

Vol.22 | n.1 | 2020  
ISSN 2175-3946

# RBPS

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde

# RBPS

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde  
Brazilian Journal of Health Research

## REVISTA BRASILEIRA DE PESQUISA EM SAÚDE

### CONSELHO EDITORIAL

#### EDITORA-CHEFE |

Carolina Fiorin Anhoque, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES

#### EDITORA-EXECUTIVA |

Blima Fux, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES

#### EDITORES-CIENTÍFICOS REGIONAIS |

Ana Rosa Murad Szpilman, Universidade Vila Velha/ES

Carolina Dutra Degli Esposti, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES

Cynthia Moura Louzada Farias, Faculdade Multivix, Cachoeiro do Itapemirim/ES

Fernando Zanela da Silva Arêas, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES

Filomena Euridice Carvalho de Alencar, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES

Franciele Marabotti Costa Leite, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES

Karla de Melo Batista, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES

Katrini Guidolini Martinelli, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES

Lorena Barros Furieri, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES

Lucia Renata Meireles de Souza, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES

Marcela Cangussu Barbalho Moulim, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES

Michele Nacif Antunes, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES

#### EDITORES-CIENTÍFICOS NACIONAIS |

Ana Claudia Trocoli Torrecilhas, Universidade Federal de São Paulo/SP

Ana Inês Sousa, Universidade Federal do Rio de Janeiro/RJ

Antonio Germane Alves Pinto, Universidade Regional do Cariri, Crato/CE

Armando Cypriano Pires, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro/RJ

Cássia Regina Gotler Medeiros, Universidade do Vale do Taquari, Lajeado/RS

Cristina Katya Torres Teixeira Mendes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB

Dulcian Medeiros de Azevedo, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Caicó/RN

Fabiola Hermes Chesani, Universidade do Vale do Itajaí/SC

Fernanda Bordignon Nunes, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre/RS

Gabriella Barreto Soares, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB

Luciane Peter Grillo, Universidade do Vale do Itajaí/SC

Marcia Cristina Cury, Universidade Federal de Uberlândia/MG

Paula Matias Soares, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza/CE

Renata Junqueira Pereira, Universidade Federal do Tocantins, Palmas/TO

Rodrigo Caetano Arantes, Centro Universitário Uninorte, Rio Branco/AC

#### EDITORES ASSOCIADOS INTERNACIONAIS |

Deborah Garbee, LSU Health Sciences Center New Orleans, EUA

Erin Symonds, University of South Florida, Saint Petersburg, Flórida - EUA

Günter Fröschl, Ludwig-Maximilians-University of Munich - ALEMANHA

Kurt Varner, LSU Health Sciences Center New Orleans, EUA

Lea Tenenholz Grinberg, University of California, San Francisco, EUA

Taisa Sabrina Silva Pereira, Universidad de las Américas Puebla, MÉXICO

#### CORPO TÉCNICO

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E CAPA | João Carlos Furlani

BIBLIOTECÁRIO | Francisco Felipe Coelho

REVISORES AD-HOC ESPECIALISTAS EM DIFERENTES ÁREAS DE CONHECIMENTO

#### UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO (UFES)

REITOR | Paulo Sérgio de Paula Vargas

VICE-REITORA | Roney Pignaton da Silva

#### CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (CCS)

DIRETORA | Gláucia Rodrigues Abreu

VICE-DIRETOR | Alfredo Carlos Rodrigues Feitosa

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. -  
R454 v. 1, n. 1 (jan./jun. 1999)

- .- Vitória : Centro de Ciências da Saúde,  
1999-

v. : il.

Trimestral

ISSN 2175-3946

Constituição no título UFES Revista de Odontologia  
(ISSN 1516-6228)

1. Saúde - Periódicos. 2. Saúde - Pesquisa. 1. Universidade  
Federal do Espírito Santo.

CDU 61(05)

CDD 610.05

#### INDEXAÇÃO NA SEGUINTE BASE DE DADOS |

Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS)

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA |

Universidade Federal do Espírito Santo

Centro de Ciências da Saúde

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde

Av. Marechal Campos 1468, Maruípe - Vitória, ES, Brasil

CEP 29040-090 | Tel: (27) 3335-7201

E-mail: rbps.ccs@ufes.br

Site: <http://periodicos.ufes.br/rbps>

Solicita-se permuta / Si solicita lo scambio / Se solicita el canje  
Exchange is solicited / On demande l'échange / Wir bitten um austausch

# Sumário

## EDITORIAL | EDITORIAL

- 4 | O papel da Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária e a pandemia de COVID-19**  
The role of Permanent Health Education in Primary Care and the COVID-19 pandemic  
*Carolina Dutra Degli Esposti, Lorena Ferreira, Ana Rosa Murad Szpilman e Marly Marques da Cruz*

## ARTIGOS ORIGINAIS | ORIGINAL ARTICLES

- 9 | Perfil epidemiológico de pacientes portadores de neoplasias de glândulas salivares atendidos em um hospital de referência de João Pessoa/PB**  
Epidemiological profile of patients with salivary gland neoplasms treated in a referral hospital in João Pessoa City/ PB, Brazil  
*Gabriella de Vasconcelos Neves, Daliana Queiroga de Castro Gomes, Cassiano Francisco Weege Nonaka, Diego Filipe Bezerra Silva e Gustavo Pina Godoy*
- 17 | Intersetorialidade, a saúde do idoso e o Serviço de Orientação ao Exercício: uma análise documental**  
Intersectoriality, elderly health and Exercise Orientation Service: a documental analysis  
*Leonardo Perovano Camargo e Carlos Nazareno Ferreira Borges*
- 26 | O perfil dos cirurgiões-dentistas e o monitoramento de indicadores em saúde bucal dos municípios da 1ª Regional de Saúde do Pará**  
Dental surgeons' profile and the monitoring of oral health indicators in counties belonging to the 1<sup>st</sup> health regional unit in Pará State, Brazil  
*Gabriel Mácola de Almeida, Amanda Menezes Medeiros, Dimitra Castelo Branco, Petra Blanco Lira Matos, Adalberto Lírio de Nazaré Lopes e Liliane Silva do Nascimento*
- 35 | Percepção de estudantes de Enfermagem sobre os sentidos e significados do trabalho gerencial do enfermeiro**  
Nursing students' perception about the senses and meanings of nurses' management work  
*Sabrina Nunes dos Santos, Mariana de Oliveira Araujo, Nildo Batista Mascarenhas e Taciane Oliveira Bet Freitas*
- 43 | Correlação entre a gravidade da doença e variáveis respiratórias em pacientes com cirrose hepática e ascite**  
Correlation between disease severity and respiratory variables in patients with liver cirrhosis and ascites  
*Jordane Silva de Souza, Rayane de Souza Moura, Halina Duarte, Flávia Marine Paro e Verônica Lourenço Wittmer*
- 50 | Perfil clínico e epidemiológico de pacientes com tuberculose diagnosticados em um hospital universitário**  
Clinical and epidemiological profile of tuberculosis patients diagnosed in a university hospital  
*Érida Zoé Lustosa Furtado, Lúgia Maria Cabedo Rodrigues, Alessandra Sousa Monteiro, Anne Karoline Nunes de Oliveira e Elizyanne Mendes Martins*
- 60 | Problemas relacionados à farmacoterapia e intervenções farmacêuticas em indivíduos com tuberculose**  
Drug-related issues and pharmaceutical interventions in tuberculosis patients  
*Iara Pereira da Silva, Luíza Inabê Marques, Ramon Moraes Penha e Camila Guimarães Polisel*

**71 | Tendência da mortalidade infantil e de seus componentes no estado do Espírito Santo de 2006 a 2016**  
Trend of infant mortality, and of its components, in Espírito Santo State/Brazil, from 2006 to 2016  
*Luíza Braun Lirio Nascimento, Tayná Marquêsini de Souza Melo e Wanêssa Lacerda Poton*

**79 | Conhecimento materno e de responsáveis por crianças sobre amamentação e alimentação complementar**  
The knowledge of mothers and guardians of children about breastfeeding and complementary feeding  
*Isabele Moreira França Vieira e Sueli Ismael Oliveira da Conceição*

**89 | Caracterização dos óbitos por acidente de transporte terrestre em um município de Goiás**  
Featuring deaths caused by land transport accidents in a city in Goiás state, Brazil  
*Gabriela Camargo Tobias, Thiago dos Santos Souza e Cristiane Chagas Teixeira*

#### **RELATOS DE EXPERIÊNCIA | EXPERIENCE REPORTS**

**98 | Aplicabilidade de ferramentas de abordagem familiar: promoção do autocuidado, reinserção social e vivência de luto por paciente idoso**  
The applicability of family approach tools: self-care promotion, social reintegration and grief experience by an elderly patient  
*Samuel Trezzena, Ana Catarina Marcena Santos, Irenice Juliana Gonçalves Santos, Keyla Marinho de Paiva, Luis Binício dos Reis e Patrícia Helena Costa Mendes*

**106 | Acolhimento com classificação de risco na Estratégia Saúde da Família: implantação a partir do Arco de Maguerez**  
Risk classification in the Family Health Strategy: implementation based on Maguerez Arc  
*Quiteria Larissa Teodoro Farias, Samir Gabriel Vasconcelos Azevedo, Ismael Briosso Bastos, Amanda Caroline Pereira Vital, Ana Suelen Pedroza Cavalcante, Sibeles Pontes Rocha e Maristela Inês Osawa Vasconcelos*

#### **ARTIGO DE REVISÃO | REVIEW ARTICLE**

**113 | Concepções sobre promoção da saúde e qualidade de vida: revisão integrativa**  
Concept of Health promotion and quality of life: an integrative review  
*Rauana dos Santos Faustino, Antonio Germane Alves Pinto, Simone Marcelino Lopes e Lydia Maria Tavares*

## O papel da Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária e a pandemia de COVID-19

The role of Permanent Health Education in Primary Care and the COVID-19 pandemic

*Carolina Dutra Degli Esposti<sup>1</sup>*

*Lorena Ferreira<sup>1</sup>*

*Ana Rosa Murad Szpilman<sup>2</sup>*

*Marly Marques da Cruz<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Vila Velha. Vila Velha/ES, Brasil.

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro/ES, Brasil.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia político-pedagógica de formação em saúde fundamentada em uma aprendizagem que se dá no e com relação ao próprio processo de trabalho, visando à transformação das práticas em saúde<sup>1,2</sup>. Sua introdução na América Latina, e conseqüentemente no Brasil, deu-se na década de 1980, por ação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)<sup>3</sup>, tendo se tornado uma política nacional a partir de 2004<sup>4,5</sup>. Desde então, tem-se buscado a sua implementação em todo o território nacional para qualificação e desenvolvimento dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, melhoria dos serviços prestados e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como modelo de atenção à saúde no Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) atua como a porta de entrada para os serviços públicos de saúde e concentra grande força de trabalho em um processo contínuo de atenção aos cuidados essenciais à saúde da população. Nesse cenário, a EPS visa fortalecer as práticas em APS, e suas principais iniciativas relacionam-se ao desenvolvimento de recursos tecnológicos, à aproximação entre as instituições de ensino e saúde para garantir uma prática de ensino-serviço e à formação de espaços coletivos de aprendizagem significativa no cotidiano do trabalho. Contudo, existe, ainda, a desvalorização das iniciativas de EPS, o que se torna uma barreira à sua efetivação na APS<sup>6</sup>.

Sendo a proposta da EPS uma ferramenta de transformação das práticas no trabalho, é preciso avançar na compreensão do conceito de EPS que rege a política e de suas práticas nos serviços pelos gestores, profissionais de saúde, instituições de ensino e usuários, a fim de que sejam aprimorados tanto a formação em saúde quanto os processos de trabalho no cotidiano dos serviços. Além disso, precisa se ajustar às novas demandas que se apresentam a esses serviços, inclusive aquelas decorrentes das mudanças nas situações epidemiológicas locais, que são reflexo das alterações nas necessidades de saúde dos indivíduos e das comunidades.

Destaca-se que, desde o início do ano de 2020, o mundo convive com a pandemia de COVID-19, impactando nos processos de trabalho em saúde. O primeiro caso de infecção pelo novo coronavírus (*Severe Acute Respiratory 2- SARS-Cov-2*) foi reportado na China, no início de dezembro de 2019<sup>7</sup>. Considerada uma doença de elevada transmissibilidade<sup>8</sup>, apresentou uma escalada acelerada em número de casos novos em esfera global, fazendo com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) a considerasse uma pandemia.

Desde o início da pandemia até o final do mês de agosto de 2020, foram registrados aproximadamente 25 milhões de casos e 800 mil mortes pela doença em todo o mundo. Apesar do moderado declínio ou estabilização observados nas taxas de incidência na região das Américas, o Brasil permanece, assim como outros países da América Latina, no grupo de maior taxa de incidência a cada 1 milhão de habitantes, superior a 1.000 novos casos diários. Diante de tal situação, o país apresenta o expressivo acumulado de 3.804.803 casos e 119.504 mortes<sup>9</sup>.

A COVID-19 é uma doença respiratória, cuja transmissão está associada à inalação ou ao contato com gotículas infectadas de pacientes com ou sem sintomas clínicos aparentes, eliminadas por meio de tosse ou espirro que podem alcançar um espaço de um a dois metros<sup>10</sup>. A elevada capacidade de reprodução do vírus causador contribui em sua transmissibilidade<sup>11</sup>, assim como o prolongado período de incubação, tempo compreendido entre a infecção do indivíduo e a apresentação de sintomas, que varia entre dois a onze dias, muito interfere na rápida disseminação da doença<sup>12</sup>.

No Brasil, a APS trabalha para garantir o acesso aos serviços de saúde com base no conhecimento do território, no vínculo entre o usuário e a equipe de saúde e na integralidade da assistência, e, nesse contexto, exerce papel fundamental no monitoramento das famílias vulneráveis e no acompanhamento aos casos suspeitos e leves. Dessa forma, a assistência na APS é estratégia fundamental tanto para a contenção da pandemia, quanto para o não agravamento das pessoas diagnosticadas com a COVID-19<sup>13</sup>.

Além disso, na ausência de uma vacina para a COVID-19, foram tomadas outras medidas de saúde pública, denominadas intervenções não farmacêuticas, visando à redução do contato entre pessoas e da transmissão do vírus<sup>14</sup>. Dentre essas medidas, a que tem se mostrado mais efetiva é o distanciamento social, compulsório ou voluntário, dos indivíduos. No entanto, essa medida pode se apresentar como uma experiência desagradável para a população, uma vez que o isolamento, a perda de liberdade, as incertezas sobre o estado de saúde e o tédio podem provocar efeitos devastadores<sup>15</sup>.

Assim sendo, os serviços na APS também necessitam abordar os problemas relacionados ao isolamento social prolongado e à precarização da vida social e econômica, como transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo e agudização ou desenvolvimento de agravos crônicos, que coexistirão com as necessidades já apresentadas pelas pessoas e comunidades<sup>13</sup>. As equipes de saúde precisaram ajustar o processo de cuidado aos usuários do sistema e enfrentar todas as necessidades advindas das inúmeras mudanças sociocomportamentais dentro das sociedades, incluindo alterações no estilo de vida, que se relacionam com o aumento do convívio familiar<sup>16</sup> e alterações na rotina de práticas de atividades físicas<sup>16,17</sup> e alimentares<sup>16</sup>. Além do comprometimento da saúde física, estudos demonstraram que a quarentena foi o fator mais preditivo dos sintomas de estresse agudo<sup>15</sup>, sendo desordens relacionadas à ansiedade, depressão e estresse pós-traumático as principais manifestações<sup>18</sup>. Por fim, há um agravamento do cenário de adoecimento da população, gerado pela circulação de mitos e notícias falsas, principalmente em redes sociais e vídeos alarmantes<sup>19</sup>.

O contexto da pandemia de COVID-19 trouxe como desafio aos profissionais de saúde nos serviços e na prestação do cuidado a necessidade de análises rápidas sobre a etiologia da doença, assim como suas formas de controle e prevenção, além do enfrentamento de todos os aspectos intervenientes na saúde mental e física da população por conta do cenário da pandemia. A grande velocidade com que os dados são divulgados e a existência de variadas fontes de informação apresentam-se como desafios para gestores, trabalhadores da saúde e usuários. Como lidar com tanta informação e em tão curto espaço de tempo? Como escolher as melhores fontes de informação?

Para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 nos serviços de saúde, algumas iniciativas de EPS foram desenvolvidas no sentido da reorganização do processo de trabalho e da prestação do cuidado. No Centro da APS de um município do sul da Bahia, as ações de EPS foram direcionadas para discussões dos protocolos e documentos relacionados à COVID-19. No entanto, diante da necessidade de constante atualização imposta pela pandemia, com novos protocolos e novas orientações redefinidas quase que diariamente pela OMS e pelo Ministério da Saúde (MS), uma atitude construtiva foi desenvolvida pela equipe de saúde com a elaboração de um plano estratégico com ações de curto prazo, específicas a sua realidade; e a realização de uma triagem imediata no acesso do indivíduo à unidade, com o intuito tanto de diminuir aglomerações, quanto para identificar precocemente casos sintomáticos respiratórios, possibilitando seu isolamento. Em relação aos procedimentos, manteve-se a realização de curativo e fornecimento do material para sua realização em domicílio, além de ações educativas nas salas de espera sobre os temas higiene respiratória, distanciamento social e saúde mental<sup>20</sup>.

Também nesse contexto, é importante criar novos pontos de acesso ao sistema de saúde, especialmente por via remota. Por meio das modalidades de teleatendimento (teleorientação, teleconsulta, telemonitoramento e telerregulação), que passam a desempenhar papel central a partir desse momento, para os casos de pessoas com níveis de ansiedade elevados e/ou sintomas sugestivos de COVID-19 brandos ou com gravidade moderada, com possibilidade de orientar os casos suspeitos e o reconhecimento dos sinais de alerta; monitorar esses casos suspeitos quanto à evolução clínica; realizar vídeo consultas para casos mais complexos e solicitar remoção para uma unidade hospitalar ao identificar sinais de agravamento<sup>21,22</sup>.

Mudanças também foram impostas no arcabouço legal que rege a prática de telessaúde no país, o que levou à regulamentação, pelo MS, do uso de telemedicina, excepcionalmente para o contexto da pandemia de COVID-19<sup>23</sup>, com fins de prestação de abordagem pré-clínica, suporte assistencial, consulta, monitoramento e diagnóstico em todo o sistema de saúde brasileiro. Isso resultou, dentre outras coisas, na adoção, por estados e municípios, de centrais de teleatendimento como componentes essenciais de primeiro contato das pessoas com a rede de atenção à saúde<sup>13</sup>.

A reorganização do processo de trabalho das equipes e a autonomia dos profissionais de saúde, além de serem fundamentais no enfrentamento da pandemia, podem, também, amenizar os efeitos sociais e econômicos das medidas de distanciamento social na população. Por meio das mídias sociais e rádios comunitárias, as equipes podem orientar a população sobre as formas de contágio e informar sobre os canais de teleatendimento, além de ajudar a identificar indivíduos e famílias em situação de maior vulnerabilidade, mobilizando recursos da própria comunidade para auxiliar na entrega de alimentos e outros itens essenciais<sup>21</sup>.

Considera-se que a APS desempenha um papel central na mitigação dos efeitos da pandemia e, com o desenvolvimento de iniciativas de EPS, pode contribuir para diminuir a incidência da infecção na população adscrita, por meio do trabalho comunitário na redução da disseminação da infecção e no acompanhamento dos casos leves em isolamento domiciliar, na identificação das situações de vulnerabilidade individual ou coletiva e, principalmente, garantindo o acesso aos cuidados de saúde e o necessário encaminhamento nas fases mais críticas da epidemia, com impacto direto na diminuição da morbimortalidade. Mais uma vez, reafirma-se a EPS como uma ferramenta de transformação das práticas em saúde, que se dá no e com relação ao próprio processo de trabalho, e que deve envolver a gestão, os profissionais da saúde, as instituições de ensino e os usuários na busca por inovações e soluções tecnológicas para os desafios da saúde pública e da valorização da vida.

## REFERÊNCIAS |

1. Campos KFC, Sena RR, Silva KL. Educação permanente nos serviços de saúde. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2017 ago; 2(4):1-10.
2. Silva JF. A educação permanente em saúde como espaço de produção de saberes na Estratégia de Saúde da Família [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13461/1/30.pdf>.
3. Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016; 21(3):913-922. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413=81232016000300913-&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413=81232016000300913-&script=sci_abstract&tlng=pt).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para educação permanente em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. 68 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).
6. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, Cruz MM. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde debate* [Internet]. 2019; 43(120):223-239. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042019000100223&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100223&lng=en).
7. Xiao C. A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) - Related Psychological and Mental Problems: structured letter therapy. *Psychiatry Investigation.* 2020; 17(2):175-176. Disponível em: <https://www.psychiatryinvestigation.org/upload/pdf/pi-2020-0047.pdf>.
8. Chaves TSS, Bellei NCJ. SARS-COV-2, o novo Coronavírus. *Revista de Medicina.* 2020; 99(1):1-4. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/167173/159662>.
9. OMS. Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update. Disponível em: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200831-weekly-epi-update-3.pdf?sfvrsn=d7032a2a\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200831-weekly-epi-update-3.pdf?sfvrsn=d7032a2a_4).
10. Silva DP, Santos IMR, Melo VS. Aspectos da infecção ocasionada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2). *Brazilian Journal Of Health Review.* 2020; 3(2):3763-3779. Disponível em: <http://www.brazilian-journals.com/index.php/BJHR/article/view/9304/7858>.
11. He Xi, Lau EHY, Wu P, Deng X, Wang J, Hao X, Lau YC, Wong JY, Guan Y, Tan X, Mo X, Chen Y, Liao, B, Chen W, Hu F, Zhang Q, Zhong M, Wu Y, Zhao L, Zhang F, Cowling BJ, Li F, Leung GM. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nature Medicine.* 2020; 26(5):672-675. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0869-5.pdf>.
12. Backer J, Klinkenberg D, Wallinga J. Incubation period of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infections among travellers from Wuhan, China, 20–28 January 2020. *Eurosurveillance.* 2020;25(5):1-6. Disponível em: <https://www.eurosurveillance.org/docserver/fulltext/eurosurveillance/25/5/eurosurv-25-5-3.pdf?expires=1591040011&id=id&accname=guest&checksum=72C6CF7A5F74AB6BFEC35A974EBCC7>.

13. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2020; 29(2):e2020166. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222020000200903&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200903&lng=en&nrm=iso).
14. Ferguson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G, Imai N, Ainslie K, Baguelin M, Bhatia S, Boonyasiri A, Cucunubá Z, Cuomo-Dannenburg G, Dighe A. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. Imperial College COVID-19 Response Team, London, Março, 16. Disponível em: <https://spiral.imperial.ac.uk:8443/bitstream/10044/1/77482/14/2020-03-16-COVID19-Report-9.pdf>.
15. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet.* 2020; 395(10227):912-920. Elsevier BV. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930460-8>.
16. Mook M, Mello PMVC. Pandemia COVID-19. *Rev. bras. ter. Intensiva.* 2020;32(1):1.
17. Raiol RA. Praticar exercícios físicos é fundamental para a saúde física e mental durante a Pandemia da COVID-19. *Brazilian Journal Of Health Review.* 2020;3(2):2804-2813. Disponível em: <http://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/8463/7298>.
18. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet.* 2020;395(10224):37-38. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30309-3.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30309-3.pdf).
19. Goyal K, Chauhan P, Chhikara K, Gupta P, Singh MP. Fear of COVID 2019: First Suicidal Case in India!. *Asian Journal of Psychiatry.* 2020;49:101989-101989. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1876201820300976?token=1420C7BF03113337BF7DFCF0DEE5D1B8AD80A76D7525C18226B35664AD1782B79A664DBBBF979C-0D85A55324BF491907>.
20. Rios AFM, Lira LSSP, Reis IM, Silva GA. Atenção Primária à saúde frente à Covid-19 em um centro de saúde. *Enferm. Foco.* 2020;11(1)Especial: 246-251.
21. Dumas RP, Silva GA, Tasca R, Leite IC, Brasil P, Greco DB, Grabis V, Campos GWS. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cad. Saúde Pública.* 2020;36(6):e00104120.
22. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: avaliação remota em Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2020;15:2461.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19 [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF),* 2020 mar 23 [citado 2020 abr 14];Seção 1:Extra. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marcode-2020-249312996>.

Gabriella de Vasconcelos Neves<sup>1</sup>  
Daliana Queiroga de Castro Gomes<sup>1</sup>  
Cassiano Francisco Weege Nonaka<sup>1</sup>  
Diego Filipe Bezerra Silva<sup>1</sup>  
Gustavo Pina Godoy<sup>2</sup>

**Epidemiological profile of patients with salivary gland neoplasms treated in a referral hospital in João Pessoa City/PB, Brazil**

## **| Perfil epidemiológico de pacientes portadores de neoplasias de glândulas salivares atendidos em um hospital de referência de João Pessoa/PB**

### **ABSTRACT | Introduction:**

*Neoplasms affecting salivary glands are relatively rare, although they account for a wide variety of biological behaviors and histological subtypes of benign and malignant tumors. Objective: Determining the relative frequency and distribution of a series of 124 cases histopathologically diagnosed as primary salivary gland neoplasms. Methods: Exploratory cross-sectional study comprising salivary gland neoplasm cases diagnosed at Napoleon Laureano Hospital, João Pessoa City, from January 2002 to December 2012. Recorded data encompassed patients, sex, age, race, anatomical site, affected gland type, as well as tumor size, nature and histopathological diagnosis. Collected data were analyzed through descriptive statistics.*

**Results:** 124 cases were identified, 98 (79.03%) were benign and 26 (20.97%) were malignant tumors. With respect to anatomical site, most tumors were observed in the parotid gland (84.7%), and it was followed by minor salivary (8%) and submandibular glands (7.3%). Minor salivary gland tumors were more often diagnosed in the palate. Pleomorphic adenoma (87.8%) was the most common benign tumor, whereas adenoid cystic carcinoma (42.3%) was the most common malignant tumor. Malignant tumors were mostly observed in the parotid (76.9%) and minor salivary glands (23%). **Conclusion:** Statistical data presented in the current study may help better understanding the clinical and biological features of salivary gland tumors.

**Keywords |** Epidemiology; Salivary glands; Salivary gland neoplasms.

**RESUMO | Introdução:** As neoplasias que surgem nas glândulas salivares são relativamente raras, as quais representam uma grande variedade de comportamentos biológicos e subtipos histológicos benignos e malignos.

**Objetivo:** Determinar a frequência relativa e a distribuição de uma série de casos diagnosticados histopatologicamente como neoplasias primárias em glândulas salivares. **Métodos:** Realizou-se um estudo transversal exploratório, por meio de técnica da observação indireta dos prontuários preenchidos entre o período de janeiro de 2002 e dezembro de 2012. Foram registrados dados referentes ao sexo, idade, raça, localização anatômica, tipo de glândula acometida, tamanho, natureza e diagnóstico histopatológico da neoplasia. Os dados coletados foram analisados por meio de estatística descritiva. **Resultados:** Foram identificados 124 casos, dos quais 98 (79,03%) eram neoplasias benignas e 26 (20,97%), malignas. Com relação à localização anatômica, a maioria das lesões ocorreu na glândula parótida (84,7%), seguindo-se as glândulas salivares menores (8%) e, por último, a glândula submandibular (7,3%). As neoplasias de glândulas salivares menores ocorreram mais frequentemente no palato. A neoplasia benigna mais frequente foi o adenoma pleomórfico (87,8%), e o carcinoma adenoide cístico (42,3%) foi a neoplasia maligna mais comum. As neoplasias malignas foram mais comuns na glândula parótida (76,9%) e nas glândulas salivares menores (23%). **Conclusão:** Os dados demográficos aqui apresentados poderão ser úteis para uma melhor compreensão das características clínicas e biológicas das neoplasias de glândulas salivares.

**Palavras-chave |** Epidemiologia; Glândulas salivares; Neoplasias das glândulas salivares.

<sup>1</sup>Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande/PB, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pernambuco. Recife/PE, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

As neoplasias das glândulas salivares (NGSs) são um grupo heterogêneo de lesões, que ocorrem na região maxilofacial e apresentam complexa aparência morfológica e comportamento clínico variável<sup>1</sup>, o que pode representar consideráveis desafios de diagnóstico e conduta clínica<sup>2</sup>.

De forma geral, essas neoplasias apresentam-se clinicamente como massas assintomáticas de crescimento lento, bem delimitadas, podendo ou não exibir ulceração superficial<sup>3</sup>. Correlações entre os achados clínicos, radiológicos e patológicos são muito importantes para um correto diagnóstico<sup>4</sup>. Além disso, os fatores relacionados ao seu prognóstico são difíceis de avaliar, e isso se deve ao fato de que eles são um dos grupos mais diversificados de neoplasias, sua progressão clínica é geralmente lenta e incerta, e um acompanhamento em longo prazo se torna necessário para o estabelecimento dos fatores que influenciam seu resultado clínico<sup>3</sup>.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a incidência global anual, quando todas as neoplasias em glândulas salivares são consideradas, varia de 0,4 a 13,5 casos por 100.000 habitantes<sup>5</sup>. Estudos em várias partes do mundo têm mostrado diferenças na incidência das NGSs, bem como variações na frequência de cada tipo histopatológico<sup>3,6-12</sup>. As NGSs são relativamente raras, representando 3,5% a 10% de todas as neoplasias encontradas na região de cabeça e pescoço<sup>13</sup>. Essa baixa incidência pode estar relacionada a fatores étnicos e geográficos<sup>14</sup>. Cerca de 80% de todas as NGSs são benignas, e as malignidades são particularmente raras, compreendendo menos do que 0,5% de todas as neoplasias malignas e cerca de 5% de todos os cânceres da região de cabeça e pescoço<sup>2</sup>.

A maioria dos casos é diagnosticada em mulheres<sup>7,15</sup>, e a média de idade dos pacientes com NGSs é de 45 anos com um pico entre a 4ª e 6ª décadas de vida<sup>7,16</sup>. As NGSs afetam predominantemente glândulas salivares maiores<sup>10</sup>, e a glândula parótida é o sítio mais comum para qualquer neoplasia de glândula salivar, representando cerca de 70% de todas as neoplasias resultantes nesse local, onde cerca de 85% são benignos<sup>2</sup>. As neoplasias que ocorrem nas glândulas sublinguais são muito raras, constituindo entre 0,3% e 5,2% de todas as NGSs epiteliais e, aproximadamente, 1,5% de todas as neoplasias de glândula salivar maior<sup>13,17</sup>. As neoplasias malignas das glândulas

salivares menores constituem 2-3% de todas as neoplasias malignas da região de cabeça e pescoço e menos de 25% de todas as NTGSs<sup>18</sup>.

Com relação aos subtipos histológicos, estudos<sup>8,10</sup> indicam que as neoplasias benignas e malignas mais comuns da glândula parótida são adenomas pleomórficos (66- 86%), e o tumor de Warthin (20-23%). Nas demais glândulas, o adenoma pleomórfico também é o mais comum, seguido pelo carcinoma adenoide cístico e pelo carcinoma mucoepidermoide<sup>8,10,16</sup>. O conhecimento das principais entidades patológicas que podem se manifestar nos tecidos glandulares é de fundamental importância para a saúde pública e para os profissionais da área da saúde, permitindo o planejamento de medidas específicas de prevenção e, principalmente, de diagnóstico precoce para as populações estudadas.

Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi analisar a frequência relativa e a distribuição das NGSs diagnosticadas em um hospital de referência, e fornecer dados para comparação com outros estudos epidemiológicos em diferentes locais geográficos.

## MÉTODOS |

Este trabalho foi inicialmente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE 15068713.0.0000.5187). Realizou-se um estudo transversal exploratório, por meio de técnica da observação indireta dos prontuários médicos preenchidos entre o período de janeiro de 2002 e dezembro de 2012. Após a obtenção dos dados, eles foram separados quanto às características clínicas, incluindo sexo, idade, raça, localização anatômica, tipo de glândula acometida, tamanho e natureza da neoplasia, além do diagnóstico histopatológico.

Foram incluídos no estudo os pacientes com neoplasias primárias em glândulas salivares, diagnosticadas no Hospital Napoleão Laureano, localizado na cidade de João Pessoa-PB. Destaca-se que algumas variáveis não puderam ser analisadas no total dos casos registrados, por falta de seu preenchimento adequado. Todos os casos foram divididos de acordo com a classificação dos subtipos histopatológicos das neoplasias em glândulas salivares preconizada pela Organização Mundial de Saúde, em 2005<sup>5</sup>. Os dados foram organizados em uma ficha elaborada exclusivamente para

o estudo e, posteriormente, foram analisados em ambiente *Windows* pelo programa *SPSS 17.0* para realização de estatística descritiva.

## RESULTADOS |

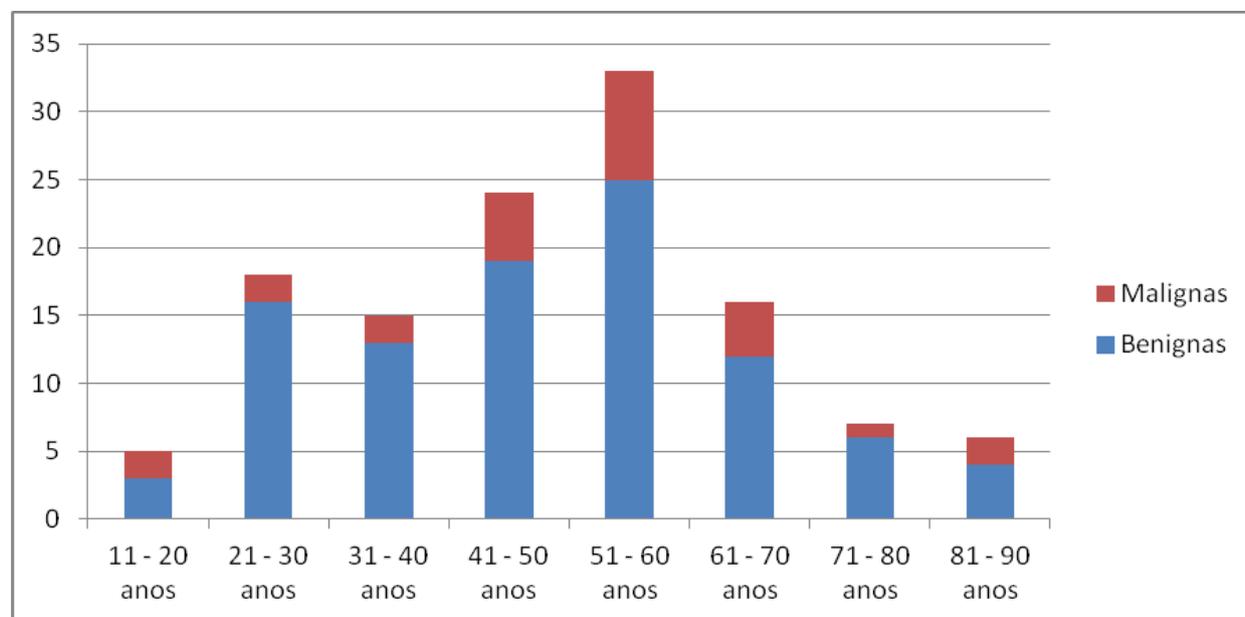
Durante o período de dez anos, foram encontrados 124 casos de neoplasias de glândulas salivares. Pertenciam ao sexo feminino 84 (67,7%), enquanto 40 (32,3%) eram do sexo masculino. A faixa etária de todas as amostras foi de 11-86 anos. A idade média para pacientes com neoplasia benignas e malignas foi de 48,3 e 51,9 anos, respectivamente. O pico de prevalência de todos os pacientes com NGSs foi a sexta década. A distribuição etária está representada no Gráfico 1.

O tamanho médio das neoplasias benignas e malignas foi de 3,2 e 2,6 centímetros, respectivamente. A maioria (83,1%) dos pacientes acometidos pertencia à raça branca, enquanto 16,9% eram não brancos. Destacando-se ainda que 114 (91,9%) neoplasias ocorreram em glândulas salivares maiores. O local de acometimento mais comum foi a glândula parótida com 105 casos [84,7%], seguido de dez casos (27,2%) nas glândulas salivares menores e nove casos (7,3%) na glândula submandibular. Não foram encontradas neoplasias em glândula sublingual (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição absoluta e relativa dos casos de neoplasias de glândulas salivares de acordo com os parâmetros clínico-patológicos

Parâmetros clínico-patológicos	n (%)
<b>Sexo</b>	
Masculino	40 (32,3)
Feminino	84 (67,7)
<b>Raça</b>	
Branca	103 (83,1)
Não branca	21 (16,9)
<b>Tipo de glândula</b>	
Salivar maior	114 (91,9)
Salivar menor	10 (8,1)
<b>Localização</b>	
Glândula parótida	105 (84,7)
Glândula submandibular	9 (7,3)
Palato	4 (3,2)
Lábio superior	2 (1,6)
Mucosa jugal	2 (1,6)
Assoalho bucal	1 (0,8)
Língua	1 (0,8)

Gráfico 1 – Distribuição dos casos de neoplasias de glândulas salivares pelo tipo e faixa etária dos pacientes. Campina Grande (PB), 2013



Em relação à natureza das NGSs identificadas, observaram-se 98 (79,03%) neoplasias benignas e 26 (20,97%) malignas. Quanto às neoplasias benignas, 85 ocorreram na glândula parótida, nove na glândula submandibular e quatro nas glândulas salivares menores, enquanto os valores correspondentes para as neoplasias malignas foram 20 na glândula parótida e seis nas glândulas salivares menores (Tabela 2). As neoplasias benignas e malignas foram predominantes no sexo feminino, com 69,3% e 61,5%, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 2 – Distribuição absoluta e relativa dos casos de neoplasias de glândulas salivares de acordo com a localização anatômica e o tipo de neoplasia. Campina Grande (PB), 2013

Localização anatômica	Neoplasia		Total n (%)
	Benigna n (%)	Maligna n (%)	
Glândula parótida	85 (86,7)	20 (76,9)	105 (84,7)
Glândula submandibular	9 (9,2)	0 (0,0)	9 (7,3)
Palato	2 (2,0)	2 (7,7)	4 (3,2)
Lábio superior	0 (0,0)	2 (7,7)	2 (1,6)
Mucosa jugal	1 (1,0)	1 (3,8)	2 (1,6)
Assoalho bucal	0 (0,0)	1 (3,8)	1 (0,8)
Língua	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (0,8)
<b>Total</b>	<b>98 (100,0)</b>	<b>26 (100,0)</b>	<b>124 (100,0)</b>

Dentre as neoplasias benignas, os adenomas pleomórficos predominaram (87,8%); a segunda neoplasia benigna mais comum foi o tumor de Warthin (9,2%), encontrado apenas na glândula parótida. O carcinoma adenoide cístico foi a neoplasia maligna mais comum (42,3%), seguida pelo carcinoma mucoepidermoide (30,8%) (Tabela 3).

Entre as neoplasias malignas da glândula parótida, 40% eram carcinomas mucoepidermóides, 35% carcinomas adenoide císticos, 15% de carcinomas de células acinares e 5% adenocarcinoma NOS e carcinoma do ducto salivar.

Na glândula submandibular, evidenciaram-se nove (7,3%) neoplasias benignas e nenhuma maligna, destacando-se ainda que todas as neoplasias da glândula submandibular foram adenomas pleomórficos.

De todas as neoplasias das glândulas salivares menores, quatro (40%) eram benignas e seis (60%), malignas (Tabela 2). O palato foi o local mais frequente (40%). Observou-se apenas adenoma pleomórfico, entre as neoplasias benignas, enquanto as malignas foram representadas por carcinomas adenoide císticos (66,6%), adenocarcinoma NOS (16,6%) e adenocarcinoma polimorfo de baixo grau (16,6%) (Tabela 4).

Tabela 3 – Distribuição absoluta e relativa dos casos de neoplasias de glândulas salivares de acordo com o subtipo histológico da lesão e o sexo dos pacientes. Campina Grande (PB), 2013

Subtipo histopatológico	Sexo		Total n (%)
	Masculino n (%)	Feminino n (%)	
<b>Neoplasias benignas</b>			
Adenoma pleomórfico	21 (70,0)	65 (95,6)	86 (87,8)
Tumor de Warthin	8 (26,7)	1 (1,5)	9 (9,2)
Adenoma de células basais	1 (3,3)	2 (2,9)	3 (3,1)
<b>Total</b>	<b>30 (100,0)</b>	<b>68 (100,0)</b>	<b>98 (100,0)</b>
<b>Neoplasias malignas</b>			
Carcinoma adenoide cístico	3 (30,0)	8 (50,0)	11 (42,3)
Carcinoma mucoepidermoide	4 (40,0)	4 (25,0)	8 (30,8)
Carcinoma de células acinares	1 (10,0)	2 (12,5)	3 (11,5)
Adenocarcinoma NOS	2 (20,0)	0 (0,0)	2 (7,7)
Adenocarcinoma polimorfo de baixo grau	0 (0,0)	1 (6,3)	1 (3,8)
Carcinoma do ducto salivar	0 (0,0)	1 (6,3)	1 (3,8)
<b>Total</b>	<b>10 (100,0)</b>	<b>16 (100,0)</b>	<b>26 (100,0)</b>

Tabela 4 – Distribuição absoluta e relativa dos casos de neoplasias de glândulas salivares de acordo com a localização anatômica. Campina Grande (PB), 2013

	Glândula parótida	Glândula submandibular	Palato	Mucosa jugal	Língua	Lábio superior	Asso-alho bucal	Total (%)
<b>Neoplasias benignas</b>								
Adenoma pleomórfico	73	9	2	1	1	0	0	86 (87,8)
Tumor de Warthin	9	0	0	0	0	0	0	9 (9,2)
Adenoma de células basais	3	0	0	0	0	0	0	3 (3,1)
<b>Total (%)</b>	<b>85 (86,7)</b>	<b>9 (9,2)</b>	<b>2 (2,0)</b>	<b>1 (1,0)</b>	<b>1 (1,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>98 (100,0)</b>
<b>Neoplasias malignas</b>								
Carcinoma adenóide cístico	7	0	2	0	0	1	1	11 (42,3)
Carcinoma mucoepidermóide	8	0	0	0	0	0	0	8 (30,8)
Carcinoma de células acinares	3	0	0	0	0	0	0	3 (11,5)
Adenocarcinoma NOS	1	0	0	0	0	1	0	2 (7,7)
Adenocarcinoma polimorfo de baixo grau	0	0	0	1	0	0	0	1 (3,8)
Carcinoma do ducto salivar	1	0	0	0	0	0	0	1 (3,8)
<b>Total (%)</b>	<b>20 (76,9)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>2 (7,7)</b>	<b>1 (3,8)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>2 (7,7)</b>	<b>1 (3,8)</b>	<b>26 (100,0)</b>

## DISCUSSÃO |

Os padrões de distribuição epidemiológicos das neoplasias em glândulas salivares diferem entre os países, em parte devido à sua raridade e pela diversidade histopatológica<sup>3</sup>. O presente estudo analisou 124 neoplasias de glândulas salivares e apresentou predomínio de neoplasias benignas (79%), semelhante à maioria dos estudos publicados<sup>3,6-8,10,12,13,19,20</sup>. Considerando-se apenas as glândulas salivares menores, as neoplasias malignas foram mais frequentes (60%). Em contraste, outros levantamentos<sup>21,22</sup> encontraram um predomínio de neoplasias benignas nas glândulas salivares menores. Nos estudos de Targa-Stramandinoli et al.<sup>23</sup> e Tian et al.<sup>8</sup>, ambas as neoplasias benignas e malignas tiveram uma frequência de 50%.

Neste estudo, observou-se que as NGSs apresentaram maior acometimento do sexo feminino (67,7%), com uma proporção entre homens e mulheres de 1:2,1. Esses achados estão de acordo com os relatos de Ito et al.<sup>7</sup>, Mejia-Velázquez et al.<sup>14</sup>, Morais et al.<sup>20</sup>. Todavia, Souza, Bernal e Curado<sup>24</sup> afirmaram que as taxas de incidência são maiores em homens, embora a diferença segundo o sexo seja pequena.

Com relação à idade, a maior proporção das neoplasias benignas e malignas foi diagnosticada em indivíduos na

sexta década de vida. Coerentemente, um estudo realizado na China<sup>24</sup>, verificou o mesmo pico de incidência. Lima et al.<sup>26</sup> verificaram que os casos de neoplasias malignas tendem a aparecer a partir da 4ª década de vida. Por sua vez, Srivani et al.<sup>27</sup> observaram que a maioria das neoplasias benignas ocorreram na 4ª década, enquanto as malignas foram mais comuns na 6ª década de vida.

Em outro estudo realizado em uma população brasileira<sup>7</sup>, foram analisados 496 prontuários de casos de NGSs, e verificou-se que a idade e o sexo foram diferentes para as neoplasias benignas e malignas de glândulas salivares. Pacientes com neoplasias benignas geralmente foram mais jovens e do sexo feminino com pico de prevalência na quinta década. Por outro lado, pacientes com neoplasias malignas comumente eram mais idosos e do sexo masculino, apresentando um pico de incidência da sétima década.

Em relação à localização anatômica, a glândula mais acometida foi a parótida, com 84,7% dos casos. As glândulas salivares menores foram o segundo local de ocorrência mais comum, correspondendo a 8% de todos as neoplasias, seguido pela glândula submandibular (7,3%). A maioria dos estudos epidemiológicos descreve semelhante distribuição<sup>8,25,27,28</sup>. Entretanto, um estudo conduzido na Índia<sup>16</sup> identificou as glândulas salivares menores como

a segunda localização mais comum, estando afetadas em 22% dos casos. Em glândulas salivares menores, o palato foi a região mais envolvida, o que esteve em consonância com outros estudos anteriores<sup>1,6,11,15,22,28</sup>.

Ao considerar o tipo de neoplasia, o diagnóstico de adenoma pleomórfico foi o mais encontrado, representando 87,8% dos casos. A maior distribuição desse tipo de neoplasia benigna está em concordância com o encontrado em outras séries no Irã<sup>1</sup>, na China<sup>25</sup>, na Índia<sup>27</sup> e em algumas regiões do Brasil<sup>7,20</sup>. De acordo com o relatório da OMS<sup>5</sup>, cerca de 80% de todos os adenomas pleomórficos ocorrem na glândula parótida, e 10% nos outros tipos de glândulas, semelhante aos resultados encontrados neste estudo.

Em relação às neoplasias malignas, os dados obtidos revelaram que o carcinoma adenoide cístico e o carcinoma mucoepidermoide foram as mais prevalentes, correspondendo respectivamente a 42,3% e 30,8%, coerentemente a outros estudos realizados no Brasil<sup>26</sup> e na Índia<sup>16,27</sup>. Contudo, relatos da Ásia<sup>11,25</sup>, Reino Unido<sup>29</sup> e América latina<sup>7,20</sup>, evidenciaram maior incidência do carcinoma mucoepidermoide em relação ao adenoide cístico. No estudo de Tian *et al.*<sup>8</sup> foram encontradas as mesmas proporções (30%) para ambas as neoplasias.

Em concordância com outras pesquisas publicadas<sup>3,7,12,21</sup>, não foram encontrados casos de neoplasias em glândula sublingual, confirmando a baixa prevalência de neoplasias oriundas desse sítio. Wang *et al.*<sup>11</sup>, em um estudo clínico-patológico das NGSs, encontraram uma quantidade de seis neoplasias de glândula sublingual em um total de 1.176 casos pesquisados em uma população chinesa, resultando em uma porcentagem de 0,5% de todos os sítios anatômicos considerados. Em contraste, um estudo realizado na Eslováquia<sup>30</sup>, avaliou casos de NGSs diagnosticados em clínicas de estomatologia e reportou uma quantidade de 33 (3,2%) neoplasias em glândula sublingual de um total 1.021 casos.

Neste estudo, entre as neoplasias de glândulas salivares menores, seis (60,0%) eram malignas. Outros estudos retrospectivos de neoplasias de glândulas salivares<sup>6,8</sup> têm mostrado resultados semelhantes, com as incidências menores, variando entre 50-76%.

Luksic *et al.*<sup>10</sup> afirmaram que, ao comparar os dados de diferentes estudos, existem algumas discrepâncias na frequência e distribuição dessas neoplasias, o que é

possivelmente influenciada pela raça e pela localização geográfica da população em questão. Os mesmos autores enfatizaram que, enquanto alguns relatos na literatura são baseados em resultados de instituições de cirurgia oral, outros são baseados em resultados de cirurgia de cabeça e pescoço, portanto espera-se que a distribuição das neoplasias não esteja necessariamente em concordância.

## CONCLUSÃO |

Pode-se concluir que houve uma maior incidência de neoplasias benignas em relação às malignas. Entre as neoplasias benignas, o adenoma pleomórfico foi o tipo mais encontrado, e o sítio mais afetado foi a glândula parótida. Os dados demográficos aqui apresentados poderão ser úteis para uma melhor compreensão das características clínicas e patológicas das NGSs, incluindo as variações geográficas na frequência e na distribuição da doença, servindo de comparação com dados de estudos semelhantes publicados.

## REFERÊNCIAS |

1. Jaafari-Ashkavandi Z, Ashraf MJ, Moshaverinia M. Salivary gland tumors: a clinicopathologic study of 366 cases in Southern Iran. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013; 14(1):27-30.
2. Speight PM, Barrett AW. Salivary gland tumours. *Oral Dis.* 2002; 8(5):229-40.
3. Oliveira LR, Soave DF, Oliveira-Costa JP, Zorretto VA, Ribeiro-Silva A. Prognostic factors in patients with malignant salivary gland neoplasms in a Brazilian population. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2011; 12(2):363-8.
4. Zdanowski R, Dias FL, Barbosa MM, Lima RA, Faria PA, Loyola AM, *et al.* Sublingual gland tumors: clinical, pathologic, and therapeutic analysis of 13 patients treated in a single institution. *Head Neck.* 2011; 33(4):476-81.
5. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. *Pathology & genetics of head and neck tumours.* Lyon: IARC Press; 2005. p. 254-8. v. 9.

6. Jansisyanont P, Blanchaert Jr RH, Ord RA. Intraoral minor salivary gland neoplasm: a single institution experience of 80 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2002; 31(3):257-61.
7. Ito FA, Ito K, Vargas PA, Almeida OP, Lopes MA. Salivary gland tumors in a Brazilian population: a retrospective study of 496 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 34(5):533-6.
8. Tian Z, Li L, Wang L, Hu Y, Li J. Salivary gland neoplasms in oral and maxillofacial regions: a 23-year retrospective study of 6982 cases in an eastern Chinese population. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2010; 39(3):235-42.
9. Muenscher A, Diegel T, Jaehne M, Ussmuller J, Koops S, Sanchez-Hanke M. Benign and malignant salivary gland diseases in children: a retrospective study of 549 cases from the salivary gland registry, Hamburg. *Auris Nasus Larynx.* 2009; 36(3):326-31.
10. Lukšić I, Virag M, Manojlović S, Macan D. Salivary gland tumours: 25 years of experience from a single institution in Croatia. *J Craniomaxillofac Surg.* 2012; 40(3):75-81.
11. Wang Y-L, Zhu Y-X, Chen TZ, Wang Y, Sun G-H, Zhang L, et al. Clinicopathologic study of 1176 salivary gland tumors in a Chinese population: experience of one cancer center 1997-2007. *Acta Otolaryngol.* 2012; 132(8):879-86.
12. Fonseca FP, Carvalho MV, Almeida OP, Rangel ALCA, Takizawa MCH, Bueno AG, et al. Clinicopathologic analysis of 493 cases of salivary gland tumors in a Southern Brazilian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012; 114(2):230-9.
13. Perez DEC, Pires FR, Alves FA, Almeida OP, Kowalski LP. Sublingual salivary gland tumors: clinicopathologic study of six cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005; 100(4):449-53.
14. Mejía-Velázquez CP, Durán-Padilla MA, Gómez-Apo E, Quezada-Rivera D, Gaitán-Cepeda LA. Tumors of the salivary gland in Mexicans: a retrospective study of 360 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2012; 17(2):183-9.
15. Ansari M. Salivary gland tumors in an Iranian population: a retrospective study of 130 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 65(11):2187-94.
16. Subhashraj K. Salivary gland tumors: a single institution experience in India. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2008; 46(8):635-8.
17. Rinaldo A, Shaha AR, Pellitteri PK, Bradley PJ, Ferlito A. Management of malignant sublingual salivary gland tumors. *Oral Oncol.* 2004; 40(1):2-5.
18. Kruse ALD, Grätz KW, Obwegeser JA, Lübbers HT. Malignant minor salivary gland tumors: a retrospective study of 27 cases. *Oral Maxillofac Surg.* 2010; 14(4):203-9.
19. Jaber MA. Intraoral minor salivary gland tumors: a review of 75 cases in a Libyan population. *Int J Oral Maxillofac.* 2006; 35(2):150-4.
20. Morais MLSA, Azevedo PR, Carvalho CH, Medeiros L, Lajus T, Costa ALL. Clinicopathological study of salivary gland tumors: an assessment of 303 patients. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(5):1035-40.
21. Toida M, Shimokawa K, Makita H, Kato K, Kobayashi A, Kusunoki Y, et al. Intraoral minor salivary gland tumors: a clinicopathological study of 82 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 34(5):528-32.
22. Pires FR, Pringle GA, Almeida OP, Chen SY. Intra-oral minor salivary gland tumors: a clinicopathological study of 546 cases. *Oral Oncology.* 2007; 43(5):463-70.
23. Targa-Stramandinoli R, Torres-Pereira C, Piazzetta CM, Giovanini AF, Amenábar JM. Minor salivary gland tumours: a 10-year study. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2009; 60(3):199-201.
24. Souza DLB, Bernal MM, Curado MP. Evolución de la incidencia de los cánceres de glándulas salivales mayores em Espana (1978-2002). *Gac Sanit.* 2012; 26(1):65-8.
25. Wanga X, Meng L, Houa T, Huang S. Tumours of the salivary glands in northeastern China: a retrospective study of 2508 patients. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2015; 53(2):132-7.

26. Lima MA, Martins Filho PRS, Silva LCF, Piva MR, Santos TS. Perfil dos pacientes portadores de neoplasias malignas orais em uma população Brasileira. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2010; 10(4):93-102.
27. Srivani N, Srujana S, Shahista S, Kumar OS. Spectrum of salivary gland tumors: a five year study. *IAIM.* 2016; 3(7):132-6.
28. Moatemri R, Belajouza H, Farroukh U, Ommezzine M, Slama A, Ayachi S, et al. Epidemiological profile of salivary-glands tumors in a Tunisian teaching hospital. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 2008; 109(3):148-52.
29. Jones AV, Craig GT, Speight PM, et al. The range and demographics of salivary gland tumours diagnosed in a UK population. *Oral Oncol.* 2008; 44(4):407-17.
30. Satko I, Stanko P, Longauerová I. Salivary gland tumours treated in the stomatological clinics in Bratislava. *J Craniomaxillofac Surg.* 2000; 28(1):56-61.

