado por Reis (2008) o impacto da infecção pelo HIV/Aids nas relações sociais e na saúde psicológica e no domínio físico, dos indivíduos acometidos por este agravo, o uso da TARV proporcionou sentimentos positivos na saúde psicológica, proporcionando a desconstrução da ideia de morte iminente, advinda ao diagnóstico de portador do HIV/Aids e a construção de melhores possibilidades de viver.

Categoria 2: *Instrumentos utilizados para avaliação da qualidade de vida em indivíduos vivendo com HIV/Aids*

O fato de não haver um consenso sobre o conceito de qualidade de vida constitui um grande problema no desenvolvimento de instrumentos de avaliação da qualidade de vida. Porém, vários instrumentos, têm sido elaborados, pela necessidade de demonstrar efetividade, visando à fidedignidade dos dados.

A presente pesquisa identificou que entre os instrumentos existentes que avaliam a qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids foram utilizados nos estudos que compõem essa revisão: Pediatric Quality of Life Inventory, PedsQL 4.0, Child Behavior Checklist (CBCL), Quality of Life Assessment e o WHOQOL-HIV Bref.

Atualmente, existem diversos instrumentos específicos para avaliar a qualidade de vida na AIDS como: Medical Outcomes Questionnaire adaptado para HIV (questionário de desfechos médicos, MOSHIV), AIDS Health Assessment Questionnaire (questionário de avaliação de saúde, AIDS-HAQ), HIV-QOL Questionnaire (questionário de qualidade de vida, HIV-QL31), General Health SelfAssessment (auto-avaliação da saúde geral, GHSA), The Miami Pediatric Quality of Life Questionnaire: Parent Scale (escala paterna do questionário pediátrico de qualidade de vida de Miami, MPQoL), HIV Symptom Index (índice de sintomas do HIV, HIV-SI), Living with HIV (convivendo com o HIV, LWH), Multi-Dimensional Quality of Life Questionnaire for HIV/AIDS (questionário multi-dimensional de qualidade de vida para HIV/AIDS, MQoL-HIV), HIV Overview of Problems — Evaluation System (sistema de avaliação — panorama de problemas do HIV, HOPES), Functional Assessment of HIV Infection (avaliação funcional da infecção por HIV, FAHI) e (HIV/AIDS-Targeted Quality of Life (qualidade de vida focada no HIV/AIDS, HAT-QoL). Todos esses instrumentos foram gerados em língua inglesa e testados primeiramente em países desenvolvidos. Entre esses



Artigo

questionários, o único cujos domínios foram construídos totalmente a partir de sugestões de pacientes com HIV/AIDS foi o HAT-QoL (SOÁREZ, 2009).

Partindo do conceito adotado pela OMS, que QV é entendida como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK, 2008). A OMS empenhou-se na construção de um instrumento que avaliasse a qualidade de vida, tanto na forma global, quanto em função de aspectos específicos, como o “*The World Health Organization Quality of Life Project*”, que em sua versão abreviada (“*brief*”), ficou conhecido como “WHOQOL-HIV-Bref”, constituindo mais um instrumento de avaliação de qualidade de vida desse grupo populacional.

Em um estudo de revisão integrativa, onde se tinha como objetivo revisar a qualidade das medidas de avaliação da qualidade de vida utilizadas por crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids, quanto as técnicas de geração de itens, propriedades do instrumento, incluindo confiabilidade, validade e responsividade, constatou-se que, dentre os instrumentos analisados, AUQUEI, KINDL, (HIV-PARSE) e (HI, SWED-QUAL), embora quase todas as medidas de avaliação demonstrasse propriedades psicométricas adequadas, apenas um terço demonstraram todos os aspectos da validade, e menos da metade demonstrou capacidade de resposta. Apesar das limitações observadas, o AUQUEI ou o SWED-QUAL parecem a melhor medida genérica atualmente disponíveis, e o MQOL-HIV a medida específica da doença preferido, pelo menos para uso com adolescentes mais velhos / jovens adultos (GARVIE et al., 2009).

Categoria 3: *Fatores intervenientes que influenciam na qualidade de vida*

A população jovem apresenta características biopsicossociais que os tornam vulneráveis a determinadas doenças, principalmente ao HIV/Aids, devido ao comportamento sexual de risco. Para tanto, observa-se que essa infecção encontra-se em franca expansão nesse grupo populacional, estabelecendo dessa forma uma tendência de juvenização da epidemia (AMARAL, 2016).

Sabe-se ainda que não é nada fácil ser portador de uma doença crônica em qualquer fase da vida, especialmente quando se trata de HIV/Aids, que é uma doença que traz consigo o estado de medo quanto ao futuro e de discriminação por parte das demais pessoas¹². O viver com o HIV/Aids gera um estresse crônico e resulta no enfrentamento de diversas situações que colaboram para o comprometimento do bem-estar e da qualidade de vida DOMINGUES; OLIVEIRA; MARQUES, 2018). Dessa forma,



Artigo

compreender a qualidade de vida dos indivíduos com essa infecção, em especial adolescentes e adultos jovens, se faz de fundamental importância, pois permite conhecer a real repercussão da doença nos diversos setores da vida (OLIVEIRA et al., 2015).

Como já foi observado anteriormente, a qualidade de vida dos adolescentes e adultos jovens sofre impactos negativos frente a infecção por HIV/Aids, principalmente nos domínios físico, psicológica/emocional e social. Além disso, o estudo **A2** mostrou que os pacientes do sexo feminino tiveram baixos escores no nível psicológico e espiritual (PASSOS; SOUZA, 2015).

As mulheres com HIV/Aids são ainda mais vulneráveis ao comprometimento da qualidade de vida devido as diferenças encontradas nos aspectos culturais, sociais e econômicos de uma sociedade. A dependência econômica e emocional do parceiro, o baixo nível educacional, a falta de autonomia sobre seu corpo, a comercialização e violência sexual, e as dificuldades no relacionamento, como a negociação do uso de preservativo durante a relação sexual, são um dos fatores que contribuem ainda mais para uma baixa qualidade de vida entre mulheres jovens portadoras do vírus (GASPAR et al., 2011).

O *status* socioeconômico também contribui significativamente na qualidade de vida dos pacientes com o HIV/Aids. Isso ficou claro nos artigos **A1**, **A2** e **A3**, onde os mesmos mostraram que quanto maior as condições socioeconômicas das famílias, melhor a qualidade de vida dos jovens com a doença. Essa relação se justifica pois na maioria das vezes as famílias de baixa renda tendem a apresentar dificuldades no acesso as melhores condições de moradia, alimentação e serviços de saúde (MEDEIROS et al., 2017).

Segundo o estudo **A3**, o HIV/Aids é uma das doenças crônicas de maior estigma, pois na sociedade essa enfermidade é percebida como letal, que pode colocar em risco a saúde de outras pessoas, onde o seu estado de saúde pode torna-se aparente a terceiros. Diante disso, muitos cuidadores ocultam a doença para o adolescente, podendo assim prejudicar a adesão ao tratamento antirretroviral (OLIVEIRA, 2015).

A associação da medicação com o fato de estar doente estão correlacionados ao sofrimento psicológico dos jovens, interferindo na capacidade de desenvolver as atividades diárias, como o bom desempenho escolar, tal fator esteve expresso nos estudos **A2**, **A4** e **A5**. No estudo **A1** outro fator observado por parte dos cuidadores investigados foi a baixa qualidade de vida dos jovens no domínio escolar, pois muitos dos jovens apresentam déficit de atenção, dificuldade de acompanhar a turma e falta de motivação. Somando-se a isso, tem o sofrimento vivido por parte desses jovens em relação a



Artigo

discriminação e a marginalização, resultando no isolamento social (PASSOS; SOUZA, 2015).

Por esses e outros motivos que, atualmente, a maior preocupação para com as pessoas portadoras do HIV/Aids, não se refere apenas a eficácia do tratamento, mas também a melhoria da autoestima e do convívio interpessoal. Além disso, para a tomada de decisão em saúde é necessário a identificação dos fatores que interferem na qualidade de vida das pessoas portadoras do HIV/Aids no geral, para assim efetivar melhor as estratégias de cuidado e otimizar a utilização dos serviços de saúde (DOMINGUES; OLIVEIRA; MARQUES, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu observar que a produção científica acerca da qualidade de vida de adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids é baixa tendo em vista que os artigos estritamente relacionados a temática são escassos nas diversas bases de dados. Portanto mensurar a QVRS de adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids é indispensável por permitir conhecer suas necessidades, percepções, medos, aspirações e dificuldades vivenciadas em relação a sua condição. Diante deste aspecto, conhecer e compreender as condições físicas, psicológicas e sociais, que envolvem o adolescente e jovem, pode representar uma ferramenta importante e indispensável para abordagem desse grupo populacional, em especial para os que vivem com esse agravo.

Os instrumentos genéricos específicos de avaliação da qualidade de vida dos indivíduos que vivem com HIV/Aids vem sendo amplamente utilizados pelos pesquisadores, gerando assim, uma maior precisão nos estudos e confiabilidade nos resultados obtidos. Estes estudos indicados abordam a dimensão física, emocional, social e psicológica, deixando uma lacuna no conhecimento produzido no que se refere à dimensão cultural e espiritual/religiosa desse grupo.

Em sua estrutura geral percebe-se que os domínios psicossociais e físicos foram os que obtiveram menores escores com resultado de baixa qualidade de vida nos adolescentes e jovens estudados, evidenciando a dificuldade dos serviços de atenção, como também da família em lidar com essa situação.

Destarte, disponibilizar tais informações serviram para subsidiar decisões de profissionais da área da saúde e correlatas no sentido de prevenir e controlar os fatores



Artigo

que podem afetar a QV destas pessoas, desse modo, proporcionando aos indivíduos afetados melhores condições de vida.

Propõem-se o desenvolvimento de novas pesquisas que abordem a QV de vida desses jovens e adolescentes de uma forma ampla, pois as pesquisas são insuficientes e não abordam todos os aspectos da vida, principalmente no que se refere à espiritualidade do ser humano.

REFERÊNCIAS

AMARAL RS. *Adolescência, juventude e HIV/Aids: estudo de fatores associados* [Dissertação]. São Luís: Universidade Ceuma;2016.

BERTOLINI DA. Prevalência de HIV em crianças/adolescentes em um centro de referência no sul do Brasil. *Rev Prev Infecç Saúde* [Internet]. 2017 [citado 2018 Jul 18];3(3):30-7. Disponível em:

<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6605>.

BOMBA M, NACINOVICH R, OGGIANO S, CASSANI M, BAUSHI L, BERTULLI C, et al. Poor health-related quality of life and abnormal psychosocial adjustment in Italian children with perinatal HIV infection receiving highly active antiretroviral treatment. *AIDS Car* 2010;22(7):858-65.

BRITO AM, CASTILHO EA, SZWARCOWALD CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev Soc Bras Med Trop* 2001;34(2):207-17.

DAS S, MUKHERJEE A, LODHA R, VATSA M. Quality of life and psychosocial functioning of HIV infected children. *Indian J Pediatr* 2010;77(6):633-7.

DINIZ LO, PINTO JA. Quality of life of HIV-infected children in Brazil. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2009;66(4):325-34.

DOMINGUES JP; OLIVEIRA DC; MARQUES SC. Representações sociais da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids. *Texto Contexto Enferm* 2018;27(2):e1460017



Artigo

FAWZI MCS, EUSTACHE E, OSWALD C, SURKAN P, LOUIS E, SCANLAN F, et al. Psychosocial Functioning Among HIV Affected Youth and Their Caregivers in Haiti: Implications for Family-Focused Service Provision in High HIV Burden Settings. *Aids Patient Care STDS* 2009;24(3):147-58.

FLECK MPA. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: Fleck MPA e Colaboradores. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.19-28.

GARVIE PA, LAWFORD J, BANET MS, WEST RL. Quality of life measurement in pediatric and adolescent populations with HIV: a review of the literature. *Child Care Health Dev* 2009;35(4):440-53.

GASPAR J, REIS RK, PEREIRA FMV, NEVES LAS, CASTRIGHINI CC, GIR E. Quality of life in women with HIV/aids in a municipality in the state of São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45(1):230-6.

GEOCZE L, MUCCI S, DE MARCO MA, NOGUEIRA-MARTINS LA, CITERO VA. Qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-retroviral de pacientes portadores de HIV. *Rev Saúde Pública* 2010;44(4):743-49.

GIL AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008.

GOMES AMT, SILVA EMP, OLIVEIRA DC. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. *Rev Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. maio-jun 2011 [citado 2019 Mar 15];19(3):1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_06.

LANDEIRO GMB, PEDROZO CCR, GOMES MJ, OLIVEIRA ERA. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados SciELO. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;16(10):4257-66.