*Correspondência para/Reprint request to:*

**Gustavo Pina Godoy**

*Universidade Federal de Pernambuco,*

*Avenida Professor Moraes Rego, s/n,*

*Ipatinga, Recife/PE, Brasil*

*CEP: 50670-901*

*E-mail: gruga@hotmail.com*

Recebido em: 12/09/2019

Aceito em: 13/04/2020

**Intersectoriality, elderly health  
and Exercise Orientation  
Service: a documental analysis**

**| Intersectorialidade, a saúde do  
idoso e o Serviço de Orientação ao  
Exercício: uma análise documental**

**ABSTRACT | Introduction:**

*There is a worldwide phenomenon associated with increased life expectancy and decreased fertility rate that has been leading to population aging. Consequently, it requires Public Policies to adapt healthcare services to further reach and assure better quality of life to this population. The PNPS (Brazilian National Health Promotion Policy) points towards intersectoriality as institutional element and form of management capable of enhancing health services. In addition, the literature in the field points towards social participation (one of the elements of intersectoriality) as factor capable of protecting and promoting active life for the elderly population. **Objectives:** The objective of the research is to analyze the elements of intersectoriality through a documentary analysis, related to the health of the elderly population within the Exercise Orientation Service, in order to assist in the evaluation and planning of policies more aligned with constitutional rights and building more rational analysis tools. **Methods:** Documental analysis by Richardson was herein used as research methodology. **Results:** Political analysis models by Dye gave rise to the Exercise Orientation Service (EOS) classified as the elite model. Nowadays, EOS acts as incremental model, which lies on variations of the past model, based on small improvements applied to consolidated policies in order to avoid political friction and large expenses with new or major reformulations. **Conclusion:** Thus, although EOS is an important Public Policy and a national reference, it still has incipient inter-sectorial relationships classified as horizontal governmental articulations. Nevertheless, this embryonic intersectoral system can open room for the development of Public Policies focused on reaching a larger number of individuals and on assuring them better quality of life.*

**Keywords |** *Intersectoral Collaboration; Exercise; Elderly.*

**RESUMO | Introdução:** Há um fenômeno mundial de aumento da expectativa de vida e queda da taxa de fecundidade, promovendo o envelhecimento da população e, conseqüentemente, a necessidade de Políticas Públicas se adaptarem aos serviços para maior alcance e qualidade para essa população. A Política Nacional de Promoção da Saúde aponta a intersectorialidade como elemento institucional e como uma forma de gestão que potencializa os serviços de saúde, além de a literatura apontar a participação social (um dos elementos da intersectorialidade) como fator de proteção e promoção de vida ativa para os idosos. **Objetivos:** O objetivo da pesquisa é analisar os elementos de intersectorialidade através de uma análise documental, relacionada à saúde da população idosa dentro do Serviço de Orientação ao Exercício, com a finalidade de auxiliar na avaliação e planejamento de políticas mais alinhadas com os direitos constitucionais e construção de ferramentas mais racionais de análise. **Métodos:** Como metodologia utilizou-se a análise documental de Richardson. **Resultados:** Dentro dos modelos de análise política de Dye tem-se o início do Serviço de Orientação ao Exercício classificado como o modelo de elite e atualmente agindo como o modelo incremental, que são variações sobre o passado, aplicando pequenas melhorias em políticas já consolidadas, para evitar atritos políticos e gastos em novas ou grandes reformulações. **Conclusão:** Conclui-se que o SOE, apesar de ser uma Política Pública de vanguarda e de referência nacional, ainda possui relações intersectoriais incipientes, classificadas como articulações governamentais horizontais, que é uma intersectorialidade embrionária, abrindo caminho para a construção de uma Política Pública com mais alcance e qualidade.

**Palavras-chave |** Colaboração Intersectorial; Exercício; Idoso.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Pará. Belém/PA, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

A Constituição Federal Brasileira de 1988,<sup>1</sup> que forneceu bases jurídicas para a busca pelo cumprimento de direitos sociais da população, concretizando-se posteriormente em Políticas Públicas, tanto as Políticas de Estado (Políticas constitucionais, sendo obrigatório o cumprimento independentemente do governo eleito, e como exemplo temos na saúde o SUS – Sistema Único de Saúde) quanto em Políticas de Governo (em ações específicas de mandatos).

Atualmente é constatado um fenômeno que vem ocorrendo no mundo de forma geral, por isso a necessária preocupação com a saúde dessa faixa geracional, que é o aumento da expectativa de vida, a qual, aliada à queda da taxa de fecundidade, promove o envelhecimento da população mundial.<sup>2</sup>

Por essa razão, os sistemas de saúde como um todo, os projetos e programas materializados pelas Políticas Públicas de saúde precisarão se adaptar para o atendimento a essa parcela da população. Eduardo Pereira Nunes, presidente do IBGE de 2003 a 2011, mostrou durante a apresentação dos dados do censo de 2010, que “[...] a queda da taxa de fecundidade e da mortalidade infantil, aliadas à maior expectativa de vida da população, explicam essa mudança do padrão demográfico”.

A evolução científica e busca por acesso ampliado de oportunidades de acesso à saúde dos idosos ocorrem em dois ramos que pensam a análise do processo de envelhecimento: geriatria e gerontologia. Enquanto a geriatria é um ramo que se dedica a problemas médicos dos idosos, a gerontologia é um campo de estudos multidisciplinar, sobre o processo de envelhecimento, e que leva em conta fatores biológicos, educacionais, psicológicos, sociológicos, geográficos, entre vários outros.<sup>3</sup>

Apesar dessa definição generalista, sabemos que o idoso não pode receber uma classificação única que despreze sua história de vida, estilo de vida atual, a comunidade e a sociedade onde está inserido. Assim Veras<sup>4</sup> aconselha que “não é possível estabelecer conceitos universalmente aceitáveis e uma terminologia globalmente padronizada para o envelhecimento [...] há conotações políticas e ideológicas associadas ao conceito, que podem ser mais bem visualizadas dentro de sociedades específicas”.

Partindo para o caso específico do município de Vitória, Capital do estado do Espírito Santo, encontrou-se um mapeamento<sup>5</sup> onde o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) aparece como a Política Pública mais antiga entre as listadas. Essa ação tem uma boa abrangência populacional e que, apesar de não ser voltada exclusivamente para os idosos, tem alto percentual desse público.

Portanto, o objetivo da pesquisa é analisar os elementos de intersectorialidade, através de uma análise documental, relacionada à saúde da população idosa dentro do Serviço de Orientação ao Exercício, e essa análise poderá auxiliar na avaliação e planejamento de políticas mais alinhadas com os direitos constitucionais e construção de ferramentas mais racionais de análise.

## MÉTODOS |

Após essa problematização, apresentamos a opção metodológica para o alcance dos objetivos da pesquisa, que foi a Análise Documental proposta por Richardson.<sup>6</sup> A análise documental é parte da análise de conteúdo, que é uma forma mais ampla de análise dessas comunicações humanas. Sendo assim, ela possibilita estudar ou analisar documentos (registros escritos, leis e decretos) em busca de circunstâncias sociais e/ou econômicas para a construção de relações de significado.

Na produção dos dados desta pesquisa, foi realizada uma análise dos documentos utilizando uma matriz analítica quantitativa e depois descritiva, na busca por significados, utilizando os seguintes descritores: ‘Educação Física’, ‘Idoso’, ‘Práticas Corporais’ (Dança, Artes Marciais/Lutas, Esporte, Ginástica e Jogos), ‘Saúde’, ‘Lazer’ e ‘Intersetorialidade’ (Articulação, integração e Interdisciplinaridade).

O procedimento dessa análise foi a busca pelas ocorrências desses descritores, em arquivos digitais do tipo PDF (*Portable Document Format*) das legislações analisadas: Constituição Federal de 1988, Estatuto do Idoso, Lei Orgânica de Vitória-ES e Lei/Decreto de instituição do SOE. Foram anotados os números de ocorrências de cada um dos descritores e, na sequência, os trechos onde foram identificadas as ocorrências.

O tratamento posterior dos dados apresenta a relação interpretativa dos trechos selecionados com os conceitos encontrados na literatura, no sentido de entender as ações encontradas nos documentos como Políticas Públicas. A estratégia permitiu, então, a análise das ações enquanto Políticas Públicas e verificação de ocorrência da intersectorialidade, ou possibilidade de relações intersectoriais assim como de seus desdobramentos.

## DISCUSSÃO |

A aliança entre atividade física e saúde é tida quase como um consenso social. No Brasil, isso ocorre especialmente através do discurso médico que apresentou a Educação Física como sinônimo de atividade física e saúde, mediante a divulgação de hábitos de caráter higienista, e como meio de eugeniação da raça brasileira e da construção da moral da juventude.<sup>7</sup>

Encontra-se um conceito, divulgado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco histórico das manifestações pelo direito à saúde no Brasil, em 1986.e, segundo se lê naquele documento, a saúde é caracterizada como o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde.

Dessa forma, reduzir a saúde a apenas um determinante biológico e excluir as responsabilidades políticas do Estado é encarar o problema sob uma perspectiva pouco abrangente e sem enxergar caminhos para proposição de soluções.

A implantação do SUS possibilitou uma visão ampliada de saúde no Brasil, com um indicativo de descentralização nas ações dessa pasta.<sup>8</sup> Essa descentralização, aliada à intersectorialidade, como nova estratégia de gestão, possibilitou a participação de diferentes setores da sociedade civil perante o Estado. O município, aliado a diferentes instâncias, passou a atender às demandas de saúde da população.<sup>5</sup>

A gestão descentralizada e a intersectorial propõem melhorar a qualidade de vida dos cidadãos, oferecendo melhores serviços e os convocando a participar no processo de implementação das Políticas Públicas. Desta forma, as intervenções têm um caráter integrado e equitativo.<sup>9</sup>

A ampliação do discurso de ‘atividade física, igual à saúde, que é igual à Educação Física’, não é uma negação da relação entre esses fatores, visto que vários autores encontraram uma relação benéfica entre atividade física, prática corporal, saúde e Educação Física, a ponto de serem importantes ferramentas na área de saúde pública.<sup>10</sup>

Falando-se ainda em intersectorialidade, Junqueira<sup>9,11,12,13</sup> apresenta que a abordagem dos problemas sociais de forma ampliada, levando em conta questões multifatoriais e os analisando de forma integrada, possibilita uma estratégia de excelência e administração pública eficiente.

A saúde, por ser um direito social, tem ações do Estado em diferentes esferas que acabam atuando sobre esse direito do cidadão. Sendo assim, faz-se necessária a análise dessas ações nas Políticas Públicas de saúde, e também contar com a participação social como elemento essencial no exercício da cidadania.<sup>5</sup>

O modelo de governo brasileiro, incluindo as organizações públicas de saúde, até a década de 70, baseava-se em ações centralizadas e verticais. Apesar de a descentralização e de a intersectorialidade não serem temas novos na literatura, eles são novos como exercício de prática, tendo suas primeiras discussões de implantação no Brasil na década de 80 do século XX.<sup>9,14</sup>

A intersectorialidade como nova forma de gestão busca a eliminação de burocracia e um contato maior com a população, procurando garantir uma maior eficácia nas ações. A descentralização no âmbito social tem como principal característica a participação social no apoio às tomadas de decisão, compartilhando assim responsabilidades com o Estado. Já no âmbito político, ela propicia a distribuição de poder para níveis periféricos de governança.<sup>14</sup>

A distribuição de poder entre setores da estrutura política garante autonomia à gestão, com isso é contrária ao poder centralizado, dá mais eficácia e acolhe melhor as demandas sociais.<sup>9</sup>

Assim, a despeito de ser uma nova forma de gestão, de transferir o poder decisório para os municípios na interrelação entre secretarias e possibilidades para a participação popular, há dificuldades de implementação desse modelo de gestão. Sabe-se que o Brasil, por ser um país de dimensões continentais, traz consigo diferenças de diversas naturezas, como econômicas, culturais, sociais,

que impactam diretamente no sucesso ou insucesso da aplicação de novas estratégias de gestão.

Apresenta-se a Política Pública escolhida como locus de análise, mostrando sua origem e como se organiza atualmente. Como já pudemos mencionar, apesar de o SOE não ser uma política pensada exclusivamente para a população idosa, tem grande alcance e alto percentual de participação dessa população. Assim sendo, suas atividades devem levar em consideração as particularidades específicas dos idosos. Após diálogos iniciais, análise do *site* da Prefeitura de Vitória, e entrada em campo, levantamos dados e impressões sobre a Política Pública referida, sendo apresentadas essas informações na sequência.

O SOE teve seu início mediante uma lei e decreto municipais de 1985<sup>15,26</sup>, que instituiu o Serviço de Orientação da Fisiologia do Exercício, ditando o locus de atuação inicial (que seriam as ‘Zonas Balneares de Lazer’, compreendidas pelas praias de Camburi, Enseada do Frade e Enseada do Suá).

O SOE, com o nome como é conhecido hoje, foi implantado em 1990, após um estudo piloto do perfil de práticas de atividades físicas na Praia de Camburi, onde foi construído o primeiro módulo.<sup>16</sup>

Atualmente o SOE afirma oficialmente oferecer um número expressivo de AF/PC, e sua abrangência pelo território municipal é mais equitativa se comparada ao seu início que, como vimos, esteve concentrado somente nas praias de áreas nobres de Vitória.

Além dos atuais 16 módulos fixos, há uma unidade denominada ‘SOE Móvel’. Essa unidade móvel atualmente vem atuando no período matutino em Consolação - Jaburu, funcionando no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), em uma parceria entre as Secretarias de Assistência Social (SEMAS), e de Saúde (SEMU)<sup>16</sup>.

No seu início, a única atividade oferecida, citada anteriormente, era a ginástica, e hoje existem diversas opções de atividades físicas / práticas corporais (AF/PC) para os usuários: Ginástica Aeróbica e Localizada; Alongamento; Hidroginástica; Yoga; Circuitos; Capoeira e Orientação a Caminhada/Corrida<sup>16</sup>.

Os resultados de avaliações pré e pós a intervenção de Políticas Públicas, como o SOE, o PAC (Programa

Academia da Cidade) e o CuritibAtiva, apresentaram efeitos importantes nos participantes e nos territórios dos programas. Além do acréscimo do acesso às atividades de lazer, os estudos mostraram um aprimoramento na utilização dos espaços urbanos.

Os resultados das avaliações foram positivos, levando o Ministério da Saúde, em âmbito federal, a instituir o Programa Academia da Saúde. Os pontos mais bem avaliados pelos usuários foram a ‘qualidade dos profissionais’ e a ‘qualidade das atividades’, ficando com as piores avaliações a ‘qualidade das estruturas’ e a ‘segurança do local’.<sup>17</sup>

O pioneirismo e resultados dos programas mencionados ao final do tópico anterior (sendo o SOE o primeiro deles) levaram à inspiração de um novo programa relacionando o Ministério da Saúde com Secretarias de Saúde Municipais, através do programa Academia da Saúde.

Esse programa surgiu em 2011 e tem em seus pilares a Participação Social e a Intersetorialidade, e tem como base conceitual o movimento de Promoção da Saúde internacional, a Constituição Federal de 1988 e as orientações do SUS de 1990.<sup>18</sup>

O SOE não precisou passar por todas as alterações estruturais que são pedidas às novas Academias da Saúde, e conquistou essa vantagem por ser um dos projetos inspiradores. Sendo assim, o SOE é Academia da Saúde por critério de similaridade. Qualquer novo módulo precisaria ter uma estrutura mínima prevista no programa para ser considerado Academia da Saúde (AS).<sup>18</sup>

## RESULTADOS |

A análise documental foi realizada, tendo três documentos encontrados já em formato digital (Constituição Federal,<sup>1</sup> Estatuto do Idoso,<sup>19</sup> e Lei Orgânica de Vitória<sup>20</sup>) e dois documentos escaneados<sup>15,26</sup>, que foram digitalizados para a realização da pesquisa por descritores no software *Adobe Reader*. Após a primeira fase de busca, apenas pelas palavras ‘puras’, de forma direta e como se apresentam escritas, foi realizada uma segunda fase de busca por significados. Nessa fase, os trechos encontrados deveriam ter uma relação de significado com a temática da pesquisa para serem selecionados.

O descritor ‘intersectorialidade’ não foi encontrado de forma direta (sendo necessária a interpretação semântica de trechos similares ao conceito em sentido) em nenhum dos documentos analisados. Uma possível justificativa para a ausência do termo exato é o período em que os documentos foram redigidos, isto é, a intersectorialidade é considerada uma opção de gestão mais discutida e aplicada recentemente. A Constituição Federal é de 1988, a Lei Orgânica de Vitória é de 1990 e a Lei e Decreto do SOE são de 1985. O Estatuto do Idoso é de 2003, o qual, apesar de não ser tão antigo, também não apresenta o termo diretamente analisado.

Para a busca de indícios nos documentos que pudessem orientar para uma gestão pautada na integralidade das necessidades dos indivíduos, utilizamos as palavras articulação, integração e interdisciplinaridade, ou, nesse último caso, que possuíssem o mesmo sentido de intersectorialidade.

Foi encontrada apenas uma menção ao termo ‘articulação’ na Constituição de 88 e menções a ‘integração’ tanto na Constituição como na Lei Orgânica.

No artigo 214 da Constituição Federal, é citada a articulação e integração de várias esferas do Poder Público, em diversos níveis de ensino, fazendo uma proposta de intersectorialidade em prol da educação: ‘a lei estabelecerá o plano nacional de educação, de duração plurianual, visando à articulação e ao desenvolvimento do ensino em seus diversos níveis e à integração das ações do poder público’.<sup>1</sup> Apesar da abrangência desse trecho, é citada no segundo parágrafo a criação de um ‘plano nacional de juventude’, fato que merece atenção, ao excluir os indivíduos idosos desse plano.

No caso da Lei Orgânica de Vitória, nota-se que há uma intencionalidade no texto para promoção de parcerias intermunicipais no artigo 3, quando lemos no documento que: ‘o Município de Vitória buscará a integração econômica, política, social e cultural das populações dos municípios vizinhos e dos que estejam sob a influência das bacias hidrográficas dos Rios Jucu e Santa Maria, que o abastecem’.<sup>20</sup>

O artigo 19 da mesma lei cita a integração de indivíduos desfavorecidos, no qual se percebe a intenção de: ‘combater as causas da pobreza e os fatores de marginalização, promovendo a integração social dos setores desfavorecidos’.<sup>20</sup>

Ainda na Lei Orgânica do município, lê-se no artigo 151 sobre o incentivo à intersectorialidade entre as políticas, assim possibilitado por: ‘complementaridade e integração de políticas, planos e programas setoriais’.<sup>20</sup> No artigo 247 se estabelece que serão articuladas entre diferentes pastas, as seguintes ações: ‘o Poder Público Municipal apoiará e incentivará o esporte amador articulado à área da educação e cultura, bem como o lazer, como forma de integração social’.<sup>20</sup> Lê-se também que atividades esportivas e de lazer devem ser oferecidas aos idosos, com o objetivo de realizar a ‘integração social na terceira idade’: ‘O Município incentivará as atividades esportivas e de lazer especiais para o idoso, como forma de promoção e integração social na terceira idade’.<sup>20</sup>

O trecho da Lei Orgânica que fala em integrar setores desfavorecidos, acaba conflitando com os documentos de origem do SOE,<sup>15,26</sup> os quais estabelecem que: ‘ficam instituídas nas praias da zona urbana do Município de Vitória as Zonas Balneares de Lazer’; que ‘constituem as Zonas Balneares de Lazer do Município de Vitória: A Praia de Camburi; A Praia do Aterro da Enseada do Frade; A Praia do Aterro da Enseada do Suá’. Para nós parece que ao priorizar as praias de áreas nobres do município, o SOE acaba se encaixando enquanto política no modelo de elite, proposto por Dye.<sup>21</sup>

O modelo de elite visa essencialmente à formulação, legislação e regulamentação de políticas, focando mais nos benefícios das camadas privilegiadas economicamente. Pressupondo que a sociedade se divide entre poucos com poder e muitos que não têm, esses poucos que governam não representam tipicamente as massas que são governadas.

O mesmo modelo afirma ainda que para manter a estabilidade entre as camadas, são implantados alguns conceitos, como ‘meritocracia’, além de propor o consenso básico do sistema social para preservação do sistema, como o respeito à propriedade privada, à delimitação do governo e à liberdade individual. Nesse modelo, as Políticas Públicas refletem os valores da elite e, desta forma, as ‘mudanças’ nas políticas e governos contribuem apenas para incrementar o que já está implantado.<sup>21</sup>

O SOE, como já dito, é utilizado majoritariamente pela população idosa e, talvez por isso, o incentivo às atividades esportivas e de lazer para integração social são oferecidas. Porém, não foram encontrados dados estatísticos que demonstrassem o alcance do atendimento das políticas

para a população idosa, para o cumprimento integral do direcionamento legal para o direito de todos e de cada um.

O descritor 'idoso', gerou uma (01) ocorrência na Constituição Federal, dezoito (18) no Estatuto do Idoso por razões claras, pois se trata de um documento que fala de direitos exclusivos dessa população, e mais duas (02) ocorrências na Lei Orgânica de Vitória.

Apesar de não haver ocorrências na lei/decreto do SOE, observa-se, como já reiterado, uma parcela de participação alta da população idosa. Assim sendo, talvez seja reflexo das ocorrências na Lei Orgânica, as quais dizem que deverá haver uma cooperação entre esferas (União, Estado e Município) para fornecer serviços de atendimento à saúde dos 'idosos carentes' e atividades esportivas e de lazer para o idoso.<sup>20</sup>

Acaba sendo um contrassenso oferecer essas atividades majoritariamente em zonas nobres da cidade, visto que há mais necessidade na periferia. Uma possível causa para essa situação pode ser a questão histórica de vinculação dos direitos dos idosos ao direito do trabalhador, aquele que produziu capital, e não como uma questão social, do 'direito da pessoa envelhescente'.<sup>22</sup>

A Constituição no artigo 230, divide as funções de amparo às pessoas idosas, entre a 'família, a sociedade e o Estado'<sup>1</sup> muitas vezes, responsabilizando mais a família nesse processo. Trata-se, tomando uma expressão de Debert, de 'reprivatização da velhice', deixando o Estado livre de responsabilidades a partir do momento em que a família assume na totalidade as obrigações com as pessoas idosas.<sup>22</sup>

Já entre as ocorrências com o descritor 'idoso' no Estatuto do Idoso, encontra-se a sua conceituação nos três primeiros artigos, nos quais segundo se lê, o conceito se refere à pessoa com idade superior a 60 (sessenta) anos. Os artigos também reiteraram os direitos que já são estabelecidos a todos e a orientam para a partilha de responsabilidade do Poder Público com a família, comunidade e sociedade, porém exigindo 'absoluta prioridade' ao cumprimento desses direitos.<sup>1</sup>

No seu artigo 4º (quarto) o Estatuto do Idoso cita que 'nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei'. Vale o questionamento ao Poder

Público se há o mesmo grau de investimento nas políticas de promoção da saúde, tanto nas áreas nobres, como nas regiões periféricas das cidades.<sup>19</sup>

Nos artigos 15 e 18, o Estatuto determina a atenção integral à saúde do idoso, pelo SUS em ações de 'prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde'. De acordo com o artigo, deve-se dar atenção especial às particularidades dos idosos, inclusive promovendo treinamento e capacitação dos profissionais que lidam com essa população.<sup>19</sup>

No artigo 20 é reiterado o direito à educação, cultura, esporte e lazer. Porém, é preciso respeitar 'sua peculiar condição de idade',<sup>19</sup> sendo que o Poder Público, segundo o que se lê no artigo 21, criará oportunidades de acesso ao idoso à educação: 'o Poder Público criará oportunidades de acesso do idoso à educação, adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais a ele destinados'.<sup>19</sup> Ainda considerando esse último trecho mencionado, pode-se relacionar a Educação Física como uma dessas formas de oportunidade.

Ainda são previstos nos artigos 23 e 46 do Estatuto descontos aos idosos em eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, e seu acesso preferencial. Além disso, prevê-se que a política de atendimento ao idoso será feita por um 'conjunto articulado de ações governamentais', o que parece corresponder a um sentido similar à intersetorialidade.<sup>19</sup>

O direito de ir e vir é dado de forma singular aos idosos, ao garantir-se a gratuidade nos sistemas de transportes aos maiores de 65 anos, possibilitando maior deslocamento e maior acesso aos serviços de saúde, lazer e trocas sociais.<sup>22</sup>

Dentro desses direitos dos idosos, o direito a envelhecer acaba sendo relevante na sociedade pós-contemporânea. Ao citar no artigo 8 que "o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da Legislação vigente",<sup>19</sup> interpreta-se que aos idosos é esperado não somente um atendimento preferencial, mas também um atendimento específico. Entenda-se também a necessária capacitação para os que lidam com esse público, incentivo às relações e cuidados intergeracionais em detrimento das relações asilares, além de divulgação na mídia de informações educativas das questões biopsicossociais do envelhecimento.<sup>22</sup>

Tem-se na sequência, o descritor ‘saúde’ aparecendo com grande frequência nas legislações analisadas, tanto na Constituição, como no Estatuto e na Lei Orgânica. No entanto, de forma curiosa, o termo saúde não aparece no Decreto e Lei do SOE, já que o programa é vinculado diretamente à Secretaria de Saúde municipal. Mesmo com a lei apresentando uma igualdade formal a todos, é sabido que o acesso à saúde é desigual, dependendo além do sistema de saúde, de fatores como ‘renda, moradia e condições sociais e ambientais’.<sup>22</sup>

A Organização Mundial de Saúde (OMS) pensa na promoção da saúde específica do idoso ao citar “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”.<sup>23</sup> Há, nesse caso, a necessidade de pensar, além dos investimentos financeiros nas Políticas Públicas e capacitação dos profissionais envolvidos, novas formas de gestão dessas políticas, saindo de visões fragmentadas e centralizadoras, para modelos intersetoriais de ação política. Além dessas questões relativas à intersetorialidade, há de se considerar que essa estratégia já deixou de ser uma opção de gestão, a partir do momento em que foi institucionalizada desde a criação da Política Nacional da Promoção da Saúde em 2006.<sup>24</sup>

Dentro dos modelos de análise de Dye<sup>21</sup> tem-se o início da ação classificando-a como o modelo de elite, ao instituir o SOE dentro de zonas balneares de lazer, que seriam praias de áreas nobres da cidade. A opção pública aparece como um modelo de risco de parceria com a iniciativa privada, ao apontar que indivíduos agem em benefício próprio, inclusive em esferas públicas, nas quais se esperava a preocupação com um bem-estar social. Uma das melhores opções seria o modelo racional, que é a tomada de decisões baseando-se em dados, com o objetivo de melhor ganho societário. Porém, conclui-se que as políticas operam de modo geral, incluindo aí o SOE, com o modelo incremental, que são variações sobre o passado, aplicando pequenas melhorias em políticas já consolidadas, para evitar atritos políticos e gastos em novas ou grandes reformulações.

## CONCLUSÃO |

Resultados do estudo ora apresentado na ação de Política Pública escolhida para a análise, apontam para relações intersetoriais no mínimo incipientes, apesar de ser um

programa que tenta se alinhar às tendências atuais de promoção de saúde.

Por meio das literaturas revisadas, percebeu-se que as relações intersetoriais aparentam potencializar as ações de garantia de direitos dos indivíduos, podendo assim ser um caminho a trilhar pelas Políticas Públicas de promoção à saúde.

A discussão embrionária realizada permite afirmar que a despeito do cenário encontrado, o SOE ainda pode ser considerado um dos modelos para a criação de Políticas Públicas, uma vez que foi inspiração para a Academia da Saúde.

Estudos relacionando saúde e idosos, lazer e idosos, esporte e idosos, Políticas Públicas e idosos tornam-se cada vez mais relevantes em uma sociedade que se torna proporcionalmente mais idosa e longeva. É que ao se perceber o fenômeno mundial de aumento da expectativa de vida e queda da taxa de fecundidade, que resulta no envelhecimento populacional, percebe-se também que as Políticas Públicas precisam se adaptar para oferecerem melhores serviços, com mais alcance populacional e maior qualidade nas intervenções.

Constata-se que as pessoas não mais envelhecem de forma isolada, mas que as populações inteiras de nações estão passando por esse fenômeno coletivamente, fato este observado até em países considerados jovens. Isso sugere formas criativas e avançadas de gestão.

A hipótese inicial de melhores resultados em gestões descentralizadas e intersetoriais, é atestada pela literatura. As estratégias apontadas são consideradas como importantes pela gestão, porém não verificadas nas observações realizadas sobre as práticas ocorridas no SOE.

Conclui-se que o SOE, conquanto seja anunciado como uma Política Pública de vanguarda e de referência nacional, ainda possui relações intersetoriais incipientes, classificadas como articulações governamentais horizontais.<sup>25</sup> Essas articulações demonstram uma intersetorialidade embrionária, abrindo caminho para a construção de uma Política Pública com mais alcance e qualidade. Há a possibilidade de ampliação dos serviços para os idosos de regiões mais carentes e os convidando à participação social dentro das formulações. Primeiro por serem menos atendidos tradicionalmente; segundo por terem direito, e por último por ser essa uma das características mais interessantes da intersetorialidade.

## REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
2. Ramos LR. Envelhecimento populacional: um desafio para o planejamento em saúde. In: Anais da 1. Oficina de Trabalho sobre Desigualdades Sociais e de Gênero em Saúde do Idoso; 2002; Ouro Preto, Brasil; 2002. p. 89-96.
3. Isayama HF, Gomes CL. O lazer e as fases da vida. In: Marcellino NC, organizador. Lazer e sociedade: múltiplas relações. Campinas: Alínea; 2008. p. 155-174.
4. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública. 2009; 43(3):548-54.
5. Bachetti JR. Limites e possibilidades da educação física nas políticas públicas de saúde de Vitória - ES. Vitória. Dissertação [Mestrado em Educação Física]. - Universidade Federal do Espírito Santo; 2014.
6. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas; 1999.
7. Oliveira VM. As teses da faculdade de Medicina do RJ: origens da relação entre educação física e saúde na escola. Anais do 12. Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte; 2001; Caxambu, Brasil, 2001.
8. Venturim LF. Análise de políticas públicas de esporte e lazer a partir da intersectorialidade: o caso do Programa Esporte e Lazer da Cidade (PELC) em Vitória. Dissertação [Mestrado em Educação Física]. - Universidade Federal do Espírito Santo; 2011.
9. Junqueira LAP. Gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. Saúde Soc; 2004; 13(1):25-36.
10. Ferreira MS. Aptidão física e saúde na educação física escolar: ampliando o enfoque. Rev Bras Cienc Esporte. 2001; 22(2):41-54.
11. Junqueira LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. Saúde Soc. 1997; 6(2):31-46.
12. Junqueira LAP. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. Revista de Administração Pública. 1998; 32(2):11-22.
13. Junqueira LAP. Articulações entre o serviço público e o cidadão. In: Anais do 10. Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del estado y de la administración pública. 2005 oct 18-21; Santiago, Chile.
14. Guimarães MCL. O debate sobre a descentralização de políticas públicas: um balanço bibliográfico. Organ. Soc. 2002; 9(23):1-17.
15. Vitória. Lei nº 3267, de 04 de janeiro de 1985. Institui as zonas balneares de lazer nas praias da zona urbana do município de vitória e dá outras providências. Câmara Municipal de Vitória 04 jan 1985.
16. Vieira LA. Apresentação do SOE elaborada pelo coordenador Leonardo Araújo Vieira. Vitória: Secretaria Municipal de Saúde; 2016.
17. Knuth AG, Simões EJ, Reis RS, Hallal PC, Cruz DKA, Zanchetta LM, et al. Avaliação de programas de atividade física no Brasil: uma revisão de evidências em experiências selecionadas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 347-61.
18. Padilha M. Programa Academia da Saúde, potencialidades no território do SUS (oficina). In: 14. Congresso Espírito-Santense de Educação Física; 2016 nov 03-05; Vitória, Brasil.
19. Brasil. Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União 03 out 2003.
20. Vitória. Lei orgânica do município de Vitória/ES, de 05 de abril de 1990. Prefeitura Municipal de Vitória; 1990.
21. Dye TR. Understanding public policy. 11. ed. New Jersey: Prentice Hall; 2005. p. 11-30.
22. Faleiros VP. Direitos da pessoa idosa: sociedade, política e legislação. In: Dantas B, Cruxén E, Santos F, Lago GPL, organizadores. Os cidadãos na Carta Cidadã.

Brasília: Senado Federal; 2008. p. 562-92. v. 5. (Constituição de 1988: o Brasil 20 anos depois).

23. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OMS; 2005.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

25. Farah MFS. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas locais. Cadernos Gestão Pública e Cidadania. 2000; 5(18):1-31.

26. Vitória. Decreto nº 7092, de 08 de julho de 1985. Regulamenta o Art. 4º da Lei nº 3.267/85. Câmara Municipal de Vitória 09 jul 1985.

*Correspondência para/ Reprint request to:*

**Leonardo Perovano Camargo**

*Rua Santa Catarina, 223,*

*Carapina, Serra/ES, Brasil*

*CEP: 29160-104*

*Email leonardoperovano@gmail.com*

Recebido em: 23/07/2019

Aceito em: 09/03/2020

Gabriel Mácola de Almeida<sup>1</sup>  
Amanda Menezes Medeiros<sup>1</sup>  
Dimitra Castelo Branco<sup>1</sup>  
Petra Blanco Lira Matos<sup>1</sup>  
Adalberto Lírio de Nazaré Lopes<sup>1</sup>  
Liliane Silva do Nascimento<sup>1</sup>

**Dental surgeons' profile and the monitoring of oral health indicators in counties belonging to the 1<sup>st</sup> health regional unit in Pará State, Brazil**

## **| O perfil dos cirurgiões-dentistas e o monitoramento de indicadores em saúde bucal dos municípios da 1<sup>a</sup> Regional de Saúde do Pará**

### **ABSTRACT | Introduction:**

*Knowing the profile of health professionals highlights the health reality of the territory, becoming a strategic tool to understand and assist in the work process and decision making. **Objective:** Analyzing dental surgeons' profile and the monitoring of oral health indicators in counties belonging to the 1<sup>st</sup> Regional Health Unit in Pará State. **Methods:** Cross-sectional study adopted to analyze microdata deriving from the external evaluation of the 2<sup>nd</sup> cycle of the National Program for Improving the Access to, and the Quality of, Primary Care. The total sample comprised 44 professionals working in oral health teams of the 1<sup>st</sup> Regional Health Unit in Pará State. Microdata were generated based on a Ministry of Health - validated instrument that was applied to dental surgeons from 2013 to 2014. Variables were grouped into four analysis categories, namely: professional qualification, professional performance, planning/monitoring and care provided to users. **Results:** 61.4% of the investigated dental surgeons had postgraduate degree, mainly in masters and residency fields that were not associated with the Family Health Strategy; 97.7% of them were hired through direct management processes. Only 45.5% of these professionals reported to monitor and analyze oral health indicators. More than half of the investigated professionals did not know whether they had record of suspected or confirmed oral cancer cases in the unit. **Conclusion:** Dental surgeons' profiles have evidenced professionals who were mainly qualified outside the primary health care field, whose contract modalities often weaken professional ties and lead to staff turnover. There was deficient monitoring of oral health indicators and of records of suspected / confirmed patients with oral cancer, a fact that reinforced the need of improving the origin and quality of data available in the health information system.*

**Keywords |** Oral health; Health Evaluation; Primary Health Care; Health Status Indicators.

**RESUMO | Introdução:** Conhecer o perfil dos profissionais de saúde evidencia a realidade de saúde do território, sendo ferramenta de caráter estratégico para entender e auxiliar o processo de trabalho e a tomada de decisões. **Objetivo:** Analisar o perfil dos cirurgiões-dentistas dos municípios e o monitoramento de indicadores em saúde bucal da 1<sup>a</sup> Regional de Saúde do Pará. **Métodos:** Através de estudo transversal, analisaram-se microdados da avaliação externa do 2<sup>o</sup> ciclo do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, totalizando amostra de 44 profissionais de equipes de saúde bucal da 1<sup>a</sup> Regional de Saúde do Pará. Os microdados foram gerados a partir da aplicação de instrumento validado do Ministério da Saúde a cirurgiões-dentistas no período de 2013 a 2014. As variáveis foram agrupadas em quatro categorias de análise: formação profissional, atuação profissional, planejamento/monitoramento e atenção ao usuário. **Resultados:** Foi encontrado que 61,4% dos cirurgiões dentistas possuíam pós-graduação, sendo predominante na área de mestrado e residência não relacionados à estratégia de saúde da família. 97,7% foram contratados por meio de administração direta. Apenas 45,5% afirmam realizar o monitoramento e análise de indicadores de saúde bucal. Mais da metade dos profissionais revelaram não saber se possuem registro de casos suspeitos ou confirmados de câncer de boca na unidade. **Conclusão:** O perfil dos cirurgiões-dentistas foi de profissionais com capacitação predominantemente fora da atenção primária à saúde, com modalidades de contratos temporários que fragilizam vínculos e potencializam a rotatividade de profissionais. O monitoramento de indicadores de saúde bucal e o registro de pacientes suspeitos/confirmados de câncer de boca foi baixo, reforçando a necessidade de aprimoramento na origem e qualidade de dados para o sistema de informação em saúde.

**Palavras-chave |** Saúde Bucal; Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Indicadores Básicos de Saúde.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Pará. Belém/PA, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

A implantação do Sistema Único de Saúde fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social para as práticas de serviço de saúde. O monitoramento e avaliação são focos de atenção para constituir método que permita reorganizar a produção do cuidado, melhorando a qualidade da atenção e desenvolvimento de processos decisórios<sup>1,2</sup>.

Na lógica de avaliar e monitorar a qualidade e eficácia dos serviços de saúde prestados à população, o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), pactuado nas três esferas de gestão do SUS, busca produzir mudanças nos processos de trabalho e ampliar o acesso para garantir padrão de cuidados em saúde através do pagamento pela avaliação por desempenho<sup>3,4,5,6,7</sup>.

As equipes de saúde bucal passaram a fazer parte do planejamento da Estratégia da Saúde da Família (ESF) a partir da portaria 267 de 06 de março de 2001, com vistas à reorientação do modelo de atenção primária, baseando-se na prevenção e promoção de saúde<sup>8-10</sup>.

Educação e atividades de atenção ao cuidado, condução de ações e serviços, participação social e trabalho em equipe são alguns exemplos das exigências do cirurgião-dentista (CD) como ator social no contexto de saúde pública na ESF. A estratégia demanda profissionais providos de olhar amplo em saúde e trabalho com foco na multi e interdisciplinaridade, compreendendo os princípios de coordenação e participação de ações coletivas direcionadas à promoção de saúde e prevenção de doenças. Devem atender o usuário, famílias e comunidades de forma integral, intervindo com o objetivo de atender às necessidades vigentes por intermédio do desenvolvimento de planejamentos e avaliações das ações de saúde bucal e conduzir novas práticas<sup>11-13</sup>.

Assim, conhecer o perfil dos profissionais de odontologia dentro das equipes de saúde bucal é necessário na medida em que se busca evidenciar a efetivação dos objetivos e diretrizes propostos pelas políticas e programas de saúde pública, contribuindo para a tomada de decisões na assistência em saúde. Com base nessa perspectiva, este estudo teve por objetivo analisar o perfil dos cirurgiões-dentistas dos municípios e o monitoramento de indicadores em saúde bucal da 1ª Regional de Saúde do Pará.

## MÉTODOS |

Este estudo é de natureza ecológica descritiva e utilizou dados secundários das unidades de atenção básica participantes ao 2º ciclo do PMAQ-AB da 1ª Regional de Saúde do Pará.

Com 1.247.955,238 km<sup>2</sup>, o estado do Pará é considerado o segundo maior estado do Brasil. A Secretaria de Saúde do Estado (SESPA) estabeleceu a divisão do estado do Pará em 13 Regionais de Saúde (RS). A 1ª RS, objeto de investigação deste estudo, inclui os municípios de Ananindeua, Belém, Benevides, Marituba e Santa Bárbara do Pará, com população estimada de 2.223.12 habitantes e cobertura de 27,31% em saúde bucal na Atenção Básica<sup>14,15</sup>.

No 2º ciclo do PMAQ-AB, foram 30.522 equipes de Atenção Básica (AB) contratualizadas em todo o território nacional. No estado do Pará, estiveram 793 equipes contratualizadas e, destas, 508 equipes eram de saúde bucal. Na 1ª RS do Pará, eram 144 equipes de AB, sendo 45 de saúde bucal. Como objeto de análise para este estudo, foram selecionadas apenas aquelas unidades que tinham o profissional de saúde bucal presente no momento da entrevista e, assim, a amostra do estudo englobou 44 unidades de saúde no total, que estavam contratualizadas ao PMAQ-AB nos municípios da 1ª RS do Pará e participaram da avaliação externa.

Os microdados, disponibilizados em domínio público pelo Ministério da Saúde (MS) através do portal do Departamento de Atenção Básica (DAB), foram coletados no período de agosto a setembro de 2018. Esses microdados foram obtidos na fase de Avaliação Externa do PMAQ-AB no seu 2º ciclo, realizado no período de 2013 a 2014. O instrumento de entrevista foi modelado e programado pelo próprio MS para o PMAQ-AB em forma de aplicativo (Software) padronizado em tablets. Todos os entrevistadores passaram por treinamento prévio para a realização das visitas e entrevistas às unidades de saúde participantes do programa.

O programa é composto por fases que formam ciclos contínuos. A 1ª fase é a adesão, onde são pactuados os compromissos entre as equipes, os gestores municipais e o MS. A 2ª fase se divide em quatro dimensões (autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional) com o objetivo de atuar na mudança positiva e desenvolvimento da equipe e da gestão. Na 3ª fase, é realizada a avaliação externa para verificação

dos padrões de qualidade e acesso. São examinadas a infraestrutura das unidades e entrevista com usuários e profissionais do serviço. Na 4ª fase ocorre a certificação das equipes com base nos dados coletados, novos parâmetros e compromissos são pactuados e uma reconstrução é definida, instigando o desenvolvimento contínuo dos padrões e indicadores de qualidade<sup>5,16,17</sup>.

As variáveis para análise neste estudo foram os dados coletados no módulo VI do instrumento de entrevista, que corresponde às questões sobre o processo de trabalho da equipe de saúde bucal (ESB).

Na organização do banco de dados, foi utilizado o Software Microsoft Excel 2018 para a organização dos resultados. As tabulações dos resultados incluíram frequência absoluta e relativa com tabelas separadas de acordo com as categorias do estudo.

As perguntas selecionadas das entrevistas foram divididas nas seguintes Categorias: Formação profissional; Atuação profissional; Planejamento e monitoramento; Atenção ao usuário.

Como critério de exclusão, ficaram de fora da pesquisa as unidades que não estavam com o CD presente para responder ao módulo VI no momento da avaliação externa e as outras unidades da 1ª RS Pará que não participaram do PMAQ-AB no ciclo em questão. Uma unidade de saúde com ESB ficou de fora da amostra por ter se recusado a participar da avaliação externa.

Este estudo segue os princípios da ética em pesquisa definidos pela resolução 466/2012, e, por utilizar-se de dados públicos disponíveis em bases de dados nacionais, dispensa o uso de TCLE e outros.

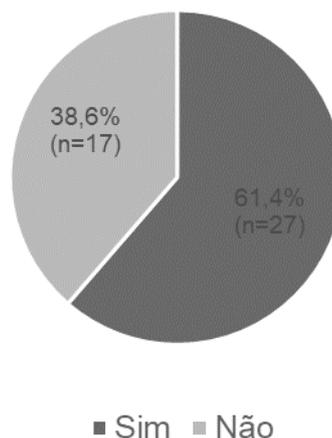
## RESULTADOS |

Dos 44 cirurgiões-dentistas entrevistados nas unidades de saúde contratualizadas, 27 (61,4%) possuíam ou estavam em curso de formação em pós-graduação, enquanto 17 (38,6%) não tinham nenhum tipo de pós-graduação (Gráfico 1).

No Pará, existe oferta para programas de pós-graduação nos níveis de residência, especialização, mestrado e

doutorado na área de saúde pública e da família, além de outras diversas especialidades que abrangem a odontologia.

Gráfico 1 – Distribuição dos cirurgiões dentistas da 1ª RS do Pará segundo formação em pós-graduação. Pará, Brasil. 2018



Fonte: DAB/MS. 2014

No grupo dos profissionais que possuem pós-graduação, observou-se um total de 62 cursos, dos quais 48 eram cursos concluídos e 14 em processo de conclusão. Houve uma predominância de 74,2% (n=46) em cursos em residências, especializações e mestrados não vinculados à saúde da família ou em saúde pública, e encontrou-se ausência de qualquer tipo de doutorado.

Na pós-graduação em saúde da família, a categoria de especialização nessa área é a mais observada, com 7 cursos (11,3%) sendo 5 concluídos e 2 em andamento seguido da residência e mestrado com 1 curso em andamento cada. Na pós-graduação em saúde pública, a especialização também é a categoria que predomina, com 5 cursos (8%), sendo 4 concluídos e 1 em andamento. A residência e o mestrado em saúde pública aparecem com 1 curso cada, ambos em andamento no momento da entrevista.

Dentro do aspecto de atuação, a maioria (54,5%) dos cirurgiões-dentistas atuavam na equipe por pelo menos 1 a 4 anos, 15 (34,1%) trabalhavam há pelo menos 5 a 8 anos e 5 (11,4%), 9 anos ou mais. Observou-se que nenhum CD trabalhava há menos de um ano. Os dados revelam que 43 dos 44 CDs (97,7%) das unidades de saúde com equipe de saúde bucal da 1ª RS Pará foram contratados por meio de administração direta, e apenas 7 profissionais (15,9%) possuíam plano de carreira (Tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição sobre o andamento e conclusão de curso de pós-graduação dos cirurgiões-dentistas da 1ª RS do Pará, segundo título e área. Pará, Brasil. 2018

Variáveis	Área de pós-graduação					
	Saúde da Família		Saúde Pública		Outros	
	N	%*	N	%*	N	%*
<b>Especialização</b>						
Concluído	5	8,1	4	6,4	15	24,2
Em curso	2	3,2	1	1,6	6	9,7
<b>Residência</b>						
Concluído	0	0	0	0	24	38,7
Em curso	1	1,6	1	1,6	0	0
<b>Mestrado</b>						
Concluído	0	0	0	0	0	0
Em curso	1	1,6	1	1,6	1	1,6
<b>Doutorado</b>						
Concluído	-	-	-	-	-	-
Em curso	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>14,5</b>	<b>7</b>	<b>11,2</b>	<b>46</b>	<b>74,2</b>

\*O percentual corresponde à soma da frequência relativa de todas as colunas. Fonte: DAB/MS. 2014.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis associadas à atuação dos cirurgiões-dentistas da 1ª RS do Pará no 2º ciclo do PMAQ. Pará, Brasil. 2018

Variáveis	N	%
<b>Tempo de atuação na equipe</b>		
Menos de um ano	0	0
1 a 4 anos	24	54,5
5 a 8 anos	15	34,1
9 anos ou mais	5	11,4
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>
<b>Agente contratante</b>		
Administração direta	43	97,7
Outros	1	2,3
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>
<b>Possui plano de carreira?</b>		
Sim	7	15,9
Não	29	65,9
Não sabe/Não respondeu	8	18,2
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fonte: DAB/MS. 2014.

Na categoria de planejamento e monitoramento, foi encontrada uma frequência relativa de 45,5% (n=20) de entrevistados que afirmam realizar o monitoramento e análise de indicadores de saúde bucal. 93,2% (n=41) das equipes consideraram a construção de uma agenda de trabalho, e 66% (n=29) realizavam o compartilhamento da agenda da equipe de saúde bucal com outros profissionais da equipe de saúde da família (eSF). Além disso, observou-se que, no processo de planejamento e programação de ações mensais, 29 dos CDs (65,9%) revelaram que realizam com outras equipes de atenção básica, enquanto 7 (15,9%) realizam somente com a equipe de saúde bucal, e 8 (18,2%) apontaram que não fazem o planejamento de ações mensalmente (Tabela 3).

Por meio da Tabela 4 é possível visualizar as variáveis da categoria de atenção ao usuário. Os resultados apontam que 24 (54,5%) revelaram não saber ou não responderam sobre possuir registro de casos suspeitos ou confirmados de câncer de boca, e 12 (27,3%) revelaram que não possuem ou acompanham esses registros embora 88,6% (n=39) das equipes do estudo realizem visita domiciliar e 93,2% (n=41), atividades em escolas ou creches. Em relação à frequência com que os profissionais da equipe de saúde bucal entram em contato com outros especialistas para trocar informações sobre os pacientes encaminhados,

Tabela 3 – Distribuição das variáveis associadas à dimensão de planejamento e monitoramento dos cirurgiões-dentistas da 1ª RS do Pará no 2º ciclo do PMAQ. Pará, Brasil. 2018

Variáveis	N	%
<b>Realiza monitoramento e análise de indicadores e informações de saúde bucal?</b>		
Sim	20	45,5
Não	24	54,5
Total	44	100
<b>Realiza construção de agenda de trabalho?</b>		
Sim	41	93,2
Não	3	6,8
Total	44	100
<b>Realiza compartilhamento de agenda da ESB com outros profissionais da eSF?</b>		
Sim	29	66,0
Não	15	34,0
Total	44	100
<b>Realiza planejamento e programação de ações mensalmente?</b>		
Somente ESB	7	15,9
Com outras equipes de AB	29	65,9
Não	8	18,2
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fonte: DAB/MS. 2014.

destaca-se que 10 (45,5%) não o fazem, enquanto 7 (15,9%) sempre entram em contato e 17 (38,6%), algumas vezes.

## DISCUSSÃO |

A utilização do PMAQ-AB como ferramenta em pesquisas parte do seu próprio princípio como programa de saúde, que busca avaliar a qualidade dos serviços de saúde e satisfação dos usuários com base nos objetivos e diretrizes das políticas públicas nacionais, gerando subsídios para nortear a reorganização dos processos de trabalho na atenção primária à saúde.

Na primeira categoria, percebe-se a formação profissional em significativa parcela dos CDs que trabalham nas unidades básicas de saúde, contudo a formação não se alinha às diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Isso em razão de a ênfase dos profissionais dos municípios da 1ª RS do Pará na escolha dos cursos de

Tabela 4 – Distribuição das variáveis associadas à dimensão de atenção ao usuário dos cirurgiões-dentistas da 1ª RS do Pará no 2º ciclo do PMAQ. Pará, Brasil. 2018

Variáveis	N	%
<b>Possui registro de casos suspeitos/confirmados de câncer de boca?</b>		
Sim	8	18,2
Não	12	27,3
Não sabe/Não respondeu	24	54,5
Total	44	100
<b>Realiza visita domiciliar?</b>		
Sim	39	88,6
Não	5	11,4
Total	44	100
<b>Realiza atividades na escola/creche?</b>		
Sim	41	93,2
Não	3	6,8
Total	44	100
<b>Frequência com que os profissionais da ESB entram em contato com especialistas para trocar informações sobre pacientes encaminhados</b>		
Sempre	7	15,9
Sim, algumas vezes	17	38,6
Não	20	45,5
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fonte: DAB/MS. 2014.

pós-graduação não ser voltada à ESF, fato que parece estar correlacionado aos indicadores e processo de trabalho no território.

Pesquisa realizada em Fortaleza (CE) em 2015 avaliou 137 CDs e encontrou que 133 já haviam realizado pós-graduação, dos quais 82 (59,8%) eram voltados para a área de saúde da família, saúde pública ou saúde coletiva. Destaca-se que este estado possui melhores indicadores e uma história na construção de pilares na atenção primária à saúde<sup>18</sup>.

Nessa perspectiva, a ampliação do conhecimento individual impacta diretamente no processo de trabalho coletivo através do enriquecimento dos núcleos de competência do profissional que são somados à capacidade de cuidado de toda a equipe, contribuindo para o constante desenvolvimento das ações de cuidado em saúde na ESF, instigando a participação do CD como ator social no

âmbito da saúde e demandando expansão e transformação permanente da visão em serviços, gerando profissionais capacitados para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas no cotidiano<sup>10-12,19</sup>.

Além do estímulo da PNSB no cenário de aperfeiçoamento e desenvolvimento técnico profissional<sup>11</sup>, observa-se também aqueles profissionais que possuem vínculos públicos parciais atuando conjuntamente em consultórios ou outras empresas privadas de serviços odontológicos. Concomitantemente, estudos observam tendência do CD ao trabalho em consultório<sup>18</sup>. Esses fatores parecem estar correlacionados no sentido de gerar interesse nos profissionais em realizar cursos de pós-graduação focados em residências e especialização não direcionados à ESF. Nessa visão, o trabalho no serviço público parece funcionar como porta de entrada para o serviço privado.

Levando em consideração as variáveis da categoria de atuação, discute-se o conceito da rotatividade profissional: Esse termo se refere ao processo de desligamento e saída de componentes da força de trabalho em determinada instituição deixando uma lacuna para a entrada de novos servidores, ocorrendo principalmente por conta de insatisfação do trabalhador decorrente da flexibilização contratual do mercado e precarização do trabalho, conseqüentemente determinando a limitação do vínculo empregatício<sup>20</sup>.

No contexto dos serviços de saúde, o vínculo do profissional com os usuários é de caráter fundamental para a continuidade das ações de saúde e manutenção do cuidado. Diante disso, a presença de grande maioria de CDs atuando por pouco tempo nas unidades, como encontrado neste estudo, refletem o processo de rotação profissional, influenciando negativamente nos sistemas de trabalho visto que a quebra de vínculo dos membros da equipe entre si prejudica o funcionamento dos serviços, além do rompimento da corresponsabilização em saúde construída ao longo do tempo com o usuário<sup>12,19,21</sup>.

Ainda nessa perspectiva, um estudo<sup>22</sup> realizado por Ney e Rodrigues em um município do Rio de Janeiro revela que a ausência de plano de carreira é diretamente ligada à desmotivação do empregado devido às precárias condições de trabalho na unidade ou baixo salário, colaborando também no processo de rotatividade desses profissionais. Nesse cenário, lançar mão de ferramentas como o Plano

de Cargos, Carreiras e Salários torna-se útil para promover estímulo de crescimento profissional.

O Plano de Cargos, Carreiras e Salários é um instrumento de gerenciamento que auxilia na motivação e orientação do desenvolvimento do empregado através do direcionamento das ações de gestão para definir critérios de organização dos cargos, funções, mapa de carreira e benefícios. Dessa forma, o plano oferece uma perspectiva de trajetória e crescimento que será traçada pelo trabalhador em seu vínculo empregatício<sup>23</sup>.

No que se refere às modalidades de vínculo trabalhista, os profissionais dos municípios da 1ª RS do Pará foram quase por unanimidade vinculados por meio de administração direta, ou seja, diretamente à administração pública. Um estudo<sup>16</sup> que analisou essa mesma variável, comparando-a ao porte populacional dos municípios brasileiros, discorre que os municípios de menor porte populacional tiveram maior percentual de contratações por administração direta.

Segundo Seidl<sup>16</sup>, existe uma tendência ao processo de flexibilização e terceirização do trabalho. Esse fato também tem valor contribuinte no processo de rotatividade profissional discutido anteriormente. Apesar disso, só a análise das formas de ingresso por administração direta não é suficiente para determinar o curso desse processo, visto que esse tipo de contrato não garante as formas mais protegidas de vínculo.

Tendo em vista os aspectos de planejamento e monitoramento, discute-se o baixo percentual de profissionais entrevistados que afirmaram realizar monitoramento e análise dos indicadores de saúde bucal. O princípio da equidade inserido nas diretrizes básicas do SUS almeja trazer maior impacto na saúde do país, tão marcado por desigualdades socioeconômicas<sup>24</sup>. Nesse sentido, os indicadores de saúde bucal exercem grande importância no que diz respeito à avaliação desses impactos na população e na saúde no contexto das políticas públicas em vigor voltadas para a saúde bucal no Brasil. Portanto, trata-se de um importante e fundamental instrumento para avaliação, contribuição e auxílio de gestores e pesquisadores no planejamento de ações e serviços de saúde<sup>25</sup>, devendo ser imperativo o seu acompanhamento conforme exposto nas diretrizes da ESF.

No tocante à realização de planejamento e programação de ações, a Política Nacional de Atenção Básica considera como característica essencial das equipes de atenção básica a participação do profissional no planejamento local de saúde, além do monitoramento e avaliação das ações da equipe, unidade e município, com o objetivo de readequar o processo de trabalho conforme as necessidades da realidade da região. Além disso, é necessário desenvolver o estímulo desses planejamentos com a participação de todas as equipes da AB, visando ao trabalho multi e interdisciplinar para integrar o saber técnico e científico de profissionais de diferentes formações<sup>19</sup>.

A construção de uma agenda de trabalho e o compartilhamento desta com outros profissionais da equipe de saúde fortalece o trabalho multiprofissional e se traduz na preocupação e organização do processo de trabalho e na incorporação de outros atores sociais no cuidado. Nesse raciocínio, a utilização dessas ferramentas de gestão faz-se necessária para garantir a efetividade e integralidade das atividades de atenção à saúde<sup>11,26</sup>.

A falta ou insciência do registro de casos suspeitos e/ou confirmados de câncer de boca encontrados na análise dos entrevistados neste estudo pode representar uma grande deficiência na integridade do cuidado. De acordo com o instituto nacional de câncer<sup>27</sup>, a incidência de câncer de boca é um problema de saúde pública no mundo.

A PNSB ratifica que compete aos integrantes da atenção básica a responsabilidade de realizar a prevenção e o controle de câncer bucal através de exames preventivos de detecção, o acompanhamento de casos suspeitos/confirmados e ainda, se necessário, definir um serviço de referência para garantir o tratamento e reabilitação do usuário<sup>11</sup>.

O desenvolvimento noturno do câncer quase sempre implica o atraso para o diagnóstico, e esse fator está diretamente relacionado com a complexidade e a quão avançada a lesão se depara. Apesar do constante aperfeiçoamento tecnológico no âmbito de diagnóstico e tratamento de lesões cancerígenas/carcinogênicas, ainda se encontra em diligência a melhora nos índices epidemiológicos do câncer de boca. Portanto, é de todos os profissionais de saúde a responsabilidade de acompanhar e registrar os usuários aos outros níveis de assistência, incluindo o contato com outros especialistas para trocar informações sobre os pacientes

encaminhados e a gestão do projeto terapêutico para garantir o vínculo desses usuários com a atenção básica.<sup>5,28</sup>

A grande maioria das equipes observadas neste estudo realizam visita domiciliar e atividades escolares ou em creche. De-Carli<sup>29</sup> discorre sobre a importância e a contribuição dessas práticas dos profissionais das ESBs, que representam relevância nacional na formulação de políticas indutoras de mudanças no modelo de atenção e consequentemente na ampliação do acesso e da qualidade de atenção à saúde de forma integralizada e universal. Ademais, é de responsabilidade da equipe de saúde bucal a ampliação do acesso aos usuários e famílias que não têm condições de deslocamento até as unidades de saúde<sup>11</sup>.