MEDEIROS RCSC, MEDEIROS JA, SILVA TAL, ANDRADE RD, MEDEIROS DC, ARAÚJO JS, et al. Qualidade de vida, fatores socioeconômicos e clínicos e prática de exercício físico em pessoas vivendo com HIV/aids. *Rev Saúde Pública* 2017;51:66.



Artigo

MINISTÉRIO DA SAÚDE [Internet]. Programa Nacional de DST e AIDS. *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS- Julho de 2017 a junho de 2018*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [citado 2018 Jul 2]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>

MINISTÉRIO DA SAÚDE [Internet]. *Manual de rotinas para assistência de Adolescentes vivendo com HIV/Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 [citado 2018 Jun 20]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2007/manual-de-rotinas-para-assistencia-adolescentes-vivendo-com-hivaids-2006>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO EM SAÚDE [Internet]. *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [citado 2018 Ago 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf

OLIVEIRA SFSB. *Avaliação da qualidade de vida em adolescentes vivendo com HIV/Aids acompanhados em um centro de referência do Município de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo;2013.

OLIVEIRA JFO, OLIVEIRA KF, ZAGO GP, WEFFORT VRS, SIMÕES ALA. Qualidade de vida de crianças e adolescentes infectados pelo hiv. *Cienc Cuid Saúde* 2015;14(1):879-84.

PASSOS SMK, SOUZA LDM. An evaluation of quality of life and its determinants among people living with HIV/AIDS from Southern Brazil. *Cad Saúde Pública* 2015;31(4):800-14.

PELLINI ACG, CAVALIN RF, FRANCISCO MA, NETO FC, ZANETTA DMT. A trajetória da epidemia de Aids nas mulheres residentes no município de São Paulo, de 1983 a 2012. *Hygeia* [Internet]. 2017 [citado 2018 Jul 18];13(26):42-57. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/39724/21360>.



Artigo

POMPEO DA, ROSSI LA, GALVÃO CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(4): 434-8.

REIS RK. *Qualidade de vida de portadores do HIV/AIDS: influência dos fatores demográficos, clínicos e psicossociais* [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo;2008.

SALAM C, MORRIS M, ARMISTEAD L, KOENIG LJ, DEMAS P, FERDON C, et al. Depressive and conduct disorder symptoms in youth living with HIV: the independent and interactive roles of coping and neuropsychological functioning. *AIDS Care* 2013;25(2):160-8.

SILVA CM, WEBBER RNMR, PEDER LD, HORVATH J, VIEIRA-TEIXEIRA JJ, SOÁREZ PC, CASTELO A, ABRÃO P, HOLMES WC, CICONELLI RM. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2009;25(1):69–76.

The WHOQOL HIV Group. Initial steps to developing the World health Organization's Quality of Life Instrument (WHOQOL) module for international assessment in HIV/ aids. *AIDS Care* [Internet]. 2003 [citado 2018 Nov 12];15(3):347-57. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0954012031000105405>.

UNAIDS [Internet]. *Resumo Informativo – Dia Mundial Contra a AIDS 2017* [citado 2018 Jul 18]. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2017/12/UNAIDSBR_FactSheet.pdf



Artigo

THE THERAPEUTIC EFFECTS OF LIGHT-EMITTING DIODE IN WOUND HEALING – SYSTEMATIC REVIEW

EFEITOS TERAPÊUTICOS DO DIODO EMISSOR DE LUZ NA CICATRIZAÇÃO CUTÂNEA – REVISÃO SISTEMÁTICA

Francielle Rodrigues Guimarães¹
Adriana Clemente Mendonça²
Júlia de Paula Tasso³
Regiane Luz Carvalho⁴
Laura Ferreira de Rezende Franco⁵
Elaine Caldeira de Oliveira Guirro⁶

ABSTRACT - The used of phototherapy with Light-Emitting Diode (LED) in clinical treatments as biostimulation methods for tissue repair isn't established. **Objective:** To assess the therapeutic effects of phototherapy with LED in wound healing. **Methods:** A search and a selection of randomized clinical trials published in the last 10 years in the main data basis were performed. The studies were selected, summarized and evaluated on their methodological quality and level of evidence. **Results:** Most of the studies evaluated the reduction of the wounds through photographs. Some papers also evaluated

¹ Department of Physiotherapy, University Center of Associated Schools of Education (UNIFAE), São João da Boa Vista, São Paulo, Brazil. Department of Dermatology, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo. Fisioterapeuta e Professora doutora do Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino - UNIFAE. Endereço: Largo Engenheiro Paulo de Almeida Sandeville, 15 CEP: 13.870-377 São João da Boa Vista - SP- Brazil. FONE/FAX: (19) 3638.0240. E-mail: franfisio@yahoo.com.br or francielle@fae.br;

² Department of Applied Physiotherapy, Federal University of the Triângulo Mineiro;

³ Department of Applied Physiotherapy, Federal University of the Triângulo Mineiro;

⁴ Department of Physiotherapy, University Center of Associated Schools of Education (UNIFAE), São João da Boa Vista, São Paulo, Brazil;

⁵ Department of Physiotherapy, University Center of Associated Schools of Education (UNIFAE), São João da Boa Vista, São Paulo, Brazil;

⁶ Department of Biomechanics, Medicine and Rehabilitation of the Locomotor System, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo.



Artigo

the granulation tissue, erythema, hyperemia, swelling and pain before and after the treatment. Such studies showed a large diversity of parameters: wavelength varied between 400 and 956nm, dose from 3 to 6 J/cm², frequency of application from twice a day to once a week, among others. Control groups received at least the conventional treatment (cleaning of lesions and bandaged) and/or treatment with the equipment turned off. The majority of the studies were classified with a high quality by the PEDro scale and there was a positive evidence for the role of LED in wound healing, by providing a faster and safer repair of the skin. **Limitations:** The use of the meta-analysis as a quantitative statistic tool use was not possible because of some limitations of the selected articles. **Conclusion:** This first systematic review will help the improvement of the knowledge on the subject, contribute to new research strategies and facilitate evidence based practice.

Keywords: Phototherapy; Laser Therapy; Low-Level; Wound healing; Skin ulcer.

RESUMO - O uso clínico da fototerapia por Light-Emitting Diode (LEDs) como método bioestimulador para o reparo tecidual ainda não está bem estabelecido. **OBJETIVO:** Avaliar a atuação de LED's na cicatrização cutânea. **MÉTODO:** Foi realizada busca e seleção de ensaios clínicos randomizados publicados nos últimos 10 anos nas principais bases de dados. Os estudos selecionados foram sumarizados e submetidos às avaliações sobre a qualidade metodológica e níveis de evidências. **RESULTADOS:** A maioria destes estudos avaliou a cicatrização cutânea por imagens, verificando o fechamento das lesões. Alguns trabalhos verificaram também o tecido de granulação, o eritema, a hiperemia, o edema e a dor antes e após o tratamento. Estes estudos apresentaram grande diversidade de parâmetros: comprimento de onda variou entre 400 a 956nm, a dose entre 3 e 6 J/cm², a quantidade de aplicações de duas vezes ao dia a uma vez por semana, dentre outros. Os grupos controles receberam pelo menos o tratamento convencional (higienização da lesão e curativo) e/ou tratamento com o aparelho desligado. A maioria dos estudos foi classificado como de alta qualidade pela Escala PEDro e verificou-se evidência positiva da atuação de LED's na cicatrização cutânea, contribuindo para o reparo cutâneo mais rápido e seguro. **LIMITAÇÕES DO ESTUDO:** Algumas limitações entre os artigos selecionados inviabilizaram o uso da metanálise como ferramenta estatística quantitativa. **CONCLUSÃO:** Esta primeira revisão sistemática



Artigo

servirá para ampliar o conhecimento sobre o assunto, contribuir para novas estratégias de pesquisa e favorecer a prática baseada em evidências.

Palavras-chaves: Fototerapia; Terapia a Laser; Cicatrização; Pele.

INTRODUCTION

The skin, also known as cutis or integument, is the largest organ of the human body with the role of maintaining body homeostasis (BARBUL, 1990; WERNER, 2003). Such function is damaged after a skin lesion and for its reestablishment a process of healing initiates (BARBUL, 1990). This is a multifactorial, complex process with the involvement of numerous cellular types (WERNER, 2003).

Over the last few years, phototherapy with coherent lights (LASER – Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation) and incoherent ones (LED – light emission diodes) has been highlighted as biostimulation methods for tissue repair and have been used in clinical treatments or as a increment of other therapies (CAETANO, 2009; MINATEL, 2009; CHAVES, 2014).

Scientific evidence suggests that both LASER and LED therapy produce similar effects of wound healing, which reinforces the idea that the therapeutic effect of phototherapy depends on photon absorption by chromophores on the target tissue. According to the literature, the use of phototherapy usually increases local circulation, cellular proliferation and the synthesis of collagen (MINATEL, 2009; PRINDEZE, 2012; CHAVES, 2014).

Photobiostimulation activates a mechanism through the mitochondria, which starts producing signaling cells that promote a cascade of intracellular reactions. At cellular level, photobiological responses are the activation of genes of transcription factors, enzymes and pathways related to the increment in metabolism. In a simply manner, cells absorb photons and transform them into adenosine triphosphate (ATP), which will be used in metabolic processes, synthesis of deoxyribonucleic Acid (DNA), ribonucleic Acid (RNA), proteins, enzymes and other products required for tissue repair and to restore homeostasis (KARU, 1988; KARU, 1999).

Despite the use of phototherapy with LED for the treatment of skin wounds is more recent, studies executed in animals and humans have already shown a high healing potential (SMITH, 2005; MINATEL, 2009). It is known so far that such phototherapy



Artigo

may induce faster healing because it modulates the inflammatory process and the synthesis of collagen, through photobiostimulation of the cells involved in skin repair (KARU, 1999; PRINDEZE, 2012; CHAVES, 2014).

With such a complicacy for the healing process, its importance for the maintenance of body homeostasis and the recent use of LED in the treatment of wounds, we consider that there is a need to aggregate scientific evidence on its effects in tissue repair, to certify its safety and effective clinical use. The aim of this systematic review is to evaluate the therapeutic effects of phototherapy with LED in wound healing.

METHODS

Two independent review authors performed a search, between January and March, 2015, of papers published in the last ten years on the data basis Cochrane, Lilacs, Medline, SciELO, Pubmed, Scopus, Web of Science and PEDro. The following descriptors from Mesh/Decs were used as strategy for the search: Phototherapy, “wound healing” and “skin ulcer”, and the word “Light emitting diodo”. The Boolean operators “OR” and “AND” were used and the search expressions resulted were: (phototherapy or “Light emitting diodo”) and (“wound healing” or “skin ulcer”).

Studies were selected through the following inclusion criteria: to be published in English or Portuguese over the last ten years, fully available, human clinical trials, presence of a control group, with or without randomization, containing description of the parameters of the equipment used for the treatment, outcomes regarding the healing process characteristics and statistical analysis of the data. Studies including the use of LED associated with other forms of phototherapy (e.g., LASER) were excluded. Discordance between research author for the inclusion was solved by a consensus between them, considering the criteria for inclusion and exclusion.

Data from the studies was summarized in a uniformed descriptive table, based on the following topics: Authors, Characteristics of the sample, Outcomes, Methodological design, Intervention, Results and Conclusions.

Studies were also submitted to an evaluation of their methodological quality according to the PEDro (Physiotherapy Evidence Database) scale. It contains 11 items, each one scores 1 point, except for the first item which does not score. Total score ranges from 0 (zero) to 10 (ten). The PEDro assessment was performed independently by both research authors, since moderate levels of reliability have been observed between



Artigo

examiners, when assessing the presence or absence of the qualifiers of the scale (MAHER, 2003).

Studies selected were classified as high quality when five or more criteria were positive, according to the PEDro scale, which reliability for the total score is enough for systematic reviews on Physiotherapy clinical trials, according to the Delphi list (MAHER, 2000). For the final classification of the studies, differences were discussed until an agreement was achieved between the authors.

After the quality assessment, papers were evaluated on their levels of scientific evidence for the efficacy of the treatment. Such system, named levels of evidence, classifies the effectiveness of an intervention into four levels (strong, mild, limited or conflicted and no evidence) considering their quality, results and the number of studies that applied the same intervention (Table 1) (VERHAGEN, 2001).

RESULTS

To perform this systematic review was not necessary the approval of the Ethics Committee. An initial number of 1262 articles were found in the electronic data basis, as described in Figure 1. After a filtering by the year of publishing, idiom and clinical trials, 612 remained. From these, titles and abstracts were read, the doubles excluded, such as the trials that applied phototherapy with LASER or the associated use of LED to other forms of phototherapy, and 42 remained. After the reading of these papers, 10 articles were selected according to the inclusion criteria and their information is reunited in Table 2. Article scores in each item of the PEDro scale is shown in Table 3.