## CONCLUSÃO |

O perfil dos profissionais da 1ª RS do Pará é de dentistas preocupados com a procura de maior desenvolvimento técnico, engajados no processo de complementação à sua formação predominantemente nas categorias de especialização e residência. Esses CDs ingressam no serviço por meio da administração direta e possuem poucos anos de atuação na equipe, porém atuam com foco multiprofissional e participam de atividades fora da unidade. Nota-se carência no que tange aos deveres de monitoramento de indicadores de saúde bucal e o registro dos casos de câncer de boca.

Conclui-se que existe a necessidade de aperfeiçoamento e atuação dos profissionais de saúde bucal no escopo do monitoramento e acompanhamento de forma integrativa à gestão para o contínuo crescimento dos indicadores de atenção em saúde e a superação de desafios inerentes a esse processo, tendo por finalidade a contemplação dos objetivos propostos pelas políticas e estratégias do cuidado à população.

É pertinente ressaltar a importância do processo avaliativo dentro do processo de trabalho das equipes da ESF para a verificação dos esforços na qualidade da atenção na comunidade, seja na prestação de serviços odontológicos, seja na saúde em geral.

## FINANCIAMENTO |

Bolsa de pesquisa pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Secretaria de Atenção Primária à Saúde/Ministério da Saúde/Brasil.

## REFERÊNCIAS |

1. Andrade RTS, Santos AM, Oliveira MC. Programa de melhoria de acesso e qualidade da atenção básica no município de Amargosa, Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2016; 40(1):123-46.
2. Lorena Sobrinho EJ, Martelli PJJ, Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF. Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. *Saúde Debate*. 2015; 39(104):136-46.
3. Vieira AST, Miranda MSL, Emmi DT, Pinheiro HHC, Barroso RFF, Araújo MVA. Percepção dos usuários de serviços de saúde da atenção básica no estado do Pará. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2016; 18(3):58-64.
4. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, Borges PKO, Baldani MH. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2014; 38(spe):140-57.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: manual instrutivo para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 10 out 2018]. Disponível em: URL: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab//publicacoes/manual\\_instrutivo\\_PMAQ\\_AB2013.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab//publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf).
6. Fausto MCR, Bousquat A, Lima JG, Giovanella L, Almeida PF, Mendonça MHM, et al. Evaluation of Brazilian primary health care from the perspective of the users: accessible, continuous, and acceptable? *Journal of Ambulatory Care Manage*. 2017; 40(Suppl. 2):60-70.
7. Souza MF, Santos AF, Reis IA, Santos MAC, Jorge AO, Machado ATGM, et al. Coordenação do cuidado no PMAQ-AB: uma análise baseada na Teoria de Resposta ao Item. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(87).
8. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.º. 267, de 06 de março de 2001. Inclusão das ações de saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família, como forma de reorganização desta área no âmbito da atenção básica. *Diário Oficial da União* 07 mar 2001; Seção 1.
9. Thurow LL, Castilhos ED, Costa JSD. Comparação das práticas odontológicas segundo modelos de atendimento: tradicional e da Saúde da Família, Pelotas-RS, 2012-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2015; 24(3):545-50.
10. Maciel JAC, Vasconcelos MIO, Silva ILC, Eloia SMC, Farias MR. Educação permanente em saúde para o cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. *Revista APS*. 2017; 20(3):414-22.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acesso em 05 jan 2019]. Disponível em: URL: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_saude\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf).
12. Manassero FB, Bavaresco CS. Inserção do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: revisão de literatura. *Revista APS*. 2016; 19(2):286-91.
13. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(2):373-82.
14. e-Gestor: informação e gestão da atenção básica [Internet]. Cobertura de saúde bucal: região metropolitana I (março 2019) [acesso em 11 abr 2019]. Disponível em: URL: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>.
15. Secretaria Estadual de Saúde do Pará [Internet]. Regionais de saúde [acesso em 20 fev 2019]. Disponível em: URL: <http://www.saude.pa.gov.br/institucional/centros-regionais-de-saude>.
16. Seidl HMF, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2014; 38(spe):94-108.

17. Flôres GMS, Weigelt LD, Rezende MS, Telles R, Krug SBF. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2018; 42(116):237-47.
18. Mendes Júnior FIR, Bandeira MAM, Tajra FS. Percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro. *Saúde Debate*. 2015; 39(104):147-58.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 5 jan 2019]. Disponível em: URL: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
20. Stancato K, Zilli PT. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de Saúde: uma revisão de literatura. *Rev Adm Saúde*. 2010; 12(47):87-99.
21. Tonelli BQ, Leal APR, Tonelli WFQ, Veloso DCMD, Gonçalves DP, Tonelli SQ. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *RFO UPE*. 2018; 23(2):180-5.
22. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*. 2012; 22(4):1293-311.
23. Brasil. Conselho Federal de Engenharia e Agronomia. Plano de Cargos, Carreiras e Salários [Internet]. Brasília: CONFEA; 2012 [acesso em 7 jan 2019]. Disponível em: URL: <http://transparencia.confea.org.br/wp-content/uploads/2017/05/Plano-de-Cargos-Carreiras-Sal%C3%A1rios-Confea.pdf>.
24. Fernandes JKB, Pinho JRO, Queiroz RCS, Thomaz EBAF. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? *Cad Saúde Pública*. 2016; 32(2):e00021115.
25. Araújo IDT, Machado FCA. Evolução temporal de indicadores de saúde bucal em municípios do Rio Grande do Norte. *Revista Ciência Plural*. 2018; 4(2):73-86.
26. Melo LMLL, Moimaz SAS, Garbin CAS, Garbin AJI, Saliba NA. A construção de uma agenda de gestão compartilhada para a reorganização da demanda em saúde bucal. *Revista Ciência Plural*. 2016; 2(1):42-55.
27. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. Estimativa 2018 [acesso em 10 nov 2018]. Disponível em: URL: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa- incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf>.
28. Silva BS, Corrêa GTB, Oliveira KB, Simões AMR, Pereira LC. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas da rede pública sobre câncer bucal: revisão de literatura. *Revista Multiprofissional e de Psicologia*. 2018; 12(42):1018-26.
29. De-Carli AD, Santos MLM, Souza AS, Kodjaoglanian VL, Batiston AP. Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal. *Saúde Debate*. 2015; 39(105):441-50.

*Correspondência para/Reprint request:*

**Gabriel Mácola de Almeida**

*Travessa 9 de Janeiro, 2332, apt. 1401,*

*Cremação, Belém/PA, Brasil*

*CEP: 66060-585*

*E-mail: gabrielalmeida1401@hotmail.com*

Recebido em: 04/06/2019

Aceito em: 13/04/2020

**Nursing students' perception about the senses and meanings of nurses' management work**

# | Percepção de estudantes de Enfermagem sobre os sentidos e significados do trabalho gerencial do enfermeiro

**ABSTRACT | Introduction:** *Managerial function comprises nurse's work process at different health care levels and aims at assuring the provision of high-quality and efficient care, which requires technical and scientific knowledge to be accomplished. Objectives:* Investigating nursing students' perception about the senses and meanings of nurse's managerial work, as well as identifying nurses' difficulty (ies) and/ or easiness in performing managerial work based on nursing students' perception. **Methods:** Qualitative research conducted with ten nursing students, whose data were collected based on the semi-structured interview technique. Content Analysis Technique was used for data analysis. **Results:** Nurses' managerial work is associated with work and health service organization, as well as with planning the provided services. Students have identified professional training, teamwork and dialogue as the easy parts of the managerial work development process. Challenges faced by nurses in associating care and managerial work, work overload, leadership relationship with the team and lack of material resources were mentioned as difficulties. **Conclusion:** The association between managerial and care work must be emphasized and built in professionals' daily routine, since both are part of Brazilian nurses' activities and validate such a profession.

**Keywords |** Health Service Management; Nurse; Health Care Delivery.

**RESUMO | Introdução:** A função gerencial integra o processo de trabalho do enfermeiro nos vários níveis de atenção à saúde e busca garantir a realização de uma assistência de qualidade e eficiente, sendo necessário para a sua execução conhecimento técnico e científico. **Objetivos:** Compreender a percepção de estudantes de enfermagem sobre os sentidos e significados do trabalho gerencial do enfermeiro e identificar a(s) dificuldade(s) e/ou facilidade(s) na execução do trabalho gerencial do enfermeiro na percepção de discentes de enfermagem. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual a coleta de dados foi realizada através da técnica da entrevista semiestruturada e teve como participantes dez estudantes de enfermagem. Para análise dos dados, foi utilizada a Técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados:** O trabalho gerencial do enfermeiro relaciona-se à organização do trabalho e do serviço de saúde e ao planejamento das atividades prestadas. No desenvolvimento do trabalho gerencial, os estudantes identificaram como facilidades a capacitação profissional, o trabalho em equipe e o diálogo. Como dificuldades, citou-se o desafio do enfermeiro em realizar a associação do trabalho assistencial e gerencial, a sobrecarga de trabalho, a relação de liderança sobre a equipe e a falta de recursos materiais. **Conclusão:** A articulação entre o trabalho gerencial e o assistencial deve ser enfatizada e construída no cotidiano do trabalho, dado que ambos constituem o trabalho do enfermeiro no Brasil e valorizam essa profissão.

**Palavras-chave |** Administração de Serviços de Saúde; Enfermeiro; Assistência à Saúde.

<sup>1</sup>Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim/BA, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana/BA, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

O processo de trabalho do enfermeiro se constitui no modo indissociável de como ele executa as atividades assistenciais e gerenciais, as quais articulam saberes filosóficos, políticos e técnicos<sup>1</sup>.

No contexto do trabalho gerencial, o enfermeiro deve utilizar métodos específicos para a coordenação do cuidado e/ou do serviço de saúde, dado que uma de suas atribuições é participar do planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de saúde/enfermagem<sup>2</sup>.

O trabalho gerencial está presente na prática do enfermeiro desde a sua formação profissional, sendo imprescindível para o seu exercício profissional nos vários níveis de atenção à saúde<sup>3</sup>, tendo como principais objetivos a coordenação da equipe de saúde/enfermagem, a organização e o direcionamento das ações executadas nos serviços de saúde e a garantia da qualidade da assistência prestada ao usuário.

Ao executar o trabalho gerencial, o enfermeiro utiliza alguns instrumentos, dentre eles a supervisão, o planejamento e a avaliação, os quais são utilizados para enfrentar os problemas surgidos no cotidiano do trabalho e subsidiar a tomada de decisão. Assim, por meio desses instrumentos, o enfermeiro poderá alcançar resultados satisfatórios no seu processo de trabalho, o que demonstra a importância do gerenciamento<sup>4</sup>.

A ação gerencial é fundamental no processo de organização de serviços de saúde e na efetivação de políticas sociais, em especial as de saúde, e isso requer um grande preparo do profissional enfermeiro<sup>3</sup>, bem como a utilização de ferramentas para solucionar os problemas existentes, gerenciar conflitos no trabalho e estabelecer regras e rotinas no processo de trabalho para operacionalizar a produção do cuidado.

Além disso, comungamos com Senna e outros<sup>5</sup> que na produção do cuidado não deve haver dissociação entre as dimensões assistencial e gerencial do processo de trabalho do enfermeiro, cujo produto é o cuidado individual ou coletivo.

Por isso, destacamos a relevância das práticas gerenciais no processo de trabalho do enfermeiro, as quais devem ser constantemente avaliadas e planejadas. Isso revela a

importância de se desenvolver competências e habilidades gerenciais nos cursos de graduação em enfermagem, de modo a formar enfermeiros que reconheçam a importância do trabalho gerencial.

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais<sup>6</sup>, a formação do enfermeiro busca dotar o profissional de conhecimentos necessários para o desempenho das seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente.

Além disso, de acordo com a Lei 7498, de 25 de junho 1986<sup>7</sup>, que regulamenta o exercício da enfermagem e dá outras providências, privativamente compete ao enfermeiro exercer cargos de direção e organização de órgãos de enfermagem, sendo necessários, para tanto, conhecimentos e instrumentos que o auxiliem no desempenho do gerenciamento dos serviços.

Por isso, é importante conhecer a percepção dos estudantes de enfermagem sobre o trabalho gerencial do enfermeiro, de modo a contribuir para aquisição de conhecimento e para a sua formação enquanto futuro profissional.

Isso posto, delimitou-se a seguinte questão de pesquisa: qual a percepção dos estudantes de enfermagem sobre os sentidos e significados do trabalho gerencial do enfermeiro? Qual(ais) a(s) dificuldade(s) e/ou facilidade(s) percebidas e/ ou vivenciadas na execução do trabalho gerencial do enfermeiro na percepção de discentes de enfermagem?

Com base nesses questionamentos, os objetivos deste estudo foram compreender a percepção de estudantes de enfermagem sobre os sentidos e significados do trabalho gerencial do enfermeiro e identificar a(s) dificuldade(s) e/ou facilidade(s) na execução do trabalho gerencial do enfermeiro na percepção de discentes de enfermagem.

## MÉTODOS |

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. O lócus da pesquisa foi uma universidade pública do estado da Bahia, que possui o curso de Bacharelado em Enfermagem. Os participantes foram 10 estudantes de enfermagem, que possuíam idade entre 21 e 40 anos, sendo oito (8) do sexo feminino e dois (2) do sexo masculino,

que haviam cursado as disciplinas Gerenciamento em Enfermagem I e Gerenciamento em Enfermagem II e encontravam-se no oitavo semestre.

A quantidade de participantes foi definida pelo critério de saturação das falas, que diz respeito à interrupção da inserção de novos participantes no estudo quando os dados coletados demonstram uma regularidade ou repetição no conteúdo<sup>8</sup>. Deste modo, ao finalizar a décima entrevista, percebeu-se que as falas apresentavam reprodução do conteúdo entre si, procedendo-se à interrupção da coleta de dados.

Utilizamos como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada. A coleta de dados foi realizada nos meses de maio e junho de 2017, após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), no dia 04 de maio de 2017, segundo parecer nº2.046.192 (CAAE 65552017.4.0000.0057).

Após os estudantes de enfermagem aceitarem participar da pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as entrevistas foram realizadas individualmente, em um local reservado no Campus da universidade, de modo a garantir o anonimato e a privacidade dos participantes, bem como possibilitar que expressassem sua opinião sobre as questões elencadas, as quais seguiam um roteiro específico e foram gravadas em gravador digital e portátil, sendo transcritas posteriormente, com duração em média de seis (6) a 10 minutos.

As falas foram identificadas a partir da ordem de realização das entrevistas, ou seja, a primeira foi identificada como E-1, a segunda E-2 e assim sucessivamente.

Escolhemos como método de análise de dados a Análise de Conteúdo, que compreende um conjunto de “técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos”<sup>9,303</sup>. Para tanto, usamos as etapas do Método de Análise de Conteúdo propostas por Minayo<sup>9</sup>.

No primeiro momento, realizamos a pré-análise, quando organizamos o material coletado a partir da leitura fluante das entrevistas, tomando contato exaustivo com seus conteúdos. Posteriormente, na exploração do material, as informações das entrevistas foram classificadas e codificadas, através de recortes e associações, usando

para isso um quadro onde foi feita a síntese horizontal (identificação e agrupamento das falas semelhantes, complementares, divergentes e diferentes) e a vertical (resumo de cada entrevista a partir dos núcleos de sentido apresentados). Por fim, fizemos o tratamento e interpretação dos resultados, quando articulamos os materiais coletados com os referenciais teóricos acerca do tema estudado, emergindo as categorias descritas nos resultados e discussão.

## RESULTADOS/DISCUSSÃO |

O trabalho gerencial do enfermeiro tem como objeto a organização do trabalho e os recursos humanos em enfermagem. Para a execução desse processo de trabalho, são utilizados alguns instrumentos, tais como o planejamento, o dimensionamento de pessoal de enfermagem, o recrutamento e seleção de pessoal, a educação continuada e/ou permanente, a supervisão, a avaliação de desempenho e outros<sup>10</sup>.

Na perspectiva dos participantes, o trabalho gerencial do enfermeiro traduz-se, principalmente, na organização do processo de trabalho em saúde/enfermagem:

*É a forma que o enfermeiro tem de organizar todo o processo de trabalho (E-4).*

*É a questão da organização, organizar a divisão das tarefas dos trabalhadores, da equipe [...] (E-8).*

Esses mesmos sujeitos consideram que o trabalho gerencial é importante para a organização do processo de trabalho em saúde/enfermagem porque torna possível o desenvolvimento das ações assistenciais da equipe de saúde e o atendimento das demandas de saúde dos usuários:

*[...] o importante é que o enfermeiro organize o trabalho para o melhor andamento da equipe e assim o usuário possa ter o melhor atendimento possível (E-7).*

*É quando o enfermeiro torna tanto a unidade de saúde quanto o trabalho em enfermagem uma realidade [...], propiciando que a unidade tenha recursos materiais, recursos humanos e um trabalho qualificado para prestar assistência ao paciente [...] (E-10).*

*[...] Tipo, manter em ordem uma equipe, né? Manter em ordem os equipamentos que ali oferecem, manter os fins lucrativos da unidade, o que se gasta, o que se perde, é dessa forma eu acho que o trabalho do enfermeiro é (E-1).*

Observa-se que o trabalho gerencial do enfermeiro tem como objetivo principal a organização do processo de trabalho em saúde/enfermagem e do serviço de saúde, a fim de assegurar uma assistência em saúde/enfermagem satisfatória e integral aos usuários<sup>11</sup>. Identifica-se também que o trabalho gerencial é um fator de integração da equipe de saúde, sendo que o enfermeiro pode ser considerado um mediador na resolução de possíveis conflitos.

Não se pode deixar de comentar que para os entrevistados o processo de trabalho do enfermeiro envolve a articulação da gerência com a assistência, e essa articulação é fundamental para que os problemas de saúde dos usuários sejam resolvidos da melhor maneira possível.

Apesar de a gerência e de a assistência constituírem o processo de trabalho do enfermeiro, alguns entrevistados consideraram que o trabalho gerencial é uma atividade estritamente burocrática, conforme expresso abaixo:

*É coordenar uma unidade desde a parte burocrática, até a parte assistencial, controle dos recursos materiais, medicamentos, recursos humanos (E-2).*

*[...] ele vai trabalhar com a parte dos impressos, a organização dos serviços, escala, o andamento da funcionalidade dos serviços prestados em uma determinada unidade (E-6).*

*[...] é saber coordenar as coisas que têm na instituição desde os insumos até as papeladas burocráticas (E-9).*

Essas falas sinalizam que parte dos participantes concebeu o trabalho gerencial de maneira restrita e desconectada do trabalho assistencial. No estudo de Santos e outros<sup>4</sup>, os participantes também conceberam que assistência e gerência são atividades incompatíveis e dissociadas no processo de trabalho do enfermeiro, e o trabalho gerencial foi considerado uma ação de cunho burocrático voltada para o controle dos serviços de saúde e dos trabalhadores.

Outro aspecto extraído da fala dos participantes refere-se ao trabalho gerencial como aspecto identitário do enfermeiro:

*É importante porque dá uma identidade pra o enfermeiro, até porque a enfermagem não é só assistência, pois[...] o enfermeiro também pode ser gestor (E-2).*

*É de extrema importância, mesmo porque a atividade gerencial é exclusiva do enfermeiro e da enfermeira, então [...] é de extrema importância dentro do serviço de saúde (E-6).*

À luz dessas considerações, é preciso reconhecer a importância do trabalho gerencial do enfermeiro, dado que ele articula e integra as ações prestadas pelos demais trabalhadores da saúde, garante a continuidade da atenção à saúde e o atendimento das demandas de saúde dos usuários<sup>11,12</sup>.

Neste sentido, é imprescindível que o enfermeiro execute as atividades gerenciais, que no campo da enfermagem são executadas exclusivamente por esse trabalhador, visto que ele atua como um gerente intermediário, no espaço entre a organização de saúde, os usuários e os demais trabalhadores da saúde, organizando o trabalho em saúde e coordenando o trabalho em enfermagem<sup>12</sup>.

O desenvolvimento de competências gerenciais em enfermagem é essencial para o trabalho do enfermeiro, tais como: liderança, comunicação, administração, formulação e participação de processos decisórios, tomada de decisão e gerenciamento. Deste modo, salienta-se a importância do estabelecimento de competências gerenciais nos currículos de enfermagem e de buscar proporcionar criticidade no processo de ensino<sup>13</sup>.

De acordo com Soares et al.<sup>14</sup>, a execução do trabalho gerencial exige do enfermeiro habilidades diversificadas, especialmente num contexto de diversas mudanças das práticas de saúde e de avanços tecnológicos que têm sido constantemente incorporados ao trabalho em saúde.

Dentre os aspectos facilitadores da execução do trabalho gerencial do enfermeiro, a capacitação foi apontada pelos participantes como um fator que aprimora a leitura da realidade e auxilia no enfrentamento de problemas no cotidiano do trabalho:

*As facilidades, elas vêm quando o profissional é bem preparado. Se ele está bem preparado, não vai encontrar tanta dificuldade, e quando encontrar, saberá resolvê-las (E-2).*

*Desde que esteja se atualizando constantemente, acredito que o enfermeiro não tenha dificuldade [...] (E-3).*

No estudo realizado por Oliveira et al.<sup>15</sup>, evidenciou-se que para o gerenciamento dos serviços de enfermagem em instituições de saúde é fundamental que os enfermeiros possuam competências e habilidades para implementar estratégias a serem aplicadas no processo de trabalho em enfermagem.

Para tanto, a realização de capacitações destinadas às enfermeiras poderá se constituir em uma estratégia que pode contribuir com o fortalecimento do gerenciamento do cuidado<sup>16</sup>.

Cabe ressaltar que uma das atividades do trabalho gerencial é a tomada de decisões em um contexto complexo e envolto de incertezas, como é o caso do trabalho em saúde/enfermagem. Para que isso ocorra, o enfermeiro deve se manter atualizado para analisar os problemas de forma sistematizada e enfrentar as contingências que emergirem do ambiente de trabalho<sup>17</sup>. É necessário também que o enfermeiro facilite a criação de vínculos entre os diferentes trabalhadores da saúde para melhor desenvolver o seu trabalho:

*[...] se você criar um vínculo com a equipe e for uma coisa mútua e com respeito, aí o profissional consegue desenvolver (E-8).*

Deste modo, a liderança do enfermeiro fortalece a execução do trabalho gerencial, principalmente porque facilita a supervisão da equipe, a criação de vínculos e a articulação das dimensões do trabalho do enfermeiro<sup>18</sup>. Isso faz da gerência uma atividade complexa, permeada também por dificuldades:

*Eu acho que tem só dificuldades (E-3).*

*As facilidades são poucas, aliás eu acho que não têm não (E-5).*

*Eu acho que não têm facilidades não (E-7).*

*Eu consigo ver mais as dificuldades (E-9).*

*Eu acho que só têm dificuldades, no momento eu não consigo enxergar uma facilidade [...], consigo ver mais as dificuldades (E-10).*

Na percepção dos participantes, essas dificuldades estão relacionadas à frágil associação do trabalho gerencial com o trabalho assistencial:

*Eu acho que há uma dificuldade pra conciliar o assistencial com o burocrático, tem enfermeiro que se perde muito na parte burocrática e não presta a assistência, e muitos ficam só na assistência e se perdem na burocrática (E-2).*

*É um trabalho muito cansativo, muito estressante, muita burocracia, muita ficha pra preencher, é muita coisa pra se fazer e além do mais você como enfermeiro ainda tem a parte assistencial, você tem que dar a assistência, então eu acho que é muito difícil e complicado (E-3).*

Como se observa, a desarticulação dos trabalhos gerencial e assistencial desencadeia o afastamento do enfermeiro de uma das dimensões do seu trabalho, conforme foi identificado também por Lima e outros<sup>19</sup>.

Essa evidência relaciona-se à concepção ideológica sobre o trabalho do enfermeiro vigente no campo da enfermagem, a qual separa o trabalho gerencial do trabalho assistencial. Essa dissociação gera conflitos e pode aumentar a insatisfação com o trabalho, já que as enfermeiras e os enfermeiros não se identificam com o seu trabalho e com a sua profissão, não compreendem que a natureza do seu processo de trabalho é assistencial-gerencial, sendo que ambas as dimensões são complementares e interdependentes<sup>12</sup>.

Convém afirmar que a natureza assistencial-gerencial do trabalho da enfermeira não se separa no seu processo de trabalho, sendo falsa a concepção de que a enfermeira assiste ou gerencia, de maneira dicotômica. Em determinado tempo e lugar, uma dimensão do processo de trabalho da enfermeira pode se sobrepor a outra, exigindo que a enfermeira execute ações assistenciais ou gerenciais numa quantidade e intensidade variada, mas direcionadas a um mesmo objetivo, que é produzir ações e serviços<sup>12</sup>.

Vale salientar que, como afirmam Melo, Santos e Leal<sup>12</sup>, o trabalho gerencial é função privativa do enfermeiro, porém ele é um processo coletivo e seu sucesso está relacionado à colaboração desse profissional com a equipe de enfermagem, de saúde e com os demais trabalhadores cujas ações influenciam na assistência do usuário.

Apesar de a interação entre os membros da equipe ser necessária para o desenvolvimento da prática do

enfermeiro, esta também pode dificultar a execução do trabalho gerencial:

*[...] a questão de se trabalhar com outras pessoas porque a gente trabalha com uma equipe e nem sempre a equipe vai querer daquela forma, e aí vai ter todos esses conflitos que vai ter que resolver [...] (E-4).*

*[...] tem uma resistência dos profissionais, [...] quando chega nessa parte de ter uma autoridade os profissionais eles meio que se fecham um pouco (E-8).*

Saber lidar com situações de conflitos é fundamental para a enfermeira e uma de suas atribuições ao exercer o papel de líder. Gerenciar pessoas é apontado como uma das atividades mais difíceis e importante para o êxito da organização, a partir do manejo dos conflitos e das situações envolvidas<sup>20</sup>.

Nessas situações, é primordial respeitar as diferenças socioeconômicas e/ou culturais, buscando desenvolver um bom diálogo, criar vínculo com a equipe e a conquistar a confiança de seus colaboradores. Ao desempenhar a liderança a enfermeira deverá possuir conhecimento, habilidades e atitudes, que busquem promover um ambiente de trabalho mais harmonioso e prazeroso<sup>20</sup>.

Por fim, a sobrecarga de trabalho foi apontada pelos participantes como um fator que também dificulta o desenvolvimento do trabalho gerencial.

*[...] acredito que a maior dificuldade acaba sendo [...] a grande quantidade de trabalho que a gente tem, então é bem complicado (E-4).*

*[...] tem a sobrecarga de trabalho, que além de ter que ser assistencial, tem o gerencial também [...] (E-8).*

Além da sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos materiais e financeiros também foi destacada pelos entrevistados como uma dificuldade para a gerência do enfermeiro:

*Eu acho que a dificuldade está mais financeira e daqueles superiores que estão ali pra ajudar (E-1).*

*[...] falta de algo na unidade, mas nem sempre depende de você pra poder conseguir, porque precisa de questões de governo, do dono da instituição, [...] então isso dificulta muito (E-9).*

*O impedimento maior é a gestão, porque [...] no que se trata dos recursos materiais, [...] porque geralmente a gestão não dá esse aparato pra que o enfermeiro possa desenvolver (o gerenciamento) (E-10).*

A escassez de recursos materiais é motivo de preocupação para o enfermeiro, dado que afeta a execução do processo de trabalho e compromete a qualidade do cuidado prestado aos usuários<sup>21</sup>.

Esse fato se agrava pelo contexto de precarização do trabalho em que o enfermeiro é submetido, cujas principais características são a diminuição da renda, vínculos trabalhistas frágeis e instáveis, flexibilização dos direitos trabalhistas, prolongamento da jornada de trabalho, insegurança em relação à proteção social, aumento das condições insalubres e perigosas de trabalho, entre outras formas<sup>22</sup>. Tudo isso contribui para que o enfermeiro tenha cada vez menos autonomia e se aliene do seu trabalho.

## CONCLUSÃO |

A partir das falas dos entrevistados, percebemos que o significado do trabalho gerencial do enfermeiro na percepção de estudantes de enfermagem está relacionado à organização do processo de trabalho em saúde/enfermagem e do serviço de saúde, a fim de assegurar o cuidado integral aos usuários. Ademais, notamos também que os estudantes conceberam que o enfermeiro é responsável, na maior parte das vezes, pela forma como o trabalho em saúde/enfermagem é conduzido.

Outra evidência identificada foi a visão do trabalho gerencial como algo “burocrático” e que afasta o enfermeiro da assistência aos usuários. Isso aponta a necessidade de se articular os trabalhos gerencial e assistencial, dado que ambos são interdependentes e necessários para o alcance da finalidade do processo de trabalho do enfermeiro, o cuidado integral às pessoas.

Em relação às facilidades do processo de trabalho do enfermeiro, identificou-se que os participantes consideraram a capacitação profissional como o instrumento fundamental para o enfrentamento dos problemas e a tomada de decisões no cotidiano do trabalho. Dentre as dificuldades apontadas pelos estudantes, verificou-se que as principais foram a associação do

trabalho assistencial e gerencial e as precárias condições de trabalho a que os enfermeiros são submetidos.

Com base nisso, defendemos que a articulação entre o trabalho gerencial e o assistencial deve ser enfatizada e construída no cotidiano do labor, dado que ambos constituem a labuta do enfermeiro e valorizam essa profissão.

## REFERÊNCIAS

1. Leal JAL, Melo CMM. Processo de trabalho da enfermeira em diferentes países: uma revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(2):413-23.
2. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº. 509, de 15 de março de 2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico [Internet]. *Diário Oficial da União* 15 mar 2016 [acesso em 02 set 16]. Disponível em: URL: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2\\_39205.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html).
3. Madureira GC, Santos MF, Santos DSS, Batalha EMSS. Reflexão sobre a enfermagem e o gerenciamento das unidades básicas de saúde. *Rev Baiana de Saúde Pública.* 2016; 40(4):848-61.
4. Santos JLG, Prochnow AG, Silva DC, Silva RM, Leite JL, Erdmann AL. Prazer e sofrimento no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar. *Esc Anna Nery.* 2013; 17(1):97-103.
5. Senna MH, Drago LC, Kirchner AR, Santos JLG, Erdmann AL, Andrade SR. Significados da gerência do cuidado construídos ao longo da formação profissional do enfermeiro. *Rev Rene.* 2014; 15(2):196-205.
6. Brasil. Lei nº. 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União* 26 jun 1986 [acesso em 28 jul 2018]. Disponível em: URL: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm).
7. Ministério da Educação (Brasil). Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União* 09 nov 2001 [acesso em 28 jul 2018]. Disponível em: URL: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
9. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
10. Soares MI, Camelo SHH, Resck ZMR, Terra FS. Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69(4):676-83.
11. Dellaroza MSG, Tada CN, Haddad MCL, Vannuchi MTO, Mazieiro VG. O ensino de gerência em enfermagem na graduação: uma revisão integrativa. *Semina: Ciênc Biol Saúde.* 2015; 36(1):149-58.
12. Melo CMM, Santos TA, Leal JAL. Processo de trabalho assistencial-gerencial da enfermeira. In: Vale EG, Peruzzo AS, Felli VEA, organizadoras. Programa de Atualização em Enfermagem (PROENF): ciclo 4. Porto Alegre: Artmed; 2015. p. 45-75.
13. Rosin J, Tres DP, Santos RP, Peres RR, Oliveira JLC. Desenvolvimento de competências gerenciais na enfermagem: experiência entre residentes. *Rev Eletr Gestão Saúde.* 2016; 7(1):231-46.
14. Soares MI, Camelo SHH, Resck ZMR, Terra FS. Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69(4):676-83.
15. Oliveira FEL, Fernandes SCA, Oliveira LL, Queiroz JC, Azevedo VRC. A gerência do enfermeiro na estratégia saúde da família. *Rev RENE.* 2012; 13(4): 834-44.
16. Fermino V, Amestoy SC, Santos BP, Casarin ST. Estratégia Saúde da Família: gerenciamento do cuidado de enfermagem. *Rev Eletr Enf.* 2017; 19:1-10.
17. Eduardo EA, Peres AM, Almeida ML, Roglio KD, Bernardino E. Análise de modelo de tomada de decisão de enfermeiros gerentes: uma reflexão coletiva. *Rev Bras Enferm.* 2015; 68(4):668-75.
18. Lanzoni GMM, Meirelles BHS. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações

do agente comunitário de saúde. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(4):557-63.

19. Lima RS, Dázio EMR, Rosado SR, Lourenço EB. Dificuldades e facilidades no gerenciamento de enfermagem no hospital na perspectiva do enfermeiro. *Rev Enferm UFPE.* 2014; 8(12):4253-60.

20. Sousa ACD, Silva FS, Espindola JS, Moreira NL, Dragnov PB. Atuação do Enfermeiro nas estratégias para resolução de conflitos. *Rev Adm Saúde.* 2018; 18(73):1-12

21. Gil RB, Chaves LDP, Laus AM. Gerenciamento de recursos materiais com enfoque na queixa técnica. *Rev Eletr Enferm.* 2015; 17(1):100-7.

22. Melo CMM, Carvalho CA, Silva LA, Leal JAL, Santos TA, Santos HS. Força de trabalho da enfermeira em serviços estaduais com gestão direta: revelando a precarização. *Esc Anna Nery.* 2016; 20(3):e20160067.

*Correspondência para/ Reprint request to:*

**Mariana de Oliveira Araujo**

BR 116, KM 03, Campus universitário,

Universidade Estadual de Feira de Santana,

Feira de Santana/BA, Brasil

CEP: 44031-460

E-mail: [mariana-enf@hotmail.com](mailto:mariana-enf@hotmail.com)

Recebido em: 27/09/2018

Aceito em: 06/06/2020

**Correlation between disease severity and respiratory variables in patients with liver cirrhosis and ascites**

**| Correlação entre a gravidade da doença e variáveis respiratórias em pacientes com cirrose hepática e ascite**

**ABSTRACT | Introduction:**

*Liver cirrhosis is a chronic disease that triggers several complications. Among the complications, we highlight the accumulation of extravascular fluids and ascites, which causes increased intra-abdominal pressure and impairs respiratory mechanics.*

**Objective:** *Investigating the impact of cirrhosis in association with ascites on respiratory variables, signs and symptoms.*

**Methods:** *14 cirrhotic patients with ascites were evaluated. The following evaluations were carried out after clinical data collection: vital signs measurement, respiratory pattern evaluation, thoracic and abdominal circumference measurements, as well as pulmonary function (based on a ventilometer), dyspnea degree (numerical scale) and fatigue level evaluations (visual analog scale). Data were analyzed through statistical Student's t-test, whereas Pearson's correlation test was used for correlation analysis between variables. Significance was established at p value <0.05.*

**Results:** *There was prevalence of patients classified as CHILD B, who recorded mean MELD index of 15.6 ± 4.8. Patients presented significantly reduced vital capacity and thoracoabdominal expandability.*

*Pearson's correlation has shown positive correlation between MELD index and abdominal circumference, as well as between dyspnea and fatigue scales. Conclusion: The more severe the patient's condition, the greater the abdominal circumference. In addition, the cirrhosis/ascites association has negative impact on respiratory parameters, as evidenced by patient's significantly reduced vital capacity and thoracoabdominal expandability.*

**Keywords |** *Liver cirrhosis; Ascites; Respiratory system.*

**RESUMO | Introdução:** A cirrose hepática é uma doença crônica que desencadeia diversas complicações. Dentre as complicações, destacamos o acúmulo de líquidos extravasculares e ascite, que causa o aumento da pressão intra-abdominal e prejudica a mecânica respiratória. **Objetivo:** Avaliar o impacto da cirrose em associação com a ascite sobre variáveis respiratórias, sinais e sintomas. **Métodos:** 14 pacientes com diagnóstico clínico de cirrose hepática e ascite foram avaliados. Após a coleta dos dados clínicos, os sinais vitais foram aferidos e foram avaliados o padrão respiratório (inspeção dinâmica), medidas da circunferência torácica e abdominal (mensuradas através de fita métrica), teste de ventilometria e capacidade vital (com uso do ventilômetro), avaliação do grau de dispnéia (escala numérica) e nível de fadiga (escala visual analógica). Os dados foram avaliados através do teste estatístico *t de student*, e para análise de correlação entre as variáveis foi utilizado o teste de correlação de Pearson, sendo estabelecida significância para valores de  $p < 0,05$ . **Resultados:** Houve prevalência de pacientes classificados como CHILD B e com média  $15,6 \pm 4,8$  no índice MELD. Os pacientes apresentaram redução significativa da capacidade vital, redução da expansibilidade tóraco-abdominal, correlação positiva entre o índice MELD e a circunferência abdominal e correlação positiva entre a escala de dispnéia e escala de fadiga. **Conclusão:** Concluímos que quanto mais grave o paciente, maior a circunferência abdominal, e a associação da cirrose com ascite tem impacto negativo nos parâmetros respiratórios, evidenciado na redução significativa da capacidade vital e da expansibilidade tóraco-abdominal.

**Palavras-chave |** Cirrose hepática; Ascite; Sistema respiratório.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

A cirrose hepática é uma doença crônica do fígado, de alta prevalência no Brasil, sendo responsável por mais de 29 mil mortes em 2010, gerando um alto impacto na saúde pública brasileira.<sup>1,2</sup>

Para classificação da gravidade da doença hepática e priorização nas listas de espera para transplante hepático no Brasil, são amplamente utilizados os sistemas de pontuação *Model for End-stage Liver Disease* (MELD) e o escore de *Child-Turcotte-Pugh* (CHILD).<sup>3</sup>

Uma vez instalada, a insuficiência hepática desencadeia diversas complicações secundárias, dentre as quais podemos citar o acúmulo de líquidos extravasculares e ascite,<sup>4</sup> os quais podem ocasionar, dentre outras coisas, a elevação da pressão intra-abdominal podendo afetar a função de órgãos e tecidos adjacentes e provocar elevação diafragmática, que resulta no aumento da pressão intratorácica e compressão dos pulmões, limitando a expansibilidade e a ventilação pulmonar, o que prejudica a mecânica respiratória como um todo, podendo inclusive afetar a troca gasosa e levar a uma oxigenação inadequada.<sup>5,6</sup> Como agravante, o paciente com cirrose costuma desenvolver marcante desnutrição e sarcopenia, que possivelmente tem impacto negativo na mecânica respiratória,<sup>7</sup> podendo levar a sintomas como fadiga e dispnéia,<sup>6,8</sup> queixas estas que se relacionam diretamente com a condição funcional podendo gerar limitações e restrições ao paciente.<sup>9</sup>

Apesar de estarem descritos na literatura os efeitos da ascite sobre o sistema respiratório de pacientes com cirrose hepática, poucos estudos mensuram por meio de testes específicos quais são os impactos dessa complicação na função pulmonar e sua correlação com sintomas como fadiga e dispnéia. Além disso, não foram encontrados estudos que tenham avaliado e correlacionado com o MELD e o CHILD os parâmetros cinesiofuncionais respiratórios, cuja avaliação à beira-leito é fácil e de baixo custo, podendo contribuir para a prevenção e o tratamento de complicações respiratórias nesses pacientes.

O objetivo do presente estudo foi avaliar parâmetros cinesiofuncionais respiratórios e os sintomas de fadiga e dispnéia e sua correlação com a gravidade da doença em pacientes com cirrose hepática e ascite.

## MÉTODOS |

Estudo do tipo transversal que foi realizado entre julho e outubro de 2017, com amostra de conveniência, com pacientes que estavam internados no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), no setor de Gastroenterologia, na cidade de Vitória-ES/Brasil. Foram incluídos no estudo pacientes com diagnóstico clínico de cirrose hepática que tinham como complicação ascite. Os critérios de exclusão foram: pacientes hemodinamicamente instáveis (PAS < 80 mmHg), incapacidade de compreender e realizar os procedimentos de avaliação (como os pacientes com encefalopatia hepática avançada) e doenças pulmonares associadas.

Após selecionados, os pacientes foram informados sobre a pesquisa e convidados a participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os procedimentos do estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (Parecer 1.698.969 / CAAE: 58010116.8.0000.5071).

Foi realizada a avaliação em um único momento, por uma ficha padronizada para caracterizar a amostra, onde foram colhidos idade, gênero e etiologia da cirrose hepática, quando conhecida. O escore CHILD e o índice MELD de todos os pacientes eram avaliados pela equipe médica no dia da internação do paciente para avaliação da gravidade e classificação de prioridade para pacientes em lista de transplante.

Em seguida, foram aferidos os sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória), o peso do paciente, e avaliado o tipo do padrão respiratório analisado por uma inspeção dinâmica (se era predominantemente abdominal, torácico ou tóraco-abdominal). Para o reconhecimento, observamos a movimentação do tórax e do abdômen durante a respiração, localizando em que regiões os movimentos eram mais visíveis.<sup>10</sup> Todos os procedimentos foram realizados com o paciente em sedestação. Na sequência, foi realizada a cirtometria torácica com referência na região axilar e região xifoidea e a cirtometria abdominal com referência na cicatriz umbilical. Foram medidos em três momentos: repouso, após inspiração máxima e após expiração máxima. Para avaliação da mobilidade tóraco-abdominal foi utilizada a técnica de posicionar a fita métrica em torno do tórax e do abdômen verificando a diferença (em centímetros) entre a medida da inspiração máxima e a da expiração máxima,

na região torácica axilar, torácica xifoidea e abdominal.<sup>11</sup> A avaliação da cirtometria abdominal foi realizada com o paciente em respiração basal.

A dispnéia foi avaliada por meio da escala numérica com o objetivo de graduar a intensidade do desconforto respiratório do paciente no momento da avaliação. A escala consiste em uma numeração de 0 a 10, onde 0 representa ausência de dispnéia e 10 a pior sensação de dispnéia já sentida ou imaginada pelo paciente.<sup>12</sup>

Para avaliar a fadiga, foi aplicada uma escala analógica visual, que consiste em uma linha reta de 10 cm, na qual o paciente marcava com um traço vertical onde representava a intensidade da fadiga que estava sentindo no momento, sendo que uma extremidade indica ausência de fadiga, e a outra extremidade, o máximo de fadiga que o paciente já sentiu.<sup>13</sup>

A avaliação da função pulmonar foi realizada por meio do teste de ventilometria e da capacidade vital lenta através do aparelho “Ventilômetro de *Wright Análogo Mark 8, iSpire*, São Paulo - Brasil”, acoplado a um bucal. Em respiração basal, foi obtido o volume minuto e mensurada simultaneamente a frequência respiratória, sendo o volume corrente determinado pela divisão do volume minuto pela frequência respiratória. A capacidade vital foi obtida pedindo ao paciente que realizasse uma inspiração máxima seguida de uma expiração máxima lenta. Os testes foram repetidos três vezes, e os valores obtidos foram comparados com o valor previsto para cada paciente, sendo adotados para análise 6,5 ml/Kg.<sup>14</sup>

Os dados dos pacientes (idade, gênero, entre outros) foram analisados descritivamente, com o objetivo de caracterizar a amostra por intermédio do *software Microsoft Office Excel* 2011. Os resultados foram numericamente representados através de valores da média  $\pm$  desvio-padrão, e alguns dados expressos em porcentagem. Os dados obtidos foram comparados com os previstos por meio do teste estatístico

*t de student*, e para análise de correlação entre as variáveis foi utilizado o teste de correlação de Pearson. Para análise estatística dos dados obtidos, foi utilizado o *software SPSS Statistics* para *Windows* (IBM, Armonk, NY, USA). Valores de  $p < 0,05$  foram considerados estatisticamente significantes.

Ressalto que este estudo cumpriu todos os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (2000) e foi conduzido em todas as suas etapas de acordo com a Resolução do CNE 466/12, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

## RESULTADOS |

Inicialmente foram selecionados 19 pacientes, sendo 3 excluídos por doenças pulmonares associadas e 2 por incapacidade de realizar as avaliações propostas, sendo a amostra final composta por 14 pacientes, dos quais 8 (57,1%) eram do sexo masculino e 6 (42,9%) do sexo feminino, com idade variável entre 45 e 78 anos (média =  $59,71 \pm 11,15$ ). A etiologia alcoólica (cirrose hepática alcoólica) foi a mais prevalente, sendo observada em 50% dos pacientes.

No que diz respeito à avaliação da gravidade pela escala CHILD e o índice MELD, nosso grupo foi formado em sua maioria por pacientes com CHILD score B ( $n=11$ , 78,6%), e a escala MELD apresentou pontuação média de  $15,86 \pm 4,86$ .

Em relação ao padrão respiratório, 8 pacientes apresentaram padrão torácico (57,1%), 6 apresentaram padrão tóraco-abdominal (42,9%) e nenhum apresentou padrão com predomínio abdominal.

Conforme podemos visualizar na Tabela 1, quando comparada a capacidade vital medida com a capacidade

Tabela 1 – Comparação entre os dados obtidos e previstos referentes ao volume corrente e capacidade vital

Variáveis	Média	Desvio-padrão	Média das diferenças	p-valor
Volume Corrente Obtido (ml)	443,74	117,22		
Volume Corrente Previsto (ml)	513,70	74,80	-69,95	0,065
Capacidade Vital Obtido (ml)	3531,43	1319,63		
Capacidade Vital Previsto (ml)	4846,96	550,26	-1315,53	<0,001*

\*Resultado estatisticamente significativo  $p < 0,05$ .

vital prevista para os pacientes avaliados, foi encontrada uma redução significativa ( $p < 0,001$ ). No que diz respeito à comparação do volume corrente obtido com os valores previstos, não encontramos redução significativa ( $p = 0,06$ ), porém acreditamos que houve uma tendência à redução.

Encontramos significativa correlação da cirtometria abdominal estática (como avaliação da ascite) com o índice MELD ( $p = 0,030$ ), sendo o coeficiente de correlação moderado e positivo. Na correlação da cirtometria abdominal estática com as outras variáveis não foram observados outros coeficientes significativos (Tabela 2).

Tabela 2 – Correlação entre cirtometria abdominal estática e demais variáveis

Variáveis	Cirtometria abdominal estática	
	Coefficiente de correlação	p-valor
Volume corrente	-0,222	0,446
Capacidade vital	0,104	0,725
Escala fadiga	0,275	0,340
Escala dispneia	0,209	0,474
MELD	0,579	0,030*
Frequência respiratória	-0,099	0,736

MELD: índice *Model for End-stage Liver Disease*; \*Coeficiente de correlação estatisticamente significativo.

Os valores da mobilidade tóraco-abdominal são apresentados por média e desvio-padrão na Tabela 3. A média da mobilidade abdominal foi a menor ( $1,86 \pm 1,09$ cm), seguida pela torácica axilar ( $2,64 \pm 1,08$ cm) e torácica xifóidea ( $2,79 \pm 2,00$ cm). Comparando as médias obtidas, a mobilidade abdominal foi significativamente menor em relação à torácica axilar ( $p = 0,021$ ), mostrando que a expansibilidade abdominal está mais comprometida do que a torácica. Quando comparados os valores da mobilidade tóraco-abdominal obtidos nos 3 pontos de referência com os considerados como normalidade, todos foram significativamente menores: axilar ( $p < 0,001$ ), xifóidea ( $p = 0,041$ ) e abdominal ( $p < 0,001$ ).

Tabela 3 – Medidas da mobilidade tóraco-abdominal

Variável (cm)	Média $\pm$ DP
Torácica axilar	2,64 $\pm$ 1,08
Torácica xifoidea	2,79 $\pm$ 2,00
Abdominal	1,86 $\pm$ 1,09

Na escala de dispneia, o valor médio obtido foi  $1,79 \pm 2,19$ , e na escala de fadiga  $1,46 \pm 2,42$ . Foi encontrada uma correlação forte (0,607) e significativa ( $p = 0,021$ ) da escala de dispneia com escala de fadiga.

## DISCUSSÃO |

Mesmo com uma amostra pequena, observamos a prevalência de pacientes do sexo masculino no presente estudo, sendo a etiologia alcoólica observada com maior frequência, o que está em concordância com outro estudo realizado no Brasil.<sup>15</sup>

A classificação CHILD é muito utilizada para avaliação da função e do prognóstico da doença hepática. Outra classificação que vem sendo utilizada é o índice MELD, que serve para graduar a severidade.<sup>3</sup> Em relação ao grau de disfunção hepática de acordo com a classificação CHILD, observou-se no presente estudo que o CHILD B foi o mais prevalente, seguido do C e A respectivamente.

Quando correlacionamos a pontuação obtida na escala MELD com a cirtometria abdominal estática, encontramos uma significativa correlação positiva, o que nos mostra que quanto mais grave o paciente, maior a ascite apresentada por ele, representada pela circunferência abdominal. Esse resultado era esperado, uma vez que estudos mostram que a ascite é associada com um pior prognóstico e é a forma mais comum de manifestação da descompensação da cirrose hepática.<sup>1,16</sup>

Todos os pacientes por nós avaliados foram internados devido a uma descompensação da doença. Pode-se definir a cirrose hepática descompensada como o desenvolvimento de evidências clínicas, como as complicações da hipertensão portal, entre elas a ascite e varizes hemorrágicas, e também os sinais de insuficiência hepática, encefalopatia hepática e icterícia.<sup>17</sup>

Diversos trabalhos descrevem que a ascite pode causar repercussões respiratórias.<sup>6,17</sup> Os estudos de Nagral *et al.*<sup>18</sup> e Al-Zanaty *et al.*<sup>19</sup> avaliaram a função pulmonar de pacientes com cirrose hepática com e sem ascite através da espirometria, sendo que ambos observaram reduções dos volumes e capacidades pulmonares nos dois grupos (com e sem ascite), sendo essas reduções significativamente mais expressivas nos pacientes com ascite, sugerindo então

que as alterações pulmonares encontradas nos doentes cirróticos estão diretamente relacionadas ao nível de comprometimento da função hepática.

No presente estudo, observamos uma redução significativa da capacidade vital em comparação com os valores previstos para os pacientes, apontando que há uma redução dos volumes pulmonares na amostra estudada. O volume corrente obtido não apresentou diferença significativa quando comparado ao previsto, porém apresentou uma tendência à redução ( $p=0,06$ ), o que acreditamos ser devido ao baixo número da amostra.

Sabe-se que o acúmulo de líquido abdominal que ocorre na ascite pode ocasionar, dentre outras coisas, a elevação da pressão intra-abdominal podendo afetar a função de órgãos e tecidos, causando elevação diafragmática, redução de sua excursão e compressão dos pulmões, limitando a expansibilidade e a ventilação pulmonar, principalmente nas bases. Como consequência, ocorre uma piora da relação ventilação/perfusão, da mecânica respiratória, e da complacência da caixa torácica. Tais alterações da ventilação e da função pulmonar podem afetar a troca gasosa e levar a uma oxigenação inadequada.<sup>5,6,18,19</sup>

Desta forma, sabendo-se dessas repercussões respiratórias da ascite, e uma vez que os estudos com espirometria observaram redução de volumes pulmonares nesses pacientes,<sup>5,18,20</sup> podemos dizer que essa redução da capacidade vital era esperada em nossa amostra, entretanto não encontramos outros estudos que avaliassem o impacto respiratório da ascite através da ventilometria.

A alteração da pressão intra-abdominal nesses pacientes também pode ser a explicação para as alterações de padrão respiratório, que normalmente se torna mais predominantemente torácico. Em nosso estudo, a maioria apresentou o padrão respiratório torácico, seguido por tóraco-abdominal e nenhum apresentou uma respiração com predomínio abdominal, confirmando a limitação mecânica da atividade diafragmática.

A redução da expansibilidade pulmonar basal foi observada no presente estudo não apenas mediante a inspeção torácica, que mostrou alteração do padrão respiratório fisiológico, mas também através da mensuração da mobilidade tóraco-abdominal pela cirtometria, uma vez que por esse método observamos

uma redução significativa da expansibilidade abdominal em comparação com a torácica, provavelmente também em decorrência da ascite volumosa que dificulta a expansão das bases pulmonares. Comparando com os valores considerados como normalidade, que seriam de 6 a 7 cm, para indivíduos adultos e saudáveis,<sup>11</sup> no presente estudo as médias encontradas foram muito abaixo desse parâmetro, o que nos mostra que a expansibilidade tóraco-abdominal está comprometida nesses pacientes, principalmente a abdominal.

Estudos prévios observaram em pacientes com cirrose quadro de dispneia e fadiga, os quais os autores acreditam que ocorram devido aos efeitos compressivos da ascite sobre o sistema respiratório, desnutrição e baixa oxigenação tecidual,<sup>9,12,21</sup> porém isso não foi evidenciado no nosso estudo em que a maioria dos pacientes classificaram a dispneia e a fadiga com baixo valor através das escalas, sendo o valor médio obtido de  $1,79 \pm 2,19$  e  $1,46 \pm 2,42$  respectivamente. Também não foi evidenciada durante a coleta a presença de desconforto respiratório significativo. Correlacionando as duas escalas, nós obtivemos resultado significativo, no qual a maioria dos pacientes que apresentaram dispneia também apresentou fadiga, resultado este que era esperado, uma vez ambos os sintomas podem ser causados pelos mesmos fatores.

Avaliamos também a correlação do valor da cirtometria abdominal estática com os parâmetros respiratórios e sinais e sintomas, para avaliarmos se os pacientes com maior ascite apresentavam maiores alterações. Entretanto não foram observados coeficientes estatisticamente significativos, e isso pode ser devido ao baixo número amostral. Não encontramos trabalhos que fizessem tal associação.

Em conclusão, os pacientes com as maiores pontuações no índice MELD apresentaram as maiores medidas da cirtometria abdominal estática, indicando que quanto mais grave o paciente maior a medida da circunferência abdominal sugerindo uma ascite mais grave, e a associação da cirrose com ascite mostrou ter impacto negativo nos parâmetros respiratórios dos pacientes estudados, evidenciado pela redução significativa da capacidade vital e da expansibilidade tóraco-abdominal. Sugerimos novos estudos com uma amostra maior que possa associar a gravidade da ascite com os sinais e sintomas apresentados.

## AGRADECIMENTOS |

Agradecemos a todos que colaboraram com este estudo e que nos ajudaram a realizá-lo.

## REFERÊNCIAS |

1. Silveira LR, Iser BPM, Bianchini F. Fatores prognósticos de pacientes internados por cirrose hepática no Sul do Brasil. *Gastroenterol Endosc Dig.* 2016; 35(2):41-51.
2. Castelo A, Pessôa MG, Barreto TCBB, Alves MRD, Araújo DV. Estimativas de custo da hepatite crônica B no sistema único de saúde brasileiro em 2005. *Rev Assoc Med Bras.* 2007; 53(6):486-91.
3. Durand F, Valla D. Assessment of the prognosis of cirrhosis: Child–Pugh versus MELD. *J Hepatol.* 2005; 42(Supl. 1):S100-7.
4. Ferreira LL, Arroyo Júnior PC, Silva RCMA, Lamari NM, Cavenaghi OM. Perfil de pacientes em pré-operatório para transplante de fígado em hospital de ensino. *J Health Sci Inst.* 2013; 31(3):84-7.
5. Yao EH, Kong BC, Hsue GL, Zhou AC, Wang H. Pulmonary function changes in cirrhosis of the liver. *Am J Gastroenterol.* 1987; 82(4):352-4.
6. Nitrini AMS, Stírbulov R, Rolim EG. Influência da ascite na avaliação da função pulmonar em portadores de hipertensão portal. *J Bras Pneumol.* 2004; 30(1):14-9.
7. Montano-Loza AJ. Clinical relevance of sarcopenia in patients with cirrhosis. *World J Gastroenterol.* 2014; 20(25):8061-71.
8. Planas R, Montoliu S, Ballesté B, Rivera M, Miquel M, Masnou H, et al. Natural history of patients hospitalized for management of cirrhotic ascites. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2006; 4(11):1385-94.
9. Rosa H, Lamounier Júnior EL, Castro MA, Lamounier RS, Rocha RSP. Estudo clínico da fadiga na cirrose alcoólica e não-alcoólica. *GED Gastroenterol Endosc Dig.* 2011; 30(4):138-41.
10. Porto CC, Porto AL. *Semiologia médica.* 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
11. Caldeira VS, Starling CCD, Britto RR, Martins JA, Sampaio RF, Parreira VF. Precisão e acurácia da cirtometria em adultos saudáveis. *J Bras Pneumol.* 2007; 33(5):519-26.
12. Gift AG, Narsavage G. Validity of the numeric rating scale as a measure of dyspnea. *Am J Crit Care.* 1998; 7(3):200-4.
13. Hewlett S, Dures E, Almeida C. Measures of fatigue: Bristol Rheumatoid Arthritis Fatigue Multi-Dimensional Questionnaire (BRAFMQ), Bristol Rheumatoid Arthritis Fatigue Numerical Rating Scales (BRAFNRS) for severity, effect, and coping, Chalder Fatigue Questionnaire (CFQ), Checklist Individual Strength (CIS20R and CIS8R), Fatigue Severity Scale (FSS), Functional Assessment Chronic Illness Therapy (Fatigue) (FACIT-F), Multi-Dimensional Assessment of Fatigue (MAF), Multi-Dimensional Fatigue Inventory (MFI), Pediatric Quality Of Life (PedsQL) Multi-Dimensional Fatigue Scale, Profile of Fatigue (ProF), Short Form 36 Vitality Subscale (SF-36 VT), and Visual Analog Scales (VAS). *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2011; 639(110):263-86.
14. Carvalho CRR, Toufen Junior C, Franca SA. Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. *J Bras Pneumologia.* 2007; 33(Supl. 2):S54-S70.
15. Vicco MH, Rodeles L, Ferini F, Long AK, Musacchio HM. In-hospital mortality risk factors in patients with ascites due to cirrhosis. *Rev Assoc Med Bras.* 2015; 61(1):35-9.
16. Costa JKL, Assis SLM, Brillhante V, Guimarães APR. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de cirrose hepática atendidos no Ambulatório de Hepatologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), em Belém-PA. *GED Gastroenterol Endosc Dig.* 2016; 35(1):1-8.
17. Bird TG, Ramachandran P, Thomson E. Decompensated liver cirrhosis. *Anaesth Intensive Care Med.* 2015; 16(4):180-5.
18. Nagral A, Kolhatkar VP, Bhatia SJ, Taskar VS, Abraham P. Pulmonary function tests in cirrhotic and non-cirrhotic portal hypertension. *Indian J Gastroenterol.* 1993; 12(2):36-40.

19. King PD, Rumbaut R, Sanchez C. Pulmonary manifestations of chronic liver disease. *Dig Dis.* 1996; 14(2):73-82.
20. Abelman WH, Frank NR, Gaensler EA, Cugell DW. Effects of abdominal distention by ascites on lung volumes and ventilation. *Arch Intern Med.* 1954; 93(4):528-40.
21. Al-Zanaty TH, Hegazy MA, Aboulsoud SH, El-Khabery HM, Mohamad SO. The prevalence of hypoxemia and abnormal ventilator functions in cirrhotic patients with and without ascites. *Med J Cairo Univ.* 2010; 78(2):59-65.

*Correspondência para/ Reprint request to:*

**Veronica Lourenço Wittmer**

*Avenida Marechal Campos, 1468,*

*Maruípe, Vitória/ES, Brasil*

*CEP: 29040-040*

*E-mail: ve\_lourenco@yahoo.com.br*

Recebido em: 28/11/2018

Aceito em: 13/04/2020

Érida Zoé Lustosa Furtado<sup>1</sup>  
Lígia Maria Cabedo Rodrigues<sup>1</sup>  
Alessandra Sousa Monteiro<sup>2</sup>  
Anne Karoline Nunes de Oliveira<sup>2</sup>  
Elizyenne Mendes Martins<sup>2</sup>

## Clinical and epidemiological profile of tuberculosis patients diagnosed in a university hospital

# Perfil clínico e epidemiológico de pacientes com tuberculose diagnosticados em um hospital universitário

**ABSTRACT | Introduction:** Tuberculosis is an infectious disease that represents a serious public health issue, since it affects approximately one third of the world's population. **Objective:** Analyzing the clinical and epidemiological profile of patients diagnosed with tuberculosis in a university hospital. **Methods:** Cross-sectional, retrospective, quantitative study comprising 118 patients diagnosed with tuberculosis from January 2013 to December 2017. Data collection was based on a form encompassing sociodemographic and epidemiological variables, which was elaborated based on the investigation form used by the Information System for Notifiable Diseases. Data were analyzed in SPSS® software. The research was approved by the Research Ethics Committee of the University Hospital of Federal University of Piauí. **Results:** There was prevalence of tuberculosis among male patients who had low schooling, brown skin color and who came from other counties in Piauí State. Based on the bivariate analysis, elderly patients with positive sputum smear microscopy, suspected x-ray, positive culture and detectable rapid molecular test were more prone to be diagnosed with the pulmonary form of the disease. **Conclusion:** There was high percentage of patients with pulmonary tuberculosis diagnosed in the hospital service, although both the diagnosis and treatment are available in the primary care. In addition, it was evident that social determinants play a key role in the incidence of tuberculosis cases among lower-income populations.

**Keywords |** Tuberculosis; Epidemiology; Public Health; Diagnostics.

**RESUMO | Introdução:** A tuberculose é uma doença infectocontagiosa que representa um grave problema de saúde pública, acometendo cerca de um terço da população mundial. **Objetivo:** Analisar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes diagnosticados com tuberculose em um hospital universitário. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado com 118 pacientes diagnosticados com tuberculose no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017. Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário contendo variáveis sociodemográficas e epidemiológicas, elaborado a partir da ficha de investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Os dados foram analisados no software SPSS®. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí. **Resultados:** Houve predomínio da tuberculose entre pacientes do sexo masculino, com baixa escolaridade, cor parda e procedentes de outros municípios do Piauí. Na análise bivariada, por sua vez, pacientes idosos, com baciloscopia de escarro positiva, raio x suspeito, cultura positiva e teste rápido molecular detectável tiveram maior chance de diagnóstico da forma pulmonar da doença. **Conclusão:** Identificou-se o elevado percentual de pacientes com tuberculose pulmonar diagnosticados no serviço hospitalar, embora o diagnóstico e tratamento estejam disponíveis na atenção primária. Ademais, ficou evidente que os determinantes sociais são decisivos para a ocorrência de casos de tuberculose entre as populações menos favorecidas.

**Palavras-chave |** Tuberculose; Epidemiologia; Saúde Pública; Diagnóstico.

<sup>1</sup>Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí. Teresina/PI, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Piauí. Teresina/PI, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

A tuberculose (TB) é uma doença que atinge a humanidade há milhares de anos e, mesmo no século XXI, continua representando um grave problema de saúde pública, acometendo cerca de um terço da população mundial<sup>1</sup>. Em 2016, 10,4 milhões de pessoas adoeceram de tuberculose no mundo, e cerca de 1,3 milhão de pessoas morreram em decorrência da doença<sup>2</sup>.

A TB integra a Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, pois o Brasil faz parte do grupo de 22 países que concentram cerca de 82,0% dos casos da doença do planeta<sup>3</sup>, embora possua diagnóstico e tratamento realizados de forma universal pelo Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>4</sup>. Em 2017, foram notificados 69.569 casos novos de tuberculose no país, com coeficiente de incidência de 33,5 casos/100 mil habitantes. A região Nordeste, por sua vez, diagnosticou 17.869 casos da doença com coeficiente de incidência de 31,2 casos/100 mil habitantes, tendo o estado do Piauí notificado 622 casos novos de tuberculose no referido ano com coeficiente de incidência de 19,3 casos/100 mil habitantes<sup>4</sup>.

Com o objetivo de reduzir o coeficiente de incidência e de mortalidade da doença no Brasil, lançou-se em 2017 o Plano Nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública, o que exigirá dos diferentes setores envolvidos nas ações de controle da tuberculose no país a busca de estratégias que fortaleçam o acesso à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento da doença<sup>4</sup>.

A susceptibilidade a esse agravo está relacionada aos altos níveis de desigualdades sociais existentes no país. A disseminação é maior em localidades de grande pobreza, nas quais existem condições insalubres de habitação, desnutrição, educação precária e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. O alcoolismo, a multirresistência às drogas e outras doenças infecciosas, dentre as quais se destaca a infecção pelo HIV, também aumentam a vulnerabilidade para a tuberculose<sup>5</sup>.

Atualmente, uma pessoa infectada, sem tratamento, pode contaminar entre dez e quinze pessoas anualmente, disseminando a infecção pela comunidade. Assim sendo, o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno devem ser realizados pela Atenção Básica por meio da identificação dos sintomáticos respiratórios na comunidade. Contudo, apenas 60,0% dos casos da doença são diagnosticados na Atenção

Primária, que representa a porta de entrada dos usuários ao SUS no país<sup>6</sup>. A demora no diagnóstico e início oportuno do tratamento da tuberculose no sistema básico de saúde pode ocasionar agravamento do quadro e contribuir para o aumento do número de pacientes internados devido à doença e suas complicações<sup>7</sup>.

Neste contexto, o presente estudo tem por objetivo analisar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes diagnosticados com tuberculose em um hospital universitário.

## MÉTODOS |

Trata-se de estudo transversal, analítico, retrospectivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido no Setor de Vigilância em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI). A população foi composta por 118 pacientes com tuberculose atendidos nesse serviço, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017.

Compuseram a amostra os pacientes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter sido diagnosticado com tuberculose no referido hospital, a partir da realização de exames laboratoriais confirmatórios para tuberculose (baciloscopia, teste rápido molecular - TRM e cultura) e/ou exames de imagem (raio x de tórax, tomografia computadorizada, ressonância magnética) e/ou histopatológico sugestivo da doença; pacientes sem confirmação da tuberculose por meio de exames, mas que tiveram tratamento empírico indicado pelo pneumologista ou infectologista do referido serviço; ter sido admitido no hospital para tratamento de complicações da tuberculose já em uso da poliquimioterapia; ter sido notificado/investigado para tuberculose nesse serviço. Por sua vez, foram excluídos os pacientes que não se enquadraram nos critérios acima descritos ou cujas fichas de investigação apresentavam os dados de interesse incompletos.

Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário contendo variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, raça, estado de residência, município, zona de procedência) e clínico-epidemiológicas (tipo de entrada, beneficiário de programa, forma, agravos associados e exames realizados), elaborado a partir dos dados presentes na ficha de investigação de tuberculose do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Para a caracterização da população, foi realizado estudo estatístico descritivo analítico da amostra através das frequências absolutas (n) e relativas (%) e medidas de dispersão (média e desvio-padrão). Para verificar se as variáveis envolvidas eram independentes, ou se existia alguma associação entre elas, utilizou-se o Teste Exato de Fisher. Posteriormente, os dados foram tabulados em planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel* e analisados no programa *IBM SPSS Statistics* versão 20.0. O nível de significância adotado foi de  $\alpha = 0,05$ . Para apresentação dos resultados, utilizaram-se tabelas.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário do Piauí (CAAE: 80604817.9.0000.8050) sob parecer nº 2.413.658, onde os dados foram coletados obedecendo aos princípios ético-legais norteadores de pesquisas envolvendo seres humanos, dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS |

A média de idade dos participantes deste estudo foi de 51,1 anos. A maioria era do sexo masculino (64,4%), possuía o ensino fundamental completo ou menos (73,7%) e cor parda (63,6%). Quase 60,0% dos pacientes eram procedentes de outros municípios do Piauí, e cerca de 3/4 eram provenientes da zona urbana (74,6%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos pacientes com tuberculose notificados em um hospital universitário (n=118). Teresina-PI, Brasil, 2013-2017

Variáveis	n	%	Média
<b>Idade</b>			
15 – 19	01	0,8	51,1
20 – 39	35	29,7	
40 – 59	43	36,4	
60 – 64	39	33,1	
<b>Sexo</b>			
Feminino	42	35,6	
Masculino	76	64,4	
<b>Escolaridade</b>			
Não alfabetizado	23	19,5	

Ensino fundamental incompleto/completo	64	54,2
Ensino médio incompleto/completo	26	22
Educação superior incompleta/completa	05	4,2
<b>Raça</b>		
Branca	21	17,8
Preta	21	17,8
Parda	75	63,6
Amarela	01	0,8
<b>Estado de Residência</b>		
Maranhão	09	7,6
Piauí	109	92,4
<b>Município</b>		
Teresina	40	33,9
Outros municípios do Piauí	69	58,5
Municípios do Maranhão	09	7,6
<b>Zona de procedência</b>		
Urbana	88	74,6
Rural	30	25,4

Fonte: Fichas de Investigações de Tuberculose, 2013-2017.

Quanto aos aspectos epidemiológicos, 86,4% dos casos diagnosticados eram casos novos de tuberculose; pouco mais de 2/3 não era beneficiário de programa de transferência de renda do governo; 57,6% tinham a forma pulmonar da doença, 35,6% a extrapulmonar e 6,8% a forma mista (pulmonar e extrapulmonar). Dentre as formas extrapulmonares, a localização mais frequente foi a peritoneal (16,0%), seguida das formas pleural, ganglionar e meningoencefálica (14,0%). Por sua vez, dentre os agravos associados prevalentes, identificou-se o alcoolismo predominando em 20,3% dos casos e o tabagismo (18,6%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes com tuberculose notificados em um hospital universitário (n=118). Teresina-PI, Brasil, 2013-2017

Variáveis	n	%
<b>Tipo de entrada</b>		
Caso novo	102	86,4
Recidiva	07	5,9
Reingresso após abandono	01	0,8

Transferência	05	4,2
Pós-óbito	03	2,5
<b>Beneficiário de programa</b>		
Sim	26	22,0
Não	80	67,8
Ignorado	12	10,2
<b>Forma</b>		
Pulmonar	68	57,6
Extrapulmonar	42	35,6
Pulmonar + Extrapulmonar	08	6,8
<b>Se extrapulmonar</b>		
Pleural	07	14,0
Peritoneal	08	16,0
Ganglionar	07	14,0
Óssea	05	10,0
Miliar	05	10,0
Meningoencefálica	07	14,0
Pericárdica	04	8,0
Outras	07	14,0
<b>Agravos associados</b>		
Aids	05	4,2
Alcoolismo	24	20,3
Diabetes	09	7,6
Doença mental	01	0,8
Uso de drogas ilícitas	05	4,4
Tabagismo	21	18,6
Outras doenças	34	29,1

Fonte: Fichas de Investigações de Tuberculose, 2013-2017.

Em relação aos exames realizados, observou-se que cerca de 1/3 dos pacientes teve resultado de baciloscopia positiva (33,1%), pouco mais de 60,0% apresentaram raio x de tórax suspeito e apenas 4,2% dos pacientes com tuberculose possuíam coinfeção TB/HIV. Menos da metade dos pacientes realizou cultura para tuberculose (44,9%). Aproximadamente 60,0% dos pacientes realizaram teste rápido molecular para tuberculose e, dentre os que fizeram esse exame, 38,4% tiveram resultado detectável (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização dos exames realizados por pacientes com tuberculose notificados em um hospital universitário (n=118). Teresina-PI, Brasil, 2013-2017

Variáveis	n	%
<b>Baciloscopia de Escarro</b>		
Positiva	39	33,1
Negativa	34	28,8
Não Realizada	25	21,2
Não se aplica	20	16,9
<b>Raio X</b>		
Suspeito	72	61,0
Normal	13	11,0
Outra patologia	07	5,9
Não realizado	26	22,0
<b>HIV</b>		
Positivo	05	4,2
Negativo	98	83,1
Não realizado	15	12,7
<b>Histopatologia</b>		
Baar Positivo	04	3,4
Sugestivo de TB	18	15,3
Não Sugestivo de TB	04	3,4
Em Andamento	01	0,8
Não Realizado	91	77,1
<b>Cultura</b>		
Positivo	09	7,6
Negativo	17	14,4
Em andamento	27	22,9
Não realizado	65	55,1
<b>Teste Molecular Rápido</b>		
Detectável sensível à Rifampicina	42	37,6
Detectável Resistente à Rifampicina	01	0,8
Não Detectável	22	18,6
Inconclusivo	01	0,8
Não Realizado	52	41,1

Fonte: Fichas de Investigações de Tuberculose, 2013-2017.

Tabela 4 – Associação entre as características sociodemográficas de pacientes com tuberculose e a forma da doença. Teresina-PI, Brasil, 2013-2017

Variáveis	Forma						p
	Pulmonar		Extrapulmonar		Pulmonar + Extrapulmonar		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Faixa Etária</b>							<b>0,014</b>
15 – 19	01	1,5	-	-	-	-	
20 – 39	16	23,5	15	35,7	04	50,0	
40 – 59	20	29,4	20	47,6	03	37,5	
60 anos ou mais	31	45,6	07	16,7	01	12,5	
<b>Sexo</b>							0,231
Feminino	20	29,4	19	45,2	03	37,5	
Masculino	48	70,6	23	54,8	05	62,5	
<b>Escolaridade</b>							0,604
Não alfabetizado	15	22,1	06	14,3	02	33,3	
Ensino fundamental incompleto/completo	37	54,4	24	57,1	02	33,3	
Ensino médio incompleto/completo	12	17,6	11	26,2	02	33,3	
Educação superior incompleta/completa	4	5,9	01	2,4	-	-	
<b>Raça</b>							1
Branca	12	17,6	8	19,0	01	12,5	
Não branca	56	82,4	34	81,0	07	87,5	
<b>Estado de Residência</b>							0,285
MA	03	4,4	05	11,9	01	12,5	
PI	65	95,6	37	88,1	07	87,5	
<b>Município</b>							0,178
Teresina	26	38,2	10	23,8	04	50,0	
Outros municípios do Piauí	39	57,4	27	64,3	03	37,5	
Municípios do Maranhão	03	4,4	05	11,9	01	12,5	
<b>Zona de procedência</b>							0,525
Urbana	52	76,5	29	69,0	07	87,5	
Rural	16	23,5	13	31,0	01	12,5	

Legenda: p-valor = Teste Exato de Fisher. Fonte: Fichas de Investigações de Tuberculose, 2013-2017.

Os dados da Tabela 4 mostram que houve associação estatística significativa apenas da faixa etária ( $p=0,014$ ) com as formas de tuberculose diagnosticadas.

A Tabela 5, por sua vez, mostra que houve associação estatística significativa entre baciloscopia de escarro ( $p<0,001$ ), raio x ( $p<0,001$ ), cultura ( $p<0,017$ ) e teste rápido molecular ( $p<0,039$ ) com as formas de tuberculose diagnosticadas.

Tabela 5 – Associação entre dados de exames de pacientes com tuberculose e a forma da doença. Teresina-PI, Brasil, 2013-2017

Variáveis	Forma						p
	Pulmonar		Extrapulmonar		Pulmonar + Extrapulmonar		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Baciloscopia de Escarro</b>							
Positiva	36	63,2	-	-	03	37,5	<b>0,001</b>
Negativa	21	36,8	08	100,0	05	62,5	
<b>RaioX</b>							
Suspeito	50	96,2	14	56,0	08	100,0	<b>&lt;0,001</b>
Normal	02	3,8	11	44,0	-	-	
<b>HIV</b>							
Positivo	03	5,4	01	2,6	01	12,5	0,342
Negativo	53	94,6	38	97,4	07	87,5	
<b>Histopatologia</b>							
Baar Positivo	02	28,6	01	5,9	01	50,0	0,292
Sugestivo de TB	04	57,1	13	76,5	01	50,0	
Não Sugestivo de TB	01	14,3	03	17,6	-	-	
<b>Cultura</b>							
Positivo	07	53,8	01	8,3	01	100,0	<b>0,017</b>
Negativo	06	46,2	11	91,7	-	-	
<b>Teste Molecular Rápido</b>							
Detectável sensível à Rifampicina	31	73,8	07	38,9	04	80,0	<b>0,039</b>
Detectável Resistente à Rifampicina	-	-	01	5,6			
Não Detectável	11	26,2	10	55,6	01	20,0	

Legenda: p-valor = Teste Exato de Fisher. Fonte: Fichas de Investigações de Tuberculose, 2013-2017.

## DISCUSSÃO |

Nesse estudo, observou-se que a maior ocorrência de casos de tuberculose foi entre pacientes com idade acima de 60 anos, do sexo masculino, com baixa escolaridade, de cor parda e procedentes do interior do Piauí.

Os indivíduos economicamente produtivos e os idosos foram os mais atingidos pela tuberculose, dados que reforçam a literatura existente no país. Essa situação gera implicações importantes na sociedade, visto que esse grupo, na maioria das vezes, é o provedor do sustento da família e, devido à debilidade física que pode ser ocasionada pela doença, se encontram impossibilitados de continuar no processo de produção social<sup>8</sup>.

Em estudo realizado sobre o tempo de início dos sintomas e o tratamento de TB, foi identificado que indivíduos com idade superior a 50 anos demoraram mais para buscar atendimento<sup>9</sup>, fato possivelmente relacionado ao mascaramento do quadro de adoecimento por uma condição de coexistência de outras doenças crônicas, tornando a percepção dos sintomas da doença mais complexa com consequente atraso no diagnóstico. Tal condição propicia ao doente ser transmissível por mais tempo, além de demandar, por vezes, a busca por atenção especializada, como o ambiente hospitalar para diagnóstico do quadro de tuberculose.

A predominância de pacientes do sexo masculino também é corroborada pela literatura que considera a tuberculose mais frequente nesse gênero, o que pode ser ocasionado

por fatores sociais, econômicos e culturais. Ademais, os homens apresentam maior inserção no mercado de trabalho, dificultando o acesso aos serviços de saúde, além de culturalmente procurarem menos esse tipo de serviço quando comparados às mulheres. O grupo atingido apresenta também maior prevalência no uso de álcool e uso abusivo de drogas, sendo assim, estão mais susceptíveis ao adoecimento pela tuberculose<sup>8,9</sup>.

Quanto à raça/cor, houve predomínio de pacientes pardos. As populações de cor parda e preta têm 70,0% mais risco de morrer por tuberculose que as pessoas brancas. Esse acontecimento pode estar relacionado às barreiras encontradas por essa população para acessar os serviços de saúde, dentre as quais se destaca o baixo nível de renda familiar, com piores condições de vida, moradia e trabalho, o que limita suas liberdades individuais e sociais e torna o ambiente precário, deficiente e com maior capacidade de gerar doenças<sup>10,11</sup>.

Em relação à escolaridade, os resultados obtidos reforçam os achados de outros estudos nos quais a tuberculose, com frequência, relaciona-se à baixa instrução, o que se configura como fator decisivo para o aumento da vulnerabilidade do indivíduo. A baixa escolaridade dos pacientes aumenta a probabilidade de abandono do tratamento, posto que essas pessoas, em geral, possuem menor compreensão e acesso às informações sobre a doença<sup>12</sup>.

Parcela significativa dos pacientes diagnosticados com tuberculose era procedente da zona urbana. Tal achado pode ser justificado pela rápida urbanização, grande concentração de pessoas em locais pouco ventilados e más condições sanitárias que favorecerem o risco de exposição à doença<sup>13</sup>. Além disso, acredita-se que a população residente em zona urbana tenha maior facilidade de acesso a atendimento ambulatorial e/ou de internação no Hospital Universitário, possibilitando maior oportunidade de atendimentos especializados, como também a realização de exames confirmatórios da tuberculose pulmonar e/ou extrapulmonar.

As unidades de Atenção Primária à Saúde são, preferencialmente, a porta de acesso de um caso suspeito de tuberculose ao serviço de saúde. Essas unidades possuem papel importante no diagnóstico da doença, tanto por sua proximidade com a população quanto por serem responsáveis pelas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Porém, devido a entraves encontrados no acesso a esses serviços, a população procura outros meios para conseguir atendimento, tais como serviços privados e distantes do seu domicílio<sup>7,14</sup>.

O diagnóstico de tuberculose em Hospital Universitário permite inferir a baixa resolutividade da Atenção Básica em diagnosticar e tratar essa doença, principalmente quando os pacientes residem no interior no Estado, uma vez que quase 2/3 dos casos deste estudo eram procedentes de outros municípios.

Percentual significativo dos pacientes dessa análise eram casos novos de tuberculose, com predomínio da forma pulmonar da doença que constitui a mais relevante para a saúde pública, pois é a principal responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença<sup>15,16</sup>.

Entretanto, não raramente a tuberculose se manifesta sob diferentes apresentações clínicas, desta forma, outros sinais e sintomas, além da tosse, podem ocorrer e devem ser valorizados na investigação diagnóstica individualizada. A tuberculose extrapulmonar tem sinais e sintomas dependentes dos órgãos e/ou sistemas acometidos. As principais formas diagnosticadas de tuberculose extrapulmonar no Brasil são a pleural, ganglionar periférica, meningoencefálica, miliar, laríngea, pericárdica, óssea, renal, ocular e peritoneal. Sua ocorrência aumenta em pessoas vivendo com HIV/AIDS, especialmente entre aqueles com imunocomprometimento grave<sup>17</sup>.

A elevada prevalência da coinfeção tuberculose e HIV no Brasil impõe a importância do diagnóstico da infecção pelo HIV. Assim, desde 1998 é recomendada a oferta do exame de HIV a todos os pacientes com diagnóstico de TB<sup>18</sup>. Contudo, 12,7% dos casos de TB notificados no serviço estudado não foram testados para o HIV, embora o hospital seja referência secundária e disponha do exame.

Em 2017, no Brasil, apenas 73,4% dos casos novos de tuberculose foram testados para HIV, e dentre os estados que apresentaram menores percentuais de realização desse teste em seus casos novos destacou-se o Piauí com apenas 55,0% de testagem<sup>4</sup>. Assim, observa-se que embora o teste tenha se tornado amplamente disponível, ainda existem barreiras para sua implementação, dentre as quais se pode destacar a ausência de orientação, baixa adesão por parte dos trabalhadores de saúde quanto à solicitação, falta de kits do HIV e supervisão inadequada por ambos os programas de TB e HIV<sup>19</sup>.

Neste estudo, apenas 4,2% dos pacientes que realizaram testagem para HIV tiveram resultado positivo, percentual inferior à média nacional, que é de 9,2% e à encontrada em estudo em que a cobertura do teste do HIV entre pacientes

teve prevalência estimada de 6,3% entre os casos novos de tuberculose<sup>20</sup>. Ressalta-se que o diagnóstico precoce da coinfeção TB-HIV permite o início oportuno do tratamento antirretroviral, que possui impacto significativo na sobrevivência dos pacientes<sup>1</sup>.

Com relação aos agravos associados à tuberculose, os mais frequentes foram alcoolismo, tabagismo e diabetes mellitus. Estudos demonstraram que o uso de álcool altera significativamente a resposta imune, aumentando a suscetibilidade a doenças respiratórias, como a tuberculose<sup>21</sup>. O abuso de álcool influencia não apenas a incidência de tuberculose, mas também sua evolução clínica e seus desfechos, tendo sido associado a taxas mais altas de abandono de tratamento e recaída. De modo semelhante, o tabagismo tem importante impacto no aumento do risco de tuberculose e a ocorrência de desfechos desfavoráveis<sup>22</sup>.

O diabetes, por sua vez, causa um aumento da suscetibilidade à tuberculose mediante vários mecanismos, incluindo hiperglicemia e insulinopenia celular, que têm efeitos indiretos sobre a função de macrófagos e linfócitos<sup>23</sup>.

Neste estudo, pouco mais de 60,0% dos casos apresentaram raio-x de tórax suspeito para TB, corroborando achados da literatura em que mais de 80,0% dos pacientes apresentaram suspeita de tuberculose pelo exame de raio-x<sup>24</sup>. Esse achado demonstra que esse exame, no caso da forma pulmonar, permite evidenciar infiltrados nos lobos dos pulmões, sugerindo a presença da doença, porém de forma isolada não é suficiente para o diagnóstico de TB. O raio-x de tórax, por sua vez, representa método diagnóstico de grande importância na investigação da tuberculose, e deve ser solicitado para todo paciente com suspeita clínica de tuberculose pulmonar e também para excluir a possibilidade de outras doenças pulmonares<sup>17</sup>.

O teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB), por conseguinte, consiste em um teste de amplificação de ácidos nucleicos utilizado para detecção de DNA do *Mycobacterium tuberculosis* e triagem de cepas resistentes à rifampicina. Em 2013, essa ferramenta rápida que apresenta boa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico da TB foi implantada no Brasil com a recomendação de ser ofertada para todos os casos suspeitos de tuberculose nos locais com acesso ao TRM-TB<sup>17,25</sup>.

Diante do exposto e tendo em vista que o município onde foi realizado o estudo foi um dos 92 municípios selecionados para

receber o método molecular na primeira fase de implantação, apenas cerca de 3/5 dos pacientes realizaram o TRM. Esse achado pode se justificar pelo fato de essa nova metodologia ter sido disponibilizada no município apenas no final de 2014, e algumas fichas de investigação de TB captadas para essa pesquisa foram anteriores a essa data, e também devido ao elevado percentual de pacientes com formas extrapulmonares da doença que provavelmente não tiveram amostras coletadas para testagem.

Além das limitações características dos estudos transversais, quando não se podem determinar as relações de causa e efeito do objeto de análise, é importante destacar os poucos registros de notificações de tuberculose que permitissem associações estatísticas significativas das variáveis analisadas, embora tenham sido avaliados todos os casos que se enquadraram nos critérios de inclusão da pesquisa.

## CONCLUSÃO |

A partir da identificação e caracterização dos casos de tuberculose diagnosticados em ambiente hospitalar, identificou-se o quanto os determinantes sociais são decisivos para a ocorrência de casos de TB entre as populações menos favorecidas.

Registrou-se a importância do serviço ofertado pelo hospital como referência para o diagnóstico de casos de TB extrapulmonar no Estado, considerando o aparato tecnológico e especializado de recursos materiais e humanos capazes de diagnosticar essa forma da doença. Em contrapartida, o elevado percentual de formas pulmonares diagnosticadas refletiu a baixa resolutividade da atenção básica, entendendo a necessidade de rever melhorias relacionadas à rede de serviços de saúde voltada para a TB, de forma a reduzir essa demanda em serviços hospitalares.

Por sua vez, destacou-se como deficiências o elevado percentual de pacientes que não realizaram testagem para o HIV, além do fato de menos de 2/3 dos pacientes terem realizado o teste rápido molecular para tuberculose e a cultura com teste de sensibilidade, que são exames essenciais para o diagnóstico e testagem da resistência aos principais fármacos utilizados no tratamento da tuberculose e que devem ser ofertados a todos os pacientes com suspeita da doença.

Desse modo, torna-se fundamental capacitar a equipe multidisciplinar quanto à necessidade de ofertar o exame, bem

como orientar os profissionais médicos sobre a importância de solicitar TRM e cultura para todos os pacientes em que seja possível a coleta de amostra para pesquisa de tuberculose, a fim de melhorar a qualidade do diagnóstico da doença realizado nesse serviço.

Acredita-se que o conhecimento das características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas são fundamentais para identificar a população em risco de adoecimento pela tuberculose e seus fatores determinantes, o que pode subsidiar os gestores quanto à implementação de estratégias que objetivem melhorar o diagnóstico e reduzir a incidência da doença no Estado.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil livre da tuberculose: plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 26 jul 2018]. Disponível em: URL: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/brasil\\_livre\\_tuberculose\\_plano\\_nacional.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf).
2. Organização Mundial da Saúde. Bending the curve: ending TB (annual report 2017) [Internet]. Genebra: OMS; 2017 [acesso em 08 mar 2018]. Disponível em: URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254762>.
3. Organização Mundial da Saúde. Global tuberculosis: report 2013 [Internet]. [acesso em 20 set 2018]. Disponível em: URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/91355/9789241564656\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/91355/9789241564656_eng.pdf?sequence=1).
4. Ministério da Saúde. Implantação do plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2018 [acesso em 26 jul 2018]; 49(11):1-18. Disponível em: URL: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf>.
5. Chaves J, Tomilin BA, Brun D, Fuhr LG, Ourique F, Piletto K, et al. Perfil dos pacientes com tuberculose que foram atendidos em uma unidade de referência do município de Santa Cruz do Sul – RS no período de 2009 a 2013. J Health Biol Sci [Internet]. 2017 [acesso em 26 jul 2018]; 5(1):31-6. Disponível em: URL: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v5i1.902.p31-36.2017>.
6. Santos MCS, Andrade RPS, Macedo SM, Andrade ASS, Villa TCS, Pinto ESG. Organização da atenção primária para diagnóstico e tratamento da tuberculose. Cogitare Enferm [Internet] 2017 [acesso em 26 jul 2018]; (22)2:e48151. Disponível em: URL: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.48151>.
7. Vieira AN, Lima DWC, Souza JB, Leite ACQB, Medeiros CPP, Fonseca HÁ. Acesso ao diagnóstico da tuberculose na atenção primária à saúde. Rev APS [Internet]. 2017 [acesso em 26 jun 2018]; 20(3):323-30. Disponível em: URL: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15547>.
8. Andrade HS, Amaral JL, Fonseca DF, Oliveira VC, Gontijos TL, Guimarães EAA. Características clínico-epidemiológicas de casos novos de tuberculose. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2016 [acesso em 26 jul 2018]; 10(7):2528-36. Disponível em: URL: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11311/12988>.
9. Maior ML, Guerra RL, Cezar MC, Golub JE, Conde MB. Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência da doença. J Bras Pneumol [Internet]. 2012 [acesso em 26 jul 2018]; 38(2):202-9. Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132012000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132012000200009).
10. Pereira JC, Silva MR, Costa RR, Guimarães MDC, Leite ICG. Perfil e seguimento dos pacientes com tuberculose em município prioritário no Brasil. Rev Saúde Pública [Internet] 2015 [acesso em 26 jul 2018]; 49(6):1-12. Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102015000100205](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100205).
11. Ministério da Saúde. Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose. Boletim Epidemiológico. 2015 [acesso em 26 jul 2018]; 46(9):1-19. Disponível em: URL: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/25/Boletim-tuberculose-2015.pdf>.
12. Barros PG, Pinto ML, Silva TC, Silva EL, Figueiredo TMRM. Perfil Epidemiológico dos casos de Tuberculose Extrapulmonar em um município do estado da Paraíba, 2001 - 2010. Cad Saúde Colet [Internet]. 2014 [acesso em 26 jul 2018]; 22(4):343-50. Disponível em: URL: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400040007>.
13. Pereira AGL, Medronho RA, Escosteguy CC, Valencia LIO, Magalhães MAFM. Distribuição espacial e contexto

socioeconômico da tuberculose, Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2015 [acesso em 05 out 2018]; 49:1-9. Disponível em: URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005470>.

14. Reis SP, Harter J, Lima LM, Vieira DA, Palha PF, Gonzales RIC. Aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2017 [acesso em 26 jul 2018]; 26(1):141-8. Disponível em: URL: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222017000100141](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000100141).

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 25 jul 2018]. Disponível em: URL: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_1ed\\_atual.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_1ed_atual.pdf).

16. Freitas WMTM, Santos CC, Silva MM, Rocha GA. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de tuberculose atendidos em uma unidade municipal de saúde de Belém, Estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude* [Internet]. 2016 [acesso em 26 jul 2018]; 7(2):45-50. Disponível em: URL: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-62232016000200045](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000200045).

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Coinfecção TB-HIV no Brasil: panorama epidemiológico e atividades colaborativas. Brasília: Ministério da Saúde; 2017;

19. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. The gap report [Internet]. Genebra: ONU; 2014 [acesso em 15 out 2017]. Disponível em: URL: [http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS\\_Gap\\_report\\_en.pdf](http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf).

20. Trinh QM, Nguyen HL, Nguyen VN, Nguyen TV, Sintchenko V, Marais BJ. Tuberculosis and HIV co-infection: focus on the Asia-Pacific region. *Int J Infect Dis* [Internet]. 2015 [acesso em 26 jul 2018]; 32:170-8. Disponível em: URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2014.11.023>.

21. Molina PE, Happel KI, Zhang P, Kolls JK, Nelson S. Focus on: alcohol and the immune system. *Alcohol Res*

*Health* [Internet]. 2010 [acesso em 25 jul 2018]; 33(1-2):97-108. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23579940>.

22. Jabukowiak WM, Bogorodskaya EM, Borisov SE, Danilova ID, Kourbatova EV. Risk factors associated with default among new pulmonar TB patients and social support in six Russian regions. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2007 [acesso em 25 jul 2018]; 11(1):46-53. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17217129>.

23. Workneh MH, Bejune GA, Wimer SA. Prevalence and associated factors of tuberculosis and diabetes mellitus comorbidity: a systematic review. *PLoS One* [Internet]. 2017 [acesso em 25 jul 2018]; 12(4):e0175925. Disponível em: URL: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0175925>.

24. Chaves EC, Carneiro ICRS, Santos MIPO, Sarges NA, Neves EOS. Aspectos epidemiológicos, clínicos e evolutivos da tuberculose em idosos de um hospital universitário em Belém, Pará. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [acesso em 26 jul 2018]; 20(1):47-58. Disponível em: URL: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160069>.

25. Maynard SL, Larke N, Peters JA, Lawn SD. Diagnostic accuracy of the Xpert MTB/RIF assay for extrapulmonary and pulmonary tuberculosis when testing non-respiratory samples: a systematic review. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2014 [acesso em 2018 Jul 26]; 14(709):1-15. Disponível em: URL: <https://europepmc.org/abstract/med/25599808>.

*Correspondência para/ Reprint request to:*

**Lígia Maria Cabedo Rodrigues**

*Rua Adão Medeiros Soares, 405, apto. 403, bloco 03*

*Condomínio Jardins Residence Club 1,*

*Novo Horizonte, Teresina/PI, Brasil*

*CEP: 64078-650*

*E-mail: [ligiacabedo@yahoo.com.br](mailto:ligiacabedo@yahoo.com.br)*

Recebido em: 31/08/2019

Aceito em: 18/11/2019

## Drug-related issues and pharmaceutical interventions in tuberculosis patients

# Problemas relacionados à farmacoterapia e intervenções farmacêuticas em indivíduos com tuberculose

### ABSTRACT | Introduction:

*Tuberculosis (TB) is an infectious disease whose long-term pharmacological therapy contributes to treatment abandonment and to negative health outcomes. Pharmaceutical care has successfully improved treatment adherence and reduced the number of drug-related issues (DRI). Objective: Identifying DRI and tracing the profile of pharmaceutical interventions (PI) in tuberculosis patients treated in a hospital institution. Methods: Cross-sectional, prospective, interventional and quantitative study carried out from February to October 2017. Recommendations by the Brazilian Ministry of Health for the implementation of Pharmaceutical Clinical Services were used as method to identify and classify DRI and PI. Drug prescriptions and patients' medical records were also used as data collection source. Results: Thirty-three individuals at mean age of 40.41 ( $\pm 13$ ) years participated in the study. In total, 278 DRI were identified, the most frequent ones lied on issues involving drug selection and prescription ( $n = 215$ ; 77.3%), as well as adverse reaction to drugs ( $n = 13$ , 4.7%). The total number of 296 PIs were performed, mainly information and counseling ( $n = 99$ ; 33.5%) and drug interaction management ( $n = 80$ ; 27%). Conclusion: DRI cases were common in the current study, as well as the need of PI.*

*This outcome suggests that pharmaceutical clinical services have the potential to help multiprofessional health teams to identify and manage drug-related issues, as well as to help achieving better health outcomes in tuberculosis patients.*

**Keywords |** Tuberculosis; Drug therapy, Pharmaceutical care.

**RESUMO | Introdução:** A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa cujo longo período de terapia farmacológica contribui para o abandono do tratamento e desfechos negativos em saúde. O cuidado farmacêutico tem demonstrado otimizar a adesão ao tratamento e reduzir o número de problemas relacionados à farmacoterapia (PRF). **Objetivo:** Identificar PRF e traçar o perfil das intervenções farmacêuticas (IF) em indivíduos com tuberculose assistidos em uma instituição hospitalar. **Métodos:** Tratou-se de um estudo transversal, prospectivo, intervencional e com abordagem quantitativa, realizado no período de fevereiro a outubro de 2017. Para a definição do método a ser utilizado na classificação dos PRF e das IF, utilizaram-se as recomendações do Ministério da Saúde para a implantação de Serviços de Clínica Farmacêutica. As prescrições medicamentosas e os prontuários dos participantes também representaram fonte de coleta de dados. **Resultados:** Trinta e três indivíduos com idade média de 40,41 ( $\pm 13$ ) anos participaram do estudo. Um total de 278 PRF foi identificado, sendo os mais frequentes os problemas envolvendo seleção e prescrição ( $n=215$ ; 77,3%) e reação adversa a medicamento ( $n=13$ ; 4,7%). Foram realizadas 296 IF, especialmente informações e aconselhamentos ( $n=99$ ; 33,5%) e manejo de interação medicamentosa ( $n=80$ ; 27%). **Conclusão:** PRF foram comuns neste estudo, assim como a necessidade de IF, o que sugere que os serviços clínicos farmacêuticos possuem o potencial de contribuir com a equipe multiprofissional na identificação e manejo de problemas relacionados à farmacoterapia, contribuindo com o alcance de melhores desfechos em saúde em pacientes com tuberculose.

**Palavras-chave |** Tuberculose; Tratamento farmacológico; Atenção farmacêutica.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande/MS, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, de evolução crônica, que compromete especialmente os pulmões. A sua principal forma de transmissão são as vias aéreas, através da inalação de gotículas contaminadas produzidas com a tosse ou espirro dos indivíduos infectados, facilitada pela aglomeração humana<sup>1</sup> e seu tratamento pode durar de seis meses até anos<sup>2</sup>. Está entre as maiores causas de mortes por doenças infecciosas. Estima-se que 1,7 milhão de pessoas morreram pela doença no mundo em 2016, incluindo cerca de 400 mil pessoas coinfetadas com HIV. Além disso, foram registrados 600 mil novos casos de resistência à rifampicina, medicamento de primeira linha no tratamento da doença<sup>3</sup>.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), ligado à rede de serviços de saúde, integra as esferas federal, estadual e municipal, promovendo ações centradas na garantia da dispensação gratuita de medicamentos e na prevenção do controle do agravamento de doenças, o que permite acesso universal da população aos serviços<sup>4</sup>.

O cuidado farmacêutico constitui a ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para promoção, proteção e recuperação da saúde, além da prevenção de agravos. Visa à educação em saúde e o uso racional de medicamentos, que se estende para terapias alternativas e complementares. Tais objetivos são realizados por meio dos serviços da clínica farmacêutica (SCF) e das atividades técnico-pedagógicas voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde<sup>5</sup>. Nesse contexto, o avanço dos serviços farmacêuticos, originado no redesenho dos processos de trabalho, tem aprimorado atividades já existentes e implementado novas atividades, centradas no paciente<sup>6</sup>.

Estudos internacionais com foco na investigação das contribuições do cuidado farmacêutico na TB estão disponíveis<sup>7,8,9,10,11</sup>. No Brasil, embora exista literatura na área<sup>12,13,14,15</sup>, estudos direcionados à investigação das intervenções farmacêuticas ainda são escassos. Diante do exposto, o presente estudo se debruçou em identificar, por meio do cuidado farmacêutico, os problemas relacionados à farmacoterapia e as intervenções farmacêuticas realizadas em indivíduos com TB assistidos em uma instituição hospitalar.

## MÉTODOS |

Tratou-se de um estudo de caráter transversal, prospectivo, intervencional e com abordagem quantitativa, realizado em indivíduos com TB assistidos no Hospital São Julião, localizado no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

O Hospital São Julião é centro de referência para tratamento de hanseníase na América Latina e atende também a demanda significativa em oftalmologia. Sua estrutura operacional conta com unidades de reabilitação, cirurgias, internação, ambulatório, laboratório de análises clínicas e farmácia. Além disso, é referência secundária e terciária para TB, com unidade de internação para precaução de aerossóis contendo 8 leitos.

Foram incluídos no estudo indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, diagnóstico de TB, farmacoterapia para TB e estar sendo assistido no ambulatório ou na unidade de internação de TB do Hospital São Julião. As pessoas que não atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos foram excluídas do estudo. Além disso, não foram incluídos no estudo indígenas, pessoas privadas de liberdade e outras populações vulneráveis. A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a outubro de 2017. A estratégia de seleção da amostra envolveu triagem, por meio da análise do prontuário, a partir dos critérios de inclusão previamente estabelecidos, sendo estes convidados a participar do estudo na farmácia central da instituição, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além dos indivíduos em tratamento ambulatorial para TB, o estudo também contemplou os indivíduos hospitalizados na instituição que preencheram os critérios de inclusão estabelecidos e concordaram em participar dele.

Um roteiro de consulta farmacêutica adaptado do roteiro recomendado pelo Ministério da Saúde<sup>16</sup> foi utilizado para a coleta e organização dos dados. O referido roteiro contemplou dados relacionados ao perfil sociodemográfico (sexo, idade, escolaridade, ocupação, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas), clínico-epidemiológico (tipo de caso TB, forma clínica da doença e comorbidades) e medicamentoso (medicamentos utilizados) dos participantes. As prescrições médicas e o prontuário também foram utilizados como fonte de coleta de dados, e os medicamentos foram classificados de acordo com a *Anatomical Therapeutic Chemical Classification* (ATC)<sup>17</sup>, que constitui padrão internacional para os estudos de utilização de medicamentos.

Para a definição do método a ser utilizado na classificação dos problemas relacionados à farmacoterapia, utilizaram-se as recomendações do Ministério da Saúde para a implantação de Serviços de Clínica Farmacêutica<sup>15</sup>. Os problemas farmacoterapêuticos foram classificados em:

A. Problemas envolvendo seleção e prescrição: condição clínica sem tratamento; interação fármaco-fármaco; interação fármaco-alimento; interação fármaco-álcool; interação fármaco-tabaco; frequência ou horário de administração prescrito inadequado; prescrição de medicamento sem indicação clínica e necessidade de medicamento adicional;

B. Administração e adesão do paciente ao tratamento: frequência/horário de administração incorreto, sem alterar a dose diária; omissão de doses; descontinuação indevida do medicamento; automedicação indevida;

C. Falta do medicamento no estoque;

D. Problemas na qualidade do medicamento: armazenamento incorreto ou inadequado;

E. Reação adversa a medicamento.

Para a identificação das interações medicamentosas, a base de dados Micromedex<sup>®18</sup> foi utilizada.

Intervenções farmacêuticas (IF) foram realizadas a fim de solucionar os problemas relacionados à farmacoterapia identificados. O método utilizado para a classificação das IF também foi baseado nas recomendações do Ministério da Saúde para a implantação de Serviços de Clínica Farmacêutica<sup>16</sup>. As IF foram classificadas em:

A. Interação medicamentosa: aconselhamento de manejo de interações fármaco-fármaco; aconselhamento de manejo interações fármaco-alimento; aconselhamento de manejo de interações fármaco-álcool; aconselhamento de manejo de interações fármaco-tabaco.

B. Estabilidade do fármaco: recomendações em caso de armazenamento incorreto.

C. Dose: aconselhamento sobre frequência e horário de administração.

D. Informações: sobre condição de saúde; tratamento específico e geral; acesso a medicamento.

E. Intervenções não relacionadas à farmacoterapia: uso de máscara; outros aconselhamentos não especificados.

F. Provisão de materiais: folheto educativo; lista ou calendário posológico.

Os dados foram analisados e interpretados por meio de análises estatísticas descritivas. Para tanto, o Programa Excel<sup>®</sup>, versão 2010, foi utilizado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS), de acordo com o parecer n° 1.936.229.

## RESULTADOS |

Participaram do estudo 33 indivíduos com idade média de 40,41 ( $\pm 13$ ) anos. Desses, 10 estavam em tratamento ambulatorial e 23 estavam internados na instituição. A maioria era do sexo masculino (n=27; 81,8%), adultos (n=30; 90,9%), com baixo nível de escolaridade (n=24; 72,8%) e desempregado (n=13; 39,4%). A Tabela 1 apresenta, de forma detalhada, o perfil sociodemográfico dos participantes.

Considerando o perfil clínico-epidemiológico dos indivíduos, detalhados na Tabela 2, o tipo de caso de TB mais prevalente foi o caso novo (n=20; 60,6%), seguido pelos que retornaram após abandono do tratamento (n=12; 36,3%). Em relação à forma clínica da doença, a maioria dos pacientes (n=27; 81,9%) apresentava a forma pulmonar. As comorbidades mais prevalentes foram dependência química (n=11; 20%), HIV/AIDS (n=10; 16,6%) e desnutrição (n=6; 10%).

A partir da análise das prescrições medicamentosas, 201 medicamentos foram prescritos aos participantes, sendo 65 medicamentos distintos. Todos os medicamentos foram prescritos pelo nome do princípio ativo, de acordo com a Denominação Comum Brasileira (DCB). Dezesseis participantes (48,5%) estavam submetidos à polifarmácia. O número médio de medicamentos prescritos por participante foi 6,09, variando de 2 a 10. As classes terapêuticas mais prescritas foram a dos anti-infecciosos de uso sistêmico (n=129; 64,1%), seguida pelos fármacos que atuam no sistema nervoso (n=33; 16,4%) e no aparelho digestivo e metabólico (n=16; 8%). A Tabela 3 apresenta, de forma detalhada, as classes terapêuticas prescritas, estratificadas de acordo com a ATC<sup>17</sup>.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico de indivíduos com tuberculose assistidos em uma instituição hospitalar. Brasil, 2017

Variáveis	Ambulatório		Internação		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>Sexo</b>						
Feminino	-	-	6,0	26,1	6,0	18,2
Masculino	10,0	100	17,0	73,9	27,0	81,8
<b>Faixa etária</b>						
18-59 anos	10,0	100	20,0	87,0	30,0	90,9
≥ 60 anos	-	-	3,0	13,0	3,0	9,1
<b>Escolaridade</b>						
Não alfabetizados ou semialfabetizados	-	-	2,0	8,7	2,0	6,0
Ensino fundamental completo ou incompleto	6,0	60,0	18,0	78,3	24,0	72,8
Ensino médio completo ou incompleto	4,0	40,0	2,0	8,7	6,0	18,2
Ensino superior	-	-	1,0	4,3	1,0	3,0
<b>Ocupação</b>						
Aposentado e/ou pensionista	-	-	6,0	26,1	6,0	18,2
Do lar	-	-	-	-	-	-
Autônomo ou assalariado	5,0	50,0	9,0	39,1	14,0	42,4
Desempregado	5,0	50,0	8,0	34,8	13,0	39,4
<b>Tabagismo</b>						
Não	5,0	50,0	5,0	21,7	10,0	30,3
Sim	1,0	10,0	13,0	56,6	14,0	42,4
Ex-tabagista	4,0	40,0	5,0	21,7	9,0	27,3
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>						
Não	5,0	50,0	9,0	39,1	14,0	42,4
Sim, às vezes	5,0	50,0	13,0	56,6	18,0	54,6
Frequentemente	-	-	1,0	4,3	1,0	3,0

Tabela 2 – Perfil clínico-epidemiológico de indivíduos com tuberculose assistidos em uma instituição hospitalar. Brasil, 2017

Variáveis	Ambulatório		Internação		Total	
	n	(%)	n	(%)	N	(%)
<b>Tipo de caso TB</b>						
Novo	10,0	30,3	23,0	6,7	33,0	100,0
Retorno após abandono	5,0	50,0	7,0	30,5	12,0	36,4
Recidiva	-	-	1,0	4,3	1,0	3,0
<b>Forma Clínica</b>						
Pulmonar	10,0	100	17,0	74,0	27,0	81,9
Extrapulmonar	-	-	5,0	21,7	5,0	15,1
Pulmonar e Extrapulmonar	-	-	1,0	4,3	1,0	3,0
<b>Comorbidades</b>						
HIV	5,0	8,30	55,0	91,7	60,0	100,0
HIV	1,0	20,0	9,0	16,4	10,0	16,6
Dependência química	2,0	40,0	10,0	18,2	12,0	20,0
Desnutrição	-	-	6,0	11,0	6,0	10,0

\*continua.

\*continuação.

Pneumonia	1,0	20,0	4,0	7,3	5,0	8,4
SIDA	-	-	4,0	7,3	4,0	6,6
Hipertensão arterial sistêmica	1,0	20,0	3,0	5,5	4,0	6,6
Hepatite C	-	-	3,0	5,5	3,0	5,0
Diabetes	-	-	2,0	3,6	2,0	3,3
Anemia Ferropriva	-	-	2,0	3,6	2,0	3,3
Pneumocistose	-	-	2,0	3,6	2,0	3,3
Neurossífilis	-	-	2,0	3,6	2,0	3,3
Candidíase	-	-	1,0	1,8	1,0	1,7
Herpes Genital	-	-	1,0	1,8	1,0	1,7
Herpes Labial	-	-	1,0	1,8	1,0	1,7
Hemorroidas	-	-	1,0	1,8	1,0	1,7
Hepatite medicamentosa	-	-	1,0	1,8	1,0	1,7
Sífilis	-	-	1,0	1,8	1,0	1,7
Hipertrigliceridemia	-	-	1,0	1,8	1,0	1,7
Esquizofrenia	-	-	1,0	1,8	1,0	1,7

Tabela 3 – Classes terapêuticas prescritas aos indivíduos com tuberculose assistidos em uma instituição hospitalar. Brasil, 2017

Classes terapêuticas	Ambulatório		Internação		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>APARELHO DIGESTIVO E METABÓLICO – A</b>	<b>3,0</b>	<b>18,8</b>	<b>13,0</b>	<b>81,2</b>	<b>16,0</b>	<b>8,0</b>
Fármacos para o tratamento da úlcera Péptica- A02B	1,0	33,3	5,0	38,5	6,0	3,0
Propulsivos- A03F	1,0	33,3	1,0	7,7	2,0	1,0
Antieméticos e antinauseantes- A04	-	-	1,0	7,7	1,0	0,5
Laxativos- A06	-	-	2,0	15,4	2,0	1,0
Fármacos utilizados em diabetes- A10	-	-	1,0	7,7	1,0	0,5
Vitaminas- A11	1,0	33,4	3,0	23,0	4,0	2,0
<b>SANGUE E ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS – B</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>6,0</b>	<b>100</b>	<b>6,0</b>	<b>3,0</b>
Agentes antitrombóticos- B01	-	-	3,0	50,0	3,0	1,5
Preparações antianêmicas- B03	-	-	3,0	50,0	3,0	1,5
<b>APARELHO CARDIOVASCULAR – C</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>9,0</b>	<b>100</b>	<b>9,0</b>	<b>4,5</b>
Diuréticos-C03	-	-	2,0	22,2	2,0	1,0
Vasoprotetores-C05	-	-	1,0	11,1	1,0	0,5
Agentes beta-bloqueadores-C07	-	-	1,0	11,1	1,0	0,5
Bloqueador de canal de cálcio-C08	-	-	2,0	22,3	2,0	1,0
Agentes que agem no sistema renina-angiotensina- C09	-	-	2,0	22,2	2,0	1,0
Agentes hipolipemiantes- C10	-	-	1,0	11,1	1,0	0,5
<b>PREPARAÇÕES HORMONAIS SISTÊMICAS- H</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2,0</b>	<b>100</b>	<b>2,0</b>	<b>1,0</b>
Corticoides de uso sistêmico- H02	-	-	2,0	100	2,0	1,0
<b>AGENTES ANTI-INFECCIOSOS DE USO SISTÊMICO – J</b>	<b>32,0</b>	<b>24,8</b>	<b>97,0</b>	<b>75,2</b>	<b>129</b>	<b>64,1</b>
Antimicrobianos de uso sistêmico- J01	3,0	9,4	23,0	23,7	26,0	12,9
Antimicótico de uso sistêmico- J02	-	-	1,0	1,0	1,0	0,5

\*continua.

\*continuação.