DISCUSSION

Because our research was limited to a period of ten years, a few random clinical trials were found, an average of one per year. Size of the samples varied among papers, however none of them presented an $n < 5$. Usually all the studies were concerned about criteria for inclusion and equality between groups, which turns the results more reliable. Only one study has not described the detailed characteristics of the participants (OH, 2015).



Artigo

When considering the outcomes assessed, most of the studies evaluated wound healing through pictures by verifying their reduction. Some studies also verified the granulation tissue (MINATEL, 2009), erythema (OH, 2015), hyperemia (DE OLIVEIRA, 2014) and swelling (OH, 2015). Three papers assessed the pain before and after treatment through scales and questionnaires (DE OLIVEIRA, 2014; CHAVES, 2012; PARK, 2013). The intensity of the pain reported by the patients in the treated groups reduced significantly after the treatment. One study assessed the inflammatory activity through cytokine dosage (SIQUEIRA, 2015). It is important to remind that more clinical trials that evaluate the role of the LED in the physiopathology of the healing process at a deeper cellular level are required.

The parameters used in the intervention showed variety. The wavelength ranged from 400 to 956nm. The majority of the studies used wavelength around 600nm (visible red light) (CAETANO, 2009; MINATEL, 2009; DEHLIN, 2007; LANDAU, 2011; SCHUBERT, 2011; OH, 2015; DE OLIVEIRA, 2014; SIQUEIRA, 2015), five studies used the wavelength of 800nm (infrared) (CAETANO, 2009; MINATEL, 2009; LANDAU, 2011; CHAVES, 2012; PARK, 2013), two of them used 956nm (infrared) (DEHLIN, 2007; SCHUBERT, 2011) and five studies combined more than one wavelength in the same treatment (DEHLIN, 2007; CAETANO, 2009; MINATEL, 2009; LANDAU, 2011; SCHUBERT, 2011). None of the studies compared the treatment between one wavelength and treatments that used the combination of more than one wavelength.

When comparing the fluence, half of the studies used 3, 4 or 6 J/cm² (CAETANO, 2009; MINATEL, 2009; DE OLIVEIRA, 2014; CHAVES, 2012; SIQUEIRA, 2015) while the rest of them did not inform it. Three articles used the pulsed mode (DEHLIN, 2007; SCHUBERT, 2011; CHAVES, 2012). The time of application ranged from 30 seconds (CAETANO, 2009; MINATEL, 2009), 79 seconds (CHAVES, 2012) 152 seconds (DE OLIVEIRA, 2014), 2 minutes and 40 seconds (SIQUEIRA, 2015), 4 minutes (LANDAU, 2011), 9 minutos (DEHLIN, 2007; SCHUBERT, 2011), 10 minutes (PARK, 2013) to 15 minutes (OH, 2015). Some studies did not inform the accurate distance between the equipment and the wound area during the treatment (CHAVES, 2012; PARK, 2013; OH, 2015). Two studies used a distance of 2 cm (LANDAU, 2011; SIQUEIRA, 2015), other two studies used a distance of 3 cm (DEHLIN, 2007; SCHUBERT, 2011) and three applied the equipment in contact with the skin (CAETANO, 2009; MINATEL, 2009; DE OLIVEIRA, 2014). To use the equipment in direct contact with the skin, a transparent piece of plastic was positioned between them



Artigo

(CAETANO, 2009; MINATEL, 2009; DE OLIVEIRA, 2014). Frequency of the applications ranged among the studies: twice a day (LANDAU, 2011), once a week (SIQUEIRA, 2015), twice a week (CAETANO, 2009; MINATEL, 2009; CHAVES, 2012; PARK, 2013), daily (DEHLIN, 2007; OH, 2015; SCHUBERT, 2011) or every other day (DE OLIVEIRA, 2014).

The participants of the control groups received appropriate conventional treatment (cleaning of lesions and bandaged) and/or treatment with the equipment turned off.

This systematic review has limitations such as the diversity of the parameters for the application of the phototherapy with LED among the studies, which did not allow the use of the meta-analysis as a quantitative statistic tool. Also the absence of information about the protocols used and the differences among the statistical analysis of each study (DINNES, 2005).

All of the selected studies observed positive results from the use of LED on wound healing. Treated groups showed a faster healing and reduction of the signs of inflammation in the tissues. None of the studies reported adverse effects after the therapy. Three studies observed advantages on the use of phototherapy with LED: easy application, low cost, painless and good acceptance of the participants (DEHLIN, 2007; LANDAU, 2011; CHAVES, 2012). Most of the studies indicate the need of more clinical trials on the topic.

The majority are of high quality, with a score of 5 or more criteria on the PEDro scale, as described on Table 3. Only one of them received a score below five and was considered as low methodological quality (OH, 2015).

The scale of the levels of evidence is qualitative and very used in systematic reviews to synthesize the effectiveness of interventions. On the other hand, the criteria used to evaluate these levels of evidence haven't been totally standardized and the choice of different criteria can lead to different conclusions on the efficacy of interventions (FERREIRA, 2002).

This review used as criteria the methodological quality of the articles in the PEDro scale. It was decided the use of one level of evidence (Cochrane) so that the results found would be consistent. Nine of the ten articles selected are of high methodological quality and showed positive results after the treatment.

It has been considered so far a strong evidence of the role of LED in wound healing, with an effective and safe manner. However, we agree with the authors of the articles that more randomized clinical trials are required; with well established parameters and larger samples, to describe deeper the role of LED in wound healing.



Artigo

Not only this review will increase the knowledge on this therapeutic, but also it can contribute to generate new research strategies and help the decision making of the therapist. It is also important to search for new therapies for wound healing that are well accepted by the patients, easy applied, with minimal side effects and low cost.

CONCLUSION

The results of the articles selected in this systematic review show a positive evidence of LED in wound healing, which can contribute to a faster and safer healing. However, since this is a recent therapy it should be used with caution. This systematic review will help the planning of new research on the topic and can help evidence based practice.

Declaration of interest:

The authors report no conflicts of interest. The authors alone are responsible for the content and writing of the paper.

REFERENCES

BARBUL, A. Immune aspects of wound repair. **Clinics in Plastic Surgery** Jul;17(3):433-42, 1990.

CAETANO, KS; FRADE, MA; MINATEL, DG; SANTANA, LA; ENWEMEKA, CS. Phototherapy improves healing of chronic venous ulcers. **Photomedicine and Laser Surgery** Feb;27(1):111-8, 2009.

CHAVES, ME; et al. LED phototherapy improves healing of nipple trauma: a pilot study. **Photomedicine and Laser Surgery** Mar;30(3):172-8, 2012.

CHAVES, ME; ARAUJO, AR; PIANCASTELLI, AC; PINOTTI, M. Effects of low-power light therapy on wound healing: LASER x LED. **Anais Brasileiros de Dermatologia** Jul-Aug;89(4):616-23, 2014.



Artigo

DEHLIN, O; ELMSTAHL, S; GOTTRUP, F. Monochromatic phototherapy: effective treatment for grade II chronic pressure ulcers in elderly patients. **Aging Clinical and Experimental Research** Dec;19(6):478-83, 2007.

DINNES, J; DEEKS, J; KIRBY, J; RODERICK, P. A methodological review of how heterogeneity has been examined in systematic reviews of diagnostic test accuracy. **Health and Technology** Mar;9(12):1-113, iii, 2005.

FERREIRA, PH; et al. Effect of applying different "levels of evidence" criteria on conclusions of Cochrane reviews of interventions for low back pain. **Journal of Clinical Epidemiology** Nov;55(11):1126-9, 2002.

KARU, TI; PIATIBRAT, LV; TIFLOVA, OA; NIKOGOSIAN, DN. Specificity of the lethal and mutagenic actions of pico-second laser pulses of 532-nm wavelength. **Radiobiologia** Jul-Aug;28(4):499-502, 1988.

KARU T. Primary and secondary mechanisms of action of visible to near-IR radiation on cells. **Journal of Photochemistry and Photobiology Biology** Mar;49(1):1-17, 1999.

LANDAU, Z; MIGDAL, M; LIPOVSKY, A; LUBART, R. Visible light-induced healing of diabetic or venous foot ulcers: a placebo-controlled double-blind study. **Photomedicine and Laser Surgery** Jun;29(6):399-404, 2011.

MAHER, CG; SHERRINGTON, C; HERBERT, RD; MOSELEY, AM; ELKINS M. Reliability of the PEDro scale for rating quality of randomized controlled trials. **Physical Therapy** Aug;83(8):713-21, 2003.

MAHER CG. A systematic review of workplace interventions to prevent low back pain. **Australian Journal of Physiotherapy** 46(4):259-69, 2000.

MINATEL, DG; FRADE, MA; FRANCA, SC; ENWEMEKA, CS. Phototherapy promotes healing of chronic diabetic leg ulcers that failed to respond to other therapies. **Lasers in Surgery and Medicine** Aug;41(6):433-41, 2009.



Artigo

MINATEL, DG; ENWEMEKA, CS; FRANCA, SC; FRADE, MA. Phototherapy (LEDs 660/890nm) in the treatment of leg ulcers in diabetic patients: case study. **Anais Brasileiros de Dermatologia** Jul;84(3):279-83, 2009.

OLIVEIRA SAMPAIO, SC; et al. Effect of laser and LED phototherapies on the healing of cutaneous wound on healthy and iron-deficient Wistar rats and their impact on fibroblastic activity during wound healing. **Lasers Medical Science** May;28(3):799-806, 2013.

OH, IY; KIM, BJ; KIM, MN; KIM, CW; KIM, SE. Efficacy of light-emitting diode photomodulation in reducing erythema after fractional carbon dioxide laser resurfacing: a pilot study. **Dermatologic Surgery** Aug 39(8):1171-6, 2013.

OLIVEIRA, RA; et al. The effects of LED emissions on sternotomy incision repair after myocardial revascularization: a randomized double-blind study with follow-up. **Lasers in Medical Science** May;29(3):1195-202, 2014.

PRINDEZE, NJ; MOFFATT, LT; SHUPP, JW. Mechanisms of action for light therapy: a review of molecular interactions. **Experimental Biology and Medicine** (Maywood) Nov;237(11):1241-8, 2012.

PARK, KY; et al. The Effects of 830 nm Light-Emitting Diode Therapy on Acute Herpes Zoster Ophthalmicus: A Pilot Study. **Annals of Dermatology** May;25(2):163-7, 2013.

SMITH KC. Laser (and LED) therapy is phototherapy. **Photomedicine Laser Surgery** Feb;23(1):78-80, 2005.

SIQUEIRA, CP; et al. Effects of weekly LED therapy at 625 nm on the treatment of chronic lower ulcers. **Lasers in Medical Science** Jan;30(1):367-73, 2015.

SCHUBERT, V. Effects of phototherapy on pressure ulcer healing in elderly patients after a falling trauma. A prospective, randomized, controlled study. **Photodermatology, Photoimmunology and Photomedicine** Feb;17(1):32-8, 2001.



Artigo

VERHAGEN, AP; DE VET, HC; DE BIE, RA; BOERS, M; VAN DEN BRANDT, PA.
The art of quality assessment of RCTs included in systematic reviews. **Journal of Clinical Epidemiology** Jul;54(7):651-4, 2001.

WERNER, S; GROSE, R. Regulation of wound healing by growth factors and cytokines. **Physiological Reviews** Jul 83(3):835-70, 2003.

Financial funding: CNPq e FUNEPU



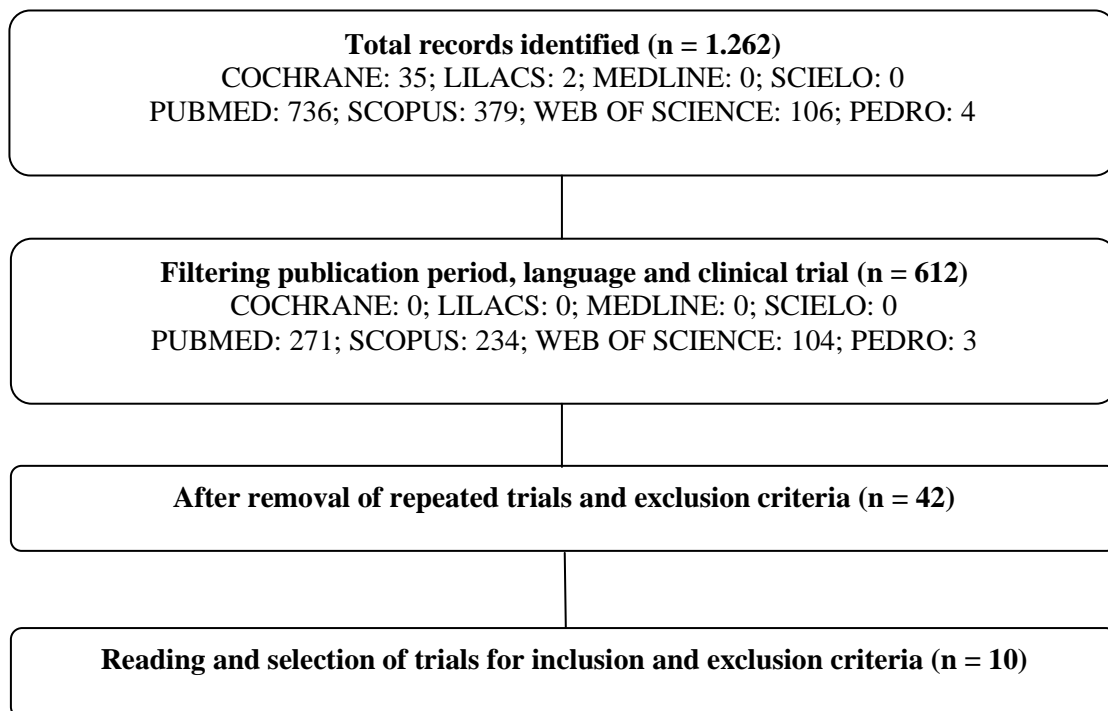
**THE THERAPEUTIC EFFECTS OF LIGHT-EMITTING DIODE IN WOUND HEALING – SYSTEMATIC
REVIEW**

Páginas 542 a 556

Artigo

FIGURE AND TABLE LEGENDS

Figure 1. Detailed flowchart demonstrating the selection process of the studies



Artigo

Table 1. Evidence Grade

Level of Evidence	
1	Strong: multiples RCTs with high quality and few limitations.
2	Moderate: one RCT with high quality and one or more RCTs with low quality, or multiples RCTs with consistent results.
3	Limited: one RCT (with high or few qualities) or multiples RCTs with inconsistent results.
4	Inadequate: no RCT

* RCT = randomized controlled trials



Artigo

Table 2. Details of the included studies

Authors	Characteristics of the sample	Outcomes	Methodological design	Intervention	Results	Conclusions
Chaves et al	Initial n= 30, final n= 10. Nipple trauma in breastfeeding women. No significant differences between the groups.	Evaluation of nipple lesions and analysis of photographs. Pain intensity was measured by Visual-Analogic Scale.	Randomized, placebo-controlled intervention trial.	Experimental group: wavelength of 860 nm; frequency of 100 Hz; average power of 50mW; power density of 50mW/cm ² ; total emission area of 1 cm ² ; pulsed emission mode with 50% duty cycle; and dose of 4 J/cm ² . Application time was 79 sec, twice a week for a period of 4 weeks. Control group: application with the device off. Both groups received general guidelines to prevent trauma during breastfeeding.	A significant difference between experimental and control groups was observed for the healing of nipple lesions. Intensity of pain reduced significantly in the experimental group.	The LED phototherapy successfully accelerated the healing of nipple lesions and reduced the pain intensity in the participants in the experimental group when compared to those in the control group. Advantages: easy to apply, low cost, and acceptance by lactating women.
Landau et al	Initial n= 20, final n= 16 (5 women and 11 men with diabetes and venous ulcers). No significant differences between the groups.	Time for closing the ulcers and the percentage reduction (photographs).	Placebo-controlled double-blinded.	Treatment group: received 180mW/cm ² broadband (400–800 nm) visible light, distance of 2 cm, each time for 4 min/treatment, twice a week for a period of 12 weeks. Placebo group: received non-healing fluence of light (10mW/cm ²).	Wounds reduced in 9 out of 10 patients (90%) from the treatment group, whereas in the placebo group only 2 out of 6 patients exhibited reduced ones (33%). Reduction in wound size in the treatment group versus the placebo group was 89% and 54%, respectively.	Broadband (400–800 nm) visible light was an effective modality for the treatment of leg or foot ulcers. Advantages: light treatments are painless, and no adverse effects have ever been reported.



Artigo

Table 3. PEDro Scale score.

	Chaves et al	Landau et al	Minatel et al	Caetano et al	Park et al	Siqueira et al	de Oliveira et al	Oh IY et al	Dehlin et al	Schubert et al
Eligibility criteria specified (item does not score)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes
Random allocation	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Concealed allocation	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes
Similar groups at baseline	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Blinding of subjects	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	No	Yes	No
Blinding of therapists	Yes	Yes	Yes	No	No	No	Yes	No	No	No
Blinding of assessors	No	No	No	No	No	No	Yes	No	No	No
Measure of one key outcome obtained for 85% of subjects	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Intention to treat analysis	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes
Between group comparisons of at least one key outcome	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Point and variability measures for at least one key outcome	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes
Total scores	9/10	8/10	9/10	8/10	7/10	8/10	10/10	3/10	8/10	7/10
Methodological quality	High	High	High	High	High	High	High	Low	High	High



Artigo

A RELAÇÃO ENTRE SUPORTE FAMILIAR E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

THE RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY SUPPORT AND QUALITY OF LIFE OF PEOPLE LIVING WITH HIV / AIDS

João Pereira Amorim Filho¹
Liana Mirela Souza Oliveira²
Antônio Cesar Sousa Lima Santos³
Ícaro da Silva Gomes⁴
Ana Karla Alves Agripino⁵
Marcelo Henriques Neves Dos Anjos⁶

RESUMO - As pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA), a partir do momento que são diagnosticadas soropositivas, perpassam por vários momentos de dificuldades associados à aceitação de sua condição, adesão ao tratamento, entre outros aspectos. Para tanto, a família é compreendida como o primeiro grupo social no qual o sujeito está inserido, bem como um dos múltiplos fatores que influenciam este sujeito nas tomadas de decisões. Com isso, essa instituição social pode se tornar um importante fator positivo para reforçar a adesão das pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA) ao tratamento antirretroviral (TARV), melhorando, assim, a sua qualidade de vida. Diante desta perspectiva, esse estudo teve por objetivo realizar uma revisão narrativa da

¹ Pós-graduando em Psicologia Clínica e Saúde Mental, graduado em psicologia pelas Faculdades Integradas de Patos – FIP E-mail joao_jap13@hotmail.com;

² Especialista em Preceptoría do SUS pelo IEP Sírio Libanês, Docente pelos curso de medicina e psicologia das Faculdade Integradas de Patos – FIP;

³ Pós-graduando em urgência e emergência e UTI, graduado em enfermagem palas Faculdades Integradas de Patos – FIP E-mail: antoniocesar_santos@yahoo.com.br;

⁴ Pós-Graduando em Saúde Mental e Redes de Atenção Psicossocial pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplo (IESM) e Saúde Mental da Criança e do Adolescente pela mesma instituição da primeira, graduado em Psicologia pelas Faculdades Integradas de Patos – FIP, email icarosilva81@hotmail.com;

⁵ Pós-graduanda em Terapia Cognitiva Comportamental pela Capacitar, graduada em psicologia pelas Faculdades Integradas de Patos, e-mail: kats--@hotmail.com;

⁶ Pós graduado em saúde da família, graduado em enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos – FIP E_mail:mh_n.anjos@hotmail.com.



Artigo

literatura sobre a relação existente entre suporte familiar e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS. Para o levantamento de dados foram utilizados descritores e critérios avaliativos. Os bancos de dados utilizados foram o LILACS, SciELO e BVSPsi. Os descritores utilizados para o levantamento foram “Qualidade de Vida”, “Suporte Familiar”, “Família”, e “HIV”, ainda se fazendo o uso do método de cruzamento AND. Após a análise de critérios de inclusão e exclusão, o número de artigos considerados para a análise do estudo foi de 10 artigos. Foi possível identificar tanto fatores positivos, em relação entre o suporte familiar fornecido à PVHA, remetendo na qualidade de vida desta. Quanto aos fatores negativos, percebeu-se que a ausência do suporte familiar ou uma personificação distorcida do que viria a ser o suporte familiar adequado, influencia diretamente na qualidade de vida das PVHA, arcando com várias consequências ao longo dos anos. Compreender que a PVHA estabelece uma qualidade de vida necessariamente estável para se conviver com esta doença, implica dizer que a família faz parte deste processo em um contínuo crescimento, em que ambos acabam por vivenciar experiências similares de adaptação e que devem estar preparadas para aceitar e ajudar nestas situações da melhor forma que podem. O desenvolvimento deste estudo tem por finalidade a construção de novas percepções interdependentes acerca dos aspectos que englobam a qualidade de vida dentro deste contexto.

Palavras-chave: HIV/AIDS; Suporte Familiar; Qualidade de Vida.

ABSTRACT - People living with HIV / AIDS (PLHA), a chronic disease, experience many difficulties throughout their lives, especially when they are diagnosed HIV-positive, condition, adherence to treatment, among others. The family, here understood as the first social group to which the subject is inserted, and as one of the factors that influence this subject in decision making, may become important for a group of people living with HIV / AIDS (PLHA) to antiretroviral treatment (ART), thus improving their quality of life. In view of this perspective, this study aimed to conduct a narrative review of the literature on a relationship between family support and quality of life of people living with HIV / AIDS. For the survey, descriptors and evaluation criteria were constructed. The databases were applied to LILACS, SciELO and BVSPsi. The descriptors used for the "Quality of Life", "Family Support", "Family" and "HIV" surveys still make the crossing method. After an analysis of inclusion and exclusion criteria, a number of articles for a study analysis of 10 articles. It was possible to



Artigo

identify so many positive factors, in relation to the family support provided by a PLHA, the referral of quality of life in the same direction, the negative factors, in which their absence or a distorted personalization of what would become the family support. Quality of life of PLWHA, with many consequences over the years. Understanding that PLHA defines a necessarily stable quality of life to live with this disease implies that a family is part of a process in continuous growth, in which both end up experiencing similar practices of adaptation and are prepared to accept and help To improve the way they can. The development of this study aims at building new interdependent perceptions about the two that encompass a quality of life within this context.

Keywords: HIV / AIDS; Family Support; Quality of life.

INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um tipo de vírus que atinge o sistema imunológico humano, deixando o corpo suscetível a outras doenças graves, como, por exemplo, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Os vírus da imunodeficiência humana (HIV-1 e HIV-2) são retrovírus pertencentes à família dos lentivírus. Essa família inclui vírus capazes de provocar infecções persistentes, com evolução lenta. Por isso, produzem degeneração progressiva do sistema imune.

Os retrovírus são vírus que têm seu material genético constituído de RNA e apresentam a enzima transcriptase reversa, que é capaz de transformar o RNA viral em cDNA. Este cDNA é inserido pela enzima integrase ao DNA da célula infectada para começar o ciclo viral (Ministério da Saúde, 2014, p. 5). Os impactos causados pela infecção provocam muitas sequelas em seus hospedeiros, se não houver o tratamento adequado ou, até mesmo, uma adesão irregular, assim como, anão adesão ao tratamento pode causar problemas na saúde destas pessoas.

Foi na década de 1980 que se deu a denominação oficial da enfermidade, período em que a epidemia da doença gerava grandes discussões sobre as formas de contaminação, tratamento e até expectativa de vida. Este período foi marcado por intenso sofrimento e desconhecimento, visto que a maioria da população acometido pela doença, não possuía acesso aos medicamentos, vindo a óbito por falta de atenção e tratamento.

No Brasil, foi a partir do ano de 1996 que a Lei 9.313 entrou em rigor, a qual dispunha sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e



Artigo

doentes de AIDS, facilitando o acesso ao tratamento e melhorando as condições de qualidade de vida da população afetada. Através da implementação de serviços especializados como o Centro de Aconselhamento e Testagem (CTA) e o Serviço de Assistência Especializada (SAE), ao longo dos anos, é que essas pessoas começaram a ter o acompanhamento ambulatorial necessário para o tratamento e controle da doença. A criação de serviços especializados na assistência e no tratamento do HIV/AIDS proporcionou que as PVHA tivessem maiores acessos a possibilidades de aderir a um tratamento capaz de melhorar suas condições de vida.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS (WHOQOL, 1995), compreende a qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (p. 1405). Assim, entender a qualidade de vida (QV) de quem vive com o HIV/AIDS, a partir de esferas objetivas e subjetivas é um grande desafio, sendo necessário, para isso, não haver reducionismos perante o tema, pois o que se percebe são interrelações constantes entre os elementos que compõem esse universo (Almeida, Gutierrez & Marques, 2012).

O acompanhamento especializado é capaz de fornecer cuidados de enfermagem, orientação, apoio psicológico e odontológico; de atendimentos em infectologia, ginecológicos, pediátrico, controle e distribuição de antirretrovirais; bem como orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento, entre outras atividades capazes de suprir as necessidades básicas das PVHA no decorrer do tratamento (Brasil, 2015). O foco volta-se para a melhoria das condições de qualidade de vida da PVHA, considerando que um dos objetivos principais seria o controle da doença e desenvolvimento relacional saudável para com esta.