Tuberculostático- J04A	26,0	81,2	59,0	60,8	85,0	42,3
Antivirais de uso sistêmico-J05	3,0	9,4	14,0	14,5	17,0	8,4
<b>SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO – M</b>	<b>2,0</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2,0</b>	<b>1,0</b>
Agentes anti-inflamatórios e antirreumáticos não-esteroides - M01A	2,0	100	-	-	2,0	1,0
<b>SISTEMA NERVOSO – N</b>	<b>3,0</b>	<b>9,0</b>	<b>30,0</b>	<b>91,0</b>	<b>33,0</b>	<b>16,4</b>
Analgésicos - N02	1,0	33,4	13,0	43,4	14,0	6,9
Antiepiléticos - N03	-	-	3,0	10,0	3,0	1,5
Fármacos antiparkinsonianos - N04	-	-	2,0	6,6	2,0	1,0
Psicolépticos - N05	-	-	5,0	16,6	5,0	2,5
Psicoanalépticos - N06	2,0	66,6	7,0	23,4	9,0	4,5
<b>APARELHO RESPIRATÓRIO – R</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>4,0</b>	<b>100</b>	<b>4,0</b>	<b>2,0</b>
Tosse e preparações frias- R05	-	-	2,0	50,0	2,0	1,0
Anti-histamínicos de uso sistêmico- R06	-	-	2,0	50,0	2,0	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>40,0</b>	<b>19,9</b>	<b>16,0</b>	<b>80,1</b>	<b>20,0</b>	<b>100</b>

Tabela 4 – Problemas relacionados à farmacoterapia em indivíduos com tuberculose assistidos em um ambulatório hospitalar. Brasil, 2017

Problemas relacionados à farmacoterapia	Ambulatório		Internação		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>Problemas envolvendo seleção e prescrição</b>	<b>36,0</b>	<b>16,7</b>	<b>179</b>	<b>83,3</b>	<b>215</b>	<b>77,3</b>
Condição clínica sem tratamento	1,0	2,7	-	-	1,0	0,36
Interação fármaco-fármaco	15,0	41,7	90,0	50,2	105	37,8
Interação fármaco-nutriente	15,0	41,7	60,0	33,5	75,0	26,9
Interação fármaco-álcool	5,0	13,9	22,0	12,3	27,0	9,73
Interação fármaco-tabaco	-	-	7,0	4,0	7,0	2,51
<b>Administração e adesão do paciente ao tratamento</b>	<b>9,0</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>9,0</b>	<b>3,3</b>
Descontinuação indevida do medicamento	1,0	11,1	-	-	1,0	0,36
Omissão de doses (subdosagem)	2,0	22,2	-	-	2,0	0,72
Frequência/horário de administração incorreto, sem alterar a dose diária	4,0	44,5	-	-	4,0	1,5
Automedicação indevida	2,0	22,2	-	-	2,0	0,72
<b>Falta do medicamento no estoque</b>	<b>2,0</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2,0</b>	<b>0,72</b>
<b>Problemas na qualidade do medicamento</b>	<b>6,0</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>6,0</b>	<b>2,1</b>
Armazenamento incorreto ou inadequado	6,0	100	-	-	6,0	2,1
<b>Reação adversa a medicamento</b>	<b>4,0</b>	<b>30,7</b>	<b>9,0</b>	<b>69,3</b>	<b>13,0</b>	<b>4,7</b>
<b>TOTAL</b>	<b>67,0</b>	<b>24,0</b>	<b>211</b>	<b>76,0</b>	<b>278</b>	<b>100</b>

Conforme apresenta a Tabela 4, 278 PRF foram identificados, sendo a média por participante igual a 8,4. Além disso, 54,5% dos participantes apresentaram alterações das transaminases hepáticas durante o tratamento. Os PRF mais frequentemente identificados foram aqueles envolvendo seleção e prescrição (n=215; 77,3%) e reação adversa a medicamento (n=13; 4,7%).

Foram realizadas 296 IF, sendo a média por participante igual a 8,9. Todos os indivíduos receberam pelo menos 5 IF. As mais frequentemente realizadas foram informações e aconselhamentos (n=99; 33,5%), seguidas pelo manejo de interação medicamentosa (n=80; 27%). A Tabela 5 apresenta, de forma detalhada, as IF realizadas.

Tabela 5 – Intervenções farmacêuticas em indivíduos com tuberculose assistidos em uma instituição hospitalar. Brasil, 2017

Intervenções farmacêuticas realizadas	Ambulatório		Internação		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>Relacionadas à Interação Medicamentosa</b>	<b>19,0</b>	<b>23,7</b>	<b>61,0</b>	<b>76,3</b>	<b>80,0</b>	<b>27,0</b>
Manejo de interações fármaco-nutriente	10,0	52,6	23,0	37,7	33,0	11,2
Manejo de interações fármaco-álcool	5,0	26,3	14,0	23,0	19,0	6,4
Manejo de interação fármaco-tabaco	1,0	5,3	13,0	21,3	14,0	4,7
Manejo de interação fármaco-fármaco	3,0	15,8	11,0	18,0	14,0	4,7
<b>Estabilidade do medicamento</b>	<b>7,0</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>7,0</b>	<b>2,3</b>
Recomendação em caso de armazenamento incorreto	7,0	100	-	-	7,0	2,3
<b>Dose</b>	<b>10,0</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>10,0</b>	<b>3,4</b>
Aconselhamento de frequência/horário de administração	10,0	100	-	-	10,0	3,4
<b>Informações e aconselhamentos</b>	<b>30,0</b>	<b>30,3</b>	<b>69,0</b>	<b>69,7</b>	<b>99,0</b>	<b>33,5</b>
Sobre condição de saúde	10,0	33,3	23,0	33,4	33,0	11,3
Sobre tratamento específico e geral	10,0	33,3	23,0	33,3	33,0	11,2
Sobre acesso a medicamentos	10,0	33,3	23,0	33,3	33,0	11,2
<b>Intervenção não Relacionada ao Medicamento</b>	<b>14,0</b>	<b>23,3</b>	<b>46,0</b>	<b>76,7</b>	<b>60,0</b>	<b>20,3</b>
Uso de máscara	4,0	28,6	23,0	50,0	27,0	9,1
Outro aconselhamento não especificado	10,0	71,4	23,0	50,0	33,0	11,2
<b>Provisão de Materiais</b>	<b>20,0</b>	<b>50,0</b>	<b>20,0</b>	<b>50,0</b>	<b>40,0</b>	<b>13,5</b>
Folheto educativo	10,0	50,0	14,0	70,0	24,0	8,1
Lista ou calendário posológico	10,0	50,0	6,0	30,0	16,0	5,4
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>33,8</b>	<b>196</b>	<b>66,2</b>	<b>296</b>	<b>100</b>

## DISCUSSÃO |

Com o redesenho da prática profissional, torna-se evidente a importância da inserção do farmacêutico na equipe multiprofissional de saúde, sob a perspectiva de contribuir para a otimização da farmacoterapia e do uso seguro e racional de medicamentos<sup>5,16</sup>. Nesse sentido, estudos que descrevam as atividades desenvolvidas por profissionais farmacêuticos na TB são essenciais a fim de que se conheça a forma com que essa prática vem sendo desenvolvida no Brasil e os impactos dos serviços clínicos farmacêuticos para os indivíduos, equipes de saúde e instituições.

Um crescente número de evidências científicas tem demonstrado que o cuidado farmacêutico melhora desfechos clínicos e econômicos em doenças crônicas tais como diabetes<sup>19</sup>, hipertensão<sup>20</sup> e HIV<sup>21</sup>, dentre outras. Além disso, o cuidado farmacêutico também tem demonstrado otimizar a adesão à terapia medicamentosa<sup>22</sup> e reduzir o número de problemas relacionados a medicamentos<sup>23,24</sup>. No âmbito da TB, como o sucesso terapêutico da doença está intimamente

relacionado ao uso correto dos medicamentos e à adesão ao tratamento, as atividades centradas no paciente e relacionadas ao cuidado farmacêutico tornam-se essenciais<sup>25</sup>.

Os achados deste estudo evidenciaram o predomínio de pacientes do sexo masculino, adultos e com baixo nível de escolaridade, o que corrobora estudos nacionais<sup>26,27</sup> e internacionais<sup>10</sup>. Barros *et al.* (2014)<sup>26</sup>, ao traçarem o perfil epidemiológico dos casos de tuberculose em um município do estado da Paraíba, ressaltam que o padrão nacional de adoecimento para todas as formas clínicas da doença é de indivíduos do sexo masculino, de baixa escolaridade e com idade na faixa etária economicamente ativa.

Considerando o perfil clínico dos participantes, as comorbidades mais prevalentes neste estudo foram dependência química, HIV/AIDS e desnutrição. Dados epidemiológicos de 2016 estimam que dos 10,4 milhões de novos casos de tuberculose em todo o mundo, 10% acontecem entre pessoas que vivem com HIV<sup>3</sup>, o que pode se justificar

pelo fato de que os indivíduos imunossuprimidos são mais suscetíveis à TB<sup>11</sup>.

Com exceção dos tuberculostáticos de primeira escolha, as classes terapêuticas mais prescritas aos participantes deste estudo foram os antimicrobianos de uso sistêmico, seguidas pelos fármacos que atuam no sistema nervoso e no aparelho digestivo e metabólico. No estudo conduzido por Lopes *et al.* (2017)<sup>12</sup> em um ambulatório de referência secundária para o tratamento de TB em Minas Gerais, Brasil, o uso de antimicrobianos e fármacos que atuam no trato digestivo e metabolismo também foi expressivo. Faz-se importante ressaltar que a presença de resistência a medicamentos, contraindicações ou intolerância aos tuberculostáticos de primeira escolha (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol)<sup>28</sup> incorre na utilização de tuberculostáticos de segunda linha (etambutol, terizidona, pirazinamida, aminoglicosídeos, capreomicina e quinolonas)<sup>28</sup>, o que explica o fato de os antimicrobianos de uso sistêmico terem sido a segunda classe terapêutica mais prescrita. Em relação aos fármacos que atuam no Sistema Nervoso, 91% foram prescritos aos indivíduos internados na instituição, sendo os mais frequentes a levomepromazina e a amitriptilina, o que pode guardar relação com agitações e insônias, sintomas comuns em pacientes hospitalizados em razão de fatores ambientais (iluminação excessiva), fisiológicos (distúrbios orgânicos) e psicológicos (medo, preocupações e angústias)<sup>29</sup>. Considerando os fármacos que atuam no aparelho digestivo e metabólico, os mais comumente prescritos foram bromoprida e omeprazol, provavelmente para o tratamento das reações adversas a medicamentos apresentadas pelos participantes e discutidas adiante.

Os PRF mais comumente identificados neste estudo foram os problemas envolvendo interações medicamentosas e reações adversas a medicamentos. Entre as interações fármaco-fármaco identificadas, aquelas envolvendo três dos fármacos do esquema básico proposto pelo Ministério da Saúde do Brasil para o tratamento da TB (rifampicina, isoniazida e pirazinamida)<sup>28</sup> foram as mais comumente identificadas, especialmente as interações entre isoniazida e rifampicina e entre rifampicina e pirazinamida. Os derivados de rifampicina podem aumentar o efeito hepatotóxico da isoniazida<sup>18</sup>. Embora frequentemente sejam associados de maneira segura e eficaz, nesse caso faz-se importante monitorar os sinais e sintomas de hepatotoxicidade, tais como o desenvolvimento de fadiga, mal-estar, anorexia e náuseas e/ou vômitos em associação com elevação sérica das enzimas hepáticas. Já a pirazinamida pode aumentar o

efeito hepatotóxico da rifampicina<sup>18</sup>. Uma lesão hepática grave, ou mesmo fatal, pode ocorrer em poucos meses de tratamento<sup>27</sup>. Contudo, a associação de rifampicina-pirazinamida continua a ser uma opção para o tratamento da infecção por TB. Neste estudo, 54,5% dos participantes apresentaram alterações das transaminases hepáticas durante o tratamento. Nesse sentido, recomenda-se monitoração cuidadosa da função hepática para todos os regimes de tratamento, uma vez que todos os regimes recomendados foram associados a algum potencial de hepatotoxicidade. Monitorar particularmente pacientes com doença hepática, aqueles que recebem outros medicamentos hepatotóxicos e aqueles com história de alcoolismo (mesmo que o consumo de álcool seja interrompido durante o tratamento)<sup>28</sup>.

Em relação às interações fármaco-alimento/nutrientes identificadas, as mais comuns foram àquelas relacionadas aos tuberculostáticos isoniazida e rifampicina<sup>18</sup>, cuja administração na presença de alimentos, particularmente de carboidratos, reduzem a absorção e a concentração plasmáticas desses fármacos<sup>30</sup>. Nesse sentido, IF direcionadas a orientar os indivíduos acerca da necessidade de administração dos fármacos em jejum (uma hora antes ou duas horas após a refeição) foram realizadas.

Entre as reações adversas a medicamentos mais comumente identificadas neste estudo estão náuseas e *rash* cutâneo. Sabe-se que os tuberculostáticos de primeira escolha, além do potencial de interações entre si e com outros medicamentos, são potencialmente hepatotóxicos e podem gerar reações adversas<sup>28,30</sup>. No Brasil, o Ministério da Saúde classifica os tuberculostáticos em dois grandes grupos, considerando a gravidade das reações adversas. As reações menores, que ocorrem em 5 a 20% dos casos, não necessitam da suspensão do medicamento e requerem medidas que podem ser tomadas na Unidade Básica de Saúde. Já as reações adversas maiores ocorrem em 3% a 8% dos casos e geralmente causam a suspensão ou alteração do tratamento<sup>28</sup>. Entre os fatores que predisõem reações adversas aos tuberculostáticos estão a idade (a partir da quarta década), dependência química ao álcool, desnutrição, história de doença hepática prévia e coinfeção pelo vírus HIV, em fase avançada de imunossupressão. As reações adversas mais frequentes ao esquema básico são: mudança da coloração da urina (ocorre universalmente), intolerância gástrica (40%), alterações cutâneas (20%), icterícia (15%) e dores articulares (4%)<sup>28</sup>. Embora, por vezes, haja dificuldade em avaliar a eficácia ou a toxicidade de um determinado fármaco em indivíduos com TB, considerando que ele é administrado em regime

contendo vários outros fármacos<sup>30</sup>, as reações adversas mais comumente observadas neste estudo apontam estreita relação com os fármacos utilizados para o tratamento da própria TB, especialmente rifampicina e isoniazida.

Os problemas relacionados à não adesão e à administração de medicamentos, embora menos frequentes, também foram observados. Entre eles destacaram-se os problemas envolvendo frequência de administração ou horário incorreto sem alterar a dose diária e a automedicação indevida. Os referidos problemas podem envolver múltiplos fatores, tais como distúrbios psiquiátricos, duração do tratamento, número de medicamentos prescritos, falta de informação sobre a doença e medicamentos prescritos, ocorrência de efeitos adversos e crenças e medos do paciente<sup>9</sup>. Nesse sentido, sugere-se, quando possível, priorizar regimes farmacológicos com menor complexidade, que facilitem a administração, além de oportunizar aos pacientes a assistência de um farmacêutico clínico para orientá-los acerca dos diversos aspectos relacionados aos medicamentos em uso e da automedicação responsável, de forma a contribuir com o uso racional de medicamentos e com o incremento da adesão ao tratamento da TB, um problema de saúde pública que tem sido associado com o aumento do abandono do tratamento.

As IF foram comuns neste estudo, sendo a média de IF por participante igual a 8,9. As mais frequentemente realizadas foram informações e aconselhamentos sobre condições de saúde e acesso a medicamentos, manejo de interações medicamentosas e intervenções não relacionadas a medicamentos. Além disso, informações detalhadas acerca do diagnóstico e das formas de tratamento da TB, bem como das reações adversas potenciais e consequências da não adesão ao tratamento também representaram IF comumente realizadas. Nos estudos de Tanvejsilp *et. al.* (2017)<sup>10</sup> e Venkatapaveen *et. al.* (2012)<sup>9</sup> sobre o papel da assistência farmacêutica para o tratamento de tuberculose pulmonar na Tailândia e Avaliação da intervenção clínica do farmacêutico em pacientes com tuberculose em Gulbarga, as informações e aconselhamentos relacionados às condições de saúde também estiveram entre as intervenções mais comumente realizadas, tendo influência significativa na melhora do conhecimento do indivíduo em relação à doença, medicação e adesão à terapia prescrita. Entre as IF não relacionadas aos medicamentos, as mais comumente realizadas neste estudo foram aquelas que contribuem com a redução da disseminação da TB, tais como a importância do uso de máscara e a forma adequada de tossir em ambientes públicos.

A estruturação e atuação de uma equipe multiprofissional tornam-se fundamentais para a formulação de estratégias de ação, de modo a contribuir com a adesão ao tratamento, evitando o seu abandono com consequentes agravos à saúde inerentes da TB. Nesse contexto, os profissionais farmacêuticos emergem, novamente, como importantes atores na prevenção e no tratamento da tuberculose, incrementando a adesão, avaliando os pacientes para a presença de fatores de risco que possam levar à forma resistente da doença e à não adesão, fornecendo informações sobre o controle e a prevenção da TB e monitorando a efetividade do tratamento, bem como os efeitos adversos e as interações medicamentosas<sup>8</sup>.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se o corte transversal, que impossibilitou o acompanhamento terapêutico dos indivíduos. Nesse sentido, sugere-se que a implantação do cuidado farmacêutico em TB permitiria avaliar os potenciais impactos clínicos e econômicos desse serviço, além de fortalecer o vínculo do profissional farmacêutico com o usuário e com a equipe multiprofissional de saúde.

## CONCLUSÃO |

Os achados deste estudo evidenciaram o predomínio de indivíduos do sexo masculino, com baixa escolaridade e faixa etária economicamente ativa. As comorbidades mais prevalentes foram dependência química, HIV/AIDS e desnutrição. A classe terapêutica mais prescrita foi a dos anti-infecciosos de uso sistêmico, seguida por sistema nervoso e aparelho digestivo e metabólico. Os PRF foram comuns na população avaliada, especialmente as interações medicamentosas e as reações adversas a medicamentos. Todos os pacientes receberam pelo menos três IF, sendo as mais frequentemente as informações e aconselhamentos sobre condições de saúde e acesso a medicamentos e o manejo de interações medicamentosas.

A otimização da terapia farmacológica é parte essencial no cuidado à pessoa com TB. Os resultados deste estudo sugerem, portanto, que a avaliação das prescrições medicamentosas e a revisão da farmacoterapia por um profissional farmacêutico contribuem com a equipe multiprofissional de saúde na identificação de problemas farmacoterapêuticos, assim como na sua resolução por meio de intervenções farmacêuticas pactuadas com a equipe e com os indivíduos e direcionadas ao alcance de melhores desfechos no manejo da tuberculose, doença infecciosa que gera altos custos ao sistema de saúde.

**AGRADECIMENTOS |**

Agradecemos à direção, às equipes de saúde do Ambulatório e da Unidade de Internação em Tuberculose e aos farmacêuticos do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados do Hospital São Julião/UFMS pela colaboração, apoio e incentivo na realização deste estudo. Agradecemos, ainda, à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul pela recomendação de execução desta pesquisa.

**REFERÊNCIAS |**

- Veronesi R, Focaccia R. Tratado de infectologia. 5. ed. São Paulo: Atheneu; 2015.
- Magalhães JL, Boechat N, Antunes MAS. Identificação de expertise brasileira na luta contra algumas Doenças Tropicais Negligenciadas. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2012; 45(3):415-7.
- Organização Mundial da Saúde. Global tuberculosis report 2017. Genebra: OMS; 2017 [acesso em 02 dez 2017]. Disponível em: URL: [https://www.who.int/tb/publications/global\\_report/gtbr2017\\_main\\_text.pdf?ua=](https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_main_text.pdf?ua=).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa nacional de controle da tuberculose. Brasília; 2004.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud: documento de posición de la OPS/OMS. Washington: OPAS; 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Ministério da Saúde: Brasília; 2014a. (Cuidado farmacêutico na atenção básica ; caderno 1).
- Clark PM, Karagoz T, Apikoglu-Rabus S, Izzettin FV. Effect of pharmacist-led patient education on adherence to tuberculosis treatment. *Am J Health Syst Pharm.* 2007; 64(5):497-505.
- Mitrzyk BM. Treatment of extensively drug-resistant tuberculosis and role of the pharmacist. *Pharmacotherapy.* 2008; 28(10):1243-54.
- Venkatapaveen A, Rampure MV, Patil N, Hinchageri SSS, Lakshmi DP. Assessment of clinical pharmacist intervention to improve compliance and health care outcomes of tuberculosis patients. *Der Pharmacia Lettre [Internet].* 2012 [acesso em 10 dez 2017]; 4(3):931-7. Disponível em: URL: <https://www.scholarsresearchlibrary.com/articles/assessment-of-clinical-pharmacist-intervention-to-improve-compliance-and-health-care-outcomes-of-tuberculosis-patients.pdf>.
- Tanvejsilp P, Pullenayegum E, Loeb M, Dushoff J, Xie F. Role of pharmaceutical care for self-administered pulmonary tuberculosis treatment in Thailand. *J Clin Pharm Ther [Internet].* 2017 [acesso em 10 dez 2017]; 42(3):337-44. Disponível em: URL: <https://doi.org/10.1111/jcpt.12519>.
- Mkele G. The role of the pharmacist in TB management. *S Afr Pharm J.* 2010; 77(2):18-20.
- Lopes ARV, Miranda SS, Ceccato MGB, Silveira MR, Resende NH, Carvalho, WS. Evaluation of the impact of pharmaceutical care for tuberculosis patients in a secondary referral outpatient clinic, Minas Gerais, Brazil. *An Acad Bras Ciênc.* 2017; 89(4):2911-9.
- Carvalho RD, Souza AR, Souza WS, César H, Pacheco FJ, Sacramento M. Atenção farmacêutica em pacientes com tuberculose pulmonar. *Infarma.* 2011; 23(3/4):48-52.
- Silva DB, Costa GS, Rosa LFB, Guilherme MS, Oliveira SA, Cavalcanti RLS. Assistência farmacêutica a pacientes com tuberculose pulmonar: uma revisão integrativa. *Revista Presença.* 2017; 2(7):83-106.
- Souza MFB, Oliveira EP. O estudante do curso de farmácia da Anhanguera Educacional na colaboração com o plano nacional de controle da tuberculose. *Anuário da Produção Acadêmica Docente.* 2011; 5(12):9-20.
- Brasil. Ministério da Saúde. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Ministério da Saúde: Brasília; 2014b. (Cuidado farmacêutico na atenção básica ; caderno 2).
- Organização Mundial da Saúde [Internet]. Structure and principles [acesso em 10 dez 2017]. Disponível em: URL: [https://www.whooc.no/atc\\_ddd\\_index/](https://www.whooc.no/atc_ddd_index/).
- Micromedex® 2.0 [Internet]. Truven Health Analytics [acesso em 02 dez 2017]. Disponível em: URL: <http://www-micromedexsolutions-com.ez51.periodicos.capes.gov.br/>.

19. Borges APS, Guidoni CM, Freitas O, Pereira LRL. Economic evaluation of outpatients with type 2 diabetes mellitus assisted by a pharmaceutical care service. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2011; 55(9):686-91.
20. Carter BL, Ardery G, Dawson JD, James PA, Bergus GR, Doucette WR, et al. Physician and pharmacist collaboration to improve blood pressure control. *Arch Intern Med.* 2009; 169(21):1996-2002.
21. Carnevale RC, Molino CGRC, Visacri MB, Mazzola PG, Moriel P. Cost analysis of pharmaceutical care provided to HIV-infected patients: an ambispective controlled study. *Daru.* 2015; 23(13):1-9.
22. Moore JM, Shartle D, Faudskar L, Matlin OS, Brennan TA. Impact of a patient-centered pharmacy program and intervention in a high-risk group. *J Manag Care Pharm.* 2013; 19(3):228-36.
23. Ribeiro VF, Sapucaia KCG, Aragão LAO, Bispo ICS, Oliveira VF, Alves BL. Realização de intervenções farmacêuticas por meio de uma experiência em farmácia clínica. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde.* 2015; 6(4):18-22.
24. Aguilera TRK, Matos VTG, Ganassin AR, Toffoli-Kadri MC. Impact of pharmacy residents in pharmaceutical hospital care. *Afr J Pharm Pharmacol.* 2015; 9(2):26-32.
25. Matos ES, Limberger JB. Assistência à saúde de pacientes com tuberculose no município de Santa Maria, RS. *Infarma.* 2014; 26(2):96-102.
26. Barros PG, Pinto ML, Silva TC, Silva EL, Figueiredo TMRM. Perfil epidemiológico dos casos de tuberculose extrapulmonar em um município do estado da Paraíba, 2001-2010. *Cad Saúde Colet.* 2014; 22(4):343-50.
27. Costa RR, Silva MR, Rocha AS, Abi-Zaid KCF, Fonseca Junior AA, Souza DMK, et al. Tuberculose: perfil epidemiológico em hospital referência no tratamento da doença. *Rev Med Minas Gerais.* 2014; 24 (Supl. 5):S57-S64
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
29. Costa SV, Ceolim MF. Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2013 [acesso em 02 fev 2018]; 47(1):46-52. Disponível em: URL: <https://www.revistas.usp.br/reecusp/article/view/52851/56754>.
30. Arbex MA, Varella MCL, Siqueira HR, Mello FAF. Drogas antituberculose: interações medicamentosas, efeitos adversos e utilizações em situações especiais (parte 1: fármacos de primeira linha). *J Bras Pneumol.* 2010; 36(5):626-40.

*Correspondência para/ Reprint request to:*

**Camila Guimarães Polisel**

*Universidade Federal de Mato Grosso do Sul,*

*Laboratório Tecnologia Farmacêutica, sala 8,*

*Av. Costa e Silva, s/n,*

*Bairro Universitário, Campo Grande/MS, Brasil*

*CEP: 79070-900*

*E-mail: [camila.guimaraes@ufms.br](mailto:camila.guimaraes@ufms.br)*

Recebido em: 28/02/2018

Aceito em: 04/09/2020

**Trend of infant mortality, and  
of its components, in Espírito  
Santo State/Brazil, from  
2006 to 2016**

**| Tendência da mortalidade infantil e  
de seus componentes no estado do  
Espírito Santo de 2006 a 2016**

**ABSTRACT | Introduction:** *Infant mortality is an undesirable public health event, mostly because it is avoidable and, therefore, reflects the living conditions of society. The current study has analyzed the temporal trend of infant mortality, and of its components, in Espírito Santo State and in health regions. Methods:* *Ecological study about infant mortality in Espírito Santo State and in health regions, based on data deriving from the Mortality Information System (SIM), from 2006 to 2016. Mortality coefficients (infant, neonatal, early neonatal, late neonatal, post-neonatal and perinatal) were calculated by dividing the number of children's deaths per year (based on their place of residence) by the number of children born in the same place and year. Linear regression was used to evaluate the temporal trend. Results:* *Infant mortality has shown significant decrease in all health regions, the highest reduction rates were recorded for the Northern and Southern regions, whereas the lowest rate was recorded for the Metropolitan Region. However, mortality between the 7<sup>th</sup> and 27<sup>th</sup> day of life has increased in the Northern and Central health regions. Infant mortality recorded greatest reduction, and it was followed by perinatal, neonatal, early neonatal, post-neonatal and late neonatal mortality. Conclusion:* *There was reduced infant mortality in ES and in health regions from 2006 to 2016 perinatal and early neonatal components were the ones recording the highest reduction rates. Late neonatal mortality has increased in the Northern and Central regions; this outcome has emphasized the need of improving public policies to enable rigorous and effective follow-up of children in their first month of life.*

**Keywords |** *Infant mortality; Child health; Health services indicators.*

**RESUMO | Introdução:** A morte infantil é um evento indesejável em saúde pública, por ser, em sua maioria, evitável e, portanto, reflete as condições de vida da sociedade. Este estudo analisou a tendência temporal da mortalidade infantil e de seus componentes no Espírito Santo e regiões de saúde. **Métodos:** Estudo ecológico, de série temporal, da mortalidade infantil no Espírito Santo e regiões de saúde utilizando dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), no período de 2006 a 2016. Os coeficientes de mortalidade (infantil, neonatal, neonatal precoce, neonatal tardio, pós-neonatal e perinatal) foram calculados utilizando-se os óbitos de crianças por ano segundo local de residência, dividido pelos nascidos vivos do mesmo local e ano. Para avaliação da tendência temporal utilizou-se regressão linear. **Resultados:** A mortalidade infantil apresentou queda significativa em todas as regiões de saúde, com redução maior nas regiões Norte e Sul e menor na Metropolitana. Entretanto, a mortalidade entre o 7º e 27º dia de vida aumentou nas regiões de saúde Norte e Central. A mortalidade infantil foi a que apresentou maior redução, seguida da mortalidade perinatal, neonatal, neonatal precoce, pós-neonatal e neonatal tardia. **Conclusão:** Houve redução na mortalidade infantil no ES e regiões de saúde no período de 2006 a 2016, sendo maior no componente perinatal e neonatal precoce. A mortalidade neonatal tardia aumentou nas regiões Norte e Central, demonstrando necessidade de aperfeiçoamento das políticas públicas para o acompanhamento rigoroso e eficaz da criança no primeiro mês de vida.

**Palavras-chave |** Mortalidade infantil; Saúde da criança; Indicadores de serviços.

<sup>1</sup>Universidade Vila Velha. Vila Velha/ES, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

Mortes infantis representam um evento indesejável em saúde pública, por serem precoces e, em sua maioria, evitáveis. A taxa de mortalidade infantil (TMI) é considerada como um indicador importante para avaliação das condições socioeconômicas de uma determinada população, e seu acompanhamento é fundamental para o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas à sua redução<sup>1</sup>.

O Brasil registrou, nas últimas três décadas, considerável progresso na redução da mortalidade infantil, o que possibilitou o alcance da meta 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)<sup>2</sup>. A TMI reduziu de 47,1 para 14,0 óbitos por mil nascidos vivos (NV), entre 1990 e 2016, configurando uma redução de 70,0% no período<sup>3</sup>. A média de redução nacional foi de 6% ao ano na década de 1990, diminuindo para 4,5% na década de 2000, e para 3,4% entre 2011 e 2015<sup>3</sup>. No Espírito Santo, a mortalidade infantil apresentou queda de 57,2% em 20 anos e atingiu, em 2014, uma taxa de 11,3 óbitos de crianças menores de um ano para cada mil nascidas vivas, contra 26,4 em 1994<sup>4</sup>. Com esse resultado, o Espírito Santo apresentava a quarta menor taxa de mortalidade infantil do país e a menor da região Sudeste. Entretanto, o Estado possui grandes desigualdades em seu território, e essa realidade não é uniforme entre os municípios do Estado<sup>4</sup>.

A redução da mortalidade infantil tem sido atribuída a diversos fatores, como a queda da fecundidade, expansão do saneamento básico e vacinação em massa de crianças pelo Sistema Único de Saúde (SUS), uso de terapia de reidratação oral, ampliação do acesso e melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal, aprimoramento da assistência ao parto, entre outras<sup>5</sup>.

O acompanhamento da tendência da mortalidade infantil é fundamental para identificação do local de ocorrência do óbito e das intervenções que devem ser priorizadas para redução das mortes infantis evitáveis. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi analisar a tendência temporal da mortalidade infantil, perinatal, neonatal (precoce e tardia) e pós-neonatal nas regiões de saúde do Espírito Santo, no período de 2006 a 2016.

## MÉTODOS |

Estudo ecológico, de série temporal, da mortalidade de crianças menores de um ano, no Espírito Santo e regiões

de saúde (Norte, Central, Metropolitana e Sul), no período de 2006 a 2016.

Os dados secundários foram obtidos no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do Departamento de Informática, do Sistema Único e Saúde (DATASUS). Os óbitos infantis foram selecionados conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e de acordo com os grupos de causas de óbitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde no Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal<sup>6</sup>. Esses dados foram obtidos por regiões de saúde, sendo considerado o local de residência.

O coeficiente de mortalidade foi calculado utilizando-se o número de óbitos de crianças por residência, como numerador, e o número de nascidos vivos de mães residentes em cada ano como denominador, multiplicado por mil<sup>6</sup>. O numerador foi diferente de acordo com o coeficiente de mortalidade investigado<sup>6</sup>: (1) Mortalidade infantil: crianças com menos de um ano; (2) Mortalidade perinatal: crianças nascidas com 22 semanas completas de gestação a 6 dias de vida, acrescido do número de óbitos fetais ocorridos a partir da 22ª semana de gestação; (3) Mortalidade neonatal: crianças com até 27 dias de vida; (4) Mortalidade neonatal precoce: crianças de 0 a 6 dias de vida; (5) Mortalidade neonatal tardia: crianças de 7 a 27 dias de vida; (6) Mortalidade pós-neonatal: crianças de 28 a 364 dias de vida. Os coeficientes foram calculados para o estado do Espírito Santo e para cada região de saúde.

Para avaliar a tendência temporal, foi utilizada regressão linear. Antes de realizá-la, foi aplicado o teste de Breusch Godfrey<sup>7</sup> para avaliar a correlação entre os erros-padrão ao longo dos anos, indicando a necessidade ou não de correção destes. Na presença de correlação entre os erros padrão, foi utilizada regressão de Prais-Winsten<sup>8</sup>. As análises estatísticas foram realizadas no programa Stata, versão 13.0.

Os dados utilizados na pesquisa são de domínio público, sem identificação nominal, na observância dos princípios da ética em pesquisa envolvendo seres humanos, não havendo necessidade de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Mesmo assim, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Vila Velha (CEP-UVV) (CAAE nº 68489317.0.0000.5064, parecer nº 2.764.676, de 10 de julho de 2018).

Com propósito de manter a qualidade no relato da pesquisa, as informações estão de acordo com o Reporting of Studies Conducted using Observational Routinely-collected Data (RECORD)<sup>9</sup>.

## RESULTADOS |

A Tabela 1 apresenta os coeficientes de mortalidade neonatal, pós-neonatal e infantil no Espírito Santo e regiões de saúde. No geral, observa-se declínio nos coeficientes de mortalidade infantil em todas as regiões entre os anos de 2006 a 2016, exceto no coeficiente de mortalidade pós-neonatal da região Metropolitana, o qual apresentou oscilações sutis, demonstrando não haver tendência de queda no referido período.

A tendência das taxas de mortalidade em menores de um ano e os coeficientes da regressão estão apresentados na Figura 1 e Tabela 2, respectivamente. Durante o período analisado, houve redução significativa em todos os componentes da mortalidade infantil no Espírito Santo. O coeficiente de mortalidade infantil foi o que apresentou maior redução. A cada ano, o coeficiente de mortalidade infantil reduziu, em média, 0,37 ( $\beta$  -0,37; IC95% -0,56, -0,18), seguido da mortalidade perinatal com uma média de decréscimo de 0,33 ao ano ( $\beta$  -0,33; IC95% -0,52, -0,13), da neonatal com 0,24 ao ano ( $\beta$  -0,24 (-0,37; -0,11), da neonatal precoce com 0,19 ao ano ( $\beta$  -0,19; IC95% -0,34, -0,05), da pós-neonatal com 0,10 ao ano ( $\beta$  -0,10; IC95% -0,19, -0,02) e da neonatal tardia com 0,04 ao ano ( $\beta$  -0,04; IC95% -0,07, -0,02).

Todas as regiões de saúde apresentaram queda significativa na mortalidade infantil, com redução maior nas regiões Norte,

a qual apresentou uma diminuição na sua taxa de 0,51 ao ano ( $\beta$  -0,51; IC95% -0,80, -0,23) e Sul, com 0,50 ao ano ( $\beta$  -0,50; IC95% -0,87; -0,12). A menor redução observada foi na região Metropolitana, com queda na taxa mortalidade infantil de 0,30 ao ano ( $\beta$  -0,30; IC95% -0,43, -0,17) (Figura 1 e Tabela 2).

Na mortalidade neonatal, somente a região Metropolitana manteve queda significativa, com redução de 0,20 ao ano ( $\beta$  -0,20; IC95% -0,29, -0,11) e, na mortalidade neonatal precoce e na pós-neonatal apenas a região Norte ( $\beta$  -0,32; IC95% -0,60, -0,04 e  $\beta$  -0,29; IC95% -0,48, -0,10, respectivamente) apresentou diminuição expressiva (Figura 1 e Tabela 2).

Embora a mortalidade neonatal tardia tenha apresentado redução em duas regiões, Sul com 0,08 ao ano ( $\beta$  -0,08; IC95% -0,15, -0,01) e metropolitana com 0,07 ao ano ( $\beta$  -0,07; IC95% -0,12, -0,03), houve um aumento, em média, de 0,08 ao ano no coeficiente da mortalidade neonatal tardia na região Norte ( $\beta$  0,08; IC95% 0,01, 0,16) (Figura 1 e Tabela 2).

As regiões que apresentaram diminuição na mortalidade perinatal foram a Sul, com 0,56 ao ano, ( $\beta$  -0,56; IC95% -1,05, -0,08) e a Central, com 0,50 ao ano ( $\beta$  -0,50; IC95% -0,91, -0,09). As demais não tiveram redução expressiva durante o período estudado (Figura 1 e Tabela 2).

Tabela 1 – Coeficiente de mortalidade neonatal, pós-neonatal e infantil no Espírito Santo e regiões de saúde, em menores de um ano, no período de 2006 a 2016

ANO	NORTE			CENTRAL			METROPOLITANA			SUL			ESPÍRITO SANTO		
	CMN	CMPN	CMI	CMN	CMPN	CMI	CMN	CMPN	CMI	CMN	CMPN	CMI	CMN	CMPN	CMI
2006	13,0	6,7	19,7	10,1	5,6	15,7	9,6	4,2	13,7	11,2	5,8	17,0	10,3	5,0	15,3
2007	10,6	5,1	15,7	8,2	4,5	12,9	8,6	4,1	12,8	12,4	4,6	17,1	9,4	4,4	13,9
2008	10,1	4,8	14,7	11,1	3,7	14,7	9,1	4,3	13,4	12,4	5,0	17,5	10,1	4,4	14,5
2009	8,2	5,9	14,3	8,9	2,9	11,9	8,1	3,4	11,4	8,1	3,8	12,1	8,2	3,7	12,0
2010	10,6	3,8	14,6	8,4	2,6	10,9	7,8	3,6	11,3	9,2	3,6	13,1	8,4	3,4	11,9
2011	10,1	3,1	13,4	9,0	2,7	11,6	7,5	3,8	11,1	9,9	3,5	13,6	8,4	3,5	11,8
2012	9,5	2,8	12,5	6,4	4,1	10,5	7,6	3,8	11,2	7,9	3,8	11,7	7,7	3,7	11,3
2013	7,9	4,6	12,7	5,8	3,2	8,9	7,6	3,5	10,9	8,0	3,6	11,7	7,4	3,6	10,9
2014	10,3	3,6	14,0	9,3	2,8	11,9	7,4	3,4	10,4	9,0	3,2	12,1	8,3	3,3	11,3
2015	9,2	3,0	12,2	9,2	3,2	12,1	7,0	4,1	10,6	7,6	4,1	11,6	7,7	3,8	11,2
2016	9,1	3,4	12,7	7,8	3,8	11,4	7,6	3,5	10,9	8,9	5,0	14,1	8,0	3,8	11,7

CMN: coeficiente de mortalidade neonatal. CMPN: coeficiente de mortalidade pós-neonatal. CMI: coeficiente de mortalidade infantil.

Figura 1 – Tendência da mortalidade neonatal precoce, neonatal, pós-neonatal, neonatal, perinatal e infantil no Espírito Santo e regiões de saúde, no período de 2006 a 2016

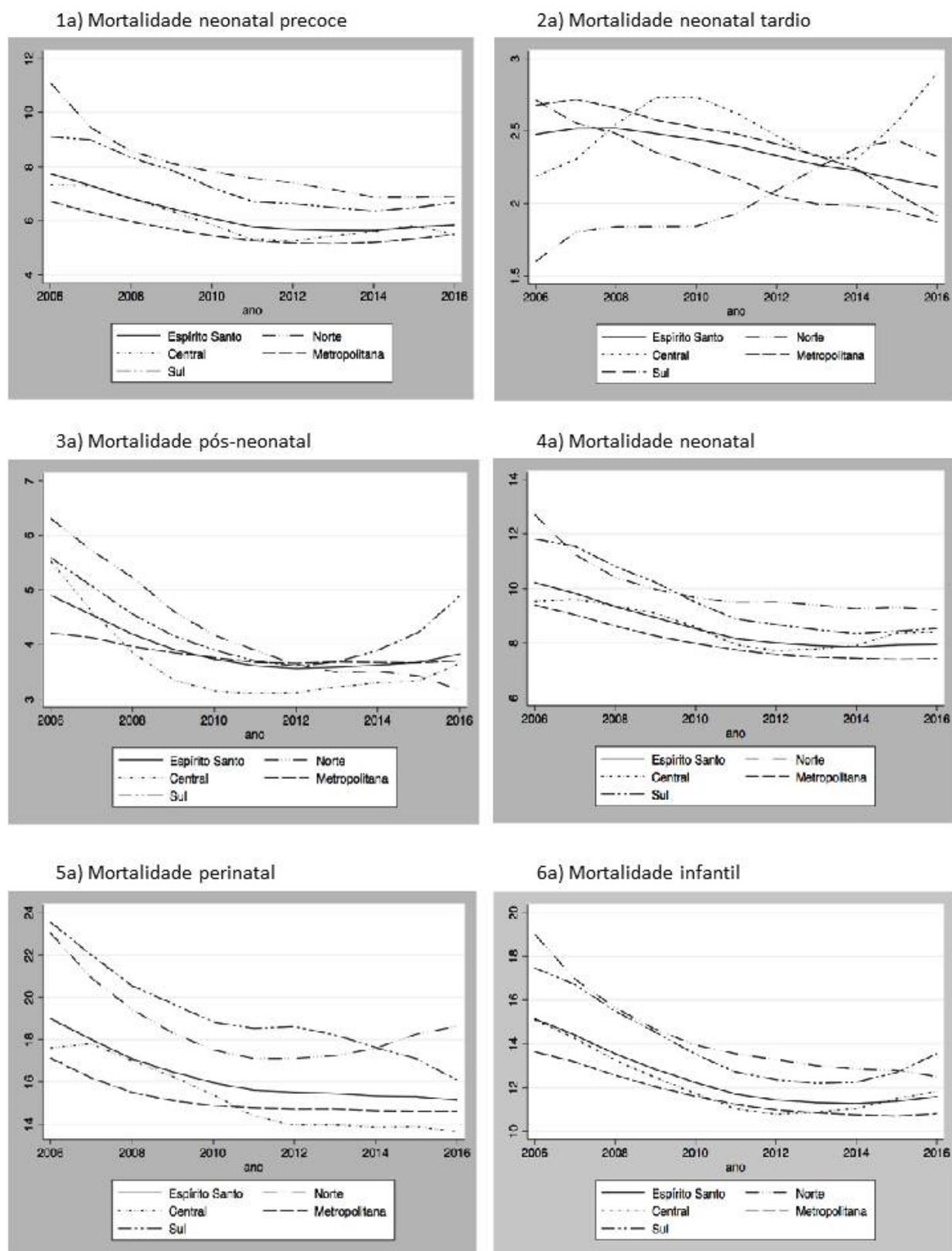
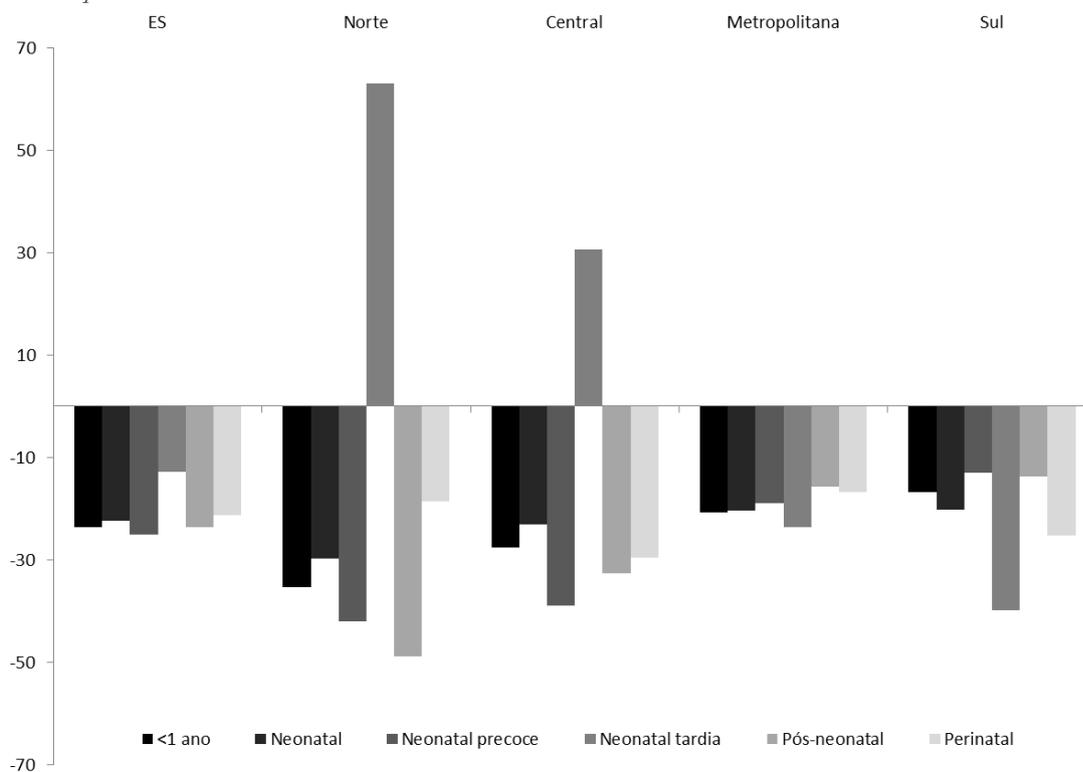


Tabela 2 – Coeficiente de regressão da taxa de mortalidade em menores de um ano, no Espírito Santo e regiões de saúde, no período de 2006 a 2016

REGIÕES DE SAÚDE	CMNP $\beta$ (IC 95%)	CMNT $\beta$ (IC 95%)	CMN $\beta$ (IC 95%)	CMPN $\beta$ (IC 95%)	CMP $\beta$ (IC 95%)	CMI $\beta$ (IC 95%)
Norte	-0,32 (-0,60; -0,04)	0,08 (0,01; 0,16)	-0,24 (-0,49; 0,02)	-0,29 (-0,48; -0,10)	-0,33 (-0,79; 0,12)	-0,51 (-0,80; -0,23)
Central	-0,20 (-0,49; 0,09)	0,01 (-0,12; 0,14)	-0,19 (-0,50; 0,12)	-0,14 (-0,32; 0,05)	-0,50 (-0,91; -0,09)	-0,36 (-0,69; -0,03)
Metropolitana	-0,12 (-0,22; -0,03)	-0,07 (-0,12; -0,03)	-0,20 (-0,29; -0,11)	-0,05 (-0,12; 0,01)	-0,18 (-0,34; 0,02)	-0,30 (-0,43; -0,17)
Sul	-0,30 (-0,62; 0,02)	-0,08 (-0,15; -0,01)	-0,38 (-0,66; -0,11)	-0,10 (-0,27; 0,06)	-0,56 (-1,05; -0,08)	-0,50 (-0,87; -0,12)
Espírito Santo	-0,19 (-0,34; -0,05)	-0,04 (-0,07; -0,02)	-0,24 (-0,37; -0,11)	-0,10 (-0,19; -0,02)	-0,33 (-0,52; -0,13)	-0,37 (-0,56; -0,18)

CMNP: coeficiente de mortalidade neonatal precoce. CMNT: coeficiente de mortalidade neonatal tardia. CMN: coeficiente de mortalidade neonatal. CMPN: coeficiente de mortalidade pós-neonatal. CMP: coeficiente de mortalidade perinatal. CMI: coeficiente de mortalidade infantil.

Figura 2 – Variação percentual dos coeficientes de mortalidade em crianças menores de um ano, no Espírito Santo e regiões de saúde, por grupo etário, no período de 2006 a 2016



A Figura 2 apresenta a variação percentual nos coeficientes de mortalidade em menores de um ano entre dois períodos (2006 e 2016). A variação percentual demonstra declínio na maioria dos coeficientes em todas as regiões de saúde

e no Espírito Santo, exceto na mortalidade neonatal tardia nas regiões Norte e Central, demonstrando aumento nesse indicador durante o período analisado.

## DISCUSSÃO |

O declínio da mortalidade infantil no Espírito Santo e nas regiões de saúde do Estado ocorreu de forma considerável no período de 2006 a 2016. Em 2016, o Espírito Santo apresentava a menor taxa de mortalidade infantil do Brasil<sup>7</sup>. Entretanto, a mortalidade entre o 7º e 27º dia de vida aumentou nas regiões de saúde Norte e Central.

Nos 10 anos analisados por este estudo, a redução da mortalidade infantil, neonatal e pós-neonatal no Espírito Santo foi de 27%, 25% e 24%, respectivamente.

Estudos apontam que vários fatores vêm contribuindo para a redução na mortalidade infantil, como a inclusão de novas vacinas no calendário de imunização, a ampliação de leitos e a qualificação da assistência neonatal, as campanhas de incentivo ao aleitamento materno e a melhoria da assistência pré-natal e ao parto, como a Rede Cegonha<sup>11,12</sup>.

Além disso, a ampliação nos programas como o Bolsa Família, Estratégia de Saúde da Família e Mais Médicos têm contribuído para melhorias sociais, econômicas e educativas que refletem na saúde pública e contribuem para essa redução<sup>11,12</sup>.

É possível notar uma redução de mais de 25% na mortalidade neonatal em todas as regiões de saúde do Estado entre 2006 e 2016, exceto na região Central. Essa diminuição foi constante e maior no período neonatal precoce, no entanto, na fase tardia do período neonatal, considerado entre o 7º e 27º dia, houve aumento na mortalidade nas regiões Central e Norte. Os óbitos neonatais ocorrem, em sua maioria, por causas endógenas, que são as afecções perinatais que estão associadas às condições da mãe e da criança durante a gravidez, no parto, na assistência ao recém-nascido e, posteriormente, no seu acompanhamento<sup>13,14</sup>. Além desses fatores, o óbito neonatal tardio também sofre influência das condições socioeconômicas da família<sup>6,15</sup>, por isso a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a criança e a mãe recebam uma visita domiciliar na primeira semana de vida<sup>16</sup>. Apesar de este estudo não ter investigado as causas dos óbitos, pesquisa realizada em Cuiabá, que analisou as causas evitáveis dos óbitos neonatais, observou problemas relacionados à assistência materno-infantil e apontou para a necessidade de investimentos na estrutura dos serviços de saúde e em capacitação profissional para melhoria na assistência ao pré-natal, ao parto e nascimento, como forma de prevenção dessas mortes<sup>14</sup>.

Diante disso, em 2011 o governo federal implantou a Rede Cegonha como forma de complementar o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, a partir de um modelo de cuidados para o binômio mãe-filho, através de uma Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil com garantia de acesso, acolhimento e resolutividade e, assim, objetivando reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal<sup>17</sup>. No estado do Espírito Santo, a Rede Cegonha foi implantada prioritariamente na região Norte, uma das regiões de saúde analisadas neste estudo, pois seus indicadores de mortalidade materna e infantil estavam aquém dos padrões desejáveis<sup>18</sup>.

A melhoria da saúde materno-infantil é uma ação prioritária estabelecida pelo Ministério da Saúde e, para isso, é essencial uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade. A Rede Cegonha preconiza ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem durante a gravidez e pós-parto<sup>17</sup>. Uma atenção pré-natal de qualidade é capaz de diminuir a morbidade e a mortalidade materno-infantil, uma vez que a identificação do risco gestacional pelo profissional permite a orientação e o encaminhamento adequado em cada momento da gravidez. Em 2014, cerca de 40% dos 10.446 óbitos infantis e neonatais evitáveis ocorridos no Brasil estavam relacionados à inadequação da atenção à gestação<sup>8</sup>. A má qualidade dos registros, a falta de solicitação de exames laboratoriais, de exames clínico-obstétricos padronizados, de orientações sobre a gestação, suas complicações e preparação para o parto, aleitamento materno e cuidado com o recém-nascido são fatores identificados como associados à mortalidade perinatal<sup>11</sup>.

O presente estudo tem vários pontos fortes. Em primeiro lugar, este estudo fornece uma análise rápida, de baixo custo sobre os componentes da mortalidade infantil e permitiu avaliar sua variação ao longo dos anos de forma comparativa entre as regiões do estado. Finalmente, esta é a primeira publicação sobre a tendência da mortalidade infantil no Espírito Santo, que analisa as regiões de saúde e, por isso, pode ajudar a gestão pública a priorizar ações para as regiões que apresentam os piores indicadores.

Entretanto, o estudo apresenta algumas limitações. Uma delas é a falácia ecológica, ou seja, a impossibilidade de avaliar a causa de mortalidade em nível individual, visto que se trata de um estudo ecológico. Outra limitação é não ter investigado a causa do óbito, o que possibilitaria uma informação mais precisa sobre os fatores que estão influenciando nos óbitos

infantis. O estudo utiliza dados secundários do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e esse sistema foi avaliado pela OMS e considerado como de qualidade intermediária<sup>19</sup>. A partir desse resultado, o Ministério da Saúde tem aprimorado e melhorado a qualidade da informação, reduzindo a proporção de óbitos por causas mal definidas, diminuindo a proporção de registros em branco ou ignorados e reduzindo o tempo entre a ocorrência do óbito e o registro no sistema<sup>19</sup>. Apesar de as causas dos óbitos serem determinadas por médicos, foram instituídos comitês municipais de investigação de óbito infantil e materno que acompanham e monitoram os óbitos infantis e fetais, com intuito de melhorar a qualidade das informações e da assistência à saúde<sup>6</sup>.

## CONCLUSÃO |

Os coeficientes da mortalidade infantil, pós-neonatal e perinatal mostraram uma tendência decrescente no período de 2006 a 2016 no Espírito Santo e em suas regiões de saúde. Contudo, o mesmo não aconteceu com a mortalidade neonatal, principalmente na fase tardia, evidenciando a necessidade de melhoria no acompanhamento da criança pelos serviços de saúde e investindo na visita domiciliar ainda na primeira semana de vida.

## FINANCIAMENTO |

Bolsa de iniciação científica pela Universidade Vila Velha, Edital nº. 5/2017.

## REFERÊNCIAS |

1. Franca EB, Lansky S, Rego MAS, Malta DC, França JS, Teixeira R, et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Rev Bras Epidemiol.* 2017; 20(Supl.1):46-60.
2. Fundo das Nações Unidas Para a Infância. Levels & trends in child mortality: report 2014 (estimates developed by the UN inter-agency group for child mortality estimation). Nova York: UNICEF; 2015.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS: que SUS para 2030? Brasília: OPAS; 2018.
4. Espírito Santo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Indicadores de saúde: Espírito Santo 2014. Vitória: SESA; 2014.
5. Paixão NA, Ferreira T. Determinantes da mortalidade infantil no Brasil. *Informe Gepec.* 2012; 16(2):6-20.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
7. Asteriou D, Hall SG. *Applied econometrics.* 2. ed. Nova York: Palgrave Macmillan; 2011. cap. 3.
8. Prais SJ, Winsten CB. Trend estimators and serial correlation (Cowles Commission discussion paper - statistics nº. 383). Chicago: Cowles Commission; 1954.
9. Nicholls SG, Quach P, von Elm E, Guttman A, Moher D, Petersen I, et al. The reporting of studies conducted using observational routinely-collected health data (RECORD) statement: methods for arriving at consensus and developing reporting guidelines. *PLoS ONE.* 2015; 10(5):e0125620.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2016: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
11. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública.* 2017; 33(3):e00195815.
12. Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer program on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet.* 2013; 382(9886):57-64.
13. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30(Supl. 1):S192-S207.

14. Gaíva MAM, Bittencourt RM, Fujimori E. Óbito neonatal precoce e tardio: perfil das mães e dos recém-nascidos. *Rev Gaucha Enferm.* 2013; 34(4):91-7.
15. Victora CG, Barros AJ. Socioeconomic inequalities in neonatal mortality are falling: but why? *Lancet Glob Health.* 2014; 2(3):e122-3.
16. Organização Mundial da Saúde. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva: OMS; 2013.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [Internet]. Diário Oficial da União [acesso em 29 set 2018]. Disponível em: URL: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>.
18. Martinelli KG, Neto ETS, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014; 36(2):56-64.
19. Brasil. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. v. 2.