Atualmente, os estudos em torno deste contexto começaram a explorar novos horizontes, de modo que as novas metodologias trabalhadas levam em consideração a influência de múltiplos fatores, tais como relações familiares, sociais, condições financeiras, aspectos motivacionais, entre outros. Desse modo, a família considerada como um importante fator, já que a adesão pode exigir a reorganização da vida diária e até a revelação da soropositividade às pessoas mais próximas, tornando-se a principal fonte de apoio para as pessoas soropositivas (Figueiredo, Sinkoc, Tomazim, Gallani e Colombini, 2001; Figueiredo e Fioroni, 1997).

Souza e Saska (2014), compreendem que a rede familiar tem participação decisiva no cuidado à saúde do membro infectado pelo HIV/AIDS, particularmente na adesão à terapia antirretroviral (TARV), que exige mudanças na rotina e nos hábitos de



Artigo

todos os envolvidos. A PVHA perpassa por momentos de dificuldades logo no início do tratamento, necessitando haver de uma adaptação na sua rotina.

Osório (2002, p. 15) define família como:

“Uma unidade grupal na qual se desenvolvem três tipos de relações pessoais – aliança (casal), filiação (pais/filhos) e consanguineidade (irmãos) – e que, a partir dos objetivos genéricos de preservar a espécie, nutrir e continuar a descendência e fornece-lhe condições para a aquisição de suas identidades pessoais, desenvolveu através dos tempos funções diversas de transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais”.

Assim, a família tem um caráter responsável por promover aos sujeitos educação e orientações necessárias. Além disso, prover o sustento e apoio básico durante o seu desenvolvimento e, até mesmo, depois disso.

Desse modo, o suporte familiar é compreendido como as relações de afeto, carinho, apoio, proteção, proximidade e autonomia existentes entre os membros de uma família (Baptista, 2007, apud Camargo, Calais e Sartori, 2015, p. 597). Sujeitos que apresentem altos índices de suporte familiar são considerados como sujeitos que possuem altos índices de bom relacionamento com a sua família, bom desenvolvimento emocional, boa comunicação, autonomia e liberdade estabelecida dentro deste contexto favorável ao seu desenvolvimento interpessoal.

A família destaca-se como um importante fator que é capaz de auxiliar a PVHA nesse processo de adaptação e adesão. Caplan (1980, apud Baptista, 2009, pp. 19-20), considerou várias funções da família, entendida como um sistema de suporte: coletora e disseminadora de informações sobre o mundo, fonte de ideologia, serviços práticos e ajuda concreta, validadora da identidade, referência e grupo-controle, apoio para o domínio emocional, fornecedora de orientação e feedback, guia e mediadora na solução de problemas e refúgio para repouso e recuperação.

Pode-se afirmar que a família é um importante dispositivo social capaz de influenciar os indivíduos em seus processos futuros de relacionamentos, além de ser um dos principais pilares da vida psíquica das pessoas, podendo, até mesmo, refletir nos padrões de comportamento, sentimentos de pertencimento social e a saúde mental (Baptista, 2009, p. 16).

Diante disso, este trabalho tem por objetivo realizar uma revisão narrativa da literatura sobre a relação existente entre suporte familiar e a qualidade de vida de



Artigo

PVHA. Compreender que, dentro deste contexto, existem diversos fatores capazes de nos motivar a buscar uma melhora na qualidade de vida e que o suporte familiar bem estruturado pode se tornar um importante fator positivo dentro do tratamento.

METODOLOGIA

Este trabalho possui o caráter de pesquisa bibliográfica acerca do tema central. Para tanto, foi realizado um levantamento de artigos científicos indexados nas bases de dados LILACS, SciELO e BVSPsi, sendo utilizados os seguintes descritores: “Qualidade de vida”, “Suporte Familiar”, “Família” e “HIV”. Além disso, foi empregado o método de cruzamento “AND” nos meios de busca, indexando as seguintes sentenças: “Qualidade de vida AND HIV”, “Suporte familiar AND HIV” e “Família AND HIV”.

Para os critérios de inclusão foram utilizados: a) estudos que retratassem sobre a relação existente entre suporte familiar e qualidade de vida de Pessoas que Vivem com HIV/AIDS, b) artigos publicados durante o período de 2011 a 2016 (necessidade de se levantar estudos mais recentes), c) apenas estudos realizados em território brasileiro na língua portuguesa, d) artigos publicados apenas na base de dados eletrônico LILACS, SciELO e BVSPsi, e e) se o resumo do trabalho apresentar relação direta ou indiretamente com os objetivos deste estudo. Para os critérios de exclusão recorreu-se às seguintes ideias: a) artigos não publicados em full text, b) não estar correspondente ao objetivo do estudo, c) trabalhos de revisão da literatura e d) capítulos de livros, teses e dissertações.

O processo de levantamento iniciou-se dentro das bases indexadas, utilizando-se as sentenças como critério de pesquisa inicial. Depois, foram aplicados os filtros fornecidos pelos próprios bancos de dados, tais como: ano de publicação, arquivos *full text* em português e nacionalidade (Brasil). Em seguida, os artigos encontrados foram selecionados a partir de avaliação criteriosa, de acordo com os objetivos e métodos da pesquisa. Trabalhos publicados em mais de um mesmo banco de dados serão considerados apenas uma única vez na seleção final.

RESULTADO



Temas em Saúde

Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

O levantamento constatou inicialmente um total de 865 estudos. Entretanto, após a realização de cruzamento com os filtros dos próprios bancos de dados, seguindo os critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa, o número de artigos abordando o tema foi de 10 estudos. Assim, na tabela, a seguir, consta a descrição dos respectivos trabalhos, exibindo-os de acordo com suas informações principais: Referências, Objetivos e Tipo de Estudo.

Tabela 1: *Classificação dos dados dos artigos de acordo com os tópicos: Referências, Objetivos e Tipo de Estudos.*



**A RELAÇÃO ENTRE SUPORTE FAMILIAR E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS
QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

Páginas 557 a 573

Artigo

Costa, Oliveira e Formozo (2015).	Identificar o conteúdo e a estrutura das relações sociais da AIDS e da qualidade de vida entre pessoas vivendo com HIV/ AIDS e analisar as relações estruturais entre as relações sociais da AIDS e da qualidade de vida com a doença.	Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, com referencial teórico da Teoria de Representações Sociais, especialmente a sua abordagem estrutural.
Alvarenga, Galvão, Nascimento, Beretta e Dupas (2015).	Conhecer a rede e o apoio social que o cuidador responsável (seja a mãe ou outro), dispõe para cuidar da criança exposta ao HIV, no período pós-natal.	Utilizou-se abordagem qualitativa e descritiva, e o Interacionismo Simbólico como referencial teórico para apreender os significados e a composição das interações que se refletem na experiência de apoio.
Camargo, Capitão e Filipe (2014).	Investigar a associação entre indicativos de transtornos mentais, percepção de suporte familiar e adesão à TARV em pacientes com HIV e AIDS de um ambulatório de referência em HIV/AIDS da cidade de São Paulo.	O presente estudo segue uma abordagem quantitativa não experimental transversal, um delineamento correlacional.
Hipólito, Oliveira, Gomes e Costa (2014).	Analisar a QV e suas representações em momentos distintos de diagnóstico, entre PVHA, em um município da baixada litorânea do estado do Rio de Janeiro.	Este estudo caracterizou-se como exploratório, descritivo e qualitativo. A análise foi apoiada na Teoria das Representações Sociais (TRS), utilizando-se a abordagem processual.
Serra, Sardinha, Pereira e Lima (2013).	Retratar a percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS.	Trata-se de um estudo descritivo sobre a percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS.
Ribeiro, Padoin, Paula e Terra (2013).	Investigação fenomenológica com objetivo de compreender o cotidiano terapêutico do adolescente que tem HIV/AIDS.	Trata-se de uma investigação de natureza qualitativa, com abordagem fenomenológica e referencial teórico-filosófico.



Artigo

Garcia (2013).	Refletir sobre os contextos de vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre a população LGBT em situação de rua, a partir de uma pesquisa de campo.	Estudo qualitativo.
Leite, Matos, Oliveira e Araújo (2013).	Ampliar as discussões sobre a apropriação dos recursos da Arte pela Terapia Ocupacional e compreender de que forma as atividades expressivas afetam o cotidiano do sujeito infectado pelo HIV.	Pesquisa qualitativa de orientação Fenomenológica.
Souza, Torres, Miranda e Franco (2013).	Analisar as vulnerabilidades presentes no percurso vivenciado pelos pacientes com HIV/AIDS diagnosticados em falha terapêutica a partir do referencial teórico de Ayres.	Pesquisa de campo de natureza qualitativa.
Gomes, Pintanel, Strasburg e Xavier (2012).	Conhecer as vivências da família no cuidado à criança portadora do vírus HIV/ AIDS.	Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo descritiva.

DISCUSSÃO

Este trabalho teve como objetivo compreender a relação existente entre suporte familiar e qualidade de vida de Pessoas que Vivem com HIV/AIDS, através da revisão



Artigo

narrativa da literatura, a partir dos bancos de dados indexados, em que foram levantados 10 artigos.

Costa, Oliveira e Formozo (2015), avaliaram o conteúdo e a estrutura das relações sociais da AIDS e da qualidade de vida entre pessoas vivendo com HIV/AIDS, e analisaram as relações estruturais entre essas variáveis. Utilizaram uma linha de estudo descritivo, com abordagem qualitativa e, como referencial teórico, a Teoria das Representações Sociais. As cognições localizadas na zona do provável núcleo central das representações sociais da AIDS foram: preconceito, tratamento, família e medicações. Esses elementos, possivelmente centrais, parecem indicar ser a AIDS, para as pessoas que convivem, um fenômeno que gera preconceito e, portanto, faz-se necessário o tratamento com as medicações, estando inserida a família nesse processo.

Costa et al. (2015), ainda dispuseram sobre as representações sociais da qualidade de vida para as pessoas vivendo com HIV/AIDS, podendo-se dizer que as prováveis cognições integrantes do núcleo central das representações são, por ordem decrescente de frequência: boa alimentação; tratamento; família; trabalho e medicações. A relação entre esses termos sugere que a qualidade de vida da pessoa vivendo com HIV/AIDS estaria relacionada à necessidade de alimentação adequado; ao tratamento, que tem como destaque as medicações, com especial influência do contexto familiar e do trabalho nesse processo. Além disso, é possível perceber, também, que os elementos provavelmente centrais como tratamento, família e medicações, exceto pelo preconceito, coincidem com aqueles que figuraram na zona do núcleo central nas representações sociais da AIDS para os sujeitos da pesquisa.

Tanto as representações sociais da AIDS quanto as representações da qualidade de vida da PVHA apresentam cognições de ordem normativa e funcional, cabendo aqui destacar a família neste processo, simbolizando que esta, mesmo não sendo o centro ou foco, interrelaciona-se com esse contexto significativamente, demonstrando um papel ativo e dependente (Costa et al., 2015).

Em outro estudo, Hipólito, Oliveira, Gomes e Costa (2014) ao analisar a qualidade de vida e suas representações em momentos distintos de diagnóstico entre PVHA, através de um estudo exploratório, descritivo e qualitativo, apoiada pela Teoria das Representações Sociais (RS), conseguiram encontrar 5 classes diferentes detalhadas pela análise referidas aos conteúdos das representações sociais da qualidade de vida. Sendo que, a família emergiu como conteúdo apenas na última categoria denominada: Classe 1: Expectativas de futuro e a qualidade de vida.

Diante dos resultados, constatou-se que esta categoria envolve conteúdos representativos, aos quais os participantes puderam expressar suas expectativas quanto



Artigo

ao futuro dentro do atual contexto vivenciado, relacionando tanto as circunstâncias que envolvem a família, como aquelas que dizem respeito às relações com o trabalho e a outras situações de vida em um cenário social mais ampliado. Os resultados ainda apontaram que o tipo de envolvimento com a família prediz a condição da qualidade de vida da PVHA, considerando que, segundo relatos dos sujeitos, os filhos poderiam ser um motivo positivo para buscar melhores condições de qualidade de vida. Mas também, uma característica encontrada em parte do grupo, e comum a tantos outros em situações semelhantes, é o afastamento da casa e dos familiares.

Costa et al. (2015) e Hipólito et al. (2014) através de estudos, utilizando-se das representações sociais dentro desse contexto, conseguiram emergir a representatividade da “família” na vida da PVHA, compreendendo que a família se faz importante neste processo, e que a sua participação positiva dentro da vida da PVHA se faz necessária para uma boa adesão aos TARVs.

Seguindo esta perspectiva, os achados nos estudos de Sousa, Torres, Miranda e Franco (2013) e Serra, Sardinha, Pereira e Lima (2013) apresentaram discussões semelhantes aos de Costa et al. (2015) e Hipólito et al. (2014). Sousa et al. (2013) constatou a presença de questões relacionadas à família e ao trabalho, aos quais percebe-se que o diagnóstico positivo para HIV traz reações não apenas para o indivíduo portador, mas também a sua família. Nesse sentido Serra et al. (2013) destacam que os membros da família experimentam diferentes estágios de adaptação que, em certa medida, assemelha-se aos do portador do HIV.

Camargo, Capitão e Filipe (2014) ao inferirem uma investigação sobre a associação entre indicativos de transtornos mentais, percepção de suporte familiar e adesão aos TARVs em pacientes com HIV/AIDS, utilizaram como instrumentos o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG), o Inventário de Suporte Familiar (IPSF) (Baptista, 2007), roteiro de busca de dados em prontuários e registros da farmácia.

Eles constataram associações significativas entre a percepção de suporte familiar, pois quase todos os fatores do IPSF se correlacionaram positivamente com a quantidade de medicação retirada da farmácia (fator afetivo-consistente $r=0,38$, $p=0,01$; fator adaptação familiar $r=0,31$, $p=0,01$; e fator geral $r=0,38$, $p=0,01$), indicando que quanto mais percepção de suporte familiar adequado o sujeito tiver, maior será a adesão. Além disso, foram encontradas correlações negativas entre fatores do IPSF e os do QSG, indicando que quanto maior a percepção de suporte familiar, menores os escores em boa parte dos fatores indicativos de transtornos mentais. Essas associações também implicam dizer que o sofrimento mental pode ser evitado ou diminuído pelo suporte



Artigo

familiar (Baptista, 2007; Oliveira & Sommermam, 2008; Teodoro, 2012). Ainda foi evidenciado que quando a família vai ao encontro das necessidades de suporte do sujeito, esse suporte familiar pode servir como atenuador em termos de saúde mental.

Decorrendo sobre estes estudos, a família sempre emerge como um conteúdo importante e frequente, inserida em um contexto indissociável, interrelacionada com a qualidade de vida das PVHA. Gomes, Pintanel, Strasburg e Xavier (2012) evidenciaram também a importância e a relevância do cuidado familiar à criança portadora do vírus HIV/AIDS em um estudo realizado em um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Visto que, na maioria dos casos, é a mãe a responsável pelos cuidados e também aquela que lhe transmitiu o vírus, esta passa a viver em função da criança com HIV. Neste sentido, não perceber a criança como diferente em virtude de sua condição sorológica, mostra que, após o impacto do diagnóstico, o familiar cuidador adapta-se ao seu modo de viver, redimensionando o significado do HIV, quando as condições de saúde apresentam-se boas, ou seja, quando ela se encontra assintomática.

A revelação do diagnóstico para a criança pode se apresentar como importante fonte de estresse à família. Esta pode ser adiada, mas não evitada indefinidamente. O grau de envolvimento familiar na vida das PVHA dependerá totalmente do quanto à família está preparada para lidar com situações inesperadas. Gomes et al. (2012) ainda relatam que quanto às dificuldades enfrentadas pela família para cuidar, evidenciaram-se o adoecimento ou a morte da cuidadora principal da criança, também soropositiva, e a necessidade de institucionalização da criança por falta de um cuidador familiar, o ocultamento do diagnóstico do HIV/AIDS à criança e a necessidade de interromper e/ou atrasar sua escolarização por problemas de saúde.

Alvarenga, Galvão, Nascimento, Beretta e Dupas (2015) em seu estudo objetivou conhecer a rede e o apoio social que o cuidador dispôs para cuidar da criança exposta ao HIV, no período pós-natal, conseguindo identificar três categorias: 1) Desintegração da rede social para o follow-up; 2) Confiança e desconfiança: relação com o Serviço de Assistência Especializada e outros serviços de saúde; e 3) Apoio social em rede social fragilizada.

Destacando-se esta terceira categoria, ela representa os apoios sociais dos cuidadores, os quais são restritos a alguns membros da família, pessoas que possuem o HIV e profissionais de saúde, destacando-se os do SAE. A família passa a ser entendida como uma entidade em que é percebida como condicional, e as relações passam a ser minadas pelo preconceito e pelo receio de se contaminar com o HIV na convivência dentro do lar. A falta de apoio causa sentimentos de frustração, tristeza e solidão, em



Artigo

que o indivíduo é isolado e se isola nesse meio, destacando-se a presença de familiares para suprir estas perdas.

No estudo realizado Alvarenga et al. (2015) é possível constatar dificuldades no contexto familiar através da fala das participantes da pesquisa. Há uma constante presença de uma imagem de aceitação e compreensão da situação da PVHA dentro do contexto familiar, e paralelo a isso, existem comportamentos evitativos de contato físico, extinção de responsabilidades como cozinhar, lavar, demonstrando uma falta de confiança, muitas vezes notadas pelas PVHA.

Leite, Matos, Oliveira e Araújo (2013) em seu estudo evidenciou a presença do suporte familiar na relação do sujeito com o HIV, identificando fatores reforçadores para uma busca da melhora na qualidade de vida através do envolvimento de usuários nas Terapias Ocupacionais, realizadas na Unidade de Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias (URE DIPE) do Belém do Pará.

Ribeiro, Padoin, Paula e Terra (2013) ao trabalharem com adolescentes, compreenderam que a família torna-se a base fundamental de apoio favorável para o desenvolvimento desses adolescentes que vivem com HIV/AIDS, visto que, para além desta, existe pouca confiança e aliança com outros sujeitos a fim de compartilhar sua realidade de soropositividade. Somente os familiares e pessoas especialmente próximas é que conhecem suas condições e os apoiam/supervisionam seus autocuidados, sempre em busca de uma melhor qualidade de vida.

A família funcionando como o primeiro grupo social ao qual estamos inseridos, desempenhando suas funções como base fundamental dos sujeitos no processo de aprendizagem e desenvolvimento, carrega tamanha responsabilidade que muitas vezes torna-se ignorada ou negada. Garcia (2013) ao refletir sobre contextos de vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre lésbicas e transexuais (LGBT) em situação de rua, a partir de pesquisa de campo que buscou analisar suas trajetórias de vida, evidenciou achados que corroboram com esta suposição.

A exposição a condições precárias de qualidade de vida, situação de rua e ao contato direto com o HIV, conseqüentemente, derivou de situações antecedentes estressoras, em que a família se posicionou contra a expressão da sexualidade dos sujeitos. Sem este suporte familiar, não existem fatores que atenuem para a prevenção e promoção de qualidade de vida significativamente, exceto por serviços de atendimento e redes sociais, o que podem se tornar insuficientes em algumas situações.

Com o objetivo de abordar a relação entre suporte familiar e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS, este trabalho conseguiu abordar o tema, denotando-se que ao inferir sobre a interrelação entre qualidade de vida e suporte



Artigo

familiar implica repensar em um processo diretamente proporcional, ao qual, mesmo diante várias possibilidades de serem afetadas por outros fatores, a PVHA com a atenção e dedicação da família tem maiores chances de melhorar sua qualidade de vida, passando a conviver melhor com esta doença.

CONCLUSÃO

Desenvolver estudos que abordem a relação entre suporte familiar e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS tem se tornado um desafio cada vez maior visto que não se existe um conceito unívoco sobre o que é este suporte familiar. Compreender o suporte familiar como um fenômeno que faz parte do desenvolvimento, norteia o tipo de abordagem a ser trabalhada com as PVHA.

Considerando a importância do suporte familiar na qualidade de vida das PVHA, diretamente proporcional, verificou-se que esta pode agir como um dos maiores fatores de proteção e preservação da vida. A atenção e os cuidados necessários a se ter com a PVHA, em busca de melhores condições de qualidade de vida que inicia sua convivência com a doença, começa dentro do contexto familiar, aos quais se ramificam, posteriormente, para outras dimensões, tais como setores assistenciais em saúde, entre outros.

É notável, a partir do levantamento dos últimos 5 anos, que os estudos ainda se utilizam do termo criticado como “portador”, ao qual remete a um estereótipo mascarado de dor e sofrimento desde o início da epidemia. Além disso, são poucos os estudos que retratem diretamente a importância do suporte familiar na qualidade de vida das PVHA, considerando que esta nem sempre é o objetivo central das pesquisas, mas sim um dos achados ao se realizar outros levantamentos.

Assim, este estudo conseguiu elencar o tipo de relação existente entre o suporte familiar e a qualidade de vida de PVHA a partir de uma revisão narrativa da literatura. Esta revisão, que considerou estudos sobre o tema dos últimos 5 anos, vem a contribuir para a elaboração de outros trabalhos na área, capazes de ampliar as discussões e elaborações de estratégias capazes de se promover o suporte familiar no intuito da melhora da qualidade de vida das PVHA, sejam no âmbito dos programas sociais estabelecidos para o atendimento especializado deste público ou na promoção de produção de conhecimento acerca desta temática.



Artigo

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. A. B, GUTIERREZ G. L., MARQUES R. (2012). Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades.

ALVARENGA, W. A., GALVÃO, M. T. G., NASCIMENTO, L. C., Beretta, M. I. R., Duplas, G. (2015). Rede social fragilizada: a experiência do cuidador da criança nascida exposta ao HIV. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 24(3), pp. 775-783.

BAPTISTA, M. N. (2007). Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF): estudo componencial em duas configurações. In Camargo, V. C. V., Calais, S. L. & Sartori, M. M. P. Estresse, depressão e percepção de suporte familiar em estudantes de educação profissionalizante. *Estudos de Psicologia: Campinas* (2015). p. 597.

BAPTISTA, M. N. (2007). Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudo componencial em duas configurações. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(3), 396-509.

BAPTISTA, M. N. (2009). Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF. São Paulo: Vetor (2009). p. 16.

Brasil (2015). Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais. Recuperado em 4 de abril de 2016 de <http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-hiv>.

CAMARGO, L. A., CAPITÃO, C. G., Filipe, E. M. V. (2014). Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/AIDS. *Psico-USF*. 19(2), pp. 221-232.

CAPLAN, G. (1980). Um modelo conceptual para prevenção primária. In Baptista, M. N. Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF. São Paulo: Vetor (2009). pp. 19-20.

COSTA, T. L., OLIVEIRA, D. C., FORMOZO, G. A. (2015). Qualidade de vida e AIDS sob a ótica de pessoas vivendo com o agravo: contribuição preliminar da



Artigo

abordagem estrutural das representações sociais. *Cadernos de Saúde Pública*. 31(2), pp. 365-376.

FIGUEIREDO, R M, SINKOC, V M, TOMAZIM, C C, GALLANI, M C B J, COLOMBRINI, M R C.(2001). Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com anti-retrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. *Rev Latinoam Enferm*; 9:50-5.

GARCIA, M. R. V. (2013). Diversidade sexual, situação de rua, vivências nômades e contextos de vulnerabilidade ao HIV/AIDS. *Temas em Psicologia*. 21(3), 1005-1019.
Gomes, G. C., Pintanel, A. C., Strasburg, A. C., Xavier, D. M. (2012). Face singular do cuidado familiar à criança portadora do vírus HIV/AIDS. *Acta Paulista de Enfermagem*. 25(5), pp. 749-754.

HIPOLITO, R. L., Oliveira, D. C., Gomes, A. M. T., Costa, T. L. (2014). Representações sociais da qualidade de vida no HIV/AIDS: o papel do tempo de diagnóstico. *Revista de Enfermagem*. 22(6), pp 753-759.

Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília: DF: Casa Civil.

Leite, A. S. C., Matos, A. H., Oliveira, I. B. S., Araújo, L. S. (2013). Enveredando pelos caminhos da arte: a terapia ocupacional na produção de saúde de sujeitos infectados pelo HIV. *Revista NUFEM [online]*. 5(1), pp. 64-81.

Ministério da Saúde (2014). Diagnóstico do HIV – Aula 1. [Apostila do TELELAB: diagnóstico e monitoramento]. Universidade Federal de Santa Catarina: BVS.

OLIVEIRA, E. B. S. de, & Sommermam, R. D. G. (2008). A família hospitalizada. Em B. W. Romano (Orgs.), *Manual de psicologia clínica para hospitais* (pp. 117-143). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Osório, L. C. Casais de Família – uma visão contemporânea. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 15.



Temas em Saúde

Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

RIBEIRO, A. C., PADOIN, S. M. de M., Paula, C. C., Terra, M. G. (2013). O cotidiano do Adolescente que tem HIV/AIDS: Impessoalidade e disposição ao temor. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 22(3), pp. 680-686.

SERRA, A., SARDINHA, A. H. L., PEREIRA, A. N. S., LIMA, S. C. V. (2013). Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. *Saúde em Debate*. 37(97), pp. 294-304.

SOUZA, L. M. S., SASKYA, J. C. T. (2014). A família como rede de apoio às pessoas que vivem com HIV/AIDS: uma revisão na literatura brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(4):1109-1118. DOI: 10.1590/1413-81232015204.17932013.