*Correspondência para/Reprint request to:*

**Luiza Braun Lirio Nascimento**

*Rua Bolívia, número 37,*

*Jardim América, Cariacica/ES, Brasil*

*E-mail: [luzabraunlirio@gmail.com](mailto:luzabraunlirio@gmail.com)*

Recebido em: 11/08/2018

Aceito em: 18/11/2019

## The knowledge of mothers and guardians of children about breastfeeding and complementary feeding

## Conhecimento materno e de responsáveis por crianças sobre amamentação e alimentação complementar

### ABSTRACT | Introduction:

*Breastfeeding and adequate and healthy complementary feeding are strategies that contribute to the promotion of children's health*

**Objective:** *Assessing the knowledge of mothers or guardians of children younger than two years about breastfeeding and complementary feeding.* **Methods:** *Cross-sectional study conducted with 138 mothers or guardians of children younger than two years treated in Basic Health Units, in São Luís City (MA). Semi-structured form was applied to collect socioeconomic and demographic data, as well as information on participants' knowledge about breastfeeding and complementary feeding. The frequency of hits corresponding to each question and the frequency of interviewees based on their levels of knowledge about breastfeeding (poor, intermediate and good) and complementary feeding (poor, good and excellent) were evaluated. Chi-square test was used to evaluate association among variables.* **Results:** *Although 88.8% of interviewees presented good and intermediate knowledge about breastfeeding and 95.5% had good and excellent knowledge about complementary feeding, there was high frequency of participants who did not know about colostrum (67.9%) and about the appropriate artifacts used to feed children with expressed breast milk (63.4%). Good knowledge about breastfeeding prevailed among participants with 12-15 years of schooling (74.1%), whereas excellent knowledge about complementary feeding prevailed among participants in the age group 20-34 years (75.9%), as well as among participants with 12-15 years of schooling (75.9%) (p<0.05).* **Conclusion:** *Lack of knowledge about important breastfeeding and complementary feeding aspects has emphasized the need of implementing continuous guidance on these issues in Primary Health Care routine, in order to promote child health.*

**Keywords |** Breastfeeding; Feeding; Child; Infant.

**RESUMO | Introdução:** O aleitamento materno e a alimentação complementar adequada e saudável são estratégias que contribuem com a promoção da saúde da criança. **Objetivo:** Avaliar os conhecimentos sobre amamentação e alimentação complementar de mães ou responsáveis por crianças menores de dois anos de idade. **Métodos:** Estudo transversal com 138 mães ou responsáveis por crianças menores de dois anos assistidas em Unidades Básicas de Saúde, em São Luís (MA). Aplicou-se um formulário semiestruturado para a coleta de dados socioeconômicos, demográficos e sobre os conhecimentos em amamentação e alimentação complementar. Avaliaram-se as frequências de acertos para cada pergunta e as frequências de entrevistados segundo seus níveis de conhecimentos sobre amamentação (pouco, médio e bom) e de alimentação complementar (pouco, bom e ótimo). O Teste do Qui-quadrado avaliou a associação entre as variáveis. **Resultados:** Embora 88,8% dos entrevistados tenham apresentado conhecimentos médio e bom sobre amamentação e 95,5% tenham atingido conhecimentos bom e ótimo sobre alimentação complementar, elevada frequência desconhecia o colostro (67,9%) e os artefatos adequados para oferecer o leite materno ordenhado (63,4%). O bom conhecimento sobre amamentação predominou nos entrevistados com 12-15 anos de estudo (74,1%), e o ótimo nível de conhecimento sobre a alimentação complementar predominou no grupo com 20-34 anos de idade (75,9%) e naqueles com 12-15 anos de estudo (75,9%) (p<0,05). **Conclusão:** O desconhecimento de aspectos importantes do aleitamento materno e da alimentação complementar mostrou a necessidade de implementar orientações continuadas sobre essas temáticas na rotina da Atenção Primária em Saúde, a fim de promover a saúde da criança.

**Palavras-chave |** Aleitamento materno; Alimentação; Criança; Lactente.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Maranhão. São Luís/MA, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

O aleitamento materno é uma estratégia natural que contribui para a sobrevivência e promoção da saúde das crianças<sup>1</sup>. Diante dos seus benefícios, a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil recomendam o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de vida e complementado até os dois anos ou mais<sup>2</sup>.

A interrupção precoce do AME causa prejuízos à saúde da criança, tais como: aumento do risco de morbimortalidade por diarreia, infecções respiratórias, otite média, alergia alimentar<sup>1</sup> e do número de hospitalizações por essas doenças<sup>3</sup>.

Diversos fatores podem desencadear a interrupção precoce do AME, dentre eles, mães adolescentes ou com 35 ou mais anos de idade; baixa escolaridade; trabalho fora de casa; ausência de orientação sobre o aleitamento materno e manejo da lactação<sup>4</sup>; e o uso de bicos (chupetas, mamadeiras e chucas) pelo lactente<sup>4,5</sup>.

A partir dos seis meses de idade, deve-se introduzir a alimentação complementar, em adição ao leite materno, a fim de aumentar a densidade energética e o aporte de nutrientes na dieta da criança<sup>6</sup>. Entretanto, a prática alimentar inadequada está associada à presença de afecções respiratórias, doenças infecciosas, desnutrição, excesso de peso e carências nutricionais específicas nas crianças<sup>7</sup>.

Considerando que a família, sobretudo a mãe, é a principal influenciadora na construção dos hábitos e comportamentos alimentares da criança<sup>8</sup>, compete aos profissionais de saúde realizar o seu aconselhamento acerca do aleitamento materno e da alimentação complementar adequada e saudável, de modo a contribuir para a efetivação dessas práticas e promover a saúde infantil<sup>7</sup>.

Em estudo desenvolvido por Yabanci et al.<sup>9</sup> com 302 mães de Ancara, Turquia, observou-se que as entrevistadas com maior nível de conhecimento sobre alimentação e nutrição ofereceram mais alimentos saudáveis aos seus filhos, em comparação às mães com menores níveis de conhecimento

Diante da importância de se gerar informações que possam contribuir para a adoção de estratégias de promoção da alimentação saudável para crianças, este estudo teve como objetivo avaliar o nível de conhecimento sobre amamentação e alimentação complementar das mães ou responsáveis pelo cuidado com a saúde de crianças com menos de dois anos de

idade, assistidas em Unidades Básicas de Saúde, no município de São Luís (MA).

## MÉTODOS |

Estudo transversal vinculado à pesquisa intitulada “Avaliação nutricional de crianças menores de dois anos de idade e fatores associados ao desmame precoce”, desenvolvida pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Dentre as 56 Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes no município de São Luís<sup>10</sup>, quatro foram selecionadas aleatoriamente para comporem esta investigação, todas localizadas na zona urbana.

A população do estudo contemplou 300 mães ou responsáveis pelo cuidado com a saúde de crianças menores de dois anos de idade, os quais eram assistidos mensalmente nas quatro UBS.

Aplicou-se a fórmula para o cálculo do tamanho amostral, considerando-se o erro de 5% na estimativa, prevalência esperada de 25,0% de mães com pouco conhecimento sobre amamentação<sup>11</sup>, intervalo de confiança de 95%, nível de significância de 5%, resultando a amostra em 135 mães ou responsáveis pelas crianças menores de dois anos. A esse valor somaram-se mais 10%, considerando-se as possíveis perdas, resultando a amostra final em 149. Uma vez que o número de mães ou responsáveis com crianças assistidas nas UBS foi distinto, realizou-se a amostragem estratificada por unidade de saúde.

Como critérios de inclusão no estudo, consideraram-se as mães ou responsáveis por crianças menores de dois anos de idade que as conduziram para assistência nas UBS. Não foram incluídas mães ou responsáveis por crianças com dois anos de idade ou mais e crianças que apresentavam contraindicações ao aleitamento materno.

No decorrer deste estudo ocorreram 7,4% de perdas, decorrentes de formulários inconsistentes e recusa para responder ao segundo bloco de perguntas, devido à indisponibilidade de tempo, resultando em 138 entrevistados.

A fim de realizar adequações nos instrumentos e na logística da investigação, realizou-se o estudo-piloto com cinco mães ou responsáveis por crianças, os quais não fizeram parte

da pesquisa original, em uma UBS distinta das que foram sorteadas.

A coleta de dados foi realizada por entrevistadoras treinadas, de dezembro de 2015 a julho de 2016. As entrevistas foram conduzidas por meio de sorteio aleatório com reposição, selecionando-se uma a cada três mães ou responsáveis na sala de espera dos ambulatórios das UBS. Diante da baixa demanda espontânea do público-alvo do estudo em duas UBS, realizaram-se as entrevistas no seu domicílio. Para tal, obteve-se, previamente, nas UBS a listagem de atendimento domiciliar dos Agentes Comunitários de Saúde e, por meio de sorteio, selecionou-se uma a cada três famílias com crianças na faixa etária de interesse para condução das entrevistas.

Adotou-se um formulário semiestruturado para coletar informações socioeconômicas e demográficas das crianças e das mães ou dos seus responsáveis e a duração do AME, tais como: idade da mãe em anos ( $\leq 19$  ou  $20$  a  $34$  ou  $\geq 35$ ), cor de pele referida pela mãe (branca ou não branca), anos de estudo materno ( $< 9$  ou  $9$  a  $11$  ou  $12$  a  $15$  ou  $\geq 16$ ), estado civil (com companheiro(a) ou sem companheiro(a), número de filhos residentes no domicílio (até  $2$  ou  $3$  a  $5$ ), classe econômica (A e B ou C ou D e E), se beneficiário de programa social (sim ou não) e duração do AME em meses ( $< 6$  ou  $6$  ou  $> 6$  ou ainda está em AME). Para identificação da classe econômica, adotou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil<sup>12</sup>.

Esse mesmo formulário contemplou questões que possibilitaram investigar os conhecimentos prévios dos entrevistados acerca da amamentação e alimentação complementar. Analisaram-se as frequências de acertos para cada pergunta contida no formulário.

Elaborou-se o conteúdo referente à amamentação com base na proposta de outros autores<sup>11</sup> e com adaptações para o presente estudo. O instrumento contemplou oito questões sobre a importância do aleitamento materno, composição do leite humano, percepção sobre o colostro, período para a amamentação exclusiva, como oferecer o leite ordenhado, dentre outras abordagens. Para cada pergunta respondida corretamente, atribuiu-se um ponto, e as respostas incorretas e a alternativa “não sabe responder” equivalia a zero. Assim, a pontuação variou de zero a oito. Consideraram-se como mães ou responsáveis com pouco conhecimento o acerto de menos de quatro questões; com conhecimento médio, o acerto de quatro a seis, e conhecimento bom o acerto de sete a oito questões, conforme escores propostos por outros autores<sup>13</sup>.

Avaliaram-se os conhecimentos dos entrevistados sobre alimentação complementar por meio de 11 questões. Identificou-se o conhecimento quanto ao tipo de alimentação adequada após os seis meses de vida, quais os alimentos eram fontes de determinadas vitaminas e minerais e quais deles eram saudáveis ou não para as crianças, dentre outras abordagens. Cada questão respondida corretamente equivalia a um ponto, e as respostas incorretas e a alternativa “não sabe responder” equivalia a zero, variando a pontuação de zero a onze. Cada entrevistado foi classificado quanto ao seu nível de conhecimento em: pouco (0-4 pontos), bom (5-8 pontos) ou ótimo (9-11 pontos), assemelhando-se à pontuação adotada por Triches e Giugliani<sup>14</sup>.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFMA de acordo com a resolução nº466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, sendo aprovado sob parecer consubstanciado número 1.284.451, em 17 de outubro de 2015. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O banco de dados foi analisado no *software* STATA®, versão 12.0. No tratamento estatístico, as variáveis qualitativas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e porcentagens, e o Teste do Qui-quadrado de independência ou Teste Exato de Fischer foi utilizado nas análises. A associação entre as variáveis foi considerada significativa quando o valor de  $p$  (*p-value*) foi menor que 0,05.

## RESULTADOS |

Neste estudo se observou que a maior frequência das mães ou responsáveis pelas crianças apresentou 20 a 34 anos de idade (74,6%), cor de pele referida como não branca (81,2%), 12 a 15 anos de estudo (61,6%), companheiro(a) (72,5%) e até dois filhos (84,1%). A classe econômica C predominou dentre as famílias (65,7%), e 80,4% delas eram beneficiárias de algum programa social. Dentre as mães entrevistadas, 31,3% mantiveram o AME até o sexto mês de vida da criança (dados não apresentados em tabela).

A análise dos conhecimentos sobre amamentação mostrou que elevada frequência das mães reconheceu a importância do aleitamento materno (94%), a composição do leite humano (81,3%), a representação da amamentação do filho ao seio (97%), percepção sobre o colostro (67,9%) e o período para manter o AME (80,6%). Menor proporção dos avaliados

considerou mamadeira, chupeta e chupar dedo prejudiciais ao recém-nascido (56%), responderam corretamente sobre a atitude adotada na impossibilidade de amamentar (56,7%), e identificaram qual o melhor utensílio para oferecer o leite materno ordenhado à criança (36,6%) (Tabela 1).

Quanto aos conhecimentos em alimentação complementar, constatou-se que elevada proporção dos avaliados conhecia a composição adequada da alimentação após os seis meses de vida (83,6%), relataram que para ter uma alimentação saudável comer arroz, feijão e carne não é suficiente (83,6%), identificaram a importância e os nutrientes encontrados nas carnes (61,2%); e os alimentos ricos em vitamina C (59,7%) (Tabela 1).

Ainda na Tabela 1, observa-se que elevada frequência dos entrevistados relatou que consumir frequentemente guloseimas é prejudicial à saúde infantil (91,8%), os sucos industrializados não são tão saudáveis quanto os sucos naturais (97%), os refrigerantes não são saudáveis como os sucos naturais (98,5%), e o macarrão instantâneo não é uma opção saudável para a criança (91,8%). Baixa parcela

do grupo reconheceu a importância da vitamina A (40,3%) e do consumo de verduras e legumes (1,5%), assim como os alimentos ricos em ferro (2,2%).

Evidenciou-se predomínio de mães ou responsáveis com conhecimentos médio e bom sobre amamentação (88,8%) e com bom e ótimo conhecimentos acerca da alimentação complementar (95,5%) (Tabela 2)

A Tabela 3 mostra que o bom conhecimento sobre amamentação prevaleceu nos entrevistados com 12 a 15 anos de estudo (74,1%), e o pouco conhecimento predominou naqueles com 9 a 11 anos de estudo (53,3%) ( $p < 0,005$ ). Não houve associação estatisticamente significativa entre o conhecimento sobre amamentação e as demais variáveis investigadas.

A Tabela 3 mostra que o bom conhecimento sobre alimentação complementar prevaleceu nos entrevistados com 12 a 15 anos de estudo (74,1%), e o pouco conhecimento predominou naqueles com 9 a 11 anos de estudo (53,3%) ( $p < 0,005$ ). Não houve associação estatisticamente significativa entre o conhecimento sobre alimentação complementar e as demais variáveis investigadas.

Tabela 1 – Frequências de acertos obtidas por mães ou responsáveis pela saúde de crianças com menos de dois anos de idade nas questões referentes à amamentação e alimentação complementar. São Luís (MA), 2015-2016

Número	Questões sobre amamentação	n	%
1º	Importância do aleitamento materno	126	94,0
2º	Percepção sobre os componentes do leite humano para a nutrição da criança	109	81,3
3º	Representação do ato de amamentar o filho no seio	130	97,0
4º	Percepção sobre o colostro	91	67,9
5º	Período para manter o aleitamento materno exclusivo	108	80,6
6º	Confundidores da mamada para o recém-nascido	75	56,0
7º	Atitude materna na impossibilidade de amamentar	76	56,7
8º	Como oferecer o leite materno ordenhado	49	36,6
<b>Questões sobre alimentação complementar</b>			
1º	Composição da alimentação após os seis meses	112	83,6
2º	Oferecer arroz, feijão e carne é saudável?	112	83,6
3º	Importância do consumo da carne, peixe e frango	82	61,2
4º	Importância do consumo de verduras e legumes	2	1,5
5º	Importância da vitamina A presente na abóbora, manga, buriti para o organismo	54	40,3
6º	Alimentos que são ricos em ferro	3	2,2
7º	Alimentos ricos em vitamina C	80	59,7
8º	Percepção sobre o consumo de bolos, doces e outras guloseimas pela criança	123	91,8
9º	Sucos industrializados X sucos naturais	130	97,0
10º	Refrigerantes X sucos naturais	132	98,5
11º	Substituição do macarrão tradicional pelo instantâneo	123	91,8

Tabela 2 – Níveis de conhecimentos de mães ou responsáveis pela saúde de crianças com menos de dois anos de idade sobre a amamentação e alimentação complementar. São Luís (MA), 2015-2016

Níveis	Conhecimentos sobre amamentação		Conhecimentos sobre alimentação complementar	
	n	%	n	%
Pouco	15	11,2	-	-
Médio	61	45,5	-	-
Bom	58	43,3	-	-
Pouco	-	-	6	4,5
Bom	-	-	99	73,9
Ótimo	-	-	29	21,6
<b>Total</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>

Tabela 3 - Níveis de conhecimentos das mães ou responsáveis pela saúde de crianças com menos de dois anos de idade sobre amamentação, segundo situação socioeconômica, demográfica e duração do aleitamento materno exclusivo. São Luís (MA), 2015-2016

Características	Conhecimentos sobre amamentação								p-valor***
	Total		Pouco		Médio		Bom		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Idade da mãe (anos)*</b>									0,607
≤ 19	15	11,2	2	13,3	7	11,5	6	10,3	
20 a 34	99	73,9	12	80,0	47	77,0	40	69,0	
≥ 35	20	14,9	1	6,7	7	11,5	12	20,7	
<b>Anos de estudo materno*</b>									0,005
< 9	4	3,0	0	0,0	4	6,6	0	0,0	
9 a 11	36	26,9	8	53,3	20	32,8	8	13,8	
12 a 15	83	61,9	6	40,0	34	55,7	43	74,1	
≥ 16	11	8,2	1	6,7	3	4,9	7	12,1	
<b>Classe econômica*</b>									0,183
A e B	9	6,8	0	0,0	4	6,6	5	8,8	
C	89	66,9	7	46,7	43	70,5	39	68,4	
D e E	35	26,3	8	53,3	14	22,9	13	22,8	
<b>Beneficiário de programa social*</b>									0,779
Sim	108	80,6	13	86,7	50	82,0	45	77,6	
Não	26	19,4	2	13,3	11	18,0	13	22,4	
<b>Duração do AME**(meses)*</b>									0,110
< 6	78	58,2	13	86,7	38	62,3	27	46,6	
6	42	31,3	2	13,3	19	31,2	21	36,2	
> 6	6	4,5	0	0,0	1	1,6	5	8,6	
Ainda em AME**	8	6,0	0	0,0	3	4,9	5	8,6	

\*Variação da amostra decorrente a eventual perda de informação. \*\*AME: Aleitamento materno exclusivo. \*\*\*Teste Exato de Fisher.

A avaliação dos conhecimentos sobre alimentação complementar apontou que o ótimo nível foi mais frequente nos indivíduos com 20 a 34 anos de idade (75,9%), assim como o pouco conhecimento predominou nessa mesma faixa de idade (50%) ( $p < 0,032$ ). Prevaleceu o ótimo nível de conhecimento sobre alimentação complementar dentre os entrevistados com

12 a 15 anos de estudo (75,9%), e o pouco conhecimento sobressaiu naqueles com 9 a 11 anos (66,7%) ( $p < 0,001$ ). Não se observou associação estatisticamente significativa entre o conhecimento sobre alimentação complementar e as demais variáveis descritas (Tabela 4).

## DISCUSSÃO |

As altas frequências de conhecimentos médio e bom sobre amamentação, assim como os conhecimentos bom e ótimo acerca da alimentação complementar foram considerados relevantes neste estudo, indicando que as mães ou responsáveis pelas crianças apresentavam informações prévias quanto a essas temáticas.

Uma vez que as crianças com menos de dois anos não têm capacidade para escolher os seus alimentos, com base na sua qualidade e valor nutricional, é inegável ser a mãe a pessoa que mais influência nos seus hábitos e comportamentos

Tabela 4 – Níveis de conhecimentos das mães ou responsáveis pela saúde de crianças com menos de dois anos de idade sobre alimentação complementar, segundo situação socioeconômica, demográfica e duração do aleitamento materno exclusivo. São Luís (MA), 2015-2016

Características	Conhecimentos sobre amamentação								p-valor***
	Total		Pouco		Médio		Bom		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Idade da mãe (anos)*</b>									0,032
≤ 19	15	11,2	2	33,3	13	13,1	0	0,0	
20 a 34	99	73,9	3	50,0	74	74,8	22	75,9	
≥ 35	20	14,9	1	16,7	12	12,1	7	24,1	
<b>Anos de estudo materno*</b>									0,001
< 9	4	3,0	0	0,0	4	4,0	0	0,0	
9 a 11	36	26,9	4	66,7	31	31,3	1	3,4	
12 a 15	83	61,9	2	33,3	59	59,6	22	75,9	
≥ 16	11	8,2	0	0,0	5	5,0	6	20,7	
<b>Classe econômica*</b>									0,460
A e B	9	6,8	0	0,0	6	6,0	3	10,7	
C	89	66,9	3	50,0	66	66,7	20	71,4	
D e E	35	26,3	3	50,0	27	27,3	5	17,9	
<b>Beneficiário de programa social*</b>									0,225
Sim	108	80,6	4	66,7	83	83,8	21	72,4	
Não	26	19,4	2	33,3	16	16,2	8	27,6	
<b>Duração do AME** (meses)*</b>									0,717
< 6	78	58,2	3	50,0	60	60,6	15	51,7	
6	42	31,3	2	33,3	30	30,3	10	34,5	
> 6	6	4,5	0	0,0	4	4,0	2	6,9	
Ainda em AME**	8	6,0	1	16,7	5	5,1	2	6,9	

\*Variação da amostra decorrente a eventual perda de informação. \*\*AME: Aleitamento materno exclusivo. \*\*\*Teste Exato de Fisher.

alimentares<sup>8</sup>. Portanto, os achados desta pesquisa apontam para a maior possibilidade de os entrevistados oferecerem alimentação adequada e saudável às crianças, por terem maiores níveis de conhecimentos sobre amamentação e alimentação complementar.

Cabe destacar a elevada frequência dos investigados que reconheceu a importância do aleitamento materno para as crianças. Tal achado corrobora a pesquisa de Bernardino Júnior e Sousa Neto<sup>11</sup>, realizada com 37 gestantes de Uberlândia (MG), em que todas as avaliadas consideraram a amamentação imprescindível para a saúde da criança. Esse é um aspecto favorável deste estudo, pois a posse desse conhecimento, possivelmente, influenciará positivamente as gestantes e nutrizes na adesão à amamentação, promovendo segurança e maior duração dessa prática<sup>15</sup>.

Elevada parcela dos entrevistados julgou o leite humano completo e que atende às necessidades da criança, resultado este que se assemelhou à pesquisa de outros autores<sup>16,17</sup>. Tal conhecimento é fundamental para evitar a insegurança materna e, que sob a alegação de que o seu leite é fraco, pode descontinuar a prática do AME e introduzir alimentos na dieta da criança antes dos seis meses de idade<sup>18,19</sup>.

Ressalta-se que a amamentação é uma forma especial de comunicação entre a mãe e o lactente e que contribui para a consolidação dos seus laços afetivos<sup>20</sup>. Concordando com essa proposição, elevada frequência dos investigados reconheceu a importância dessa prática, alegando que ela estabelece um melhor vínculo afetivo entre a mãe e seu filho. Essa condição gera impacto positivo no desenvolvimento emocional do binômio mãe-filho, proporcionando sentimento de segurança e proteção para a criança e autoconfiança na mulher<sup>3</sup>.

Merece atenção o desconhecimento dos benefícios do colostro por considerável porcentagem dos entrevistados. Esse resultado é inquietante, pois pode induzir as nutrizes à não oferta do colostro, o qual devido às suas propriedades imunológicas, configura-se como a primeira imunização do recém-nascido<sup>3</sup>. Logo, é necessário que os profissionais de saúde promovam o aconselhamento continuado para as mulheres durante o pré-natal, puerpério e lactação, sobre a importância do colostro na expectativa de garantir o sucesso da amamentação.

Maior frequência das mães ou responsáveis sabia que o AME deve ser mantido até o sexto mês de vida da criança (80,6%). Contudo, esses resultados estão aquém dos 93,0%

mensurados em pesquisa com 323 puérperas do município de São Mateus (ES)<sup>21</sup>. Portanto, faz-se necessário fomentar orientações continuadas sobre o AME, com o intuito de incrementar mais o conhecimento e a adesão de tal prática pelas nutrizes.

Embora uma considerável parcela do grupo tenha relatado que todos os confundidores da mamada são prejudiciais ao lactente (chupetas, chupar dedo e mamadeira), é preocupante a elevada frequência que, na necessidade de realizar a ordenha, ofereceria seu leite à criança por meio de mamadeiras e chuchinhas. Diante desses relatos contraditórios, urge a necessidade de sensibilizar e orientar as gestantes e nutrizes que a introdução desses artefatos repercute negativamente na continuidade do aleitamento materno. Esses produtos geram uma “confusão de bicos” e induzem à interrupção precoce da amamentação<sup>3</sup>.

Diante da impossibilidade de amamentar, a maior parcela dos investigados informou que ordenharia o seu leite e o manteria sob refrigeração para posterior oferta à criança, demonstrando conhecimento correto. Adverte-se que a ausência de refrigeração do leite humano ordenhado gera o crescimento de microorganismos patogênicos e, que ao ser consumido, pode causar diarreia, vômitos, náuseas e outros sintomas deletérios na criança<sup>22</sup>.

Elevada proporção dos entrevistados respondeu que a alimentação oferecida à criança após os seis meses deve ser composta por papas de frutas, refeições salgadas e leite materno, estando em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde<sup>23</sup>. É importante salientar que a alimentação complementar adequada é um dos pilares que sustentam o crescimento e desenvolvimento favoráveis, no período dos seis aos 24 meses de idade<sup>24,25</sup>. Sendo assim, a adoção da prática de alimentação complementar adequada e saudável pelo grupo investigado, provavelmente, atenderá às necessidades fisiológicas e contribuirá para a promoção da saúde das crianças.

Outros achados favoráveis desta pesquisa foram as altas frequências de acertos alusivos aos nutrientes encontrados nas carnes e se para ter uma alimentação saudável, a refeição composta por arroz, feijão e carne é suficiente para a criança. Considerando que deter o conhecimento não implica colocá-lo em prática, se essas concepções dos entrevistados forem incorporadas ao hábito alimentar das crianças, favorecerão a variação da dieta e o adequado consumo de alimentos.<sup>26</sup>

O consumo frequente de guloseimas, sucos industrializados, refrigerantes e macarrão instantâneo foi considerado prejudicial à saúde da criança por elevada percentagem dos entrevistados, sendo outra característica favorável deste estudo, por suscitar a não adoção de tais práticas na alimentação infantil. Esses alimentos são ultraprocessados e desaconselha-se sua incorporação na alimentação da criança por terem elevados teores de gordura, sal, aditivos e conservantes artificiais, podendo favorecer o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis nesse estágio da vida e em estágios futuros<sup>23</sup>.

O pouco conhecimento dos entrevistados sobre a importância do consumo das verduras e legumes e da vitamina A para o organismo e quanto aos alimentos que são fontes de ferro requer atenção. Apesar de serem informações técnicas, elas devem ser transmitidas pelos profissionais de saúde em linguagem acessível; com empatia; acolhendo as dificuldades e dúvidas das mães, familiares e cuidadores, por meio de escuta ativa<sup>7,26</sup>. De acordo com o contexto de cada família, os profissionais devem ter habilidade para propor a oferta habitual dos alimentos fontes de vitaminas e minerais para as crianças, com o propósito de prevenir as deficiências por micronutrientes<sup>3,23</sup>.

O estudo etnográfico de Monterrosa et al.,<sup>27</sup> desenvolvido com 29 mães de crianças de seis a 18 meses, em Morelos, México, identificou o predomínio de alimentos líquidos, semilíquidos e frutas na alimentação infantil, em detrimento da oferta de verduras, legumes e carnes. A variedade da dieta dessas crianças se associou a fatores domésticos, e o conhecimento materno orientou a prática da alimentação complementar. Portanto, ratifica-se que avaliar o conhecimento materno é de fundamental importância para nortear o planejamento de estratégias ou intervenções que possam contribuir com a mudança de comportamento das mães ou responsáveis e gerar impactos positivos na prática da alimentação complementar.

Vale ressaltar a evidência da relação direta entre os conhecimentos em amamentação e alimentação complementar e os anos de estudo da mãe ou responsável, assim como entre os conhecimentos sobre alimentação complementar e a idade do grupo avaliado. Tais resultados são ratificados por Özdoğan et al.,<sup>28</sup> em pesquisa com 1103 mães da Turquia, ao encontrarem maior nível de conhecimento sobre alimentação entre mães com idades mais elevadas e maiores graus de escolaridade.

É inconteste que os profissionais de saúde devem destinar atenção diferenciada e promover a atenção nutricional para as gestantes e nutrizes adolescentes, pelo fato de elas serem vulneráveis, apresentarem menor escolaridade e, conseqüentemente, menor acesso às informações sobre a alimentação infantil. Essas condições desfavoráveis provavelmente contribuem para que elas interrompam a prática do AME precocemente<sup>29,30</sup> e adotem práticas inadequadas de alimentação complementar.

A carência de estudos nacionais que abordam os conhecimentos de mães ou responsáveis por crianças sobre a alimentação complementar impossibilitou, por vezes, tecer comparações com esses achados. Entretanto, merece destacar como contribuição que esta investigação incitou a discussão sobre as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar adequada e saudável implementadas no âmbito da Atenção Primária em Saúde, a fim de auxiliar os gestores de saúde na tomada de decisões.

## CONCLUSÃO |

Evidenciou-se que as mães ou responsáveis por crianças apresentaram bom conhecimento sobre a amamentação e alimentação complementar, porém necessitam de maiores orientações sobre a importância do colostro, os artefatos adequados para oferecer o leite materno ordenhado, a importância do consumo das verduras e legumes e da vitamina A para o organismo; e dos alimentos que são fontes de ferro.

Nesse contexto, verifica-se a necessidade de qualificação da Atenção Nutricional, no âmbito da Atenção Primária em Saúde, e a sensibilização dos profissionais de saúde para que possam ser multiplicadores da promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para as gestantes, nutrizes, seus familiares e responsáveis por crianças menores de dois anos de idade.

## REFERÊNCIAS |

1. Victora CG, Barros AJD, França GVA, Bahl R, Rollins NC, Horton S, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 387(10017):475-90.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2015a.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015b. (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).
4. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. Rev Saúde Públ. 2015; 49:1-16.
5. Rauber LN, Souza TFS, Moura PN, Silva CC, Berbaridi L, Saldan PC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses em Guarapuava, Paraná. Demetra. 2017; 12(1):233-48.
6. Organização Mundial da Saúde. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review [Internet]. Geneva: OMS; 2002 [acesso em 04 set 2019]. Disponível em: URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67208/WHO\\_NHD\\_01.08.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67208/WHO_NHD_01.08.pdf).
7. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia nacional para alimentação complementar saudável: caderno do tutor. Brasília: Ministério da Saúde/IBFAN Brasil; 2010. (F. Comunicação e Educação em Saúde).
8. Huçalo AP, Ivatiuk AL. A relação entre práticas parentais e o comportamento alimentar em crianças. Rev PsicoFAE. 2017; 6(2):113-28.
9. Yabancı N, Kışaç İ, Karakuşç SŞ. The effects of mother's nutritional knowledge on attitudes and behaviors of children about nutrition. Procedia Soc Behav Sci. 2014; 116:4477-81.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica [Internet]. Parâmetro de cobertura utilizado na PNAB, IDSUS e COAP [acesso em 30 mar 2015]. Disponível em: URL: <http://dab.saude.gov.br/portaldab>.
11. Bernardino Júnior R, Sousa Neto AL. Análise do conhecimento de gestantes sobre as consequências do desmame precoce no desenvolvimento motor oral. Biosci J. 2009; 25(6):165-73.
12. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. São Paulo: ABEP; 2015.
13. Pioltine MB, Spinelli MGN. Conhecimentos sobre nutrição e sua relação com o IMC de escolares. Rev Simbio-Logias. 2010; 3(4):57-74.
14. Triches RM, Giugliani ERJ. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. Rev Saúde Públ. 2005; 39(4):541- 7.
15. Silva KMS, Goetz ER, Santos MVJ. Aleitamento materno: conhecimento das gestantes sobre a importância da amamentação na Estratégia de Saúde da Família. R Bras Ci Saúde. 2017; 21(2):111-8.
16. Raimundi DM, Menezes CC, Uecker ME, Santos EB, Fonseca LB. Conhecimento de gestantes sobre aleitamento materno durante acompanhamento pré-natal em serviços de saúde em Cuiabá. Saúde (Santa Maria). 2015; 41(2):225-32.
17. Alves FM, Oliveira TRF, Oliveira GKS, Santos GM. Conhecimento de puérperas internadas em um alojamento conjunto acerca do aleitamento materno. Rev Sustinere. 2017; 5(1):24-37.
18. Jungues CF, Ressel LB, Budó MLD, Padoin SMM, Hoffmann IC, Sehnem GD. Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. Rev Gaucha Enferm (Online). 2010; 31(2):343-50.
19. Brasil GC. Conhecimento das mães sobre a alimentação de lactentes a partir dos seis meses de idade. Ceilândia. Monografia [Graduação em Enfermagem] – Faculdade de Ceilândia; 2015.
20. Feitosa AMM, Pereira MS, Campos JS. Importância do contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. J Health Biol Sci. 2014; 2(3):120-4.
21. Visintin AB, Caniçali Primo C, Amorim MHC, Leite FMC. Avaliação do conhecimento de puérperas acerca da amamentação. Enferm Foco. 2015; 6(1/4):12-6.
22. Borgo LA. Efeitos da pasteurização e do congelamento sobre a fração lipídica do leite humano. Brasília. Tese [Doutorado Ciências da Saúde]. – Universidade de Brasília; 2011.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos-um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

24. Stewart CP, Iannotti L, Dewey KG, Michaelsen KF, Onyango AW. Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Maternal Child Nutr.* 2013; 9(Supl. 2):27-45.

25. Vazir S, Engle P, Balakrishna N, Griffiths PL, Johnson SL, Creed-Kanashiro H, et al. Cluster-randomized trial on complementary and responsive feeding education to caregivers found improved dietary intake, growth and development among rural Indian toddlers. *Maternal Child Nutr.* 2013; 9(Supl.1):99-117.

26. Brasil GC, Leon CGRMP, Ribeiro LM, Schardosim JM, Guilhem DB. Conhecimento das mães sobre a alimentação de lactentes a partir dos seis meses de idade. *Rev Min Enferm.* 2017; 21:e-998

27. Monterrosa EC, Pelto GH, Frongillo EA, Rasmussen KM. Constructing maternal knowledge frameworks: how mothers conceptualize complementary feeding. *Appetite.* 2012; 59(2):377-84.

28. Özdoğan Y, Uçar A, Akan LS, Yılmaz MY, Sürücüoğlu MS, Çakıroğlu FP, et al. Nutritional knowledge of mothers with children aged between 0-24 months. *J Food Agric Environ.* 2012; 10(1):173-5.

29. Gusmão AM, Béria JU, Gigante LP, Leal AF, Schermann LB. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2013; 18(11): 3357-68.

30. Al-Sahab B, Lanes A, Feldman M, Tamim H. Prevalence and predictors of 6- months exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. *BMC Pediatrics.* 2010; 10.

*Correspondência para/Reprint request to:*

**Sueli Ismael Oliveira da Conceição**

*Av. Mario Andreazza, 3131,*

*Cond. Venezuela, casa 16,*

*Olho D'Água, São Luis/MA, Brasil*

*CEP:65068-500*

*Email: sueli.ismael@gmail.com*

Recebido em: 06/09/2019

Aceito em: 13/04/2020

Featuring deaths caused by land transport accidents in a city in Goiás state, Brazil

## Caracterização dos óbitos por acidente de transporte terrestre em um município de Goiás

**ABSTRACT | Introduction:** *Injuries resulting from land transport accidents are public health issues in middle and high-income countries. Objective:* Describing deaths caused by land transport accidents Senador Canedo County, from 2005 to 2017. **Methods:** *Descriptive, population-based study comprising all land transport accident victims who died in Senador Canedo County, from 2005 to 2017. Victims' age group, sex, place of death, race / color, schooling, marital status, address where the accident took place and underlying causes of death were subjected to descriptive analysis. Results:* 323 deaths were recorded, most of them were male individuals in the age groups 20-29 years (26.6%) and 30-39 years (25.1%), with brown skin color (66.3%) and single (43.7%). Variable 'schooling' was identified as unknown in most cases (41.5%), and it was followed by 4 to 7 years of schooling (18.6%). Hospitals (56.3%) and public roads (32.5%) were the prevalent places of death. There was 35.1% variation in the total number of deaths between 2005 and 2017 pedestrians recorded 11.9% variation and the other means of transport recorded decrease by 63.5%. **Conclusion:** *The study can help guiding the implementation of interventions focused on giving priority to populations exposed to increased risk of death. It is essential regulating traffic safety by improving monitoring processes implementing sanction measures and strengthening traffic safety management agencies.*

**Keywords |** *Traffic Accidents; Mortality; Morbidity.*

**RESUMO | Introdução:** As lesões decorrentes de acidente de transporte terrestre configuram-se como um problema de saúde pública, nos países de média e alta renda. **Objetivo:** descrever os óbitos por acidente de transporte terrestre no município de Senador Canedo, no período de 2005 a 2017. **Métodos:** Estudo descritivo, de base populacional. A população compreendeu todas as vítimas de acidente de transporte terrestre que foram a óbitos no período de 2005 a 2017. Foram incluídos faixa etária do óbito, sexo, local de ocorrência do óbito, raça/cor, escolaridade, estado civil e endereço de ocorrência e causas básicas de óbito. Realizada análise descritiva. **Resultados:** Foram encontrados 323 óbitos, a maioria sexo masculino, faixa etária entre 20 a 29 anos (26,6%) e 30 a 39 anos (25,1%), raça cor parda (66,3%), estado civil solteiro (43,7%). A variável escolaridade foi preenchida como ignorada para a maioria dos óbitos (41,5%), seguida por 4 a 7 anos de estudo (18,6%). Quanto ao local de ocorrência do óbito, a maioria ocorreu no hospital (56,3%) e em via pública (32,5%). A variação entre 2005 e 2017 foi de 35,1% para os óbitos totais, de 11,9% para os pedestres, e houve um decréscimo de 63,5% para outros meios de transporte. **Conclusão:** Este estudo pode orientar a implantação de intervenções que priorizem a população exposta à maior risco de óbitos. Torna-se importante a regulamentação da segurança no trânsito em relação à fiscalização, medidas de penalização e fortalecimento dos órgãos gestores de segurança no trânsito.

**Palavras-chave |** Acidentes de Trânsito; Mortalidade; Morbidade.

<sup>1</sup>Secretaria Estadual de Saúde de Goiás. Goiânia/GO, Brasil.

<sup>2</sup>Faculdade Lion. Goiânia/GO, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal de Goiás. Goiânia/GO, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

As Lesões decorrentes de Acidente de Transporte Terrestre (ATT) configuram-se, como um grave e complexo problema de Saúde Pública, principalmente, nos países de média e alta renda<sup>1</sup>. Estima-se que ocorra 1,2 milhões de mortes em decorrência de lesões de ATT em todo o mundo e que 50 milhões de pessoas fiquem feridas devido a esse agravo<sup>1</sup>.

A maioria das mortes por ATT ocorre em países de baixa e média renda, onde o rápido crescimento econômico vem sendo acompanhado de um aumento da motorização e, conseqüentemente, de acidentes de trânsito<sup>1</sup>. Mais da metade dos domicílios brasileiros (54%) dispõe de automóveis ou motocicletas para os deslocamentos dos seus moradores, refletindo a mudança do perfil de mobilidade da população brasileira, cada vez mais estruturado no uso dos veículos privados. De 2008 para 2012, por exemplo, o percentual de domicílios que possuía automóvel ou motocicleta subiu nove pontos percentuais (45% em 2008 para 54% de posse em 2012), sendo que as motocicletas tiveram o maior incremento no período<sup>2</sup>.

Os custos dos acidentes de trânsito foram estimados em 1 a 2% do Produto Interno Bruto (PIB) dos países ou ainda em um custo global de US\$ 518 bilhões/ano<sup>3</sup>. Estimativas recentes sugerem que o Brasil ocupa o quinto lugar em mortes relacionadas com o trânsito, resultando em cerca de 40.000 mortes e 150.000 vítimas gravemente feridas anualmente, com custos associados de cerca de R\$ 28 bilhões por ano<sup>4</sup>.

Em relação às mortes causadas pelo trânsito, em 2015 metade delas ocorreu entre os usuários vulneráveis, motociclistas (23%), pedestres (22%) e ciclistas (4%)<sup>1</sup>. No mesmo ano, os principais fatores de risco para os óbitos decorrentes de ATT foram: fatores que influenciam a exposição ao risco, como fatores demográficos e econômicos, nível de motorização e planejamento da estrutura viária; fatores que influenciam o envolvimento como velocidade inadequada e excessiva, beber e dirigir, segurança das vias urbanas e rodovias e falta de aplicação efetiva da lei; fatores que influenciam a gravidade do acidente e lesão, como a não utilização de cintos de segurança, não utilização de dispositivos de retenção para crianças e de capacetes, ou capacetes insuficientes e inadequados para a proteção contra acidentes, condução sob efeito do álcool; fatores que influenciam a lesão pós-acidente resultados, como atraso ou dificuldade para acesso ao serviço de saúde pré-hospitalar e hospitalar<sup>3</sup>.

As tendências de aumento do transporte individual no país são muito fortes, e isso traz grandes desafios para os dirigentes e gestores públicos do transporte no sentido de planejar políticas mitigadoras das externalidades negativas produzidas e planejar sistemas dentro dos conceitos do desenvolvimento sustentável<sup>5</sup>. Além disso, o comportamento arriscado dos motociclistas no trânsito, fruto da agilidade de manobras propiciada pela motocicleta, dos pedestres, ao aproveitarem os momentos de lentidão do fluxo para atravessar as pistas, são pegos de surpresa pelas motos circulando em velocidade entre as filas de veículos parados e dos automóveis, ao tentar mudar de fazer uma ultrapassagem ou conversão para uma via transversal, geram vítimas que requerem atendimento médico-hospitalar e podem provocar sequelas ou incapacidades em decorrência das lesões decorrentes dos ATT.

Além disso, os números de vítimas fatais e graves decorrentes dos acidentes de trânsito podem ser ainda mais elevados que os dados registrados nos sistemas de informações da saúde e do trânsito, uma vez que nem todos os acidentes são registrados ou são registrados com dados incompletos e inconsistentes. Esse sub-registro gera dificuldade para a quantificação do número real de casos, bem como para a análise das características dos acidentes e das vítimas<sup>6</sup>.

Diante do aumento nas taxas de motorização de carros e motocicletas como consequência do rápido crescimento econômico, rápida urbanização, por medidas econômicas para incentivar a produção de automóveis e motocicletas<sup>5</sup>, e pelo fato de o município de Senador Canedo fazer parte da região Metropolitana de Goiânia, capital do estado de Goiás, torna-se fundamental e oportuno conhecer e descrever os óbitos no referido município. O objetivo do estudo foi descrever os óbitos por acidente de transporte terrestre nessa cidade, no período de 2005 a 2017.

## MÉTODOS |

Trata-se de um estudo descritivo, de base populacional sobre óbitos por acidente de transporte terrestre no município em questão, o qual foi emancipado em 1988 e está inserido na região Metropolitana de Goiânia, Goiás, tendo como cidades vizinhas Aparecida de Goiânia, Bela Vista de Goiás, Bonfinópolis, Caldazinha, Goianápolis, Goiânia e Leopoldo de Bulhões.

Segundo estimativas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população em 2005 contava com 71.399 habitantes e em 2017 com 105.459 habitantes. A população em estudo compreendeu todas as vítimas de ATT que foram a óbitos no período de 2005 a 2017.

As informações sobre as declarações de óbitos de 2005 a 2016 foram obtidas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM), disponibilizada no endereço eletrônico: <http://www.datasus.gov.br>. Para o ano de 2017, as informações foram obtidas no sistema estadual do Sistema de Informações sobre Mortalidade.

Os dados sobre a população residente no seu município de Senador Canedo nos anos de 2005 e de 2017 foram extraídos do DATASUS disponível no endereço eletrônico: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?ibge/poptbr.def>.

Foram considerados todos os óbitos por ATT que constam na Categoria CID 10 V01 a V89. Os meios de transporte para os óbitos foram classificados conforme CID 10 em: ATT total (V01 a V89), ATT automóvel, (V40 a V59), ATT motocicleta (V20 a V39), ATT pedestres (V01 a V09) e ATT outros (V10 a V19 e V60 a V 89). Na categoria outros meios de transporte, foram incluídos os motoristas ou passageiro de ônibus, motorista ou passageiro de caminhão, ciclistas e ocupante de outros modos de transporte e acidentes não especificados.

No estudo foram incluídos dados sobre faixa etária do óbito, sexo, local de ocorrência do óbito, raça/cor, escolaridade, estado civil, endereço de ocorrência e causas básicas de óbito conforme lista da Classificação Internacional de Doenças - CID 10.

Para o cálculo da taxa de mortalidade nos anos de 2005 e 2017, foi utilizada a fórmula: Taxa de mortalidade = número de ATT em residente/população total residente em determinado ano x 100.000. Para o cálculo da variação percentual foi utilizada a seguinte fórmula: Variação percentual = (Taxa 2017 – Taxa 2005) \* 100 / Taxa 2005. Os dados foram organizados em planilhas do programa *Microsoft® Office Excel* para análise. Realizada análise descritiva. e os resultados foram apresentados em tabela e gráficos.

Este estudo foi realizado a partir de base de dados de fonte secundários, disponíveis para pesquisa pública, não

sendo, portanto, submetido a nenhum Comitê de Ética. O estudo teve como fundamento as diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas na resolução nº 466/2012<sup>7</sup>, atendendo aos fundamentos éticos e científicos exigidos.

## RESULTADOS |

No período de 2005 a 2017 tivemos 323 óbitos. A maior frequência de óbitos foi no sexo masculino, faixa etária entre 20 a 29 anos (26,6%) e 30 a 39 anos (25,1%), raça cor parda (66,3%), estado civil solteiro (43,7%). A variável escolaridade foi preenchida como ignorada para a maioria dos óbitos (41,5%), seguida por 4 a 7 anos de estudo (18,6%).

Ao comparar idade e sexo, observou que o sexo masculino foi mais frequente em todas as idades, exceto na idade de 0 a 9 anos, em que os óbitos femininos (6) foram o dobro do sexo masculino (3) (Figura 1).

Em relação ao local de ocorrência do óbito, a maioria ocorreu no hospital (56,3%), seguido de via pública (32,5%) (Figura 2).

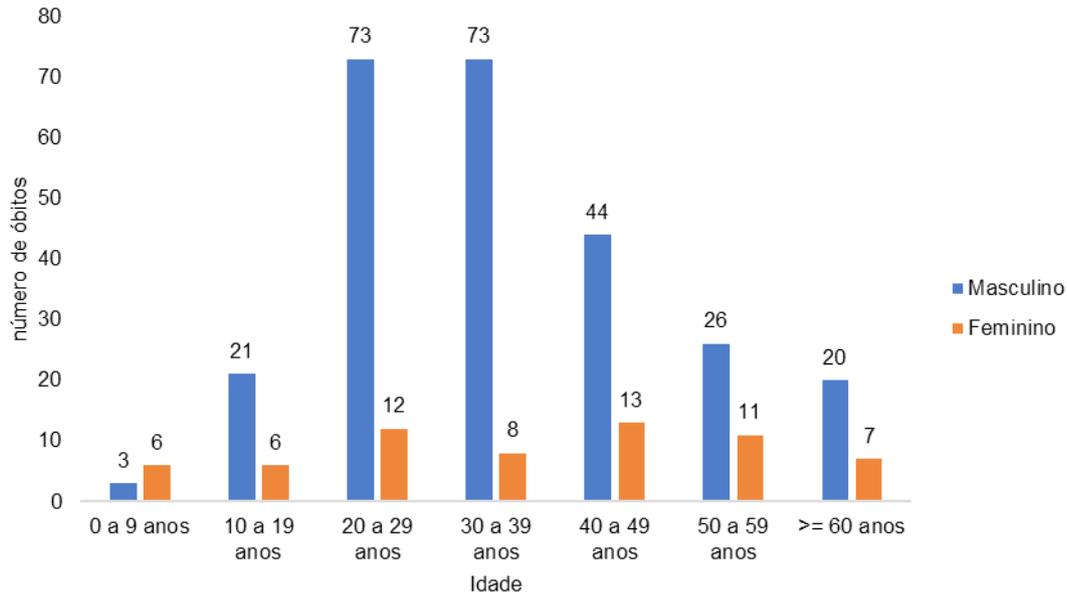
Na Figura 3, observa-se que uma tendência de estabilidade para a taxa de mortalidade geral no período analisado.

Em relação à taxa de mortalidade, para ATT automóvel, verificou-se um aumento em 2006 e diminuição nos seis anos seguintes e novo aumento em 2013, 2014 e 2016. Para ATT motocicleta, houve um aumento na taxa a partir de 2006 com redução em 2015 e novo aumento em 2016. Para ATT pedestres, houve diminuição da taxa em 2009 e aumento nos anos seguintes. Para ATT outros, observa-se uma redução da taxa de mortalidade em 2006 e aumento de 2007 a 2013, e nova redução de 2014 a 2017 (Figura 4).

A taxa de mortalidade para ATT automóvel em 2005 e 2017 permaneceu a mesma, porém para motocicleta de zero passou para 11,4/100.000 habitantes em 2017. A variação percentual entre 2005 e 2017 foi de 35,1% para os óbitos totais, de 11,9% para os pedestres, e houve um decréscimo de 63,5% para outros meios de transporte, e não houve variação para óbitos para os ocupantes de automóveis (Tabela 1).

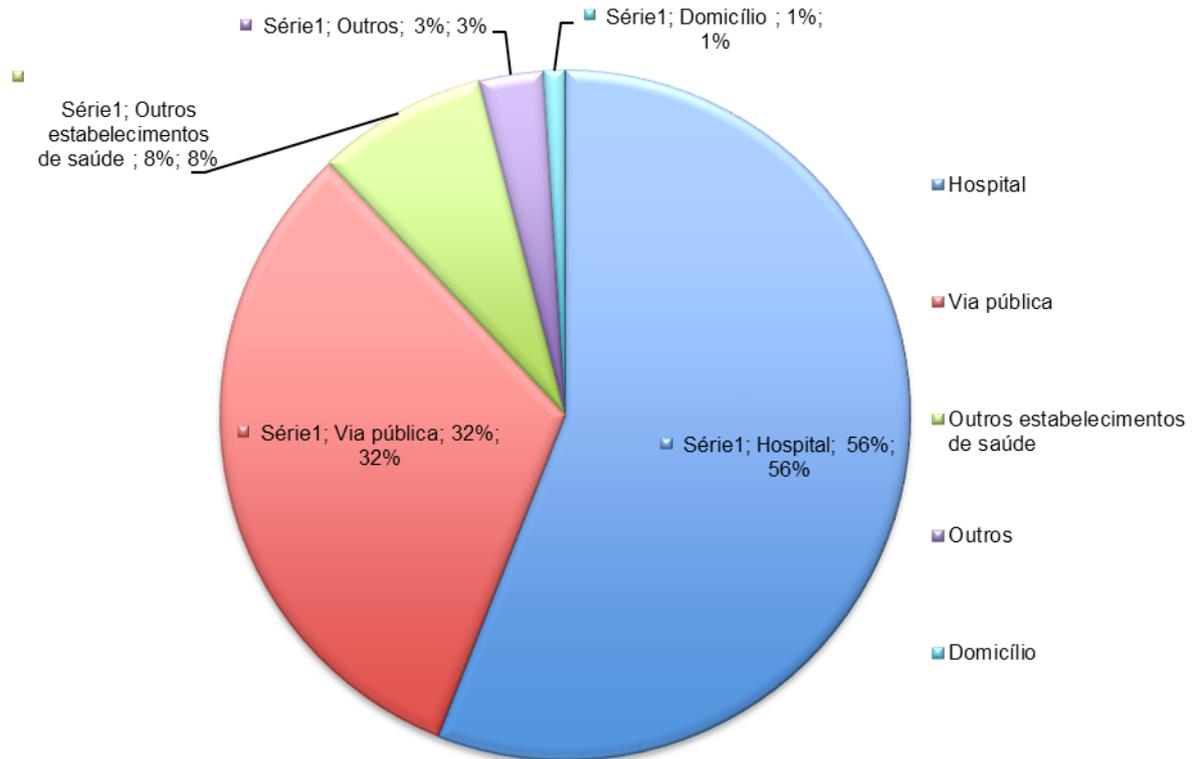
Em relação aos óbitos nas vias públicas no período de 2012 a 2017, foram observados 42 óbitos em via pública. Destes, a maioria ocorreu nas GO 403 (19%), GO 010 (19%), GO 536 (19%) e GO 020 (14,2%).

Figura 1 – Número de óbitos de ATT por idade e sexo, Senador Canedo-GO, no período de 2005 a 2017



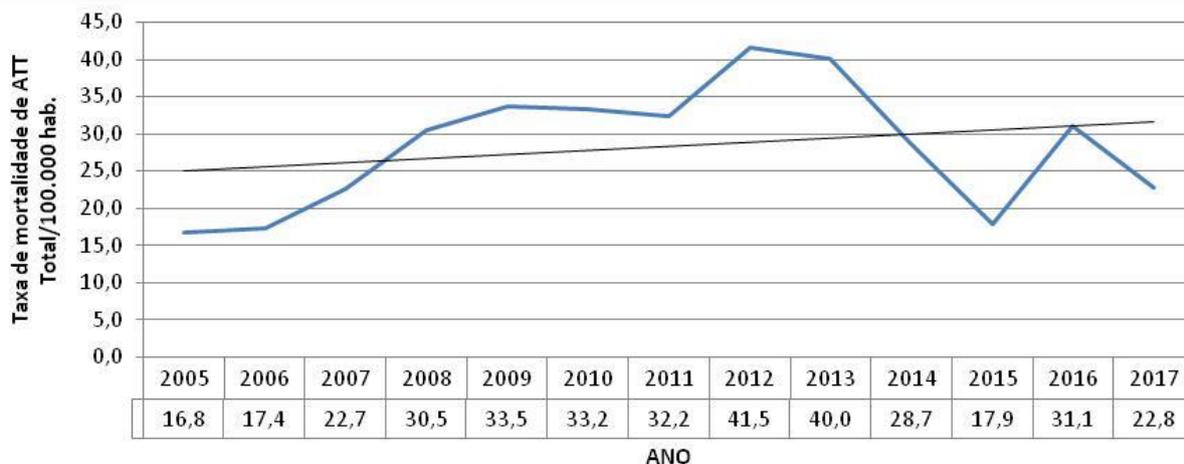
Fonte: SIM/DATASUS.

Figura 2 – Percentual de óbitos por local de ocorrência do óbito. Senador Canedo-GO, no período de 2005 a 2017



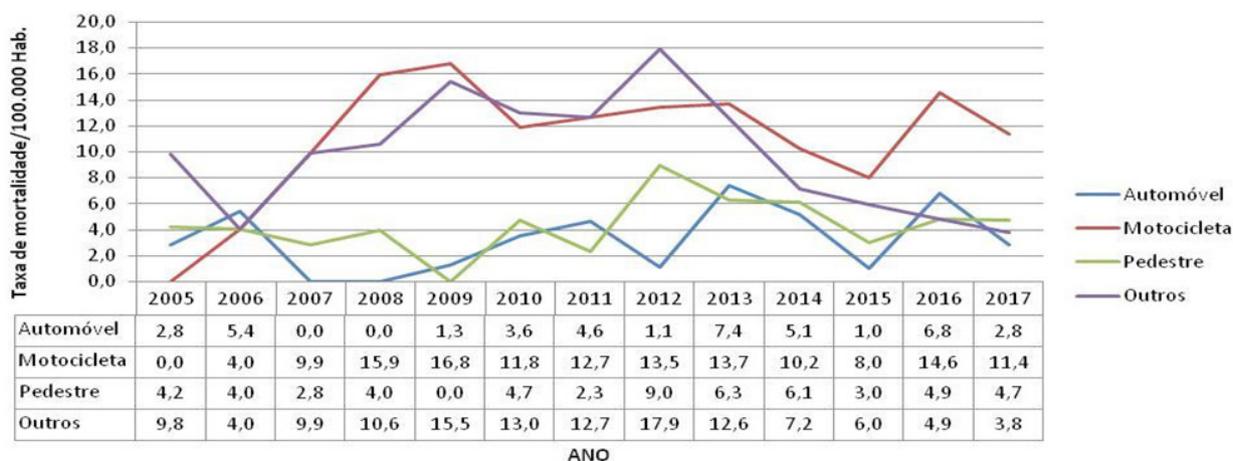
Fonte: SIM/DATASUS.

Figura 3 – Taxa de mortalidade geral de acidente de transporte terrestre. Senador Canedo-GO, no período de 2005 a 2017



Fonte: SIM/DATASUS.

Figura 4 – Taxa de mortalidade por acidente de transporte terrestre segundo meio de transporte. Senador Canedo-GO, no período de 2005 a 2017



Fonte: SIM/DATASUS.

Tabela 1 – Taxa de mortalidade para os ATTs e variação percentual. Senador Canedo-GO, nos anos de 2005 e 2017

	ATT automóvel	ATT motocicleta	ATT pedestres	ATT Outros	ATT total
<b>Taxa de mortalidade-2005</b>	2,8	0,0	4,2	9,8	16,8
<b>Taxa de mortalidade-2017</b>	2,8	11,4	4,7	3,8	22,7
<b>Variação percentual</b>	0,0	*	11,9%	- 63,5%	35,1%

\*Estimativa não gerada devido à ausência de valores no tempo inicial. Fonte: SIM/DATASUS.