SOUSA, P. K. R., TORRES, D. V. M., MIRANDA, K. C. L., FRANCO, A. C. (2013). Vulnerabilidades presentes no percurso vivenciado pelos pacientes com HIV/AIDS em falha terapêutica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 66(2), 202-207.

TEODORO, M. L. M. (2012). Alguns instrumentos para avaliação familiar no Brasil. Em M. N. Baptista & M. L. M. Teodoro (Orgs.), *Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenção*. (pp. 168-175). Porto Alegre: Artmed.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41:1403-10



A RELAÇÃO ENTRE SUPORTE FAMILIAR E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS
QUE VIVEM COM HIV/AIDS

Páginas 557 a 573

Artigo

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA DA MATA NORTE DE PERNAMBUCO**

**INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES IN PRIMARY CARE
IN MATA NORTE REGION OF PERNAMBUCO**

Maiane Silva Barbosa de Moraes¹

Denise Lopes da Silva¹

Raquel Lafaiete da Silva¹

Eduardo Felipe da Silva Oliveira¹

Evelyne Joyce Dias Oliveira¹

Ana Carolina Lopes Cavalcanti de Oliveira²

Renan Pires Maia³

RESUMO – O presente estudo visou fazer um levantamento sobre as práticas integrativas e complementares existentes na atenção primária da região da Mata Norte de Pernambuco, com a finalidade de saber quais são as práticas que vem sendo mais utilizadas, com base em dados do ano de 2018, nas cidades pertencentes à região. O estudo é de caráter quantitativo e procurou, por meio de entrevistas, obter os dados para a seguinte questão: Quais foram as práticas integrativas utilizadas na atenção primária da Mata Norte no ano de 2018? Os dados das 17 cidades foram obtidos por ligação telefônica. Foi possível perceber que o uso de práticas integrativas e complementares precisa se desenvolver mais, pois é um mercado em progresso e lucrativo. Das 17 cidades entrevistadas, apenas 6 cidades se destacaram e apresentaram a aplicação de práticas integrativas, sendo elas: Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Timbaúba, Paudalho, Carpina e Nazaré da Mata.

Palavras-chave: Práticas integrativas. Medicina alternativa. Práticas complementares.

ABSTRACT – The present study aimed to make an investigation about the integrative and complementary practices existing in primary care of the Mata Norte region of

¹ Acadêmico(a) de Farmácia da Faculdade Santíssima Trindade.

² Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Santíssima Trindade.

³ Orientador. Docente da Faculdade Santíssima Trindade. Graduado em Psicologia (UFPB), mestre e doutorando em Filosofia (UFPB). Contato: renanpmaia@gmail.com



Artigo

Pernambuco, with the purpose of knowing which are the most used practices, based on data from the year 2018, in the cities belonging to the region. The study is quantitative and sought, through interviews, to obtain data for the following question: What were the integrative practices used in primary care of the Mata Norte in 2018? Data from the 17 cities were obtained by telephone call. It was possible to realize that the use of integrative and complementary practices needs to develop further, as it is a market in progress and profitable. Of the 17 cities interviewed, only 6 cities stood out and presented the application of integrative practices, namely: Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Timbaúba, Paudalho, Carpina and Nazaré da Mata.

Keywords: Integrative practices. Alternative medicine. Complementary practices.

INTRODUÇÃO

Em meio a tantos avanços tecnológicos e descobertas nos campos da pesquisa científica e da saúde, pode-se perceber, por parte da população, paralelamente, um crescente aumento no que diz respeito à busca de soluções naturais para enfermidades ou mesmo na procura por uma melhor qualidade de vida. No contexto ocidental, a busca por um estilo de vida mais saudável e natural começa a se fazer sentir mais por volta da década de 80, todavia, ainda de modo incipiente e não muito enfatizada e aceita pelos órgãos de saúde pública, o que só se realizaria com o advento do séc. XXI. Com a revitalização de práticas médicas antigas, hoje consideradas medicina integrativa, pode-se notar um gradualmente crescente fenômeno de construção de uma visão médica mais pautada no natural e numa visão holística, uma vez que sua organização mais ampla e integrada permite respostas mais apropriadas aos problemas gerados pela excessiva e mecanicista especialização dos métodos médicos convencionais (QUEIROZ, 2000; SANTOS et al., 2011).

De acordo com Queiroz (idem), os métodos convencionais utilizados por médicos não respondem satisfatoriamente a muitos questionamentos e problemas na área da saúde. Isso porque a medicina convencional trata de cuidar das doenças sem se ater a como evitá-las, isto é, possui um caráter muito mais remediativo do que preventivo, além de não tratar do ser humano em toda sua complexidade e amplitude. O ser humano deve ser considerado/tratado como um todo, não se podendo identificar barreiras entre mente, espírito, corpo, sociedade etc., tal como abordado em trabalho anterior (*vide*: MAIA et al., 2019). A medicina alternativa ou as práticas integrativas



Artigo

complementares (PIC's) sinalizam para uma visão de saúde entendida como bem-estar amplo, que envolve uma interação complexa de fatores físicos, sociais, mentais, emocionais e espirituais. Nessa perspectiva, o organismo humano é compreendido como um campo de energia (e não um conjunto de partes como assume o modelo biomédico), no âmbito do qual distintos métodos podem atuar (ANDRADE e COSTA, 2010).

A medicina alternativa, que na verdade inclui uma série de diferentes práticas terapêuticas, muitas delas milenares (como o caso daquelas oriundas da Medicina Tradicional Chinesa (MTC)), é uma das mais novas áreas colocadas como complementares no processo de promoção da saúde, e que vem conquistando espaço no campo de atuação profissional. Diferente da medicina convencional, de caráter cartesiano no sentido de que parte de uma visão mecanicista, que coloca o corpo humano como uma máquina e a doença como problema mecânico, a ser reparado por intervenções manuais ou simplesmente físico-químicas, a medicina alternativa busca um olhar holístico, totalizante de ser humano (MELO, SANTANA, SANTOS e ALVIM, 2013).

Considerada alternativa quando substitui uma prática biomédica, que em certas situações limítrofes se mostra ineficaz, e complementar quando usada em paralelo com a medicina convencional, essas práticas buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e de promoção da saúde por meio de técnicas eficazes e seguras, com base na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano consigo mesmo, com o meio ambiente e com a sociedade (BRASIL, 2006). A medicina alternativa possui um enfoque muito mais centrado no autoconhecimento, na prevenção e no modo de vida.⁴

Atualmente, muitas destas terapias alternativas ou complementares são reconhecidas pela OMS (OMS, 2013) e, não obstante não haja a respeito delas um consenso no que diz respeito à eficácia, no Brasil temos visto cada vez mais a construção de espaços especializados em práticas integrativas e o investimento de recursos públicos para este campo de atuação (BRASIL, 2017). Desde 2006, com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no

⁴ Importa dizer que a medicina alternativa não deve ser encarada como substituta da medicina convencional senão naquelas situações em que esta já esgotou todas as suas possibilidades e já não oferece mais perspectivas de melhora na saúde ou, ao menos, de atenuação da doença e do sofrimento. Via de regra, deve-se ter em conta que, tanto as práticas integrativas quanto a medicina convencional possuem seus pontos positivos, que devem ser aproveitados no processo de promoção da saúde.



Artigo

SUS, no Brasil, tem-se por objetivo incorporar na Atenção Primária em Saúde as seguintes práticas: plantas medicinais – fitoterapia, homeopatia, medicina tradicional chinesa – acupuntura, medicina antroposófica e termalismo-crenoterapia (BRASIL, 2006).

Em 2006, foram oferecidos pelo SUS os tratamentos de acupuntura, homeopatia, fitoterapia, antroposofia e termalismo. Em 2017, foram incluídas mais 14 práticas sendo elas: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturoterapia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e ioga. E em março de 2018, somam-se à lista a apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais (NITAHARA, 2018).

O aumento exponencial da procura por métodos alternativos desde o começo do séc. XXI tem sido confirmado por dados concretos, tal como nos mostra o gráfico abaixo, em relação ao aumento de consultas médicas em acupuntura registradas no Brasil:

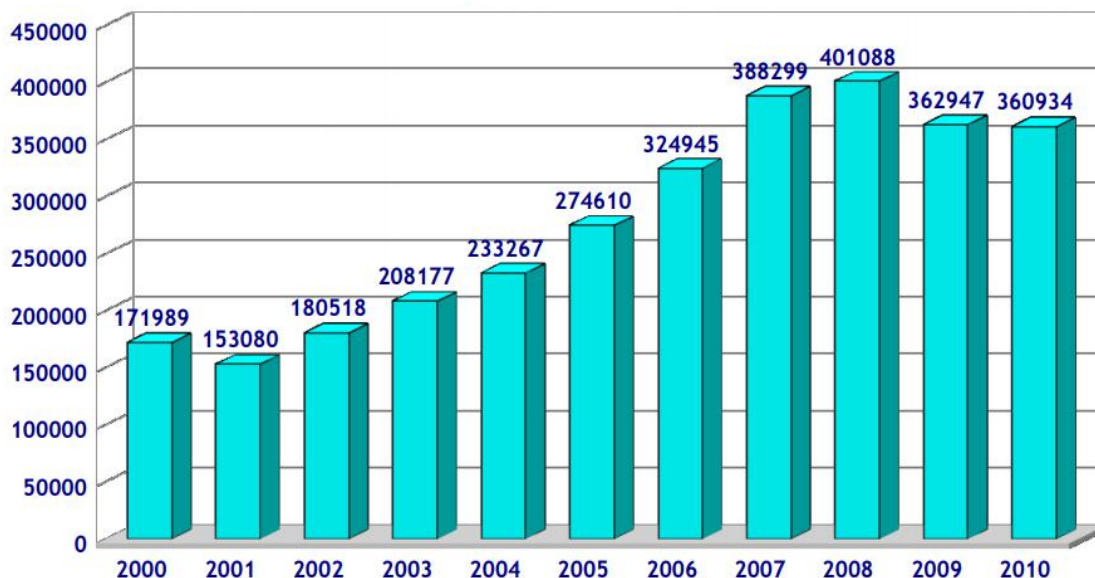


Gráfico 1: Série histórica da Quantidade Apresentada de consultas médicas em acupuntura registradas no Brasil (BRASIL, 2011).

Ricardo Barros explicou que a incorporação das terapias chamadas de alternativas ao SUS baseou-se em evidências científicas e na tradição.



Artigo

Estamos falando de medicina tradicional: ao longo de milênios, essas coisas deram certo. A maioria dos medicamentos é baseada no princípio ativo dessas plantas. Antes, tomava-se um chá de determinada planta e hoje se toma um comprimido de uma substância extraída daquela planta, o que faz exatamente o mesmo efeito (NITAHARA, 2018).

De acordo com Magnificat,

as perspectivas do crescimento das PIC's são muito grandes, pois são atividades que trazem benefícios, com custos relativamente baixos. E traz oportunidade de uma maior promoção da saúde e da qualidade de vida, integração social, busca da autonomia, em que o usuário é sujeito ativo, cuidando e sendo responsável pelo seu tratamento. Diminuindo o afastamento do trabalho por doenças oportunistas; de uso excessivo de medicamentos; e nas práticas corporais se tem um empoderamento de continuar praticando só, com autonomia, podendo se tornar mais um multiplicador destas práticas (MAGNIFICAT, 2018).

Entende-se que essas práticas integrativas e complementares, ao serem inseridas na Atenção Primária em Saúde através da PNPIC, contribuem para a própria implementação do SUS em sentido profundo, na medida em que favorece princípios fundamentais como: “universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social” (BRASIL, 2011, p. 3). Podemos dizer que a medicina alternativa se sobressai frente à medicina convencional – ao menos no modo como esta foi até hoje praticada – sobretudo no tocante aos supracitados aspectos do vínculo, do cuidado continuado, da integralidade da atenção e da humanização.

Atualmente as pessoas vêm optando por tratamentos e práticas mais naturais, que tenham resultados duradouros e tendo como aspecto mais importante a prevenção. Devido ao recente aumento na procura de práticas integrativas em postos de saúde, vê-se a necessidade de se realizar estudos não só com o intuito de melhor elucidar os aspectos que as envolvem, mas também de fornecer panoramas de como estas terapias vêm sendo aplicadas nos contextos municipais, estaduais, regionais, nacional e internacional. Nesse sentido, o trabalho presentemente descrito teve como objetivo investigar quais práticas integrativas vem sendo utilizadas pela atenção primária na região da Mata Norte de Pernambuco, com base em dados coletados no ano de 2018.



Artigo

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, que se caracteriza por avaliar criticamente e sintetizar evidências encontradas por meio de entrevistas. O presente estudo buscou responder à seguinte pergunta norteadora: Quais foram as práticas integrativas utilizadas na atenção primária da região da Mata Norte do estado de Pernambuco no ano de 2018?