## DISCUSSÃO |

No presente estudo, as maiores frequências de óbitos foram no sexo masculino, solteiros, faixa etária de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos e entre os motociclistas. Esses dados corroboram estudo recente realizado em Goiânia, que observou maior frequência de óbito no sexo masculino, da faixa etária entre 18 e 29 anos e motociclistas<sup>8</sup>.

O comportamento social e cultural da população jovem masculina faz com que estes sejam os mais afetados pelos ATT e, portanto, caracteriza-se pela maior exposição aos riscos de lesões e mortes decorrentes de hábitos que os predis põem a acidentes: excesso de velocidade, direção sob a influência do álcool, tendência em realizar manobras arriscadas aliado também a menor experiência em dirigir, tendo em vista que é nesse grupo que conseguem a licença para dirigir<sup>9</sup>.

Em relação à raça/cor, neste estudo, a maioria dos óbitos foram na raça/cor parda. Um estudo de 2013 constatou que mais da metade dos brasileiros que morreram devido à ATT era da raça/cor preta ou parda, apontando desigualdades sócio-raciais na mortalidade e na exposição a fatores de risco por essa causa<sup>10</sup>. A variável raça/cor também representa uma aproximação de nível socioeconômico, e, como a situação de maior pobreza nos brasileiros é evidenciada entre os pretos e pardos, possivelmente também há uma relação entre racismo e discriminação. Pode-se afirmar que esses fatores se somam na determinação de desvantagem também na mortalidade por causas externas dessa população.

A taxa de mortalidade para ATT automóvel em 2005 e 2017 permaneceu a mesma, porém para os pedestres e para motocicleta houve aumento. A taxa de mortalidade geral de ATT no período de 2005 e 2017 mostrou tendência estacionária corroborando o estudo “Saúde Brasil 2017” que, no período de 2000 a 2015, no Brasil, apresentou variação da taxa de mortalidade de 17,6 para 18,3 óbitos/100 mil habitantes<sup>11</sup>. Os pedestres apresentaram maior risco de morte (5,3/100 mil) em 2000, e em 2015 foram os motociclistas (5,9/100 mil). O Brasil apresentou tendência de mortalidade de ATT estacionária, decrescente para pedestres, crescente para motociclistas e ocupantes de automóveis<sup>11</sup>. Isso é reflexo do aumento da frota de motocicletas e, em geral, o planejamento das políticas públicas urbanas e de segurança viária não acompanha esse crescimento<sup>12</sup>.

Neste estudo, fica evidente que as tendências da última década no trânsito indicaram leve aumento na mortalidade

de pedestres, manutenção das taxas entre ocupantes de automóveis, diminuição nas mortes dos outros meios de transporte e aumento na letalidade entre motociclistas. A quantidade de motocicletas nas ruas, aliada à falta de preparo dos condutores e ao desrespeito dos motoristas, com relação ao comportamento de risco como excesso de velocidade nas vias e uso do álcool na direção, dentre outros, faz os números de acidentes e consequentes óbitos crescerem expressivamente a cada ano.

Além disso, observa-se que os óbitos ocasionados na categoria outros meios de transporte, onde estão incluídos os motoristas/passageiro de ônibus, caminhão, ciclistas e ocupante de outros modos de transporte não especificados, teve uma variação na série temporal de 9,8/100.000 habitantes no ano de 2005 a 3,8/100.000 habitantes no último ano analisado. Isso pode ser explicado pela qualificação da causa básica após a investigação de óbitos com causa básica mal definida entre os ATT, na qual muitas vezes um óbito que estava classificado na categoria de V10 a V19 e V60 a V89 após a reclassificação da causa básica passa a fazer parte de outra categoria de ATT.

Em relação ao local de ocorrência do óbito, a maioria ocorreu no hospital e via pública. Isso mostra que apesar de a vítima ter acesso ao serviço de saúde, não sobrevive em virtude da gravidade do acidente e também que algumas vítimas vão a óbito sem acesso ao serviço pré-hospitalar móvel no local do ATT. Estudos têm mostrado que a assistência pré-hospitalar precoce (dentro da 1ª hora de lesão) e hospitalar de qualidade previnem e reduzem a probabilidade de óbito e sequela potencialmente evitáveis em decorrência de ATT<sup>13-14</sup>.

Quanto aos óbitos ocorridos em via pública no período de 2012 a 2017 no município de Senador Canedo, a maioria ocorreu nas GO 403 (19%), GO 010 (19%), GO 536 (19%), e GO 020 (14,2%). A GO 403, que fica entre a região leste de Goiânia e Senador Canedo, foi inaugurada em 2015, e é conhecida pelo tráfego de veículos pesados, caminhões de transportadores e de empresas de distribuição que atuam no polo petroquímico de Senador Canedo usuários da via. A GO 010 fica na saída para Bonfinópolis, já a GO 536 fica na Região Metropolitana de Goiânia, e a GO 020 é uma via duplicada desde 2017 começando nas proximidades do Autódromo de Goiânia e indo até o trevo de acesso a Piracanjuba, depois de Bela Vista de Goiás. Esses trechos são caracterizados por grande fluxo de veículos, tanto leves quanto pesados, e alguns trechos possuem alto fluxo de pessoas que residem nas proximidades, ou que buscam

atendimento na Colônia Santa Marta (GO 403), e se arriscam ao atravessar as vias em lugares inapropriados, predispondo-se ao risco de atropelamento. Entretanto, em algumas vias, apesar de terem boa infraestrutura, serem duplicadas e sinalizadas, verifica-se que o ATT continua acontecendo, provavelmente em decorrência dos fatores de risco dos condutores, como excesso de velocidade e condução sob influência do álcool ou outras drogas.

Dados similares foram encontrados em um estudo que analisou os acidentes de trânsito fatais ocorridos nas rodovias federais de Santa Catarina no ano de 2015, e mostrou que uma determinada rodovia foi responsável por 68% das mortes por atropelamento no Estado, 18% do total de mortes foram de motociclistas, e em 47% dos óbitos um dos veículos envolvidos era de carga pesada<sup>15</sup>. Outro estudo que analisou os ATT em uma rodovia no Mato Grosso, em 2004, observou uma maior chance de ocorrência de ATT com vítimas, entre os acidentes do tipo colisão frontal e atropelamento de pedestre e os fatores contribuintes para o ATT foram: defeito na via e desobediência à sinalização<sup>16</sup>.

Diante disso, fica evidente que por serem vias de trânsito rápido é preciso estabelecer medidas de intervenção de caráter global, não focalizando ações somente na modificação do comportamento do condutor e na fiscalização, mas também considerando a melhoria das condições gerais das rodovias, pois dessa forma alguns dos fatores presentes na ocorrência de acidentes, tais como buracos, defeitos na pista, condições inadequadas de sinalizações (horizontal e vertical) poderão ser corrigidos para redução de ATT nas rodovias.

Embora a infraestrutura das vias possa ajudar grandemente na redução da frequência e gravidade dos acidentes de trânsito, também pode contribuir para os ATT. A rede viária tem um efeito sobre o risco de colisão porque determina como os usuários da estrada percebem seu ambiente e fornece instruções para eles, informando por meio de sinais de trânsito e controle do tráfego sobre o que eles devem fazer. Muitas medidas de gerenciamento de tráfego e engenharia de segurança viária funcionam através da sua influência no comportamento humano. Os fatores de engenharia do trânsito incluem aqueles em que um defeito da estrada desencadeia diretamente um ATT, onde algum elemento da via engana um usuário da estrada e, assim, ocorre um erro, ou onde alguma alteração física viável na estrada faz com que o acidente seja evitado.

Em relação à completude e consistência dos dados, na variável escolaridade foi em sua maioria preenchida como ignorada. Além disso, há um grande número de óbitos com causa básica não especificada, o que dificulta a análise de dados conforme o tipo de acidentes e, conseqüentemente, influencia na real magnitude desse agravo e nas propostas de intervenções de segurança no trânsito. É consenso na literatura que gerar informações qualificadas e completas é fundamental para conhecer a real magnitude dos acidentes. Essas evidências devem orientar as intervenções de segurança no trânsito e deve se constituir uma primeira etapa para planejamento de ações efetivas para prevenção, redução de acidentes<sup>1</sup>.

## CONCLUSÃO |

Este estudo identificou o perfil das vítimas fatais de ATT nos últimos treze anos e pode orientar a implantação de intervenções que priorizem a população exposta à maior risco de óbitos no município de Senador Canedo.

Ressalta-se a importância da regulamentação da segurança no trânsito em relação à fiscalização, às medidas de penalização e ao fortalecimento dos órgãos gestores de segurança no trânsito. Essas medidas podem reduzir as chances de ocorrência de um ATT e também podem reduzir a gravidade das lesões e do número de mortes, principalmente entre os usuários mais vulneráveis do trânsito.

Este trabalho pode fornecer informações para subsidiar ações que visem à prevenção e redução dos acidentes por meio do conhecimento da sua magnitude e características das vítimas e local de ocorrência.

Este estudo apresentou algumas limitações que dificultam a análise real da magnitude dos ATT. Dentre essas limitações, podemos citar imprecisões dos dados de escolaridade e alto percentual de causas básicas de acidente não especificado. Outra limitação é a ausência dos locais de acidentes de 2005 a 2011, pois esses dados estão disponíveis em outro sistema de informação.

Diante da incompletude dos dados observada neste estudo e da causa básica não especificada em muitos casos, faz-se necessário investimento na melhoria da qualidade dos dados da DO, e para isso recomenda-se ainda a sensibilização e capacitação dos profissionais médicos que trabalham no preenchimento das declarações de óbito para o melhor

preenchimento desse documento. Tais melhorias são primordiais para o conhecimento do perfil de mortalidade da população, possibilitando entender mais adequadamente suas necessidades de saúde, e, assim, subsidiando a tomada de decisões no planejamento de hospitais e nas redes de atenção à saúde para vítimas de ATT.

Recomenda-se que seja realizada a análise individual dos óbitos de ATT pela equipe do Programa Vida no Trânsito do Município com a identificação dos principais fatores de risco dos acidentes para orientar intervenções de segurança do trânsito e na saúde, contribuindo para a redução de ATT e dos óbitos.

Além disso, sugere-se a criação de um sistema universal para registro dos acidentes de trânsito que integre as informações dos órgãos do Sistema Nacional do Trânsito, Instituto Médico Legal, e serviços de atendimento pré-hospitalar, tais como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e bombeiros, Sistemas de Informação da Saúde SIM e SIH, objetivando maior cobertura das ocorrências e complementaridade das informações, bem como o conhecimento dos fatores associados à gravidade das lesões por ATT, a fim de planejar ações direcionadas a grupos mais vulneráveis.

## AGRADECIMENTOS |

Agradeço a equipe do EPISUS fundamental e a Secretaria do Estado de Saúde de Goiás pela realização deste curso e pela valiosa contribuição para o meu aprimoramento profissional.

## REFERÊNCIAS |

1. Organização Mundial da Saúde. Global status report on road safety. Genebra: OMS; 2015.
2. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Estimativa dos custos dos acidentes de trânsito no Brasil com base na atualização simplificada das pesquisas anteriores do IPEA. Brasília: IPEA/ANTP; 2015.
3. Organização Mundial de Saúde. World report on road traffic injury prevention. Genebra; 2004.
4. Bacchieri G, Barros AJD. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. Rev Saúde Pública. 2011; 45(5):949-63.
5. Carvalho CHR. Desafios da mobilidade urbana no Brasil. Brasília: IPEA; 2016.
6. Mello-Jorge MHPM, Cascão AM, Reis AC, Laurenti R. Em busca de melhores informações sobre a causa básica do óbito por meio de *linkage*: um recorte sobre as causas externas em idosos – Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2006. Epidemiol Serv Saúde. 2012; 21(3):407-18.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 13 jun 2013.
8. Mandacarú PMP, Rabelo IVM, Silva MAA, Tobias GC, Morais Neto OL. Óbitos e feridos graves por acidentes de trânsito, Goiânia, 2013. Epidemiol Serv Saúde. 2018; 27(2):e2017295.
9. Barreto MS, Teston EF, Latorre MRDO, Mathias TAF, Marcon SS. Mortalidade por acidentes de trânsito e homicídios em Curitiba, Paraná, 1996-2011. Epidemiol Serv Saúde. 2016; 25(1):1-10.
10. Andrade SSCA, Mello-Jorge MHP. Mortalidade e anos potenciais de vida perdidos por acidentes de transporte no Brasil, 2013. Rev Saúde Pública 2016; 50:59.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
12. Velásquez HA, Eastman AC. Segurança no trânsito: um problema de política pública. Washington: OPAS; 2004.
13. Ray JJ, Meizoso JP, Satahoo SS, Davis JS, Van Haren RM, Dermer H, et al. Potentially preventable prehospital deaths from motor vehicle collisions. Traffic Injury Prevention. 2016; 17(7):676-80.
14. Sánchez-Mangas R, García-Ferrrer A, Juan A, Martín Arroyo A. The probability of death in road traffic accidents: how important is a quick medical response? Accid Anal Prev. 2010; 42(4):1048-56

15. Marcon GA, Graziano LAG, Cunha FA, Dutra A, Ensslin L. Avaliação do perfil dos acidentes fatais ocorridos nas rodovias federais de Santa Catarina em 2015 e sua utilização para direcionar ações que visem reduzir a violência no trânsito. *Estudos de Administração e Sociedade*. 2017; 2(3):69-83.

16. Almeida LCC, Pignatti MG, Espinosa MM. Principais fatores associados à ocorrência de acidentes de trânsito na BR 163, Mato Grosso, Brasil, 2004. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(2):303-12.

*Correspondência para/Reprint request to:*

**Cristiane Chagas Teixeira**

*Rua 227 Qd 68, S/N,*

*Setor Leste Universitário, Goiânia/GO, Brasil*

*CEP: 74605-080*

*E-mail: cc-teixeira@hotmail.com*

Recebido em: 25/09/2019

Aceito em: 11/08/2020

Samuel Trezena<sup>1,3</sup>  
Ana Catarina Marcena Santos<sup>1,3</sup>  
Irenice Juliana Gonçalves Santos<sup>1,3</sup>  
Keyla Marinho de Paiva<sup>2</sup>  
Luis Binício dos Reis<sup>2</sup>  
Patrícia Helena Costa Mendes<sup>3</sup>

**The applicability of family approach tools: self-care promotion, social reintegration and grief experience by an elderly patient**

## | Aplicabilidade de ferramentas de abordagem familiar: promoção do autocuidado, reinserção social e vivência de luto por paciente idoso

### **ABSTRACT | Introduction:**

*Approaching individuals in their family context is one of the Primary Health Care principles. The Family Health Strategy uses tools deriving from fields such as Sociology and Psychology; among them, one finds genogram, ecomap, life cycles, F.I.R.O, P.R.A.C.T.I.C.E and family conference. These tools are used to intervene in family demands for health services. Objective: Reporting the experience of a primary care team in the application of family approach tools in healthcare provided to an elderly individual.*

**Methods:** *Qualitative descriptive study of the experience report type. Family approach tools were used as diagnosis and intervention method to assess patient's family dynamics.*

**Experience Report:** *A.B., an 81-year-old individual making use of multiple drugs, has sought the Basic Health Unit complaining about pressure in his head. After listening to the patient, health professionals noticed that his symptoms had started after the death of his partner, six years before. It was decided that family approach tools should be used to intervene in the identified issues. Right after analyzing the tools and based on the present case, the following intervention actions were selected: providing instructions about self-care and, mainly, reinforcing the importance of having a social life and of dealing with issues such as grief and family relationship with his children. Conclusion: Family approach tools enabled performing effective interventions focused on improving patient's condition by not only providing clinical medical care, but also by including the patient in spaces and activities capable of improving his quality of life.*

**Keywords |** *Family Health; Family Relationships; Primary Health Care; Interdisciplinary Health Team.*

**RESUMO | Introdução:** Um dos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) é a abordagem do indivíduo dentro do seu contexto familiar. Com isso, a ESF lança mão de ferramentas provenientes de áreas como a sociologia e a psicologia, tais como o genograma, ecomapa, ciclos de vida, F.I.R.O, P.R.A.C.T.I.C.E e a conferência familiar, para intervir em demandas familiares que são direcionadas ao serviço de saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma equipe saúde da família (eSF) com a aplicação de ferramentas de abordagem familiar no cuidado de um indivíduo idoso. **Métodos:** Trata-se de um trabalho de abordagem descritiva e qualitativa, do tipo relato de experiência, em que as ferramentas de abordagem familiar foram utilizadas como método de diagnóstico e intervenção para avaliação da dinâmica familiar do paciente. **Relato de experiência:** A.B., 81 anos, polifarmacêutico, procurou a Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixa de pressão na cabeça. Depois de escuta por parte dos profissionais, foi percebido que os sintomas se iniciaram após a morte da companheira, há seis anos. Foi decidido utilizar as ferramentas de abordagem familiar para intervenção nos problemas identificados. Logo após análise das ferramentas, foi percebido como ações de intervenção realizar orientações quanto ao autocuidado e principalmente reiterar o sujeito quanto ao convívio social, lidando com as questões do luto e relacionamento familiar com seus filhos. **Conclusão:** Por meio das ferramentas de abordagem familiar, foram propostas intervenções eficazes para melhora do paciente com a utilização de recursos que incluíam não somente o cuidado clínico- médico, mas também o envolver em espaços e atividades que favoreçam a qualidade de vida.

**Palavras-chave |** Saúde da Família; Relações Familiares; Atenção Primária à Saúde; Equipe Interdisciplinar de Saúde.

<sup>1</sup>Hospital Universitário Clemente de Faria. Montes Claros/MG, Brasil.

<sup>2</sup>Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros. Montes Claros/MG, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros/MG, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

O modelo assistencial em saúde é pautado no sistema de redes, e o centro coordenador do usuário existe por meio da atenção primária à saúde (APS). A APS no Brasil foi consolidada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que através de uma equipe multiprofissional presta serviço à comunidade com ênfase na promoção de saúde e prevenção a agravos, quebrando com paradigmas do modelo curativista<sup>1,2</sup>.

Conforme a nova Portaria Nacional de Atenção Básica (PNAB), a APS tem como uma das diretrizes o cuidado centrado do indivíduo, analisando-o em sua totalidade, sendo ela seu ambiente familiar, a comunidade na qual ele é inserido além de outras formas de coletividade, que são essenciais na vida dos sujeitos e no processo de saúde<sup>3</sup>. De acordo com Starfield<sup>4</sup>, o princípio da abordagem familiar é entender que os problemas de saúde de um indivíduo podem e são compreendidos conforme o contexto e o seu meio de convívio. Entende-se como família o sistema interpessoal de indivíduos, que possam ou não habitar a mesma residência e que mantêm entre si relações embora as compreensões e formas como hoje visualizamos as famílias sejam diversas<sup>5,6</sup>.

Com a melhoria da qualidade e aumento da expectativa de vida, ocorreu o fenômeno do envelhecimento populacional, percebido pelo aumento de indivíduos com mais de 60 anos. Assim, visualizam-se, cada vez mais, pessoas na terceira idade presentes em famílias ampliadas (três ou mais gerações no mesmo domicílio), residindo com o parceiro, ou até mesmo morando sozinhas; mudando o padrão do perfil familiar. Assim sendo, cabe às eSF (equipes de Saúde da Família) incluírem o cuidado centrado na pessoa idosa, que demandam da necessidade de acompanhamento por parte da ESF, pois com a mudança demográfica também se modificou o perfil de saúde, percebido por meio do aumento da prevalência das condições crônicas e hospitalizações decorrentes delas<sup>7-9</sup>.

Seguindo o princípio da abordagem familiar<sup>4</sup>, um dos métodos de intervenção dos profissionais é o uso de algumas ferramentas, tais como o genograma (ou heredograma familiar), o ecomapa, ciclo de vida familiar e os modelos F.I.R.O e P.R.A.C.T.I.C.E de avaliação da família<sup>1</sup>, ferramentas essas preconizadas pelo Ministério da Saúde<sup>10</sup>. As ferramentas de abordagem na saúde da família são tecnologias provenientes de áreas como a sociologia e a psicologia e, para a sua funcionalidade, necessitam da criação de vínculo do ciclo familiar em questão com os

profissionais da ESF para que muitas vezes a intervenção seja efetiva e assim gerar mudança não apenas em um, mas em todo o ciclo de convívio familiar<sup>5,11,12</sup>. Com o uso e discussão desses instrumentos, a eSF pode elaborar a chamada Conferência Familiar, que objetiva convocar todos os membros familiares numa reunião, expondo os problemas identificados, e assim intervir condizentemente com a realidade observada<sup>2,12</sup>.

Desse modo, o presente trabalho objetiva descrever a experiência por parte de uma eSF com a utilização das ferramentas de abordagem familiar no cuidado de um indivíduo idoso.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA |

O presente trabalho é o relato de experiência da eSF Santa Lúcia I composta por profissionais de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, presente no município de Montes Claros (MG). Trata-se de um trabalho de abordagem descritiva qualitativa, em que as ferramentas de abordagem familiar, anteriormente citadas, foram utilizadas como método de diagnóstico e intervenção para avaliação da dinâmica familiar do paciente. O estudo foi realizado no período compreendido entre maio de 2019 até março de 2020. A família em questão foi esclarecida quanto ao objetivo do trabalho, sendo os nomes dos participantes do relato alterados por siglas de letras aleatórias, com intuito de manter o anonimato.

O vigente artigo faz parte do Projeto de Pesquisa “Abordagem familiar em equipes-polo da residência multiprofissional em saúde da família” e foi desenvolvida conforme os preceitos éticos da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Unimontes sob o parecer substanciado N° 572.244.

Paciente A.B., leucoderma, 81 anos, do sexo masculino, procurou a Unidade Básica de Saúde (UBS) com a seguinte queixa: “estou com um peso na cabeça, como se fosse uma pressão”. Durante escuta de saúde mental, paciente relatou que sente espécie de desconforto na cabeça, e que episódios dessa natureza começaram após a morte da sua esposa, M.L.B., que faleceu há quase seis anos após complicações cardíacas da Doença de Chagas. A.B é hipertenso, cardiopata, apresenta hiperplasia prostática

benigna, é ex-tabagista e com história pregressa de cirurgia de ponto de safena, hanseníase e psoríase. Ele faz uso de hidroclorotiazida, losartana, somalgin cardio, pantoprazol, doxazosina, atorvastatina e escitalopram. Durante atendimento, A.B. citou “quando minha esposa era viva não sentia nenhuma dor abaixo da unha”. Após esse momento, foi solicitado momento de escuta com a psicóloga da unidade.

No atendimento com a psicóloga, A.B. foi perguntado sobre as dores de cabeça. Ele se queixa de que não são exatamente dores, mas as define como uma “depressão”, algo difícil de explicar, e a todo o momento da consulta leva a mão sobre a testa, informando que sempre vêm lembranças. Quando questionado de sua família e convívios sociais, A.B. diz morar sozinho, mas que frequentemente seus filhos o vão visitar, e que, aos domingos, costuma frequentar a igreja evangélica. Após avaliação do caso, houve a reunião com a equipe multiprofissional com o intuito de averiguar o que poderia ser realizado para sanar as demandas relatadas pelo paciente. A discussão da equipe direcionou ao objetivo de: reinserir A.B. em espaços onde ele possa interagir com outras pessoas, manter a questão do autocuidado continuado e tentar fazer com que lide com a questão do luto. Assim, foi definido aplicar as ferramentas de abordagem familiar para acompanhamento do caso, contidas no Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde<sup>10</sup>.

A equipe realizou a primeira visita com o intuito de conhecer o histórico familiar de A.B., para então empregar

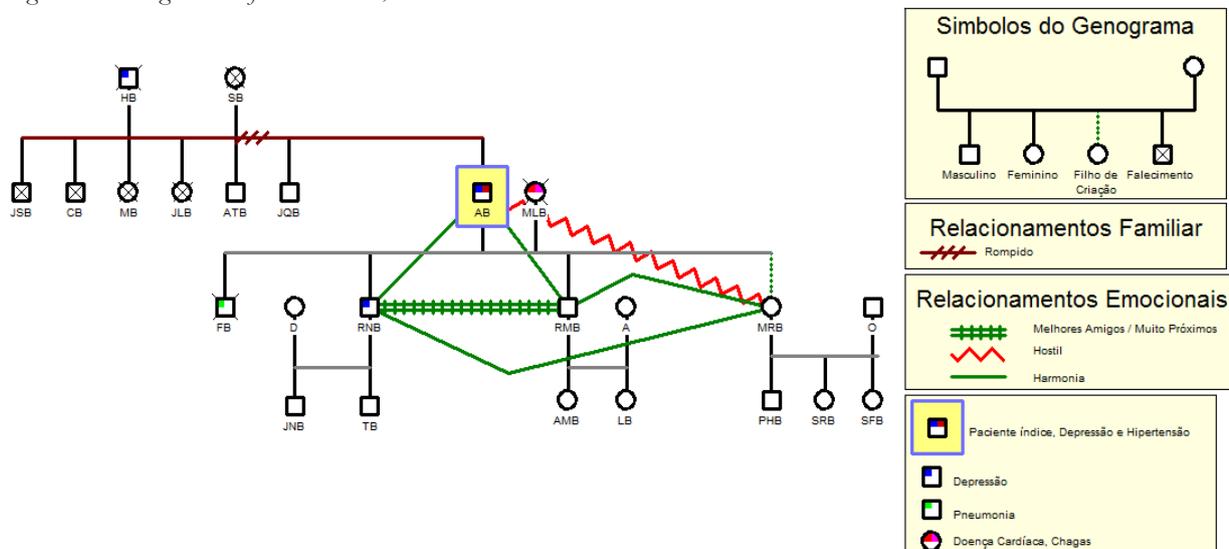
as ferramentas de abordagem. Durante o momento, foi confeccionado o genograma (Figura 1) e o ecomapa (Figura 2). A.B. nasceu no estado de Pernambuco (PE), mas nos anos 60 veio para Minas Gerais (MG) junto com seu irmão C.B., para trabalhar. Relata que sua mãe faleceu quando ele tinha dois anos de idade, por isso ele e seus seis irmãos foram criados pelos avós, pois seu pai não dispunha de condições de criá-los devido a grave quadro depressivo. A.B. se casou com M.L.B., a qual já tinha uma filha, M.R.B., que mesmo não sendo biológica foi registrada por A.B. Do casamento nasceram R.N.B. e R.M.B., e atualmente ambos são casados e não residem com o pai. Em outro momento, R.N.B. resgatou informação de que seus pais tiveram um

Figura 2 – Ecomapa do paciente índice, 2020



Fonte: Arquivo próprio dos autores.

Figura 1 – Genograma da família do caso, 2020



Fonte: Arquivo próprio dos autores.

filho que faleceu antes de completar dois anos, F.B., devido a pneumonia.

Os dois filhos biológicos de A.B. apresentam uma boa relação, considerando-se melhores amigos. Com a irmã mais velha há um vínculo harmonioso com R.N.B e R.M.B. Durante o momento no domicílio, A.B. relata tipo de relacionamento mais hostil com M.R.B., que morava com ele e sua falecida esposa, junto com os netos P.H.B. e S.R.B., mas se mudaram para outra cidade após falecimento de M.L.B. A.B sempre fala de muitas saudades de sua neta S.R.B.

Quanto aos irmãos de A.B., ele perdeu o contato com a família após mudar de seu estado, relacionando-se poucas vezes com C.B., que residia em outro município, mas que faleceu 90 dias após a morte de M.L.B. A.B. não sabe informar se seus irmãos A.T.B. e J.Q.B. ainda estão vivos.

R.N.B. relatou que ele e seu irmão já tentaram levar A.B. para morar com eles, mas ele é bastante resistente quanto à situação. É percebida uma grande interação do paciente-índice com os vizinhos, que são bastante interados quanto à situação de saúde de A.B., além de terem um forte vínculo de convívio social. Os vizinhos têm o contato dos filhos de A.B., o qual também é resistente quanto à aquisição de um telefone.

Após o momento, A.B. foi orientado pela equipe nos seguintes pontos: a) convidado a participar do grupo de ginástica de idosos que ocorre duas vezes por semana na UBS; b) tentar participar do grupo operativo de convívio, coordenado pela psicóloga, que acontece semanalmente

na ESF c) frequentar outros espaços, como a igreja; d) manter rotina adequada do uso das medicações; e) tentar ter o contato dos filhos (número de telefone) ou adquirir um aparelho telefone; e f) visitas foram agendadas para observação do desempenho das instruções dadas, além de conversas com os familiares, para orientações quanto às funções para as quais a família é designada para o tratamento em questão.

Sobre as ferramentas de abordagem familiar, A.B. se encontra no estágio VIII do Ciclo de Vida Familiar<sup>13</sup>, “Famílias em envelhecimento”, caracterizado pela perda de sua parceira e também de familiares, além do “ninho vazio”. Já o F.I.R.O – Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais, é classificado em três categorias: Inclusão (subcategorizada em estrutura, conectividade e modo de compartilhar), Controle e Intimidade<sup>1,6</sup>; e as suas classificações, no caso em questão, estão descritas no Quadro 1.

O P.R.A.C.T.I.C.E avalia o funcionamento das famílias através do foco do problema, e cada inicial da sigla apresenta um significado, que assim como o F.I.R.O representa uma dimensão analisada<sup>1,12,14</sup>(Quadro 2).

A conferência familiar foi programada para ser realizada com A.B. e seus filhos, no entanto apenas um pôde comparecer devido a compromissos pessoais. A reunião serviu para conversar com o paciente-índice sobre as orientações que lhe foram passadas. Foi observada melhora na expressão de A.B., que muitas vezes comparecia à UBS com fisionomia um pouco mais “entristecida”, relatando se sentir melhor quanto à pressão na cabeça e a “depressão”.

Quadro 1 – Descrição da ferramenta F.I.R.O aplicada no caso, 2020

Dimensão	Descrição da dimensão
Inclusão	<i>Estrutura:</i> As interações familiares são boas, com exceção de A.B. com a enteada. Todos assumem papéis bem definidos, os filhos preocupados com o cuidado com o pai, e o paciente índice é bastante assíduo quanto as questões de saúde. <i>Conectividade:</i> O ciclo familiar de A.B. apresenta uma boa relação, com exceção entre A.B. e M.R.B. <i>Modo de compartilhar:</i> R.N.B. visita o pai numa frequência quase que diária, além das visitas ou eventuais momentos, a família não apresenta outros encontros familiares.
Controle	Percebe-se na família em questão o controle colaborativo, onde há uma divisão de influências dentro do elo familiar. Há divergências em atitudes, pois os filhos não querem que o pai more só. No entanto, percebe-se um respeito mútuo entre as opiniões alheias.
Intimidade	A.B. apresenta relação muito harmônica e afetiva com seus filhos, e respectivamente com suas noras e netos. Relação hostil quanto à enteada (M.R.B.) que foi embora após falecimento da mãe. A.B. sente muita saudade da neta (S.R.B). R.N.B e R.M.B. se consideram melhores amigos.

Fonte: Próprio dos autores.

Quadro 2 – Descrição da aplicação do P.R.A.C.T.I.C.E no caso, 2020

Dimensão	Descrição da dimensão
<b>Problem (Problema apresentado)</b>	Paciente A.B. é viúvo, mora sozinho, cardiopata, com sintomas depressivos, ex-tabagista com história pregressa de cirurgia de ponto de safena, hanseníase e psoríase. Queixa de pressão/desconforto na cabeça após a morte da esposa.
<b>Roles and Structure (Papéis e estrutura)</b>	Paciente índice é aposentado e exerce normalmente suas atividades básicas diárias.
<b>Affect (Afeto)</b>	Os filhos demonstram muita preocupação quanto ao quadro de saúde do pai. A.B recebe visitas dos filhos numa frequência de a cada dois dias, e considera os denomina como “tesouros”.
<b>Communication (Comunicação)</b>	Muito satisfatória entre A.B. e seus filhos, entretanto um pouco comprometida com suas noras, pois ele acha que as incomoda. Ademais, ele não estabelece comunicações com os membros da sua família original de Pernambuco.
<b>Time in Life Cycle (Tempo no ciclo de vida)</b>	Estágio VIII – Famílias em envelhecimento
<b>Illness in family (Doença na família)</b>	Além dos problemas de saúde do paciente índice há outros membros da família (H.B. e R.N.B) com histórico de depressão. M.L.B. faleceu por conta de complicações da Doença de Chagas e doenças cardiovasculares.
<b>Coping with stress (Enfrentando o estresse)</b>	Paciente recorre ao uso de antidepressivo para lidar.
<b>Ecology (Ecologia)</b>	A.B. frequenta a igreja aos finais de semana. Apresenta uma boa rede de apoio com os vizinhos. Forte vínculo com a comunidade.

Fonte: Próprio dos autores.

É notória a adesão de A.B. ao grupo operativo de idosos, e ele procura semanalmente a UBS para participar, além de ir a outros dias para aferir pressão arterial (PA) e ter momentos de escutas com a psicóloga da unidade.

A.B. também está frequentando, aos finais de semana, a igreja, além de se interar mais com os vizinhos. A unidade reconhece a vizinhança como espaço harmônico para o paciente, que conta com uma rede de apoio de indivíduos os quais não são do seu ciclo familiar, mas que apresenta benefícios quanto ao seu estado de saúde mental. R.N.B tenta visitar o pai diariamente, sendo que os intervalos não ultrapassam dois dias; já A.B. agora tem anotado o contato dos filhos, apesar de não ter aceitado a aquisição de um telefone.

Durante a conferência, outro problema foi levantado por R.N.B.: seu pai não costuma visitá-lo, e quando vai, não fica por muito tempo. Como reside próximo à casa de A.B., todos acharam importante a ideia de conciliar visitas do paciente-índice à casa do filho. A pactuação da prática de caminhada (do domicílio de A.B. para o de R.N.B), foi julgada como interessante, pois o paciente irá desempenhar a prática de exercício, necessário para controle da PA.

## DISCUSSÃO |

A realização do presente caso fez com que os profissionais da ESF percebessem a necessidade de realizar outros tipos de metodologias para abordar diferentes demandas ao serviço. Vislumbra-se que com a presente publicação, desperte em outras eSF o interesse de realizar trabalhos como este, uma vez que, mediante a intervenção em nível familiar, com o uso dessas ferramentas, problemas podem ser sanados, e assim reduzir a demanda e procura de alguns indivíduos por serviços da ESF que já poderiam ser resolvidos.

De acordo com a recente PNAB<sup>3</sup>, trabalhos interdisciplinares e em equipe são fundamentais para realizar o cuidado integral da clientela adscrita, podendo ser realizados nos domicílios e demais espaços da comunidade. Assim, a abordagem familiar, integra elemento de gestão do cuidado como também de prática diagnóstica e terapêutica<sup>3,10</sup>.

Assim como o perfil familiar tem mudado, a família do caso em questão se torna uma realidade cada vez mais comum. Idosos que moram sozinhos têm aumentado a sua prevalência conforme estudos de Camargos *et al*<sup>15</sup>. Um dos motivos apresentados por A.B., não ir morar com um dos seus filhos, é que ele se sentiria como incômodo para eles.

Durante as visitas tal assunto foi abordado abertamente entre os presentes para que o paciente entenda que isso não seria a realidade.

Com o aumento da longevidade, cabe às eSF focarem em modelos assistenciais à terceira idade. Conforme a Política Nacional de Saúde do Idoso, os familiares são os responsáveis por cuidar de seus parentes nessa fase da vida, cabendo à APS dar o apoio aos cuidadores<sup>16</sup>. De acordo com a experiência de Lima *et al.*<sup>16</sup>, no Brasil, o suporte aos idosos, além do ciclo familiar também conta com o apoio informal de membros da comunidade. No presente estudo, a vizinhança foi fundamental na abordagem de cuidado a A.B. É percebida a grande interação que o paciente índice apresenta com a comunidade após o falecimento de sua esposa, e que pode ser responsável por dar um grande apoio nesse momento. Pela visualização do ecomapa, foi possível compreender a relação da unidade familiar com outros fatores sociais, sendo eles relevantes para manutenção do bem-estar biopsicoespiritual-social<sup>10</sup>.

Como função da APS na prevenção de agravos através da promoção e prevenção de saúde, visualizando o contexto do sujeito, o trabalho com o núcleo familiar apresenta maior impacto no controle de doenças crônicas, dentre outras patologias que podem ser preveníveis por meio do autocuidado<sup>17</sup>. Um dos pontos positivos visualizados, e que favoreceram um bom progresso durante a execução da abordagem, é a independência de A.B., que mesmo com 81 anos, consegue ser um idoso bastante autônomo em suas atividades diárias. De acordo com a OMS<sup>18</sup>, o processo de independência no envelhecimento é crucial para o bem psíquico do sujeito e, assim, acaba influenciando indiretamente na sua qualidade de vida e o modo como ele se relaciona socialmente.

Conforme Mcwhinney<sup>13</sup>, terapias ocupacionais, lazer e aprender lidar com as perdas são tópicos que devem ser trabalhados com o sujeito no estágio VIII do ciclo de vida. O paciente índice se encaixa perfeitamente nessa fase do envelhecimento, e as tarefas apresentadas nas referências foram essenciais para entender como a intervenção deveria ser guiada. A função da Conferência familiar, como tecnologia leve, permitiu o compartilhamento das queixas e ajudou a organizar o processo de educação familiar, intervindo de forma coesa e participativa dos membros<sup>16</sup>.

A queixa principal de A.B. era focada em desconfortos que se iniciaram após o falecimento de sua esposa. Sabe-se que

sintomas apresentados podem ser psicossomatizações do processo gerado pelo luto<sup>19</sup>, cabendo à equipe dar apoio ao paciente durante esse período crítico, orientando as atividades que o reinserem em meio ao convívio social.

A longitudinalidade do cuidado é entendida como uma fonte continuada de atenção ao usuário ao longo do tempo e permite conhecer os sujeitos em seus contextos individuais (sociais, habituais e problemas de saúde)<sup>20,21</sup>. Para Kessler *et al.*<sup>20</sup>, o cuidado longitudinal é obtido mediante o vínculo entre indivíduo e profissionais. O atributo do vínculo, como ferramenta de compreensão ampliada do processo saúde-doença é necessário para as abordagens individuais e familiares; pois como diretriz da ESF é perceptível a relevância dessa estratégia como promotora de integralidade e singularidade do cuidado<sup>22</sup>.

Durante as visitas ao domicílio, foi percebida a importância da interação dos profissionais da ESF com a família. É nítido que o estreitamento do vínculo entre equipe e família é necessário para que as ferramentas objetivem o resultado esperado porque os profissionais conseguem identificar os problemas, analisando um contexto mais amplo do paciente, não focando apenas nas causas biológicas<sup>20-22</sup>. Ademais, o vínculo favoreceu à eSF identificar as necessidades e assim ajudando a organizar o cuidado.

## CONCLUSÃO |

Com o trabalho interdisciplinar realizado pela eSF foi notória a mudança de alguns sintomas relatados pelo paciente índice, que inicialmente o fez buscar a UBS. As ferramentas de abordagem familiar foram importantes para identificar possíveis pontos que poderiam estar interferindo na qualidade de vida do paciente e também de desenvolver intervenções em níveis fora da UBS, estreitando ainda mais a relação da eSF com a família. É necessária a visão total do paciente, centrado não apenas em sua doença e no cuidado clínico médico, mas também em todo o seu contexto visto que a abordagem para com o indivíduo e a utilização de espaços que o englobam foram importantes para a melhoria do quadro em questão. Vislumbra-se a necessidade de que mais outras eSF realizem abordagens em níveis familiares e se utilizem dessas ferramentas, que foram enriquecedoras para a organização e modo de trabalho na equipe, agregando conhecimento por parte dos profissionais.

## REFERÊNCIAS |

1. Ditterich RG, Gabardo MCL, Moysés SJ. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. *Saúde soc. São Paulo*, 2009; 18(3): 515-524.
2. Brante ARSD, Martins DS, Neves FMV, Fonseca JC, Ottoni JLM, Oliveira RFR. Abordagem familiar: aplicação de ferramentas a uma família do município de Montes Claros/MG. *Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro*, 2016; 11(38): 1-9.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
5. Rodrigues QF, Oliveira TA, Silveira R, Oliveira RFR, Marinho KP, Campolina LR. Abordagem familiar na estratégia saúde da família utilizando as ferramentas de acesso no cuidado em saúde mental. *Rev Unimontes Científica. Montes Claros*, 2016; 18(2): 109-119.
6. Santos AM, Oliveira CC, Nogueira TM, Mendes PH. Abordagem familiar como estratégia de cuidado integral e interdisciplinar em esquizofrenia. *Renome. Montes Claros*, 2017; 6(1): 59-74.
7. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiência em três municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro*, 2011; 24(7): 779-786.
8. Persequino MG, Horta ALM, Ribeiro CA. A família frente a realidade do idoso de morar sozinho. *Rev Bras Enferm. Brasília*, 2017; 70(2): 251-257.
9. Oliveira OS, Fagundes LS, Barbosa HA, Santos AS, Lopes MC, VilasBoas FS. O cuidado de um idoso frágil pela família. *Rev enferm UFPE online. Recife*, 2016; 10(Supl. 1): 273-283.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. *Caderno de Atenção Domiciliar. Volume 2. Brasília (DF): 2012.* Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_melhor\\_casa.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf).
11. Santos JAD, Cunha ND, Brito SMS, Brasil CHG. Ferramenta de abordagem familiar na atenção básica: um relato de caso. *J Health Sci Inst. São Paulo*, 2016; 34(4): 249-252.
12. Lacerda MKS, Pereira ACA, Pereira MM, Teixeira RLOD, Veloso DCMD, Pimenta DR. Ferramentas de abordagem familiar: estudo de uma família cadastrada em uma equipe de estratégia saúde da família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev de Iniciação Científica da UninCor. Três Corações*, 2017; 7(1): 25-34.
13. Mcwhinney IR. *Manual de medicina familiar. Lisboa: Inforsalus*, 1994.
14. Nobre LLR, Queiroz LS, Mendes PHC, Matos FV, Soares ASF, Leão CDA. Abordagem familiar no âmbito da estratégia saúde da família: uma experiência de cuidado interdisciplinar. *Rev da UninCor. Três Corações*, 2014; 12(2): 458-468.
15. Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *R. bras est pop. Rio de Janeiro*, 2011; 28(1): 217-230.
16. Lima JCM, Moraes GLA, Augusto Filho RF. O uso da conferência familiar na resolução de conflitos de uma família com idosa dependente. *Rev Bras Med Fam e Com. Rio de Janeiro*, 2008; 4(14): 129-134.
17. Vieira JTS, Damasceno JG, Leão CDA, Santos ASF. Abordagem familiar no cuidado às condições crônicas de saúde. *Rev da UninCor. Três Corações*, 2018; 16(2): 1-11.
18. Organização Mundial da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde*, 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf).

19. Meireles CS, Mota TMF, Brante ARS. Relato de experiência: aplicação das ferramentas de abordagem familiar em um caso de luto. *Rev Eletônica Acervo Saúde*. Campinas, 2019; Sup. 26(2019): e742.
20. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Eberhardt TD, et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva do usuário. *Acta Paul Enferm*. São Paulo, 2019; 32(2): 186-193.
21. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Thumé E. Longitudinality in Primary Health Care: a comparison between care models. *Rev Bras Enferm*. Brasília, 2018;71(3):1063-1071.
22. Santos RCA, Miranda FAN. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia saúde da família. *Rev Enferm UFSM*. Santa Maria, 2016; 6(3): 350-359.

*Correspondência para/ Reprint request to:*

**Samuel Trezena**

*Rua Lagoa Escura, 406,*

*Carmelo, Montes Claros/MG, Brasil*

*CEP: 39402-704*

*E-mail: samueltrezena@gmail.com*

Recebido em: 15/05/2020

Aceito em: 22/07/2020

Quiteria Larissa Teodoro Farias<sup>1</sup>  
Samir Gabriel Vasconcelos Azevedo<sup>2</sup>  
Ismael Brioso Bastos<sup>2</sup>  
Amanda Caroline Pereira Vital<sup>1</sup>  
Ana Suelen Pedroza Cavalcante<sup>2</sup>  
Sibele Pontes Rocha<sup>1</sup>  
Maristela Inês Osawa Vasconcelos<sup>3</sup>

**Risk classification in the  
Family Health Strategy:  
implementation based on  
Maguerez Arc**

# **| Acolhimento com classificação de risco na Estratégia Saúde da Família: implantação a partir do Arco de Maguerez**

**ABSTRACT | Introduction:**

*The Ministry of Health (MS) has proposed, in 2004, the implementation of User Embrace based on Risk Assessment and Classification in Basic Health Units (BHU). The implementation process is still on course in some units in Sobral City, Ceará State. Thus, undergraduate nursing students from Vale do Acaraú State University have acted in the local health service based on the insertion approach. **Objective:** Reporting the experience of nursing students in the process of implementing User Embrace based on Risk Assessment and Classification in a BHU of Sobral City / Ceará State, in compliance with the Maguerez Arc method. **Methods:** The following steps were carried out along with the unit's professionals, based on Charles Maguerez's methodological framework professionals of the unit: Service reality observation, key points identification, theorization and survey of solution hypotheses, and application to Service reality. **Results:** Service reality observation enabled perceiving that the user embrace model adopted by the unit resulted in long queues and conflicts. Based on the investigation of key points, workshops focused on enabling theoretical-reflexive alignment were organized along with each class of professionals working in the unit, which resulted in the theorization stage. Simultaneously hypothetical solutions were presented by professionals during alignment workshops and the reality was changed after the User Embrace based on Risk Assessment and Classification was implemented. **Conclusion:** The intervention played an important role in exposing the reality of Service's reality and its deficiencies, as well as in suggesting improvement strategies based on training professionals who use methodologies capable of enabling their joint performance in order to improve the care provided by the health team, as well as their work processes.*

**Keywords |** Primary Health Care; Family Health Strategy; User Embrace.

**RESUMO | Introdução:** O Ministério da Saúde (MS) propôs, em 2004, a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Na cidade de Sobral/Ceará, ainda há algumas unidades em processo de implantação. Visto isso, a partir da inserção no serviço de saúde do município, os discentes do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú atuaram mediante esse enfoque. **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem no processo de implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em uma UBS da cidade de Sobral/Ceará a partir do método do Arco de Maguerez. **Métodos:** A partir do referencial metodológico de Charles Maguerez, foram realizadas com os profissionais da unidade as seguintes etapas propostas: observação da realidade, a identificação dos pontos-chave, a teorização, o levantamento das hipóteses de solução e a aplicação à realidade. **Resultados:** Na observação da realidade, foi possível perceber que a forma de acolher os usuários adotada pela unidade resultava em extensas filas de espera e conflitos. Partindo da investigação dos pontos-chave, foram organizadas oficinas de alinhamento teórico-reflexivo com cada classe de profissionais da unidade, resultando na etapa da teorização e concomitante a esta, no decorrer das oficinas de alinhamento foram levantadas dos profissionais hipóteses de solução, sendo por fim modificada a realidade a partir da implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco. **Conclusão:** A intervenção foi importante para expor a realidade do serviço com suas deficiências e propor estratégias de melhorias a partir da formação dos profissionais envolvidos no uso de metodologias que permitissem sua atuação conjunta, obtendo-se assim melhora dos atendimentos realizados pela equipe de saúde e processos de trabalho.

**Palavras-chave |** Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Acolhimento.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Ceará. Fortaleza/CE, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza/CE, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral/CE, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), perpassa desde sua criação por mudanças em seu processo de trabalho que buscam melhorar a efetividade e resolutividade das suas práticas<sup>1</sup>.

Neste sentido, em 2004, o Ministério da Saúde (MS) propôs a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), como uma estratégia de buscar solucionar na ESF os casos possíveis, de forma humanizada e com qualidade, tendo em vista a superlotação das unidades de urgência/emergência. Dessa forma, ao se dirigir a uma UBS o usuário teria sua queixa colhida por um profissional de saúde, o qual realizaria a classificação do seu risco baseado nos sinais e sintomas existentes, possibilitando assim uma maior agilidade nos casos de maior gravidade e a garantia pela busca da humanização em saúde<sup>2</sup>.

A estratégia de acolher classificando o risco visa organizar a demanda, garantindo o atendimento de acordo com a gravidade do paciente e não por ordem de chegada, tudo isso de forma dialógica, informando ao paciente acerca do seu tempo de espera e/ou sobre encaminhamentos intersetoriais caso necessário<sup>3</sup>.

Sabendo que o acolher não é um espaço ou local, mas uma postura ética que envolve o protagonismo dos sujeitos envolvidos na produção de saúde, o método do Arco de Charles Maguerez é uma estratégia significativa para a reflexão do processo de trabalho que busca ser implantado, tendo em vista que se trata de uma metodologia ativa a qual visa ao pensamento crítico e criativo a partir da problematização e se desenvolve em 5 etapas, a saber: a observação da realidade, os pontos-chave, a teorização, as hipóteses de solução e aplicação à realidade<sup>2,4</sup>.

Embora o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco já tenha um tempo de implantação significativo, desde o seu lançamento como proposta pelo MS, ainda há algumas unidades em processo de reestruturação do seu modelo de acolhimento da demanda.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem no processo de implantação do Acolhimento com Avaliação e

Classificação de Risco em uma UBS do interior do Ceará a partir do método do Arco de Maguerez<sup>4</sup>.

## RELATO DA EXPERIÊNCIA |

A inserção no serviço de saúde ocorreu por meio da disciplina Internato I, do curso de graduação em Enfermagem de uma universidade pública do interior do Ceará, a qual proporciona uma imersão *in loco* aos acadêmicos do curso de 70 dias, que ocorreram de janeiro a abril de 2018, em uma unidade da ESF e traz como processo avaliativo uma intervenção no serviço com base em possíveis fragilidades encontradas.

A Metodologia da Problematização por meio do Arco de Maguerez<sup>4</sup> foi escolhida por se constituir como uma estratégia potente para estimular o desenvolvimento de saberes diversos pelos seus participantes, tendo como ponto de partida a realidade que, observada sob diversos olhares, experiências e pontos de vista, permite ao estudante e, neste caso, também pesquisador, extrair e identificar os problemas ali existentes.

A riqueza dessa metodologia está em suas características e etapas, mobilizadoras de diferentes habilidades intelectuais dos sujeitos, demandando, no entanto, disposição e esforços individuais e coletivos pelos que a desenvolvem no sentido de seguir de forma sistemática a sua orientação básica, para alcançar os resultados educativos pretendidos<sup>5</sup>.

O percurso metodológico proposto por Charles Maguerez em sua teoria estabelece cinco etapas sistematizadas com base em um problema identificado a partir da realidade, expressado significativamente para os sujeitos envolvidos, de forma que os oriente a seguir uma pedagogia crítica e reflexiva, na qual o participante desenvolve competências de autonomia e comunicação interpessoal, corresponsabilizando-se por seu aprendizado e na mudança em sua realidade durante o processo da educação<sup>4</sup>.

Para disparar a aplicação do referido, método foi realizado um momento com todos os profissionais da unidade, durante o qual foi utilizada a metodologia de construção da “árvore dos problemas”, em que se tomava como modelo e analogia para elaboração e identificação dos problemas da realidade a estrutura de uma árvore. A raiz consistia nas causas do problema, o caule representava a problemática

central e suas folhas eram as possíveis soluções a serem aplicadas para a realidade local<sup>4</sup>.

Os profissionais aqui citados faziam parte das 4 equipes de saúde da unidade e também profissionais de recursos humanos. Ao todo participaram 41 profissionais, sendo eles: 3 médicos e 16 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) divididos entre as 4 equipes; 10 profissionais de enfermagem (1 enfermeiro gerente, 4 enfermeiros assistenciais e 5 técnicos de enfermagem); 2 equipes de saúde bucal (2 dentistas e 2 técnicos); 1 equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na qual participaram 2 integrantes, (1 assistente social e 1 nutricionista); 1 equipe do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) composta por 2 funcionários (1 atendente e 1 telefonista); e os próprios internos de enfermagem.

A partir da participação ativa dos profissionais e de um olhar atento da realidade, foi possível efetuar uma primeira leitura das problemáticas inseridas no processo de seu trabalho.

Diante das discussões, foi possível elencar os questionamentos que contribuíram para as etapas subsequentes do percurso do arco, fomentando reflexões sobre o tema em questão. Foi observado que os principais problemas da unidade estavam voltados para a falta de informação tanto profissionais/profissionais como profissionais/usuários, bem como para a forma de recepção e condução do acolhimento dos usuários, levando em consideração a importância prática para fortalecer o vínculo de que a ESF necessita para sua efetividade.

A realidade local trazia um atendimento que acontecia por ordem de chegada dos usuários à unidade em demanda livre, em que a classificação ainda era voltada para a agudização dos sintomas, sem uma maior investigação do processo saúde-doença e seus determinantes. Dessa forma, era percebida a insatisfação dos profissionais pela maneira como se dava o processo de trabalho.

A distribuição de fichas para atendimento era feita pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que, segundo discussões da própria categoria de profissionais e do restante da equipe de saúde, não eram os profissionais mais adequados para tal responsabilidade, visto que eles não foram capacitados com nenhum tipo de atividade que lhes desse respaldo ou conhecimento técnico-científico

responsável para o exercício dessa função, logo não realizavam classificação efetiva do risco desses pacientes.

Observava-se que a forma de acolher os usuários resultava em extensas filas de espera e conflitos, não só entre usuários e profissionais, mas dentro da própria equipe de saúde. Isso gerava um fluxo maior de pessoas dentro da unidade que buscavam informações simples, mas que, muitas vezes, eram repassadas de maneira ineficiente, o que acabava sobrecarregando os profissionais de enfermagem/medicina em seus atendimentos do dia.

Enquanto internos de enfermagem que acompanharam esses atendimentos, foi notória a observação de tais pontuações, cabendo acrescer ainda a falta de tempo para a prática de promoção da saúde, bem como realização de visitas domiciliares, as quais são estratégias que fazem parte do processo de trabalho da ESF, mas que em decorrência da sobrecarga e falta de organização do trabalho tinham a execução dificultada.

Buscando refletir ainda sobre os possíveis fatores e principais determinantes da problemática discutida, a “raiz da árvore” trouxe discussões pertinentes acerca da desorganização do processo de trabalho, que impactava negativamente todos os setores da unidade.

Partindo da investigação de cada um dos pontos-chave e buscando informações a partir do observado, analisando-as para responder ao problema, de forma a compreendê-lo, não somente em suas manifestações baseadas nas experiências ou situações, mas também os princípios teóricos que os explicam, foram organizadas quatro oficinas de alinhamento teórico-reflexivo, divididas entre cada classe de profissionais da unidade sob o critério de prática profissional diretamente ligada ao fluxo de trabalho durante a demanda espontânea da unidade. Dessa forma, selecionaram-se para a etapa de teorização médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS<sup>5,6</sup>.

As oficinas de formação foram alinhadas ao proposto pelo caderno 28 volume I<sup>1</sup> e II<sup>7</sup> do MS, o qual traz discussões pertinentes acerca do acolhimento às demandas espontâneas na ESF, sendo realizadas separadamente com cada categoria e divididas em dois momentos: expositivo/dialogado e a construção da classificação de risco da unidade. No primeiro momento foi possível desenvolver troca de conhecimentos e experiências acerca do termo “acolhimento”, do fluxo de trabalho preconizado para as

unidades de saúde e sobre a importância da implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco para o bom funcionamento da unidade.

Nessa discussão notou-se o entendimento dos profissionais acerca do que seria acolhimento em uma UBS, estando relacionado à perspectiva de atender o usuário desde sua entrada no serviço até a resolução de seu problema ou continuidade no atendimento, independentemente da classe profissional com a qual este tenha tido o primeiro contato.

O segundo momento possibilitou a construção coletiva da classificação de risco da unidade levando em consideração as demandas mais frequentes na realidade local e tendo como base o preconizado pelo MS, que traz a divisão das cores: azul, verde, amarela e vermelha<sup>1</sup>.

Concomitantemente à teorização, no decorrer das oficinas de alinhamento também foram levantadas dos profissionais hipóteses de solução e reestruturação do cenário-problema encontrado na unidade, com base no fluxo da unidade e no processo de trabalho de cada categoria, de forma que tal discussão contemplasse a etapa de “hipóteses de solução”. Esta consiste na elaboração de alternativas viáveis para solucionar os problemas identificados, de maneira crítica e criativa, a partir do confronto entre teoria e realidade<sup>6</sup> e da participação ativa dos sujeitos sociais.

A partir da vivência do problema e do aprofundamento na literatura pertinente, verificou-se a importância da organização dos processos de trabalho, em que cada uma das categorias profissionais desenvolvesse seus devidos papéis, com o objetivo de diminuir os conflitos relacionados à alta demanda da unidade.

Portanto, a distribuição de fichas de atendimento por ordem de chegada, feita até então pelos ACS, não era a maneira mais eficiente para propor um atendimento de qualidade que priorizasse a queixa do paciente e sua avaliação para um cuidado humanizado e integral. Pensando nisso, propôs-se a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, a ser realizado pelo técnico de enfermagem sob a supervisão do profissional enfermeiro.

Ao mesmo tempo, utilizou-se também do processo de desenvolvimento de uma unidade mais informatizada, por meio de sinalizações com setas e placas de informação acerca dos serviços desenvolvidos tais como a vacinação,

sala de exames de prevenção, atendimento odontológico, Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), a sala do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF- AB), sala de observação, posto de enfermagem e gerência, além do fluxo do atendimento do paciente ao adentrar na unidade e seu direcionamento correto para as devidas salas e ainda a implantação do “Posso Ajudar?”.

O “Posso Ajudar?” trata-se de uma estratégia, em que uma pessoa de referência vestida com bata devidamente identificada se responsabiliza por informar à população acerca dos fluxos da unidade, ajudando no que for necessário para a efetividade dos atendimentos. Tendo em vista a mudança no processo de trabalho faz-se importante para facilitar o entendimento da população, a implantação do “Posso Ajudar?”. A proposta era de que os ACS pudessem voluntariamente realizar esse trabalho, respeitando suas agendas e obrigações adjacentes.

Além disso, como forma de preparar a população para a mudança, foi proposta a realização de “salas de espera”, que se baseia na utilização do tempo de espera para as consultas para realizar algum processo de educação em saúde e/ou informações sobre a unidade em geral, em pontos estratégicos, como em frente ao consultório de enfermagem, médico e odontológico. O objetivo seria informar ao máximo de pessoas possíveis acerca das mudanças que aconteceriam e principalmente das contribuições que estas trariam para o serviço.

A adesão de uma nova forma de classificação para o acolhimento à demanda espontânea dentro da ESF permitiu a interação e comunicação entre os profissionais da referida unidade, de maneira que todos contribuíram para a elaboração de um produto final dessas oficinas, contemplando a etapa de “aplicação da realidade”, adaptado às principais demandas elencadas, de maneira clara e objetiva para a realidade do território.

Enquanto internos de enfermagem, futuros profissionais do sistema de saúde, buscou-se exercer algumas das várias competências do enfermeiro que são exigidas na prática como liderança, gestão, trabalho multidisciplinar, estratégias que melhorem o cotidiano dos serviços e coordenação de grupos.

A intervenção teve como última etapa sua aplicação à realidade do cenário de estudo, após as discussões e oficinas de formação com os profissionais, com a introdução da

nova forma de atendimento à demanda espontânea na unidade através do protocolo de classificação de risco.

Os momentos de sala de espera, realizados pelos internos de enfermagem, duravam cerca de 10 minutos e aconteciam antes de começar os atendimentos. Ocorreram na semana antecedente ao início do acolhimento com classificação de risco e possibilitaram uma explanação aos pacientes acerca da nova forma de acolhê-los, informando sobre como funciona a classificação por cores e exemplificando a partir dos sinais/sintomas mais recorrentes entre eles qual classificação seria atribuída, além de orientar quanto aos informativos que estariam disponíveis por toda a unidade, caso houvesse dúvidas em relação à cor recebida.

Todos os profissionais que atuam no fluxo da unidade durante a demanda espontânea, receberam um modelo do protocolo preconizado pelo MS<sup>1</sup> sobre as principais queixas adaptadas ao território da unidade e suas respectivas cores de classificação, além do fluxo do paciente e seu direcionamento no serviço a depender de sua necessidade, dentro da UBS.

A implantação ocorreu a partir da acolhida inicial do paciente, orientada pelo profissional voluntário do “Posso Ajudar?” do dia. Ao ser direcionado para seu (sua) enfermeiro (a) de referência, o paciente era recebido pelo técnico de enfermagem que realizava a escuta inicial, avaliando sua queixa e classificando seu risco por cor, mediante o protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco e tempo de espera.

A UBS encontra-se devidamente sinalizada, com placas de identificação das salas e setas direcionando a cada uma, bem como na porta da sala de cada enfermeiro (a), e nos demais setores da unidade (incluindo flanelógrafo) há informações a respeito da classificação de risco construída junto aos profissionais nas oficinas, com representações de cada cor de acordo com a realidade da demanda local, para que assim os pacientes consigam visualizar o porquê de ter lhe atribuído respectiva cor, de forma a respaldar também os profissionais envolvidos nesse processo. Além disso, um banner foi fixado em local de grande visibilidade da unidade para contribuir nesse processo de informação profissionais/profissionais e profissionais/população.

## DISCUSSÃO |

A implementação do protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em uma UBS, de maneira conjunta entre seus profissionais, possibilita uma maior comunicação entre a equipe de saúde, oportunizando a ampliação da visão do usuário em sua busca pelo serviço de saúde, tendo a ESF como ordenadora do cuidado, em que esta reconheça a demanda e se corresponsabilize por um fluxo efetivo dentro do processo de trabalho da unidade<sup>8</sup>.

O desenvolvimento das etapas da intervenção realizada a partir do Arco de Maguerez permitiu refletir sobre o processo de trabalho na ESF e da estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS) para os profissionais da unidade, à medida que buscava melhorar a qualidade do atendimento à população com base em reflexões das práticas profissionais. Foi possível verificar a dificuldade desde o primeiro encontro, quando houve resistência de alguns profissionais, o que já se esperava, tendo em vista as diversas categorias presentes, o que aumenta as possibilidades de entendimento do fenômeno e permite diversas interpretações<sup>9</sup>.

Sob a perspectiva de identificar necessidades, a metodologia usada na observação da realidade buscou justificar a implantação do acolhimento com risco, pois a classificação é uma atividade complexa que depende das habilidades e competências dos profissionais, além de fatores externos como o ambiente de trabalho<sup>10</sup>.

A partir dos pontos-chave, foram encontrados problemas que implicavam diretamente o processo de trabalho da unidade, os quais estavam presentes nas falas dos técnicos em enfermagem e ACS, tendo em vista que eram os profissionais que se encontravam diretamente ligados a tal função, na entrega de fichas de atendimento, realidade semelhante à do estudo desenvolvido em Santa Catarina em 2013<sup>9</sup>.

Esse mesmo estudo<sup>9</sup> mostrou a equipe multiprofissional como protagonista no processo de implantação de um protocolo efetivo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, em que cada profissional constituía seu papel dentro do fluxo e do processo de trabalho desde a adoção de um novo método de demanda espontânea. Nele também foram realizados encontros para adaptação de um método de classificação dos pacientes com base

na avaliação de seu risco, visando à realidade local e seus determinantes no processo saúde-doença<sup>9</sup>.

Estudo feito no Rio Grande do Sul em 2016 enfatiza que dentre as atribuições do ACS encontram-se o incentivo à formação de conselhos locais de saúde, educação em saúde, visitas domiciliares, ações básicas de promoção de saúde e prevenção de doenças, cadastro das famílias de sua área e mapeamento de sua área de atuação. Logo, compreende-se que a função de “acolhimento” não se encontra entre suas atribuições, o que fragilizava ainda mais o processo<sup>11</sup>.

Sabendo da importância de integrar todos os responsáveis no processo de implantação do acolhimento, a teorização teve o papel de levar o conhecimento do que é o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco para a equipe mínima da UBS com o objetivo maior de construir, com base na realidade, o protocolo da unidade.

Essa construção coletiva proporcionou reflexão quanto aos problemas que o serviço apresentava. Há experiências exitosas relatadas por Ferreira<sup>12</sup> com estudos que utilizaram essas técnicas, uma vez que os profissionais discutem acerca de seus processos de trabalho e competências, no que se refere à dinâmica dos serviços, quanto à situação de atendimento à demanda espontânea da unidade<sup>13,14</sup>.

Na aplicação à realidade, implantado o acolhimento, obtiveram-se respostas positivas dos profissionais com relação à reorganização do serviço. *A priori* o mesmo aglomerado de pessoas permaneceu na unidade em busca de atendimento, porém, com uma maior organização do processo, sobressaindo-se ao modelo de triagem que era adotado, o qual, como visto na literatura, desenvolve um processo de exclusão, selecionando qual usuário recebe atendimento naquele dia e quais voltariam para casa sem conseguir uma resposta para seu problema<sup>15</sup>.

Após a intervenção, o quantitativo de usuários foi gradativamente diminuindo, impactando positivamente nas ações da unidade de saúde e na formação permanente dos profissionais que foram inquietados a problematizar novas formas de organização do serviço, mostrando sua realidade, suas deficiências e, a partir disso, revisitando sua prática no redesenho do fluxo de atendimento.

Buscou-se com esse método, que a formação crítica dos profissionais proporcione a identificação contínua

de problemas, cuja solução deve ser procurada por eles próprios, mediante a busca de conhecimentos e mudança de atitudes e comportamentos negativos para uma cultura positiva na unidade<sup>16</sup>.

Além disso, destaca-se que essa é uma metodologia ativa que se mostrou importante no processo de reflexão dos participantes quanto ao acolhimento da demanda espontânea nessa unidade de saúde. Apesar de ter sido uma realidade institucional apresentada em um determinado período de tempo, pode servir de experiência a ser aplicada de acordo com outras realidades.

Como limitações, aponta-se a dificuldade de implantação do “Posso ajudar?”, e houve resistência dos profissionais por considerarem a estratégia um acúmulo de mais uma atividade no seu processo de trabalho. Portanto, observa-se ainda uma fragilidade no conhecimento sobre o processo de trabalho na ESF, pois para a reorganização do serviço, todos são corresponsáveis no processo.

Nessa perspectiva, enfatiza-se a importância da integração cada vez mais frequente e efetiva entre as instituições de ensino superior e os serviços de saúde em busca pela qualificação da atenção prestada aos usuários do SUS, e de potencializar a formação dos futuros profissionais, enquanto indivíduos que reconhecem a humanização como uma competência transversal a todos os espaços de inserção profissional.

## REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. v. 1.
3. Bartel TE, Silva MM, Sturbelle ICS, Xavier SQ, Dal Pai D, Ceolin T, et al. Dialogando sobre serviços de saúde a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco: relato de experiência. Revista Baiana de Saúde Pública. 2015; 39(1):164-73.

4. Bordenave JD, Pereira AMP. Estratégias de ensino-aprendizagem. 25. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2004.
5. Colombo AA, Berbel NAN, Andrea AC, Neusi ANB. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*. 2007; 28(2):121-46.
6. Marta LP, Manuela BV, Daniela SE, Sandra HS, Vânia MSB, Prado ML, Velho MB, Espíndola DS, Sobrinho SH, Backes VMS. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(1):172-7.
7. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. v. 2.
8. Scholze AS. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família: a prática em uma unidade docente-assistencial. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 9(31):219-26.
9. Guimarães DA, Oliveira CAM, Lima RA, Silva LC, Avelar CRT, Gama CAP. Formação em saúde e extensão universitária: discutindo sexualidade e prevenção de IST/AIDS. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2017; 19(2):124-32.
10. Oliveira GN, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21(2):7. 500-6.
11. Bender KG, Santos AC, Dutra BD, Alves LMS, Assunção AN, Krug SBF. Condições e modificações no processo de trabalho: concepções de Agentes Comunitários de Saúde. *Revista Jovens Pesquisadores*. 2016; 6(2):45-59.
12. Ferreira GI. Formação profissional em saúde: aplicação do Arco de Maguerez no processo de ensino-aprendizagem. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23:e180020
13. França FCV, Melo MC, Monteiro SNC, Guilhem D, organizadores. O processo de ensino e aprendizagem de profissionais de saúde: a metodologia da problematização por meio do Arco de Maguerez. Brasília: Teixeira; 2016. (Metodologias Ativas).
14. Mourão Netto JJ, Coelho SM, Mendes JDR, Damasceno ECC, Ávila ES. Do problema à solução: proposta de organização de prontuário a partir do Arco de Maguerez. *Revista Espaço Ciência Saúde*. 2017; 5(1):74-83.
15. Rossato K, Real VR, Oliveira GB, Araújo CDC. Acolhimento com classificação de risco na estratégia saúde da família: percepção da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UFSM*. 2018; 8(1):144-56.
16. Heloisa CT, Renata BL. Oficinas de formação de profissionais da Equipe Saúde da Família para a gestão do acolhimento com classificação de risco. *Cienc Enferm*. 2010; 16(2):107-13.

*Correspondência para/ Reprint request to:*

**Quiteria Larissa Teodoro Farias**

*Rua Boulevard João Barbosa, 202, apto 304,*

*Sobral/CE, Brasil*

*CEP 62010-190*

*E-mail: larissa.teodoro1996@gmail.com*

Recebido em: 08/07/2018

Aceito em: 23/07/2020

**Concept of Health promotion  
and quality of life: an  
integrative review**

# | Concepções sobre promoção da saúde e qualidade de vida: revisão integrativa

**ABSTRACT | Introduction:** *Quality of Life and Health Promotion are relevant conceptual parameters; thus, exploring evidence focused on life-promoting practices is a propositional path capable of enabling alternatives to the healthcare provided to populations.*  
**Objective:** *Analyzing the scientific production about quality of life and health promotion, in order to identify the scientific concept and evidences of this subject in the literature.*  
**Methods:** *Integrative literature review carried out in studies collected in databases such as Science Direct, Scopus, Virtual Health Library (VHL) and PubMed from 2013 to 2017.*  
**Results:** *Conceptual convergences about quality of life and health promotion were observed. The analyzed definitions were associated with individuals education towards adopting healthy lifestyles in order to improve their quality of life, which was described as subjective, based on sociocultural and integral well-being factors.*  
**Conclusion:** *The current study has emphasized knowledge about the population as an important instrument to enable innovations based on individuals' living conditions and health-disease processes.*

**Keywords |** *Quality of life; Health Promotion; Health.*

**RESUMO | Introdução:** A Qualidade de Vida e a Promoção da Saúde são parâmetros conceituais relevantes, e explorar evidências para práticas promotoras da vida tornam-se caminhos propositivos para possibilidades na atenção à saúde da população. **Objetivo:** Analisar a produção científica sobre qualidade de vida e promoção da saúde, a fim de identificar as concepções e evidências científicas existentes na literatura sobre a temática abordada. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados: Science Direct, Scopus, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed no período de 2013 a 2017. **Resultados:** Evidenciaram-se convergências conceituais ara qualidade de vida e promoção da saúde. As definições se relacionam com a educação dos indivíduos para adoção de um estilo de vida saudável, tendo em vista a melhoria da Qualidade de vida, descrita como, subjetiva, determinada por fatores socioculturais e de bem-estar integral. **Conclusão:** A contribuição do estudo enfatiza o conhecimento sobre a população, sendo este um instrumento importante para inovação frente às condições de vida e processo saúde-doença.

**Palavras-chave |** Qualidade de Vida; Promoção a Saúde; Saúde.

<sup>1</sup>Universidade Regional do Cariri. Crato/CE, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, distinguindo-o de ausência de doença ou de enfermidade<sup>1</sup>. Tais orientações podem ser representadas por um único princípio: o direito a saúde, que é fruto da instituição do Sistema Único de Saúde no Brasil e determina a obrigação dos municípios, estados e união trabalharem ativamente na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde de todos os cidadãos brasileiros, através de uma gestão descentralizada e com autonomia<sup>2</sup>.

Levando-se em consideração que o conceito de saúde não engloba apenas a assistência médica como também o acesso ao emprego, salário justo, educação, habitação, saneamento, transporte, alimentação, cultura, lazer e a um sistema de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção. Contudo tal completude, legalmente instituída, está longe de se efetivar em sua plenitude, necessitando, portanto, de reconstrução de práticas constantemente<sup>2</sup>.

Na tentativa de concretizar a promoção da saúde bem como o desenvolvimento socioeconômico e melhorar esse quadro, dirigentes de todo o mundo deliberam sobre o desenvolvimento sustentável, de modo que sejam atendidas necessidades atuais sem prejuízos para as gerações futuras, por meio do trabalho conjunto de todos os indivíduos, famílias, comunidades, acadêmicos, empresas de todos os setores e todas as demais profissões<sup>3</sup>.

Assim, a saúde passa a ser compreendida não apenas como um perfeito e completo bem-estar físico, psicológico e social como definido pela OMS em 1946, mas também como um estado resultante das interações complexas do homem com o meio ambiente (determinantes ambientais), com os determinantes sociais da saúde e suas próprias necessidades diárias, as quais podem ser fisiológicas, psicossociais e ambientais (determinantes individuais), como um sistema. Isso pode gerar respostas satisfatórias ou insatisfatórias, sendo que no último caso ocorre adoecimento<sup>3</sup>.

Nesse sentido, o desenvolvimento das concepções sobre saúde destaca o ser humano em sua multidimensionalidade sendo capaz de se manter saudável até mesmo em condições de adoecimento. O processo saúde-doença está

relacionado com o estilo de vida das pessoas e, também, aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), associados às condições de vida e trabalho de indivíduos e grupos da população<sup>4</sup>.

Conceitualmente, a Qualidade de Vida é definida como uma dimensão subjetiva onde o foco principal são as percepções que o ser humano tem sobre sua posição social, levando em consideração seu contexto cultural, suas crenças, motivações e anseios (OMS, 1946). É um processo que deve ser entendido como um conceito multidimensional da vida humana, estruturada por princípios positivos e negativos<sup>5</sup>.

A Promoção da Saúde (PS) opera práticas voltadas para ampliar as condições favoráveis da vida humana em diferentes setores. Assim, indica a criação de ambientes saudáveis, aperfeiçoamento de competências pessoais para a qualidade de vida e reorientação dos serviços de saúde para atenção primária<sup>6</sup>.

A QV se relaciona com os DSS, sendo que as estratégias para promovê-la devem assumir o reconhecimento de necessidades e demandas, desenvolvimento da autonomia e também reafirmar processos políticos e sociais que consolidem os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>7</sup>. A QV tem sido adotada como um parâmetro de alcance da saúde, pois oportuniza a busca pela individualidade do ser humano, proporciona o bem-estar e promove a saúde em todos os aspectos da vida<sup>(8)</sup>.

Nesse contexto, estabelecer parâmetros conceituais e explorar evidências para práticas promotoras da vida tornam-se caminhos propositivos para possibilidades na atenção à saúde da população. O objetivo deste estudo é analisar a produção científica sobre qualidade de vida e promoção da saúde com ênfase nas concepções e evidências científicas existentes na literatura sobre a temática abordada.

## MÉTODOS |

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa do tipo revisão integrativa. O método abordado proporciona uma síntese de

conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados na prática<sup>9</sup>.

Para a realização deste estudo foram obedecidas as etapas expostas a seguir: elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento dos objetivos da revisão e critérios de inclusão e exclusão dos artigos; definição das informações a serem extraídas das pesquisas; seleção dos artigos na literatura; análise dos resultados; discussão dos achados e apresentação da revisão<sup>9</sup>.

A pergunta condutora da pesquisa foi: “Quais as concepções e evidências científicas sobre Qualidade de Vida e Promoção da Saúde?” A pesquisa foi realizada entre os meses de outubro de 2016 e janeiro de 2017 e buscou publicações entre os anos de 2013 e 2017. A busca ocorreu por meio eletrônico nas seguintes bases de dados: *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS), *Elsevier Science's MegaSource* (ScienceDirect), Scopus, e *U.S. National Library of Medicine and the National Institutes Health* (PubMed).

Utilizaram-se os seguintes descritores, obtidos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa: Qualidade de Vida (*Quality of life*) e Promoção da Saúde (*Health promotion*) na função de busca avançada com o operador booleano AND, estes sendo um dispositivo utilizado para uma melhor operacionalização de busca. A pesquisa foi direcionada através de filtros, leitura de título e resumo, onde foram excluídos aqueles artigos que não tinham relação direta com a temática.

A exploração na base de dados *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS) recuperou 4.675 arquivos, que após o uso dos filtros, acesso (disponível em texto completo), língua (inglês e português), ano (2015) e tipo de documento (artigo), restaram 305 documentos, dos quais, após a leitura do título e resumo foram resgatados 7. A seleção avançou colhendo no periódico Science Direct no *Polymer contentes* 32.954 artigos, dos quais foram utilizados os filtros: Ano (2016 e 2017) e *contenttype (journal)* alcançando-se 2.880 artigos. Destes, após leitura do título e resumo foram selecionados 7 para a análise. A Scopus, possibilitou recuperar 79.022 artigos, nos quais se utilizaram os filtros Artigo, Ano (2016 e 2017), recuperando 724, e destes, após leitura do título e resumo, escolheu-se 1 artigo. Na base PubMed, em sua versão central (PMC), aplicando as ferramentas de seleção

e uso do filtro *publicationdat*, resultaram 150 arquivos. Estes foram triados pela leitura do título e resumo, obtendo-se assim 6 artigos. O processo de escolha dos artigos para análise está contido na Figura 1.

A busca possibilitou a seleção de 19 artigos para análise, ocorrendo a investigação com a leitura completa dos artigos científicos. Finalmente, a amostra final foi composta por 7 publicações Science Direct e 7 publicações na BVS, 4 publicações na PubMed e 1 publicação na Scopus.

## RESULTADOS |

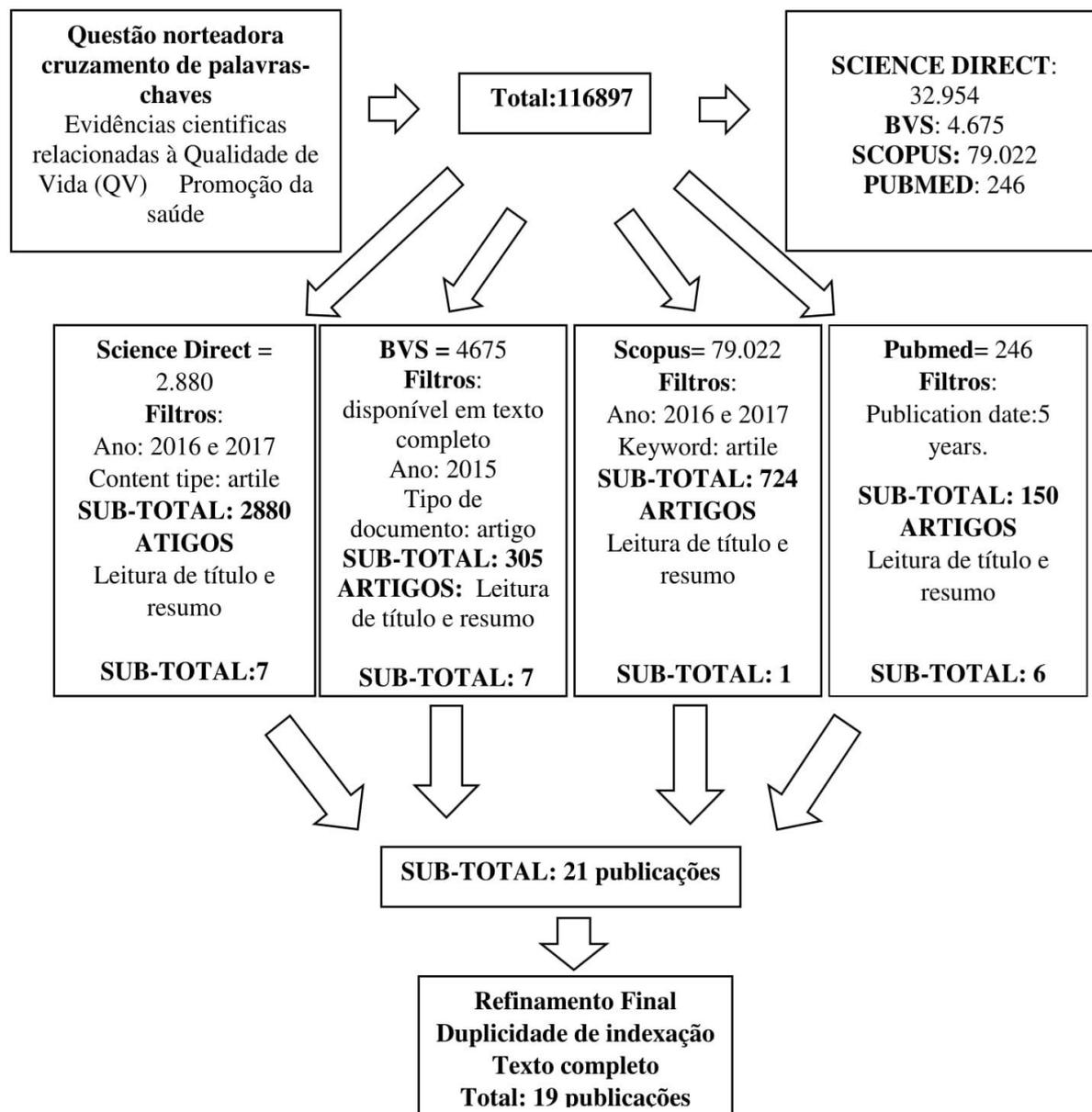
Quanto ao ano das publicações, destacam-se os anos 2016 e 2015 com 7 artigos cada, com mais publicações e, com relação à região, o Brasil possui o maior número relacionado à temática, demonstrando o aumento dos estudos científicos nos últimos anos no País.

Entre as definições de Promoção da Saúde e Qualidade de Vida, emerge a relação com os aspectos de estilo de vida saudável adotado pelo indivíduo e os efeitos significativos nos padrões de morbidade e mortalidade. A avaliação do estilo de vida recomenda a mensuração dos níveis de qualidade de vida entre a população. Evidenciam-se aplicabilidades em vários contextos sociais, resultados, desfechos e estratégias, desenvolvidas e pesquisadas mundialmente por diversos pesquisadores.

Há registros de estudos feitos com trabalhadores da saúde, médicos, professores de ensino básico, idosos, cuidadores de indivíduos com demência, ex-atletas e aposentados. Existem estudos com grupos populacionais de pessoas homossexuais, adolescentes, participantes de programa de atividade física, adultos, imigrantes e desempregados.

Dentre as discussões elaboradas, a ênfase analítica impulsiona a criação de políticas públicas, acompanhamento integral por parte dos profissionais à população, acompanhamento e a avaliação da qualidade de vida. O Quadro 1 demonstra os parâmetros bibliométricos e contextuais.

Figura 1 – Fluxograma de artigos incluídos no estudo



Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 1 – Caracterização dos artigos selecionados

AUTOR	PAIS	PÚBLICO	CONTEXTO
Lima-Serrano M, Martínez-Montilla JM, Guerra-Martín MD, Vargas-Martínez AM, Lima-Rodríguez JS, (2016) <sup>10</sup>	Espanha	Adolescentes	Escolas de Educação secundária
Kuo LM, Huang HL, Liang J, Kwok YT, Hsu WC, Liu CY et al., (2016) <sup>11</sup>	Taiwan	Cuidadores indivíduos com demência	Programa de treinamento em casa

\*continua.

\*continuação.

Loprinzi PD, Davis RE, (2016) <sup>12</sup>	EUA	Civis não institucionalizados dos EUA	Dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (NHANES), entrevistas e exames domiciliares
Barbosa Filho VC, Oppa DF, Mota J, Sá SAM, Lopes AS, (2016) <sup>13</sup>	Brasil	Ex-atletas	Problemas de saúde que afetaram a QV no final da carreira esportiva
Dankel SJ, Loenneke JP, Loprinzi PD, (2016) <sup>14</sup>	EUA	Indivíduos entre 20-85 anos.	Dados do Centro Nacional de Estatísticas de Saúde NHANES 2003-2006
Esteban-Peña M, Gerechter-Fernández S, Martínez-Simancas AM, Zancada-González J, Hernandez-Barrera V, Jiménez-García R, (2016) <sup>15</sup>	Espanha	Pessoas consideradas saudáveis	Programas de Promoção da Saúde
Omorou AY, Vuillemin A, Menai M, Latache C, Kesse-Guyot E, Galan P, et al., (2016) <sup>16</sup>	Espanha	Coorte de adultos franceses.	Associação de atividade física específica e comportamento sedentário
Ferreira JS, Dietrich SHC, Pedro DA, (2015) <sup>17</sup>	Brasil	Participantes de um Programa de Atividade Física.	Unidades Básicas de Saúde
Spagnol CA, Oliveira BKS, Candian ÉS, Santos RO, Manoel VCF, Moreira AR, (2015) <sup>18</sup>	Brasil	Trabalhadores da (CME)	Hospital universitário
Tavares DDF, Oliveira RAR, Mota Junior RJ, Oliveira CEP, Marins JCB, (2015) <sup>5</sup>	Brasil	Professores de ensino básico	Rede pública de ensino
Limm H, Heinmüller M, Gündel H, Liel K, Seeger K, Salman R, et al, (2015) <sup>19</sup>	Alemanha	Desempregados (as)	Programa de saúde mental
Jimenes DE, Begley A, Bartels SJ, Alegria M, Thomas SB, Quinn SC, (2015) <sup>20</sup>	Miami	Adultos mais velhos	Programas de Saúde Mental
Wei YB, Yin Z, Gao YL, Yan B, Wang Z, Yang JR, (2015) <sup>21</sup>	China	Médicos Urologistas	Congresso na área de Medicina.
Pereira DS, Nogueira JAD, Silva CAB, (2015) <sup>22</sup>	Brasil	Idosos	População no Sertão Central do Ceará – Brasil.
Zhang S, Tao F, Ueda A, Wei C, Fang J, (2013) <sup>23</sup>	China	Aposentados (as)	Cidade de médio porte no nordeste da China.
Altizer KP, Nguyen HT, Neiberg RH, Quandt SA, Grzywacz JG, Lang W, Bell RA, Arcury TA, (2014) <sup>24</sup>	EUA	Idosos	Zona rural.
Kachan D, Tannenbaum SL, Olano HA, LeBlanc WG, McClure LA, Lee DJ, (2014) <sup>25</sup>	EUA	Adultos e idosos	Dados do Inquérito Nacional de Entrevista de Saúde 1997-2010.
Liu J, Qu B, Hu B, Jiang N, Wang D, (2013) <sup>26</sup>	China	Homens homossexuais	População de homens homossexuais na China.
Prapas C, Mavreas V, (2015) <sup>27</sup>	Grécia	Imigrantes	Percepção dos gregos sobre Imigrantes da Albânia.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Ao realizar a extração das ideias mais relevantes sobre QV e PS, emergiram achados convergentes e, por essa condição, foram compilados em categorias. A análise dos resultados priorizou as evidências relevantes sobre a questão

norteadora, realizando-se em seguida a discussão entre cada argumentação. O Quadro 2 demonstra a classificação dos indícios dispostos entre as produções científicas estudadas.

Quadro 2 – Principais resultados dos artigos selecionados

<b>QUALIDADE DE VIDA</b>
"Investimentos em projetos de atividade física podem melhorar a qualidade de vida da população atendida na atenção primária" <sup>10,17</sup> .
"As UBS podem se tornar locais privilegiados para a promoção da saúde e da qualidade de vida de seus usuários" <sup>10,17</sup> .
"A aplicação e desenvolvimento de estratégias para a promoção de pausas nos processos de trabalho, momentos de relaxamento e descontração podem melhorar a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT)" <sup>(18,20)</sup> .
"O apoio social tem boa influência e/ou efeito do trabalho sobre sua QV" <sup>5</sup> .
"A QV se estabelece como um parâmetro para avaliação multidimensional do estado de saúde do indivíduo. A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de idosos está relacionada à região onde ele vive as suas concepções, seu nível de atividade física e obesidade" <sup>10,25,26</sup> .
"O risco de morbimortalidade em pessoas que não possuem dieta saudável nem praticam atividade física é alto. Além disso, tais comportamentos refletem negativamente na QV" <sup>14</sup> .
"Maiores períodos de lazer, hábito de ler, e redução do sedentarismo, melhoram significativamente a qualidade de vida relacionada à saúde nos quatro domínios do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)" <sup>16</sup> .
"Programas de intervenção de treinamento de cuidadores de indivíduos com demência demonstraram melhorar a sua qualidade de Vida e saúde mental" <sup>11</sup> .
"Para adolescentes, a atividade física semanal foi o comportamento mais relacionado com a QV. Níveis baixos de atividade física estão relacionados com baixa pontuação na qualidade de vida, mau desempenho escolar, baixa autoestima, exclusão social e dieta pouco saudável. Além disso, os mais ativos fumam e consomem álcool em menor quantidade" <sup>10</sup> .
"QV é um fator multidimensional com aspectos físicos, psicológicos e funções sociais" <sup>12</sup> .
"A satisfação e realização pessoal surge em diversos âmbitos como profissional e social, onde a Qualidade de Vida é primordial na obtenção de uma relação harmônica" <sup>21</sup> .
"A qualidade de vida inclui atitudes relacionadas com a saúde física e mental, além de fatores sociais" <sup>26</sup> .
<b>PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>
"A promoção da saúde pode ser entendida como qualquer atividade educativa realizada para capacitar opções voluntárias individuais e coletivas que conduzam a saúde. Intervenções em grupo que visam estimular a atividade física, alimentação saudável e a redução do consumo de cigarros tem resultados positivos evidenciados pela aplicação do WHOQOL" <sup>15</sup> .
"Ex-atletas estão propensos à aquisição de hábitos pouco saudáveis e consequentemente ganho de peso. Tal evidência deve nortear maior incentivo em programas de promoção da saúde para essa população" <sup>13</sup> .
<b>RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>
"Ações de promoção da saúde devem ser desenvolvidas porque modificam os determinantes influenciadores do adoecimento e das percepções negativas de qualidade de vida" <sup>22</sup> .
"Avaliar a qualidade de vida da população de homossexuais é fundamental para compreender as condições de saúde, entender os fatores de risco e estabelecer políticas de promoção da saúde para prevenção do HIV" <sup>26</sup> .
"O uso de terapias e práticas tradicionais entre a população, como orações e ervas, para promover saúde e prevenir doenças, tem efeitos benéficos em alguns domínios na avaliação da qualidade de vida" <sup>24</sup> .
"Para promover a saúde da sociedade em geral, é necessário que sejam criadas políticas públicas que visem a maior acesso aos serviços de saúde e oportunidades de lazer" <sup>5</sup> .

Fonte: Elaborado pelos autores.

## DISCUSSÃO |

Um dos principais fatores considerados quando se aborda a questão da QV é a saúde, bem como medidas para promovê-la. O equilíbrio saúde-doença é determinado por uma multiplicidade de fatores de origem social, econômica, cultural, ambiental e biológica/genética conhecida internacionalmente. A procura por analisar e compreender os contextos sociais e a saúde implementa e apoia a necessidade/busca de medidas eficazes no sentido de amenizar o efeito que os determinantes da saúde podem ter sobre as populações<sup>28</sup>.

Correlacionando a temática dos artigos com as evidências científicas encontradas, emergiram as categorias temáticas: Qualidade de Vida: concepções, contexto e avaliação; e, Promoção da Saúde: concepções, processos e melhoria da qualidade de vida.

O termo Qualidade de Vida constitui significativamente as pautas de discussão atuais sobre saúde, em virtude de sua definição e mensuração estabelecerem perspectivas para prevenção e promoção. Tal conceito é capaz de englobar vários aspectos e fatores de natureza física e emocional do indivíduo, imbuída de subjetividade para cada pessoa, apresentando-se como percepção de bem-estar, resultante de parâmetros sociais, ambientais e culturais<sup>10,12</sup>. Dessa forma, é possível reconhecer diferenças significativas na QV da população, entre uma dada região para outra<sup>11</sup>.

A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) ressalva o homem em um devir constante e se faz resultante de modificações e melhoria na condição de vida e bem-estar. Tal fato é alcançado impreterivelmente com mudanças no estilo de vida e também comportamentos do ser humano<sup>13</sup>. A satisfação e realização pessoal surge em diversos âmbitos como profissional e social, onde a Qualidade de Vida é primordial na obtenção de uma relação harmônica. Sendo assim, propicia o desenvolvimento de mecanismos que objetivam melhorar a vida<sup>21</sup>.

A atividade física demonstra possuir boa relação com a saúde para todas as faixas etárias<sup>12</sup>. A participação regular na atividade física está associada a baixo risco de morbidade e mortalidade, além de estar associada à melhoria da QVRS<sup>12,14</sup>. Os exercícios regulares melhoram a saúde física, reduzindo a dor, ampliando as funções físicas do corpo e retardando significativamente a progressão das doenças e incapacidades<sup>15</sup>.

Na adolescência, níveis baixos de atividade física estão relacionados com mau desempenho escolar, baixa autoestima, exclusão social e baixo nível de qualidade de vida. Ainda há relação entre dietas pouco saudáveis, hábitos de fumar e de consumir bebidas alcoólicas e jovens que não praticam exercícios físicos<sup>17</sup>.

Um estudo produzido com ex-atletas demonstrou um processo de mudança após a saída de atividades desportivas das quais participavam profissionalmente, destacando-se a adoção de comportamentos de risco tais como: alimentação pouco saudável, aumento da massa gorda e diminuição da prática de atividades físicas. Associam-se ainda a esse grupo populacional dificuldades financeiras, baixa inserção em outros trabalhos e insuficiente apoio social<sup>12</sup>.

Dessa forma, evidencia-se a indicação em promover estilos de vida saudáveis durante e também após as carreiras esportivas. Releva-se que as doenças crônicas durante a idade adulta são fortemente determinadas pelo comportamento de risco. No estudo citado, há a presença de obesidade e pressão arterial elevada<sup>12</sup> em mais de 50% da amostra estudada.

Outros parâmetros relevantes são a ingestão saudável de alimentos e ser fisicamente ativo, possibilitando a necessidade da adoção simultânea de ambos os comportamentos para reduzir o risco de morte prematura e promover o envelhecimento saudável<sup>19</sup>.

A exposição de risco no trabalho é algo comum nos ambientes ocupacionais, por exemplo, na atuação da categoria de enfermagem. Tais profissionais enfrentam riscos químicos, físicos, biológicos e mecânicos e também danos emocionais decorrentes de relações conflituosas com a equipe e o ritmo intenso. Essas situações são frequentemente justificadas por quadros de pessoal insuficientes para a demanda ou a falta de qualificação dos profissionais para o desenvolvimento das atividades<sup>22</sup>.

Na China, o medo e o ambiente de trabalho afetam negativamente o nível de qualidade de vida dos profissionais da saúde. Para serem promovidos e remunerados adequadamente, os médicos têm intenso trabalho clínico diário associado a atividades extensivas, sendo esse processo relevante fonte de estresse para esse grupo populacional<sup>25</sup>.

A temática sobre QV está em debate por se apresentar de modo crescente, nas últimas décadas, nas diversas

áreas de conhecimento, principalmente na saúde. Torna-se um conceito debatido por pesquisadores de diversas especialidades, mesmo não apresentando uma definição universal, por abordar variados conceitos, modelos teóricos e instrumentos de avaliação<sup>24</sup>.

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde é uma forma de estimar tanto a saúde individual quanto a saúde de uma comunidade em variados cenários. Com a utilização do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) como instrumento de avaliação de qualidade de vida foi observado que o menor tempo de atividade física e maior tempo de visualização de tela, tempo gasto na TV, internet, e outros está associado a menor qualidade de vida<sup>5</sup>. O tempo de visualização de tela e o comportamento sedentário foi correlacionado com menos saúde<sup>5</sup>.

A Promoção da Saúde está correlacionada com as diversas formas de produzir saúde também nos processos de reconhecimento do direito à saúde, incluindo a garantia da qualidade de vida da população<sup>30</sup>. Operacionalmente, envolve-se com a combinação de experiências destinadas a aprendizagem, treinamento, e adesões para comportamentos individuais e coletivos que subsidiam um estilo de vida saudável<sup>31</sup>.

As intervenções voltadas para Promoção da Saúde devem perpassar por princípios e valores como a participação, a autonomia e a intersetorialidade da comunidade, dos sistemas de saúde, o Estado por meio de políticas públicas e os usuários do sistema, integrando os princípios como solidariedade, equidade, democracia, participação popular<sup>32,33</sup>. Fomentar a saúde é propiciar formas que elevem os níveis de bem-estar da população de modo coletivo, sendo acessível à realidade social<sup>33</sup>.

A redução da mortalidade e o aumento da natalidade e da longevidade de vida vem aumentando o número de idosos em todos os países. No Brasil, tal situação tem ocorrido de maneira rápida e intensa, e a maioria dos idosos tem apresentado baixo nível socioeconômico e alta prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Tal situação tem ocasionado sobrecarga na economia nacional com recursos médicos. Dessa forma, o envelhecimento saudável tem sido reconhecido pelas políticas públicas de promoção da saúde<sup>34</sup>.

Estudos comprovam que até mesmo para os pacientes que já têm alguma morbidade instalada, a adoção de

práticas saudáveis pode mitigar os efeitos negativos da doença e melhorar a sua qualidade de vida, fortalecendo a necessidade da adoção de estilos de vida que promovam saúde e previnam agravos<sup>34</sup>.

Em um contexto global, de transições demográficas, nutricionais e epidemiológicas, é necessário um redesenho de políticas públicas, culminando com uma concepção ampliada dos padrões que buscam promover saúde. É necessária a abrangência para aspectos físicos, espirituais, psíquicos e sociais no intuito de alcançar todos os níveis de dependência, contexto cultural e sistema de valores, promovendo qualidade de vida integral<sup>35</sup>.

A Qualidade de Vida e a Promoção da Saúde são contextos complexos ao tratar-se de suas definições, originando uma dificuldade de se obter um consenso entre os autores. Trata-se de termos amplos e subjetivos<sup>36</sup>.

Em âmbito nacional, pode-se destacar que a institucionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) busca explicitar que a saúde é algo que não está restrito ao setor de saúde. Mas essa política propõe e tem por objetivo oportunizar a qualidade de vida, diminuir as vulnerabilidades sociais relacionadas aos seus condicionantes e determinantes<sup>36</sup>.

As definições de promoção da saúde e qualidade de vida possuem significados que ultrapassam a ausência de agravos à saúde, as quais abrangem dentre outros fatores educação, saneamento básico, habitação, condições de trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde<sup>21</sup>.

A promoção da saúde preconiza uma articulação de conhecimentos técnicos e populares, assim como a mobilização de recursos institucionais e comunitários de cunho público e privado para seu alcance. Essa articulação social tem intrínseca relação com as necessidades para qualidade de vida e também com as premissas do estado democrático voltadas para a promoção da saúde alicerçadas no bem-estar do indivíduo<sup>37</sup>.

A positividade da relação Promoção da Saúde e Qualidade de Vida incorpora ainda a atividade física com o melhoramento do nível de qualidade de vida. A participação do indivíduo na busca pela melhoria do seu estado de saúde internaliza a responsabilidade desse indivíduo com atitudes sustentáveis e promotoras da saúde<sup>10</sup>. Evidencia-se que programas de

promoção da saúde têm implicações importantes para a qualidade de vida<sup>34</sup>.

Em situações de desemprego, estudo realizado na Alemanha evidenciou que as pessoas que não tinham ocupação possuíam menores níveis de Qualidade de Vida. Com base nessa constatação, foram realizadas atividades de intervenção com programas de Promoção da Saúde com resultados positivos para a qualidade de vida, com mudança no estilo de vida com a incorporação de alimentação saudável e prática de atividade física em relação ao grupo em que não foi feita nenhuma intervenção<sup>19</sup>.

## CONCLUSÃO |

Os achados viabilizam a relevância de ferramentas conceituais utilizadas pelos autores sobre a aplicabilidade da Promoção da Saúde e suas estratégias para melhoria da Qualidade de Vida. Preponderam-se os marcos conceituais da Organização Mundial da Saúde com ênfase nos Determinantes Sociais da Saúde, avaliação da Qualidade de Vida e práticas de Promoção da Saúde.

Contextualmente, as condições de vida e/ou trabalho da população se complementam com fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais. Há um conjunto de características que são intrínsecas às ações de promoção da saúde e, dentre elas, moradia, acesso à educação, alimentação, renda e emprego.

A relação entre conceitos e aplicabilidade demonstra a efetividade da promoção da saúde na melhoria da qualidade de vida. A variação dos públicos observados demonstra a importância de se buscar o aprimoramento e a equidade nas políticas de promoção da saúde.

Desse modo, as evidências indicam o aprimoramento e continuidade de ações e estratégias propostas em políticas públicas globais para saúde. A contribuição do estudo enfatiza o conhecimento sobre a população, sendo este um instrumento importante para inovação frente às condições de vida e processo saúde-doença. Ademais, cabe ressaltar as implicações que foram limitantes neste estudo e, desse modo, entrepõe-se a delimitação do objeto do estudo, tendo em vista a magnitude conceitual da saúde relacionada à qualidade de vida em suas múltiplas dimensões. Nesse sentido, a exploração científica deste estudo adotou a

vertente reflexiva como foco investigativo acerca do conceito de saúde relacionada à qualidade de vida.

## FINANCIAMENTO |

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

## REFERÊNCIAS |

1. Universidade de São Paulo [Internet]. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946 [acesso em 28 jul 2018]. Disponível em: URL: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>.
2. Viegas SMF, Penna CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(1):181-90.
3. Bircher J, Kuruvilla S. Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: new opportunities for health care and public health. *J Public Health Pol [Internet]*. 2014 [acesso em 28 jul 2018]; 35(3):363-86. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24943659>.
4. Brasilino CEM, Santos CDS, Pinheiro FA, Batista FTL, Souza TVT, Oliveira LL. Determinantes sociais da saúde e os casos de dengue no município de Quixadá-CE no período de 2010 a 2015. *Mostra Interdisciplinar do Curso de Enfermagem [Internet]*. 2016 [acesso em 28 jul 2018]; 2(1). Disponível em: URL: <http://publicacoesacademicas.fcrs.edu.br/index.php/mice/article/view/1109>.
5. Tavares DDF, Oliveira RAR, Mota Junior RJ, Oliveira CEP, Marins JCB. Qualidade de vida de professoras do ensino básico da rede pública. *Rev Bras Promoç Saúde [Internet]*. 2015 [acesso em 28 jul 2018]; 28(2):191-7. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3448>.
6. Michelin SR, Marchi JG, Hyeda IS, Heideman ITSB, Nitschke RG. Percepção das mulheres sobre promoção da saúde durante a consulta de enfermagem. *Cienc Cuid Sáu-*

de [Internet]. 2015 [acesso em 28 jul 2018]; 14(1):901-9. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20300>.

7. Heidemann ITSB, Wosny AM, Boehs AE. Promoção da saúde na atenção básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [acesso em 28 jul 2018]; 19(8):3553-9. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03553.pdf>.

8. Paula GR, Souza BN, Santos LF, Barbosa MA, Brasil VV, Oliveira LMAC. Qualidade de vida para avaliação de grupos de promoção da saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016; 69(2):242-9. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0242.pdf>.

9. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2010 [acesso em 28 jul 2018]; 8(1):102-6. Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082010000100102&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082010000100102&script=sci_arttext&tlng=pt).

10. Lima-Serrano M, Martínez-Montilla JM, Guerra-Martín MD, Vargas-Martínez AM, Lima-Rodríguez JS. Factores relacionados con la calidad de vida em la adolescencia. *Gac Sanit* [Internet]. 2016 [acesso em 28 jul 2018]; 32(1):68-71. Disponível em: URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116301583>.

11. Kuo LM, Huang HL, Liang J, Kwok YT, Hsu WC, Liu CY, et al. Trajectories of health-related quality of life among family caregivers of individuals with dementia: a home-based caregiver-training program matters. *Geriatr Nurs* [Internet]. 2017 [acesso em 28 jul 2018]; 38(2):124-32. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27720499>.

12. Loprinzi PD, Davis RE. Bouted and non-bouted moderate-to-vigorous physical activity with health-related quality of life. *Prev Med Rep* [Internet]. 2015 [acesso em 28 jul 2018]; 3:46-8. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26844186>.

13. Barbosa Filho VC, Oppa DF, Mota J, Sá SAM, Lopes AS. Predictors of health-related quality of life among Brazilian former athletes. *Rev Andal Med Deporte* [Internet]. 2016 [acesso em 28 jul 2018]; 11(1):23-9. Dispo-

nível em: URL: [file:///C:/Users/rauan/Downloads/S1888754616300211\\_S200\\_en.pdf](file:///C:/Users/rauan/Downloads/S1888754616300211_S200_en.pdf).

14. Dankel SJ, Loenneke JP, Loprinzi PD. Physical activity and diet on quality of life and mortality: the importance of meeting one specific or both behaviors. *Int J Cardiol* [Internet]. 2016 [acesso em 28 jul 2018]; 328-30. Disponível em: URL: [https://www.researchgate.net/publication/282345399\\_Physical\\_activity\\_and\\_diet\\_on\\_quality\\_of\\_life\\_and\\_mortality\\_The\\_importance\\_of\\_meeting\\_one\\_specific\\_or\\_both\\_behaviors](https://www.researchgate.net/publication/282345399_Physical_activity_and_diet_on_quality_of_life_and_mortality_The_importance_of_meeting_one_specific_or_both_behaviors).

15. Esteban-Peña M, Gerechter-Fernández S, Martínez-Simancas AM, Zancada-González J, Hernandez-Barrera V, Jiménez-García R. Calidad de vida percibida en el programa municipal comunitario de promoción de la salud. *Gente Saludable* [Internet]. 2017 [acesso em 28 jul 2018]; (5):358-63. Disponível em: URL: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6056466>.

16. Omorou AY, Vuillemin A, Menai M, Latarche C, Kesse-Guyot E, Galan P, et al. 10-year cumulative and bidirectional associations of domain-specific physical activity and sedentary behaviour with health-related quality of life in French adults: results from the SU.VI.MAX studies. *Prev Med* [Internet]. 2016 [acesso em 28 jul 2018]; 88:66-72. Disponível em: URL: [https://www.researchgate.net/publication/299656347\\_10-year\\_cumulative\\_and\\_bidirectional\\_associations\\_of\\_domain-specific\\_physical\\_activity\\_and\\_sedentary\\_behaviour\\_with\\_health-related\\_quality\\_of\\_life\\_in\\_French\\_adults\\_Results\\_from\\_the\\_SUVI-MAX\\_studies](https://www.researchgate.net/publication/299656347_10-year_cumulative_and_bidirectional_associations_of_domain-specific_physical_activity_and_sedentary_behaviour_with_health-related_quality_of_life_in_French_adults_Results_from_the_SUVI-MAX_studies).

17. Ferreira JS, Dietrich SHC, Pedro DA. Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [acesso em 28 jul 2018]; 39(106):792-801. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00792.pdf>.

18. Spagnol CA, Oliveira BKS, Candian ÉS, Santos RO, Manoel VCF, Moreira AR. O jogo com estratégia de promoção de qualidade de vida de no trabalho no centro de material e esterilização. *R Enferm Cent O Min* [Internet]. 2015 [acesso em 28 jul 2018]; 5(2):1562-73. Disponível em: URL: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1064>.

19. Limm H, Heinmüller M, Gündel H, Liel K, Seeger K, Salman R, et al. Effects of a health promotion program based on a train-the-trainer approach on quality of life and mental health of long-term unemployed persons. *Bio Med Research International* [Internet]. 2015 [acesso em 28 jul 2018]. Disponível em: URL: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/719327>.
20. Jimenes DE, Begley A, Bartels SJ, Alegria M, Thomas SB, Quinn SC, et al. Improving health-related quality of life in older African-Americans and non-Latino Whites. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2015 [acesso em 28 jul 2018]; 23(6):548-58. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4320681>.
21. Wei YB, Yin Z, Gao YL, Yan B, Wang Z, Yang JR. Quality of life of Chinese urologists: a cross-sectional study using WHOQOL-BREF. *Hong Kong Med J* [Internet]. 2015 [acesso em 28 jul 2018]; 21(3):232-6. Disponível em: URL: <http://www.hkmj.org/abstracts/v21n3/232.htm>.
22. Pereira DS, Nogueira JAD, Silva CAB. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [acesso em 28 jul 2018]; 18(4):893-908. Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n4/pt\\_1809-9823-rbagg-18-04-00893.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n4/pt_1809-9823-rbagg-18-04-00893.pdf).
23. Zhang S, Tao F, Ueda A, Wei C, Fang J. The influence of health-promoting lifestyles on the quality of life of retired workers in a medium-sized city of Northeastern China. *Environ Health Prev Med* [Internet]. 2013 [acesso em 28 jul 2018]; 18(6):458-65. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3824729>.
24. Altizer KP, Nguyen HT, Neiberg RH, Quandt SA, Grzywacz JG, Lang W, Bell RA, Arcury TA. Relationship between nonprescribed therapy use for illness prevention and health promotion and health-related quality of life. *J Appl Gerontol* [Internet]. 2014 [acesso em 28 jul 2018]; 33(4):456-73. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4059179>.
25. Kachan D, Tannenbaum SL, Olano HA, LeBlanc WG, McClure LA, Lee DJ. Geographical variation in health-related quality of life among older US adults, 1997–2010. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2014 [acesso em 28 jul 2018]; 11:1-7. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4082433/>.
26. Liu J, Qu B, Hu B, Jiang N, Wang D. The quality of life of men who have sex with men in China: reliability and validity testing of the SF-36 questionnaire. *PloS One* [Internet]. 2013 [acesso em 28 jul 2018]; 8(12):e83362. Disponível em: URL: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0083362>.
27. Prapas C, Mavreas V. Comparison of the mental and physical health and quality of life of Greeks, Albanian immigrants and returnees from the former Soviet Union. *Arch Hell Med* [Internet]. 2015 [acesso em 28 jul 2018]; 32(6):766-76. Disponível em: URL: <https://journals.indexcopernicus.com/search/article?articleId=494781>.
28. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde Soc* [Internet]. 2017 [acesso em 28 jul 2018]; 26(3):676-89. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n3/0104-1290-sausoc-26-03-00676.pdf>.
29. Llorca PM, Gorwood P. Quality of life and schizophrenia: which evaluation scale for which quality of life? *Encephale* [Internet]. 2016 [acesso em 28 jul 2018]; 42(4):374-8. Disponível em: URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27387589/>.
30. Matsunaga NY, Ribeiro MAGO, Saad IAB, Morcillo AM, Ribeiro JD, Toro AADC. Avaliação da qualidade de vida de acordo com o nível de controle e gravidade da asma em crianças e adolescentes. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2015 [acesso em 28 jul 2018]; 41(6):502-8. Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v41n6/pt\\_1806-3713-jbpneu-41-06-00502.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v41n6/pt_1806-3713-jbpneu-41-06-00502.pdf).
31. Plantinga L, Lim SS, Bowling CB, Drenkard C. Association of age with health-related quality of life in a cohort of patients with systemic *lupus erythematosus*: the Georgians Organized Against Lupus study. *Lupus Sci Med* [Internet]. 2016 [acesso em 28 jul 2018]; 3(1):1-9. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4964216/>.
32. Cruz AM, Almeida NG, Fialho AVM, Rodrigues DP, Figueiredo JV, Oliveira ACS. Percepção da enfermeira docente sobre sua qualidade de vida. *Rev Ren* [Internet]. 2015 [acesso em 28 jul 2018]; 16(3):382-90. Disponível em: URL: [http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14357/1/2015\\_art\\_amcruz.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14357/1/2015_art_amcruz.pdf).

33. Ahmad N, Javaid A, Sulaiman SAS, Basit A, Afridi AK, Jaber AAS, et al. Effects of multidrug resistant tuberculosis treatment on patients' health related quality of life: results from a follow up study. *PloS One* [Internet]. 2016 [acesso em 28 jul 2018]; 11(7):1-16. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4965095/>.

34. Tírico PP, Stefano SC, Blay SL. Qualidade de vida e transtornos alimentares: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 [acesso em 28 jul 2018]; 26(3):431-49. Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000300002).

35. Melo CF, Sampaio IS, Souza DLA, Pinto NS. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* [Internet]. 2015 [acesso em 28 jul 2018]; 15(2). Disponível em: URL: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/17650/13050>.

36. Lanzotti RB, Machado I, Didoné LS, Pavarini SCI, Inouye K, Orlandi FS. Qualidade de vida de estudantes do curso de graduação em gerontologia. *Revista Kairós Gerontologia* [Internet]. 2015 [acesso em 28 jul 2018]; 18(2):339-50. Disponível em: URL: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/27217>.

37. Malta DC, Morais Neto OL, Silva MMA, Rocha D, Castro AM, Reis AAC, et al. Política Nacional de Promoção as Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [acesso em 28 jul 2018]; 21(6):1683-94. Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413=81232016000601683-&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413=81232016000601683-&script=sci_abstract&tlng=pt).

*Correspondência para/Reprint request to:*

**Rauana dos Santos Faustino**

*Rua Santa Luzia, 417,*

*Bairro Trajano Nogueira,*

*Barro/CE, Brasil*

*CEP: 63380-000*

*E-mail: rauanafaustino21@gmail.com*

Recebido em: 15/11/2017

Aceito em: 29/01/2019



Universidade Federal do Espírito Santo  
Excelência em Ensino Superior desde 1961