A coleta de dados foi feita de modo indireto, ainda no ano de 2018, através de entrevistas por telefone. Os dados coletados foram fornecidos pelas secretarias de saúde dos dezessete municípios que constituem a região da Mata Norte. A região sobre a qual centramos nossas análises é constituída pelos seguintes municípios:



Temas em Saúde

Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO
Aliança	37.188
Buenos Aires	12.016
Camutanga	7.830
Carpina	63.769
Condado	21.756
Ferreiros	10.737
Goiana	71.088
Itambé	34.966
Itaquitinga	14.950
Lagoa do Carro	13.083
Lagoa de Itaenga	19.908
Macaparana	22.474
Nazaré da Mata	29.218
Paudalho	45.063
Timbaúba	56.895
Tracunhaém	12.379
Vicência	28.744

Tabela 2: Cidades e populações.

Fonte: (http://www.ancora.org.br/textos/011_jansen-mafra.html)



PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA
MATA NORTE DE PERNAMBUCO

Páginas 574 a 587

Artigo

O procedimento de coleta de dados consistiu em ligar para as secretarias de saúde de cada cidade e procurar pelo secretário de saúde da cidade em questão. Os números de telefones foram fornecidos pelas prefeituras das respectivas cidades e os números das prefeituras foram conseguidos mediante pesquisa em site de busca.

Quando em contato com os secretários, foram feitas seguintes perguntas no intuito de responder o seguinte questionário, para cada cidade:

Nome: _____
Cargo: _____
Local de Trabalho: _____
Cidade: _____
Data: _____

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA MATA NORTE DE PERNAMBUCO.

1. É Oferecido na cidade práticas alternativas e complementares?

SIM NÃO

2. Se sim, quais práticas são oferecidas?

3. Elas são oferecidas nos: _____

HOSPITAIS POSTOS DE SAÚDE
 OUTROS _____

Algumas cidades como Itambé, Itaquitanga, Tracunhaém, Camutanga, Ferreiros, Buenos Aires e Condado possuem secretaria de saúde própria, o que dificultou a coleta de dados sobre estas cidades. Outra dificuldade encontrada em algumas cidades foi a de que, mesmo depois de muitos dias tentando contato, não obteve-se retorno. Houve também a dificuldade de algumas pessoas entrevistadas não quererem prestar informações.



Artigo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da pergunta norteadora (“Quais foram as práticas integrativas utilizadas na atenção primária da região da Mata Norte do estado de Pernambuco no ano de 2018?”), foi feito contato com as secretarias de saúde dos municípios e, a partir dos dados coletados, chegou-se ao seguinte panorama, mostrado na tabela abaixo, das práticas integrativas aplicadas em cada cidade:

Cidade	Terapias oferecidas
Lagoa do Carro	Acunpultura, Biodanza.
Lagoa de Itaenga	Acunpultura, Arteterapia, Ayurveda.
Paudalho	Arteterapia, Ayurveda, Biodanza, Acunpultura.
Carpina	Biodanza, Fitoterapia
Nazaré da Mata	Biodanza, Yoga, Dança circular e bioenergética
Timbaúba	Acunpultura, Auricoloterapia, Fitoterapia, Massoterapia.
Vicência	Não tem
Itaquitinga	Não tem
Goiana	Massoterapia, Biodanza
Macaparana	Não tem
Ferreiros	Não tem
Buenos Aires	Não tem
Aliança	Não tem

Tabela 3: Cidades e práticas integrativas.

As frequências de práticas integrativas nas cidades com o maior número destas práticas aparecem tal como se segue:



Artigo

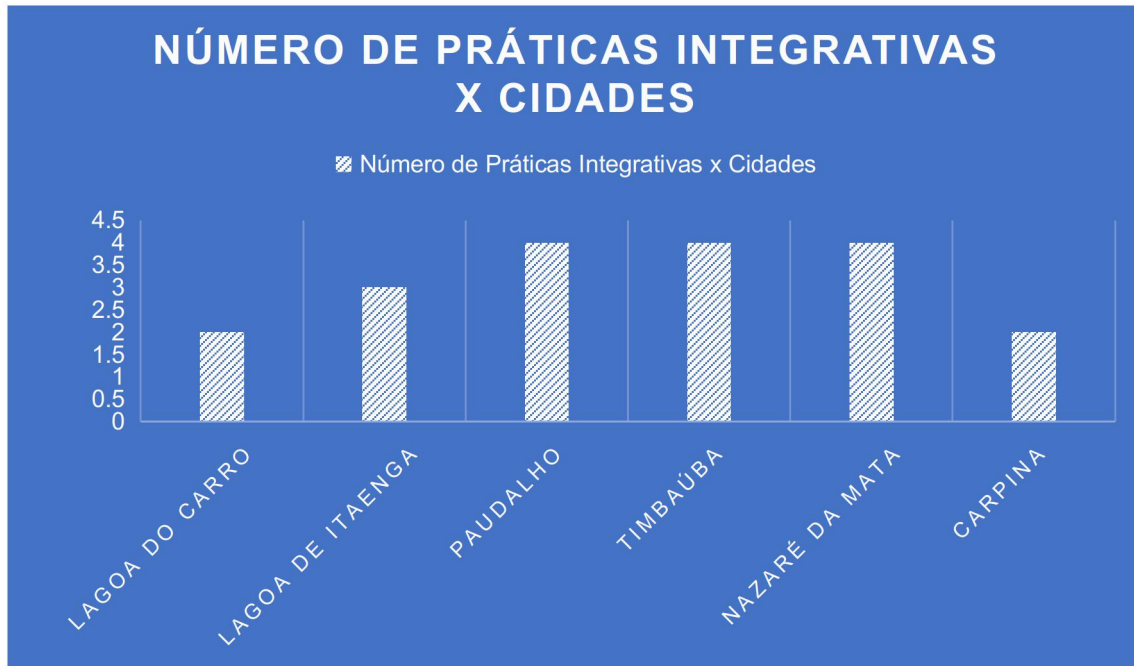


Gráfico 1: Cidades com maior frequência de práticas integrativas.

Para melhor elucidar, ainda, o quantitativo das terapias oferecidas na atenção primária da Mata Norte de Pernambuco, e em que cidades temos a maior fatia das práticas aplicadas, optou-se dispor os dados através de um cálculo de porcentagem, como se segue:



Artigo

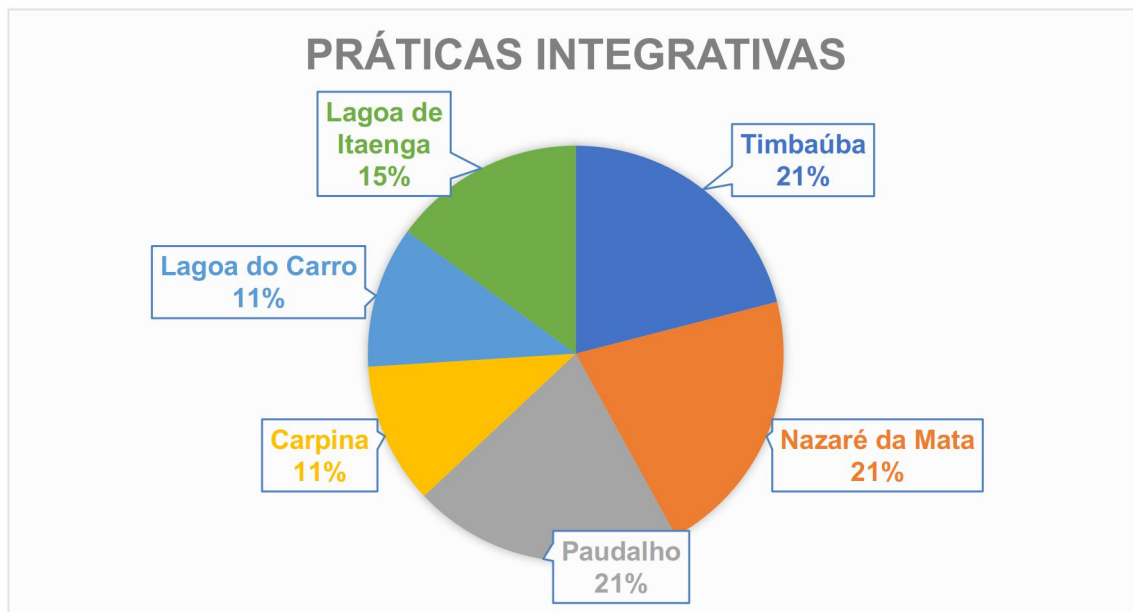


Gráfico 2: Percentuais por cidade.

Em ambos os gráficos consideramos apenas as cidades que quantificaram as Práticas Integrativas. A partir deles, percebe-se, destarte, que as práticas integrativas não se limitam às grandes capitais, sendo hoje disponibilizadas pelo serviço público de saúde de pequenas cidades do interior, numa região ainda considerada subdesenvolvida, como o Nordeste brasileiro, o que demonstra que tais práticas estão passando por um progressivo processo de democratização, chegando aos diferentes estratos sociais.

Um outro dado interessante é o de que, considerando os cálculos de porcentagem, podemos perceber que Carpina é uma das duas cidades que disponibilizam números menores de práticas aos seus cidadãos, a despeito de esta ser a cidade mais populosa e desenvolvida da região (81 mil habitantes). Por outro lado, cidades menores como Nazaré da Mata (30 a 40 mil habitantes) disponibilizam uma quantidade maior de alternativas terapêuticas.



Artigo

CONCLUSÃO

Neste trabalho abordamos o assunto Práticas integrativas e complementares na atenção primária da Mata Norte de Pernambuco, e concluímos que boa parte dos municípios que compõem a Mata Norte de Pernambuco disponibiliza práticas integrativas, embora, curiosamente, o mais populoso disponibilize menos. O presente trabalho permitiu a construção de um pequeno panorama da quantidade de práticas oferecidas na região da Mata Norte e quais são. Assim sendo, foi possível constatar através dos dados coletados quão valorizado está sendo o uso de práticas integrativas na saúde pública de Pernambuco.

Ainda há um longo caminho para a conscientização do uso de tais práticas. O que falta, talvez, seja um aumento em profissionais especializados e verbas destinadas às secretarias de saúde, pois o que é visto em reportagens é não raro diferente do que se apresenta em realidade. A maioria das práticas alternativas estão concentradas na capital de Pernambuco, o que dificulta o acesso para pessoas das demais localidades, apesar de, a nível de Mata Norte, termos constatado que a cidade mais desenvolvida disponibiliza menos serviços, o que nos torna patente de que desenvolvimento urbano não possui uma correlação necessária com a aplicação das medicinas alternativas. Cabe, portanto, problematizar a questão e incentivar a implementação de uma medicina diversificada no âmbito da saúde pública. Esta quebra de monopólio da medicina convencional pode gerar no paciente uma consciência de autocuidado, o que evita futuras idas ao médico, aliviando os gastos públicos, a despeito dos investimentos em práticas integrativas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. T., COSTA, L. F. A. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, 2010, pp. 497-508.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Portaria MS/GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, atualiza a Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011.



Artigo

_____. **Política nacional de práticas integrativas e complementares: avanços e desafios.** Disponível em: < http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_346_politica.pdf>. Acesso em: 07 de outubro de 2019.

_____. **Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. **SUS passa a oferecer terapias alternativas para a população.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2017/01/sus-passa-a-oferecer-terapias-alternativas-para-a-populacao>>. Acesso em: 20/11/2018.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1989.

MELO, S. C. C., SANTANA, R. G., SANTOS, D. C., ALVIM, N. A. T. Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm**, 66(6), 2013, pp. 840-846.

SANTOS, R. L., GUIMARAES, G. P., NOBRE, M. S. C., PORTELA, A. S. Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Pl. Med.**, Botucatu, v.13, n.4, 2011, p.486-491.

NITAHARA, A. **SUS incorpora 10 novas práticas integrativas e complementares.** Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-03/sus-incorpora-10-novas-praticas-integrativas-e-complementares>> Acesso em: 16 de Setembro de 2018.

MAGNIFICAT, M. S. M. **Práticas integrativas e complementares no brasil – revisão sistematica.** Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012monteiro-mms.pdf>>. Acesso em: 16 de Setembro de 2018.

MAIA, R. P., LIMA, C. B., LIMA, A. K. B. S., LIMA JÚNIOR, C. B., OLIVEIRA, A. C. L. C. Anthropology, interdisciplinary and health. **Revista Temas em Saúde**, João Pessoa, SP, vol. 19, nº. 2, 2019, pp. 102-121.



Temas em Saúde

Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

OMS. **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional: 2014-2023**. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf?sequence=1>. Acesso em 20/11/2018.



PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA
MATA NORTE DE PERNAMBUCO

Páginas 574 a 587



Temas em
Saúde